Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 1 - Zestaw sprzętu KINEKT wraz z oprogramowaniem

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | Zestaw sprzętu KINEKT wraz z oprogramowaniem | kpl. | 1 |  |  |  |  |  |  |

Aparat musi spełniać wszystkie niżej wymienione wymagania

Uwaga:

1. Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą być poparte oryginalnym prospektem firmowym producenta załączonym do tabeli
3. Wartości zdefiniowane w poniższej tabeli wyrażeniem TAK należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne)** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Kamera z oprogramowanie medycznym pozwalającym na terapię z biofeedback – 1 szt.** | Producent/nazwa |  |
| 1. | Diagnostyka – m.in. zakres ruchów, zasięg pacjenta. Pomiar katów, prędkości i przyśpieszenia podczas ćwiczeń. | Tak |  |
| 2. | Wszelkie uzyskane dane diagnostyczne zapisywane automatycznie w oprogramowaniu sterującym urządzeniem | Tak |  |
| 3. | Biofeedback w czasie rzeczywistym podczas prowadzenia ćwiczeń | Tak |  |
| 4. | Możliwość prowadzenia ćwiczeń statycznych i dynamicznych | Tak |  |
| 5. | Prowadzenie ćwiczeń dotyczących wybranych segmentów ciała lub całości ciała w pozycji stojącej lub siedzącej | Tak |  |
| 6. | Natychmiastowy biofeedback – stały monitoring pacjenta oraz motywacja w trakcie ćwiczeń | Tak |  |
| 7. | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych szablonów ćwiczeń dla pacjentów – również w czasie prowadzenia ćwiczeń | Tak |  |
| 8. | Możliwość prowadzenia ćwiczeń tylko dla jednej, konkretnej kończyn w danym czasie | Tak |  |
| 9. | Możliwość prowadzenia ćwiczeń samowspomaganych | Tak |  |
| 10. | Możliwość ćwiczenia funkcji poznawczych | Tak |  |
| 11. | Możliwość dostosowywania poziomu trudności ćwiczeń do aktualnych potrzeb pacjenta w czasie trwania ćwiczeń | Tak |  |
| 12. | Bank minimum 40 gier terapeutycznych | Tak |  |
| 13. | Możliwość generowania plików pdf z opisem ćwiczeń oraz postępu pacjenta, które będzie można importować do systemu HIS | Tak |  |
| **II** | **Zestaw osprzętu** |  |  |
| 1. | Stabilny stojak na kółkach dla pacjenta | Tak |  |
| 2. | Monitor dla pacjenta minimum 42 cale | Tak |  |
| 3. | Kamera umożliwiająca pacjentowi interakcję z oprogramowaniem, wykorzystująca gesty oraz ruch kończyn jak i całego ciała | Tak |  |
| 4. | Możliwość regulacji pozycji monitora dla pacjenta | Tak |  |
| 5. | Obsługa komputera z dołączonej klawiatury bezprzewodowej z wbudowaną myszką | Tak |  |
| 6. | Komputer spełniający minimalne wymagania: - system operacyjny Windows 10 w wersji 17763.0 lub nowszy – 64 bit,- komputer PC z procesorem min. 2 GHz,- pamięć min. 8 GB RAM,- karta grafiki zgodna z NVidia GeForce 1050- wymagane złącza:2 x USB (3.0)2 x USB (2.0) | Tak |  |
| 7. | Stabilny stojak na kółkach dla terapeuty | Tak |  |
| 8. | Montaż, uruchomienie i konfiguracja zestawów | Tak |  |
| 9. | Szkolenie dla personelu obsługi | Tak |  |
| 10. | Serwis z czasem reakcji maks. do 72 godz. w dni robocze | Tak |  |
| 11. | Serwis zdalny w zakresie diagnozy i naprawy oprogramowania | Tak/Nie |  |
| 12. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |
| 13. | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2023. | Tak |  |

|  |
| --- |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznym |
| lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 2 - Kardiomonitor

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | Kardiomonitor | Szt. | 3 | 6321,76 | 18965,28 | 8 | 20482,50 |  |  |

Aparat musi spełniać wszystkie niżej wymienione wymagania

Uwaga:

1.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą być poparte oryginalnym prospektem firmowym producenta załączonym do tabeli

3.Wartości zdefiniowane w poniższej tabeli wyrażeniem TAK należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry**  | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowanaPodać wartość parametrów** |
| 1. | Ekran Kolorowy dotykowy o przekątnej min 12 cala  | TAK |  |
| 2. | Menu w języku polskim  | TAK |  |
| 3. | Zasilanie sieciowo akumulatorowe ( nie mniej niż 2,5 h pracy baterii) | TAK |  |
| 4. | Analiza odcinka ST | TAK |  |
| 5. | Analiza arytmii  | TAK |  |
| 6. | Wymagane mierzone parametry :-wzmocnienie w czterech zakresach - EKG zakres pulsu 20bpm~300bpm-wybór odprowadzeń I II III aVR, aVL, aVF, V | TAK |  |
| 7. | Pomiar **SpO2 & PR (SATURACJA I PULS)**- zakres SpO2: 35%~100- zakres PR: 30bpm~240bpm | TAK |  |
| 8. | Temperatura  -zakres pomiarowy nie mniejszy niż 25.0°C~45.0°C- dokładność pomiarowa: ±0.2°C | TAK |  |
| 9. | RES -Metoda pomiaru: impedancja klatki piersiowej- zakres pomiaru: 0-120 razy / min- dokładność pomiaru: ±5% lub ±2rpm w zależności co większe | TAK |  |
| 10. | **NIBP (NIEINWAZYJNY POMIAR CIŚNIENIA)**- metoda pomiaru: oscylometryczna- napełnianie mankietu: < 10 sekund (typowy mankiet dla dorosłych)- zakres pomiarowy: Ciśnienie skurczowe: ciśnienie rozkurczowe : średnie ciśnienie tętnicze- skurczowe dorosły zakres nie mniej : 40~255mmHg -rozkurczowe nie mniej 10-210 mmHg- tryb pomiaru: Manualny, Auto, STAT | TAK |  |
| 11. | System alarmów dźwiękowych i wizualnych  | TAK |  |
| 12. | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | TAK |  |
| 13. |  Ochrona przed interferencja spowodowaną defibrylatorami  | TAK |  |
| 14. | Wskaźnik nieprawidłowego użycia  | TAK |  |
| 15. | Przechowywane informacje o trendach tabelarycznie i graficznie | TAK |  |
| 16. | Kabel EKG 5 żyłowy , elektrody do EKG 10 szt. | TAK |  |
| 17. | Czujnik klipsowy dla dorosłego SPO2 -1 szt. | TAK |  |
| 18. | Czujnik temperatury 1 szt. | TAK |  |
| 19. | Minimum 12 miesięcy gwarancji  | TAK |  |
| 20. | Certyfikat CE, Deklarację Zgodności, Powiadomienie do Rejestru Wyrobów Medycznych  | TAK |  |
| 21. | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |
| 22. | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2023. | TAK |  |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznymlub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 3 – Ssak

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | Ssak | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |

Aparat musi spełniać wszystkie niżej wymienione wymagania

Uwaga:

1.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą być poparte oryginalnym prospektem firmowym producenta załączonym do tabeli

3.Wartości zdefiniowane w poniższej tabeli wyrażeniem TAK należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wymagane parametry :** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****Podać wartości** |
| 1. | Podciśnienie maksymalne: nie mniejsze niż -80 kPa | TAK |  |
| 2. | Przepływ maksymalny nie mniejszy niż 40 l/min | TAK |  |
| 3. | Cykl pracy- praca ciągła,  | TAK |  |
| 4. | Wskaźnik i regulator podciśnienia | TAK |  |
| 5. | Waga: do 15 kg | TAK |  |
| 6. | Filtr bakteriobójczy  | TAK |  |
| 7. | Zasilanie bateryjne i sieciowe | TAK |  |
| 8. | Wyłącznik nożny  | TAK |  |
| 9. | Waga: do 15 kg | TAK |  |
| 10. | Norma CEI 62-5 (IEC 601-1) - 93/42 EEC | TAK |  |
| 11. | Wyposażony w dreny silikonowe  | TAK |  |
| 12. | Posiadający kółka jezdne  | TAK |  |
| 13. | Dwa zbiorniki o poj. 2l nadające się do sterylizacji  |  |  |
| 14. | minimum 12 miesięcy gwarancji  | TAK |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 16. | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2023. | TAK |  |

|  |
| --- |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznym |
| lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 4 – Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

Aparat musi spełniać wszystkie niżej wymienione wymagania

Uwaga:

1.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą być poparte oryginalnym prospektem firmowym producenta załączonym do tabeli

3.Wartości zdefiniowane w poniższej tabeli wyrażeniem TAK należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wartość wymagana** | **Podać wartość parametrów** |
| 1. | Łatwa obsługa i programowanie  | TAK |  |
| 2. | Obsługa strzykawek o pojemnościach 5,10, 20, 30/35, 50/60 ml   | TAK |  |
| 3.  | Prędkości i dawki, prędkości, dawki i czasu lub prędkości i czasu.  | TAK |  |
| 4. | Duży, czytelny wyświetlacz | TAK |  |
| 5. | Rozbudowany system alarmów | TAK |  |
| 6. | Informacja o stanie naładowania    akumulatora | TAK |  |
| 7. | Możliwość prowadzenia dwóch niezależnych infuzji | TAK |  |
| 8. | Czas infuzji nie mniej niż 24 godz..  | TAK |  |
| 9. | Wbudowany system testów  | TAK |  |
| 10. | Wbudowana biblioteka leków  | TAK |  |
| 11. | Możliwość mocowania na statywie , na łóżku lub specjalnej szynie | TAK |  |
| 12. | Biblioteka leków- możliwość edytowania  | TAK |  |
| 13. | Certyfikat CE 0123, deklaracja zgodności | TAK |  |
| 14. | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |
| 15. | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2023. | TAK |  |

|  |
| --- |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznym |
| lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 5 – Medyczny koncentrator tlenu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | **Medyczny koncentrator tlenu** składający się z min.: (1 szt. XX, 3 szt. IV)- nawilżacz powietrza - kaniula nosowa 2 szt. - filtr wewnętrzny powietrza - filtr zewnętrzny powietrza 2szt. - kabel zasilającyMinimalne parametry:- 24 godziny ciągłej pracy, gwarancja min. 10 000 godzin pracy- wskaźnik czystości tlenu- ekran LCD- alarm wyłączenia zasilania, alarm spadku napięcia- timer odmierzający i pokazujący czas- max. przepływ 5 l / min- max. stężenie tlenu: od 88% do 96% - system kontroli czasu zdalnego- pobór mocy ≤ 480 W.- Stężenie tlenu przy danym przepływie: do 96% przy 0,5l-5l/min- hałas ≤45 dB (A)- waga max 25 kg- zasilanie sieciowe Instrukcja obsługi w języku polskimCE, ISO13485 zatwierdzony przez TUV SUD | Szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |

\* WYKONAWCA JEST ZOBOWIĄZANY DO JEDNOZNACZNEGO OKREŚLENIA ZAOFEROWANYCH W OFERCIE PRODUKTÓW, CHARAKTERYZUJĄC JE POPRZEZ WSKAZANIE NAZW PRODUCENTÓW WYROBÓW I ICH NAZW HANDLOWYCH LUB NUMERÓW KATALOGOWYCH.

|  |
| --- |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznym |
| lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 6 – Wirówka Laboratoryjna

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | Wirówka laboratoryjna | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

Aparat musi spełniać wszystkie niżej wymienione wymagania

Uwaga:

1.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą być poparte oryginalnym prospektem firmowym producenta załączonym do tabeli

