**ENCUESTA ANEXA AL PLIEGO DE PRESCIPCIONES TÉCNICAS PARA EL CONTRATO DE SUMINISTRO DE UNA TORRE DE ENDOSCOPIA Y ESTROBOSCOPIA (SERVICIO DE ORL), PARA LA FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, A ADJUDICAR POR PROCEDIMIENTO ABIERTO SIMPLIFICADO MEDIANTE PLURALIDAD DE CRITERIOS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **CASA COMERCIAL:** |  |
| **FABRICANTE:** |  |
| **MARCA:** |  |
| **MODELO:** |  |
| **IMAGEN** |  |
| Equipo de endoscopia para la realización de exploraciones y análisis de voz en el servicio de ORL |  |
| **Procesador y fuente de luz** |  |
| ***Procesador*** |  |
| Marca/Modelo: |  |
| Resolución Full HD (S/N): |  |
| Tecnología evolutiva que pemite uso con sistemas de cámara 3D y/o 4K-UHD (S/N. Indicar): |  |
| **Controles ajustes:** |  |
| Ajuste color. Indicar: |  |
| Iluminación: |  |
| Contraste |  |
| Balance de blancos: |  |
| Ganancia: |  |
| Ajuste de realce de imagen. Indicar: |  |
| Selección de tamaño de imagen (S/N. Inidcar): |  |
| Zoom eléctrico. Especificar: |  |
| Relación de aspecto. Indicar: |  |
| Función congelación imagen endoscópica (S/N): |  |
| Otros controles: |  |
| **Salidas:** |  |
| Señal analógica. Indicar: |  |
| Señal digital. Indicar: |  |
| Función PIP: |  |
| Otras: |  |
| **Memoria USB compatible para la captura de imágenes (S/N. Indicar):** |  |
| **Conexión electrónica rápida de endoscopios en un paso (S/N.Indicar):** |  |
| ***Fuente de luz:*** |  |
| Tipo (halogena, Xenon, LED): |  |
| Integrada en el procesador (S/N): |  |
| Potencia (W): |  |
| Intensidad regulable: |  |
| Rango: |  |
| Manual y automática (S/N): |  |
| Temperatura de color ºK: |  |
| Vida garantizada de la lámpara en horas: |  |
| Contador de horas lámpara encendida: |  |
| Fuente de luz estroboscópica (S/N): |  |
| Con tecnología LED integrada S(N): |  |
| Ajuste de intesidad automática para visualización de imagen vascularaizada que permita el diagnóstico precoz de lesiones (S/N): |  |
| Modo estroboscopico silencioso para no alterar la grabación de la voz (S/N. Indicar): |  |
| Electroglotogfrafía (EGG) (S/N. Indicar): |  |
| Control por pedal (S/N. Indicar): |  |
| Funciones incluidas: |  |
| Inicio /parada función estroboscópica (S/N. Indicar): |  |
| Inicio / Fin grabacion (S/N. Indicar): |  |
| Selección modo cámara o estroboscopio (S/N. Indicar): |  |
| Velocidad modo estroboscópico (S/N. Indicar): |  |
| Otras. Indicar: |  |
| Inclusión de cables y adaptadores necesarios para el conexionado integro del equipo (S/N. Indicar): |  |
| **Otras características:** |  |
| Cabezal de cámara |  |
| Marca/Modelo: |  |
| Grado Médico (S/N): |  |
| Tecnología (CCD, CMOS…). Especificar |  |
| Alta Definición (S/N): |  |
| Resolución: |  |
| Sensibilidad (min. Lux): |  |
| Peso (g): |  |
| Botones programables (S/N. indicar): |  |
| Zoom. Especificar rango aumento en mm: |  |
| Microfono integrado para registro de audio (S/N): |  |
| Compatible con: |  |
| Videoprocesador y fuente de luz ofertados (S/N): |  |
| Con Opticas de diferentes marcas comerciales (SN. Indicar) |  |
| Otras características: |  |
| **VideoNasoFaringoscopio** |  |
| Nº uds ofertadas: |  |
| Calidad de imagen: |  |
| Alta definición (S/N): |  |
| Alta resolución (S/N): |  |
| Tecnología (CCD, CMOS…). Especificar |  |
| Campo de visión (º): |  |
| Profundidad de campo (mm): |  |
| Longitud de trabajo (mm): |  |
| Longitud total (mm): |  |
| Diámetro exterior extremo distal (mm. Especificar por cada una de las uds ofertadas): |  |
| Diámetro exterior inserción de tubo (mm. Especificar por cada una de las uds ofertadas): |  |
| Canal de trabajo (S/N. Indicar): |  |
| Diámetro interior del canal (mm): |  |
| Distancia visible mínima (mm): |  |
| Botones multifunción en el mando del endoscopio (S/N. Indicar): |  |
| Longitud del cable (mm): |  |
| Microfono integrado para registro de audio (S/N. Indicar): |  |
| Accesorios estandarizados para los procedimientos de limpieza: valvulas, tapones, etc en caso de ser necesarios (S/N. Indicar): |  |
| Compatible con videoprocesador y fuent de luz ofertados (S/N. Indicar): |  |
| Otros. Especificar tipo y nº: |  |
| **Laringoscopio** |  |
| Nº uds ofertadas: |  |
| Diámetro exterior (mm. Especificar para cada una de las uds ofertadas): |  |
| Dirección visual (mm. Especificar para cada una de las uds ofertadas): |  |
| Otras características: |  |
| Monitor de imagen endoscópica: |  |
| Grado Médico (S/N): |  |
| Tecnología LED (S/N. Indicar): |  |
| Resolución. Indicar: |  |
| Tamaño ("): |  |
| Especificar tamaño de punto: |  |
| Dispone de conexiones para imagen digital de alta definición (S/N. Indicar): |  |
| Entradas. Especificar: |  |
| Salidas. Especificar: |  |
| Angulos de visualización: |  |
| Horizontal: |  |
| Vertical: |  |
| Otras características: |  |
| **Sistema de documentación** |  |
| Resolución Full HD (S/N): |  |
| Grabación digital de imágenes, videos y audios (S/N. Indicar): |  |
| Resolucion de grabaciones tienen mismo formato y resolución que el procesador ofertado (S/N. Indicar): |  |
| Activación a través de: |  |
| Gestión de imágenes, videos y audios (Definir que esta incluido): |  |
| Evaluación de esdtudios y gestión de datos de pacientes |  |
| Transferencia de la información a dispositivo de almacenamiento externo y red hospitalaria mediante protocolo HL7 (S/N. Indicar): |  |
| Exportación al PACS del centro. (S/N. Indicar formato): |  |
| Permite uso de listas de trabajo (S/N. Indicar): |  |
| Otras carácterísticas: |  |
| **Sistema de análisis de voz y electrografía** |  |
| Modulo de analisis de voz (S/N. Indicar carácterisiticas y aplicaciones): |  |
| Modulo de perfil de ranto de voz (S/N. Indicar carácterisiticas y aplicaciones): |  |
| Módulo de electroglotografía (EGG) (S/N. Indicar): |  |
| Kit de electrodos con micrófono incluido (S/N. Indicar): |  |
| Nº kits ofertados: |  |
| Micrófono externo con preamplificador para grabación de voz (S/N. Indicar): |  |
| Otras características: |  |
| **Accesorios** |  |
| Estación de trabajo móvil con la instalación electrica adecuada y capacidad para albergar todo el equipamiento ofertado (S/N. Indicar): |  |
| Soportes integrados para endoscopios, cabezal de cámara y cables de fuente de luz |  |
| Brazo portamonitor (S/N. Indicar): |  |
| Estantes y cajon para almacenamiento de material (S/N. Indicar nº): |  |
| Otras características: |  |
| Pedal de control (S/N. Indicar): |  |
| Microfono de solapa con clip (S/N. Indicar): |  |
| Otros . Indicar: |  |
| **Dimensiones y Necesidades de Instalación** |  |
| Peso del equipo completo (Kg.): |  |
| Dimensiones equipo completo: alto x ancho x profundo (cm): |  |
| Características especiales necesarias para su instalación (S/N): |  |
| En caso afirmativo describir: |  |
| **Formación y Puesta en Marcha** |  |
| **Formación del Usuario:** |  |
| Médicos: |  |
| Personal técnico del centro: |  |
| **Formación del Personal Técnico:** |  |
| Técnico (Describir nº y formación técnica): |  |
