**ALLEGATO A – LOTTO N. 1**

**CARATTERISTICHE TECNICHE DI MINIMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NR.** | **CARATTERISTICA RICHIESTA** | **INDICARE IL POSSESSO DELLA CARATTERISTICA RICHIESTA (SI/NO)** | **DESCRIVERE E SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO PROPOSTO (ALLEGANDO SCHEDA TECNICA)** | **MOTIVARE EVENTUALI DISCRASIE TRA LE CARATTERISTICHE RICHIESTE E QUELLE POSSEDUTE ARGOMENTANDO LE EVENTUALI EQUIVALENZE** |
| 1 | Strumento monouso chirurgia open per taglio e sigillo vasi ad ultrasuoni più radiofrequenza bipolare avanzata ad attivazione frontale, disattivazione automatica a completamento della fase taglio/coagulo, lunghezza stelo 35 cm, diametro stelo da 5,5 mm. |  |  |  |
| 2 | Strumento monouso chirurgia open per taglio e sigillo vasi ad ultrasuoni più radiofrequenza bipolare avanzata ad attivazione frontale, disattivazione automatica a completamento della fase taglio/coagulo, lunghezza stelo 45 cm, diametro stelo da 5,5 mm. |  |  |  |
| 3 | Strumento monouso chirurgia open per taglio e sigillo vasi ad ultrasuoni più radiofrequenza bipolare avanzata ad attivazione frontale, disattivazione automatica a completamento della fase taglio/coagulo, lunghezza stelo 20 cm, diametro stelo da 5,5 mm |  |  |  |
| 4 | Strumento monouso chirurgia open per taglio e sigillo vasi ad ultrasuoni più radiofrequenza bipolare avanzata ad attivazione frontale, disattivazione automatica a completamento della fase taglio/coagulo, lunghezza stelo 20 cm, diametro stelo da 9,7 mm |  |  |  |
| 5 | Strumento monouso chirurgia open per taglio e sigillo vasi ad ultrasuoni più radiofrequenza bipolare avanzata ad attivazione a forbice, disattivazione automatica a completamento della fase taglio/coagulo, lunghezza stelo 9 cm |  |  |  |
| 6 | Trasduttore piezoelettrico risterilizzabile fino a 100 procedure |  |  |  |
| **QUALORA LA PRESENTE SCHEDA TECNICA DOVESSE INDIVIDUARE UNO SPECIFICO PRODOTTO, SI CHIEDE DI INOLTRARE SPECIFICA DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA' E RELAZIONE TECNICA DETTAGLIATA DELLO STATO DELL'ARTE PER LA TIPOLOGIA DI UTILIZZO CLINICO RICHIESTO** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ALLEGATO A – LOTTO N. 2**

**CARATTERISTICHE TECNICHE DI MINIMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NR.** | **CARATTERISTICA RICHIESTA** | **INDICARE IL POSSESSO DELLA CARATTERISTICA RICHIESTA (SI/NO)** | **DESCRIVERE E SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO PROPOSTO (ALLEGANDO SCHEDA TECNICA)** | **MOTIVARE EVENTUALI DISCRASIE TRA LE CARATTERISTICHE RICHIESTE E QUELLE POSSEDUTE ARGOMENTANDO LE EVENTUALI EQUIVALENZE** |
|  | Drenaggio capillare con scanalature a spirale in silicone. Silicone grado medicale, morbido, trasparente, idropellente, inerte, apirogeno, radiopaco. Scanalature longitudine per una azione di drenaggio capillare e sviluppo longitudinale a spirale per una lunghezza di circa 30 cm. Anche con ago guida montato sul drenaggio. Certificazione di biocompatibilità e di apirogenicità del tubo di drenaggio, in busta doppia sterile con etichetta rispondente ai requisiti della Direttiva CEE/93/42. |  |  |  |
| 1 | 7 CH, lunghezza del drenaggio circa 110 cm |  |  |  |
| 2 | 10 CH, lunghezza del drenaggio circa 110 cm |  |  |  |
| 3 | 15 CH, lunghezza del drenaggio circa 110 cm |  |  |  |
| 4 | 19 CH, lunghezza del drenaggio circa 110 cm |  |  |  |
| **QUALORA LA PRESENTE SCHEDA TECNICA DOVESSE INDIVIDUARE UNO SPECIFICO PRODOTTO, SI CHIEDE DI INOLTRARE SPECIFICA DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA' E RELAZIONE TECNICA DETTAGLIATA DELLO STATO DELL'ARTE PER LA TIPOLOGIA DI UTILIZZO CLINICO RICHIESTO** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ALLEGATO A – LOTTO N. 3**