3.Wartości zdefiniowane w poniższej tabeli wyrażeniem TAK należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wartość wymagana** | **Podać wartość parametrów** |
| 1. | Efektywny system wentylacji | TAK |  |
| 2. | Z funkcją grzania | TAK |  |
| 3.  | Funkcja opóźnionego startu | TAK |  |
| 4. | Bezobsługowy silnik indukcyjny | TAK |  |
| 5. | Nowoczesny układ programowania | TAK |  |
| 6. | Duży wyświetlacz graficzny LCD – wygaszanie ekranu po okresie bezczynności | TAK |  |
| 7. | Jednoczesne wskazanie na wyświetlaczu zadanej i bieżącej wartości prędkości, RCF, czasu | TAK |  |
| 8. | Regulacja RPM/RCF | TAK |  |
| 9. | Manualne ustawianie promienia wirowania (z automatyczną korektą RCF) | TAK |  |
| 10. | Dwa tryby zliczania czasu: od naciśnięcia klawisza start lub od osiągnięcia zadanej prędkości  | TAK |  |
| 11. | Tryb pracy ciągłej – HOLD | TAK |  |
| 12. | Praca w trybie SHORT | TAK |  |
| 13. | Możliwość zmiany parametrów podczas wirowania | TAK |  |
| 14. | Automatyczna identyfikacja wirnika | TAK |  |
| 15. | Automatyczne otwieranie pokrywy | TAK |  |
| 16. | Zamek domykający pokrywę | TAK |  |
| 17. | Rejestrowanie parametrów wirowania (przez złącze USB) | TAK |  |
| 18. | Zmiana języka menu (min. PL, EN, ES, IT, DE, PT, RU, FR, SE, CZ) | TAK |  |
| 19. | Blokowanie wybranych funkcji, ochrona dostępu przy użyciu hasła | TAK |  |
| 20. | Czujnik niewyważenia | TAK |  |
| 21. | Blokada pokrywy podczas wirowania | TAK |  |
| 22. | Blokada startu przy otwartej pokrywie | TAK |  |
| 23. | Awaryjne otwieranie pokrywy | TAK |  |
| 24. | Termiczne zabezpieczanie silnika | TAK |  |
| 25. | Produkt zgodny z normami EN-61010-1 i EN-61010-2-020, EN-61010-2-101 | TAK |  |
| 26. | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2023. | TAK |  |

|  |
| --- |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznym |
| lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 7 – Mikroskop biologiczny

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | Mikroskop biologiczny | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

Aparat musi spełniać wszystkie niżej wymienione wymagania

Uwaga:

1.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą być poparte oryginalnym prospektem firmowym producenta załączonym do tabeli

3.Wartości zdefiniowane w poniższej tabeli wyrażeniem TAK należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wartość wymagana** | **Podać wartość parametrów** |
| 1. | Mikroskop rutynowy, dolnostolikowy do prowadzenia obserwacji w polu jasnym w świetle przechodzącym | TAK |  |
| 2. | Wyposażony w optykę korygowaną na nieskończoność | TAK |  |
| 3.  | Posiada port kamery do systemów obrazowania cyfrowego | TAK |  |
| 4. | Umożliwia rozbudowę o pole ciemne | TAK |  |
| 5. | **STATYW MIKROSKOPU**· uchwyt rewolwerowy na min. 4 obiektywy· wbudowany bezkrawędziowy stolik mechaniczny z samootwierającym się uchwytem na preparat, regulacją przesuwu po prawej stronie, o wymiarach 210x155 [mm] +/- 5 mm oraz przesuwie 76x52 [mm] +/- 2 mm· śruby mikro i makro regulacji wysokości stolika w zakresie 15mm +/- 3 mm o odczycie 2,5 mikrometra, z regulacją siły nacisku śruby zgrubnej regulacji, posiadający mechanizm blokady | TAK |  |
| 6. | **NASADKA  OKULAROWA**· kąt pochylenia min. 30 stopni - regulacja dioptrii w jednym z tubusów w zakresie -5+5 dioptrii· zakres regulacji rozstawu okularów 48-75 mm,· trinokularna (z fototubusem) | TAK |  |
| 7. | **OŚWIETLENIE**· LED - regulacja natężenia światła płynna, wyskalowana· odrębny włącznik światła· stabilne, bezcieniowe, równomierne w całym polu oświetlenie w systemie Koehlera | TAK |  |
| 8. | **OKULARY**· szerokokątne o powiększeniu 10x i  polu widzenia FN 20 lub 15x FN 16· ergonomiczne, gumowe, wywijane muszle oczne | TAK |  |
| 9. | **KONDENSOR**· typu Abbego, NA1.25· wbudowana przesłona aperturowa | TAK |  |
| 10. | **OBIEKTYWY - w systemie optyki korygowanej do nieskończoności**(możliwe opcje)· planachromatyczny     4x/0.10· planachromatyczny   10x/0.25· planachromatyczny   20x/0.40· planachromatyczny   40x/0.65· planachromatyczny 100x/1.25 imersyjny z mechanizmem teleskopowym | TAK |  |
| 11. | Możliwość rozbudowy o  pole ciemne | TAK |  |
| 26. | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2023. | TAK |  |

|  |
| --- |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznym |
| lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 8 – Aparat do znieczulenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | Aparat do znieczulenia | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

Aparat musi spełniać wszystkie niżej wymienione wymagania

Uwaga:

1.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą być poparte oryginalnym prospektem firmowym producenta załączonym do tabeli

3.Wartości zdefiniowane w poniższej tabeli wyrażeniem TAK należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

**Minimalne wymagane parametry:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowanaPodać wartość parametrów** |
| **I** | **Parametry ogólne** |  |  |
| 1. | Aparat na podstawie jezdnej, hamulec centralny co najmniej dwóch przednich kół lub indywidualne hamulce na wszystkich kołach | TAK |  |
| 2. | Fabryczne uchwyty na dwie 10 litrowe butle rezerwowe, reduktory do butli O2 i N2O niewbudowane | TAK |  |
| 3.  | Aparat przystosowany do pracy z zastosowaniem tlenu z butli | TAK |  |
| 4. | Podgrzewany system oddechowy, możliwe wyłączenie/ włączenie podgrzewania przez użytkownika w czasie znieczulania | TAK |  |
| 5. | Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu z wbudowanego akumulatora na co najmniej 45 minut | TAK |  |
| 6. | Wbudowane, regulowane - co najmniej trzystopniowe, oświetlenie powierzchni roboczej | TAK |  |
| 7. | Jedna duża szuflada na akcesoria, blokowana | TAK |  |
| 8. | Prezentacja ciśnień gazów w sieci centralnej i w butlach rezerwowych na ekranie głównym respiratora lub na ekranie LCD monitora stanu aparatu do znieczulania | TAK, podać |  |
| 9. | System bezpieczeństwa zapewniający co najmniej 25% udział O2 w mieszaninie z N2O | TAK |  |
| 10. | Elektroniczny mieszalnik: zapewniający utrzymanie ustawionego wdechowego stężenia tlenu przy zmianie wielkości przepływu świeżych gazów i utrzymanie ustawionego przepływu świeżych gazów przy zmianie stężenia tlenu w mieszaninie podawanej do pacjenta  | TAK |  |
| 11. | Aparat z czujnikami przepływu wdechowym i wydechowym. Czujniki wykorzystujące do pomiaru zasadę termoanemometrii elektrycznej. Czujniki mogą być sterylizowane parowo  | TAK |  |
| 12. | Wirtualne przepływomierze, stężenie O2 w mieszaninie podawanej do pacjenta i przepływ świeżych gazów prezentowane na ekranie głównym aparatu | TAK |  |
| 13. | Aparat przystosowany do prowadzenia znieczulania w technice Low Flow i Minimal Flow | TAK |  |
| 14. | Regulowany zawór ograniczający ciśnienie w trybie wentylacji ręcznej (APL) z funkcją natychmiastowego zwolnienia ciśnienia w układzie bez konieczności skręcania do minimum | TAK, opisać |  |
| 15. | Wbudowany przepływomierz O2 do niezależnej podaży tlenu przez maskę lub kaniulę donosową, regulacja przepływu co najmniej od 0 do 15 l/min | TAK, podać |  |
| 16. | Złącza do podłączenia jednego lub dwóch parowników | TAK, podać |  |
| 17. | Aparat wyposażony w parownik na gaz | TAK |  |
