

ANNEX 16

Model oferta TÈCNICA

INTERLOCUTOR AMB L'ICS

(Relació de interlocutors de la empresa amb l'ICS per aclariments sobre la oferta tècnica ,si cal)

Licitador

--

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	Nom i cognoms de l'interlocutor designat
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Num. Centre	Telèfon de contacte de l'interlocutor	Telèfon 2	Adreça correu electrònic
1			
2			
3			
4			
5			
6			

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 1 GRUP ECOGRAFIES
 LOT 3 GRUP PATOLOGIA VASCULAR

AE-ECO-1

NIF LICITADOR

--	--

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)

LOT 1 GRUP ECOGRAFIES

P-GU010 : Estudi de la impotència masculina amb ecografia doppler

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS GU010	Num. Centre
HH677	HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL	2	

P-GU013 : Ecografia prostàtica transrectal

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS GU013	Num. Centre
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	30	

P-RX002 : Resta d'ecografies viscerals amb doppler i valoració de fluxes

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX002	Num. Centre
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	40	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	10	
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	40	
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	70	
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	170	
57	DELTA	200	

P-RX004 : Resta d'ecografies convencionals

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX004	Num. Centre
12	ANOIA	3.800	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	13.000	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	11.300	
17	GARRAF-ALT PENEDES	18.000	
18	MATARÓ-MARESME	6.500	
20	ST. COLOMA DE GRAMANET	150	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	4.000	
25	GRANOLLERS-MOLLET	7.000	
28	SABADELL-RUBÍ-ST.CUGAT-TERRASSA	7.000	
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	8.000	
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	8.000	
53	SAP DRETA DE BARCELONA	13.500	
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	18.000	
55	SAP D'EXPLORACIONS I TRACTAMENTS	60	
57	DELTA	25.300	

LOT 3 GRUP PATOLOGIA VASCULAR

P-RX016 Ecografia amb doppler del sistema vascular

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX016	Num. Centre
12	ANOIA	200	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	1.000	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	200	
17	GARRAF-ALT PENEDES	350	
18	MATARÓ-MARESME	370	
24	CERDANYOLA-RIPOLLET	750	
28	SABADELL-RUBÍ-ST.CUGAT-TERRASSA	750	
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	800	
53	SAP DRETA DE BARCELONA	100	
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	1.950	
57	DELTA	2.900	

Cal recollir el núm de centre que oferteu per realitzar la prova tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació

Observacions

--

EQUIPS ACTUALMENT EN FUNCIONAMENT

AE-ECO-3

Cal omplir una fitxa per cada equip que disposi el licitador

Num. Centre

EQUIP NUM.

Prova o proves que es realitzen amb aquest equip (Identificar amb el codi ICS de tipus de prova)

Equip base

Marca	Model	Any fabricació	Data d'adquisició (mes/any)

Gama (Alta/mitja/baixa)	
Doppler (triple/duplex)	
Manteniment de l'equip (SI/NO)	

Empresa/es responsable/s del contracte de manteniment	Data última revisió

Accessoris

Tipus i ma. Model	Any fabricació	Data d'adquisició (mes/any)

Programes específics

Programari (software)	Any instal·lació

Resum principals característiques tècniques (especificar)Tipus de transductors (sectorial, lineal, endocavitari) amb especificació de les característiques de cadascú.
Altres.

Documentació que s'ha d'aportar:

- Acreditació/ons del servei de manteniment
- Acreditació/ons de la formació específica del personal tècnic.
- Autocertificació/ons de l'experiència de l'any 2018 del personal tècnic.
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal descrit als quadres de dotació de personal.

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 2 GRUP PATOLOGIA MAMÀRIA

AE-MAMA-1

NIF LICITADOR

--	--

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

*(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)***P-MM001 Mamografia convencional**

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS MM001	Num. Centre
25	GRANOLLERS-MOLLET	600	

P-MM004 Ecografia mamària

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS MM004	Num. Centre
25	GRANOLLERS-MOLLET	300	

P-RX321 Intervencionisme de mama guiat per ecografia PAAF

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX321	Num. Centre
25	GRANOLLERS-MOLLET	20	

P-RX322 Intervencionisme de mama guiat per ecografia BAG

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX322	Num. Centre
25	GRANOLLERS-MOLLET	30	

Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació

Observacions

--

AE-MAMA-2

Num.	Centre
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

FACULTATIUS

Serà requeriment imprescindible que els metges radiòlegs dedicats a patologia mamària realitzin un mínim de 2000 informes de mamografia / any, seguint requisits d'estàndards de qualitat en aquest tipus de patologia.

