**Zmodyfikowany załącznik nr 6 do SIWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Łóżka do intensywnej terapii w komplecie z materacami przeciwodleżynowymi ( 4 kpl.)**

**MODEL, TYP - ŁÓŻKA ……………………………………..…….……….**

**PRODUCENT - ŁÓŻKA …………………………………………….….…..**

**ROK PRODUKCJI (nie wcześniej niż 2018r.) ……………………………………………………**

**OKRES GWARANCJI (min. 24 miesięcy) …………………………………………………….**

1. **MINIMALNE PARAMETRY WYMAGANE - ŁÓŻKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**  | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| 1 | Długość całkowita łóżka bez przedłużenia leża215cm± 5cm |  |
| 2 | Szerokość całkowita łóżka przy całkowicie podniesionych/i opuszczonych barierkach bocznych 98cm **± 7cm** |  |
| 3 | Łóżko wyposażone w wskaźnik najniższej pozycji łóżka lub **Łóżko bez wskaźnika najniższej pozycji łóżka**  |  |
| 4 | Regulacja wysokości (elektryczne sterowanie) leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny (bez materaca) 40cm-80cm **± 10 cm** |  |
| 5 | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na kolumnach **lub** oparta na tzw. systemie dwóch ramion wznoszących (4 pkt podparcia) **lub**  oparta na ramionach wznoszących w systemie trapezowym. Prześwit pod łóżkiem **min .15cm** zapewniający swobodną współpracę z podnośnikami pacjenta |  |
| 6 | Leże podzielone na **4 segmenty z czego min. 3 ruchome**. Segmenty zdejmowane, wypełnione sztywnymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego |  |
| 7 | Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców |  |
| 8 | Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża **min**. 0 ÷ 62°  |  |
| 9 | Elektryczna regulacja segmentu uda wraz z autokonturem **lub** manualna regulacja segmentu uda **lub** elektryczną regulacją segmentu uda wraz z podudziem oraz dodatkową, mechaniczną regulacją segmentu podudzia |  |
| 10 | Elektryczna regulacja segmentu podudzia **lub**  mechaniczną regulację podudzia **lub** ręczna regulacja segmentu podudzia |  |
| 11 | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku. |  |
| 12 | Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga **min.**( - 16°) - (+ 16° ) |  |
| 13 | Elektrycznie regulowana pozycja krzesła kardiologicznego. Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku |  |
| 14 | Elektrycznie regulowana pozycja horyzontalna – pozioma realizowana z dowolnego ustawienia łóżka obniżając leże, do najniższej, bezpiecznej pozycji.Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. |  |
| 15 | Regulacje wszystkich elektrycznych funkcji łóżka dostępne obustronnie z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej dla personelu medycznego, z funkcjami selektywnej blokady. Wszystkie przyciski membranowe, wodoodporne. |  |
| 16 | Klawiatury do regulacji położenia łóżka (dla pacjenta) wbudowane w barierki boczne po obu stronach od strony wewnętrznej, z możliwością blokowania przez personel medyczny. Przyciski membranowe wodoodporne. |  |
| 17 | Bateria zasilania awaryjnego |  |
| 18 | 4 podwójne antystatyczne kółka o średnicy min 150mm **lub**4 podwójne kółka o średnicy min 150mm **lub**4 pojedyncze (w tym jedno antystatyczne) kółka o średnicy min. 150 mm**lub** 4 pojedyncze kółka o średnicy min. 150 mm |  |
| 19 | Centralna blokada wszystkich kół jednocześnie uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony nóg pacjenta. |  |
| 20 | Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka. |  |
| 21 | Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża **lub poruszające się wraz z segmentem oparcia pleców**, zapewniające ochronę pacjenta przed zakleszczeniem. Barierki wyposażone w wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia **lub wskaźniki kąta nachylenia segmentu pleców i ramy leża.** Wskaźniki stanowiące integralny element barierki oraz widoczne niezależnie od pozycji barierek **lub widoczne w pozycji barierek podniesionych.** Nie dopuszcza się stosowania wskaźników kąta nachylenia ramy łóżka niemontowanych fabrycznie, przyklejanych lub podobnych. |  |
| 22 | Konstrukcja barierek bocznych umożliwiająca ich opuszczanie przy użyciu jednej ręki oraz zablokowanie na **2 różnych wysokościach**. Barierki służą jako podparcie podczas wychodzenia pacjenta z łóżka. Konstrukcja barierek bocznych nie wymaga dodatkowej przestrzeni z boków łóżka (większej niż 5cm) w celu ich opuszczenia, bądź podniesieniaRegulacja wysokości położenia barierek bocznych min. 2 poziomach |  |
| 23 | Zewnętrzne wykończenie barierek bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka wykonane z tworzywa sztucznego, bez widocznych elementów metalowych |  |
| 24 | Łóżko wyposażone w wbudowany system pomiaru masy ciała pacjenta  |  |
| 25 | Możliwość wyświetlenia wagi z dokładnością min. 100g  |  |
| 26 | Waga wyposażona w system autokompensacji masy przedmiotów dodawanych i odejmowanych na leże w trakcie pobytu pacjenta na łóżku tak, by wyświetlana waga pacjenta pozostała bez zmian. |  |
| 27 | Automatycznie wygaszany wskaźnik masy pacjenta po określonym czasie |  |
| 28 | Łóżko wyposażone w wieszak infuzyjny min. 2 haki |  |
| 29 | Uchwyty na akcesoria (8 haków) po obu stronach łóżka. |  |
| 30 | Odbojniki w 4 narożnikach łóżka. |  |
| 31 | 6 uchwytów na pasy do unieruchomienia pacjenta. |  |
| 32 | 4 gniazda na statywy infuzyjne. |  |
| 33 | Przedłużenie leża realizowane poprzez zwolnienie dźwigni **min. 17 cm**  |  |
| 34 | Dodatkowa półka na pościel |  |
| 35 | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze min. 220kg |  |
| 36 | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie statyczne **min. 250 kg** |  |
| 37 | Zasilanie elektryczne 230V/ 50 Hz |  |
| 38 | Materac piankowy o wymiarach dostosowanych do oferowanego łóżka wodoodporny, paroprzepuszczalny z zgrzewanym łączeniami przystosowany do mycia i dezynfekcji |  |

**MODEL, TYP - MATERAC ZMIENNOCIŚNIENIOWY RUROWY ……………………………………..…….……….**

**PRODUCENT - MATERAC ZMIENNOCIŚNIENIOWY RUROWY …………………………………………….….…..**

**ROK PRODUKCJI (nie wcześniej niż 2018r.) ……………………………………………………**

**OKRES GWARANCJI (min. 24 miesięcy) …………………………………………………….**

1. **MINIMALNE PARAMETRY WYMAGANE - MATERAC ZMIENNOCIŚNIENIOWY RUROWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**  | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| 1 | Długość materaca napompowanego 2000mm ±30mm |  |
| 2 | Szerokość materaca napompowanego 900mm ± 10mm |  |
| 3 | Grubość materaca napompowanego 160mm± 15 mm lub 200mm dopasowany do leża i wysokości barierek |  |
| 4 | Materac powietrzny, terapeutyczny, przeciwodleżynowy, niskociśnieniowy, składający się z **18 lub 19 lub 20 lub 26 komór.** Materac zmiennociśnieniowy. |  |
| 5 | Aktywny produkt terapeutyczny należący do klasy IIa lub I |  |
| 6 | Konstrukcja materaca zawiera zintegrowana warstwę podkładu z pianki **lub** **konstrukcja materaca zawiera zintegrowaną, dolną warstwę komór statycznych pełniącą funkcje podkładu lub konstrukcję materaca zawierającą zintegrowaną warstwę podkładu w postaci „powietrznej maty” o grubości 5 cm.** Brak konieczności podkładania pod materac powietrzny materaca piankowego.  |  |
| 7 | Materac wyposażony w zawór natychmiastowego opróżniania - CPR oznaczony wyraźnym napisem i wyróżniający się kolorem. |  |
| 8 | Moduł sterujący pompy wyposażony w przyciski membranowe ułatwiające dezynfekcję modułu. Pompa przygotowana do pracy w trybie ciągłym bez przerw dla zapewnienia maksymalnej terapii przeciwodleżynowej. |  |
| 9 | Pompa zasilająca z możliwością zawieszenia na szczycie łóżka od strony nóg o niskiej głośności pracy tak by nie zakłócała snu pacjenta. |  |
| 10 | Pokrowiec na materac zabezpieczający go przed zabrudzeniem zapinany na zamek |  |
| 11 | Limit wagowy gwarantujący skuteczność leczenia w pozycji leżącej **min. 140 kg.** |  |
| 12 | Materac pracujący w trybie zmiennego niskiego ciśnienia lub stałego niskiego ciśnienia z możliwością wyboru |  |

