



Αθήνα, 28/01/2016

Προς,
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ – ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ

ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: «Διαβούλευση επί των τεχνικών προδιαγραφών ΣΥΣΚΕΥΗΣ CPAP όπως αναρτήθηκαν στην ηλεκτρονική διεύθυνση της υπηρεσίας σας με καταληκτική ημερομηνία υποβολής παρατηρήσεων 28/01/2016».

Αξιότιμοι Κύριοι,

Συμμετέχοντας στην διαδικασία της ως άνω διαβούλευσης έχουμε την τιμή να υποβάλλουμε στην υπηρεσία σας τις τεχνικές προδιαγραφές για προμήθεια Συσκευής CPAP που θεωρούμε ότι διαθέτουν την πληρότητα και αντικειμενικότητα που απαιτείται ώστε να διασφαλίζεται η μεγαλύτερη δυνατή ευρύτητα συμμετοχής στον διαγωνισμό και να μη δημιουργούνται αδικαιολόγητα εμπόδια στον ανταγωνισμό, σε όφελος του επικείμενου διαγωνισμού (σύννομος διαγνωστική διαδικασία) και κατ' επέκταση του δημοσίου συμφέροντος και του νοσοκομείου σας.

Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή πληροφορία χρειαστείτε.

Με τιμή,

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΔΑΛΛΑ & ΣΙΑ Ε.Ε.
ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ Α.Μ.Π.: 00853
ΥΠ.ΜΑ: ΣΟΛΩΜΟΥ 9, ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Τ.Κ. 173 43
ΤΗΛ.: 210 9700941 - 210 9700660 FAX: 210 9715995
ΚΕΝΤΡΙΚΟ: ΘΑΛΕΙΑΣ 5 - ΚΑΝΤΖΑ ΠΑΛΛΗΝΗΣ 153 51
ΑΦΜ: 998768937 - ΔΟΥ: ΠΑΛΛΗΝΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΔΑΛΛΑ & ΣΙΑ Ε.Ε.



ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

ΣΥΣΚΕΥΗΣ CPAP

A. ΓΕΝΙΚΑ Η συσκευή αναπνευστικής υποστήριξης θετικής πίεσης (Auto CPAP) να είναι κατασκευασμένη για τη χορήγηση συνεχούς θετικής πίεσης μέσω ρινικής ή στοματορινικής μάσκας.	
B. ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
1. Να είναι αμεταχείριστη και το τελευταίο μοντέλο του κατασκευαστή οίκου	Να αναφερθεί η χρονολογία πρώτης κυκλοφορίας
2. Ηλεκτρική τροφοδοσία	220 V/ 50 Hz AC
3. Βάρος	< 3 kgr
4. Εύρος πίεσης, η οποία να ρυθμίζεται είτε χειροκίνητα είτε αυτόματα ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (manual CPAP ή Auto CPAP)	4-20 cmH ₂ O
5. Να έχει δυνατότητα σύνδεσης με ελεγχόμενο από τη συσκευή θερμαινόμενο υγραντήρα	ΝΑΙ, να προσφερθεί προς επιλογή
6. Να διαθέτει λειτουργία προοδευτικής αύξησης της πίεσης (ράμπα)	ΝΑΙ (από 0 έως 45 min περίπου)
7. Να παρέχει την δυνατότητα μείωσης της πίεσεως κατά την διάρκεια της εκπνοής.	ΝΑΙ, έως 3cmH ₂ O ώστε η παρεχόμενη πίεση από την συσκευή να ακολουθεί τη φυσική αναπνοή του ασθενή.
8. Να παρέχει την δυνατότητα διαχωρισμού των επεισοδίων αποφρακτικών και κεντρικών απνοιών.	ΝΑΙ
9. Να διαθέτει φίλτρο για σκόνη, καπνό, γύρη κλπ	ΝΑΙ
10. Να έχει χαμηλό επίπεδο πίεσης θορύβου	<30 dBA σύμφωνα με ISO 4871
11. Να διαθέτει ψηφιακές ενδείξεις σε LCD οθόνη	ΝΑΙ
12. Να έχει δυνατότητα σύνδεσης με Η/Υ με δυνατότητα τηλεχειρισμού	ΝΑΙ
13. Να καταγράφει τα στοιχεία της θεραπείας και της λειτουργίας της σε αποσπώμενη κάρτα μνήμης	ΝΑΙ



14. Στην μνήμη να καταχωρούνται τουλάχιστον τα παρακάτω στοιχεία:	i. Ώρες χρήσης ανά ημέρα
	ii. Δείκτης απνοιών / υποπνοιών (AHI)
	iii. Διακυμάνσεις πιέσεων
	iv. Η μέση πίεση
	v. Διαρροές αέρα
	vi. Ροχαλητό
	vii. Αναλυτικά στοιχεία για τις τελευταίες ημέρες λειτουργίας.
15. Να διαθέτει μεγάλη ποικιλία από μάσκες και κεφαλοδέτες	ΝΑΙ, να προσφερθούν διαφόρων μεγεθών και τύπων, ρινικές και στοματορινικές, για ευκολότερη επιλογή σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή. Δυνατότητα αλλαγής μάσκας από τον ασθενή κατά τον 1ο μήνα χρήσης (από τους προσφερόμενους τύπους).
16. Να διαθέτει τσάντα μεταφοράς και φύλαξης	ΝΑΙ
17. Να παραδίδεται με όλα τα συνοδευτικά	Σωλήνες, φίλτρα κτλ.
18. Να έχει δυνατότητα λειτουργίας με επαναφορτιζόμενες από το ίδιο σύστημα μπαταρίες.	ΝΑΙ