QUESTIONARIO

TECNICO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Domanda** | **1** | | | | | | | | | | | **1< N ≤ 3** | | | | | | | | | | **> 3** | | | | | | | | |
| Indicare radionuclidi |  | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **1** | *Numero di radionuclidi (N) compatibili e certificati con l’infusore* | 0 | | | | | | | | | | | 2.5 | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **Peso**  **>PC** | | | | | | | | | | **Peso**  **>0.90xPC e**  **<1xPC** | | | | | | | | **Peso**  **>0.75xPC e**  **<0.90xPC** | | | | | | **P<=0.75xPC** | | | | | |
| Indicare peso | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **2** | *I pesi\* sono ragionevolmente ridotti per una maggiore sicurezza e maneggevolezza degli operatori?*  *\* Il peso complessivo (PC) non deve eccedere 450 kg (v. Capitolato tecnico 4.1.1.)* | 0 | | | | | | | | | | 0.5 | | | | | | | | 1.5 | | | | | | 2 | | | | | |
|  | **Domanda** | **IL>IM** | | | | | | | | | | **IL**  **>0.9xIM e**  **<1xIM** | | | | | | | | **IL**  **>0.75xIM e**  **<0.9xIM** | | | | | | **IL**  **<0.75xIM** | | | | | |
| Indicare ingombro laterale | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **3** | *L’ingombro laterale (IL)\*\* è ragionevolmente ridotto per una maggiore maneggevolezza?*  *\*\*l’ingombro laterale non deve essere in ogni caso maggiore di 80 cm (IM) (v. Capitolato tecnico, 4.1.1)* | 0 | | | | | | | | | | 0.5 | | | | | | | | 1 | | | | | | 2 | | | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SI** | | | | | | | | | | | |
| **4** | *Il sistema di movimentazione motorizzato ha autonomia di batterie superiore a 8h?* | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **> 2 ore** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **≤ 2 ore** | | | | | | | | | | | |
| **5** | *Tempo di ricarica batterie* | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** |
| **6** | *Lo schermo per i dati di impostazione (schermo operatore per la gestione delle iniezioni) è del tipo Touch Screen?* | 0 | |  | | | | Indicare tipo, modello e caratteristiche dello schermo:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** |
| **7** | *È presente la possibilità di utilizzo “dose a richiesta dell’operatore” per la compensazione del ritardo pazienti?* | 0 | |  | | | | Indicare le modalità:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** |
| **8** | *È possibile l’iniezione di soluzione fisiologica per test in vena?* | 0 | |  | | | | Indicare le modalità:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
|  | **Domanda** | **> 45** | | | | | | | | **31 – 45** | | | | | | | | **15 – 30** | | | | | | | **< 15** | | | | | | |
| **9** | *Qual è il tempo (minuti) di warm-up giornaliero per le attività routinarie dei controlli di qualità?* | 0.25 | | | | | | | | 0.5 | | | | | | | | 0.75 | | | | | | | 1 | | | | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | | | | | | | | | | | | | | | **SI** | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | *È presente la possibilità di cambiare l’unità di misura da Ci a Bq?* | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | |
| **11** | *È presente il salvataggio di backup dei dati in caso di interruzione elettrica?* | 0 | |  | | | | Indicarne le modalità:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | |
| **12** | *È previsto un tempo limite di funzionamento del sistema in caso di interruzione di corrente elettrica?* | 0 | |  | | | | Specificare se è richiesta l’alimentazione elettrica, se con cavo da rete e/o batteria; per quanto tempo sia possibile sfruttare la batteria; e se, in caso di batteria scarica o di malfunzionamento della stessa, sia possibile continuare il lavoro con alimentazione da rete:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | |
| **13** | *È presente la possibilità di stampa dei risultati e dei parametri operativi, anche attraverso la trasmissione in rete e wireless, per la produzione della documentazione prevista dal Manuale della Qualità e per* *l’ottemperanza al disposto delle Norme di Buona Preparazione (NBP) nella dispersione del radio farmaco?* | 0 | |  | | | | Indicare le modalità di stampa:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | |
| **14** | *È presente una stampante integrata nel sistema per la stampa dei parametri impostati del paziente?* | 0 | |  | | | | Indicare tipo, modello e materiale di consumo:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | |
|  | **Domanda** | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | |
| **15** | *In termini di attività, entro quale range può variare la fiala multidose di radio-farmaco caricabile nel sistema?* | Indicare le modalità di caricamento e i quantitativi utilizzabili:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SI** | | | | | | | | | | | |
| **16** | *È previsto l’utilizzo di soluzione salina per la diluizione della soluzione madre inviata dal fornitore?* | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | | | | | | | | | | | | | | | **note** | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | |
| **17** | *È possibile l’utilizzo di contenitori “VIAL” di diverse dimensioni?* | 0 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Indicare quali dimensioni possibili:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 2.5 | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **NO - ma il produttore si impegna a fornire al fornitore del radio farmaco (e quindi al vettore autorizzato) almeno un contenitore schermato uguale a quello presente nello strumento** | | | | | | | | | | | | | | | | | **SI – solo per alcuni modelli di contenitori schermati** | | | | | | | | | **SI – compatibilità con tutti modelli/marche** | |
| **18** | *L’infusore permette il caricamento automatico del flacone di radiofarmaco (“vial”), proveniente dall’esterno, senza bisogno di estrarlo manualmente dal relativo contenitore schermato?* | 0 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 - 3 | | | | | | | | | 4 | |
|  | **Domanda** | **NO - scostamento peggiore (SP)**  **=**  **>±2% della dose misurata**  **>±10% della dose prescritta** | | | | | | | | | | | | | | **SI - scostamento intermedio (SInt.)**  **=**  **SM<SInt.<SP** | | | | | | **SI - scostamento migliore (SM)** | | | | | | | | | |
| Indicare scostamento | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **19** | *Il margine di scostamento della dose somministrata non supera il ± 2% di quella misurata e il ± 10% di quella prescritta?* | 0 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **Valutazione peggiore** | | | | | **Valutazione intermedia (VI) =**  **VM<VI<VP** | | | | | | | | | | **Valutazione**  **Migliore (VM)** | | | | | **note** | | | | | | | | | |
| **20** | *Esiste una dose minima e massima preparabile per singola somministrazione?* | 0.3 | | | | | 0.6 | | | | | | | | | | 1,5 | | | | | Indicare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | | | | | | | | | | | | | | | | **SI** | | | | | | | | | | | | |
| **21** | *È prevista la misurazione della dose da somministrare al paziente immediatamente prima dell’iniezione?* | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | | |
| **22** | *Quali sono le schermature presenti nell’apparecchiatura?* | Indicare le schermature in tutte le sue componenti e la valutazione del rateo di dose a varie distanze dalla superficie:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | | |
|  | **Domanda** | ≤ 30 uSV/h | | | | | | ≤ 20 uSV/h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **≤**10 uSV/h | | | |
| **23** | *Dose a 5 cm dalla superficie* | 0.5 | | | | | | 1.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | | |
| **24** | *Si garantisce che non esistono modalità di rottura che possano causare fuoriuscite di radio-farmaco dal sistema?* | 0 | |  | | | | Indicare eventuali modalità di rottura che possano causare fuoriuscita di radio farmaco o le precauzioni prese per evitare che ciò accada:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | **SI** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | | |
| **25** | *Il sistema informatico della tecnologia messa a bando è interfacciabile con il sistema informatico ospedaliero (RIS/PACS)?* | 0 | |  | | | | Descrivere:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
|  | **Domanda** | **Classe I** | | | | | | | | | | | | | **Classe IIa** | | | | | | | | | | | | | **Classe IIb e III** | | | |
| **26** | *Quale classe di marcatura CE è stata attribuita al dispositivo?* | 0 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | **SI** | | | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | | |
| **27** | *Lo strumento è conforme all’uso secondo le NBP?* | 0 |  | | | Specificare e certificare:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | |
|  | **Domanda** | **< 5** | | | | | | | | | 1. **– 7** | | | | | | | | **8 – 10** | | | | | | | | | **> 10** | | | |
| Indicare n. anni | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **28** | *Indicare il tempo minimo (anni) di presenza in magazzino delle componenti di ricambio per la funzionalità della tecnologia.* | 0 | | | | | | | | | 0.5 | | | | | | | | 1.5 | | | | | | | | | 2 | | | |
|  | **Domanda** | **1 operatori** | | | | | | | | | | | | | | | | | **>1 operatori** | | | | | | | | | | | | |
| Indicare n. operatori |  | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **29** | *Dichiarare il numero degli operatori addetti alla manutenzione del sistema.* | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **> 4 ore** | | | | | | | | | **61 min. – 4 ore** | | | | | | | | **31 - 60 min.** | | | | | | | | **15 – 30 min.** | | | | |
| indicare | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **30** | *Dichiarare il tempo massimo di risposta (telefonica, mail, fax) alle esigenze tecniche ed alle chiamate di manutenzione straordinaria della tecnologia oggetto di gara.* | 0 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 3 | | | | |
|  | **Domanda** | **> 48 ore** | | | | | | | | | **Entro 48 ore** | | | | | | | | **Entro 24 ore** | | | | | | | | **< 6 ore** | | | | |
| indicare | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **31** | *Dichiarare il tempo massimo di intervento in loco dal momento della chiamata.* | 0 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1.5 | | | | | | | | 3 | | | | |
|  | **Domanda** | **Note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | | | |
| **32** | *Indicare copertura temporale del servizio di assistenza.* | Indicare giorni, se lavorativi o anche festivi, ed orari:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | |
|  | **Domanda** | **> 48 ore** | | | | | | | | | **Entro 48 ore** | | | | | | | | **Entro 24 ore** | | | | | | | | **< 12 ore** | | | | |
| indicare | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **33** | *Tempo di arrivo in loco dei pezzi di ricambio per ripristino della tecnologia.* | 0 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1.5 | | | | | | | | 3 | | | | |
|  | **Domanda** | **note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | | | |
| **34** | *Numero di visite all’anno e tempistiche degli interventi di manutenzione preventiva.* | Indicare:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.5 | | | | |
|  | **Domanda** | **≤ 12 mesi** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **> 12 mesi** | | | | | | | | | | | |
| **35** | *Garanzia* | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **< 4 ore** | | | | | | | | | | | | **Tra 4 e 1 giorno lavorativo** | | | | | | | | | | **>1 giorno lavorativo** | | | | | | | |
| indicare | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **36** | *Dichiarare il tempo dedicato per il training iniziale del personale CNAO all’utilizzo della macchina.* | 0.3 | | | | | | | | | | | | 0.6 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | |
|  | **Domanda** | **NO** | | | **SI** | | | | **note** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Punteggio massimo** | | | |
| **37** | *Esistono procedure definite per l’effettuazione dei controlli di qualità periodici sull’apparecchiatura?* | 0 | | |  | | | | In particolare, indicare i test periodici da effettuare sul calibratore di dose e quali sorgenti radioattive siano eventualmente necessarie:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | |