|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONARIO DI DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI MINIMI**  **ECOGRAFO PER S.O.**  **P.O. PAPA GIOVANNI XXXIII - BERGAMO**  *Compilare indicando solo sì o no come risposta. Specificare ulteriore note SOLO in caso di necessità di esemplificare l’equivalenza* | |
| Possibilità di effettuazione blocchi periferici, anche complessi e/o in sedi profonde e/o in prossimità di strutture anatomiche nobili |  |
| Necessità di conoscere in ogni momento dove si localizza la punta dell'ago, anche se non c'è una visione diretta della punta stessa |  |
| Sw vascolare e per applicazioni anestesiologiche loco regionali |  |
| Completo di sonde necessarie (n.1 lineare – n.1 convex) e guide per l’ago |  |
| Completo di stampante B/N |  |
| Completo di carrello per il trasporto |  |
| Procedure di sanificazione compatibili con i prodotti autorizzati ed in uso in Azienda |  |
| Collegamento wireless alla rete aziendale |  |
| Classi DICOM necessarie a collegare il sistema al RIS/PACS aziendale |  |