



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA IN MODALITA’
“SERVICE” DI SISTEMI ANALITICI PER L’ESECUZIONE DI ESAMI
DIAGNOSTICI RELATIVI AI SETTORI EMATOLOGIA E COAGULAZIONE,
OCCORRENTI PER I LABORATORI DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE AZIENDALI**

ALLEGATO B

SCHEDA CONOSCITIVA DEI DISPOSITIVI MEDICI OFFERTI



LOTTO N. 1: SISTEMA ANALITICO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI DI EMATOLOGIA

SCHEDA CONOSCITIVA

DENOMINAZIONE APPARECCHIATURA _____

PRODUTTORE: _____

MODELLO: _____

FORNITORE: _____

ANNO DI INIZIO PRODUZIONE: _____

CODICE CIVAB _____

1. Merito tecnico scientifico

- **POSSIBILITA' DI CONTARE GLI ERITROBLASTI E DI CORREGGERE AUTOMATICAMENTE IL CONTEGGIO DEI GLOBULI BIANCHI E DELLA FORMULA LEUCOCITARIA, QUALORA VENGA EVIDENZIATA LA PRESENZA DI ERITROBLASTI**

.....
.....
.....
.....

- **METODOLOGIA ANALITICA PER LA DETERMINAZIONE DELLA SERIE ROSSA:**

.....
.....
.....
.....

- **METODOLOGIA ANALITICA PER LA DETERMINAZIONE DELLA SERIE BIANCA:**

.....
.....
.....
.....

- **METODOLOGIA ANALITICA PER LA DETERMINAZIONE DELL'EMOGLOBINA:**

.....
.....
.....
.....

- **EVENTUALI PARAMETRI AGGIUNTIVI:**

.....
.....
.....
.....



▪ **INDICAZIONI DI EVENTUALI ALTRE POPOLAZIONI CALLULARI:**

.....
.....
.....
.....

2. Caratteristiche funzionali dell'apparecchiatura e dei reagenti

- **CADENZA ANALITICA** **EMOCROMI COMPLETI /ORA** _____
- **CAPACITA' WALK AWAY** **AUTONOMIA OPERATIVA DOPO FULL LOAD** _____
- **POSSIBILITA' DI RICHIESTA ED ESECUZIONE CASUALE PER SINGOLO CAMPIONE SULLO STESSO RACK**
DI SOLO EMOCROMO, EMOROMO + FORMULA, EMOCROMO + FORMULA E RETICOLOCITI, SOLO
RETICOLOCITI **SI tutti** ☐ **NO tutti** ☐

3. Effetti sul processo sanitario, per la valutazione dell'impatto organizzativo ed economico del sistema diagnostico sul processo sanitario

Capacità di fornire informazioni aggiuntive utili

- **SENSIBILITA' DI MISURAZIONE DELLA FORMULA IN PAZIENTI CON EMOPATIE CON MASSIMA LINEARITA' PER LA CONTA DEI GLOBULI BIANCHI, NON INFERIORE A 400.000 elementi / μ L:** _____
SI ☐ _____ **NO** ☐ _____
- **POSSIBILITA' DI DETERMINAZIONE DELLE PIASTRINE CON DIVERSIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE DEI PICCOLI ROSSI DALLE PIASTRINE MEDIANTE ANALISI DELLA CONCENTRAZIONE EMOGLOBINICA CELLULARE IN PAZIENTI ANEMICI O CON "TRAIT TALASSEMICO"**
SI ☐ _____ **NO** ☐ _____

.....
.....
.....
.....

▪ **CAPACITA' DI INDIVIDUARE ALTERAZIONI ERITROCITARIE SPECIFICHE:**

.....
.....
.....
.....

Nota bene:

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

L'Offerente dovrà fornire le informazioni richieste nella scheda tecnica tenendo ben presente che ogni caratteristica dichiarata nella scheda è da intendersi come esplicitamente prevista ed inclusa nell'offerta. Qualora la caratteristica



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

dichiarata non sia inclusa nell'offerta economica, va esplicitamente espresso, in corrispondenza della relativa voce, che essa è opzionale. In caso di caratteristica opzionale, va contestualmente indicato, con riferimento alla voce relativa, il livello di prestazioni raggiungibile con la configurazione dell'offerta base.

TIMBRO E FIRMA (a)
(Legale Rappresentante)

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.



ALLEGATO B

LOTTO N. 2: SISTEMA ANALITICO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI DI COAGULAZIONE

SCHEMA CONOSCITIVA

DENOMINAZIONE APPARECCHIATURA _____

PRODUTTORE: _____

MODELLO: _____

FORNITORE: _____

ANNO DI INIZIO PRODUZIONE: _____

CODICE CIVAB _____

1. Merito tecnico scientifico

- | | | | | |
|---|---------------|--------------------------|----|--------------------------|
| ▪ SISTEMA PRINCIPALE IDENTICO AL SISTEMA SECONDARIO | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ ESECUZIONE IN LINEA DI TUTTI I TEST RICHIESTI | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ MASSIMA AMPIEZZA DEL MENU PER TEST IN LINEA | N. TEST _____ | | | |
| ▪ POSSIBILITA' DI EFFETTUARE TEST AGGIUNTIVI | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ POSSIBILITA' DI EFFETTUARE OMOCISTEINA | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

2. Caratteristiche funzionali dell'apparecchiatura e dei reagenti

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| ▪ CADENZA ANALITICA | TEST /ORA | _____ |
| ▪ CAPACITA' WALK AWAY | CAMPIONI | _____ |
| ▪ CAMPIONATORE SUPERIORE A 100 CAMPIONI | CAPACITA' AREA DI CARICO | _____ |
| ▪ TFR (TIME OF FIRST RESULT) RIFERITO A 1 REFERTO STANDARD PT/PTT/FBG | MINUTI | _____ |
| ▪ TFR COME SOPRA PER L'ESECUZIONE DELLE URGENZE IN CORSO DI ROUTINE | MINUTI | _____ |
| ▪ CONFEZIONAMENTO DI TUTTI I REAGENTI (TAGLIO DELLE CONFEZIONI E PRONTI ALL'USO) | | |

TAGLIO DELLE CONFEZIONI IDONEO A GARANTIRE IL MINOR SPRECO POSSIBILE IN RELAZIONE AL NUMERO DELLE DETERMINAZIONI RICHIESTE PER CIASCUN TEST, TENENDO CONTO DELLA DISTRIBUZIONE PER MESE E SETTIMANA DEI CARICHI DI LAVORO ED IN FUNZIONE DELLE SCADENZE E DELLA STABILITA' DOPO L'APERTURA DEI FLACONI:

DESCRIZIONE:



DETERMINAZIONI ANALITICHE	TAGLIO = N. FLAC. /CONF	N. TEST/ FLAC.	SCADENZA CONFEZIONE	STABILITA' FLACONE
PT				
PTT				
FIBRINOGENO				

DETERMINAZIONI ANALITICHE	TAGLIO = N. FLAC. /CONF	N. TEST/ FLAC.	SCADENZA CONFEZIONE	STABILITA' FLACONE
ANTITROMBINA III				
D-DIMERO				
PROTEINA C COAGULATIVA				
PROTEINA S LIBERA				
APCR-V LEYDEN				

3. Effetti sul processo sanitario, per la valutazione dell'impatto organizzativo ed economico del sistema diagnostico sul processo sanitario

Capacità di fornire informazioni aggiuntive utili

- METODOLOGIA ANALITICA PER LA DETERMINAZIONE DELL'INR, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA TROMBOLASTINA, E AI REAGENTI PER PTT E FBG

- TROMBOPLASTINA RICOMBINANTE SI ☐ NO ☐
- TIPO DI TROMBINA _____
- TIPO DI REAGENTE PTT SINTETICO ☐ ESTRATTIVO ☐
- REAGENTI PRONTI ALL'USO: TUTTI SI ☐ NO ☐

SPECIFICARE QUALI NO

- EVENTUALE FORNITURA DI SOFTWARE E HARDWARE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI IN TAO E LORO CARATTERISTICHE

.....
.....
.....
.....
.....

Nota bene:

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

L'Offerente dovrà fornire le informazioni richieste nella scheda tecnica tenendo ben presente che ogni caratteristica dichiarata nella scheda è da intendersi come esplicitamente prevista ed inclusa nell'offerta. Qualora la caratteristica dichiarata non sia inclusa nell'offerta economica, va esplicitamente espresso, in corrispondenza della relativa voce, che essa è opzionale. In caso di caratteristica opzionale, va contestualmente indicato, con riferimento alla voce relativa, il livello di prestazioni raggiungibile con la configurazione dell'offerta base.

**TIMBRO E FIRMA (a)
(Legale Rappresentante)**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.