**Załącznik nr: 1**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa urządzeń medycznych określonych w poszczególnych zadaniach.

Zamawiających wymaga aby wszystkie urządzenia były fabrycznie nowe, nieregenerowane i nie pochodziły z ekspozycji wystawowych.

1. Jeżeli w opisie przedmiotu zamówienia zostały określone nazwy własne urządzeń, elementów składowych lub rozwiązań, Zamawiający dopuszcza urządzenia lub rozwiązania równoważne, tj. takie, które nie obniżą standardu oraz wymagań technicznych, funkcjonalnych i użytkowych określonych przez Zamawiającego.

**Zadanie nr: 1**

Kod CPV:33157400-9 Medyczna aparatura oddechowa.

Respirator stacjonarny – szt 1

Przedmiotem zamówienia jest medyczna aparatura oddechowa: Respirator stacjonarny przeznaczony do (1 szt)

1/ Typ/nazwa ........................................................

2/Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji (nie starszy niż 2018 rok) ………………

2/ Producent...........................................................................................................................

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***l.p.*** | ***Wymagania*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** | ***Parametr oceniany*** |
| **I** | **Wymagania ogólne** | - |  | - |
|  | Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia dla dorosłych i dzieci | TAK |  | bez punktacji |
|  | Zasilanie elektryczne 220-240 V; 50 Hz+/-20% | TAK |  | bez punktacji |
|  | Awaryjne zasilanie ze zintegrowanego akumulatora  | na min. 1 godzinę pracy |  | bez punktacji |
|  | Podczas pracy respiratora na zasilaniu akumulatorowym możliwość użycia dodatkowego akumulatora i jego wymiany na nowy naładowany bez przerwania pracy respiratora.  |  |  | Tak -10 pkt Nie – 0 pkt |
|  | Zasilanie powietrzem z centralnej instalacji gazów  | w zakresie min. 2,6 – 5,5[bar]W przypadku innego zakresu wykonawca dołączy odpowiedni reduktor |  | bez punktacji |
|  | Możliwość awaryjnej pracy przy zasilaniu tylko jednym gazem, powietrzem lub tlenem | TAK/NIE |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
|  | Respirator stacjonarny na podstawie jezdnej, co najmniej dwa koła z blokadą | TAK |  | bez punktacji |
|  **II** | **Tryby wentylacji** | - |  | - |
|  | Wentylacja ciągła wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/Assist-IPPV | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wentylacja synchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wentylacja z ciągłym dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych CPAP/PEEP | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wentylacja spontaniczna | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wentylacja nieinwazyjna NIV (wydzielony przycisk wyboru wentylacji nieinwazyjnej) | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wdech manualny | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wentylacja objętościowo zmienna VCV | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wentylacja ciśnieniowa dwupoziomowa typu BIPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV | TAK |  | bez punktacji |
|  | Oddech kontrolowany objętością - VCV | TAK |  | bez punktacji |
|  | Oddech kontrolowany ciśnieniem - PCV | TAK |  | bez punktacji |
|  | Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ | TAK |  | bez punktacji |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB | TAK |  | bez punktacji |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV | TAK |  |  |
|  | Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub trecheotomijnej typu ATC,TC,TRC | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wentylacja Wspomagana Adaptacyjnie z automatycznym dostosowaniem poziomu PEEP i FiO2 oraz wentylacji minutowej zgodnie z algorytmem inteligentnej wentylacji w zależności od zmierzonych parametrów życiowych pacjenta synchronizująca wentylację poprzez analizę krzywych do każdego respiratora wraz z kalkulacją ciśnienia przezpłucnego,lub Wentylacja NAVA z min 50 akcesoriami do każdego respiratora niezbędnymi do zastosowania trybu i modułu do respiratora,lubProporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PAV+ zgodne z algorytmem Younesa umożliwiające naturalną zmienność wzorca oddechowego z automatycznym dostosowaniem wspomagania do zmian mierzonych parametrów płuc - minimum podatności, elastancji i oporów oddechowych pacjenta – w respiratorze,lub Proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PPS bez automatycznego dostosowywanie wspomagania ale z możliwością przełączenia na wentylację ze zmiennym wspomaganiem ciśnieniowym Variable Pressure Support w respiratorze, generującą zmienne ciśnienie wspomagania, mechanicznie naśladujące zmienność naturalnego trybu oddechowego lubModuł do respiratora wraz z min 50 akcesoriami z przeznaczeniem do pracy na oddziałach intensywnej terapii medycznej do prezentacji parametru VCO2- wytwarzania dwutlenku węgla, VO2- zużycia tlenu, FRC / EELV, EE- pomiar wydatku energetycznego, RQ- wskaźnika oddechowego | TAK |  | bez punktacji |
