|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 1 – Chłodziarka laboratoryjna 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Chłodziarka z pojedynczymi, szklanymi drzwiami | | | TAK |  |
| 4 | Drzwi chłodziarki zamykane samoczynnie | | | TAK |  |
| 5 | Automatyczne odszranianie | | | TAK |  |
| 6 | Sterowanie elektroniczne | | | TAK |  |
| 7 | Zintegrowane systemy alarmowe | | | TAK |  |
| 8 | Zakres temperatur +3°C do +16°C | | | TAK |  |
| 9 | Samodomykanie drzwi | | | TAK |  |
| 10 | 5 regulownych półek | | | TAK |  |
| 11 | Alarm otwartych drzwi | | | TAK |  |
| 12 | Alarm awarii zasilania | | | TAK |  |
| 13 | Alarm defektów czujnika | | | TAK |  |
| 14 | Wymiary: 1840 x 600 x 615 | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 16 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 17 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 19 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **B** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | |  |  |
| 21 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 22 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 23 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 25 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 26 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 27 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 28 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 29 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 2 –Vortex 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Vortex na jedną próbkę. | | | TAK |  |
| 4 | Zakres prędkości: 0-2800 obr./min., | | | TAK |  |
| 5 | Praca w trybie ciągłym i dotykowym | | | TAK |  |
| 6 | Konstrukcja zabezpieczająca przed wibracjami urządzenia | | | TAK |  |
| 7 | Typ ruchu - orbitalny | | | TAK |  |
| 8 | Amplituda 4,5mm | | | TAK |  |
| 9 | Maksymalna objętość 50ml | | | TAK |  |
| 10 | Waga do 0,70 kg | | | TAK |  |
| 11 | Z zestawem zasilającym | | | TAK |  |
| 12 | Wytrząsarka do pojemników o śr. Do 30 mm | | | TAK |  |
| 13 | Powierzchnia platformy na próbki z plastiku TPU | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 14 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 15 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 17 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 18 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 19 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 20 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 3 – Zamrażarka laboratoryjna 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Drzwi zamrażarki laboratoryjnej: pojedyncze, szklane lub metalowe. | | | TAK |  |
| 4 | Zamrażarka wykonana z blachy stalowej z antybakteryjną. | | | TAK |  |
| 5 | Wszystkie wewnętrzne narożniki zaokrąglone. | | | TAK |  |
| 6 | Wewnętrzne dno wyposażone jest w zasobnik, który zapobiega wyciekom. | | | TAK |  |
| 7 | Stopki: wykonane ze stali nierdzewnej z regulacją wysokości. | | | TAK |  |
| 8 | Drzwi wyposażone w gumową, magnetyczną uszczelkę aby zapewnić idealne hermetyczne zamknięcie. | | | TAK |  |
| 9 | Uchwyt wykonany jest z aluminium, zintegrowanego z profilem drzwi na całej wysokości. | | | TAK |  |
| 10 | Drzwi wyposażone w urządzenie automatycznie zamykające chłodziarkę, jeśli drzwi są otwarte pod kątem mniejszym niż 90 ° | | | TAK |  |
| 11 | Dysza zatrzymującą wewnętrzną wentylację, aby ograniczyć straty temperatury wewnętrznej. | | | TAK |  |
| 12 | Wyposażenie wewnętrzne: druciana półka do przechowywania wykonana z blachy stalowej z wytrzymałą powłoką z tworzywa sztucznego z nierdzewnego materiału. | | | TAK |  |
| 13 | Półka zamocowana na prowadnicach ze stali nierdzewnej zapobiegającej przechylaniu, umożliwiające łatwe wyjęcie półki i dostosowanie jej wysokości bez użycia narzędzi. Wewnętrzny system regałów pozwala na dużą elastyczność wewnętrznej oprawy z możliwością wymiany i łączenia półek. | | | TAK |  |
| 14 | Wewnętrzny system regałów pozwalający na elastyczność wewnętrznej oprawy z możliwością wymiany i łączenia półek. | | | TAK |  |
| 15 | Oświetlenie wewnętrzne: ledowe, zamontowane na ścianie bocznej, | | | TAK |  |
| 16 | Oświetlenia wewnętrzne z automatyczną aktywacją przy każdym otwarciu drzwi. | | | TAK |  |
| 17 | Alarm dźwiękowy z automatycznym resetem. | | | TAK |  |
| 18 | Alarm o wysokiej i niskiej temperaturze z limitami programowalnymi przez użytkownika. | | | TAK |  |
| 19 | Alarm o uchylonych drzwiach. | | | TAK |  |
| 20 | Alarm o awarii zasilania. | | | TAK |  |
| 21 | Alarm - parownik zapobiegający zamarzaniu. | | | TAK |  |
| 22 | Alarm o awarii sensorów. | | | TAK |  |
| 23 | Chłodzenie: obieg powietrza przez wentylator zapewnienia maksymalną równomierność temperatury i stabilności komory | | | TAK |  |
| 24 | Odmrażanie: całkowicie automatyczne, sterowanie za pomocą termostatu | | | TAK |  |
| 25 | Temperatura: bezstopniowa regulacja pomiędzy -5°C / -20°C | | | TAK |  |
| 26 | Pojemność netto: 530 l | | | TAK |  |
| 27 | Wymiary: 75 x 70 x 210 cm (dł x gł x szer) | | | TAK |  |
| **B** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | |  |  |
| 28 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 29 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 30 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 31 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 32 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 33 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 34 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 35 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 36 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 4 – Zestaw pipet automatycznych 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Zestaw 6 miejscowy do pipet jednokanałowych | | | TAK |  |
| 4 | Blokada zapobiega przypadkowej zmianie nastawionej objętości. | | | TAK |  |
| 5 | Zdejmowane pierścienie umożliwiające znakowanie pipet | | | TAK |  |
| 6 | Możliwość nastawiania objętości – pokrętłem bądź przyciskiem pipetowania. | | | TAK |  |
| 7 | Odporne na sterylizację za pomocą promieniowania UV. | | | TAK |  |
| 8 | Pipety: MLPetteS™-F  100 μl - 1szt.  5 – 50 μl - 1szt.  10 – 100 μl - 1szt.  20 – 200 μl - 1szt.  100 – 1000 μl - 1szt.  1000 – 5000 μl - 1szt. | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 9 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 10 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 12 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 13 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 14 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 15 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 5 – Materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowe dla pacjentów z odleżynami wszystkich typów (materac+pompa+pokrowiec) 8 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Materac powietrzny przeciwodleżynowy | | | TAK |  |
| 4 | Zestaw pompa i materac pochodzący od tego samego wytwórcy, z produkcji seryjnej niemodyfikowany pod kątem niniejszej dostawy. | | | TAK |  |
| 5 | Materac przeznaczony do profilaktyki i/lub wspomagania leczenia odleżyn wszystkich stopni. | | | TAK |  |
| 6 | System pracy zmiennociśnieniowy co druga komora, z możliwością przełączenia na tryb statyczny z automatycznym powrotem do trybu zmiennociśnieniowego po maksymalnie 30 minutach. | | | TAK |  |
| 7 | Materac o wymiarach 200cm x 85cm x 13cm ±0,5cm | | | TAK |  |
| 8 | Materac wyposażony w funkcję przechyłów bocznych i rotacji pacjenta, możliwość przechyłu/rotacji jednostronnej lub obustronnej. | | | TAK |  |
| 9 | Czas rotacji regulowany w zakresie co najmniej 10-20 minut modułem nie większym niż 5 minut. | | | TAK |  |
| 10 | Funkcja System przechyłów bocznych i rotacji pacjenta uruchamiana i wyłączana za pomocą dwóch zaworów wbudowanych w materac po obu jego stronach w sekcji stóp (nie w pompie). Zawory w kolorze odmiennym od zaworu CPR. | | | TAK |  |
| 11 | Funkcja rotacji pracująca w trybie zmiennociśnieniowym | | | TAK |  |
| 12 | Materac zbudowany z 20-22 komór: 16 komór poprzecznych, na których leży pacjent i 4-6 komór podnoszących (wchodzących w skład systemu rotacji/przechyłów pacjenta).. | | | TAK |  |
| 13 | Ze względu na stabilność materaca nie dopuszcza się komór podnoszących ułożonych warstwami jedna nad drugą. | | | TAK |  |
| 14 | Wszystkie komory materaca wykonane z elastycznego, nie usztywnionego poliuretanu zapewniającego wieloletnie użytkowanie. | | | TAK |  |
| 15 | Komory poprzeczne materaca umieszczone w jednej warstwie w rzędach napełniają się powietrzem i opróżniają na przemian (co druga) w cyklu o regulowanym czasie 10/15/20 minut. | | | TAK |  |
| 16 | Komory w sekcji głowy stale napełnione powietrzem. | | | TAK |  |
| 17 | Wysokość każdej pojedynczej poprzecznej komory od 12 cm do13 cm. | | | TAK |  |
| 18 | Komory materaca pojedynczo wymienne mocowane za pomocą złączek zapobiegających przypadkowemu wypięciu w czasie używania (nie dopuszcza się rozwiązań typu „szybkozłączki”). | | | TAK |  |
| 19 | Nieaktywny (nienapompowany) system rotacji/przechyłów nie wpływa na wysokość całego materaca. | | | TAK |  |
| 20 | Całkowita wysokość materaca 13 cm ± 0,5 cm. | | | TAK |  |
| 21 | Materac z systemem owiewu powietrzem ciała pacjenta zapewniającym odpowiedni mikroklimat i zwiększającym komfort leżenia. | | | TAK |  |
| 22 | System owiewu umieszczony pod warstwą komór –nie dopuszcza się rozwiązań opartych na mikrootworkach w komorach materaca, które pacjent blokuje swoim ciałem. | | | TAK |  |
| 23 | Pompa materaca wyposażona w pokrętło do płynnej bezstopniowej regulacji ciśnienia powietrza w materacu w zależności od wagi i pozycji pacjenta. | | | TAK |  |
| 24 | Pompa o wymiarach nie większych niż 33 X 22 X 12 cm (±2cm) | | | TAK |  |
| 25 | Pompa o wadze nie przekraczającej 3,5kg. | | | TAK |  |
| 26 | Klasa szczelności pompy przed zalaniem i kurzem IP21 | | | TAK |  |
| 27 | Pompa wyposażona w blokadę panelu sterowania uruchamiającą się samoczynnie po 30 sekundach od wprowadzenia zmian w ustawieniach. | | | TAK |  |
| 28 | Materac pokryty półprzepuszczalnym pokrowcem - przepuszczającym parę wodną, a zatrzymującym ciecze, wykonanym z dzianiny rozciągliwej dwukierunkowo, niepalnym, antygrzybiczym i antybakteryjnym. | | | TAK |  |
| 29 | Materac z możliwością mycia, prania i dezynfekcji. | | | TAK |  |
| 30 | Pokrowiec mocowany do materaca za pomocą dwóch suwaków w celu łatwego zakładania i zdejmowania. | | | TAK |  |
| 31 | Materac wyposażony w pompę pneumatyczną z panelem sterowania. | | | TAK |  |
