|  |
| --- |
| **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 w przedziale min. +2°C do +8°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 max: 2000 x 600 x 700 | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA**
 |
| 15 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | TAK |  |
| 16 | Wszystkie wymieniane materiały zużywalne w okresie gwarancji fabrycznie nowe. | 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 |  |
| **B** | **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 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 23 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 24 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia.  | TAK |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 25 | 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 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 min. 4,0mm | TAK |  |
| 9 | Maksymalna objętość 50ml | TAK |  |
| 10 | Waga do 3,5 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 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | 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 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 / -25°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 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 31 | 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** |  |
| 32 | 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 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™-F100 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 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 11 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 12 | 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** |  |
| 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 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. Zawory w kolorze odmiennym od zaworu CPR. | TAK |  |
| 11 | Funkcja rotacji pracująca w trybie zmiennociśnieniowym | TAK |  |
| 12 | Materac zbudowany z 20-22 komór: min 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 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 44 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 45 | 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** |  |
| 46 | 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 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: min. 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 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 48 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 49 | 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** |  |
| 50 | 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 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 370x270x140mm | 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 HzCMRR>=105dB. | TAK, podać |  |
| 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. 7’’ TFT o wysokiej rozdzielczości min 800x480 pikseli |  |  |
| 12 | Obsługa za pomocą ekranu dotykowego.  | TAK |  |
| 13 | Wybór 2 rozmiarów składanego papieru termoczułego np.: 210 mm X 140 mm -144P lub 210mm x 295 mm--100P  | TAK, podać |  |
| 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]. Wsparcie dla pełnego raportu analizy badania.  | TAK, podać |  |
| 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 300 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 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | TAK |  |
| 27 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 28 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 29 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia.  | TAK |  |
| 30 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 31 | 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 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 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | TAK |  |
| 23 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 24 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 25 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia.  | TAK |  |
| 26 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 27 | 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 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 2-360J | TAK |  |
| 5 | Funkcja śledzenia i możliwość teletransmisji badania 12-odprowadzeniowego EKG | TAK |  |
| 6 | Monitorowanie do 6 godzin | TAK |  |
| 7 | Przeprowadzanie defibrylacji w trybie ręcznym | TAK |  |
| 8 | Możliwość dostępu do zachowanych informacji na temat pacjentów | TAK |  |
| 9 | Cyfrowy wyświetlacz częstotliwości akcji serca 20-300 uderzeń na minutę | TAK |  |
| 10 | Całkowita pojemność ciągłego zapisu EKG 360 minut | TAK |  |
| 11 | Zakres wyświetlacza stężenia SpCO: 0 do 40% | TAK |  |
| 12 | Dokładność saturacji 70-100% ,SpO2: ± 3 cyfry | TAK |  |
| 13 | Zakres Saturacji SpMet: 0 do 15,0% | TAK |  |
| 14 | Zakres pomiaru tętna: 30 do 240 uderzeń na minutę | TAK |  |
| 15 | Dokładność pomiaru tętna: ± 2 uderzenia na minutę lub ± 2%, wartość wyższa | TAK |  |
| 16 | Dokładność pomiaru respiracji: 0 do 70 oddechów na minutę: ± 1 oddech na minutę 71 do 99 oddechów na minutę: ± 2 oddechy na minutę | TAK |  |
| 17 | Alarm bezdechu po upływie 30 sekund od ostatniego wykrytego oddechu | TAK |  |
| 18 | Alarm zakresu częstości akcji serca | TAK |  |
| 19 | 12-odprowadzeniowy Algorytm Interpretacyjny | TAK |  |
| 20 | Czas ładowania do 360 J poniżej 10 s. | TAK |  |
| 21 | Symulator - Tempo stymulacji: 40-170 stymulacji na minutę | TAK |  |
| 22 | Okres refrakcji: 180 do 280 ms ± 3% (funkcja wartości) | TAK |  |
| 23 | Typ baterii: Litowo-jonowa | TAK |  |
| 24 | Czas ładowania baterii (przy całkowicie rozładowanej baterii) do 4,5 h  | TAK |  |
| 25 | Wskaźnik wymiany baterii, sygnał akustyczny i komunikat wymiany baterii w obszarze statusu każdej baterii | TAK  |  |
| 26 | Waga do 10kg | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA**
 |
| 27 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | TAK |  |
| 28 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | TAK |  |
| 29 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | TAK |  |
| 30 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 31 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 32 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia.  | TAK |  |
| 33 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 34 | 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 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 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | TAK |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 21 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 22 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia.  | TAK |  |
| 23 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 24 | 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 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 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | 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 |  |
| \* 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 4 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 min 10 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. 100 z zapisem odcinków krzywych z ostatnich min. 14 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 bpm | 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 +/- 5 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, podać |  |
| 22 | Analiza odcinka ST w zakresie min. +/- 0,9 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.16 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 +/- 5 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,  | 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, podać |  |
| 31 | Alarmy bezdechu regulowany w zakresie min.10-40 sekund | TAK |  |
| 1. **POMIAR SATURACJI (SpO2)**
 |
| 32 | Wyświetlanie wartości cyfrowej saturacji i tętną, krzywej pletyzmograficznej oraz liczbowego wskaźnika perfuzji (PI) lub wskaźnik siły sygnału | TAK |  |
| 33 | Zakres pomiarowy saturacji 1-100% | TAK |  |
| 34 | Zakres pomiarowy pulsu co najmniej 20-250 bpm | TAK, podać |  |
| 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/NIE |  |
| 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 1-480 minut | TAK |  |
| 46 | Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | TAK |  |
| 47 | Kardiomonitor wyposażony w niezależną od pamięci trendów, pamięć ostatnich min. 1000 wyników pomiarów NIBP | TAK |  |
| 48 | 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**
 |
| 49 | Zakres pomiarowy min.0-500C | TAK |  |
| 50 | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 0,10C | TAK |  |
| 51 | 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**
 |
| 52 | Gniazdo wyjścia sygnału EKG do synchronizacji defibrylatora | TAK |  |
| 53 | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła przycisków  | TAK |  |
| 54 | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów  | TAK |  |
| 55 | Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów  | TAK |  |
| 56 | Możliwość min. 3 stopniowego zawieszania alarmów: 1min., 2min.,3 min. | TAK |  |
| 57 | Możliwość ustawienia granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów w zakresie min. 2 poziomów ważności.Granice alarmowe ustawiane w jednym wspólnym menu dla wszystkich parametrów | TAK |  |
| 58 | Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 5 poziomów | TAK |  |
| 59 | Ręczne i automatyczne ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta | TAK |  |
| 60 | Wbudowany system zarządzania danymi pacjenta umożliwiający zapis oraz eksport danych min. 15 monitorowanych pacjentów. Funkcja szybkiego przyjęcia oraz wypisania pacjenta | TAK |  |
| 61 | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych pacjenta: nazwisko, płeć, nr identyfikacyjny, waga, wzrost | TAK |  |
| 62 | Możliwość programowej dezaktywacji poszczególnych modułów pomiarowych | TAK |  |
| 63 | Oprogramowanie do obliczania leków, kalkulator hemodynamiczny, wentylacyjny, utlenowania, nerkowy | TAK |  |
| 64 | 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 |  |
| 65 | Zasilanie kardiomonitora z sieci 230V i akumulatora | TAK |  |
| 66 | Czas pracy kardiomonitora zasilanego z akumulatora nie krótszy niż 2 godziny | TAK |  |
| 67 | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora | TAK |  |
| 68 | Wyświetlanie - co najmniej 6 przebiegów z możliwością edycji kolorów parametrów, ustawienia dowolnej kolejności ich wyświetlania. Bez użycia funkcji 7xEKG oraz 12xEKG | TAK |  |
| 69 | 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 |  |
| 70 | Funkcja informowania o alarmach pojawiających sie na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | TAK |  |
| 71 | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | TAK |  |
| 72 | Tryb nocny umożliwiający zaprogramowanie jasności ekranu, głośności alarmu, głośności QRS, głośności przycisków | TAK |  |
| 73 | 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 |  |
| 74 | Monitor przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet (złącze RJ-45) | TAK |  |
| 75 | Możliwość rozbudowy o bezprzewodową komunikację ze stanowiskiem centralnego monitorowania-certyfikowana przez producenta obsługa poprzez oprogramowanie kardiomonitora  | TAK |  |
| 76 | Kardiomonitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera niepełniącego jednocześnie funkcji centrali  | TAK |  |
| 77 | Monitor wyposażony w min. 1 port USB do podłączenia klawiatury lub myszki;  | TAK |  |
| 78 | Proste aktualizacja oprogramowania poprzez gniazdo USB lub złącze RJ-45. Możliwość przenoszenia profilu użytkownika(konfiguracja ekranu, alarmów, jasności itp.) do innego kardiomonitora przy pomocy nośnika pendrive. | TAK |  |
| 79 | Konstrukcja zapobiegająca wchłanianiu kurzu i rozprzestrzenianiu się infekcji - chłodzenie kardiomonitora konwekcyjne, bez wbudowanych wiatraków / wentylatorów. | TAK |  |
| 80 | Kardiomonitor zabezpieczony przed zalaniem wodą-stopień ochrony co najmniej IPX1 | TAK |  |
| 81 | Monitor przygotowany do pomiaru etCO2 (bez konieczności wysyłki do serwisu) – wbudowany zarezerwowany port etCO2 | TAK |  |
| 82 | Możliwości podłączenia zewnętrznej drukarki i wydruku danych w formacie A4 | TAK |  |
| 83 | Monitor przystosowany do ciągłej pracy w zakresie temperatur co najmniej 5-40oC. | TAK |  |
| 84 | **INWAZYJNY POMIAR CIŚNIENIA**- zakres pomiarowy min. –40~+320 mmHg- dwa kanały pomiarowe- Zaprogramowane zakresy pomiarowe z etykietami dla ciśnień min. ART, PA, CVP, RAP, LAP, ICP,LV oraz min.2 własne zakresy - Min. 2 prędkości kreślenia krzywej- Pomiar wartości PPV. Wyświetlanie na ekranie głównym min. jednego z podanych parametrów w postaci liczbowej. | TAK |  |
| 85 | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych | TAK |  |
| 86 | Mankiety w rozmiarach:Dla dorosłych -mały – 17-25 cmDla dorosłych – 23-33 cmDla dorosłych duży – 31-40 cm | TAK |  |
| **H.** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** |  |  |
| 87 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | TAK |  |
| 88 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | TAK |  |
| 89 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | TAK |  |
| 90 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 91 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 92 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia.  | TAK |  |
| 93 | Oprogramowanie kardiomonitora w języku polskim | TAK |  |
| 94 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 95 | 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 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 1,2,3,4 | TAK |  |
| 6 | LED min. 2.5 V rękojeść bateryjna, typ C | TAK |  |
| 7 | Wykonany ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 8 | Zapakowany w etui transportowe | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA**
 |
| 9 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | TAK |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 11 | 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** |  |
| 12 | 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 | 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 |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 16 | 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 70mm x 35mm | 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, | TAK, podać |  |
| 19 | Praca pompy dzień i noc | TAK |  |
| 20 | Akumulator min 10 godzin pracy przy przepływie 5 mm/h | TAK, podać |  |
| 21 | Typ infuzji: ciągła, profilowa, okresowa, TPN | TAK, podać |  |
| 22 | Programowanie infuzji we wszystkich jednostkach | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA**
 |
| 23 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | TAK |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK, podać |  |
| 25 | 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** |  |
| 26 | 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 |  |
| 19 | Częstość pulsu  | TAK |  |
| 20 | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej | TAK |  |
| 21 | Siła pulsu | TAK |  |
| 22 | Wskaźnik stanu pracy - sieć, akumulator | TAK |  |
| 23 | Trendy graficzne min. 48godz.  | TAK |  |
| 24 | Krótki trend SpO2 oraz PR z ostatnich min.15 min. | TAK |  |
| 25 | Graficzny wskaźnik rozładowania baterii | TAK |  |
| 26 | Port RS232 | TAK |  |
| 27 | Możliwość instalacji urządzenia w pionie lub w poziomie  | TAK |  |
| 28 | System eliminacji wpływu efektów ruchowych oraz możliwość pomiaru przy niskiej perfuzji | TAK |  |
| 29 | Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2 | TAK |  |
| 30 | Możliwość podłączenia do drukarki | TAK |  |
| 31 | Wyprowadzenie danych o przebiegu monitorowania saturacji w formacie elektronicznym do opcjonalnego oprogramowania. Oprogramowanie w języku polskim. | TAK |  |
| 32 | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych | TAK |  |
| 33 | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA**
 |
| 34 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 35 | 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** |  |
| 36 | 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 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | TAK |  |
| 22 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 23 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 24 | 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** |  |
| 25 | 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 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 lub stali nierdzewnej | 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. do 15 mm. | TAK |  |
| 11 | Dwa koła z blokadą. | TAK |  |
| 12 | Wymiary maksymalne wózka: 84 cm x 68 cm cx 110 cm. | TAK |  |
| 13 | Wymiary maksymalne blatu roboczego: 64 cm x 58 cm  | TAK |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE**
 |
| 14 | Stelaż z pokrywą do worka na odpady. | TAK |  |
| 15 | Zamek centralny | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA**
 |
| 16 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | 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 |  |
| \* 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 4 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 10 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. 100 z zapisem odcinków krzywych z ostatnich min. 14 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 +/- 5 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, podać |  |
| 22 | Analiza odcinka ST w zakresie min. +/- 0,9 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.16 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 +/- 5 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, podać |  |
| 31 | Alarmy bezdechu regulowany w zakresie min.10-40 sekund | TAK |  |
| 1. **POMIAR SATURACJI (SpO2)**
 |
| 32 | Wyświetlanie wartości cyfrowej saturacji i tętna, krzywej pletyzmograficznej oraz liczbowego wskaźnika perfuzji (PI) lub wskaźnik siły sygnału | TAK |  |
| 33 | Zakres pomiarowy saturacji 1-100% | TAK |  |
| 34 | Zakres pomiarowy pulsu co najmniej 20-250 bpm | TAK, podać |  |
| 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/NIE |  |
| 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 1-480 minut | TAK |  |
| 46 | Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | TAK |  |
| 47 | Kardiomonitor wyposażony w niezależną od pamięci trendów, pamięć ostatnich min. 1000 wyników pomiarów NIBP | TAK |  |
| 48 | 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**
 |
| 49 | Zakres pomiarowy min.10-4500C | TAK |  |
| 50 | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 0,10C | TAK |  |
| 51 | 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**
 |
| 52 | Gniazdo wyjścia sygnału EKG do synchronizacji defibrylatora | TAK |  |
| 53 | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła przycisków  | TAK |  |
| 54 | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów  | TAK |  |
| 55 | Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów  | TAK |  |
| 56 | Możliwość min. 3 stopniowego zawieszania alarmów: 1min., 2min.,3 min.,  | TAK |  |
| 57 | Możliwość ustawienia granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów w zakresie min. 2 poziomów ważności.Granice alarmowe ustawiane w jednym wspólnym menu dla wszystkich parametrów | TAK |  |
| 58 | Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 5 poziomów | TAK |  |
| 59 | Ręczne i automatyczne ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta | TAK |  |
| 60 | Wbudowany system zarządzania danymi pacjenta umożliwiający zapis oraz eksport danych min. 15 monitorowanych pacjentów. Funkcja szybkiego przyjęcia oraz wypisania pacjenta | TAK |  |
| 61 | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych pacjenta: nazwisko, płeć, nr identyfikacyjny, waga, wzrost,  | TAK |  |
| 62 | Możliwość programowej dezaktywacji poszczególnych modułów pomiarowych | TAK |  |
| 63 | Oprogramowanie do obliczania leków, kalkulator hemodynamiczny, wentylacyjny, utlenowania, nerkowy | TAK |  |
| 64 | 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 |  |
| 65 | Zasilanie kardiomonitora z sieci 230V i akumulatora | TAK |  |
| 66 | Czas pracy kardiomonitora zasilanego z akumulatora nie krótszy niż 2 godziny | TAK |  |
| 67 | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora | TAK |  |
| 68 | Wyświetlanie - co najmniej 6 przebiegów z możliwością edycji kolorów parametrów, ustawienia dowolnej kolejności ich wyświetlania. Bez użycia funkcji 7xEKG oraz 12xEKG | TAK |  |
| 69 | 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 |  |
| 70 | Funkcja informowania o alarmach pojawiających się na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | TAK |  |
| 71 | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | TAK |  |
| 72 | Tryb nocny umożliwiający zaprogramowanie jasności ekranu, głośności alarmu, głośności QRS, głośności przycisków | TAK |  |
| 73 | 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 |  |
| 74 | Monitor przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet (złącze RJ-45) | TAK |  |
| 75 | Możliwość rozbudowy o bezprzewodową komunikację ze stanowiskiem centralnego monitorowania-certyfikowana przez producenta obsługa poprzez oprogramowanie kardiomonitora  | TAK |  |
| 76 | Kardiomonitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera niepełniącego jednocześnie funkcji centrali  | TAK |  |
| 77 | Monitor wyposażony w min. 1 port USB do podłączenia klawiatury lub myszki;  | TAK |  |
| 78 | Proste aktualizacja oprogramowania poprzez gniazdo USB lub złącze RJ-45 . Możliwość przenoszenia profilu użytkownika(konfiguracja ekranu, alarmów, jasności itp.) do innego kardiomonitora przy pomocy nośnika pendrive. | TAK |  |
| 79 | Konstrukcja zapobiegająca wchłanianiu kurzu i rozprzestrzenianiu się infekcji - chłodzenie kardiomonitora konwekcyjne, bez wbudowanych wiatraków / wentylatorów. | TAK |  |
| 80 | Kardiomonitor zabezpieczony przed zalaniem wodą-stopień ochrony co najmniej IPX1 | TAK |  |
| 81 | Monitor przygotowany do pomiaru etCO2 (bez konieczności wysyłki do serwisu) – bez wbudowanego portu etCO2 | TAK |  |
| 82 | Możliwości podłączenia zewnętrznej drukarki i wydruku danych w formacie A4 | TAK |  |
| 83 | Monitor przystosowany do ciągłej pracy w zakresie temperatur co najmniej 5-40oC. | TAK |  |
| 84 | **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. Wyświetlanie na ekranie głównym min. jednego z podanych parametrów w postaci liczbowej. | TAK |  |
| 85 | **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 |  |
| 86 | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych. | TAK |  |
| 87 | Mankiety w rozmiarach:Dla dorosłych -mały – 17-25 cmDla dorosłych – 23-33 cmDla dorosłych duży – 31-40 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 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | TAK |  |
| 91 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 92 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 93 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia.  | TAK |  |
| 94 | Oprogramowanie kardiomonitora w języku polskim | TAK |  |
| 95 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 96 | 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 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): 3– 20 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 | Szkolenie personelu – potwierdzone listą obecności. | TAK |  |
| 53 | Instrukcja obsługi w języku polskim – w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| 54 | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych i PN.  | TAK |  |
| 55 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowane przez podmiot z siedzibą na terenie Polski posiadający odpowiednie uprawnienia.  | TAK |  |
| 56 | Założenie paszportu technicznego po stronie Wykonawcy wraz z wpisem początkowym | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** |  |
| 57 | 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 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 10 L/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.25 L /min. | TAK |  |
| 23 | Wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max.1,5 L.  | 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:** |  |  |
| 48 | 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 |  |
| 49 | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego | TAK |  |
| 50 | Alarm braku zasilania w energię elektryczną | TAK |  |
| 51 | Alarm braku zasilania w gazy | TAK |  |
| 52 | Alarm Apnea | TAK |  |
| 53 | **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 1,0 L 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 |  |
| 73 | Alarmy min. 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) wszystkich mierzonych parametrów z klasyfikacją priorytetu alarmu.Możliwość automatycznego dostosowania progów alarmowych | TAK |  |
| 74 | Rejestracja zdarzeń alarmowych. | TAK |  |
| 75 | Możliwość czasowego zawieszenia alarmu dźwiękowego. | TAK |  |
| 76 | Alarmy techniczne z podaniem przyczyny. | TAK |  |
|  | **Pomiar saturacji i tętna:** |  |  |
| 77 | Zakres pomiaru saturacji SpO21-100% z prezentacją krzywej pletyzmograficznej z eliminacją artefaktów i zapewniający poprawne pomiary przy słabym lub zakłóconym sygnale | TAK |  |
| 78 | Czujnik wielorazowy do pomiaru dla dorosłych i dzieci na palec, łatwy do czyszczenia. | TAK |  |
|  | **Pomiar temperatur:** |  |  |
| 79 | Pomiar temperatury obwodowej - powierzchniowej w zestawie kabel do połączenia czujnika | TAK |  |
| 80 | Możliwość pomiaru minimum dwóch temperatur, wyświetlanie temperatury Tl, T2 i ich różnicy T2-T1 równocześnie | TAK |  |
|  | **Pomiar EKG.** |  |  |
| 81 | W zestawie odpowiednie kable połączeniowe i pomiarowe dla dorosłych i dzieci | TAK |  |
| 82 | Ciągła rejestracja i możliwość równoczesnej prezentacji 6 (1, II, III, aVL, aVF, Vx) odprowadzeń EKG | TAK |  |
| 83 | Pomiar częstości serca minimalny zakres 20-300/min. | TAK |  |
| 84 | Ciągła analiza położenia odcinka ST z możliwością ustawienia alarmów i wyświetlania trendów | TAK |  |
| 85 | Podstawowa analiza arytmii pracy sercaMożliwość rozbudowy o zaawansowaną analizę arytmii. | TAK |  |
| 86 | Detekcja sygnału stymulatora serca | TAK |  |
| 87 | Respiracja impedancyjna (prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie) w zakresie min. 5-100 odd/min | TAK |  |
|  | **Pomiar ciśnienia:** |  |  |
| 88 | Ciśnienie tętnicze krwi metodą nieinwazyjną | TAK |  |
| 89 | Pomiar wyzwalany ręcznie, automatycznie w wybranych odstępach czasowych, ciągłe pomiary przez określony czas, czas repetycji pomiarów automatycznych min. 1 - 240 min. | TAK |  |
| 90 | 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 |  |
| 91 | Pomiar ciśnienia krwi metodą bezpośrednią (krwawą) min. 2 kanały: tętnicze i OCŻ, Pomiar ciśnień inwazyjnych w zakresie min. - 25 do 320 mmHg | TAK |  |
| 92 | 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 |  |
| 93 | 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 |  |
| 94 | Możliwość rozbudowy o pomiar głębokości znieczulenia metodą BIS lub Entropii | TAK |  |
| 95 | 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 |  |
| 96 | Aparat i monitor zgodne z dyrektywą RoHS | TAK |  |
| 97 | Ze względów serwisowych jak i przyszłej rozbudowy - monitor funkcji życiowych, moduły pomiarowe oraz aparat do znieczulenia ogólnego jednego producenta | TAK |  |
| 98 | Polskojęzyczne oprogramowanie aparatu, monitora i modułów | TAK |  |
| 99 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana wraz z urządzeniem. | TAK |  |
| 100 | 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 |  |
| 101 | Zasilanie 230V 50 Hz, wtyczka E. | TAK |  |
|  | **Gwarancja** (dotycząca wszystkich elementów) min. 24 miesiące |  |  |
| 102 | Przełączanie jednostopniowe wentylacji ręcznej na mechaniczną i wentylacji mechanicznej na ręczną przy pomocy dźwigni/przełącznika mechanicznego . | TAK |  |
| 103 | Ekran kolorowy do prezentacji parametrów wentylacji i krzywych umieszczony na ruchomym wysięgniku z regulacją przesuwu w poziomie i kąta pochylenia. | TAK |  |
| 104 | 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 |  |
| 105 | Możliwość rozbudowy o pomiar metabolizmu z modułu pomiarowego sterowanego z monitora funkcji życiowych  | TAK |  |
| 106 | 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 |  |
| 107 | Możliwość pomiaru zwiotczenia mięśniowego z użyciem metody elektromiografii EMG  | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |  |
| 108 | Tryb wentylacji PSVPro oraz PCV-VG | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA**
 |
| 109 | Wykonanie przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta oraz ostatni - na dwa tygodnie przed końcem gwarancji, w cenie dostawy. | TAK |  |
| 110 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | 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 |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)