| **III** | **Parametry nastawialne** | - | - | - |
|  | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od 4 do 99 na minutę | TAK |  | bez punktacji |
|  | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 30 do 2200 ml | TAK |  | bez punktacji |
|  | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 3 do145 l/min | TAK |  | bez punktacji |
|  | Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1: 8 do 3:1  | TAK |  | bez punktacji |
|  | Czas wdechu Ti od 0.2 do 6.0 s | TAK |  | bez punktacji |
|  | Czas plateau w zakresie nie mniejszym niż od 0,0 do 2,0 s. | TAK |  | bez punktacji |
|  | Ciśnienie wdechowe PCV w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 85 cmH2O | TAK |  | bez punktacji |
|  | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 35 cm H20 | TAK |  | bez punktacji |
|  | Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV/ASB | TAK |  | bez punktacji |
|  | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 70% | TAK |  | bez punktacji |
|  | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w granicach 21-100% (mieszalnik gazów), co 1% | TAK |  | bez punktacji |
|  | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,3 do 15 l/min | TAK |  | bez punktacji |
|  | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,3 do 15 cmH2O | min. 5-50% |  | bez punktacji |
| **IV** | **Mierzone parametry** | - | - | - |
|  | Integralny pomiar stężenia tlenu | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar całkowitej częstości oddychania | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar objętości pojedynczego oddechu | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar całkowitej objętości wentylacji minutowej | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar objętości spontanicznej wentylacji minutowej | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar ciśnienia szczytowego | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar średniego ciśnienia w układzie oddechowym | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar stosunku wdech/wydech I:E | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar ciśnienia plateau | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar ciśnienia PEEP/CPAP | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar ciśnienia AutoPEEP | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar podatności statycznej płuc pacjenta | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej. | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100 ms. | TAK |  | bez punktacji |
|  | Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt) | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pomiar objętości przecieku w fazie wdechu przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | TAK/NIE |  | Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |
|  | Pomiar przecieku w fazie wydechowej przy danym ciśnieniu PEEP przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | TAK |  | bez punktacji |
| **V** | **Monitor** | - | - | - |
|  | Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej min. 14" do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji – ekran dotykowy | TAKpodać |  | 14" – 0 pkt19" 10 pktpowyżej 20 pkt |
|  | Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora | TAK/NIE |  | Tak- 10 pktNie – 0 pkt |
|  | Dodatkowy wyświetlacz, ekran itp. informujący o podstawowych parametrach wentylacji przy uszkodzeniu ekranu głównego | TAK |  | Tak- 1- pktNie – 0 pkt |
|  | Prezentacja na ekranie min.4 krzywych oddechowych Ciśnienie, przepływ, objętość z możliwością wyświetlania ich jednocześnie na ekranie | TAK |  | bez punktacji |
|  | Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość lub przepływ objętość | TAK |  | bez punktacji |
| **VI** | **Alarmy** | - | - | - |
|  | Hierarchia alarmów w zależności od ważności  | TAK- opisać |  | bez punktacji |
|  | Zaniku zasilania sieciowego | TAK |  | bez punktacji |
|  | Zaniku zasilania bateryjnego | TAK |  | bez punktacji |
|  | Niskiego ciśnienia tlenu , powietrza | TAK |  | bez punktacji |
|  | Za niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | TAK |  | bez punktacji |
|  | Wysokiego ciśnienia | TAK |  | bez punktacji |
|  | Alarm wysokiej częstości oddechów | TAK |  | bez punktacji |
|  | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | TAK |  | bez punktacji |
|  | Pamięć alarmów z komentarzem | TAK |  | bez punktacji |
| **VII** | **Inne funkcje** | - | - | - |
|  | Automatyczna kompensacja przecieków możliwa do włączenia w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji | TAK |  | bez punktacji |
| 1. 9.
 | Funkcja Stand-by. Respirator musi mieć możliwość świadomego odłączenia układu oddechowego od pacjenta, z zawieszeniem wszystkich alarmów. Po ponownym podłączeniu układu oddechowego respirator powinien automatycznie rozpocząć wentylacje z parametrami z przed rozłączenia. | TAK |  | bez punktacji |
| 1. 10.
 | Wentylacja bezpieczeństwa. Zachowanie ciągłości wentylacji poprzez obejście elementów podejrzanych o uszkodzenie, gdy testy diagnostyczne prowadzone w tle normalnej pracy wykryją problem dotyczący elementów mieszania gazów, systemu wdechowego lub systemy wydechowego. Funkcja ta ma za zadanie dać operatorowi czas na wymianę respiratora na sprawny. | TAK |  | bez punktacji |
| 1. 11.
 | Szybki start wentylacji. Respirator posiada bezpieczną wentylację startową. Umożliwia podłączenie pacjenta i włączenie respiratora bez wybierania i ustawiania jakichkolwiek parametrów. Po rozpoczęciu wentylacji możliwa jest korekcja ustawień trybu wentylacji oraz wszystkich parametrów | TAK |  | bez punktacji |
| 12. | Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po wyłączeniu aparatu | TAK |  | bez punktacji |
| 13. | Wstępne ustawienie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta oraz na podstawie wzrostu i płci pacjenta  | TAK |  | bez punktacji |
| 14. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | TAK |  | bez punktacji |
| **VIII** | **Wyposażenie** | - | - | - |
|  | Wydechowy filtr przeciwbakteryjny (HME) - 100 szt | TAK |  | bez punktacji |
|  | Nebulizator wielorazowy nie wymagający przepływu gazu do napędu, do podawania leków w formie aerozolu przeznaczony do pracy z pacjentami zaintubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę (MMAD < 4.0 µm). | TAK |  | bez punktacji |
|  | Kompletny układ oddechowy jednorazowy dla dzieci 10 szt | TAK |  | bez punktacji |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  | bez punktacji |
| **IX** | **Gwarancja**  | min 24 miesięcy,max: 60 miesięcy |  | *parametr oceniany* |
| **X** | **Serwis** | - | *-* | *-* |
| 1. 1.
 | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) max.48 godz. | *wpisać odpowiednio* |  | do 24 godzin – 20 pktdo 36 godzin – 10 pktdo 48 godzin - 0 pkt  |
| 1. 2.
 | Czas usunięcia awarii od momentu zdiagnozowania usterki(w dni robocze) max.7 dni. | *wpisać odpowiednio* |  | do 3 dni – 20 pktdo 4 dni – 10 pktdo 5 dni – 5 pkt |
| 1. 3.
 | W przypadku naprawy trwającej powyżej 7 dni wykonawca wstawi urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych | TAK |  | bez punktacji |
| 1. 4.
 | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji-  | max. 7 |  | bez punktacji |
| 1. 5.
 | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy  | max. 3 |  | bez punktacji |
| 1. 6.
 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie  | min 6 miesięcy |  | bez punktacji |
| 1. 7.
 | W okresie gwarancji, bezpłatne przeglądy okresowe w ilości wymaganej przez producenta. Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. | *Podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzenia przeglądów okresowych (w okresie 1 roku) po zakończeniu gwarancji* |  | bez punktacji |
| 1. 8.
 | Dostępność części zamiennych  | min 10 lat |  | bez punktacji |
| **XI** | **Szkolenie personelu** wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi urządzenia potwierdzone stosownym zaświadczeniem. Ilość osób szkolonych do ustalenia na etapie instalacji aparatu. | TAK |  | bez punktacji |
| **XII** | **Inne wymagania** | - | - | - |
|  | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty |  | bez punktacji |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna Zamawiający wymaga aby instrukcja obsługi zawierała informacje do kontaktu z serwisem takie jak: Imię i nazwisko osoby do kontaktu, numer telefonu | dostarczyć wraz z urządzeniem |  | bez punktacji |
|  | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty |  | bez punktacji |
|  | Wykaz autoryzowanych serwisów urządzenia zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax, e-mail. | *Podać*  |  | bez punktacji |

UWAGA:

1/Nie spełnienie nawet jednego z wymagań minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

 2/Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa urządzenia | Ilośćszt/ kpl | Cena jedn.netto w PLN | Wartość nettow PLN | VATw % | VATw PLN | Wartość bruttow PLN |
| 1 | Respirator stacjonarnytyp. ………………………………….... | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |  |  |

……………………………..

/podpis i pieczęć Wykonawcy/

**Zadanie nr: 2**

Kod CPV: 33182100-0 Defibrylatory

## Defibrylator - szt. 1

1. Typ/nazwa ...........................................................................
2. Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji (nie starszy niż z 2018 r.) ………………………..
3. Producent.............................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Parametry i warunki wymagane*** | ***Parametry oferowane******opisać lub wpisać TAK/NIE*** | ***Parametry oceniane*** |
| **I** | **DEFIBRYLATOR DWUFAZOWY** - przenośny – fabrycznie nowy |  | - |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe  |  | bez punktacji |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej min. 5 cali |  | bez punktacji |
|  | Ciężar defibrylatora z wyposażeniem |  | ≤ 6 kg – 20 pkt> 6 kg - 0 pkt |
|  | Urządzenie wyposażone w tryb AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta |  | bez punktacji |
|  | Urządzenie wyposażone w metronom z możliwością ustawień rytmu częstotliwości uciśnięć (dorosłych i dzieci) |  | bez punktacji |
|  | Funkcje: defibrylacja, EKG, pulsoksymetria |  | bez punktacji |
| **II** | **DEFIBRYLACJA** |  | - |
| 1. | Defibrylacja ręczna i automatyczna w trybie AED |  | bez punktacji |
| 2. | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. |  | bez punktacji |
| 3. | Defibrylacja dorosłych i dzieci (łyżki dla dorosłych i dzieci oraz elektrody naklejane) |  | bez punktacji |
| 4. | Zakres wyboru energii w J min. 2-360 J w trybie manualnym |  | bez punktacji |
| 5. | Zakres wyboru energii w J min. 150 J-360 J w trybie AED |  | bez punktacji |
| 6. | Dostępne poziomy energii defibrylacji zewnętrznej min. 20 |  | bez punktacji |
| 7. | Czas ładowania do energii 200 J poniżej 5 s |  | bez punktacji |
| **III** | **EKG** |  | - |
| 1 | Monitorowanie EKG- przewody dla 3 odprowadzeń |  | bez punktacji |
| 2 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. 7 poziomów wzmocnienia od 0,25 do 4 cm/Mv |  | bez punktacji |
| 3 | Możliwość zapisu na papierze o szerokości min. 50 mm |  | bez punktacji |
| **IV** | **PULSOKSYMETRIA** |  | - |
|  | Zakres pomiaru tętna min 20 -250 u/min |  | bez punktacji |
|  | Możliwość stosowania czujników dla dzieci i dorosłych  |  | bez punktacji |
| **V** | **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** |  | - |
|  | Torba na defibrylator – dwie kieszenie boczne , pasek do noszenia na ramieniu |  | bez punktacji |
|  | Czujniki dla dorosłych i dzieci po 3 szt |  | bez punktacji |
|  | Papier do EKG – 10 rolek |  | bez punktacji |
| **VI** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** |  | - |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim |  | bez punktacji |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika |  | bez punktacji |
| **VII** | **MOŻLIWOŚĆ ROZBUDOWY** |  | *-* |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją na ekranie |  | Tak – 10 pktNie- 0 pkt |
|  | Możliwość wykonania kardiowersji |  | Tak – 10 pktNie- 0 pkt |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł WiFi |  | Tak- 10 pktNie- 0 pkt |
| **VIII** | **GWARANCJA** | *podać* | - |
| 1. | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy |  | *parametr oceniany* |
| **IX** | **SERWIS** |  | *-* |
|  | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) |  | do 24 godzin – 20 pktdo 36 godzin – 10 pktpowyżej 0 pkt |
|  | Czas usunięcia awarii ( w dni robocze) |  | do 3 dni – 20 pktdo 5 dni – 10 pktpowyżej 5 dni – 0 pkt |
|  | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 |  | Tak |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 |  | Tak |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie –min 6 miesięcy |  | 6-miesięcy – 0 pktpowyżej 6 miesięcy - za każdy miesiąc 1 pkt |
|  | W okresie gwarancji przeglądy techniczne min.1 raz w roku.Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. |  | bez punktacji |
|  | Dostępność części zamiennych - min.5 lat |  | bez punktacji |
| **X** | **Szkolenie personelu** wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi, konserwacji oraz mycia i dezynfekcji urządzenia potwierdzone stosownym zaświadczeniem. |  | Tak |
| **XI** | **INNE WYMAGANIA** |  | - |
|  | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty | Tak |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem | Tak |
|  | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty | Tak |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa urządzenia | Ilośćszt/ kpl | Cena jedn.netto w PLN | Wartość nettow PLN | VATw % | VATw PLN | Wartość bruttow PLN |
| 1 | Defibrylatortyp. ………………………………….... | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |  |  |

