**QUESTIONARIO DI DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI MINIMI**

**N. 7 DEFIBRILLATORI – REPARTI VARI**

**P.O. PRESIDIO BERGAMO**

**Compilare indicando solo sì o no come risposta. Specificare ulteriori note SOLO in caso di necessità di esemplificare l’equivalenza**

|  |  |
| --- | --- |
| **CARATTERISTICA MINIMA** | **SI/NO** |
| Modalità semiautomatica |  |
| Presenza di pacing |  |
| Dotazione di piastre esterne rigide nella configurazione presentata |  |
| Dotazione di cavo di collegamento per le piastre monouso nella configurazione presentata |  |
| Monitoraggio ECG |  |
| Monitoraggio SpO2 |  |
| Disponibilità di piastre neonatali |  |
| Disponibilità di piastre pediatriche |  |
| Disponibilità di piastre adulti |  |
|  |  |