**ALLEGATO A SCHEMA “CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME”.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE** | | **RISPONDENZA AI REQUISITI RICHIESTI (*indicare SI / NO per ogni singola voce)*** | | **MODELLO / CODICE OFFERTO** | | **RIFERIMENTO (*indicare Documento e numero di pagina di riferimento / rimando del requisito)*** | |
|  | **APPARECCHIATURA LASER A DIODI PORTATILE DA 15 W PER L’U.O.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL’AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA – CERVELLO”.** | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |
|  | ***Rispondente ai seguenti requisiti tecnico-operativi:*** | | | | | |  | |
|  | ***Caratteristiche essenziali*** | | | | | |  | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura nuova di fabbrica | |  | |  | |  | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura di ultima generazione | |  | |  | |  | |
| **Caratteristiche Generali** | | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. costituita da un monitor Touch Screen di tipo LCD a colori |  |  |  |
| 1. deve avere la possibilità di memorizzare almeno fino a 15 programmi denominabili con il nome dell’operatore o del tipo di intervento, così da permettere l’inserimento di tutti i parametri individuali personalizzati. |  |  |  |
| 1. La lunghezza d’onda deve essere di 1470 nm con un’emissione di tipo continuo, singolo impulso o pulsato con un’ampiezza variabile. |  |  |  |
| 1. il manipolo per il trattamento delle patologie vaginali post menopausa deve essere riutilizzabile e sterilizzabile e il calibro deve essere di una misura ridotta per permettere di lavorare in assenza di dolore; il manipolo deve essere utilizzato per la patologia Vulvodimia. |  |  |  |
| 1. la fibra radioale deve scorrere all’interno del suddetto manipolo e deve permettere di irradiare a 360° senza dover roteare il manipolo stesso. |  |  |  |
| 1. le procedure che deve potere effettuare sono:  * Sindrome Genitourinaria della menopausa (GSM); * Atrofia vaginale; * Incontinenza urinaria da stress (SUI); * Secchezza vaginale; * Infezioni ricorrenti; * Restringimento vaginale; * Sindrome della Vestibulite Vulvare (VVS). |  |  |  |

*segue↓*

**ALLEGATO A SCHEMA “CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME”.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE** | | **RISPONDENZA AI REQUISITI RICHIESTI (*indicare SI / NO per ogni singola voce)*** | | **MODELLO / CODICE OFFERTO** | | **RIFERIMENTO (*indicare Documento e numero di pagina di riferimento / rimando del requisito)*** | |
|  | **APPARECCHIATURA LASER A DIODI PORTATILE DA 15 W PER L’U.O.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL’AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA – CERVELLO”.** | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |
| **Caratteristiche Generali** | | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. la fibra per la chirurgia isteroscopica operativa deve consentire l’ablazione e la coagulazione, anche in office, e con tutti i tipi di isteroscopi, nelle seguenti procedure:  * Miomi; * Adesioni/Sindrome Asherman; * Polipi; * Condilomi; * Setto; * Isthmocele; * Conizzazione; * Endometriosi; in applicazione laparoscopica. |  |  |  |
| 1. le fibre devono essere monouso e devono soddisfare il fabbisogno annuo del sottoelencato numero di interventi:  * N°100 interventi di patologie vaginali post menopausa; * N°300 interventi di chirurgia isteroscopia operativa; |  |  |  |