**CARATTERISTICHE TECNICHE DI MINIMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NR.** | **CARATTERISTICA RICHIESTA** | **INDICARE IL POSSESSO DELLA CARATTERISTICA RICHIESTA (SI/NO)** | **DESCRIVERE E SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO PROPOSTO (ALLEGANDO SCHEDA TECNICA)** | **MOTIVARE EVENTUALI DISCRASIE TRA LE CARATTERISTICHE RICHIESTE E QUELLE POSSEDUTE ARGOMENTANDO LE EVENTUALI EQUIVALENZE** |
|  | Prolunghe per elettrobisturi antiescara con le seguenti caratteristiche: Elettrodo con speciale rivestimento in PTFE, antiescara, antiadesivo, con gambo di innesto diametro 2,4 mm, monouso, sterili, confezione singola; il presidio richiesto deve evitare la formazione e l’adesione dell’escara durante le procedure e si deve pulire con una semplice garza inumidita. |  |  |  |
| 1 | Lunghezza cm 16,5 – lunghezza elettrodo cm 2,5 |  |  |  |
| 2 | Lunghezza cm 10,0 – lunghezza elettrodo cm 2,5 |  |  |  |
| **QUALORA LA PRESENTE SCHEDA TECNICA DOVESSE INDIVIDUARE UNO SPECIFICO PRODOTTO, SI CHIEDE DI INOLTRARE SPECIFICA DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA' E RELAZIONE TECNICA DETTAGLIATA DELLO STATO DELL'ARTE PER LA TIPOLOGIA DI UTILIZZO CLINICO RICHIESTO** | | | | |

**ALLEGATO A – LOTTO N. 4**

**CARATTERISTICHE TECNICHE DI MINIMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NR.** | **CARATTERISTICA RICHIESTA** | **INDICARE IL POSSESSO DELLA CARATTERISTICA RICHIESTA (SI/NO)** | **DESCRIVERE E SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO PROPOSTO (ALLEGANDO SCHEDA TECNICA)** | **MOTIVARE EVENTUALI DISCRASIE TRA LE CARATTERISTICHE RICHIESTE E QUELLE POSSEDUTE ARGOMENTANDO LE EVENTUALI EQUIVALENZE** |
|  | Dispositivi con funzione di protezione e divaricazione della ferita eseguita per interventi di chirurgia toracica video-assistita. I suddetti dispositivi consentono al chirurgo di evitare la divaricazione costale con strumenti responsabili di maggior trauma, incremento del dolore post-operatorio ed allungamento della degenza. Inoltre i dispositivi in oggetto garantiscono anche una maggiore protezione contro la contaminazione della ferita chirurgica durante l’intervento. Le caratteristiche dei presidi richiesti sono le seguenti: devono essere costituiti da una guaina in morbida plastica impermeabile e resistente ed un anello ad entrambe le estremità, di cui uno di retrazione rigido ed un altro di posizionamento più morbido. |  |  |  |
| 1 | Misura Piccola (Small) |  |  |  |
| **QUALORA LA PRESENTE SCHEDA TECNICA DOVESSE INDIVIDUARE UNO SPECIFICO PRODOTTO, SI CHIEDE DI INOLTRARE SPECIFICA DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA' E RELAZIONE TECNICA DETTAGLIATA DELLO STATO DELL'ARTE PER LA TIPOLOGIA DI UTILIZZO CLINICO RICHIESTO** | | | | |