**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

1. Przedmiotem zamówienia publicznego jest dostarczenie i przeniesienie na własność Zamawiającego sprzętu medycznego, zwanego dalej sprzętem, transport, wniesienie, rozładunek, ustawienie, instalacja i uruchomienie oraz przeprowadzenie szkolenia personelu w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu.
2. Dostawa przedmiotu umowy zostanie dokonana w dniu roboczym (pn. - pt.) w godz.: 08.00-14.00. Wykonawca poinformuje Zamawiającego z odpowiednim wyprzedzeniem o planowanym terminem dostawy.
3. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych z niniejszym opisie.

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 1** |
| **POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA szt. 1** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wartość wymagana (graniczna) | Potwierdzić (wpisując „TAK”) i podać oferowany parametr (w przypadku wartości granicznych) |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Nazwa i typ | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji 2017 | TAK |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** |
|  | W cenie oferty bezpłatne przegląd serwisowy w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski | Tak, podać (podać dane adresowe) |  |
|  | Forma zgłoszeń reklamacji i napraw | Tak , podać (podać poczta, fax, poczta elektroniczna,Telefon) |  |
|  | Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.2 dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
|  | Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego | Tak |  |
|  | W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia | Tak |  |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim | Tak |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Zasilanie akumulatorowe wraz z dostawą akumulatora | Tak |  |
|  | Czas przy zasilaniu akumulatorowym min. 20 godz. przy przepływie 5ml/h | Tak |  |
|  | Szybkość dozowania min. 0,1 ml/h - 1800 ml/h, programowana co 0,1 ml | Tak |  |
|  | Dokładność dozowania +/-2% | Tak |  |
|  | Szybkość w trybie KVO min. 0,1- 0,5 ml/h, co 0,1 ml  | Tak |  |
|  | Programowana objętość infuzji w zakresie 0,1 do 999 ml | Tak |  |
|  | Współpraca ze strzykawkami wielu producentów krajowych i zagranicznych (min 5) – podać nazwy producentów strzykawek | Tak, podać |  |
|  | Współpraca ze strzykawkami w rozmiarach10,20,30,50,60 ml | Tak |  |
|  | Ustawianie wartości ciśnienia okluzji min. 6 progów | Tak, podać |  |
|  | Możliwość zmiany prędkości podaży bez konieczności zatrzymania pompy | Tak |  |
|  | Programowanie: prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu | Tak |  |
|  | Wyświetlanie nazw min 30 leków (możliwość wymiany wszystkich nazw leków) | Tak |  |
|  | Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (min 3 profile) | Tak |  |
|  | Możliwość programowania pompy w różnych jednostkach: objętości, masy oraz z uwzględnieniem masy ciała pacjenta | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe 100-240 V; 50/60 Hz | Tak |  |
|  | Zasilacz sieciowy wbudowany w urządzenie | Tak |  |
|  | Czytelny wyświetlacz z tylnym podświetleniem | Tak |  |
|  | Port komunikacyjny RS-232 | Tak |  |
|  | Masa (z akumulatorem) max do 3 kg | Tak, podać |  |
|  | Zintegrowany uchwyt do przenoszenia | Tak |  |
|  | Zintegrowany uchwyt do mocowania pompy do rur pionowych | Tak |  |
|  | Stopień ochrony min BF | Tak |  |
|  | Wszystkie komunikaty w języku polskim | Tak |  |
|  | Klawiatura numeryczna, blokada klawiatury | Tak |  |
|  | Alarmy: okluzji, brak przepływu, brak zasilania ,rozładowania się baterii, bliskiego końca infuzji,źle zamocowanej strzykawki, KVO, błąd wewnętrzny | Tak |  |
|  | Regulacja głośności alarmu | Tak |  |
| **Pozostałe wymagania** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny. | Tak |  |
|  | Certyfikat CE | Tak |  |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | Tak |  |
|  | Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji | Tak |  |

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 2** |
| **PULSOKSYMETR PRZENOŚNY szt. 1 (mały)**  |
| **Informacje ogólne** |
| 1 | Producent/ dostawca | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji 2017 | TAK |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** |
| 5 | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 8 lat | Tak |  |
| 6 | Autoryzowany serwis na terenie Polski | TAK (podać dane adresowe) |  |
| 8 | Forma zgłoszeń reklamacji i napraw | Tak (podać poczta, fax, poczta elektroniczna,Telefon) |  |
| 9 | Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego | Tak |  |
| 10 | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim | Tak |  |
| **Opis parametrów** |
| **Zasilanie** |
| 11 | Zasilanie akumulatorowe | Tak |  |
| 12 | Czas pracy min. 30 h | Tak |  |
| 13 | Czas ładowania max 4 h |  |  |
| **Mierzone parametry** |
| 14 | Saturacja SpO2 | Tak |  |
| 15 | Puls | Tak |  |
| **Zakres mierzonych parametrów** |
| 16 | Zakres pomiaru SpO2 min 0-100% | Tak |  |
| 17 | Zakres pomiaru puls min. 25-300 bpm | Tak |  |
| 18 | Standardowy czujnik dla dorosłych | Tak |  |
| 19 | Czujnik pediatryczny typu Y | Tak |  |
| **Dokładność pomiaru** |
| 20 | SpO2 w zakresie 70-100% min +/- 3% | Tak |  |
| 21 | Puls ( bpm) min. +/- 2 bpm | Tak |  |
| **Inne** |
| 22 | Wyświetlacz graficzny LCD min (128\*64) | Tak |  |
| 23 | Wymiary | Podać |  |
| 24 | Waga maksymalna max.165 g | Podać |  |
| 25 | Kompatybilne z czujnikami Nellecor | Tak |  |
| 26 | Menu w języku polskim | Tak |  |
| **Alarmy** |
| 27 | Funkcja zmiany tonu w zależności od SPO2(Pitch Tone) | Tak |  |
| 28 | Niskiego stanu naładowania baterii/akumulatora | Tak |  |
| 29 | Możliwość włączenia lub wyłączenia alarmów | Tak |  |
| 30 | Możliwość konfiguracji alarmów | Tak |  |
| **Pozostałe wymagania** |
| 31 | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny. | Tak |  |
| 32 | Certyfikat CE | Tak |  |
| 33 | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | Tak |  |
| 34 | Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji | Tak |  |

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 3** |
| **DEFIBLYRATOR KLINICZNY szt.1** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wartość wymagana (graniczna) | Potwierdzić (wpisując „TAK”) i podać oferowany parametr (w przypadku wartości granicznych) |
| **Informacje ogólne** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji 2017 | Tak |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** |
| 6 | W cenie oferty bezpłatny przegląd serwisowy w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | Tak |  |
| 7 | Autoryzowany serwis na terenie Polski | Tak podać (podać dane adresowe) |  |
| 8 | Forma zgłoszeń reklamacji i napraw | Tak podać (podać poczta, fax, poczta elektroniczna,Telefon) |  |
| 9 | Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.2 dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 10 | Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego | Tak |  |
| 11 | W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia | Tak |  |
| 12 | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim | Tak |  |
| **Opis parametrów** |
| 13 | Defibrylator dwufazowy | Tak |  |
| 14 | Defibrylacja dzieci i dorosłych | Tak |  |
| 15 | Dwufazowa fala defibrylacji | Tak |  |
| 16 | Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J | Tak |  |
| 17 | Energia dostępna na min. 22 poziomach | Tak |  |
| 18 | Czas ładowania do pełnej energii < 9 sek. | Tak |  |
| 19 | Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i mniejsze łyżki dla dzieci | Tak |  |
| 20 | Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja)Możliwość wykonania kardiowersji także bez kabla ekg (wtedy odczyt sygnału EKG do synchronizacji z łyżek twardych defibrylatora) oraz zapewniona możliwość wykonania kardiowersji z wykorzystaniem kabla ekg 3 żyłowego | Tak |  |
| 22 | Kolorowy ekran o przekątnej min. 6,5 cala, LCD TFT z aktywną matrycą, rozdzielczość ekranu nie gorszej niż 640 x 480 pikseli | Tak |  |
| 23 | Oprogramowanie w języku polskim | Tak |  |
| 24 | Zasilanie z sieci 230 V/50Hz i z akumulatora wewnętrznego. Możliwość min. 90-cio minutowego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego.Nieograniczone w czasie monitorowanie i nieograniczone co do liczebności defibrylacje z zasilania sieciowego. | Tak |  |
| 25 | Masa defibrylatora z wbudowanymi parametrami (defibrylacja, kardiowersja, EKG/Resp, rejestrator) wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych) poniżej 7 kg | Tak |  |
| 26 | Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości > 50mm,Wyposażenie do rejestratora: 2 rolki papieru termicznego Możliwość jednoczesnego wydruku min. 3 odprowadzeń EKG | Tak |  |
| 27 | EKGMonitorowanie EKG poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający jednoczesną obserwację 6 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVr, aVl, aVf).Możliwość monitorowania także odprowadzenia przedsercowego V po zakupie kabla ekg 5 żyłowegoMin. 5 wartości wzmocnienia dla 1mV: x0,25; x0,5; x1; x2; x4Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany przynajmniej w min. zakresie pomiarowym od 15 do 300 uderzeń/minWyposażenie: kabel ekg 3 żyłowy | Tak |  |
| 28 | Pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 5-150 oddechów/min z prezentacją krzywej oraz z alarmem bezdechu w zakresie min. 5-45 s | Tak |  |
| 29 | Alarmy wizualne i dźwiękowe z możliwością ich zawieszania i wyłączania dla EKG i Resp. Możliwość dowolnego ustawiania wszystkich granic alarmowych przez użytkownika. | Tak |  |
| 30 | Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali ekg, i fali oddechu z ostatnich min. 6 godzin monitorowania oraz min. 800 zdarzeń defibrylatora z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika | Tak |  |
| 31 | Zapewnienie możliwości wykonania defibrylacji testowej przy użyciu łyżek twardych z wydrukiem wydatkowanej energii bez zewnętrznych testerów (tester wbudowany w defibrylator) | Tak |  |
| 33 | Funkcja autotesu: defibrylator załącza się, testuje, drukuje raport z autotesu i się wyłącza.Użytkownik ma możliwość zmiany godziny autotestu | Tak |  |
| 34 | Możliwość rozbudowy o nieinwazyjny pomiar ciśnienia, saturację i stymulację przezskórną | Tak |  |
| **Wyposażenie dodatkowe** |
| 35 | Stojak ze stali nierdzewnej, osadzony na podstawie wyposażonej w 6 łożyskowanych kół z blokadą min. dwóch kół, wyposażony w koszyk na akcesoria i półkę posiadającą mechanizm szybkiego montażu defibrylatora bez użycia narzędzi i śrub | Tak |  |
| 36 | Dwa komplety jednopacjentowych elektrod pediatrycznych do defibrylacji i kardiowersji z możliwością ich zastosowania na życzenie obsługi zamiast łyżek twardych | Tak |  |
| **Pozostałe wymagania** |
| 37 | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny. | Tak |  |
| 38 | Certyfikat CE | Tak |  |
| 39 | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | Tak |  |
| 40 | Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji | Tak |  |