



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.**

SCHEDA QUESTIONARIO



LOTTO N. 1
VENTILATORE PRESSOMETRICO CPAP

VENTILATORE PRESSOMETRICO CPAP		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
Range di pressione da 4 a 20 cm H ₂ O	SI/NO e dettagliare	
Sensore di pressione autoregolato per compensazione perdite	SI/NO e dettagliare	
Integrabile con sistemi di umidificazione e riscaldamento	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 altitudine automatica	SI/NO e dettagliare	
Capacità di memorizzazione dei dati	SI/NO e dettagliare	
Allarmi	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. 2
VENTILATORE AUTO C-PAP

VENTILATORE PRESSOMETRICO CPAP		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
Range di pressione da 4 a 20 cm H ₂ O	SI/NO e dettagliare	
Almeno tre canali di misurazione (limitazione flusso, apnea, russamento)		
Integrabile con sistemi di umidificazione e riscaldamento	SI/NO e dettagliare	
Rampa regolabile da 0 a 45 minuti	SI/NO e dettagliare	
Compensazione altitudine automatica	SI/NO e dettagliare	
Capacità di memorizzazione dei dati	SI/NO e dettagliare	
Display per la visualizzazione dei principali parametri	SI/NO e dettagliare	
Allarmi	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. 3
VENTILATORE PRESSOMETRICO BI-LEVEL ST

VENTILATORE PRESSOMETRICO BI-LEVEL ST		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
Pressione di IPAP da 3 a 18 cm H ₂ O, e EPAP a 15 cm H ₂ O	SI/NO dettagliare	
Trigger automatico	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 sistemi di umidificazione e riscaldamento	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

VENTILATORE PRESSO-VOLUMETRICO		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
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 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 sistemi di umidificazione e riscaldamento	SI/NO e dettagliare	
Batteria interna ricaricabile con autonomia non inferiore a 2,5 ore	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. 5
VENTILATORE VOLUMETRICO**

VENTILATORE VOLUMETRICO		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
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 sistemi di umidificazione e riscaldamento	SI/NO e dettagliare	
Alimentazione a AC e batteria (con autonomia di almeno 2,5 ore)	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 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

VENTILATORE POLMONARE BILEVEL CON VOLUME MINIMO GARANTITO DI SICUREZZA		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL' APPARECCHIATURA OFFERTA
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 ₂ O, l'EPAP fino a 20 cm H ₂ 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	
Integrabile con sistemi di umidificazione e riscaldamento	SI/NO e dettagliare	
Alimentazione elettrica di rete, da batterie interne, minimo 1,5 ora	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 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)

VENTILATORE POLMONARE PRESSO-VOLUMETRICO AD ALTE PRESTAZIONI (VENTILATORE MULTIUSO AVANZATO)		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
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 ₂ 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 ₂	SI/NO dettagliare	
Kit per arricchimento O ₂	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	
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. 8
VENTILATORE POLMONARE A PRESSIONE NEGATIVA ESTERNA

VENTILATORE POLMONARE A PRESSIONE NEGATIVA ESTERNA		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
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	SI/NO dettagliare	
Livello di rumorosità non superiore a 60 dBA	SI/NO dettagliare	
Peso ed ingombro compatibili con la trasportabilità	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	
Marcatura CE 93/42	certificazione	
Accessori a corredo: <ul style="list-style-type: none">▪ “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)▪ Integrabile con corazza toraco-addominale di adeguata misura▪ Griglia e piastra di adeguata misura, di materiale leggero, resistenti e facili da applicare▪ Tubo di collegamento di lunghezza di almeno 200 cm	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**

SATURIMETRO		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
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	
Di ridotte dimensioni e di elevata leggerezza, autonomia ed ergonomia	SI/NO dettagliare	
Misurazione con intervallo 0 -99% per la SpO ₂ e 30-250 battiti/minuto	SI/NO dettagliare	
Idoneo per utilizzo adulto, sia pediatrico, neonatale	SI/NO dettagliare	
Presenza di algoritmo per correzione artefatti da movimento	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 normative vigente	SI/NO e dettagliare	
Marcatura CE 93/42	certificazione	
CONCENTRATORE DI OSSIGENO		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
Flusso dell'aria surr ossigenata 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 superire 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	



APPARECCHIATURA PER ASPIRAZIONE		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
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	
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	

APPARECCHIATURA PER ASPIRAZIONE PER PAZIENTI TRACHEOTOMIZZATI		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
Vaso da 1000 ml; coperchio con valvola troppo pieno	SI/NO dettagliare	
Flusso di aspirazione non inferiore a 25 l/min	SI/NO dettagliare	
Pressione negativa di almeno 700 mmHg	SI/NO dettagliare	
Dotato di vuotometro	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 CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	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">▪ Ampolla▪ Boccaglio▪ Maschera pediatrica e per adulti▪ Tubo per il collegamento della presa d'aria all'ampolla	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 CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	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

VENTILATORE POLMONARE AUTO B-PAP		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
Intervallo di pressione IPAP: a 4 cm ² da 0 a 30 cm ² 0 EPAP: a 4 cm ² da 0 a 25 cm ² 0	SI/NO dettagliare	
Frequenza respiratoria Off –Fissa da 4 a 30 cm H ₂ O –Auto	SI/NO dettagliare	
Filtri Antipolline riutilizzabili e ultrasottili opzionali	SI/NO dettagliare	
Configurazione del dispositivo Tastiera numerica integrata e smart card Encore	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	

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

APPARECCHIO PER FAVORIRE L'ESPETTORAZIONE NE CASI DI TOSSE INEFFICACE		RISPOSTA DITTA
Fornitore	Dettagliare	
Costruttore/fabbricante	Dettagliare	
Modello	Dettagliare	
Codice CIVAB	Dettagliare	
Codice CND	Dettagliare	
CARATTERISTICHE MINIME RICHIESTE		VALORE DEI PARAMETRI RICHIESTI NELL'APPARECCHIATURA OFFERTA
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.