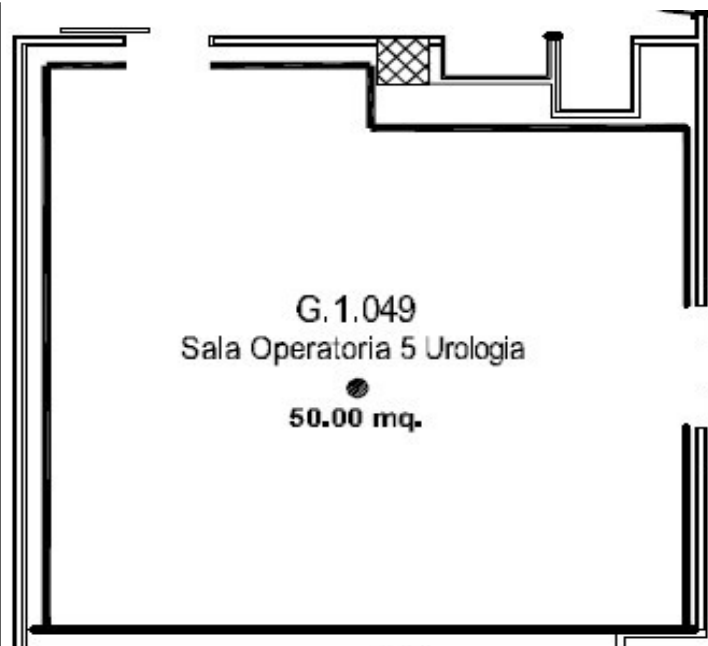


Informazioni del locale di installazione :

Ubicazione : S.O. di Urologia del P.O. di Rovigo

portata solai: Il solaio delle sale operatorie blocco G è stato dimensionato con un carico accidentale di 700 kg/m²

Dimensione sala operatoria
50.00mq.
Portata solai 700Kg/m²



Questionario da restituire compilato e firmato :

DITTA PRODUTTRICE		
MODELLO		
DITTA DISTRIBUTRICE		
ANNO IMMISSIONE SUL MERCATO		
NUMERO DI REPERTORIO		
CND		
PESO E DIMENSIONI		
REQUISITI AMBIENTALI: INDICARE I REQUISITI DEI LOCALI DI INSTALLAZIONE		
TEMPI DI CONSEGNA DEL SISTEMA ROBOTICO DI SEGUITO DESCRITTO		
Elenco interventi chirurgici con indicazione robotica ULSS 5 Rovigo	Indicare se alla data attuale il sistema robotico è certificato per eseguire i seguenti interventi chirurgici	Presenza di studi certificati
Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Emicolectomia destra	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Emicolectomia sin	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Resezione colica del trasverso	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Rettopessi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Gastroresezioni, asportazione GIST	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Gastrectomia totale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Pancreasectomia distale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Enucleoresezioni pancreatiche	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Esplorazioni via biliare, coledocotomia, rafia coledocica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Segmentectomia epatica, metastasectomia epatica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Splenectomia in elezione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Surrenectomia dx e sin	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

• Asportazione neoformazioni retroperitoneali e mesenteriche	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Chirurgia di parete	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Chirurgia urologica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Prostatectomie	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Procedure chirurgiche per patologia del giunto pielo-ureterale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Resezione renale per neoplasia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Nefrectomia dx e sin	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Chirurgia ORL	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Orofaringectomia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Basectomia linguale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Faringoplastica laterale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Faringectomia parziale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Chirurgia ginecologica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Procedure chirurgiche per patologia uterina benigna	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Procedure chirurgiche per patologia aderenziale utero-annessiale-viscerale complessa	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Procedure chirurgiche per patologie uterine maligne (miometrali, endometriali, cervicali)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Isterectomie	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Linfoadenectomie iliaco-otturatorie e paraortiche	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
• Patologie ovariche borderline	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no