|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 regulowanych 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 (jeśli dotyczy) | | | 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 – 40 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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 3 – Zestaw pipet automatycznych 1 szt.** | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | |  |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy. | | | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji wymagany: 2020 | | | TAK |  |
| 3 | Zestaw 6 miejscowy do pipet jednokanałowych | | | TAK |  |
| 4 | Blokada zapobiega przypadkowej zmianie nastawionej objętości. | | | TAK |  |
| 5 | Zdejmowane pierścienie umożliwiające znakowanie pipet | | | TAK |  |
| 6 | Możliwość nastawiania objętości – pokrętłem bądź przyciskiem pipetowania. | | | TAK |  |
| 7 | Odporne na sterylizację za pomocą promieniowania UV. | | | TAK |  |
| 8 | Pipety: MLPetteS™-F  100 μl - 1szt.  5 – 50 μl - 1szt.  10 – 100 μl - 1szt.  20 – 200 μl - 1szt.  100 – 1000 μl - 1szt.  1000 – 5000 μl - 1szt. | | | TAK |  |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | | |
| 9 | Fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia. | | | TAK |  |
| 10 | 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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 4– 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 Hz  CMRR>=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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 5– 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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 6 – 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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 7 – 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 lub –50~+300 - 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, podać |  |
| 85 | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych | | | TAK |  |
| 86 | Mankiety w rozmiarach:  Dla dorosłych -mały – 17-25 cm lub 20-26 cm  Dla dorosłych – 23-33 cm lub 25-34 cm  Dla dorosłych duży – 31-40 cm lub 32-43 cm | | | TAK, podać |  |
| **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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 8– 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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 9 – 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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 10 – 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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 11 – 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 1475ml | | | 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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 12 – 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.10-450C | | | 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) –wbudowany zarezerwowany port etCO2 lub monitor posiadający wbudowany pomiar CO2 w strumieniu bocznym. | | | TAK, podać |  |
| 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 cm lub 20-26 cm  Dla dorosłych – 23-33 cm lub 25-34 cm  Dla dorosłych duży – 31-40 cm lub 32-43 cm | | | TAK, podać |  |
| **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 – 40 pkt |  |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | |  |

Akceptuję:

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)