Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Pakiet VI – defibrylator

Marka, typ, nazwa handlowa oferowanego przedmiotu zamówienia (należy wskazać)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wymagane i oferowane parametry techniczne

Instrukcja wypełnienia:

1. W kolumnie „Parametry oferowane” w miejscach wykropkowanych należy wpisać (skonkretyzować) parametry oferowanego defibrylatora, natomiast w kolumnie „**TAK/NIE**” należy wpisać jedną z podanych odpowiedzi.
2. Wszystkie pozycje w kolumnie „Parametry wymagane” określają parametry wymagane przez Zamawiającego, zatem zaznaczenie odpowiedzi ,,nie” lub nieuzupełnienie wykropkowanych miejsc będzie skutkowało uznaniem, że oferta nie odpowiada wymaganiom Zamawiającego, a tym samym zostanie odrzucona.

**Wymagane i oferowane parametry techniczne**

**defibrylatora**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagania Zamawiającego** | **Parametry wymagane / Punktacja w kryterium parametry techniczne** | **Parametry oferowane**  **( Wpisać TAK/NIE, podać zakres, opisać)** |
| **Wymagania podstawowe** | | | |
|  | Defibrylator  Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024 | TAK |  |
|  | Przenośny, transportowy, stosowany przez zespoły ratownictwa medycznego, wraz z torbą transportową z wbudowanym uchwytem transportowym | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci. | TAK |  |
|  | Minimum 3 sztuki akumulatorów | TAK |  |
|  | Ładowanie akumulatorów z sieci 230V AC i 12V DC | TAK |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 120 minut monitorowania | TAK |  |
|  | Ciężar defibrylatora z bateriami poniżej 10 kg | TAK |  |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia lub automatyczny test sprawności przeprowadzony bezpośrednio po włączeniu aparatu oraz okresowo w czasie jego pracy. | TAK |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | TAK |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum 5 - 360 J w trybie normalnym | TAK |  |
|  | Dostępne poziomy energii defibrylacji – minimum 15 | TAK |  |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji pacjenta | TAK |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki twarde i elektrody naklejane, widoczne w RTG | TAK |  |
|  | W wyposażeniu komplet łyżek umożliwiających defibrylację dorosłych i dzieci oraz min. 2 komplety elektrod naklejanych wraz z niezbędnym okablowaniem do monitorowania i elektroterapii | TAK |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, posiadające przycisk umożliwiający drukowanie | TAK |  |
| 17 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK |  |
| 18 | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK |  |
| 19 | Regulacja prądu stymulacji min. 0-200 mA  lub regulacja prądu stymulacji w zakresie 0-140 mA ze skokiem regulacji 2 mA | TAK |  |
| 20 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
| 21 | Automatyczna interpretacja 12-odprow. badania EKG | TAK |  |
| 22 | Alarmy częstości akcji serca | TAK |  |
| 23 | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min | TAK |  |
| 24 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 3 cm/Mv | TAK |  |
| 25 | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | TAK |  |
| 26 | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 5” | TAK |  |
| 27 | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 50 mm | TAK |  |
| 28 | Kardiowersja | TAK |  |
| 29 | Saturacja (SpO2) | TAK |  |
| 30 | Czujnik Massimo Rainbow do SpO2 dla dorosłych, SpCO, SpMet | TAK |  |
| 31 | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia | TAK |  |
| 32 | Kapnometria etCO2 | TAK |  |
| 33 | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | TAK |  |
| 34 | Urządzenie posiada aplikację nadawczą umożliwiającą współpracę z tabletami działającymi w środowisku Windows (XP, 7) stanowiącymi wyposażenie Zespołów Ratownictwa Medycznego województwa małopolskiego | TAK |  |
| 35 | Zainstalowana oraz uruchomiona na tabletach działających w środowisku Windows (XP, 7) stanowiących wyposażenie Zespołów Ratownictwa Medycznego województwa małopolskiego aplikacja nadawcza nie może przekroczyć 10% obciążenia procesora, jak również nie może wykorzystać więcej niż 10 MB pamięci operacyjnej  Sprawdzenia spełnienia w/w wymogów dokona Zamawiający Wspólnie w obecności Wykonawcy w systemie Windows (XP,7) w „Menadżerze zadań Windows” na tabletach, na których zainstalowana zostanie zaoferowana aplikacja nadawcza. | TAK |  |
| 36 | Urządzenie posiada moduł Bluetooth umożliwiający współpracę z tabletami działającymi w środowisku Windows (XP, 7) stanowiącymi wyposażenie Zespołów Ratownictwa Medycznego województwa małopolskiego | TAK |  |
| 37 | Urządzenie umożliwia transmisję danych medycznych za pośrednictwem tabletu działającego w środowisku Windows (XP, 7) do SYSTEMU LIFENET, który dalej przesyła je do aplikacji odbiorczych znajdujących się w Pracowniach Hemodynamiki w województwie małopolskim | TAK |  |
| 38 | Moduł GSM 4G do teletransmisji | TAK |  |
| 39 | Torba transportowa | TAK |  |
| 40 | Wszystkie opisy pokręteł, przycisków funkcyjnych na urządzeniu oraz komunikaty dźwiękowe, drukowane na wydruku i wyświetlane na ekranie w języku polskim | TAK |  |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą defibrylatora | TAK |  |
| 2. | Dostawa defibrylatora do 60 dni od daty obowiązywania umowy. | TAK |  |
| 3. | Szkolenie personelu w zakresie obsługi w siedzibie każdego Zamawiającego Wspólnie do 90 dni od daty obowiązywania umowy. | TAK |  |
| 4. | Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) dotyczące oferowanych defibrylatorów oraz ich zdjęcie (fotografię) | TAK |  |
| 5. | Gwarancja, bezpłatne przeglądy okresowe zgodnie z wymaganiami zawartymi w instrukcji obsługi urządzeń oraz bezpłatny serwis w okresie min. 24 miesięcy od daty protokolarnego odbioru uruchomionych defibrylatorów i przez cały okres licencji w przypadku aplikacji. | TAK/wydłużenie gwarancji :  do 6 m-cy -20 pkt.  powyżej 6 m-cy 40 pkt |  |
| 6. | 5-letnia licencja na aplikację wraz ze wszystkimi aktualizacjami dostępnymi w tym okresie | TAK |  |
| 7. | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia usterki w zakresie defibrylatorów oraz w zakresie aplikacji maksymalnie do 24 godzin. | TAK |  |
| 8. | Gwarantowany czas od zgłoszenia usterki do jej usunięcia w zakresie defibrylatorów maksymalnie do 5 dni roboczych, w zakresie aplikacji maksymalnie do 2 dni roboczych | TAK |  |
| 9. | Wstawienie urządzenia zastępczego w przypadku naprawy trwającej powyżej 5 dni roboczych | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji dowóz urządzenia do naprawy lub przyjazd serwisanta do siedziby Zamawiającego na koszt Wykonawcy. | TAK |  |

**Niespełnienie wyżej wyszczególnionych parametrów spowoduje odrzucenie oferty**

........................................................................................................................

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy