

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA
DISPOSITIVOS Y OTROS

Nombre de la Institución: Caja de Seguro Social

Unidad Ejecutora: CIUDAD DE LA SALUD SERVICIO DE ORTOPEDIA

Nombre del Director o Jefe de la Institución: DR JORGE ELIAS NG CHINKEE

Nombre del Jefe del Servicio: DR ALEJANDRO ARANGO

Nivel de Atención: Nivel III: Hospitales de Especialidades, Institutos

Clasificación de Nivel de Riesgo: C - Riesgo Alto moderado. Ventilador pulmonar, implantes ortopedicos

Subcomité: MÉDICO QUIRÚRGICO

Tipo de Producto: Equipo

Nombre Genérico: EQUIPO DE DENSITOMETRIA OSEA PORTATIL

Descripción del Producto:
Equipo que permite estudiar la evolución de la pérdida de masa ósea y la probabilidad de fracturas mediante un análisis de densidad ósea por ultrasonidos en el calcáneo (hueso del talón)

Especificaciones Técnicas

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA
DISPOSITIVOS Y OTROS

1. Método de medición: densitometría por ultrasonidos
2. Pantalla: Pantalla LCD
3. Impresora térmica interna que use papel térmico de rollo de 58 mm
4. Diámetro del transductor de 25mm o mayor
5. Frecuencia central ultrasónica entre 0.45 MHz y 0.55 MHz
6. Dimensiones: 615mm×293mm×310mm
7. Peso: 13 kg o menor
8. Permite exportar la data a una memoria USB
9. Debe calcular los parámetros: SOS (velocidad del sonido), BUA (atenuación ultrasónica de banda ancha) y BQI (índice de calidad ósea).
10. Requerimiento eléctrico entre 110 - 120 voltios, 50/60Hz

Accesorios opcionales

1. Tapa superior para Pediatría
2. Apoyapiés para Pediatría
3. Tubos de gel conductor
4. Rollo de papel térmico

La unidad solicitante debe especificar los accesorios requeridos y las cantidades de cada uno

OBSERVACIONES

1. Garantía de dos (2) años mínimo en piezas y mano de obra, a partir de la fecha de aceptación a satisfacción.
2. Un (1) ejemplar del manual de operación y funcionamiento en español.
3. Un (1) ejemplar del manual de servicio técnico.
4. Presentar programa de mantenimiento preventivo que brindara cada seis (6) meses o cuando lo solicite la Unidad Ejecutora, durante el periodo de garantía.
5. Brindar entrenamiento de operación de 16 horas mínimo, al personal del servicio de enfermería, médicos y técnicos, que tendrán a su cargo la operación del equipo.
6. Certificación del fabricante en donde confirme disponibilidad de piezas de repuestos por un periodo de 7 años mínimo.
7. Certificación emitida por el fabricante de que el equipo es nuevo no reconstruido.

Fecha de Expiración:

Presentación:

UNIDAD

Certificación de Pre-Homologación por el Jefe de Servicio (sólo para equipos médicos)

MINISTERIO DE SALUD

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA
DISPOSITIVOS Y OTROS

Nombre de los especialistas e Instituciones participantes: DRA ALDAMARIA LOPEZ SERVICIO DE ORTOPEDIA HOSPITAL IRMA TZANETATOS CAJA DE SEGURO SOCIAL LAS 24 DIC.
DR FRANKLIN CARRILLO SERVICIO DE ORTOPEDIA COMPLEJO HOSPITALARIO A.A.M. CAJA SE SEGURO SOCIAL.
DR ROQUE PINILLA SERVICIO DE ORTOPEDIA HOSPITAL SANTO TOMAS.

Fecha: 13/7/2023

Lugar: COMPLEJO HOSPITALARIO A.A.M. CAJA DE SEGURO SOCIAL.

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio:

Observaciones

ESTUDIO Y EVALUACION DE LA PERDIDA DE MASA OSEA.

Correo: rvillar@css.gob.pa

Teléfono: cisco 18386

Nombre Legible y Firma del Director o Jefe de Institución

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio

Fecha de Solicitud