……………………………..

/podpis i pieczęć Wykonawcy/

**KARDIOMONITOR -szt 1**

**Zadanie nr: 3**

Kod CPV: 33195100-4 Monitory

1. Typ/nazwa ...........................................................................
2. Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji (nie starszy niż z 2018 r.) ………………………..
3. Producent.............................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametr oferowany******opisać lub wpisać TAK/NIE*** | ***Parametr oceniany***  |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | - | - |
|  | **Kardiomonitor** o konstrukcji modułowej z wymiennymi modułami (możliwość rozbudowy monitora o dodatkowe funkcje w postaci wymiennych modułów) przeznaczony do monitorowania dorosłych i dzieci | TAK | bez punktacji |
|  | Zdalny, bezprzewodowy sterownik monitorów, pozwalający na obsługę monitorów z odległości kilku metrów. – 1szt. na cały system | TAK | bez punktacji |
|  | Ekran kolorowy, dotykowy Przekątna ekranu min. 15". | TAK | bez punktacji |
|  | Prezentacja min. 12 krzywych dynamicznych na ekranie bez użycia funkcji wyświetlania 12 odpr. EKG. Możliwość wybierania kolorów przez użytkownika. | TAK | bez punktacji |
|  | Rozdzielczość ekranu : min. 1024 x 768 dpi | TAK | bez punktacji |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | TAK | bez punktacji |
|  | Komunikacja z użytkownikiem poprzez ekran dotykowy lub pokrętło. | TAK | bez punktacji |
|  | Monitory zasilane elektrycznie 230 VAC/50 Hz ±10% Zasilanie z wbudowanego akumulatora lub UPS na min. 60 minut pracy. | TAK | bez punktacji |
|  | Możliwość przesyłania danych do sieci informatycznej szpitala poprzez protokół HL7 | TAK | bez punktacji |
|  | Wydruki na drukarce laserowej podłączonej do sieci monitorowania dostępne w monitorze lub centrali | TAK | bez punktacji |
|  | Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowychw tym dzieci | TAK | bez punktacji |
|  | Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów, możliwość ustawiania granicy alarmów przez użytkownika. | TAK | bez punktacji |
|  | Historia alarmów min. 200 przypadków wraz z min. 4 krzywymi. | TAK | bez punktacji |
|  | Jednoczasowa prezentacja min. 6 parametrów w trendzie graficznym. | TAK | bez punktacji |
|  | Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 24 godzin | TAK | bez punktacji |
|  | Funkcja „holterowska” min. 4 różnych krzywych dynamicznych z ostatnich min. 24 godzin. Długość zapisanej krzywej min. 60sek | TAK | bez punktacji |
|  | Funkcja wyświetlania krótkich odcinków trendów obok odpowiadających im krzywych dynamicznych.  | TAK | bez punktacji |
|  | Mierzone parametry: | TAK | bez punktacji |
|  | **1.EKG** - Możliwość ciągłej rejestracji i równoczasowej prezentacji na ekranie monitora 12 odprowadzeń EKG - Możliwość tworzenia raportów 12 odprowadzeniowego EKG z opisem.- Automatyczna zmiana monitorowanego odprowadzenia w razie uszkodzenia lub odłączenia. | TAK | bez punktacji |
|  | **2.Analiza odcinka ST**Ciągła analiza odcinka ST. Możliwość prezentacji analizy ST w czasie rzeczywistym, jednoczasowo (krzywe oraz wartości odcinka ST) z min. 12 odprowadzeń. Trendy ST z min. 24 godzin. Zmiana punktów pomiarowych odcinka ST.  | TAK | bez punktacji |
|  | **3.Analiza arytmii** Rozpoznawanie min. 20 rodzajów zaburzeń w monitorze.Pomiar we wszystkich monitorach | TAK | bez punktacji |
|  | **4.Oddech** Pomiar oddechu metodą impedancyjną. Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę.Pomiar we wszystkich monitorachZakres pomiarowy częstości oddechów min.:20-120 Pomiar bezdechu | TAK | bez punktacji |
|  | **5.Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi** Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczna. Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 0 – 8 godzin. Pomiar ręczny i pomiar ciągły.Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. | TAK | bez punktacji |
|  | Funkcja automatycznego wyzwolenia pomiaru NIBP podczas pomiaru okresowego w przypadku nagłej zmiany ciśnienia krwi | TAK | bez punktacji |
|  | **6.Pomiaru saturacji** Pomiar SpO2, z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO2 oraz tętna pulsu. | TAK | bez punktacji |
|  | **7.Pomiar temperatury** Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) i centralnej (wewnętrznej).Jednoczesne wyświetlanie 2 wartości temp. T1 i T2, oraz różnicy temperatur. | TAK | bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o pomiar BIS bez udziału serwisu | TAK/NIE | Tak- 10 pktNie – 0 pkt |
|  | Możliwość rozbudowy o pomiar transmisji nerwowo-mięśniowej dowolnie sterowany - z wykorzystaniem stymulacji serią poczwórnej TOF, - z wykorzystaniem pojedynczej stymulacji | TAK/NIE | Tak- 10 pktNie – 0 pkt |
|  | **8. Pomiar kapnometrii i kapnografii**kapnometria: pomiar stężenia CO2; kapnografia*:* prezentacja zmian stężenia CO2 w czasie | TAK | bez punktacji |
|  | **9. Wyposażenie**- Stojak na podstawie jezdnej | TAK | bez punktacji |
| **II** | **GWARANCJA** | - | - |
| 1. | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *podać* | *parametr oceniany* |
| **III** | **SERWIS** | - | - |
|  | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) | *wpisać odpowiednio* | do 24 godzin – 20 pktdo 36 godzin – 10 pktpowyżej 0 pkt |
|  | Czas usunięcia awarii ( w dni robocze) | *wpisać odpowiednio* | do 3 dni – 20 pktdo 5 dni – 10 pktpowyżej 5 dni – 0 pkt |
|  | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 |  | bez punktacji |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 |  | bez punktacji |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie –min 6 miesięcy | *wpisać odpowiednio* | 6-miesięcy – 0 pktpowyżej 6 miesięcy - za każdy miesiąc 1 pkt |
|  | W okresie gwarancji przeglądy techniczne min.1 raz w roku.Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. | TAK | bez punktacji |
|  | Dostępność części zamiennych - min.10 lat | TAK | bez punktacji |
| **IV** | **Szkolenie personelu** wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi, konserwacji oraz mycia i dezynfekcji urządzenia potwierdzone stosownym zaświadczeniem. | TAK | bez punktacji |
| **V** | **INNE WYMAGANIA** | - | - |
|  | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty | bez punktacji |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem | bez punktacji |
|  | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa urządzenia | Ilośćszt/ kpl | Cena jedn.netto w PLN | Wartość nettow PLN | VATw % | VATw PLN | Wartość bruttow PLN |
| 1 | Kardiomonitortyp. ………………………………….... | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |  |  |

……………………………..

/podpis i pieczęć Wykonawcy/