El personal relacionat ha de figurar en la dotació general sol·licitada en les fitxes d'aspectes generals del servei.

EQUIPS ACTUALMENT EN FUNCIONAMENT

AE-MAMA-3

Cal omplir una fitxa per cada equip que disposi el licitador

Num. Centre

EQUIP NUM.

Prova o proves que es realitzen amb aquest equip (Identificar amb el codi ICS de tipus de prova)

Equip base

	Marca	Model	Any fabricació	Data d'adquisició (mes/any)
(Ecògraf)	Gama (Alta/mitja/baixa)			
(Ecògraf)	Frequència transductor (M hz)			
(Ecògraf)	Elastografia (SI/NO)			
(Mamògraf)	Diàmetre de focus 0,3 mm o menor (SI/NO)			
(Mamògraf)	Tasa de dosi 10-30 mGy/s (SI/NO)			
(Mamògraf)	Digital (Direct/indirecte)			
	Manteniment de l'equip (SI/NO)			
Empresa/es responsable/s del contracte de manteniment			Data última revisió	

Accessoris

Tipus i marca	Model	Any fabricació	Data d'adquisició (mes/any)

Programes específics

Programari (software)	Any instal·lació

Resum principals característiques tècniques (especificar)

Ecògraf: Tipus de transductors (sectorial, lineal, endocavitari) amb especificació de les característiques de cadascú. Tipus de Doppler. Altres.

Mamògraf: Generador. Diàmetre de focus. Filtre de rodi.

Laboratori/s o servei/s d'anatomia patològica on s'adreçaran -si escau- les mostres biòpsiques i estudis histològics.

(Especificar nom del servei i adreça)

Documentació que s'ha d'aportar:

- Acreditació del servei de manteniment i tipus (preventiu i correctiu).
- Darrer Informe dels controls radiològics periòdics efectuats per la UTPR contractada.
- Autocertificació/ons del número d'exploracions de patologia de mama del radiòleg
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal descrit als quadres de dotació de personal.

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 4 GRUP RADIOLOGIA SIMPLE
LOT 5 GRUP RADIOLOGIA AMB CONTRAST

AE-CONV-1

NIF LICITADOR

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)

LOT 4 GRUP RADIOLOGIA SIMPLE

P-RX019 Radiologia simple òssia

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX019	Num. Centre
04	PLA D'URGELL-SEGARRA-NOGUERA-URGELL	50	
39	GIRONA SUD	1750	

P-RX020 Radiologia simple tòrax/abdomen

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX020	Num. Centre
04	PLA D'URGELL-SEGARRA-NOGUERA-URGELL	50	
39	GIRONA SUD	1750	

LOT 5 GRUP RADIOLOGIA AMB CONTRAST

P-RX022 Radiologia convencional amb contrast de l'aparell digestiu

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX022	Num. Centre
18	MATARÓ-MARESME	300	
27	OSONA	10	
57	DELTA	70	

*Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació***Observacions**

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES PER CENTRE

AE-CONV-2

Cal omplir una fitxa per cada centre que disposi el licitador

Num. Centre

DOTACIÓ DE PERSONAL
FACULTATIUS

Hores dedicació setmanals	Nom i cognoms	Titulació, especialitat/s	Codi ICS de la/les prova/es en les quals intervé

PERSONAL TÈCNIC I D'INFERMERIA

Hores dedicació setmanals	Nom i cognoms	Titulació, especialitat/s	Disposa de carnet d'operador d'instal·lacions radiològiques (SI/NO)	Codi ICS de la/les prova/es en les quals intervé

El personal relacionat ha de figurar en la dotació general sol·licitada en les fitxes d'aspectes generals del servei.

EQUIPS ACTUALMENT EN FUNCIONAMENT

AE-CONV-3

Cal omplir una fitxa per cada equip que disposi el licitador

Num. Centre

EQUIP NUM.