| 18. | Aparat wyposażony w kardiomonitor o min. parametrach: - algorytm analizy arytmii EKG-Pro, - wieloodprowadzeniowa analiza w 4 odprowadzeniach jednocześnie spełniająca wymagania AHA,- ciągła analiza ST we wszystkich monitorowanych odprowadzeniach,- pamięć min. 168 godzin trendów, min. 200 wycinków krzywych dynamicznych, historia zdarzeń alarmowych, |  |  |
| **II** | **Respirator, tryby wentylacji** |  |  |
| 19. | Respirator z napędem elektrycznym lub ekonomiczny respirator z napędem pneumatycznym nie zużywający tlenu do napędu | TAK |  |
| 20. | Wentylacja kontrolowana objętościowo | TAK |  |
| 21. | Wentylacja kontrolowana ciśnieniowo | TAK |  |
| 22. | Wentylacja synchronizowana ze wspomaganiem ciśnieniowym oddechów spontanicznych w trybie kontrolowanym objętościowo i w trybie kontrolowanym ciśnieniowo (VCV-SIMV/PS, PCV-SIMV/PS) | TAK |  |
| 23. | CPAP/PSV | TAK |  |
| 24. | Funkcja Pauzy (wstrzymanie pracy respiratora na czas odłączenia pacjenta - odessanie śluzu lub zmiana pozycji pacjenta na stole), czas trwania pauzy regulowany w zakresie do minimum 2 minut | TAK, podać |  |
| 25. | Tryb monitorowania pacjenta oddychającego spontanicznie (np. przy znieczuleniu miejscowym, po ekstubacji). Aktywny pomiar gazów, aktywne monitorowanie bezdechu. | TAK |  |
| 26. | Tryb typu: HLM, CBM, do stosowania gdy pacjent podłączony jest do maszyny płucoserce | TAK |  |
| 27. | Ze względów bezpieczeństwa automatyczne przełączenie na gaz zastępczy:-po zaniku O2 na 100 % powietrze-po zaniku N2O na 100 % O2-po zaniku Powietrza na 100% O2we wszystkich przypadkach bieżący przepływ Świeżych Gazów pozostaje stały (nie zmienia się) | TAK |  |
| 28. | Możliwość rozbudowy o funkcje: rekrutacji jednoetapowej i rekrutacji wieloetapowej | TAK |  |
| 29. | Awaryjna podaż O2 i anestetyku z parownika po awarii zasilania sieciowego i rozładowanym akumulatorze | TAK |  |
| **III** | **Regulacje**  |  |  |
| 30. | Zakres regulacji częstości oddechowej co najmniej od 3 do 100 odd/min | TAK, podać |  |
| 31. | Zakres regulacji plateau co najmniej od 5% do 60% | TAK, podać |  |
| 32. | Zakres regulacji I:E co najmniej od 4:1 do 1:8 | TAK, podać |  |
| 33. | Zakres regulacji objętości oddechowej w trybie kontrolowanym objętościowo co najmniej od 10 do 1500 ml | TAK, podać |  |
| 34. | Zakres regulacji czułości wyzwalacza co najmniej od 0,3 l/min do 15 l/min | TAK, podać |  |
| 35. | Ciśnienie wdechowe regulowane w zakresie co najmniej od 10 do 80 hPa (cmH2O) | TAK, podać |  |
| 36. | Regulacja czasu narastania ciśnienia - nachylenie | TAK, podać |  |
| 37. | Regulacja PEEP w zakresie co najmniej od 2 do 35 hPa (cmH2O); wymagana funkcja WYŁ (OFF) | TAK, podać |  |
| 38. | Zmiana częstości oddechowej automatycznie zmienia czas wdechu (Ti) - tzw. blokada I:E, możliwe wyłączenie tej funkcjonalności przez użytkownika | TAK |  |
| 39. | Zmiana PEEP automatycznie zmienia ciśnienie Pwdech (różnica pomiędzy PEEP i Pwdech pozostaje stała) możliwe wyłączenie tej funkcjonalności przez użytkownika | TAK |  |
| **IV** | **Prezentacje** |  |  |
| 40. | Prezentacja krzywych: p(t), CO2(t)  | TAK |  |
| 41. | Funkcja timera (odliczanie do zera od ustawionego czasu) pomocna przy wykonywaniu czynności obwarowanych czasowo, prezentacja na ekranie respiratora | TAK |  |
| 42. | Prezentacja ΔVT (różnicy między objętością wdechową a wydechową) | TAK |  |
| 43. | Funkcja stopera (odliczanie czasu od zera) pomocna przy kontroli czasu znieczulenia, kontroli czasu; prezentacja na ekranie respiratora | TAK |  |
| **V** | **Funkcjonalność** |  |  |
| 44. | Kolorowy ekran, o regulowanej jasności i przekątnej powyżej 15”, ustawianie parametrów za pomocą ekranu dotykowego i pokrętła funkcyjnego | TAK, podać |  |
| 45. | Pola parametrów wyświetlane na ekranie mogą być konfigurowane w czasie pracy, możliwe szybkie dopasowanie rozmieszczenia lub zmiany wyświetlanych parametrów w czasie operacji w zależności od aktualnych wymagań użytkownika | TAK |  |
| 46. | Możliwe ustawienie różnych kolorów parametrów, dostępna paleta co najmniej 5 kolorów, w celu łatwiejszego odczytu  | TAK |  |
| 47. | Wyświetlanie ustawionych granic alarmowych w polach parametrów | TAK |  |
| 48. | Możliwe kontynuowanie wentylacji mechanicznej w przypadku gdy pomiar przepływu ulegnie awarii (uszkodzony czujnik przepływu) | TAK |  |
| 49. | Konfiguracja urządzenia może być eksportowana i importowana do/z innych aparatów tej serii za pośrednictwem pamięci USB | TAK |  |
| 50. | Moduł pomiarów gazowych w aparacie. Pomiary i prezentacja: wdechowego i wydechowego stężenia: O2 (pomiar paramagnetyczny), N2O, CO2, anestetyków (sewofluran, izofluran, desfluran), Automatyczna identyfikacja anestetyków wziewnych. Pomiar w strumieniu bocznym, powrót próbki gazowej do systemu oddechowego. | TAK |  |
| 51. | Wykrywanie i wskazywanie mieszanin gazów znieczulających, wyświetlanie wartości xMAC | TAK |  |
| 52. | Eksport do pamięci zewnętrznej USB: widoku ekranu (np. widoku ekranu z wynikami testu gdy zachodzi potrzeba archiwizacji) | TAK |  |
| **V** | **Alarmy** |  |  |
| 53. | Funkcja Autoustawienia alarmów | TAK |  |
| 54. | Alarm ciśnienia w drogach oddechowych | TAK |  |
| 55. | Alarm objętości minutowej | TAK |  |
| 56. | Alarm bezdechu generowany na podstawie analizy przepływu, ciśnienia, CO2 | TAK |  |
| 57. | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2023. | TAK |  |
| **VI** | Wyposażenie inne |  |  |
| 58. | Dwusekcyjny stół o min. parametrach:- konstrukcja stalowa, malowana proszkowo,- komfortowa regulacja zagłówka za pomocą mechanizmu sprężynowego (od -60 do 60 stopni),- siłownik elektryczny do regulacji wysokości o sile min. 6000N,- antypoślizgowe stopki,- zestaw 4 kół jezdnych opuszczanych w dowolnej pozycji stołu za pomocą dźwigni nożnej,- sterowanie centralne z ramy stołu,- pręty do mocowania pasów stabilizacyjnych- zmywalna powierzchnia stołu- kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego- fabrycznie nowy, rok produkcji 2023 | TAK |  |

|  |
| --- |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznym |
| lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Część 9 – Aparat do terapii elektrowstrząsowej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostkamiary | Ilość | Cenajednostkowanetto[PLN] | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] | Nazwa producenta\* | Nazwa handlowa / numer katalogowy\* |
| 1. | Aparat do terapii elektrowstrząsowej | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

Aparat musi spełniać wszystkie niżej wymienione wymagania

Uwaga:

1.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2.Wszystkie parametry i wartości podane w poniższej tabeli muszą być poparte oryginalnym prospektem firmowym producenta załączonym do tabeli

3.Wartości zdefiniowane w poniższej tabeli wyrażeniem TAK należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowanaPodać wartość parametrów** |
| 1. | Nazwa | Podać |  |
| 2. | Producent | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji nie starszy niż 2023, urządzenie fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| 5. | Kompletny aparat kompaktowy z wbudowaną drukarką i akcesoriami, gotowy do wykonywania zabiegów | TAK |  |
| 6. | Monitorowanie i rejestracja sygnałów bioelektrycznych:- EEG- EKG- EMG | TAK |  |
| 7. | Ilość kanałów odczytu i wydruku na drukarce aparatu min. 4 | TAK |  |
| 8. | Dwie prędkości wydruku na wbudowanej drukarce | TAK |  |
| 9. | Współpraca z komputerem PC:- podgląd zabiegu na zewnętrznym monitorze, zapis w pamięci komputera, możliwość wydruku- możliwość przesyłania wykonanego badania z pamięci aparatu do komputera- możliwość wyłączenia drukarki aparatu przy zewnętrznym monitorowaniu zabiegu- oprogramowanie do rejestracji danych pacjentów, komunikacji z aparatem i analiz | TAK |  |
| 10. | Komplet indeksów pozabiegowych do oceny jakości zabiegu (minimum 4) | TAK |  |
| 11. | Kształt pojedynczego impulsu zabiegowego, prostokątny dwubiegunowy | TAK |  |
| 12. | Zakres szerokości pojedynczego impulsu zabiegowego od 0,25 – 1,5 ms | TAK |  |
| 13. | Zakres częstotliwości impulsów – minimum 20 – 90 Hz, | TAK |  |
| 14. | Czas trwania stymulacji – zakres minimum 0,5 – 6 sek, | TAK |  |
| 15. | Program podwojonej dawki energii bodźca zabiegowego, przeznaczonego dla pacjentów z bardzo wysokim progiem wywołania wstrząsu | TAK |  |
| 16. | Ciągłe monitorowanie oporności obwodu pacjenta podczas przygotowania i podawania impulsu | TAK |  |
| 17. | Ciągłe monitorowanie ruchu pacjenta podczas zabiegu poprzez pomiar rzeczywistej aktywności mięśniowej EMG | TAK |  |
| 18. | Alarm przedłużonego napadu | TAK |  |
| 19. | Aktywna funkcja alarmu bezpieczeństwa podczas wykonywania zabiegu | TAK |  |
| 20. | Funkcja dźwiękowego monitorowania sygnału EEG podczas zabiegu | TAK |  |
| 21. | Automatyczna ocena rzeczywistej długości napadu z analizy odczytów EEG, EMG i EKG | TAK |  |
| 22. | Program automatycznych nastawień optymalnej energii bodźca dostosowanych do wieku pacjenta  | TAK |  |
| 23. | Możliwość indywidualnego i automatycznego doboru parametrów składowych bodźca stymulacji (szerokość impulsu, częstotliwość, czas, energia) | TAK |  |
| 24. | Możliwość zapisania ustawień bodźca stymulacji w postaci oddzielnych programów użytkownika (minimum 6 programów) | TAK |  |
| 25. | Komplet akcesoriów niezbędnych do przeprowadzenia zabiegów wraz z zabiegowymi elektrodami stalowymi wielokrotnego użytku do zabiegów mono i bipolarnych, przyklejanymi jednorazowymi elektrodami zabiegowymi, uchwytem do elektrod wielorazowych i taśmą mocującą elektrody na głowie pacjenta (wymienić i podać ilość) | TAK |  |
| 26. | Oprogramowanie i instrukcje użytkownika oraz obsługi w języku polskim | TAK |  |

|  |
| --- |
| oświadczenie należy podpisaćkwalifikowanym podpisem elektronicznym |
| lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym |