**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;
 |  |  |  |