Prova o proves que es realitzen amb aquest equip (Identificar amb el codi ICS de tipus de prova)

Equip base

Marca

Model

Any fabricació

Data d'adquisició (mes/any)

Manteniment de l'equip (SI/NO)

Digital directe (SI/NO)

Empresa/es responsable/s del contracte de manteniment

Data última revisió

Complements

Marca

Model

Any fabricació

Data d'adquisició (mes/any)

Programes específics

Programari (software)

Any instal·lació

Resum principals característiques tècniques (especificar)

Tipus generador . Potència del tub. Tipus Digitalització. Altres.

Documentació que s'ha d'aportar:

- Acreditació del servei de manteniment i tipus (preventiu i correctiu).
- Darrer informe dels controls radiològics periòdics efectuats per la UTPR contractada.
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 6 GRUP TOMOGRAFIA COMPUTADA

AE-TC-1

NIF LICITADOR

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)

P-RX050 TAC de Neurologia /cap/coll sense contrast

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX050	Num. Centre
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	1900	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	750	
17	GARRAF-ALT PENEDES	1000	
18	MATARÓ-MARESME	250	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	826	
57	DELTA	3700	

P-RX051 TAC de Neurologia /cap/coll amb contrast

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX051	Num. Centre
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	80	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	100	
17	GARRAF-ALT PENEDES	20	
18	MATARÓ-MARESME	10	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	74	
57	DELTA	75	

P-RX052 TAC de Body / sistema musculoesquelética sense contrast

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX052	Num. Centre
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	1800	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	200	
17	GARRAF-ALT PENEDES	700	
18	MATARÓ-MARESME	110	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	492	
57	DELTA	1200	

P-RX053 TAC de Body / sistema musculoesquelética amb contrast

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX053	Num. Centre
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	600	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	50	
17	GARRAF-ALT PENEDES	20	
18	MATARÓ-MARESME	30	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	108	
57	DELTA	520	

Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació

Observacions

EQUIPS ACTUALMENT EN FUNCIONAMENT

AE-TC-3

Cal omplir una fitxa per cada equip que disposi el licitador

Num. Centre

EQUIP NUM.

Prova o proves que es realitzen amb aquest equip (Identificar amb el codi ICS de tipus de prova)

Equip base

Marca

Model

Any fabricació

Data d'adquisició
(mes/any)

Manteniment de l'equip (SI/NO)

Reconstrucció iterativa de darrera generació (SI/NO)

Gruix de tall

Empresa/es responsable/s del contracte de manteniment

Data última revisió

Complements

Marca

Model

Any fabricació

Data d'adquisició
(mes/any)**Programes específics**

Programari (software)

Any instal·lació

Resum principals característiques tècniques (especificar)

Tecnologia. Nombre de corones. Tipus de detectors. Gruix de tall. Reconstrucció iterativa de darrera generació, etc.

Documentació que s'ha d'aportar:

- Acreditació del servei de manteniment i tipus (preventiu i correctiu).
- Darrer Informe dels controls radiològics periòdics efectuats per la UTPR contractada.
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 7 GRUP RESSONÀNCIA MAGNÈTICA AMB EQUIPS CONVENCIONALS

AE-RMC-1

NIF	LICITADOR
-----	-----------

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

(Si disposeu de més centres afegiu els que us calquin)

P-RX029C RMN amb equip convencional múscul-esquelètic sense contrast

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX029	Num. Centre
01	LLEIDA NORD	10	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	1602	
17	GARRAF-ALT PENEDES	200	
18	MATARÓ-MARESME	2000	
20	ST. COLOMA DE GRAMANET	1300	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	1673	
24	CERDANYOLA-RIPOLLET	860	
23	BAGES-MOIANÈS	650	
23	BERGUEDÀ	300	
28	SABADELL-RUBÍ-ST.CUGAT-TERRASSA	1208	
57	DELTA	1750	
HH574	HOSPITAL DE BELLVITGE	50	
HH576	HOSPITAL DE VILADECANS	40	

P-RX301C	RMN amb equip convencional resta exploracions sense contrast
----------	--

