

Allegato B3

QUESTIONARIO RACCOLTA DATI

| QUESTIONARIO RACCOLTA DATI CARATTERISTICHE DI MINIMA E CARATTERISTICHE OGGETTO DI VALUTAZIONE | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|-------------|
| Da compilare pena esclusione in tutti i suoi campi. | | | | | |
| CARATTERISTICHE TECNICHE DI MINIMA | | | | | |
| | | | | | Descrizione |
| CARATTERISTICHE TECNICO - PRESTAZIONALI | | | | | |
| LOTTO 3 - EMODIALISI ALBERGHIERA | | | | | |
| Sistema trasportabile facilmente in grado di poter eseguire trattamenti di emodialisi domiciliare frequente standard, di ridotte dimensioni e peso contenuto, che consenta l'utilizzo in ambienti e spazi ristretti e possa essere facilmente trasportabile mediante valigia trolley | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Assenza di impianto di osmosi o altro trattamento d'acqua | | | | | |
| Assenza cicli di lavaggio e disinfezione pre e fine trattamento | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Flussi di bagno dialisi bassi, variabili a seconda delle necessità del paziente. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Flusso Sangue variabile ed impostabile manualmente | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Sistema di controllo con allarmi acustici e visivi per la sicurezza del paziente | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Allarme Pressione Venosa | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Allarme Pressione Effluente | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Allarme Pressione TMP | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Allarme Pressione Scarico | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Rilevatore Aria | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|--|
| Allarme Perdite ematiche | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Allarme Temperatura | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Sistemi di supporto alla prescrizione dialitica | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Possibilità di scaricare l'ultrafiltrato direttamente nel W.C. con apposito tubo e/o prolunga monouso | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Sistema di riscaldamento delle sacche | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Autonomia di funzionamento del monitor in caso di assenza di corrente elettrica, nel quale dovranno essere mantenute in memoria tutte le funzioni dell'apparecchiatura con relativi allarmi. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Per le caratteristiche delle apparecchiature e materiale di consumo si rinvia a quanto riportato per il LOTTO 1 nella tabella "TIPOLOGIA CLINICO ASSISTENZIALE 1: APPARECCHIATURA SENZA OSMOSI di tipo domiciliare" e negli articoli 2,3, 4 e 5 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| CARATTERISTICHE DEL MATERIALE DI CONSUMO PER APPARECCHIATURA SENZA OSMOSI PER LA EMODIALISI ALBERGHIERA | | | | | |
| N. 1 coppia di linee artero-venoso complete di set a T | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| N. 1 filtro dializzatore di superficie adeguata alle necessità cliniche | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| n.1 coppia circuito per il comparto dialisato, comprensivo di linea di collegamento alle sacche da 5 litri | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| N. 1 prolunga di scarico > 2,5 metri | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| N.4 sacche da 5 litri in lattato o bicarbonato, varie formulazioni. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| LOTTO 3 (EMODIALISI ALBERGHIERA) | | | | | |
| QUESTIONARIO RACCOLTA DATI GRIGLIA PUNTI | | | | | |

| | | | | | DESCRIVERE |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|------------|
| Facilità di montaggio dei circuiti ematici con guida in linea; | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Possibilità di utilizzare filtri dializzatori con maggiori superfici | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Processo di presa in carico del paziente e servizio di assistenza logistica | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Gestione delle situazioni di emergenza urgenza | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Formazione ed esperienza documentale degli infermieri emodialisi. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Struttura organizzativa, con particolare riferimento numero di infermieri di emodialisi. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Disponibilità telefonica infermieristica aggiuntiva rispetto a quanto previsto nel capitolato (h 8-18 da lun al sab). | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |