

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

---

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**N.945 DEL 15/10/2015**

**AMMINISTRAZIONE PATRIMONIALE**

**SERVIZIO PROVVEDITORATO E**

**AVV ROBERTO DI GENNARO**

---

(firma digitale apposta)

**OGGETTO:** FORNITURA DI “ CUVETTE PER EMOGLOBINOMETRO HEMOCUE ” PER IL CENTRO TRASFUSIONALE DEL P.O. DI OLBIA .RDO N. 9419993

La presente Determinazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000

Si attesta che la presente determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 15/10/2015	Al 30/10/2015
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO PROVVEDITORATO E AMMINISTRAZIONE PATRIMONIALE**

**PREMESSO** che con deliberazione n.1062 del 14.09.2015, a cui si rimanda per relationem, a seguito di richiesta della F.O. aziendale, è stato autorizzato il lancio di RDO (richiesta di offerta) sul MePa, per la fornitura annuale di “cuvette per emoglobino metro hemocue” ai sensi dell’art.328 comma 4 lettera a) del Regolamento D.P.R. n. 207/2010 con le modalità di aggiudicazione secondo il criterio del prezzo più basso ai sensi dell’art.82 del D.Lgs. 163/2006 ;

**DATO ATTO** che con RDO N. 941993 è stata invitata a negoziare la ditta EL.ME.D SAS. chiedendo alla stessa un’offerta migliorativa rispetto ai prezzi di “vetrina” MePa ; Nei termini fissati è pervenuta l’offerta (**allegato 1**), ritenuta idonea dal Responsabile della Farmacia Ospedaliera Aziendale; per il dettaglio della fornitura si rimanda **all’allegato A** parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**CONSIDERATO** che la spesa annua per l’acquisto del materiale in parola è pari complessivamente ad € 11.400,00 netto I.V.A. con un risparmio, per lo stesso periodo di tempo, di € 732,00 I.V.A. inclusa così come di seguito specificato:

RDO	DESCRIZIONE	QUANTITA' ANNUA	PREZZO UNITARIO	TOTALE
941993	MICROCUVETTE EMOCUE HBCH301	12.000	€ 0,95	€ 11.400,00
<b>importo ultimo contratto</b>		12.000	€ 1,00	€ 12.000,00
			totale risparmio netto I.V.A.	€ 600,00
			IV.A. 22%	€ 132,00
			totale risparmio I.V.A. inclusa	€ 732,00

**VISTA:** la deliberazione n. 3013/2013 “Deleghe ed Atti dei Dirigenti aziendali” con la quale sono stati stabiliti gli atti delegati ed adottabili dai Dirigenti delle diverse strutture dell’ente;

**VISTI:**  
 la L. R. 24 marzo 1997, n. 10 e successive modificazioni ed integrazioni.  
 il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;  
 il D.Lgs. 12 aprile 2006, n.163 e successive modificazioni ed integrazioni;  
 la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;

**vista e condivisa la proposta**

**DETERMINA**

- L’ aggiudicazione della fornitura del materiale descritto in premessa, così come meglio specificato **nell’allegato A** e nell’ allegato **1**, per un importo complessivo di € 13.908,000 I.V.A. inclusa all’ impresa di seguito indicata :

RDO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	TOTALE	DITTA
941993	MICROCUVETTE EMOCUE HBCH301	12.000	€ 0,95	€ 11.400,00	EL.ME.D
			IV.A. 22%	€ 2.508,00	
		TOTALE I.V.A. INCLUSA		€ 13.908,00	

- che la durata contrattuale della fornitura è pari a 12 mesi, con un risparmio rispetto all'ultimo contratto di € 732,00 IVA inclusa;
- di incaricare il Servizio Farmacia Ospedaliera (gestione contratti e adempimenti conseguenti) e il Servizio Provveditorato (stipulazione contratti ) dell'attuazione del presente provvedimento;
- la spesa sarà imputata secondo la tabella di seguito specificata :

ANNO	UFF AUTORIZZ.	MACRO	NUMERO CONTO	IMPORTO (IVA INCL.)
2015	UA2_FARM	1	<b>A501010603</b>	€ 3.477,00
2016	UA2_FARM	1	<b>A501010603</b>	€ 10.431,00

- di provvedere alla liquidazione delle fatture, previo riscontro della regolarità della fornitura, con le modalità indicate nella nota della Direzione Amministrativa Aziendale avente protocollo NP/2013/7714 del 18/07/2013 ;
- di disporre che nel contratto sia inserita apposita clausola di risoluzione anticipata in ipotesi di sopravvenute esigenze pubblicistiche connesse alla riforma del SSR in itinere;
- di trasmettere il presente provvedimento al Servizio Contabilità e Bilancio ed all'Area Programmazione, Controllo e Committenza per i provvedimenti di competenza.
- di Comunicare il presente atto all'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ai sensi dell'art. 29 c. 2 della Legge Regionale 28 Luglio 2006, n. 10.
- di trasmettere copia del presente provvedimento al Commissario Straordinario, al Direttore Amministrativo ed al Direttore Sanitario per l'esercizio del controllo previsto dalla deliberazione n° 3013 del 18/12/2013;
- 

**Il Direttore del Servizio Provveditorato  
e Amministrazione Patrimoniale  
Avv. Roberto Di Gennaro**

Il Responsabile dell'Istruttoria  
Maria Rita Manconi – prop.75  
N.2 ALLEGATI

rd n. 941993 EL.ME.D. SAS -P.IVA 01789400924-Codice Fiscale Impresa RVNSDR40M09H501D-VIA ASFODELO, 39 - CAGLIARI-ELMED.SNC@VIRGILIO.IT

Riga	Descrizione	Unità di misura	Qtà richieste	codice	CND	Marca	Codice Articolo Fornitore prodotto offerto	Denominazione commerciale del prodotto/Codice articolo prodotto	Prezzo (IVA esclusa) riferito alla UDM indicata	PREZZO A CON	Prezzo Totale	Confezionamento offerto	Note	
1	CUVETTE PER EMOGLOBINOMETRO HEMOCUE	N.	12.000	HBCH301	V02010199	HEMOCUE	HBCH301	MICROCUVETTE EMOUCUE HBCH301	€ 0,95	€ 190,00	€ 11.400,00	200	OFFERTA X60 CF DA 200 PZZ	
				<b>gli oneri interni alla sicurezza incidono sul prezzo per €</b>							<b>I.V.A. 22%</b>	€ 2.508,00		
				<b>prezzo a corpo dell'intera fornitura I.V.A. INCLUSA</b>								<b>€ 13.908,00</b>		

TOT.IVA INCLUSA	ANNO 2015	€ 3.477,00	3 MESI
TOT.IVA INCLUSA	ANNO 2016	€ 10.431,00	9 MESI
		€ 13.908,00	

Allegato 1

#### FORNITURA DI CUVETTE PER EMOGLOBINOMETRO PER IL CENTRO TRASFUSIONALE DEL P.O. O

Nella tabella sottostante sono mostrate le offerte presentate dai fornitori in corso di gara.

**Prima** di procedere all'aggiudicazione provvisoria esaminare la documentazione economica cliccando sulla colonna del lotto di interesse.

Per confermare un partecipante precedentemente designato cliccare su **Aggiudica provvisoriamente**.

Se compare la scritta **Aggiudicatario** non è più possibile cambiare la designazione.

N. Lotto	Azione possibile	Dettagli	Schede
Gara			
Lotto 1			

ATTIVA SEDUTA PUBBLICA

#### Offerte

Offerente	Valore complessivo dell'offerta	Lotto 1
<b>Concorrente</b>		<b>Miglior offerta</b>
EL.ME.D. SAS	<b>11400,00 Euro</b>	<b>Aggiudicatario provvisorio</b>
<b>Miglior offerta:</b>	<b>11400,00 Euro</b>	

INSERISCI NOTE

INDIETRO

Icona	Significato
	Documento non inviato telematicamente
	Documento approvato
	Documento approvato con nota inserita
	Documento non approvato
	Documento non approvato con nota inserita
	Link a pagina di valutazione del documento / punteggio della commissione
	Link a pagina di valutazione del documento / punteggio della commissione con note inserite
	Valutazione documento non accessibile
	Documento non accessibile
	Link al download di un documento firmato
	Link al download di un documento; ogni formato (word, excel, pdf..) ha una sua icona apposita.



<b>OFFERTA ECONOMICA RELATIVA A:</b>	
Numero RDO	941993
Nome RDO	RDO per aggiudicazione FORNITURA DI CUVETTE PER EMOGLOBINOMETRO PER IL CENTRO TRASFUSIONALE DEL P.O. O
Criterio di Aggiudicazione	Gara al prezzo più basso
Lotto	Lotto Unico di Fornitura

<b>AMMINISTRAZIONE TITOLARE DEL PROCEDIMENTO</b>	
Amministrazione	AUSL 2 OLBIA
Partita IVA	01687160901
Indirizzo	VIA BAZZONI SIRCANA 2/2A - OLBIA (OT)
Telefono	0789552328
Fax	078967645
PEC Registro Imprese	ACQUISTI-GARE@ASLOLBIA.IT
Punto Ordinante	DI GENNARO ROBERTO

<b>CONCORRENTE</b>	
Ragione Sociale	EL.ME.D. SAS Società in Accomandita Semplice
Partita IVA	01789400924
Codice Fiscale Impresa	RVNSDR40M09H501D
Provincia sede registro imprese	CA
Numero iscrizione registro imprese	142544
Codice Ditta INAIL	4262209
n. P.A.T.	42000
Matricola aziendale INPS	1704711395
CCNL applicato	COMMERCIO
Settore	MEDICALE
Indirizzo sede legale	VIA ASFODELO, 39 - CAGLIARI (CA)
Telefono	070504856
Fax	070504856
E-mail di Contatto	ELMED.SNC@VIRGILIO.IT

<b>Offerta sottoscritta da</b>	<b>RIVANO SANDRO</b>
L'Offerta irrevocabile ed impegnativa fino al	30/11/2015 13:00



<b>OGGETTO (1 DI 1) DELL'OFFERTA</b>	
<b>Descrizione</b>	CUVETTE PER EMOGLOBINOMETRO
<b>Metaprodotto</b>	Opzioni, accessori e consumabili per apparecchiature da laboratorio
<b>Quantità Richiesta</b>	1
<b>Dati Identificativi dell'oggetto offerto</b>	
<b>Codice Articolo Fornitore</b>	HBCH301
<b>Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto</b>	
<b>Parametro Richiesto</b>	<b>Offerta Tecnica</b>
Unità di misura	Pezzo
Codice CND	V02010199
Identificativo di Registrazione BD/RDM	DISPOSITIVO DIAGNOSTICO IN VITRO IVD Direttiva CEE 98/79/CE
Tipologia	MICROCUVETTE HEMOCUE
Proprietà	HEMOCUE
Dispositivo collegabile (nome/codice)	FOTOMETRO HEMOCUE HB301
<b>Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto</b>	
<b>Parametro Richiesto</b>	<b>Valore Offerito</b>
Prezzo	11400

I costi relativi alla sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa di cui all'art. 87, comma 4, del D. Lgs 163/2006 sono pari a Euro 0,00

<b>OFFERTA ECONOMICA:</b> <b>11400,00 Euro</b> <b>Undicimilaquattrocento Euro</b>
---

<b>INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data Limite per Consegna Beni / Decorrenza Servizi: 5 giorni dalla stipula</li> <li>• Dati di Consegna: magazzino farmaceutico via bazzoni sircana 2/2a Olbia - 07026 (OT)</li> </ul>

- **Dati di Fatturazione:**  
Aliquota IVA di fatturazione: 22%Indirizzo di fatturazione:Via  
bazzoni sircana, 2Olbia - 07026 (OT)
- Salvo diversa indicazione fornita dall'Amministrazione Ordinante  
nella documentazione allegata alla RdO, la fattura dell'importo  
complessivo verrà spedita a:  
  
AUSL 2 OLBIA / CODICE FISCALE: 01687160901
- **Termini di pagamento:**  
30gg df

## Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Richiesta di Offerta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico della PA relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinate dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino alla Data Ultima Accettazione sopra indicata.
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinate in allegato alla Richiesta di Offerta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinate, obbligandosi, in caso di aggiudicazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Richiesta di Offerta non ha in corso né ha praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa applicabile, ivi inclusi gli articoli 81 e ss. del Trattato CE e gli articoli 2 e ss. della Legge n. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto di tale normativa;
- il Fornitore dichiara che non si trova in alcuna situazione di controllo di cui all'art. 2359 c.c. con alcun soggetto, e di aver formulato l'offerta autonomamente;
- Il Fornitore dichiara che, in caso di aggiudicazione, per il lotto "1" non intende affidare alcuna attività oggetto della presente gara in subappalto;
- Il Fornitore dichiara che per questa impresa nulla osta ai fini dell'art. 10 Legge n. 575 del 31 maggio 1965, e successive modifiche ex art. 9 D.P.R. n. 252 del 3 giugno 1998;
- Il Fornitore dichiara che l'Impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta e che non ha commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale;
- Il Fornitore è consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Impresa verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale verrà annullata e/o revocata, e l'Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta avrà la facoltà di escutere l'eventuale cauzione provvisoria; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula, questa potrà essere risolta di diritto dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

Per quanto non espressamente indicato si rinvia a quanto disposto dalle Regole di Accesso al Mercato Elettronico della PA; al Contratto sarà in ogni caso applicabile la disciplina generale e speciale che regola gli acquisti della Pubblica Amministrazione.

Il presente documento di offerta è esente da registrazione ai sensi del Testo Unico del 22/12/1986 n. 917, art. 6 e s.m.i., salvo che in caso d'uso ovvero da quanto diversamente e preventivamente esplicitato dall'Amministrazione nelle Condizioni

Particolari di Fornitura della Richiesta di Offerta.

**ATTENZIONE: QUESTO DOCUMENTO NON HA VALORE SE PRIVO DELLA  
SOTTOSCRIZIONE A MEZZO FIRMA DIGITALE**



ASL Olbia

Presidio Ospedaliero "Giovanni Paolo II" Servizio Farmacia Ospedaliera

Prot. n. NP/2015/5115

Olbia, 02/07/2015

Al Responsabile del Provveditorato  
e Gestione del Patrimonio  
c.a. Dr.ssa A.M. Porcu  
e,p,c Direzione Sanitaria Olbia

**Oggetto:** Fornitura complementare di cuvette per emoglobinometro Hemocue ditta EL.ME.D.

Si trasmette allegata alla presente la richiesta, modello C, di IVD per forniture complementari sullo strumento (emoglobinometro) di proprietà dell'ASL 2 di Olbia, in dotazione presso il C. Trasfusionale di Olbia.

Si precisa che il quantitativo annuale presunto risulta essere pari a 12.000 cuvette, che attualmente il costo risulta essere di 1 euro a cuvetta per un importo annuale pari a 12.000 euro IVA esclusa.

Si propone una validità almeno triennale.

G. Staico

Il Resp. S.S. Farmacia Ospedaliera

Dr.ssa C. Bucciero

www.aslolia.it  
Sede legale Via Sircana Bazzoni 2-2A  
P.I./C.F. 01687160901  
Olbia (OT)

P.O. "Giovanni Paolo II"  
Via Sircana Bazzoni, loc. Tannaule  
Olbia (OT)

Servizio Farmacia Ospedaliera  
Via Sircana Bazzoni, loc. Tannaule  
Pad. "S" Olbia (OT)  
Tel. 0789-552506-05-30-15  
Fax 0789-648054

**MODELLO "C":**

**RICHIESTA DI NUOVI DISPOSITIVI MEDICI/DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO PER FORNITURE COMPLEMENTARI**

**DATI GENERALI**

Richiesta n° \_\_\_\_\_ **OLBIA**

Centro di costo CENTRO TRASFUSIONALE

Utilizzatore ed unità di riferimento

Unità Operativa Servizio Trasfusionale

Utilizzatore DEH

Recapiti

Telefono 0789 552866

E-mail m.bendini@aslolbia.it

**Tipo di dispositivo:**

- DM (ex D.Lg.vo 46/97)
- DMIA ( D. Lg.vo n°507/92)
- IVD ( Lg.vo n°332 /00)

**Nel caso di DM indicare:**

N° iscrizione Repertorio -----

Classificazione Nazionale (CND):-----

Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

**Tipo richiesta**

Nuovo dispositivo

Variazione dell'esistente\* \_\_\_\_\_

\* indicare il dispositivo di cui si richiede la variazione

**Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico**

Cuvette per emoglobino metro - Si utilizza per la determinazione dell'emoglobina da dito puntura ai donatori di sangue

o **Riferimento alla fornitura da ampliare:**

- o \_\_\_\_\_
- o \_\_\_\_\_

**SEZIONE TECNICA**

**Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori\***

Codice prodotto 11801 HBCH301

Confezionamento 200 pezzi

Ditta produttrice HemoCue

Distributore ELMED

Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo

\_\_\_\_\_

Eventuali esigenze di strumentazione legata all'utilizzo

Si utilizza sull'emoglobino metro

**COSTI**

• Costo unitario di acquisto in Euro (iva esclusa) 1€ A MICROCIVETTA

• Costo eventuale materiale di consumo collegato \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

a. Scheda tecnica del prodotto

b. Altre informazioni ritenute utili dal richiedente \_\_\_\_\_

Data 30-06-15

Firma M. Bendini



## HemoCue® Hb 301 Microcuvettes

Le HemoCue Hb 301 Microcuvettes sono progettate per essere impiegate con HemoCue Hb 301 Analyzer. Leggere il Manuale d'istruzioni per l'uso corretto del sistema<sup>1</sup>.

### Destinazione d'uso

Il sistema HemoCue Hb 301 è studiato per la determinazione quantitativa dell'emoglobina ematica nel point of care, in situazioni di prima assistenza o nelle donazioni di sangue, tramite un analizzatore appositamente progettato, denominato HemoCue Hb 301 Analyzer, e microcuvette dedicate HemoCue Hb 301 Microcuvettes. Il sistema HemoCue Hb 301 è destinato esclusivamente alla diagnostica *in vitro*. L'analizzatore HemoCue Hb 301 Analyzer deve essere utilizzato solo con microcuvette HemoCue Hb 301 Microcuvettes.

### Direttiva per i dispositivi medico-diagnostici *in vitro*

Le HemoCue Hb 301 Microcuvette rispondono ai requisiti della Direttiva sui dispositivi medico-diagnostici *in vitro* 98/79/CE e sono munite di marchio CE.

### Principi del metodo

Il sistema si compone di un analizzatore con microcuvette. La microcuvetta funge sia da pipetta, sia da cuvetta di misurazione. Il campione ematico di circa 10 µL viene prelevato nella cavità mediante azione capillare. La misurazione viene eseguita nell'analizzatore, che misura l'assorbanza del sangue intero a un punto isobestico dell'Hb/HbO<sub>2</sub>. L'analizzatore misura due lunghezze d'onda (506 e 880 nm) per compensare la torbidità. L'HemoCue Hb 301 System è tarato rispetto al metodo della cianmetaemoglobina (HiCN), il metodo di riferimento internazionale per la determinazione della concentrazione di emoglobina nel sangue<sup>3</sup>. Il sistema è tarato in fase di produzione e non necessita di altre tarature.

### Composizione

La microcuvetta è in polistirene e non contiene principi attivi.

### Avvertenze e precauzioni

Le microcuvette sono destinate esclusivamente alla diagnostica *in vitro*. Trattare sempre i campioni ematici con cautela, poiché potrebbero essere infetti. Per lo smaltimento corretto, seguire le norme locali in materia di smaltimento ambientale. Le microcuvette sono monouso.

### Conservazione e manipolazione delle HemoCue Hb 301 Microcuvette

Conservare le microcuvette a 10–40 °C. Una volta rotto il sigillo del flacone, le microcuvette sono stabili per 12 mesi. I flaconi ancora chiusi possono essere conservati per un breve periodo (6 settimane) a -18–50 °C. Utilizzare le microcuvette prima della data di scadenza stampata sulla confezione. Tenere i flaconi accuratamente chiusi. Le microcuvette non utilizzate devono essere conservate nella confezione originale.

### Raccolta e preparazione dei campioni

È possibile utilizzare sangue venoso, arterioso o capillare. È possibile utilizzare EDTA o eparina come anticoagulante, preferibilmente in forma solida per evitare effetti di diluizione. Mescolare tutte le provette di campione accuratamente con l'ausilio di un miscelatore meccanico per almeno 2 minuti o capovolgere manualmente la provetta 8–10 volte. L'emoglobina rimane stabile per alcuni giorni, a condizione che il sangue non si infetti. Se il campione è stato conservato in frigorifero, risulterà viscido; lasciar riscaldare il sangue finché non torna a temperatura ambiente prima di mescolarlo<sup>2</sup>.

### Procedura

Leggere il Manuale d'uso per l'utilizzo corretto del sistema<sup>1</sup>. Per informazioni sulla ripetizione del campionamento capillare fare riferimento al relativo manuale. Per ulteriori informazioni rivolgersi a HemoCue.

### Controllo di qualità

HemoCue Hb 301 Analyzer è dotato di un controllo di qualità interno, denominato "autotest". Ogni volta che l'analizzatore viene acceso, questo verifica automaticamente il sistema di misurazione. Tale test viene eseguito a intervalli regolari quando l'analizzatore è acceso. Una volta superato l'autotest, il display visualizza il simbolo HemoCue e tre trattini lampeggianti, a indicare che l'analizzatore è pronto a eseguire una misurazione. Se l'autotest non viene completato con successo, viene visualizzato un codice di errore. Seguire le direttive locali riguardanti le procedure

di controllo qualità, contattare HemoCue AB.

### Limitazioni del metodo









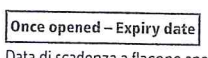


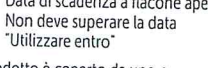

- È necessario iniziare la misurazione entro 40 secondi dal riempimento della microcuvetta. È importante che l'eventuale prelievo di un secondo campione sia eseguito dopo che è stata completata la misurazione del primo campione.
- Non misurare nuovamente la microcuvetta usata.
- Un eccessivo mescolamento dei campioni può produrre un aumento della pressione dell'ossigeno e della viscosità che possono dare luogo a falsi risultati.
- Se sul display appare "HHH", significa che il risultato supera l'intervallo di misurazione sistema.
- Valori superiori a 23 g/dL (230 g/L, 14,3 mmol/L) devono essere confermati con un metodo di laboratorio adeguato.
- Le seguenti sostanze sono risultate prive di interferenza: acetaminofina (20 mg/dL), acido ascorbico (4 mg/dL), bilirubina coniugata (8,4 mg/dL per Hb < 10 g/dL, 20,3 mg/dL per > 10 g/dL), bilirubina non coniugata (5,2 mg/dL per Hb < 10 g/dL, 13,5 mg/dL per Hb > 10 g/dL), colesterolo (340 mg/dL), creatinina (30 mg/dL), HbCO (25 %), emolisi (25 %), ibuprofene (40 mg/dL), leucociti (400 x 10<sup>9</sup>/L), lipemia (intraipidi 2400 mg/L, trigliceridi circa 770 mg/L), metemoglobina (14 %), acido salicilico (50 mg/dL), tetraciclina (20 mg/dL), trombotrombolio (2250 x 10<sup>9</sup>), urea (500 mg/dL), acido urico (20 mg/dL). Le concentrazioni o percentuali elevate testate sono indicate tra parentesi. Gli studi sulle interferenze sono stati eseguiti conformi al documento NCCLS EP7<sup>4</sup>.
- Valori di pH tra 6,3 e 9,0 non interferiscono con il sistema.
- È stato analizzato un piccolo numero di campioni di pazienti talassemici. Si è registrato un falso lieve incremento dei valori.
- È stato testato un numero limitato di campioni di individui anemici con cellule falciformi. I risultati sono stati accurati.
- Non utilizzare provette a base di fluoro.

### Bibliografia

- Manuale d'uso HemoCue Hb 301
- Dacie and Lewis, Practical Haematology, Ninth Edition, 2001
- Reference and Selected Procedures for the Quantitative Determination of Hemoglobin in Blood; Approved Standard NCCLS Document H15-A
- Interference testing in clinical chemistry NCCLS approved guideline; NCCLS Document E

Per maggiori informazioni sugli studi, consultare il manuale d'uso<sup>1</sup>.

### Simboli utilizzati

 Attenzione	 Codice lotto	 Utilizzare entro (anno mese giorno)
 Dispositivo medico per test diagnostici <i>in vitro</i>	 Numero di catalogo	 Data di apertura
 Non riutilizzare	 Intervallo di temperatura	 Once opened – Expiry date
 Marchio CE	 Consultare le istruzioni per l'uso	 Data di scadenza a flacone aperto. Non deve superare la data "Utilizzare entro".
 PATENTED		Il presente prodotto è coperto da uno o più brevetti

### Prodotto da

 HemoCue AB  
Kuvettgatan 1  
SE-262 71 Ängelholm  
Svezia

Telefono +46 77 570 02 10  
Fax +46 77 570 02 12  
info@hemocue.se  
hemocue.com

n. prot NP/2015/5115

Olbia, 02/07/2015

Al Servizio Provveditorato  
Alla Direzione Medica P.O. di Olbia  
Loro sedi

**Oggetto:** richiesta nuovi dispositivi medici**1) Modelli presentati :** C      **Data:** 30/06/2015**Unità operativa Richiedente:** CENTRO TRASFUSIONALE**Ditta fornitrice:** EL.ME.D.**Dispositivo già disponibile in gara:** NO**Disponibili Sul Me. P.A.:** SI**INCLUSIONE IN GARE REGIONALI:** SI

RI F.	codici	repertorio	descrizione	cnd	Quantità/anno	Prezzo/unitario
A	HBCH3 01		Cuvette per emoglobinometro Hemocue	V020101 99	12.000	1,00
			Totale spesa presunta/ anno €			12.000,00

**SALUTI**

*Resp. S.S. az. Farmacia ospedaliera  
D.ssa Caterina Bucciero*