| 32 | Na panelu sterowania pompy alarmy niskiego ciśnienia, braku zasilania i serwisowy oznaczone każdy oddzielnym piktogramem i dedykowaną, osobną diodą dla każdego alarmu. | | | TAK |  |
| 33 | Sygnalizacja dźwiękowa alarmów z funkcją wyciszenia. | | | TAK |  |
| 34 | Pompa z gniazdem trzysekcyjnym (trzy wyloty powietrza). | | | TAK |  |
| 35 | Materac w całości pneumatyczny (bez warstw piankowych, gąbkowych itp.) kładziony na spodni materac gąbkowy. | | | TAK |  |
| 36 | Możliwość szybkiego spuszczenia powietrza z materaca za pomocą zaworu CPR zlokalizowanego w sekcji głowy. Zawór w kolorze czerwonym. | | | TAK |  |
| 37 | Limit wagi pacjenta min. 200 kg. | | | TAK |  |
| 38 | Możliwość transportu pacjenta na materacu pozbawionym zasilania w czasie nie krótszym niż 12 godz.- tryb transportowy. | | | TAK |  |
| 39 | Przewód elektryczny odłączalny od pompy z zabezpieczeniem przed przypadkowym odłączeniem. | | | TAK |  |
| 40 | Przewód powietrzny trzyżyłowy zespolony, z pojedynczym zespolonym przyłączem kątowym do pompy (nie dopuszcza się przewodu z oddzielnych rurek i zakończonego kilkoma szybkozłączami wpinanymi do pompy osobno). | | | TAK |  |
| 41 | Zasilanie 230V 50Hz, pobór mocy do 8W. | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 42 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 43 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 44 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 45 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 46 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 47 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 48 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 6 – Materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowy wyposażony w funkcję przechyłów bocznych i rotacji pacjenta, dla pacjentów z odleżynami wszystkich typów - 5 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Materac powietrzny przeciwodleżynowy. | | | TAK |  |
| 4 | Zestaw pompa i materac pochodzący od tego samego wytwórcy, z produkcji seryjnej niemodyfikowany pod kątem niniejszej dostawy. | | | TAK |  |
| 5 | Materac przeznaczony do profilaktyki i/lub wspomagania leczenia odleżyn wszystkich stopni | | | TAK |  |
| 6 | System pracy zmiennociśnieniowy co druga komora, z możliwością przełączenia na tryby statyczne. | | | TAK |  |
| 7 | Więcej niż jeden tryb statyczny. | | | TAK |  |
| 8 | Materac wyposażony w dodatkową funkcję przechyłów bocznych i rotacji pacjenta,. | | | TAK |  |
| 9 | Możliwość przechyłu/rotacji jednostronnej lub obustronnej | | | TAK |  |
| 10 | Możliwość regulacji czasu rotacji w zakresie co najmniej 10-30 minut modułem nie większym niż 5 minut. | | | TAK |  |
| 11 | Funkcja przechyłów bocznych i rotacji pacjenta uruchamiana i wyłączana za pomocą zaworów wbudowanych w materac (nie w pompie). | | | TAK |  |
| 12 | Funkcja rotacji pracująca w trybie zmiennociśnieniowym | | | TAK |  |
| 13 | Materac zbudowany z 22-24 komór: 18 komór poprzecznych, na których leży pacjent i 4-6 komór podnoszących (wchodzących w skład systemu rotacji/przechyłów pacjenta). | | | TAK |  |
| 14 | Ze względu na stabilność materaca nie dopuszcza się komór podnoszących ułożonych warstwami jedna nad drugą. | | | TAK |  |
| 15 | Wszystkie komory materaca wykonane z elastycznego, nie usztywnionego poliuretanu zapewniającego wieloletnie użytkowanie. | | | TAK |  |
| 16 | Poprzeczne komory zmiennociśnieniowe materaca umieszczone w rzędach napełniają się powietrzem i opróżniają na przemian (co druga) w cyklu o regulowanym czasie 10/15/20/25/30 minut. | | | TAK |  |
| 17 | Komory w sekcji głowy stale napełnione powietrzem. | | | TAK |  |
| 18 | Poprzeczne komory materaca dwuwarstwowe (typu „komora na komorze”) – górna warstwa podpiera pacjenta i pracuje wg wybranego trybu, dolna warstwa statyczna jest wypełniona powietrzem i stanowi podkład pneumatyczny zabezpieczając pacjenta przed kontaktem z łóżkiem. | | | TAK |  |
| 19 | Obie warstwy zgrzane ze sobą na stałe. | | | TAK |  |
| 20 | Trzy komory w sekcji głowy statyczne. | | | TAK |  |
| 21 | Komory materaca pojedynczo wymienne. | | | TAK |  |
| 22 | Pompa materaca o wymiarach nie większych niż 43 x 13 x 24 cm (±2 cm) | | | TAK |  |
| 23 | Pompa o wadze nie większej niż 5,6 kg. | | | TAK |  |
| 24 | Klasa szczelności przed zalaniem i kurzem IP21. | | | TAK |  |
| 25 | Materac o wymiarach 200cm x 90cm x 21cm± 1cm. | | | TAK |  |
| 26 | Materac z systemem owiewu powietrzem ciała pacjenta umieszczonym pod warstwą komór zapewniającym odpowiedni mikroklimat wokół ciała pacjenta i zwiększającym komfort leżenia. | | | TAK |  |
| 27 | Nie dopuszcza się rozwiązań opartych na mikrootworkach w komorach materaca, które pacjent blokuje swoim ciałem. | | | TAK |  |
| 28 | Materac wyposażony w funkcję rozpoznającą obciążenie wywierane na materac przez pacjenta. | | | TAK |  |
| 29 | Możliwość ręcznej regulacji ciśnienia powietrza w materacu. | | | TAK |  |
| 30 | Materac pokryty półprzepuszczalnym pokrowcem - przepuszczającym parę wodną, a zatrzymującym ciecze, wykonanym z dzianiny rozciągliwej dwukierunkowo, niepalnym, antygrzybiczym i antybakteryjnym, | | | TAK |  |
| 31 | Materac z możliwością mycia, prania i dezynfekcji. | | | TAK |  |
| 32 | Pokrowiec mocowany do materaca za pomocą dwóch suwaków w celu łatwego zakładania i zdejmowania. | | | TAK |  |
| 33 | Materac wyposażony w pompę pneumatyczną z panelem sterowania. | | | TAK |  |
| 34 | Na panelu sterowania zasilacza alarmy niskiego ciśnienia, braku zasilania i serwisowy oznaczone każdy oddzielnym piktogramem i dedykowaną, osobną diodą dla każdego alarmu). | | | TAK |  |
| 35 | Sygnalizacja dźwiękowa alarmów z funkcją wyciszenia. Pompa z gniazdem trzysekcyjnym (trzy wloty powietrza. | | | TAK |  |
| 36 | Materac w całości pneumatyczny (bez warstw gąbkowych, piankowych itp.). | | | TAK |  |
| 37 | Materac kładziony na ramę łóżka. | | | TAK |  |
| 38 | Możliwość szybkiego spuszczenia powietrza z materaca za pomocą zaworu CPR | | | TAK |  |
| 39 | Limit wagi pacjenta nie mniej niż 255kg. | | | TAK |  |
| 40 | Możliwość transportu pacjenta na materacu pozbawionym zasilania w czasie nie krótszym niż 12 godz. – tryb transportowy | | | TAK |  |
| 41 | W trybie transportowym materac pozostaje napompowany w całości w części zmiennociśnieniowej i statycznej. | | | TAK |  |
| 42 | Funkcja maksymalnego wypełnienia materaca uruchamiana z jednego przycisku na pompie ułatwiająca przeprowadzenie np. czynności pielęgnacyjnych z automatycznym powrotem do poprzednich ustawień po 20 minutach | | | TAK |  |
| 43 | Zasilanie 230V 50Hz | | | TAK |  |
| 44 | Przewód elektryczny odłączalny od pompy z zabezpieczeniem przed przypadkowym odłączeniem | | | TAK |  |
| 45 | Przewód powietrzny z podłączeniem kątowym do pompy | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 46 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 47 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 48 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 49 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 50 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 51 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 52 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 7– Aparat EKG 2 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją badań – sygnał 12 odprowadzeń standardowych zbieranych jednocześnie. | | | TAK |  |
| 4 | Waga urządzenia z rejestratorem i kompletem baterii mniejsza niż 4,5kg | | | TAK |  |
| 5 | Wymiary nie większe niż 310x250x90mm | | | TAK |  |
| 6 | Zakres HR min. 30-300bpm. | | | TAK |  |
| 7 | Filtry:  - dolno przepustowy min. 75/100/150Hz  - zakłóceń mięśniowych min. 25/35/45Hz  - zakłóceń linii bazowej min. 0.05/0.10/0.20/0.50Hz  - zakłóceń prądu zmiennego AC min. 50/60 Hz  CMRR>=105dB. | | | TAK |  |
| 8 | Wzmocnienie EKG min. 2.5, 5, 10, 20, 20/10, 10/5mm/mV i AGC. | | | TAK |  |
| 9 | Prezentacja graficzna przebiegów EKG z odwzorowaniem bieżących ustawień w formie cyfrowo-literowej. | | | TAK |  |
| 10 | Graficzny diagram prezentujący rozmieszczenie elektrod na ciele pacjenta wraz ze statusem kontaktu elektrod. | | | TAK |  |
| 11 | Dotykowy ekran min. 10’’ TFT o wysokiej rozdzielczości 800x600dpi. | | |  |  |
| 12 | Obsługa za pomocą ekranu dotykowego. | | | TAK |  |
| 13 | Wybór 2 rozmiarów składanego papieru termoczułego: 210 mm X 140 mm -150P lub 210 mm X 150 mm--200P | | | TAK |  |
| 14 | Druk termiczny matrycowy z prędkością zapisu min. 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 mm/sek. | | | TAK |  |
| 15 | Różne formaty wydruku raportów min. [3×4], [3×4+1R], [3×4+3R], [6×2], [6×2+1R], [12×1], [12×1+1T]. Wsparcie dla pełnego raportu analizy badania. | | | TAK |  |
| 16 | Detekcja stymulatora serca | | | TAK |  |
| 17 | Możliwość podłączenia do zewnętrznej drukarki laserowej (poprzez złącze USB) i wykonywania wydruków na standardowym papierze A4. | | | TAK |  |
| 18 | Porty komunikacji - Ethernet, USB. Aktualizacja oprogramowania przy pomocy dysku USB.  Możliwość podłączenia poprzez złącze USB myszki, klawiatury i czytnika kodów kreskowych. | | | TAK |  |
| 19 | Pamięć min. 100 badań w pamięci flash i 10000 badań na standardowej karcie SD 8GB. | | | TAK |  |
| 20 | Zasilanie sieciowe 100-240V, 50/60 Hz. Temperatura pracy 5°C~40°C przy wilgotności względnej ≤93% | | | TAK |  |
| 21 | Zasilanie akumulatorowe. Akumulator wystarczający na min. 6 godzin zapisu bez wydruku , lub wydruk co najmniej 500 raportów. Czas ładowania akumulatora do 100% poniżej 4 godz. | | | TAK |  |
| 22 | Tryb stand-by do oszczędzania energii. | | | TAK |  |
| 23 | Czas ładowania akumulatora do 100% poniżej 4 godz. | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 24 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 25 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 26 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 27 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 28 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 29 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 30 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 31 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 32 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 33 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 8– Aparat do pomiaru parametrów krytycznych wraz z wyposażeniem 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Automatyczny analizator parametrów krytycznych pracujący w systemie ciągłym dokonujący jednoczasowo i w jednej próbce pomiaru: pH, pCO2, pO2, K+, Na+, Ca++, glukoza, mleczany, Hct, posiadający certyfikat FDA | | | TAK, podać |  |
| 4 | Zakres liniowości oznaczanego wapnia zjonizowanego 0,1 - 5 mmol/L | | | TAK, podać |  |
| 5 | Wejścia sygnału: HD-SDI | | | TAK |  |
| 6 | Czas nagrzewania zestawu odczynnikowego maksymalnie  do 30 min. | | | TAK, podać |  |
| 7 | Zestaw odczynnikowy przechowywany w temperaturze pokojowej | | | TAK |  |
| 8 | Możliwość stosowania zestawów różnej wielkości w zależności od ilości aktualnie wykonywanych oznaczeń | | | TAK |  |
| 9 | Analizator w pełni automatyczny niewymagający żadnych procedur konserwacyjnych typu odbiałczanie, przemywanie, czyszczenie lub wymiana sondy aspiracyjnej | | | TAK |  |
| 10 | Wbudowany, w pełni automatyczny, system kontroli jakości w czasie rzeczywistym min. 3 razy dziennie na trzech poziomach dla wszystkich parametrów, zapewniający automatyczną naprawę oraz dokumentację błędów, niewymagający jakichkolwiek czynności obsługowych ze strony użytkownika w trakcie jego użytkowania | | | TAK |  |
| 11 | Automatyczna kalibracja niewymagająca żadnych gazów ani powietrza atmosferycznego jedno - lub dwupunktowa bez konieczności ingerencji użytkownika. Wszystkie parametry kalibrowane w pełni automatycznie bez ingerencji użytkownika | | | TAK |  |
| 12 | Objętość próbki: do 160 mikrolitrów | | | TAK, podać |  |
| 13 | Czas pomiaru: do 2 min. | | | TAK, podać |  |
| 14 | Interfejsy umożliwiające przesyłanie danych w sieci w systemie dwukierunkowym | | | TAK |  |
| 15 | Baza danych na min. 20 000 oznaczeń | | | TAK, podać |  |
| 16 | Oprogramowanie w języku polskim | | | TAK |  |
| 17 | Moduł komunikacji bezprzewodowej stanowiący integralną część aparatu | | | TAK |  |
| 18 | Automatyczne oświetlenie pola aspiracji próbki | | | TAK |  |
| 19 | Oprogramowanie wewnętrzne analizatora pozwalające na jego zdalne zarządzanie z PC użytkownika niewymagające żadnego dodatkowego osprzętu | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 20 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 21 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 22 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 23 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 25 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 26 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 27 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 28 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 29 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 9– Defibrylator 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Dwufazowy defibrylator | | | TAK |  |
| 4 | Energia defibrylacji 150-360J | | | TAK |  |
| 5 | Funkcja śledzenia i możliwość teletransmisji badania 12-odprowadzeniowego EKG | | | TAK |  |
| 6 | Monitorowanie do 6 godzin | | | TAK |  |
| 7 | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej | | | TAK |  |
| 8 | Przeprowadzanie defibrylacji w trybie ręcznym | | | TAK |  |
| 9 | Możliwość dostępu do zachowanych informacji na temat pacjentów | | | TAK |  |
| 10 | Cyfrowy wyświetlacz częstotliwości akcji serca 20-300 uderzeń na minutę | | | TAK |  |
| 11 | Całkowita pojemność ciągłego zapisu EKG 360 minut | | | TAK |  |
| 12 | Zakres wyświetlacza stężenia SpCO: 0 do 40% | | | TAK |  |
| 13 | Dokładność saturacji 70-100% ,SpCO: ± 3 cyfry | | | TAK |  |
| 14 | Zakres Saturacji SpMet: 0 do 15,0% | | | TAK |  |
| 15 | Zakres pomiaru tętna: 30 do 240 uderzeń na minutę | | | TAK |  |
| 16 | Dokładność pomiaru tętna: ± 2 uderzenia na minutę lub ± 2%, wartość wyższa | | | TAK |  |
| 17 | Dokładność pomiaru respiracji: 0 do 70 oddechów na minutę: ± 1 oddech na minutę 71 do 99 oddechów na minutę: ± 2 oddechy na minutę | | | TAK |  |
| 18 | Alarm bezdechu po upływie 30 sekund od ostatniego wykrytego oddechu | | | TAK |  |
| 19 | Alarm zakresu częstości akcji serca | | | TAK |  |
| 20 | 12-odprowadzeniowy Algorytm Interpretacyjny | | | TAK |  |
| 21 | Czas ładowania do 360 J poniżej 10 s. | | | TAK |  |
| 22 | Symulator - Tempo stymulacji: 40-170 stymulacji na minutę | | | TAK |  |
| 23 | Okres refrakcji: 200 do 300 ms ± 3% (funkcja wartości) | | | TAK |  |
| 24 | Typ baterii: Litowo-jonowa | | | TAK |  |
| 25 | Czas ładowania baterii (przy całkowicie rozładowanej baterii) do 4,5 h | | | TAK |  |
| 26 | Wskaźnik wymiany baterii, sygnał akustyczny i komunikat wymiany baterii w obszarze statusu każdej baterii | | | TAK |  |
| 27 | Waga do 10kg | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 28 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 29 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 30 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 31 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 32 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 33 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 34 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 35 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 36 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 37 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 10 – Defibrylator automatyczny 3 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Dwufazowy defibrylator | | | TAK |  |
| 4 | Defibrylator automatyczny z możliwością manualnej pracy | | | TAK |  |
| 5 | Fala defibrylacji: dwufazowa | | | TAK |  |
| 6 | Wsparcie RKO: funkcje głosowe | | | TAK |  |
| 7 | Język komunikatów: j. polski | | | TAK |  |
| 8 | Zasilanie baterią litową: min. 4 lata gwarancji | | | TAK, podać |  |
| 9 | Możliwość sprawdzenia | | | TAK, podać |  |
| 10 | Impuls defibrylacji w przedziale 150 -360J | | | TAK |  |
| 11 | Możliwość zapisu danych i ich archiwizacja na komputerze | | | TAK |  |
| 12 | Min. 5 letnia gwarancja na urządzenie | | | TAK, podać |  |
| 13 | Zapis danych: 100 markerów czasowych | | | TAK |  |
| 14 | Ciężar maksymalnie 3,5 kg | | | TAK, podać |  |
| 15 | Pojemność baterii: min 400 wyładowań | | | TAK, podać |  |
| 16 | Zestaw obejmuje:  - defibrylator automatyczny  - bateria litowa  - elektrody dla dorosłych  - instrukcja obsługi  - etui (torba)  - apteczka AED | | | TAK, podać |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 17 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 18 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 19 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 20 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 21 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 22 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 23 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 24 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 25 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 26 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 11– Fiberoskop intubacyjny 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Głębia ostrości 1-50 mm | | | TAK |  |
| 4 | Średnica zewnętrzna sondy wziernikowej  4,9 mm | | | TAK |  |
| 5 | Średnica końcówki max. 4,9 mm | | | TAK |  |
| 6 | Średnica kanału roboczego max. 2,2 mm | | | TAK |  |
| 7 | Kąt obserwacji 120stopni | | | TAK |  |
| 8 | Minimalne wychylenie końcówki sondy wziernikowej  - góra   180 stopni  - dół     130 stopni | | | TAK |  |
| 9 | Długość robocza sondy  600 mm. | | | TAK |  |
| 10 | Oświetlenie LED z baterii dołączanej do rękojeści endoskopu | | | TAK |  |
| 11 | Czas oświetlenia 60 min | | | TAK |  |
| 12 | Zawór odsysający z obrotową blokadą | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 13 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 14 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 15 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 16 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 18 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 19 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 20 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 21 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 12 – Kardiomonitor 5 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Kardiomonitor kompaktowy stacjonarno-przenośny | | | TAK |  |
| 4 | Kardiomonitor o wadze nie większej niż 3,5 kg z akumulatorem | | | TAK |  |
| 5 | Przeznaczony dla wszystkich kategorii wiekowych, wyposażony w odpowiednie algorytmy pomiarowe.  Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do wybranej kategorii wiekowej pacjenta | | | TAK |  |
| 6 | Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do wybranej kategorii wiekowej pacjenta | | | TAK |  |
| 7 | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt do przenoszenia przygotowany do łatwego montażu na podstawie jezdnej lub uchwycie ściennym | | | TAK |  |
| 8 | Zasilacz wbudowany w jednostkę główną. Mechaniczne zabezpieczenie przed przypadkowym wyciagnięciem kabla zasalającego. | | | TAK |  |
| 9 | Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD o przekątnej nie mniejszej niż 12”, rozdzielczości min. 800x600 pikseli z możliwością regulacji jasności ekranu w zakresie co najmniej 11 poziomów. | | | TAK |  |
| 10 | Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów -co najmniej 160 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta oraz zapis min. 1 krzywej fulldisclosure z ostatnich 48 godzin. | | | TAK |  |
| 11 | Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych- min. 200 z zapisem odcinków krzywych z ostatnich min. 16 sekund oraz innych parametrów cyfrowych z możliwością wydruku | | | TAK |  |
| 12 | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:   * EKG * HR * Respiracja * Saturacja * Nieinwazyjny pomiar ciśnienia * Temperatura (T1,T2,TD) | | | TAK |  |
| 13 | Oprogramowanie kardiomonitora w języku polskim | | | TAK |  |
| 1. **POMIAR EKG** | | | | | |
| 14 | Zakres HR min. 15-350 min. | | | TAK |  |
| 15 | Monitorowanie EKG z 3 lub 5 odprowadzeń | | | TAK |  |
| 16 | Ilość odprowadzeń automatycznie wykrywana po podłączeniu odpowiedniego przewodu EKG | | | TAK |  |
| 17 | Dokładność pomiaru HR nie gorsza niż +/- 1 bpm | | | TAK |  |
| 18 | Prędkości kreślenia min. 6,25mm/s, 12.5mm/s, 25mm/s, 50mm/s | | | TAK |  |
| 19 | Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej | | | TAK |  |
| 20 | Funkcja kaskady | | | TAK |  |
| 21 | Wzmocnienie przebiegu EKG: co najmniej x0,125 cm/mV; x0,25; cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2,0 cm/mV; 4,0 cm/mV; AUTO | | | TAK |  |
| 22 | Analiza odcinka ST w zakresie min. +/- 2,0 mV z prezentacją wszystkich odprowadzeń jednocześnie. Możliwość ustawienia punktu referencyjnego do pomiaru ST. | | | TAK |  |
| 23 | Tryb pracy: Diagnoza, Monitorowanie, Operacja, ST | | | TAK |  |
| 24 | Analiza zaburzeń rytmu z rozpoznawaniem min.20 zaburzeń | | | TAK |  |
| 1. **POMIAR RESPIRACJI** | | | | | |
| 25 | Sposób wyświetlania- w postaci krzywej dynamicznej oraz wartości cyfrowej | | | TAK |  |
| 26 | Pomiar impedancyjny częstości oddechów w zakresie min.0-150 odd./min. | | | TAK |  |
| 27 | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 2 oddechy | | | TAK |  |
| 28 | Możliwość wyboru z pozycji kardiomonitora odprowadzenia użytego do pomiaru oddechu w celu dopasowania do różnych sposobów oddychania. | | | TAK/NIE |  |
| 29 | Szybkość przesuwu krzywej respiracji co najmniej:6,25mm/s, 12.5mm/s, 25mm/s, | | | TAK |  |
| 30 | Wzmocnienie przebiegu respiracji: co najmniej x0,25; cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2,0 cm/mV; 4,0 cm/mV; | | | TAK |  |
| 31 | Alarmy bezdechu regulowany w zakresie min.10-60 sekund | | | TAK |  |
| 1. **POMIAR SATURACJI (SpO2)** | | | | | |
| 32 | Wyświetlanie wartości cyfrowej saturacji i tętną, krzywej pletyzmograficznej oraz liczbowego wskaźnika perfuzji (PI) | | | TAK |  |
| 33 | Zakres pomiarowy saturacji 0-100% | | | TAK |  |
| 34 | Zakres pomiarowy pulsu co najmniej 20-250 bpm | | | TAK |  |
| 35 | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70-100% nie gorsza niż +/- 3 % | | | TAK |  |
| 36 | Niezależna funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywołania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik z możliwością programowego włączenia i wyłączenia | | | TAK |  |
| 37 | Możliwość wyboru trybu pomiaru SpO2(wysoki, średni, niski) | | | TAK |  |
| 38 | Funkcja sygnalizacji dźwiękowej zmian SpO2 | | | TAK |  |
| 39 | Wskaźnik identyfikujący sygnał i informujący o jego jakości podczas ruchu lub przy niskiej perfuzji. Wyświetlany na krzywej pletyzmograficznej | | | TAK |  |
| 1. **POMIAR CIŚNIENIA KRWI METODĄ NIBP** | | | | | |
| 40 | Oscylometryczna metoda pomiaru. Wyświetlanie wartości liczbowej ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego | | | TAK |  |
| 41 | Zakres pomiaru ciśnienia co najmniej 10-270 mmHg | | | TAK |  |
| 42 | Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP min. 40-240 bpm | | | TAK |  |
| 43 | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 5 mmHg | | | TAK |  |
| 44 | Tryby pomiaru: ręczny, auto, ciągły(powtarzające się pomiary w okresie co najmniej 4 min) | | | TAK |  |
| 45 | Zakres programowania interwałów w trybie Auto co najmniej 1-720 minut | | | TAK |  |
| 46 | Funkcja napełnienia mankietu do wenopunkcji (tzw. staza). | | | TAK |  |
| 47 | Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | | | TAK |  |
| 48 | Kardiomonitor wyposażony w niezależną od pamięci trendów, pamięć ostatnich min. 2000 wyników pomiarów NIBP | | | TAK |  |
| 49 | Monitorowanie dynamicznego ciśnienia krwi z ostatnich min. 24 godzin. Monitorowanie co najmniej wartości ciśnienia średniego, średniego za dnia, średniego w nocy, maksymalnego oraz minimalnego. | | | TAK |  |
| 1. **POMIARY TEMPERATURY** | | | | | |
| 50 | Zakres pomiarowy min.0-500C | | | TAK |  |
| 51 | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 0,10C | | | TAK |  |
| 52 | Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości -2 temperatury ciała i temperatury różnicowej z możliwością regulacji granic alarmowych dla każdego z parametrów | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE PARAMETRY** | | | | | |
| 53 | Gniazdo wyjścia sygnału EKG do synchronizacji defibrylatora | | | TAK |  |
| 54 | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła przycisków | | | TAK |  |
| 55 | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów | | | TAK |  |
| 56 | Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów | | | TAK |  |
| 57 | Możliwość min. 5 stopniowego zawieszania alarmów: 1min., 2min.,3 min., 10 min.,15 min | | | TAK |  |
| 58 | Możliwość ustawienia granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów w zakresie min. 2 poziomów ważności.  Granice alarmowe ustawiane w jednym wspólnym menu dla wszystkich parametrów | | | TAK |  |
| 59 | Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 8 poziomów | | | TAK |  |
| 60 | Ręczne i automatyczne ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta | | | TAK |  |
| 61 | Wbudowany system zarządzania danymi pacjenta umożliwiający zapis oraz eksport danych min. 15 monitorowanych pacjentów. Funkcja szybkiego przyjęcia oraz wypisania pacjenta | | | TAK |  |
| 62 | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych pacjenta: nazwisko, płeć, nr identyfikacyjny, waga, wzrost, grupa krwi | | | TAK |  |
| 63 | Możliwość programowej dezaktywacji poszczególnych modułów pomiarowych | | | TAK |  |
| 64 | Oprogramowanie do obliczania leków, kalkulator hemodynamiczny, wentylacyjny, utlenowania, nerkowy | | | TAK |  |
| 65 | Kalkulator leków z tabelami miareczkowania, ułatwiającymi przeliczanie dawek powiązanych z masą ciała pacjenta na szybkość podawania leku w ml/godzi. Kalkulator powinien mieć wpisane podstawowe leki oraz umożliwiać skonfigurowanie co najmniej 5 własnych leków | | | TAK |  |
| 66 | Zasilanie kardiomonitora z sieci 230V i akumulatora | | | TAK |  |
| 67 | Czas pracy kardiomonitora zasilanego z akumulatora nie krótszy niż 2 godziny | | | TAK |  |
| 68 | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora | | | TAK |  |
| 69 | Wyświetlanie - co najmniej 6 przebiegów z możliwością edycji kolorów parametrów, ustawienia dowolnej kolejności ich wyświetlania. Bez użycia funkcji 7xEKG oraz 12xEKG | | | TAK |  |
| 70 | Dostępne tryby pracy:   * tryb dużych znaków * tryb trendów do wyboru z ostatnich min.: 0,5; 1; 2, 4 lub 8 godzin * tryb oxyCRG * tryb listy * 7-EKG * 7-EKG oraz dodatkowych krzywych * tryb podglądu danych z innych lóżek(bez stacji centralnego nadzoru) | | | TAK |  |
| 71 | Funkcja informowania o alarmach pojawiających sie na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | | | TAK |  |
| 72 | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | | | TAK |  |
| 73 | Tryb nocny umożliwiający zaprogramowanie jasności ekranu, głośności alarmu, głośności QRS, głośności przycisków | | | TAK |  |
| 74 | Kardiomonitor wyposażony w tryb czuwania mający na celu ograniczenie energii. Wyłączenie trybu stand-by umożliwia dokonanie wyboru w zakresie kontynuacji monitorowania tego samego pacjenta lub przyjęcia nowego | | | TAK |  |
| 75 | Monitor przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet (złącze RJ-45) | | | TAK |  |
| 76 | Możliwość rozbudowy o bezprzewodową komunikację ze stanowiskiem centralnego monitorowania-certyfikowana przez producenta obsługa poprzez oprogramowanie kardiomonitora | | | TAK |  |
| 77 | Kardiomonitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera niepełniącego jednocześnie funkcji centrali | | | TAK |  |
| 78 | Monitor wyposażony w min. 1 port USB do podłączenia klawiatury lub myszki; | | | TAK |  |
| 79 | Proste aktualizacja oprogramowania poprzez gniazdo USB. Możliwość przenoszenia profilu użytkownika(konfiguracja ekranu, alarmów, jasności itp.) do innego kardiomonitora przy pomocy nośnika pendrive. | | | TAK |  |
| 80 | Konstrukcja zapobiegająca wchłanianiu kurzu i rozprzestrzenianiu się infekcji - chłodzenie kardiomonitora konwekcyjne, bez wbudowanych wiatraków / wentylatorów. | | | TAK |  |
| 81 | Kardiomonitor zabezpieczony przed zalaniem wodą-stopień ochrony co najmniej IPX1 | | | TAK |  |
| 82 | Monitor przygotowany do pomiaru etCO2 (bez konieczności wysyłki do serwisu) – wbudowany zarezerwowany port etCO2 | | | TAK |  |
| 83 | Możliwości podłączenia zewnętrznej drukarki i wydruku danych w formacie A4 | | | TAK |  |
| 84 | Monitor przystosowany do ciągłej pracy w zakresie temperatur co najmniej 5-40oC. | | | TAK |  |
| 85 | **INWAZYJNY POMIAR CIŚNIENIA** - zakres pomiarowy min. –50~+300 mmHg - dwa kanały pomiarowe  - Zaprogramowane zakresy pomiarowe z etykietami dla ciśnień min. ART, PA, CVP, RAP, LAP, ICP,LV oraz min.3 własne zakresy  - Min. 2 prędkości kreślenia krzywej  - Pomiar wartości PPV oraz SPV. Wyświetlanie na ekranie głównym min. jednego z podanych parametrów w postaci liczbowej. | | | TAK |  |
| 86 | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych | | | TAK |  |
| 87 | Mankiety w rozmiarach:  Dla dorosłych -mały – 20-26 cm  Dla dorosłych – 25-34 cm  Dla dorosłych duży – 32-43 cm | | | TAK |  |
| **H.** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | |  |  |
| 88 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 89 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 90 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 91 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 92 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 93 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 94 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 95 | Oprogramowanie kardiomonitora w języku polskim | | | TAK |  |
| 96 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 97 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 98 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 13 – Laryngoskop 3 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Źródło światła żarówka ksenonowa lub dioda LED umieszczone w rękojeści zasilającej, strumień światła prowadzony za pomocą światłowodu. | | | TAK |  |
| 4 | Światłowód wbudowany na stałe, | | | TAK |  |
| 5 | Zestaw z łyżkami Macintosh nr 2,3,4 | | | TAK |  |
| 6 | LED 2.5 V rękojeść bateryjna, typ C | | | TAK |  |
| 7 | Wykonany ze stali nierdzewnej | | | TAK |  |
| 8 | Zapakowany w etui transportowe | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 12 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 13 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 15 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 17 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 14 – Zestaw do trudnej intubacji 2 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Zestaw laryngoskop światłowodowy do trudnej intubacji | | | TAK |  |
| 4 | Zestaw z kompletem 3 łyżek w rozmiarach 2,3 i 4 | | | TAK |  |
| 5 | Łyżki światłowodowe z ruchomym końcem sterowanym dźwignią przy uchwycie. | | | TAK |  |
| 6 | Zestaw z niemagnetycznej stali nierdzewnej | | | TAK |  |
| 7 | Rękojeść z diodą LED 3.5V, zasilana baterią | | | TAK |  |
| 8 | 3 x 6 mm przekroju światłowodu z 7 tys. zimnych wiązek światła | | | TAK |  |
| 9 | 4 x 7 mm przekroju światłowodu z zabudowaniem metalowym | | | TAK |  |
| 10 | Wymiary łyżek: 115x18, 135x18, 155x18 | | | TAK |  |
| 11 | Brak bocznych dróg utraty światła | | | TAK |  |
| 12 | Etui antywstrząsowe, wygodne w transporcie. | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 13 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 14 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 16 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 17 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 15– Pompa strzykawkowa 10 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Funkcja liczenia szybkości infuzji na podstawie czasu i objętości | | | TAK |  |
| 4 | Bolus manualny i automatyczny | | | TAK |  |
| 5 | Bolus-szybkość i objętość można programować podczas pracy pompy. Szybkość bolusa śledzona od ostatniej konfiguracji. | | | TAK |  |
| 6 | Wyświetlacz kolorowy min 3,2 cala | | | TAK, podać |  |
| 7 | Klawiatura alfanumeryczna | | | TAK |  |
| 8 | Funkcja blokady klawiatury | | | TAK |  |
| 9 | Rozpoznawanie strzykawki | | | TAK |  |
| 10 | Rozmiary strzykawek: 5ml, 10ml, 20ml, 30ml, 50ml, 60ml | | | TAK, podać |  |
| 11 | Zaprogramowanie min 7 marek strzykawek z możliwością zarejestrowania nowej marki przez użytkownika | | | TAK, podać |  |
| 12 | Biblioteka leków: możliwość wprowadzenia min 40 leków | | | TAK, podać |  |
| 13 | Funkcja nagrywania zdarzeń | | | TAK |  |
| 14 | Funkcja przeciw bolusowi | | | TAK |  |
| 15 | Funkcja automatycznego zwalniania ciśnienia w przypadku wystąpienia okluzji. | | | TAK |  |
| 16 | Współczynnik błędu dokładności +/-2% (dokładność mechaniczna+/-1%<1ml/h+/-5% | | | Tak, podać |  |
| 17 | Szybki start | | | TAK |  |
| 18 | Alarmy: prawie pusta strzykawka, koniec infuzji , akumulator o zbyt niskim napięciu, przerwa w zasileniu, niewłaściwa instalacja zacisku z uchwytem, niewłaściwa instalacja drążka | | | TAK, podać |  |
| 19 | Praca pompy dzień i noc | | | TAK |  |
| 20 | Akumulator min 25 godzin pracy | | | TAK, podać |  |
| 21 | Typ infuzji: ciągła, profilowa, okresowa, TPN | | | TAK, podać |  |
| 22 | Programowanie infuzji we wszystkich jednostkach | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 24 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 25 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 26 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK, podać |  |
| 27 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 29 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 16 – Pulsoksymetr 2 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Aparat przenośny max. 300 gram | | | TAK |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 230V AC 50/60 Hz | | | TAK |  |
| 5 | Zasilanie (awaryjne) - wbudowany akumulator na min. 8 godzin | | | TAK |  |
| 6 | Czas ładowania akumulatorów – max. 6h | | | TAK |  |
| 7 | Pomiar saturacji w zakresie min. 0-100% | | | TAK |  |
| 8 | Pomiar tętna w zakresie min. 30-250 bpm | | | TAK |  |
| 9 | Dokładność pomiaru saturacji w minimalnym zakresie:  Dzieci/dorośli  Od 70% do 100%: ±2 cyfry[%]  Od 50% do 69%: ±3 cyfry[%]  Noworodki  Od 70% do 100%: ±3 cyfry[%]  Od 50% do 69%: ±4 cyfry[%] | | | TAK |  |
| 10 | Wyświetlacz LCD kolorowy o przekątnej min. 3” | | | TAK |  |
| 11 | Regulacja jasności wyświetlacza min. 7 poziomów | | | TAK |  |
| 12 | Rozdzielczość – min. 240x400 pikseli | | | TAK |  |
| 13 | Min. 3 tryby pracy wyświetlacza | | | TAK |  |
| 14 | Selektywne włączane/wyłączane alarmy dla wszystkich parametrów | | | TAK |  |
| 15 | Możliwość min. 4 stopniowego zawieszania alarmów: 30 sekund, min., 1min.,1,5 min., 2 min., | | | TAK |  |
| 16 | Alarmy wizualne oraz dźwiękowe | | | TAK |  |
| 17 | Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 6 poziomów | | | TAK |  |
| 18 | Przeznaczony dla wszystkich kategorii wiekowych, wyposażony w odpowiednie algorytmy pomiarowe.  Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do wybranej kategorii wiekowej pacjenta | | | TAK |  |
| 20 | Częstość pulsu | | | TAK |  |
| 21 | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej | | | TAK |  |
| 22 | Siła pulsu | | | TAK |  |
| 23 | Wskaźnik stanu pracy - sieć, akumulator | | | TAK |  |
| 24 | Trendy graficzne min. 48godz. | | | TAK |  |
| 25 | Krótki trend SpO2 oraz PR z ostatnich min.15 min. | | | TAK |  |
| 26 | Graficzny wskaźnik rozładowania baterii | | | TAK |  |
| 27 | Port RS232 | | | TAK |  |
| 28 | Możliwość instalacji urządzenia w pionie lub w poziomie | | | TAK |  |
| 29 | System eliminacji wpływu efektów ruchowych oraz możliwość pomiaru przy niskiej perfuzji | | | TAK |  |
| 30 | Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2 | | | TAK |  |
| 31 | Możliwość podłączenia do drukarki | | | TAK |  |
| 32 | Wyprowadzenie danych o przebiegu monitorowania saturacji w formacie elektronicznym do opcjonalnego oprogramowania. Oprogramowanie w języku polskim. | | | TAK |  |
| 33 | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych | | | TAK |  |
| 34 | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | | | TAK |  |
| 35 | Szczytowy przepływ wydechowy: 0 – 200 l/min | | | TAK |  |
| 36 | Oszacowana szybkość wydostawania się powietrza przez nieszczelność: 0 – 200 l/min | | | TAK |  |
| 37 | Szczytowe ciśnienie wdechowe: 0 – 99 cm H2O | | | TAK |  |
| 38 | Średnie ciśnienie w drogach oddechowych: 0 – 99 cm H2O | | | TAK |  |
| 39 | Procent oddechów wyzwalanych przez pacjenta: 0 – 100 % | | | TAK |  |
| 40 | Stosunek wdechu do wydechu: 9,1 – 1:1 – 9,9 | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 41 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 42 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 43 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 17 – Ssak ścienny 4 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Regulator próżni, zakres regulacji 1000 – 0mbar, ,. Dren silikonowy dł. Min 150cm | | | TAK |  |
| 4 | Płynna regulacja siły ssania. | | | TAK |  |
| 5 | Zawór szybkiego otwierania próżni | | | TAK |  |
| 6 | Metalowy korpus odporny na uszkodzenia mechaniczne. Mocowany bezpośrednio w gnieździe AGA | | | TAK |  |
| 7 | Obrotowy zegar, | | | TAK |  |
| 8 | Pojemnik zabezpieczający z tworzywa sztucznego z zaworem odcinającym. | | | TAK |  |
| 9 | Płytka montażowa do mocowania pojemnika wielorazowego | | | TAK |  |
| 10 | Uniwersalny uchwyt do mocowania pojemników na szynie ściennej. | | | TAK |  |
| 11 | Regulowana szerokość zaczepu, wykonany z tworzywa sztucznego | | | TAK |  |
| 12 | Pojemnik wielorazowy 2000ml do pojemników jednorazowych. | | | TAK |  |
| 13 | Średnica pojemnika 9-10cm, | | | TAK |  |
| 14 | Pojemnik z podziałką do pomiaru ilości zebranego płynu, zaczep do mocowania.. | | | TAK |  |
| 15 | Pojemnik wykonany z nietłukącego się materiału, nadający się do sterylizacji | | | TAK |  |
| 16 | Pojemnik jednorazowy 2000ml, średnica pokrywy pojemnika 9-10cm, | | | TAK |  |
| 17 | W pokrywie pojemnika tylko przyłącza: do pacjenta i port do pobierania próbek. | | | TAK |  |
| 18 | Hydrofobowy zawór filtrująco-odcinający, zabezpieczający instalacje próżniową przed zalaniem. | | | TAK |  |
| 19 | Wymiana pojemnika bez odłączania drenu do próżni. | | | TAK |  |
| 20 | Pojemnik szczelnie zamykany, wykonany z miękkiego materiału, na każdym fabrycznie nadrukowany numer katalogowy i data ważności. | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 21 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 22 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 23 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 18 – Stetoskop 10 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Stetoskop internistyczno-pediatryczny z podwójną głowicą | | | TAK |  |
| 4 | Stetoskop z wymienną częścią pediatryczną głowicy - lejek pediatryczny/membrana pediatryczna | | | TAK |  |
| 5 | Obie membrany wieloczęstotliwościowe (dwutonowe) | | | TAK |  |
| 6 | Głowica ze stali nierdzewnej | | | TAK |  |
| 7 | Przewody o dużej elastyczności i odporności na ścieranie | | | TAK |  |
| 8 | Długość przewodu od 67 cm | | | TAK |  |
| 9 | Stetoskop o skali akustycznej min. 7 | | | TAK |  |
| 10 | Stetoskop z miękkimi, samouszczelniającymi się oliwkami. | | | TAK |  |
| 11 | Różne kolory | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 13 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 14 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 19 – Wózek anestezjologiczny 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Polskie menu. | | | TAK |  |
| 4 | Wózek medyczny -anestezjologiczny. | | | TAK |  |
| 5 | Sprzęt mobilny. | | | TAK |  |
| 6 | Wózek anestezjologiczny z trzema blatami i szufladą | | | TAK |  |
| 7 | Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 610x360x17mm | | | TAK |  |
| 8 | Wymiary szuflady 665x385x155mm | | | TAK |  |
| 9 | Wymiary dwóch pozostałych blatów 610x360x17mm | | | TAK |  |
| 10 | Stelaż aluminiowo-stalowy lakierowany proszkowo na biało | | | TAK |  |
| 11 | Blat ze stali kwasoodpornej | | | TAK |  |
| 12 | Blat w formie wyjmowanej tacy | | | TAK |  |
| 13 | Wózek wyposażony w koła o średnicy 75 mm, w tym dwa z blokadą, | | | TAK |  |
| 14 | Jeden stelaż do worka na odpady z pokrywą | | | TAK |  |
| 15 | Uchwyt do worka na odpady stalowy lakierowany proszkowo, z pokrywą z tworzywa ABS | | | TAK |  |
| 16 | Jeden koszyk na akcesoria o wymiarach 290x96x90 mm | | | TAK |  |
| 17 | Szuflada, półka koszowa, koszyk na akcesoria stalowe lakierowane proszkowo | | | TAK |  |
| 18 | Uchwyt do prowadzenia wózka | | | TAK |  |
| 19 | Stelaż z kanałami montażowymi po wewnętrznej stronie, umożliwiający dowolną regulację wysokości półek. | | | TAK |  |
| 20 | Stelaż przystosowany do montażu wyposażenia dodatkowego wyłącznie za pomocą elementów złącznych. | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 21 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 22 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 23 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 25 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 26 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 27 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 28 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 20 – Wózek anestezjologiczny 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Polskie menu. | | | TAK |  |
| 4 | Wózek medyczny -anestezjologiczny. | | | TAK |  |
| 5 | Sprzęt mobilny. | | | TAK |  |
| 6 | Blat roboczy wykonany z tworzywa ABS. | | | TAK |  |
| 7 | Blat roboczy otoczony z trzech stron bandami. | | | TAK |  |
| 8 | Uchwyt do prowadzenia wózka. | | | TAK |  |
| 9 | Cztery szuflady o pełnym wysuwie. | | | TAK |  |
| 10 | Cztery koła śr. 12 5mm. | | | TAK |  |
| 11 | Dwa koła z blokadą. | | | TAK |  |
| 12 | Wymiary maksymalne wózka: 84 cm x 68 cm cx 100 cm. | | | TAK |  |
| 13 | Wymiary maksymalne blatu roboczego: 64 cm x 58 cm cx 80 cm. | | | TAK |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE** | | | | | |
| 14 | Stelaż z pokrywą do worka na odpady. | | | TAK |  |
| 15 | Zamek centralny | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 16 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 17 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 18 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 20 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 21 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 22 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 23 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 21 – Termometr medyczny 4 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Termometr bezdotykowy, elektroniczny, kontaktowy do mierzenia temperatury ciała oraz temperatury otoczenia, powierzchni. | | | TAK |  |
| 4 | Termometr z wyświetlaczem elektronicznym. | | | TAK |  |
| 5 | Termometr z funkcją automatycznego wyłączenia | | | TAK |  |
| 6 | Termometr z funkcją: trybu cichego | | | TAK |  |
| 7 | Możliwość zmiany koloru wyświetlacza w zależności od temperatury | | | TAK |  |
| 8 | Wyświetlanie temperatury w st. C i st. F | | | TAK |  |
| 9 | Kontrola dźwiękowa | | | TAK |  |
| 10 | Możliwość wyboru sygnału dźwiękowego po zakończeniu pomiaru | | | TAK |  |
| 11 | Pomiar od czoła w odległości 0-5 cm | | | TAK |  |
| 12 | Dokładności pomiaru +/- 2st.C | | | TAK |  |
| 13 | Czas pomiaru ok. 2 sek. +/-1sek. | | | TAK |  |
| 14 | Wymiary: do 21,5 x 17 x 8 cm | | | TAK |  |
| 15 | Waga : do 0,45kg | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 17 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 18 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 22 – Worki AMBU z wyposażeniem 4 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Worek samorozprężalny do resuscytacji krążeniowo- oddechowej dla dorosłych wielorazowy | | | TAK |  |
| 4 | Maska twarzowa w rozmiarach 3, 4, 5 | | | TAK |  |
| 5 | Temperatura sterylizacji w autoklawie od 120st.C | | | TAK |  |
| 6 | Objętość worka samorozprężalnego od 1600ml | | | TAK |  |
| 7 | Worek z zaworem bezpieczeństwa (zastawką ciśnieniową): od 40cm H2O | | | TAK |  |
| 8 | Rezerwuar tlenu wliczony w cenę | | | TAK |  |
| 9 | Worek samorozprężalny wykonany z silikonu | | | TAK |  |
| 10 | Worek wykonany z materiałów nie zawierających lateksu | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 12 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 13 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 23 – Kardiomonitor z Kapnometrią 2 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Kardiomonitor kompaktowy stacjonarno-przenośny | | | TAK |  |
| 4 | Kardiomonitor o wadze nie większej niż 3,5 kg z akumulatorem | | | TAK |  |
| 5 | Przeznaczony dla wszystkich kategorii wiekowych, wyposażony w odpowiednie algorytmy pomiarowe. Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do wybranej kategorii wiekowej pacjenta | | | TAK |  |
| 6 | Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do wybranej kategorii wiekowej pacjenta. | | | TAK |  |
| 7 | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt do przenoszenia przygotowany do łatwego montażu na podstawie jezdnej lub uchwycie ściennym | | | TAK |  |
| 8 | Zasilacz wbudowany w jednostkę główną. Mechaniczne zabezpieczenie przed przypadkowym wyciagnięciem kabla zasalającego. | | | TAK |  |
| 9 | Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD o przekątnej nie mniejszej niż 12”, rozdzielczości min. 800x600 pikseli z możliwością regulacji jasności ekranu w zakresie co najmniej 11 poziomów. | | | TAK |  |
| 10 | Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów -co najmniej 160 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta oraz zapis min. 1 krzywej fulldisclosure z ostatnich 48 godzin. | | | TAK |  |
| 11 | Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych- min. 200 z zapisem odcinków krzywych z ostatnich min. 16 sekund oraz innych parametrów cyfrowych z możliwością wydruku | | | TAK |  |
| 12 | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:   * EKG * HR * Respiracja * Saturacja * Nieinwazyjny pomiar ciśnienia * Temperatura (T1,T2,TD) | | | TAK |  |
| 13 | Oprogramowanie kardiomonitora w języku polskim | | | TAK |  |
| 1. **POMIAR EKG** | | | | | |
| 14 | Zakres HR min. 15-350 min. | | | TAK |  |
| 15 | Monitorowanie EKG z 3 lub 5 odprowadzeń | | | TAK |  |
| 16 | Ilość odprowadzeń automatycznie wykrywana po podłączeniu odpowiedniego przewodu EKG | | | TAK |  |
| 17 | Dokładność pomiaru HR nie gorsza niż +/- 1 bpm | | | TAK |  |
| 18 | Prędkości kreślenia min. 6,25mm/s, 12.5mm/s, 25mm/s, 50mm/s | | | TAK |  |
| 19 | Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej | | | TAK |  |
| 20 | Funkcja kaskady | | | TAK |  |
| 21 | Wzmocnienie przebiegu EKG: co najmniej x0,125 cm/mV; x0,25; cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2,0 cm/mV; 4,0 cm/mV; AUTO | | | TAK |  |
| 22 | Analiza odcinka ST w zakresie min. +/- 2,0 mV z prezentacją wszystkich odprowadzeń jednocześnie.  Możliwość ustawienia punktu referencyjnego do pomiaru ST. | | | TAK |  |
| 23 | Tryb pracy: Diagnoza, Monitorowanie, Operacja, ST | | | TAK |  |
| 24 | Analiza zaburzeń rytmu z rozpoznawaniem min.20 zaburzeń | | | TAK |  |
| 1. **POMIAR RESPIRACJI** | | | | | |
| 25 | Sposób wyświetlania- w postaci krzywej dynamicznej oraz wartości cyfrowej | | | TAK |  |
| 26 | Pomiar impedancyjny częstości oddechów w zakresie min.0-150 odd./min. | | | TAK |  |
| 27 | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 2 oddechy | | | TAK |  |
| 28 | Możliwość wyboru z pozycji kardiomonitora odprowadzenia użytego do pomiaru oddechu w celu dopasowania do różnych sposobów oddychania. | | | TAK/NIE |  |
| 29 | Szybkość przesuwu krzywej respiracji co najmniej:6,25mm/s, 12.5mm/s, 25mm/s, | | | TAK |  |
| 30 | Wzmocnienie przebiegu respiracji: co najmniej x0,25; cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2,0 cm/mV; 4,0 cm/mV; | | | TAK |  |
| 31 | Alarmy bezdechu regulowany w zakresie min.10-60 sekund | | | TAK |  |
| 1. **POMIAR SATURACJI (SpO2)** | | | | | |
| 32 | Wyświetlanie wartości cyfrowej saturacji i tętna, krzywej pletyzmograficznej oraz liczbowego wskaźnika perfuzji (PI) | | | TAK |  |
| 33 | Zakres pomiarowy saturacji 0-100% | | | TAK |  |
| 34 | Zakres pomiarowy pulsu co najmniej 20-250 bpm | | | TAK |  |
| 35 | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70-100% nie gorsza niż +/- 3 % | | | TAK |  |
| 36 | Niezależna funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywołania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik z możliwością programowego włączenia i wyłączenia | | | TAK |  |
| 37 | Możliwość wyboru trybu pomiaru SpO2(wysoki, średni, niski) | | | TAK |  |
| 38 | Funkcja sygnalizacji dźwiękowej zmian SpO2 | | | TAK |  |
| 39 | Wskaźnik identyfikujący sygnał i informujący o jego jakości podczas ruchu lub przy niskiej perfuzji. Wyświetlany na krzywej pletyzmograficznej | | | TAK |  |
| 1. **POMIAR CIŚNIENIA KRWI METODĄ NIBP** | | | | | |
| 40 | Oscylometryczna metoda pomiaru. Wyświetlanie wartości liczbowej ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego | | | TAK |  |
| 41 | Zakres pomiaru ciśnienia co najmniej 10-270 mmHg | | | TAK |  |
| 42 | Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP min. 40-240 bpm | | | TAK |  |
| 43 | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 5 mmHg | | | TAK |  |
| 44 | Tryby pomiaru: ręczny, auto, ciągły(powtarzające się pomiary w okresie co najmniej 4 min) | | | TAK |  |
| 45 | Zakres programowania interwałów w trybie Auto co najmniej 1-720 minut | | | TAK |  |
| 46 | Funkcja napełnienia mankietu do wenopunkcji (tzw. staza). | | | TAK |  |
| 47 | Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | | | TAK |  |
| 48 | Kardiomonitor wyposażony w niezależną od pamięci trendów, pamięć ostatnich min. 2000 wyników pomiarów NIBP | | | TAK |  |
| 49 | Monitorowanie dynamicznego ciśnienia krwi z ostatnich min. 24 godzin. Monitorowanie co najmniej wartości ciśnienia średniego, średniego za dnia, średniego w nocy, maksymalnego oraz minimalnego. | | | TAK |  |
| 1. **POMIARY TEMPERATURY** | | | | | |
| 50 | Zakres pomiarowy min.0-500C | | | TAK |  |
| 51 | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 0,10C | | | TAK |  |
| 52 | Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości -2 temperatury ciała i temperatury różnicowej z możliwością regulacji granic alarmowych dla każdego z parametrów | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE PARAMETRY** | | | | | |
| 53 | Gniazdo wyjścia sygnału EKG do synchronizacji defibrylatora | | | TAK |  |
| 54 | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła przycisków | | | TAK |  |
| 55 | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów | | | TAK |  |
| 56 | Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów | | | TAK |  |
| 57 | Możliwość min. 5 stopniowego zawieszania alarmów: 1min., 2min.,3 min., 10 min.,15 min | | | TAK |  |
| 58 | Możliwość ustawienia granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów w zakresie min. 2 poziomów ważności.  Granice alarmowe ustawiane w jednym wspólnym menu dla wszystkich parametrów | | | TAK |  |
| 59 | Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 8 poziomów | | | TAK |  |
| 60 | Ręczne i automatyczne ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta | | | TAK |  |
| 61 | Wbudowany system zarządzania danymi pacjenta umożliwiający zapis oraz eksport danych min. 15 monitorowanych pacjentów. Funkcja szybkiego przyjęcia oraz wypisania pacjenta | | | TAK |  |
| 62 | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych pacjenta: nazwisko, płeć, nr identyfikacyjny, waga, wzrost, grupa krwi | | | TAK |  |
| 63 | Możliwość programowej dezaktywacji poszczególnych modułów pomiarowych | | | TAK |  |
| 64 | Oprogramowanie do obliczania leków, kalkulator hemodynamiczny, wentylacyjny, utlenowania, nerkowy | | | TAK |  |
| 65 | Kalkulator leków z tabelami miareczkowania, ułatwiającymi przeliczanie dawek powiązanych z masą ciała pacjenta na szybkość podawania leku w ml/godzi. Kalkulator powinien mieć wpisane podstawowe leki oraz umożliwiać skonfigurowanie co najmniej 5 własnych leków | | | TAK |  |
| 66 | Zasilanie kardiomonitora z sieci 230V i akumulatora | | | TAK |  |
| 67 | Czas pracy kardiomonitora zasilanego z akumulatora nie krótszy niż 2 godziny | | | TAK |  |
| 68 | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora | | | TAK |  |
| 69 | Wyświetlanie - co najmniej 6 przebiegów z możliwością edycji kolorów parametrów, ustawienia dowolnej kolejności ich wyświetlania. Bez użycia funkcji 7xEKG oraz 12xEKG | | | TAK |  |
| 70 | Dostępne tryby pracy:   * tryb dużych znaków * tryb trendów do wyboru z ostatnich min.: 0,5; 1; 2, 4 lub 8 godzin * tryb oxyCRG * tryb listy * 7-EKG * 7-EKG oraz dodatkowych krzywych * tryb podglądu danych z innych lóżek(bez stacji centralnego nadzoru) | | | TAK |  |
| 71 | Funkcja informowania o alarmach pojawiających się na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | | | TAK |  |
| 72 | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | | | TAK |  |
| 73 | Tryb nocny umożliwiający zaprogramowanie jasności ekranu, głośności alarmu, głośności QRS, głośności przycisków | | | TAK |  |
| 74 | Kardiomonitor wyposażony w tryb czuwania mający na celu ograniczenie energii. Wyłączenie trybu stand-by umożliwia dokonanie wyboru w zakresie kontynuacji monitorowania tego samego pacjenta lub przyjęcia nowego | | | TAK |  |
| 75 | Monitor przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet (złącze RJ-45) | | | TAK |  |
| 76 | Możliwość rozbudowy o bezprzewodową komunikację ze stanowiskiem centralnego monitorowania-certyfikowana przez producenta obsługa poprzez oprogramowanie kardiomonitora | | | TAK |  |
| 77 | Kardiomonitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera niepełniącego jednocześnie funkcji centrali | | | TAK |  |
| 78 | Monitor wyposażony w min. 1 port USB do podłączenia klawiatury lub myszki; | | | TAK |  |
| 79 | Proste aktualizacja oprogramowania poprzez gniazdo USB. Możliwość przenoszenia profilu użytkownika(konfiguracja ekranu, alarmów, jasności itp.) do innego kardiomonitora przy pomocy nośnika pendrive. | | | TAK |  |
| 80 | Konstrukcja zapobiegająca wchłanianiu kurzu i rozprzestrzenianiu się infekcji - chłodzenie kardiomonitora konwekcyjne, bez wbudowanych wiatraków / wentylatorów. | | | TAK |  |
| 81 | Kardiomonitor zabezpieczony przed zalaniem wodą-stopień ochrony co najmniej IPX1 | | | TAK |  |
| 82 | Monitor przygotowany do pomiaru etCO2 (bez konieczności wysyłki do serwisu) – wbudowany zarezerwowany port etCO2 | | | TAK |  |
| 83 | Możliwości podłączenia zewnętrznej drukarki i wydruku danych w formacie A4 | | | TAK |  |
| 84 | Monitor przystosowany do ciągłej pracy w zakresie temperatur co najmniej 5-40oC. | | | TAK |  |
| 85 | **INWAZYJNY POMIAR CIŚNIENIA** - zakres pomiarowy min. –50~+300 mmHg - dwa kanały pomiarowe  - Zaprogramowane zakresy pomiarowe z etykietami dla ciśnień min. ART, PA, CVP, RAP, LAP, ICP,LV oraz min.3 własne zakresy  - Min. 2 prędkości kreślenia krzywej  - Pomiar wartości PPV oraz SPV. Wyświetlanie na ekranie głównym min. jednego z podanych parametrów w postaci liczbowej. | | | TAK |  |
| 86 | **KAPNOMETRIA – pomiar w strumieniu bocznym lub głównym**  - zakres pomiarowy min.0-150 mmHg  - możliwość pomiaru u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych  - rozdzielczość max. 1 mmHg.  - zakres pomiarowy awRRmin.0-150 odd./min. | | | TAK |  |
| 87 | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych. | | | TAK |  |
| 88 | Mankiety w rozmiarach:  Dla dorosłych -mały – 20-26 cm  Dla dorosłych – 25-34 cm  Dla dorosłych duży – 32-43 cm | | | TAK |  |
| **H.** | POZOSTAŁE WYMAGANIA | | |  |  |
| 89 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 90 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 91 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 92 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 93 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 94 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 95 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 96 | Oprogramowanie kardiomonitora w języku polskim | | | TAK |  |
| 97 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 99 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 100 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 24– Respirator 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Respirator przenośno-stacjonarny. | | | TAK |  |
| 4 | Przeznaczony do wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej. | | | TAK |  |
| 5 | Kolorowy wyświetlacz. | | | TAK |  |
| 6 | Polskie menu. | | | TAK |  |
| 7 | Prowadzenie terapii z dwoma typami obwodów (z przeciekiem oraz bez przecieku). | | | TAK |  |
| 8 | Zapewnienie wsparcia oddechowego 24 godziny na dobę. | | | TAK |  |
| 9 | Dodatkowa bateria zewnętrzna (zapewniająca pracę urządzenia 6-8 godzin). | | | TAK |  |
| 10 | Sprzęt mobilny. | | | TAK |  |
| 11 | Wymiary maksymalne: 17 cm x 29 cm cx 24 cm. | | | TAK |  |
| 12 | Waga: maksymalnie 6 kg. | | | TAK |  |
| 13 | Tryb pracy: ciągły. | | | TAK |  |
| 14 | Napięcie: 100-240 V, prąd zmienny, 50 – 60 Hz. | | | TAK |  |
| 1. **WENTYLACJA W TRYBIE KONTROLI CIŚNIENIA** | | | | | |
| 15 | Stałe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych (CPAP). | | | TAK |  |
| 16 | Wentylacja spontaniczna (S). | | | TAK |  |
| 17 | Wentylacja spontaniczna synchronizowana (S/T). | | | TAK |  |
| 18 | Wentylacja synchronizowana (T). | | | TAK |  |
| 19 | Wentylacja w trybie kontroli ciśnienia (PC). | | | TAK |  |
| 20 | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (PC-SIMV). | | | TAK |  |
| 1. **WENTYLACJA W TRYBIE KONTROLI OBJĘTOŚCI** | | | | | |
| 21 | Wentylacja wspomagana kontrolowana (AC). | | | TAK |  |
| 22 | Wentylacja kontrolowana (CV). | | | TAK |  |
| 23 | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV). | | | TAK |  |
| 1. **DOKŁADNOŚĆ KONTROLI** | | | | | |
| 24 | IPAP: 4 – 50 cm H2O | | | TAK |  |
| 25 | EPAP (obwody aktywne): 0 – 25 cm H2O | | | TAK |  |
| 26 | EPAP (obwody pasywne): 4 – 25 cm H2O | | | TAK |  |
| 27 | CPAP: 4 - 20 cm H2O | | | TAK |  |
| 28 | PEEP (obwody aktywne): 4 – 25 cm H2O | | | TAK |  |
| 29 | PEEP (obwody pasywne):4 – 25 cm H2O | | | TAK |  |
| 30 | Ciśnienie: 4 – 50 cm H2O | | | TAK |  |
| 31 | Wspomaganie ciśnieniowe: 0 – 40 cm H2O | | | TAK |  |
| 32 | Objętość oddechu: 50 – 2000 ml | | | TAK |  |
| 33 | Częstość oddychania: 1 – 60 BPM | | | TAK |  |
| 34 | Częstość oddychania (tryb AC): 0 – 60 BPM | | | TAK |  |
| 35 | Czas wdechu: 0,3 – 5 sekund | | | TAK |  |
| 36 | Czas narastania: 0,1 – 0,6 sekund | | | TAK |  |
| 1. **MIERZONE PARAMETRY** | | | | | |
| 37 | Vte/Vti: 0 – 2000 ml | | | TAK |  |
| 38 | Wentylacja minutowa: 0 – 99 l/min | | | TAK |  |
| 39 | Częstotliwość oddychania: 0 – 80 BPM | | | TAK |  |
| 40 | Szczytowy przepływ wydechowy: 0 – 200 l/min | | | TAK |  |
| 41 | Oszacowana szybkość wydostawania się powietrza przez nieszczelność: 0 – 200 l/min | | | TAK |  |
| 42 | Szczytowe ciśnienie wdechowe: 0 – 99 cm H2O | | | TAK |  |
| 43 | Średnie ciśnienie w drogach oddechowych: 0 – 99 cm H2O | | | TAK |  |
| 44 | Procent oddechów wyzwalanych przez pacjenta: 0 – 100 % | | | TAK |  |
| 45 | Stosunek wdechu do wydechu: 9,1 – 1:1 – 9,9 | | | TAK |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE** | | | | | |
| 46 | Torba transportowa w zestawie. | | | TAK |  |
| 47 | Karta SD o pojemności 1GB | | | TAK |  |
| 48 | Oprogramowanie analizujące zebrane dane o wentylacji pacjenta. | | | TAK |  |
| 49 | Możliwość eksportowania danych dotyczących wentylacji do formatu .xls. | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 50 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 51 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 52 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 53 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 54 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 55 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 56 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 57 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 58 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 59 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 25– Aparat do znieczulenia 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Aparat do znieczulenia ogólnego jezdny | | | TAK |  |
| 4 | Zasilanie dostosowane do 230 V 50 Hz,  wbudowane fabrycznie gniazda elektryczne 230 V (minimum 3 gniazda | | | TAK |  |
| 5 | Wyposażony w blat do pisania. | | | TAK |  |
| 6 | Minimum dwie szuflady na akcesoria. | | | TAK |  |
| 7 | Kółka jezdne z hamulcem minimum dwóch kół | | | TAK |  |
| 8 | Zasilanie gazowe (N20,02, powietrze) z sieci centralnej. | | | TAK |  |
| 9 | Awaryjne zasilanie gazowego z 10 L butli (02 i N20) | | | TAK |  |
| 10 | Precyzyjne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza. | | | TAK |  |
| 11 | Wyświetlanie przepływów gazów na ekranie wentylatora aparatu. | | | TAK |  |
| 12 | Przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi przepływami | | | TAK |  |
| 13 | Wbudowany przepływomierz tlenowy niezależny od układu okrężnego do stosowania podczas znieczuleń przewodowych z regulowanym przepływem 02 minimum do 101/min. | | | TAK |  |
| 14 | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie z podtlenkiem azotu na poziomie min. 25%. | | | TAK |  |
| 15 | Automatyczne odcięcie podtlenku azotu przy braku zasilania w tlen. | | | TAK |  |
| 16 | Wbudowane oświetlenie blatu typu LED z regulacją natężenia światła | | | TAK |  |
| 17 | Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności | | | TAK |  |
| 18 | Układ oddechowy o prostej budowie, łatwy do wymiany i sterylizacji. | | | TAK |  |
| 19 | Układ oddechowy pozbawiony lateksu | | | TAK |  |
| 20 | Układ oddechowy o całkowitej pojemności nie większej niż 3,5 L. wraz z pojemnikiem absorbera C02 i bypassem C02 | | | TAK |  |
| 21 | Przystosowany do prowadzenia znieczulenia w systemach półotwartym i półzamkniętym | | | TAK |  |
| 22 | Obejście tlenowe o dużej wydajności min.251 /min. | | | TAK |  |
| 23 | Wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max. 1,5 1. | | | TAK |  |
| 24 | Możliwość stosowania zamiennego pochłaniaczy wielorazowych i jednorazowych podczas znieczulenia bez rozszczelnienia układu i stosowania narzędzi | | | TAK |  |
| 25 | Eliminacja gazów poanestetycznych poza salę operacyjną | | | TAK |  |
|  | **Respirator anestetyczny:** | | |  |  |
|  | **Tryb wentylacji:** | | |  |  |
| 26 | Możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej natychmiast po przełączeniu z wentylacji mechanicznej przy pomocy dźwigni | | | TAK |  |
| 27 | Tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny | | | TAK |  |
| 28 | Tryb wentylacji objętościowo zmienny | | | TAK |  |
| 29 | Tryb wentylacji SIMV | | | TAK |  |
| 30 | Zakres PEEP min. od 4 do 25 cm H2O | | | TAK |  |
|  | **Regulacje:** | | |  |  |
| 31 | Regulacja stosunku wdechu do wydechu - minimum 2:1 do 1:4 | | | TAK |  |
| 32 | Regulacja częstości oddechu minimum od 4 do 1O0 /min. wentylacja objętościowa i ciśnieniowa | | | TAK |  |
| 33 | Zakres objętości oddechowej minimum od 20 do 1500 ml - wentylacja objętościowa | | | TAK |  |
| 34 | Zakres objętości oddechowej minimum od 5 do 1500 ml - wentylacja ciśnieniowa | | | TAK |  |
| 35 | Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum: od 5 do 60 cm H2O | | | TAK |  |
| 36 | Regulowana pauza wdechowa w zakresie minimum 5-60 % | | | TAK |  |
|  | **Pomiar 1 obrazowanie:** | | |  |  |
| 37 | Stężenie tlenu w gazach oddechowych | | | TAK |  |
| 38 | Pomiar objętości oddechowej TV | | | TAK |  |
| 39 | Pomiar pojemności minutowej MV | | | TAK |  |
| 40 | Pomiar częstości oddechowej | | | TAK |  |
| 41 | Pomiar ciśnienia szczytowego | | | TAK |  |
| 42 | Pomiar ciśnienia średniego | | | TAK |  |
| 43 | Ciśnienia PEEP | | | TAK |  |
| 44 | Częstość oddychania | | | TAK |  |
| 45 | Pomiar stężenia wdechowego i wydechowego tlenu w gazach oddechowych w aparacie do znieczulania metoda paramagnetyczna | | | TAK |  |
| 46 | Pomiar stężenia gazów i środków anestetycznych dla mieszaniny wdechowej i wydechowej dla: podtlenku azotu, sevofluranu, desfluranu, izofluranu w aparacie do znieczulania | | | TAK |  |
| 47 | Automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego i pomiar MAC w aparacie do znieczulania | | | TAK |  |
|  | **Alarmy:** | | |  |  |
| 4849 | Alarm niskiej pojemności minutowej MV i objętości oddechowej TV z regulowanymi progami  (górnym i dolnym).  Możliwość czasowego zawieszenia alarmu TV np. podczas indukcji znieczulenia | | | TAK |  |
| 50 | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego | | | TAK |  |
| 51 | Alarm braku zasilania w energię elektryczną | | | TAK |  |
| 52 | Alarm braku zasilania w gazy | | | TAK |  |
| 53 | Alarm Apnea | | | TAK |  |
|  | **Prezentacja graficzna :** | | |  |  |
| 54 | Ekran kolorowy do prezentacji parametrów wentylacji i krzywych o przekątnej minimum 15".  Rozdzielczość minimum 1024x768 pikseli.  Ekran umieszczony na wysięgniku | | | TAK |  |
| 55 | Możliwość konfigurowania minimum trzech stron ekranu wentylatora | | | TAK |  |
| 56 | Prezentacja prężności dwutlenku węgla - CO2 w strumieniu wdechowym i wydechowym w aparacie do znieczulenia wraz z krzywą | | | TAK |  |
| 57 | Obrazowanie krzywej koncentracji anestetyku wziewnego w aparacie do znieczulenia na wdechu i wydechu | | | TAK |  |
| 58 | Obrazowanie krzywej ciśnienia w drogach oddechowych w aparacie do znieczulenia | | | TAK |  |
| 59 | Obrazowanie krzywej przepływu w drogach oddechowych w aparacie do znieczulenia | | | TAK |  |
|  | **Parownik:** | | |  |  |
| 60 | Możliwość podłączenia parowników do sevofluranu i desfluranu. Uchwyt do dwóch parowników mocowanych jednocześnie. | | | TAK |  |
| 61 | Na wyposażeniu parownik do sevofluranu z szczelnym wlewem | | | TAK |  |
| 62 | Wbudowany ssak injectorowy do podłączenia do pojemników 1,01 z wymiennymi wkładami | | | TAK |  |
|  | **Monitor pacjenta do aparatu do znieczulenia:** | | |  |  |
| 63 | Ekran kolorowy dotykowy, typu TFT aktywna matryca, rozdzielczość min.1024 x 768 pikseli | | | TAK |  |
| 64 | Przekątna ekranu min. 12"  Możliwość rozbudowy o podłączenie niezależnego ekranu powielającego o przekątnej minimum 19" z niezależnym sterowaniem dotykowym | | | TAK |  |
| 65 | Minimum 6 wyświetlanych jednoczasowo na ekranie krzywych dynamicznych Do wyboru przez użytkownika, co najmniej:   * odprowadzenia EKG * krzywa oddechowa, * krzywa pletyzmograficzna, * krzywa ciśnienia tętniczego. | | | TAK |  |
| 66 | Zasilanie elektryczne dostosowane do 230 V, 50Hz | | | TAK |  |
| 67 | Awaryjne zasilanie elektryczne monitora z wbudowanego akumulatora na min. 90 minut w warunkach standardowych. | | | TAK |  |
| 68 | Możliwość rozbudowania o drugi akumulator, ze wskaźnikiem | | | TAK |  |
| 69 | Dowolne konfigurowanie kolejności wyświetlanych krzywych i innych parametrów na ekranie monitora | | | TAK |  |
| 70 | Możliwość zaprogramowania przez personel min. 30 różnych konfiguracji monitora (ustawiania ekranu i granic alarmowych). | | | TAK |  |
| 71 | Sterowanie poprzez przyciski i ekran dotykowy. Możliwość podłączenia klawiatury i myszki pod port USB oraz skanera kodów kreskowych | | | TAK |  |
| 72 | Pamięć trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 24 h. Możliwość rozbudowy o trendy z 72h. | | | TAK |  |
| 71 | Alarmy min. 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) wszystkich mierzonych parametrów z klasyfikacją priorytetu alarmu.  Możliwość automatycznego dostosowania progów alarmowych | | | TAK |  |
| 72 | Rejestracja zdarzeń alarmowych. | | | TAK |  |
| 73 | Możliwość czasowego zawieszenia alarmu dźwiękowego. | | | TAK |  |
| 74 | Alarmy techniczne z podaniem przyczyny. | | | TAK |  |
|  | **Pomiar saturacji i tętna:** | | |  |  |
| 75 | Zakres pomiaru saturacji SpO21-100% z prezentacją krzywej pletyzmograficznej z eliminacją artefaktów i zapewniający poprawne pomiary przy słabym lub zakłóconym sygnale | | | TAK |  |
| 76 | Czujnik wielorazowy do pomiaru dla dorosłych i dzieci na palec, łatwy do czyszczenia. | | | TAK |  |
|  | **Pomiar temperatur:** | | |  |  |
| 77 | Pomiar temperatury obwodowej - powierzchniowej w zestawie kabel do połączenia czujnika | | | TAK |  |
| 78 | Możliwość pomiaru minimum dwóch temperatur, wyświetlanie temperatury Tl, T2 i ich różnicy T2-T1 równocześnie | | | TAK |  |
|  | **Pomiar EKG.** | | |  |  |
| 79 | W zestawie odpowiednie kable połączeniowe i pomiarowe dla dorosłych i dzieci | | | TAK |  |
| 80 | Ciągła rejestracja i możliwość równoczesnej prezentacji 6 (1, II, III, aVL, aVF, Vx) odprowadzeń EKG | | | TAK |  |
| 81 | Pomiar częstości serca minimalny zakres 20-300/min. | | | TAK |  |
| 82 | Ciągła analiza położenia odcinka ST z możliwością ustawienia alarmów i wyświetlania trendów | | | TAK |  |
| 83 | Podstawowa analiza arytmii pracy serca  Możliwość rozbudowy o zaawansowaną analizę arytmii. | | | TAK |  |
| 84 | Detekcja sygnału stymulatora serca | | | TAK |  |
| 85 | Respiracja impedancyjna (prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie) w zakresie min. 5-100 odd/min | | | TAK |  |
|  | **Pomiar ciśnienia:** | | |  |  |
| 86 | Ciśnienie tętnicze krwi metodą nieinwazyjną | | | TAK |  |
| 87 | Pomiar wyzwalany ręcznie, automatycznie w wybranych odstępach czasowych, ciągłe pomiary przez określony czas, czas repetycji pomiarów automatycznych min. 1 - 240 min. | | | TAK |  |
| 88 | Komplet wielorazowych mankietów bez lateksu dla dorosłych wraz z kablem połączeniowym z szybkozłączką umożliwiającą szybką i zapewniającą szczelność wymianę mankietu - (3 różne rozmiary mankietów: duży, średni, mały) | | | TAK |  |
| 89 | Pomiar ciśnienia krwi metodą bezpośrednią (krwawą) min. 2 kanały: tętnicze i OCŻ, Pomiar ciśnień inwazyjnych w zakresie min. - 25 do 320 mmHg | | | TAK |  |
| 90 | Pomiar stresu operacyjnego wyrażonego jako monitorowanie odpowiedzi pacjentów na bodźce chirurgiczne i leki przeciwbólowe w warunkach znieczulenia ogólnego – pomiar z czujnika saturacji bez dodatkowych elementów zużywalnych lub pomiar bólu opartego na technologii ANI przy pomocy zewnętrznego urządzenia | | | TAK |  |
| 91 | Pomiar zwiotczenia mięśniowego z modułu pomiarowego sterowanego z monitora funkcji życiowych, w komplecie wielorazowy mechanosensor dla dorosłych. Wizualizacja czasu od ostatniego pomiaru TOF na ekranie monitora | | | TAK |  |
| 92 | Możliwość rozbudowy o pomiar głębokości znieczulenia metodą BIS lub Entropii | | | TAK |  |
| 93 | Możliwość pracy w sieci centralnego monitorowania. Możliwość podglądu ekranu innego monitora tego samego typu pracującego w sieci bez konieczności używania dedykowanych serwerów czy centrali. | | | TAK |  |
| 94 | Aparat i monitor zgodne z dyrektywą RoHS | | | TAK |  |
| 95 | Ze względów serwisowych jak i przyszłej rozbudowy - monitor funkcji życiowych, moduły pomiarowe oraz aparat do znieczulenia ogólnego jednego producenta | | | TAK |  |
| 96 | Polskojęzyczne oprogramowanie aparatu, monitora i modułów | | | TAK |  |
| 97 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana wraz z urządzeniem. | | | TAK |  |
| 98 | Urządzenie zostaje przekazane zamawiającemu gotowe do pracy tzn. po wykonaniu wszystkich procedur montażowych/walidacyjnych/legalizacyjnych/kalibracyjnych wymaganych przepisami prawa dla tego typu urządzenia. Na potwierdzenie wykonania ww działań zamawiający otrzyma stosowne w tego typu sytuacji dokumenty. | | | TAK |  |
| 99 | Zasilanie 230V 50 Hz, wtyczka E. | | | TAK |  |
|  | **Gwarancja** (dotycząca wszystkich elementów) min. 24 miesiące | | |  |  |
| 101 | Przełączanie jednostopniowe wentylacji ręcznej na mechaniczną i wentylacji mechanicznej na ręczną przy pomocy dźwigni/przełącznika mechanicznego . | | | TAK |  |
| 102 | Ekran kolorowy do prezentacji parametrów wentylacji i krzywych umieszczony na ruchomym wysięgniku z regulacją przesuwu w poziomie i kąta pochylenia. | | | TAK |  |
| 103 | Agorytm pomiarowy NIBP wykorzystuje dwutubowy systemem wężyków i mankietów, skokową deflację, odporny na zakłócenia, artefakty i niemiarową akcję serca, skraca czas pomiarów przez wstępne pompowanie mankietu do wartości bezpośrednio powyżej ostatnio zmierzonej wartości ciśnienia skurczowego. Do każdego monitora min. 5 mankietów, stożkowych, na przedramię dla pacjentów bariatrycznych | | | TAK |  |
| 104 | Możliwość rozbudowy o pomiar metabolizmu z modułu pomiarowego sterowanego z monitora funkcji życiowych | | | TAK |  |
| 105 | Możliwość rozbudowy o pomiar głębokości uśpienia zawierający dwa komponenty: korowe EEG i FEMG z mięśni twarzy, (SE, RE, BSR ). Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego systemu monitorowania | | | TAK |  |
| 106 | Możliwość pomiaru zwiotczenia mięśniowego z użyciem metody elektromiografii EMG | | | Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 107 | Tryb wentylacji PSVPro oraz PCV-VG | | | Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 108 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | | | TAK |  |
| 109 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 110 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | | | TAK |  |
| 111 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | | | TAK |  |
| 112 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | | | TAK |  |
| 113 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN. | | | TAK |  |
| 114 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia. | | | TAK |  |
| 115 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | | | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 116 | Okres gwarancji | |  | < 24 miesięcy – 0 pkt  ≥ 24 miesięcy – 20 pkt |  |
| 116 | Zagwarantowanie serwisu przez Wykonawcę w promieniu 200 km od siedziby Zamawiającego (ul. Szpitalna 2, Koszalin) | |  | Tak – 20 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)