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX301	Num. Centre
01	LLEIDA NORD	5	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	107	
17	GARRAF-ALT PENEDES	25	
18	MATARÓ-MARESME	140	
20	ST. COLOMA DE GRAMANET	80	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	103	
23	BAGES-MOIANÈS	50	
23	BERGUEDA	40	
24	CERDANYOLA-RIPOLLET	27	
28	SABADELL-RUBÍ-ST.CUGAT-TERRASSA	29	
57	DELTA	120	
HH574	HOSPITAL DE BELLVITGE	50	
HH576	HOSPITAL DE VILADECANS	40	

P-RX302C	RMN amb equip convencional resta exploracions amb contrast i/o complex. Moderada
----------	--

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX302	Num. Centre
01	LLEIDA NORD	5	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	110	
17	GARRAF-ALT PENEDES	25	
18	MATARÓ-MARESME	52	
20	ST. COLOMA DE GRAMANET	20	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÓS	24	
23	BAGES-MOIANÈS	20	
23	BERGUEDA	15	
24	CERDANYOLA-RIPOLLET	27	
28	SABADELL-RUBÍ-ST.CUGAT-TERRASSA	28	
57	DELTA	15	
HH576	HOSPITAL DE VILADECANS	40	

RX031-C	RM: estudis especials i alta complexitat (*)
---------	--

RX031 - Nom. estudi especials i data complementat ()			
SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX031	Num. Centre
HH576	HOSPITAL DE VILADECANS	40	

Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació

Observacions

EQUIPS ACTUALMENT EN FUNCIONAMENT

AE-RMC-3

Cal omplir una fitxa per cada equip que disposi el licitador

Num. Centre

EQUIP NUM.

Prova o proves que es realitzen amb aquest equip (Identificar amb el codi ICS de tipus de prova)

Equip base

Marca Model Any fabricació Data d'adquisició (mes/any)

Manteniment de l'equip (SI/NO)

Camp magnètic

Mesura de gantry

Equips com a mínim de 1,5 teslas

Empresa/es responsable/s del contracte de manteniment

Data última revisió

Complements

Marca Model Any fabricació Data d'adquisició (mes/any)

Programes específics

Programari (software)

Any instal·lació

Resum principals característiques tècniques (especificar)

Sequències (dinàmiques, de difusió, de perfusió), camp magnètic (Teslas), actualització de gradients, mesures GANTRY, disponibilitat de bobines específiques per a cada localització anatòmica i bobines múltiples per a columna vertebral, programa de supressió de greix, suport d'arxiu imatges, entre altres.

Documentació que s'ha d'aportar:

- Acreditació del servei de manteniment i tipus (preventiu i correctiu).
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal

Anestèsia

Disponibilitat de servei d'anestèsia

Si

No

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS				
LOT 8		GRUP RESSONÀNCIA MAGNÈTICA AMB EQUIPS OBERTS		AE-RMO-1
NIF		LICITADOR		
Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				
(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)				
P-RX029 RMN amb equip obert múscul-esquelètic sense contrast				
SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX029	Num. Centre	
1	LLEIDA NORD	410		
3	LLEIDA CIUTAT-SEGRIÀ-GARRIGUES	450		
4	PLA D'URGELL-SEGARRA-NOGUERA-URGELL	470		
5	TARRAGONA-VALLS	23		
6	REUS-ALTEBRAT	23		
12	ANOIA	80		
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	210		
16	BAIX LLOBREGAT NORD	200		
17	GARRAF-ALT Penedès	300		
18	MATARÓ-MARESME	50		
20	ST. COLOMA DE GRAMANET	60		
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	65		
24	CERDANYOLA-RIPOLLET	8		
25	GRANOLLERS-MOLLET	230		
27	OSONA	50		
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	700		
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	500		
53	SAP DRETA DE BARCELONA	125		
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	400		
55	SAP D'EXPLORACIONS I TRACTAMENTS	50		
57	DELTA	166		
HH574	HOSPITAL DE BELLVITGE	567		
HH576	HOSPITAL DE VILADECANS	10		
HH677	HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL	50		
HH900	HOSPITAL VALL D'HEBRON	365		
HH170	HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA	568		
HH271	HOSPITAL JOAN XXIII	220		
P-ME017 RMN amb equip obert múscul-esquelètic amb contrast				
SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS ME017	Num. Centre	
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	2		
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	2		
53	SAP DRETA DE BARCELONA	2		
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	2		
HH900	HOSPITAL VALL D'HEBRON	25		
P-RX301 RMN amb equip obert resta exploracions sense contrast				
SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX301	Num. Centre	
1	LLEIDA NORD	55		
3	LLEIDA CIUTAT-SEGRIÀ-GARRIGUES	55		
4	PLA D'URGELL-SEGARRA-NOGUERA-URGELL	83		
5	TARRAGONA-VALLS	2		
6	REUS-ALTEBRAT	2		
12	ANOIA	5		
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	45		
16	BAIX LLOBREGAT NORD	10		
17	GARRAF-ALT Penedès	20		
18	MATARÓ-MARESME	19		
20	ST. COLOMA DE GRAMANET	7		
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	4		
24	CERDANYOLA-RIPOLLET	1		
25	GRANOLLERS-MOLLET	45		
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	15		
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	100		
53	SAP DRETA DE BARCELONA	40		
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	100		
HH574	HOSPITAL DE BELLVITGE	298		
HH576	HOSPITAL DE VILADECANS	10		
HH677	HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL	60		
HH900	HOSPITAL VALL D'HEBRON	60		
HH170	HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA	272		
HH271	HOSPITAL JOAN XXIII	75		

		AE-RMO-2	
P-RX302	RMN amb equip resta exploracions amb contrast i/o complexitat moderada		
SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS RX302	Num. Centre
1	LLEIDA NORD	85	
3	LLEIDA CIUTAT-SEGRIÀ-GARRIGUES	35	
4	PLA D'URGELL-SEGARRA-NOGUERA-URGELL	22	
5	TARRAGONA-VALLS	2	
6	REUS-ALTEBRAT	2	
12	ANOIA	10	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	45	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	20	
17	GARRAF-ALT PENEDES	22	
18	MATARÓ-MARESME	10	
20	ST. COLOMA DE GRAMANET	4	
22	BADALONA-ST. ADRIÀ DE BESÒS	4	
24	CERDANYOLA-RIPOLLET	1	
25	GRANOLLERS-MOLLET	15	
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	10	
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	30	
53	SAP DRETA DE BARCELONA	20	
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	50	
57	DELTA	15	
HH574	HOSPITAL DE BELLVITGE	19	
HH576	HOSPITAL DE VILADECANS	10	
HH677	HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL	100	
HH900	HOSPITAL VALL D'HEBRON	50	
HH170	HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA	152	
HH271	HOSPITAL JOAN XXIII	45	
Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació			
Observacions			

EQUIPS ACTUALMENT EN FUNCIONAMENT

AE-RMO-4

Cal omplir una fitxa per cada equip que disposi el licitador

Num. Centre

EQUIP NUM.

Prova o proves que es realitzen amb aquest equip (Identificar amb el codi ICS de tipus de prova)

Equip base

Marca

Model

Any fabricació

Data d'adquisició
(mes/any)**Manteniment de l'equip (SI/NO)**

Camp magnètic

Pes del pacient suportat

Disposa de seqüències DW EPI (SI/NO)

Apertura de gantry (en graus)

Equips com a mínim de 0,3 teslas

Empresa/es responsable/s del contracte de manteniment

Data última revisió

Complements

Marca

Model

Any fabricació

Data d'adquisició
(mes/any)**Programes específics**

Programari (software)

Any instal·lació

Resum principals característiques tècniques (especificar)

Camp magnètic (Teslas), actualització de gradients, mesures GANTRY, seqüències DW EPI, pes del pacient suportat, disponibilitat de bobines específiques per a cada localització anatòmica i bobines múltiples per a columna vertebral, programa de supressió de greix, suport d'arxiu imatges, entre altres.

Documentació que s'ha d'aportar:

- Acreditació del servei de manteniment i tipus (preventiu i correctiu).
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal

Anestèsia

Disponibilitat de servei d'anestèsia

Si

No

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 9 ECOCARDIOGRAMA

AE-ECARDIO-1

NIF LICITADOR

--	--

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)

P-TO010 Ecocardiograma amb doppler

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS TO010	Num. Centre
12	ANOIA	250	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	1.750	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	1.300	
17	GARRAF-ALT PENEDÈS	900	
18	MATARÓ-MARESME	800	
23	BAGES-BERGUEDÀ-SOLSONÈS	300	
25	GRANOLLERS-MOLLET	0	
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	100	
57	DELTA	1.500	

Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació

Observacions

--

AE-ECARDIO-2

Num. Centre	
-------------	--

DOTACIÓ DE PERSONAL

FACULTATIUS

[illegible]

*El personal acreditat en ecocariografia per societat científica haurà d'aportar l'acreditació.

PERSONAL TÈCNIC I D'INFERMERIA[illegible]

El personal relacionat ha de figurar en la dotació general sol·licitada en les fitxes d'aspectes generals del servei.

Formació específica de com a mínim 25h i/o assistència a congressos

[illegible]

EQUIPS ACTUALMENT EN FUNCIONAMENT

AE-ECARDIO-3

Cal omplir una fitxa per cada equip que disposi el
licitador

Num. Centre

EQUIP NUM.

Prova o proves que es realitzen amb aquest equip (Identificar amb el codi ICS de tipus de prova)

Equip base

Marca	Model	Any fabricació	Data d'adquisició (mes/any)

Gama (Alta/mitja/baixa)

Digitalització (SI/NO)

Manteniment de l'equip (SI/NO)

Disposa d'almenys d'un segon harmònic

Empresa/es responsable/s del contracte de manteniment

Data última revisió

Accessoris

Tipus i marca	Model	Any fabricació	Data d'adquisició (mes/any)

Programes específics

Programari (software)

Any instal·lació

Resum principals característiques tècniques (especificar)

Segon harmònic obligatori. Tipus de transductors. Freqüències. Doppler polsat i continu, unitat de codificació de fluxos en color amb processador que inclogui imatge en mode 2D, color i programa de cardiologia. Altres que estan com a requeriment obligatori al plec de prescripcions tècniques, a l'apartat de ecocardiogrames.

Documentació que s'ha d'aportar:

- Acreditació/ons del servei de manteniment
- Acreditació/ons en ecocariografia per societat científica del personal tècnic.
- Acreditació/ons de la formació específica del personal tècnic.
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 10 DENSITOMETRIES

AE-DENS-1

NIF LICITADOR

--	--

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)

P-PX010 Densitometria òssia

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS PX010	Num. Centre
12	ANOIA	500	
17	GARRAF-ALT PENEDES	200	
23	BERGUEDA	160	
59	MARITIM	350	

*Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació***Observacions**

--

Cal omplir una fitxa per cada centre que disposi el licitador

Num. Centre	
-------------	--

FACULTATIUS

PERSONAL TÈCNIC I D'INFERMERIA

[illegible]

El personal relacionat ha de figurar en la dotació general sol·licitada en les fitxes d'aspectes generals del servei.

Cal omplir una fitxa per cada centre que disposi el licitador

Num. Centre	
-------------	--

[illegible]

Equip num.

[illegible]

Manteniment dels equips

[illegible]

- Acreditacions del servei de manteniment i dels controls de qualitat periòdics.
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 11 GRUP EXPLORACIONS APARELL DIGESTIU

AE-Dig-1

NIF LICITADOR

Ubicat en centre hospitalari del sistema sanitari integral de utilització pública de Catalunya (SISCAT): Nom

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)

P-DN070 Fibroendoscòpia digestiva alta amb o sense estudi anatomopatològic amb sedació

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS DN070	Num. Centre
12	ANOIA	550	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	2.087	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	550	
17	GARRAF-ALT PENEDES	1.200	
18	MATARÓ-MARESME	400	
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	1.300	
53	SAP DRETA DE BARCELONA	700	
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	4.000	
57	DELTA	950	

P-GB020 Fibrocolonoscòpia amb o sense estudi anatomopatològic amb sedació

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS GB020	Num. Centre
12	ANOIA	550	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	2.905	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	1.000	
17	GARRAF-ALT PENEDES	2.500	
24	CERDANYOLA-RIPOLLET	600	
25	GRANOLLERS-MOLLET	0	
28	SABADELL-RUBÍ-ST.CUGAT-TERRASSA	500	
18	MATARÓ-MARESME	800	
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	1.500	
53	SAP DRETA DE BARCELONA	800	
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	2.600	
57	DELTA	1.016	

Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació

Observacions

Cal omplir una fitxa per cada centre que disposi el licitador

Num. Centre	
-------------	--

AE-Neu-2

[illegible]

*Acreditar disposar d'acords actuals amb hospitals terciaris per participació en el diagnòstic de pacients complexes

[illegible]

El personal relacionat ha de figurar en la dotació general sol·licitada en les fitxes d'aspectes generals del servei.

[illegible][illegible]

EQUIPS ACTUALLY IN OPERATION

Cal omplir una fitxa per cada centre que disposi el licitador

AE-Neu-3

Num. Centre	
-------------	--

Protocols de les proves (SI/NO)

(si no es disposa de prou espai, utilitzar un altre imprès)

[illegible]

Principals característiques tècniques (especificar software)

Equip num

[illegible]

Manteniment dels equips

Equip num

Data última revisió

Empresa/es responsable/s del contracte de manteniment

Documentació que s'ha d'aportar:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · Protocols de les exploracions. · Acreditació/ons del servei de manteniment. · Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal | <ul style="list-style-type: none"> · Acreditació/ons de la formació específica del personal tècnic. · Autocertificació/ons de l'experiència de tots els professionals del servei. · Acreditació/ons de disposar d'acords actuals amb hospitals terciaris. |
|---|--|

FITXA AVALUACIÓ PROVEÏDOR- DADES GENERALS

LOT 13 GRUP EXPLORACIONS CARDIORESPIRATORIES

AE-GCAR-1

NIF LICITADOR

Num. Centre	ADREÇA	LOCALITAT	HORARI	DIES DE LA SETMANA EN FUNCIONAMENT
1				
2				
3				

(Si disposeu de més centres afegiu els que us calguin)

Nombre de dies per setmana de funcionament

P-PC007 Prova d'esforç no gammagràfica (Ergometria)

* Certificar que es poden realitzar les dues exploracions: si/no

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS PC007	Num. Centre
12	ANOIA	80	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	750	
23	BAGES-BERGUEDÀ-SOLSONÉS	100	
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	250	
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	420	
57	DELTA	700	

P-PC008 Registre continu de l'activitat cardíaca (Holter cardíac)

SAP/Hospital	Nom SAP/Nom Hospital	NECESSITATS PC008	Num. Centre
12	ANOIA	420	
13	BAIX LLOBREGAT CENTRE	900	
16	BAIX LLOBREGAT NORD	200	
17	GARRAF-ALT PENEDÈS	600	
18	MATARÓ-MARESME	450	
20	ST. COLOMA DE GRAMANET	500	
23	BAGES-BERGUEDÀ-SOLSONÉS	30	
25	GRANOLLERS-MOLLET	500	
51	SAP LITORAL DE BARCELONA	170	
52	SAP ESQUERRA DE BARCELONA	850	
53	SAP DRETA DE BARCELONA	600	
54	SAP MUNTANYA DE BARCELONA	400	
57	DELTA	2200	

Cal recollir el num de centre que oferteu per realitzar la prova i si oferteu la programació en origen tal i com es recull en l'apartat B de criteris d'adjudicació

Observacions

Cal omplir una fitxa per cada centre que disposi el licitador

Cal omplir una fitxa per cada centre que disposi el licitador

Num. Centre	
-------------	--

AE-GCAR-2

[illegible][illegible]

El personal relacionat ha de figurar en la dotació general sol·licitada en les fitxes d'aspectes generals del servei.

[illegible]

EQUIPS ACTUALMENT EN FUNCIONAMENT

AE-GCAR-3

Cal omplir una fitxa per cada centre que disposi el licitador

Num. Centre

Infirme amb registre gràfic digitalitzat (SI/NO)

Equip de ressuscitació complet amb desfibril·lador (SI/NO)

(si no es disposa de prou espai, utilitzar un altre imprès)

[illegible]

Resum principals característiques tècniques (especificar)

Detallar equips d'ergometria (cinta sense fi treadmill / bicicleta / ambdues) i per Holter cardíac (nombre de canals, nombre de gravadores i tipus de gravació).

Equip núm.[illegible]

Manteniment dels equips

[illegible]

Documentació que s'ha d'aportar:

- Acreditació/ons del servei de manteniment
- Acreditació/ons de la formació específica del personal tècnic.
- Durant la valoració es podrà requerir contractes o vinculacions laborals del personal