

# QUESTIONARIO TECNICO

Domanda		1	1 < N ≤ 3		> 3
	Indicare radionuclidi		_____	_____	_____
	Indicare radionuclidi		_____	_____	_____
	Indicare radionuclidi		_____	_____	_____
	Indicare radionuclidi		_____	_____	_____
<b>1</b>	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	_____	_____	_____	_____
<b>2</b>	<p>I pesi* sono ragionevolmente ridotti per una maggiore sicurezza e maneggevolezza degli operatori?</p> <p>* Il peso complessivo (PC) non deve eccedere 450 kg (v. Capitolato tecnico 4.1.1.)</p>	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	_____	_____	_____	_____
<b>3</b>	<p>L'ingombro laterale (IL)** è ragionevolmente ridotto per una maggiore maneggevolezza?</p> <p>**l'ingombro laterale non deve essere in ogni caso maggiore di 80 cm (IM) (v. Capitolato tecnico, 4.1.1)</p>	0	0.5	1	2
Domanda		NO		SI	
<b>4</b>	Il sistema di movimentazione motorizzato ha autonomia di batterie superiore a 8h?	0.5		1.5	

	<b>Domanda</b>	<b>&gt; 2 ore</b>		<b>≤ 2 ore</b>		
<b>5</b>	<i>Tempo di ricarica batterie</i>	0.5		1.5		
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Note</b>	<b>Punteggio massimo</b>	
<b>6</b>	<i>Lo schermo per i dati di impostazione (schermo operatore per la gestione delle iniezioni) è del tipo Touch Screen?</i>	0		Indicare tipo, modello e caratteristiche dello schermo: _____ _____ _____	1	
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Note</b>	<b>Punteggio massimo</b>	
<b>7</b>	<i>È presente la possibilità di utilizzo "dose a richiesta dell'operatore" per la compensazione del ritardo pazienti?</i>	0		Indicare le modalità: _____ _____ _____	1.5	
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Note</b>	<b>Punteggio massimo</b>	
<b>8</b>	<i>È possibile l'iniezione di soluzione fisiologica per test in vena?</i>	0		Indicare le modalità: _____ _____ _____	2	
	<b>Domanda</b>	<b>&gt; 45</b>		<b>31 - 45</b>	<b>15 - 30</b>	<b>&lt; 15</b>
<b>9</b>	<i>Qual è il tempo (minuti) di warm-up giornaliero per le attività routinarie dei controlli di qualità?</i>	0.25		0.5	0.75	1
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>			<b>SI</b>	
<b>10</b>	<i>È presente la possibilità di cambiare l'unità di misura da Ci a Bq?</i>	0			1.5	
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Note</b>	<b>Punteggio massimo</b>	
<b>11</b>	<i>È presente il salvataggio di backup dei dati in caso di interruzione elettrica?</i>	0		Indicare le modalità: _____ _____ _____	1.5	

	Domanda	NO	SI	Note	Punteggio massimo
12	<i>È previsto un tempo limite di funzionamento del sistema in caso di interruzione di corrente elettrica?</i>	0		<p>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:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	2
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Note</b>	<b>Punteggio massimo</b>
13	<i>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?</i>	0		<p>Indicare le modalità di stampa:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	1
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Note</b>	<b>Punteggio massimo</b>
14	<i>È presente una stampante integrata nel sistema per la stampa dei parametri impostati del paziente?</i>	0		<p>Indicare tipo, modello e materiale di consumo:</p> <hr/> <hr/> <hr/>	1.5
	<b>Domanda</b>	<b>Note</b>			<b>Punteggio massimo</b>
15	<i>In termini di attività, entro quale range può variare la fiala multidose di radio-farmaco caricabile nel sistema?</i>	Indicare le modalità di caricamento e i quantitativi utilizzabili:			2
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>	
16	<i>È previsto l'utilizzo di soluzione salina per la diluizione della soluzione madre inviata dal fornitore?</i>	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
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>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</b>	<b>SI - solo per alcuni modelli di contenitori schermati</b>	<b>SI - compatibilità con tutti modelli/marche</b>
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
	<b>Domanda</b>	<b>NO - scostamento peggiore (SP) = <math>&gt;\pm 2\%</math> della dose misurata <math>&gt;\pm 10\%</math> della dose prescritta</b>		<b>SI - scostamento intermedio (SInt.) = <math>SM &lt; SInt. &lt; SP</math></b>	<b>SI - scostamento migliore (SM)</b>
	Indicare scostamento	_____		_____	_____
19	Il margine di scostamento della dose somministrata non supera il $\pm 2\%$ di quella misurata e il $\pm 10\%$ di quella prescritta?	0	1	2	
	<b>Domanda</b>	<b>Valutazione peggiore</b>	<b>Valutazione intermedia (VI) = <math>VM &lt; VI &lt; VP</math></b>	<b>Valutazione Migliore (VM)</b>	<b>note</b>
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		
	<b>Domanda</b>					<b>Punteggio massimo</b>
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
	<b>Domanda</b>	≤ 30 uSV/h		≤ 20 uSV/h		≤10 uSV/h
23	Dose a 5 cm dalla superficie	0.5		1.5		3
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>			<b>Punteggio massimo</b>
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
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>			<b>Punteggio massimo</b>
25	Il sistema informatico della tecnologia messa a bando è interfacciabile con il sistema informatico ospedaliero (RIS/PACS)?	0		Descrivere: _____ _____ _____ _____ _____		1
	<b>Domanda</b>	<b>Classe I</b>		<b>Classe IIa</b>		<b>Classe IIb e III</b>
26	Quale classe di marcatura CE è stata attribuita al dispositivo?	0		1		1.5
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Note</b>		<b>Punteggio massimo</b>

<b>27</b>	<i>Lo strumento è conforme all'uso secondo le NBP?</i>	0		Specificare e certificare: _____ _____ _____ _____ _____	2
	<b>Domanda</b>	<b>&lt; 5</b>	<b>5 - 7</b>	<b>8 - 10</b>	<b>&gt; 10</b>
	Indicare n. anni	_____	_____	_____	_____
<b>28</b>	<i>Indicare il tempo minimo (anni) di presenza in magazzino delle componenti di ricambio per la funzionalità della tecnologia.</i>	0	0.5	1.5	2
	<b>Domanda</b>	<b>1 operatori</b>		<b>&gt;1 operatori</b>	
	Indicare n. operatori	_____		_____	
<b>29</b>	<i>Dichiarare il numero degli operatori addetti alla manutenzione del sistema.</i>	0		1	
	<b>Domanda</b>	<b>&gt; 4 ore</b>	<b>61 min. - 4 ore</b>	<b>31 - 60 min.</b>	<b>15 - 30 min.</b>
	indicare	_____	_____	_____	_____
<b>30</b>	<i>Dichiarare il tempo massimo di risposta (telefonica, mail, fax) alle esigenze tecniche ed alle chiamate di manutenzione straordinaria della tecnologia oggetto di gara.</i>	0	1	2	3
	<b>Domanda</b>	<b>&gt; 48 ore</b>	<b>Entro 48 ore</b>	<b>Entro 24 ore</b>	<b>&lt; 6 ore</b>
	indicare	_____	_____	_____	_____
<b>31</b>	<i>Dichiarare il tempo massimo di intervento in loco dal momento della chiamata.</i>	0	1	1.5	3

	<b>Domanda</b>	<b>Note</b>			<b>Punteggio massimo</b>
<b>32</b>	<i>Indicare copertura temporale del servizio di assistenza.</i>	Indicare giorni, se lavorativi o anche festivi, ed orari: _____ _____ _____			2
	<b>Domanda</b>	<b>&gt; 48 ore</b>	<b>Entro 48 ore</b>	<b>Entro 24 ore</b>	<b>&lt; 12 ore</b>
	indicare	_____	_____	_____	_____
<b>33</b>	<i>Tempo di arrivo in loco dei pezzi di ricambio per ripristino della tecnologia.</i>	0	1	1.5	3
	<b>Domanda</b>	<b>note</b>			<b>Punteggio massimo</b>
<b>34</b>	<i>Numero di visite all'anno e tempistiche degli interventi di manutenzione preventiva.</i>	Indicare: _____ _____			1.5
	<b>Domanda</b>	<b>≤ 12 mesi</b>		<b>&gt; 12 mesi</b>	
<b>35</b>	<i>Garanzia</i>	0		2	
	<b>Domanda</b>	<b>&lt; 4 ore</b>	<b>Tra 4 e 1 giorno lavorativo</b>	<b>&gt;1 giorno lavorativo</b>	
	indicare	_____	_____	_____	
<b>36</b>	<i>Dichiarare il tempo dedicato per il training iniziale del personale CNAO all'utilizzo della macchina.</i>	0.3	0.6	1	
	<b>Domanda</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>note</b>	<b>Punteggio massimo</b>
<b>37</b>	<i>Esistono procedure definite per l'effettuazione dei controlli di qualità periodici sull'apparecchiatura?</i>	0		In particolare, indicare i test periodici da effettuare sul calibratore di dose e quali sorgenti radioattive siano eventualmente necessarie: _____ _____ _____	2

--	--	--	--	--	--