**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH FUNKCJI I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Przedmiot zamówienia: Dzierżawa 12 urządzeń do terapii nerkozastępczej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymagane parametry i funkcje** | | | | |
| **L.p.** | **Wymagany parametr** | **Warunek graniczny** | **Punktacja** | **Odpowiedź Wykonawcy (podać parametry oferowane)** |
| **I.** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
| **Dzierżawa 12 urządzeń do terapii nerkozastępczej** | | | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Aparat o kompaktowej, zwartej budowie na podstawie jezdnej z blokadą co najmniej dwóch kół. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Certyfikat CE oraz dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Zasilanie elektryczne 230V/50Hz. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Wbudowany, bezobsługowy akumulator pozwalający na pracę aparatu przez co najmniej 15 minut. | TAK | **Praca aparatu co najmniej 15 min-0 pkt.**  **Praca aparatu co najmniej 30 min– 5 pkt.** |  |
|  | Komunikacja poprzez kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 12’’. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Możliwość regulacji ustawienia monitora w co najmniej jednej płaszczyźnie. | TAK/NIE | **TAK – 5 pkt.**  **NIE – 0 pkt.** |  |
|  | Graficzny interfejs użytkownika z podglądem istotnych parametrów zabiegu oraz systemem pomocy kontekstowej. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Możliwość wykonania cytrynianowych zabiegów: ciągłej żylno-żylnej hemodializy (CVVHD), ciągłej żylno-żylnej hemodiafiltracji (CVVHDF). | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Możliwość wykonania heparynowych zabiegów: ciągłej żylno-żylnej hemofiltracji (CVVH), ciągłej żylno-żylnej hemodializy (CVVHD), ciągłej żylno-żylnej hemodiafiltracji (CVVHDF). | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Możliwość wykonania zabiegu terapeutycznej wymiany osocza (TPE). | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Możliwość zmiany i zapamiętania domyślnych parametrów dla wszystkich rodzajów zabiegów | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Regulacja przepływu pompy krwi w zakresie minimum: 10 – 450 ml/min. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Regulacja ultrafiltracji netto minimum: 10 ml/min | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Detektor przecieku krwi. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Detektor powietrza. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | System ogrzewania roztworów substytutu/dializatu. Możliwość wyłączenia ogrzewania. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Możliwość stosowania antykoagulacji cytrynianowej lub heparynowej w trakcie zabiegu bez konieczności stosowania dodatkowej pompy zewnętrznej. | TAK/NIE | **TAK – 10 pkt.**  **NIE – 0 pkt.** |  |
|  | Możliwość uzyskania wstecznego przepływu krwi celem udrożnienia dostępu naczyniowego bez konieczności rozłączania układu krążenia pozaustrojowego i płukania cewnika lub czasowe zmniejszenie przepływu krwi do minimum i obniżenie ciśnienia dostępu w celu udrożnienia przepływu. | TAK/NIE | **TAK – 10 pkt.**  **NIE – 0 pkt.** |  |
|  | Tryb pielęgnacji z wyłączonym bilansowaniem i zmniejszonym przepływem krwi. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Alarmy dźwiękowe oraz wizualne (alarmowa kontrolka świetlna) informujące o przekroczeniu parametrów zabiegu tj. ciśnienia (żylne, tętnicze, TMP), temperatury, przecieku krwi, obecności powietrza itp. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | System bilansujący: cztery niezależne wagi z rozdzielczością od 1,0 -5,0 g | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Minimum pięć pomp perystaltycznych umożliwiających przepływ krwi, płynu dializacyjnego, substytucyjnego, ultrafiltratu, cytrynianu. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Dodatkowa pompa perystaltyczna do ciągłej podaży roztworu wapnia. | TAK/NIE | **TAK – 10 pkt.**  **NIE – 0 pkt.** |  |
|  | Pomiar ciśnień: dostępu, zwrotu, przed filtrem, filtratu. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Automatyczny test urządzenia przed każdym zabiegiem potwierdzający jego sprawność i gotowość do pracy. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Zintegrowana pompa strzykawkowa heparyny o przepływie regulowanym w zakresie minimum 0 do 10 ml/h z funkcją bolusa. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Instrukcja obsługi, w tym instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia w języku polskim (w formie papierowej oraz elektronicznej). | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzeń. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | W przypadku awarii sprzętu udostępniony sprzęt zastępczy. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Serwis producenta na terenie Polski | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii do 48 h. | TAK | Brak punktów. |  |
|  | Diagnostyka/ Naprawa uszkodzonego sprzętu realizowana od momentu zgłoszenia w terminie:  - do 5 dni roboczych naprawa bez wymiany części zamiennych,  - do 10 dni z wymianą części zamiennych | TAK | Brak punktów. |  |