| Tiempo necesario para la instalación del equipo: |  |
| Tiempo necesario para ajustes previos a la puesta en marcha del equipo: |  |
| **Garantías y Características de Servicio** |  |
| **Periodo de Garantía Equipo (años):** |  |
| Componentes fuera Garantía (S/N): |  |
| En caso afirmativo, especificar: |  |
| Adjunta lista y precio de los fungibles más utilizados (S/N): |  |
| Año de lanzamiento al mercado del equipo: |  |
| Indicar vida media del equipo (años): |  |
| Existencia piezas de repuesto (años): |  |
| Tiempo para suministro Equipo (días naturales): |  |
| **Contrato Mantenimiento (IVA incluido):** |  |
| **Tipo A: Todo riesgo.** |  |
| Porcentaje sobre el precio del equipo que supone el contrato de mantenimiento a todo riesgo (Sin ningún tipo de exclusión): |  |
| Incluye mantenimiento de los elementos auxiliares adquiridos con el equipo (S/N): |  |
| Enumerar los excluidos: |  |
| **Tiempo de respuesta (en horas). Especificar valores:** |  |
| Días hábiles y horario de trabajo a la semana del servicio técnico: |  |
| Nº de revisiones /año: |  |
| Días de parada/año por revisiones necesarias del equipo: |  |
| **Disponibilidad del equipo:** |  |
| Tiempo útil de funcionamiento (%): |  |
| **Tipo B: Mantenimiento con exclusiones.** |  |
| Porcentaje sobre el precio del equipo que supone el contrato de mantenimiento con algún tipo de exclusión: |  |
| Enumerar los elementos y accesorios que se consideran excluidos: |  |
| **Tipo C: Mantenimiento preventivo.** |  |
| Porcentaje sobre el precio del equipo que supone el contrato de mantenimiento con algún tipo de exclusión: |  |
| Enumerar los elementos y accesorios que se consideran excluidos: |  |
| **Actualizaciones de los equipos** |  |
| **Indicar la fórmula bajo la cual el Licitador se compromete a mantener actualizado el equipo sin coste adicional:** |  |
| **Documentación técnica** |  |
| Catálogos, Product Data,.. (S/N): |  |
| Manuales de funcionamiento (S/N): |  |
| En castellano (S/N): |  |
| Manuales de mantenimiento (S/N): |  |
| En castellano (S/N): |  |
| Protocolo del test de aceptación del equipo: |  |
| Presenta al concurso copia de la documentación técnica correspondiente al protocolo de las pruebas a realizar para la aceptación del equipo (S/N): |  |
| Equipos instalados |  |
| Incluye listado de equipos similares al ofertado que se han instalado en los últimos 3 años en España, clasificados por modelo, año de instalación y centro (S/N): |  |
| Certificados de cumplimiento de normativa nacional y/o europea e internacional incluidos (S/N) Indicar aportados en oferta: |  |
| Marcado CE: |  |
| Conformance Claim Set: |  |
| Sistemas de Gestión de Calidad: |  |
| ISO 9001: |  |
| ISO13485: |  |
| Otros: |  |
| Sistema de Gestión Ambiental: |  |
| ISO 14001 |  |
| Otros: |  |
| **Servicio técnico en plaza (S/N):** |  |
| Indicar nº de técnicos/titulación y dirección del más cercano: |  |
| Horario de recepción de llamadas: Teléfono/s: |  |
| Tiempo Respuesta Servicio Técnico con presencia física (Horas). Indicar valores: |  |
| Tiempo Respuesta para Repuestos y consumibles (Horas/Días): |  |
| Precio/Hora Servicio técnico (IVA incluido): |  |
| Dietas (horas, km., etc.) (S/N): |  |
| En caso afirmativo, coste dietas(IVA incluido): |  |
| Indicar otras características valorables del Servicio Técnico que prestará la adjudicataria: |  |
| Indicar otras características valorables del Servicio Técnico que prestará la adjudicataria: |  |