**\* wypełnia Wykonawca**

**UWAGA!:**

Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia minimalnych parametrów technicznych wymaganych przez Zamawiającego w rubryce parametry oferowane przez wykonawcę wraz z opisem. Zaoferowany według ww. wymagań przedmiot zamówienia musi być i gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

1. **POZOSTAŁE WYMAGANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Pozostałe wymagania** | **opisać, wypełnić\*** |
| **1** | Bezpłatne szkolenie personelu  |  |
| **2** | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim |  |

**\* wypełnia Wykonawca**

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE SERWISU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Częstotliwość dokonywania przeglądów technicznych wymagana przez producenta urządzenia - PODAĆ | Wykonawca oświadcza, iż producent oferowanego przedmiotu zamówienia wymaga następującej częstotliwości dokonywania przeglądów technicznych w okresie obowiązywania gwarancji …………………….. oraz po jego upływie: ………………………..  |
| 2 | Serwis gwarancyjny będzie wykonywany nieodpłatnie przez: | Nazwa/Adres:……………………………………………………………………………………………………Telefon: ……….…………………….…………...Fax: …………….……………….……………Email ………………………………………………. |
| 3 | Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia awarii. PODAĆ | Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia awarii wyniesie maksymalnie …….. godziny. |

1. **PARAMETRY OCENANE W KRYTERIUM JAKOŚĆ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **PARAMETRY OCENIANE W KRYTERIUM JAKOŚĆ PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO** | **PUNKTACJA** | **PARAMETRY OFEROWANE PRZEZ WYKONAWCĘ \* (potwierdzić/ podać zakres lub opisać)** |
| 1 | Regulacja wysokości barierek bocznych – min. 2 pozimowa | 2 poziomowa – 0 pkt.więcej niż 2 pozimowa – 5 pkt. |  |
| 2 | Obciążenie robocze łóżka - min. 220 kg | 220 kg – 0 pkt.większe niż 220 kg – 5 pkt. |  |
| 3 | Materac zmiennociśnieniowy zbudowany jest z komór umożliwiających ich dowolne rozpięcie lub odpięcie kolejnych sekcji np. w przypadku uszkodzenia jednej z nich  | Nie – 0 pkt.Tak – 5 pkt. |  |
| 4 | Limit wagowy materaca zmiennociśnieniowego gwarantujący skuteczność leczenia w pozycji leżącej **- min. 140 kg.** | 140 kg – 0 pkt.Więcej niż 140 kg -5 pkt. |  |

**\* wypełnia Wykonawca**

**UWAGA!:**

**W celu dokonania oceny parametrów technicznych w kryterium JAKOŚĆ i przyznania punktów, Zamawiający żąda dołączenia do oferty:** katalogu, folderu lub opisu technicznego lub kart katalogowych w języku polskim. Treść dołączonego do oferty dokumentu powinien potwierdzać wszystkie dodatkowo oceniane parametry określone w SIWZ. Brak dokumentów dołączonych do oferty lub brak potwierdzenia w dostarczonych dokumentach dodatkowo ocenianego parametru będzie skutkowało nie przyznaniem dodatkowych punktów – (0 pkt). **Dopiski, uzupełnienia odręczne w dokumentach nie będą brane pod uwagę przez Zamawiającego przy ocenie ofert.**

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

 Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy