

MINISTERIO DE SALUD

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



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

**Nombre de la Institución:** Hospital Santo Tomas

**Unidad Ejecutora:** Servicio de Urología

**Nombre del Director o Jefe de la Institución:** Dr. Elías García Mayorca

**Nombre del Jefe del Servicio:** Dr. Gustavo Espino

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

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

**Subcomité:** IMAGINOLOGÍA

**Tipo de Producto:** Equipo

**Nombre Genérico:** Sistema Móvil de ultrasonido con software de mapeo para biopsia de próstata

**Descripción del Producto:**

Sistema móvil de ultrasonido para el diagnóstico e intervención controlado por un software de mapeo que permite procesamiento, visualización y grabación de imágenes de ultrasonido 3D para realizar biopsias de próstata utilizando la fusión con otras modalidades de diagnostico por imágenes.

**Especificaciones Técnicas**

1. MODOS DE OPERACIÓN

- 1.1. 2D B-mode
- 1.2. Color Doppler
  - 1.2.1. Color Flow
  - 1.2.2. Power Doppler

2. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

- 2.1. Rango de Frecuencia: de 2 MHz o menor a 12 MHz o más
- 2.2. Software para mejora de bordes
- 2.3. Software para reducción de ruido
- 2.4. Brillo y contraste
- 2.5. Arriba/Abajo y Derecha/Izquierda
- 2.6. Sistema Operativo Windows
- 2.7. Monitor 21.5" LCD táctil
- 2.8. Pedal
- 2.9. Mouse
- 2.10. Teclado físico
- 2.11. 6 o más puertos USB
- 2.12. Corriente 100-240, 50-60 Hz
- 2.13. UPS de conversión para protección de todo el equipo
- 2.14. DICOM
- 2.15. Compatible con RIS/PACS

3. Software para biopsia

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



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

- 3.1. Planificación individualizada
- 3.2. Márgenes de ablación automáticos
- 3.3. Delimitación de uréter y recto reajutable en tiempo real
- 3.4. Reporte específico de intervención
- 3.5. Simulación de la ablación

Accesorios:

1. Transductores
  - 1.1. Sonda endocavitaria convexa 3D:
    - 1.1.1. Campo de visión: 146° o mayor
    - 1.1.2. Radio 10 mm o menor
    - 1.1.3. Angulo de barrido: 90° o mayor
    - 1.1.4. Frecuencia de 4MHz o menor a 9 MHz o mayor
  - 1.2. Sonda Endocavitaria lineal 3D:
    - 1.2.1. Campo de visión: 71 mm o mayor
    - 1.2.2. Angulo de barrido: 170° o mayor
    - 1.2.3. Frecuencia de 4MHz o menor a 9 MHz o mayor
  - 1.3. Transductor convexo:
    - 1.3.1. Campo de visión 60° o mayor
    - 1.3.2. Radio 60 mm o mayor
    - 1.3.3. Frecuencia de 2MHz o menor a 5 MHz o mayor
  - 1.4. Transductor lineal
    - 1.4.1. Campo de visión 40 mm o mayor
    - 1.4.2. Frecuencia de 7 MHz o menor a 15 MHz o mayor
2. Software para cartografía de próstata 3D para aplicación transrectal
  - 2.1. Brazo articulado
  - 2.2. Cinco (5) soporte de transductor endocavitario reutilizable
  - 2.3. Cinco (5) guías reutilizables de 18G
  - 2.4. Guías desechables de 18G
3. Software para cartografía de próstata 3D para aplicación transperineal
  - 3.1. Brazo articulado
  - 3.2. Cinco (5) soporte de transductor endocavitario reutilizable
  - 3.3. Guías desechables de 18G
  - 3.4. Cinco (5) guías reutilizables de 18G
4. Software para cartografía de próstata 3D para mapeo Promap-KC
5. Cartografía de próstata mediante fusión con resonancia magnética
6. Cartografía de próstata mediante fusión con PET y Tomografía
7. Software para medición de volumen de próstata y objetivo
8. Generador de 2.5 GHz para ablación de próstata mediante microonda por acceso transperineal con software de cartografía de próstata 3D
  - 8.1. Cinco (5) o más sujetadores de aguja reutilizable
  - 8.2. Soporte para carrito portátil compatible con el equipo de ultrasonido
9. Aguja de microonda desechable 17G\*25cm para acceso transperineal

Fecha de Expiración:

MINISTERIO DE SALUD

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



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

Presentación: Por unidad.

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

Nombre de los especialistas e Instituciones participantes: Dr. Armando De Gracia - Instituto Oncológico Nacional  
Dr. Carlos Brugiati - Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos

Fecha: 15/1/2025

Lugar: Hospital Santo Tomás

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio:

Observaciones

1. El equipo debe ser totalmente nuevo, no reconstruido ni modificado.
2. Con garantía de un (1) año en piezas y mano de obra, a partir de la aceptación del equipo por parte de la unidad.
3. En el equipo debe estar visible la siguiente información: marca, modelo, número de serie, año de fabricación, país de origen y casa productora.
4. Entrega de manuales de operación en idioma español.
5. Entrega de manuales de servicio técnico.
6. Entrenamiento local (8 horas como mínimo) en la operación del equipo para el personal usuario.
7. Brindar mantenimiento preventivo cada seis (6) meses y mantenimiento correctivo inmediato en los términos que los solicite la Unidad Ejecutora.

Correo: drgjez@yahoo.es

Teléfono: 66137219

Nombre Legible y Firma del Director o Jefe de Institución

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio

Fecha de Solicitud