



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**ALLEGATO B.1**

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO IN NOLEGGIO  
“INCLUSIVE SERVICE” DI AUSILI PER ASSISTENZA RESPIRATORIA  
DOMICILIARE, E FORNITURA DI AUSILI PER TRACHEOTOMIA, DA ESPERIRSI  
IN UNIONE REGIONALE DI ACQUISTO AI SENSI DELLA D.G.R. 298/2012.**

**SCHEMA QUESTIONARIO REV. 01**



**LOTTO N. 1**  
**VENTILATORE PRESSOMETRICO CPAP**

<b>VENTILATORE PRESSOMETRICO CPAP</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Range di pressione almeno da 4 a 20 cm H <sub>2</sub> O	SI/NO e dettagliare	
Sensore di pressione autoregolato per compensazione perdite	SI/NO e dettagliare	
Integrabile con sistema di umidificazione riscaldato (se prescritto dal medico specialista)	SI/NO e dettagliare	
Display per la visualizzazione dei principali parametri (pressione – rampa)	SI/NO e dettagliare	
Rampa regolabile da 0 a 45 minuti	SI/NO e dettagliare	
Compensazione dell'altitudine	SI/NO e dettagliare	
Capacità di memorizzazione dei dati (contaore)	SI/NO e dettagliare	
Basso livello di rumorosità (< 30 dB ad 1 metro di distanza)	SI/NO e dettagliare	
Allarmi	SI/NO e dettagliare	
Peso e ingombro compatibili con la trasportabilità	SI/NO e dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

**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.



**LOTTO N. 2**  
**VENTILATORE AUTO C-PAP**

<b>VENTILATORE PRESSOMETRICO CPAP</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Range di pressione da 4 a 20 cm H <sub>2</sub> O	SI/NO e dettagliare	
Almeno tre canali di misurazione (limitazione flusso, apnea, russamento)		
Display per la visualizzazione dei principali parametri	SI/NO e dettagliare	
Integrabile con sistema di umidificazione riscaldato (se prescritto dal medico specialista)	SI/NO e dettagliare	
Rampa regolabile da 0 a 45 minuti	SI/NO e dettagliare	
Compensazione altitudine	SI/NO e dettagliare	
Capacità di memorizzazione dei dati (contaore)	SI/NO e dettagliare	
Basso livello di rumorosità (< 30 dB ad 1 metro di distanza)	SI/NO e dettagliare	
Allarmi	SI/NO e dettagliare	
Peso e ingombro compatibili con la trasportabilità	SI/NO e dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

**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.



**LOTTO N. 3**  
**VENTILATORE PRESSOMETRICO BI-LEVEL ST**

<b>VENTILATORE PRESSOMETRICO BI-LEVEL ST</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Pressione di IPAP da 4 a 30 cm H <sub>2</sub> O, e EPAP da 4 a 20 cm H <sub>2</sub> O	SI/NO dettagliare	
Trigger automatico o regolabile	SI/NO dettagliare	
Rampa regolabile	SI/NO dettagliare	
Frequenza respiratoria regolabile	SI/NO dettagliare	
Rapporto I/E regolabile	SI/NO dettagliare	
Allarmi funzioni e perdite	SI/NO dettagliare	
Display LCD per il controllo dei parametri respiratori misurati	SI/NO dettagliare	
Integrabile con sistema di umidificazione riscaldato (se prescritto dal medico specialista)	SI/NO e dettagliare	
Basso livello di rumorosità (< 30 dB ad 1 metro di distanza)	SI/NO e dettagliare	
Peso e ingombro compatibili con la trasportabilità	SI/NO e dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

**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.



**LOTTO N. 4**  
**VENTILATORE PRESSO-VOLUMETRICO**

<b>VENTILATORE PRESSO-VOLUMETRICO</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Modalità A/C a volume controllato	SI/NO dettagliare	
Modalità A/C a pressione controllata	SI/NO dettagliare	
Modalità Bilevel-CPAP	SI/NO dettagliare	
Trigger di pressione e/o flusso regolabili	SI/NO dettagliare	
Allarmi: alimentazione, perdite, sconnessione paziente, batterie scariche	SI/NO dettagliare	
Monitoraggi: volume corrente inspiratorio ed espiratorio	SI/NO dettagliare	
Integrabile con sistema di umidificazione riscaldato (se prescritto dal medico specialista)	SI/NO e dettagliare	
Batteria interna ricaricabile con autonomia non inferiore a 2,5 ore	SI/NO e dettagliare	
Basso livello di rumorosità (< 40 dB ad 1 metro di distanza)	SI/NO e dettagliare	
Peso e ingombro compatibili con la trasportabilità	SI/NO e dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

**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.



**LOTTO N. 5**  
**VENTILATORE VOLUMETRICO**

<b>VENTILATORE VOLUMETRICO</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Coodice RDM	dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Modalità di ventilazione: Assistita / Controllata a volume controllato	SI/NO dettagliare	
Impostazione e controllo di: frequenza respiratoria; volume corrente, volume minuto; rapporto I/E	SI/NO dettagliare	
Trigger regolabile	SI/NO dettagliare	
Allarmi: alimentazione, sconnessione paziente, batterie scariche, apnea, alta e bassa pressione	SI/NO dettagliare	
Integrabile con sistema di umidificazione riscaldato (se prescritto dal medico specialista)	SI/NO e dettagliare	
Alimentazione a AC e batteria (con autonomia di almeno 2,5 ore)	SI/NO e dettagliare	
Basso livello di rumorosità (< 40 dB ad 1 metro di distanza)	SI/NO e dettagliare	
Peso e ingombro compatibili con la trasportabilità	SI/NO e dettagliare	
Conformità alla normative vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

**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.



**LOTTO N. 6**  
**VENTILATORE POLMONARE BILEVEL CON VOLUME MINIMO GARANTITO DI SICUREZZA**

<b>VENTILATORE POLMONARE BILEVEL CON VOLUME MINIMO GARANTITO DI SICUREZZA</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Modalità di ventilazione CPAP, Spontanea, Spontanea Temporizzata, Controllata e Assistita Controllata	SI/NO dettagliare	
Volume minimo garantito/di sicurezza	SI/NO dettagliare	
Due livelli di pressione positiva regolabili, uno inspiratorio Ipap e uno espiratorio Epap regolabili separatamente: l'IPAP fino a 30 cm H <sub>2</sub> O, l'EPAP fino a 20 cm H <sub>2</sub> O;	SI/NO dettagliare	
Range volume respiratorio da 200 a 1250 ml	SI/NO dettagliare	
Regolazione della frequenza e del rapporto I/E e del trigger	SI/NO dettagliare	
Regolazione del tempo inspiratorio minimo e massimo	SI/NO dettagliare	
Allarme di disconnessione paziente e alimentazione	SI/NO dettagliare	
Compensazione di eventuali perdite nel circuito o in maschera	SI/NO dettagliare	
Alimentazione elettrica di rete	SI/NO e dettagliare	
Peso e ingombro compatibili con la trasportabilità	SI/NO e dettagliare	
Conformità alla normative vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

**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.



**LOTTO N. 7**  
**VENTILATORE POLMONARE PRESSO-VOLUMETRICO AD ALTE PRESTAZIONI**  
**(VENTILATORE MULTIUSO AVANZATO)**

<b>VENTILATORE POLMONARE PRESSO-VOLUMETRICO AD ALTE PRESTAZIONI (VENTILATORE MULTIUSO AVANZATO)</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Modalità di ventilazione assistita e controllata sia in volume che a pressione, pressione di supporto con PEEP, con o senza volume corrente garantito/di sicurezza e in SIMV, CPAP	SI/NO dettagliare	
Scelta del profilo della curva di flusso inspiratorio	SI/NO dettagliare	
PEEP e arricchimento di ossigeno integrati	SI/NO dettagliare	
Allarmi sonori e visivi con messaggio d'errore su display LCD della pressione massima, sconnessione, frequenza massima, volume corrente minimo e massimo, FiO <sub>2</sub> minima e massima, mancanza corrente elettrica e guasti tecnici	SI/NO dettagliare	
Visualizzazione su display LCD di tutti i parametri di ventilazione, sia dei parametri impostati che dei valori misurati, quali il volume espirato, curve di flusso e pressione in tempo reale, loop respiratori flusso-pressione, volume pressione e flusso-volume, e storico degli allarmi	SI/NO dettagliare	
Possibilità di regolazione FiO <sub>2</sub>	SI/NO dettagliare	
Kit per arricchimento O <sub>2</sub>	SI/NO dettagliare	
Carrello con braccio di supporto	SI/NO dettagliare	
Dimensioni compatte e leggere	SI/NO dettagliare	
Livello suono mirato all'utilizzo 30 dB (A)	SI/NO dettagliare	
Integrabile con sistemi di umidificazione e riscaldamento	SI/NO e dettagliare	
Alimentazione elettrica di rete, da batterie interne, minimo 4 ore, e da batterie esterne omologate e/o dedicate	SI/NO e dettagliare	
Manuale operativo in Italiano	SI/NO dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatrice CE 93/42	certificazione	

**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.





**LOTTO N. 8**  
**VENTILATORE POLMONARE A PRESSIONE NEGATIVA ESTERNA**

<b>VENTILATORE POLMONARE A PRESSIONE NEGATIVA ESTERNA</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	Dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Erogazione di pressione negativa intermittente inspiratoria, in modalità controllata e assistita-controllata	SI/NO dettagliare	
Erogazione di pressione espiratoria	SI/NO dettagliare	
Supporto della fase inspiratoria	SI/NO dettagliare	
Dispositivo di blocco dei parametri	SI/NO dettagliare	
Compensazione automatica delle perdite di pressione	SI/NO dettagliare	
Regolazione della frequenza respiratoria e del rapporto I/E	SI/NO dettagliare	
Funzionamento anche con batteria, anche esterna	SI/NO dettagliare	
Livello di rumorosità non superiore a 60 dBA	SI/NO dettagliare	
Peso ed ingombro compatibili con la trasportabilità	SI/NO dettagliare	
Manuale operativo in Italiano	SI/NO dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	
<b>Accessori a corredo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ "Poncho" di misura adeguata, con veste resistente, di buona tenuta alle sollecitazioni del ventilatore sia del tessuto che dei sistemi di chiusura (sostituzione ogni 12 mesi e in caso di usura o rottura)</li><li>▪ Integrabile con corazza toraco-addominale di adeguata misura</li><li>▪ Griglia e piastra di adeguata misura, di materiale leggero, resistenti e facili da applicare</li><li>▪ Tubo di collegamento di lunghezza di almeno 200 cm</li></ul>	Dettagliare	

**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.



**LOTTO N. 9  
AUSILI DIVERSI**

<b>SATURIMETRO</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	Dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Apparecchio portatile con funzionamento a batteria, tipo palmare, per la misurazione della saturazione di ossigeno pulsatile e della frequenza del polso	SI/NO dettagliare	
Allarmi in dotazione	SI/NO dettagliare	
Presenza di algoritmo per correzione artefatti da movimento	SI/NO dettagliare	
Di ridotte dimensioni e di elevata leggerezza, autonomia ed ergonomia	SI/NO dettagliare	
Misurazione con intervallo 0 -99% per la SpO <sub>2</sub> e 30-250 battiti/minuto	SI/NO dettagliare	
Idoneo per utilizzo adulto, sia pediatrico, neonatale	SI/NO dettagliare	
Funzionamento a batterie	SI/NO dettagliare	
Dotati di sensore a dito a clip riutilizzabile	SI/NO dettagliare	
Manuale operativo in Italiano	SI/NO dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	
<b>CONCENTRATORE DI OSSIGENO</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	Dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Flusso dell'aria surriscaldata regolato da ugelli tarati che devono garantire un flusso da 0 a 5 lt/min ad intervalli di 0,5 lt/min	SI/NO dettagliare	
Concentrazione di ossigeno in ragione del flusso erogato non inferiore ai seguenti parametri: ▪ fino 4lt/min: >90% $\pm$ 3 ▪ oltre 4 lt/min non inferiore a 90% $\pm$ 3	SI/NO dettagliare	
Pressione di erogazione non inferiore a 400 mbar	SI/NO dettagliare	
Livello di rumorosità: non superare a 60 dBa	SI/NO dettagliare	
Allarmi: pressione insufficiente nel sistema e basso livello di ossigeno	SI/NO dettagliare	
Orologio conteggio ore	SI/NO dettagliare	
Completo di gorgogliatore	SI/NO dettagliare	
Filtri: il concentratore dovrà essere dotato di sistemi di filtraggio	SI/NO dettagliare	
Conformità alla norma UNI EN ISO 8359-1999	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	



<b>APPARECCHIATURA PER ASPIRAZIONE</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Coodice RDM	Dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Portatile	SI/NO dettagliare	
Portata aria di almeno 15 litri /minuto	SI/NO dettagliare	
Vaso per raccogliere le secrezioni	SI/NO dettagliare	
Funzionamento sia a corrente elettrica, sia a batteria interna ricaricabile	SI/NO dettagliare	
Regolazione della potenza di aspirazione	SI/NO dettagliare	
Allarme visivo per indicare la necessità di ricaricare la batteria	SI/NO dettagliare	
Bassa rumorosità	SI/NO dettagliare	
Accumulatori per il funzionamento sia a corrente, sia a batteria (12 V)	SI/NO dettagliare	
Durata della batteria: almeno 40 minuti con funzionamento continuo	SI/NO dettagliare	
Conformità alla norma UNI EN ISO 10079-1	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

<b>APPARECCHIATURA PER ASPIRAZIONE PER PAZIENTI TRACHEOTOMIZZATI</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Coodice RDM	Dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Vaso da 1000 ml; coperchio con valvola troppo pieno	SI/NO dettagliare	
Dotato di vuotometro	SI/NO dettagliare	
Flusso di aspirazione non inferiore a 25 l/min	SI/NO dettagliare	
Pressione negativa di almeno 500 mmHg	SI/NO dettagliare	
Bassa rumorosità	SI/NO dettagliare	
Alimentazione elettrica di rete 230 V-50 Hz	SI/NO dettagliare	
Costruito in modalità conforme alla norma UNI EN ISO 10079-1	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	



SEGUE LOTTO N. 9

APPARECCHIATURA PER AEROSOLTERAPIA		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
Apparecchio per aerosolterapia a compressore d'aria	SI/NO dettagliare	
Output del nebulizzato (tempo impiegato per erogare 3 cc di soluzione) 7 ÷ 8 minuti circa	SI/NO dettagliare	
Diametro medio della massa aerodinamica (AMMD): compreso tra 2,0 e 5 µl	SI/NO dettagliare	
Capacità di flusso: almeno 12 litri /minuto	SI/NO dettagliare	
Resistenza all'usura	SI/NO dettagliare	
Deve rispondere all'esigenza di una semplice ed efficace disinfezione delle parti a contatto con l'aria ventilata dal paziente	SI/NO dettagliare	
Accessori in dotazione: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ampolla</li><li>▪ Boccaglio</li><li>▪ Maschera pediatrica e per adulti</li><li>▪ Tubo per il collegamento della presa d'aria all'ampolla</li></ul>	SI/NO dettagliare	
Filtro dell'aria intercambiabile	SI/NO dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

NEBULIZZATORE AD ULTRASUONI		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
Dotato di allarmi	SI/NO dettagliare	
Control dose	SI/NO dettagliare	
Filtro antibatterico	SI/NO dettagliare	
Regolatore di temperatura del nebulizzato	SI/NO dettagliare	
Conformità alla normativa vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	

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.



**LOTTO N. 11**  
**VENTILATORE POLMONARE AUTO B-PAP**

<b>VENTILATORE POLMONARE AUTO B-PAP</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	Dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Intervallo di pressione IPAP: a 4 cm <sup>2</sup> da 3 a 25 cm H <sub>2</sub> O EPAP: a 4 cm <sup>2</sup> da 4 a 20 cm H <sub>2</sub> O	SI/NO dettagliare	
Frequenza respiratoria Off –Fissa da 8 a 30 bpm Auto	SI/NO dettagliare	
Filtri Antipolline riutilizzabili e ultrasottili opzionali	SI/NO dettagliare	
Configurazione del dispositivo Smart card Encore o equivalente	SI/NO dettagliare	
Capacità archivio dati 6 mesi per 3 sessioni di utilizzo al giorno; 7 giorni di analisi approfondita di dati	SI/NO dettagliare	
Contenuto archivio dati Data, ora, durata in pressione, episodi dettagliati a breve termine, trend a lungo termine	SI/NO dettagliare	
Compensazione altitudine: Automatica	SI/NO dettagliare	
Requisiti elettrici 100 -240 V CA 12 V CC (in caso di funzione con adattatore alimentazione CC esterno)	SI/NO dettagliare	
Alimentazione CC Cavo di collegamento diretto	SI/NO dettagliare	
Varie Umidificazione riscaldata integrata, on /off automatico, avviso distacco maschera	SI/NO e dettagliare	
Algoritmo per correggere il respiro di Cheyene -stokes	SI/NO e dettagliare	

**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.



**LOTTO N. 12**  
**APPARECCHIO PER FAVORIRE L'ESPETTORAZIONE NEI CASI DI TOSSE INEFFICACE**

<b>APPARECCHIO PER FAVORIRE L'ESPETTORAZIONE NEI CASI DI TOSSE INEFFICACE</b>		<b>RISPOSTA DITTA</b>
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
Codice RDM	Dettagliare	
<b>CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE</b>		<b>VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA</b>
Intervallo di pressione: Pressione max del compressore per nebulizzazione: 300 KPa; Pressione max del compressore per TPEP: 200 KPa	SI/NO dettagliare	
Flusso libero del compressore per la nebulizzazione 7 – 15 lt / min	SI/NO dettagliare	
Flusso libero del compressore TPEP 8 – 14 lt / min	SI/NO dettagliare	
Requisiti elettrici: 220 -230 V AC	SI/NO dettagliare	
Alimentazione CC Cavo di collegamento diretto	SI/NO dettagliare	
Varie Rumorosità: < 70 dB (distanza 1 m posizione frontale) Dimensioni contenute per utilizzo a domicilio	SI/NO dettagliare	

**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.