OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Część 2

**Dostawa osobistych pomp insulinowych (30 sztuk) wraz ze szkoleniem personelu**

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: 2024), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Aparat ani jego część składowa, wyposażenie, nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* W przypadku punktacji proporcjonalnej ocena jest przeprowadzana w sposób następujący: oferta zawierająca najkorzystniejszą wartość otrzymuje maksymalną liczę punktów, wszystkie pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do najkorzystniejszej wartości.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany", spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.
* W kolumnie „Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str. w ofercie, plik]” w przypadku wyrażenia "nie dotyczy" potwierdzenie w materiałach firmowych nie jest konieczne, natomiast w pozostałych przypadkach wykonawca ma obowiązek w tej kolumnie wskazania, gdzie w materiałach firmowych znajduje się parametr zadeklarowany w kolumnie "parametr oferowany"

**TABELA WYCENY:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa** **(tj. za 1 szt.)** **[brutto #]** | **Cena brutto # oferty**(= ilość x cena jednostkowa) |
| **Dostawa osobistych pomp insulinowych wraz ze szkoleniem personelu** | **30** | **zł** | **zł** |

*# jeżeli wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, należy podać cenę netto*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i typ:** | …………………………………………………… |
| **Producent:** | …………………………………………………… |
| **Kraj produkcji:** | …………………………………………………… |
| **Rok produkcji (2024 rok):** | ……………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY****należy uzupełnić/podać** | **Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str. w ofercie, plik]** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Masa pompy z baterią i pojemnikiem na insulinę [g] nie więcej niż 130  g | tak, podać |  |  | najniższa waga – 2 pkt, wymagana – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem najniższej |
|  | Zatrzymanie pompy: alarm informujący o zatrzymaniu pompy | tak |  |  | - - - |
|  | Blokada pompy: wymagana mechaniczna blokada uniemożliwiająca samoistne odkręcenie drenu i baterii | tak |  |  | - - - |
|  | Programowanie bolusa ( prostego/standard) - dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Programowanie bolusa: (przedłużony/prostokątny) Dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus; maksymalny czas trwania bolusa-nie mniej niż 7 h | tak, podać |  |  | najdłuższy czas trwania bolusa – 5 pkt, wymagany – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego |
|  | Programowanie bolusa:(złożony/podwójny/wielofalowy) Dokładność ≤ 0,1 | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Czasowa zmiana bazy/dawki podstawowej: możliwe procentowe lub jednostkowe zwiększenie lub zmniejszenie dawki bazowej co 30 min. z automatycznym powrotem do wyjściowego tempa wlewu bazalnego. | tak |  |  | - - - |
|  | Pamięć pompy (historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej, czasowej zmiany bazy, wypełnień drenów, program do sczytywania danych glukometrycznych oraz integracji obu informacji); minimum 30 dni za pomocą programu komputerowego poprzez czytnik (wymogi dotyczące programu komputerowego – patrz pkt. 23)Bezpośrednio z pompy: aktualne dawki w bazie, minimum ostatnie 20 bolusów (dawki i rodzaj ), średnie dawki dobowe z ostatnich 14 dni. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Kalkulator bolusa wewnętrzny lub zewnętrzny komunikujący się z pompą insulinową.Kalkulator bolusa z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych oraz z możliwością wyboru przez użytkownika ustawień:gramy lub wymienniki węglowodanowe w kalkulatorze bolusaKalkulator wyposażony w funkcję aktywnej insuliny z możliwością czasu ustawienia aktywnej insuliny przez użytkownika | tak, podać |  |  | wbudowany wewnętrzny kalkulator bolusa - 10 pkt kalkulator zewnętrzny - 0 pkt |
|  | Automatyczne wypełnienie drenu: nieograniczona liczba wypełnień drenów w ciągu doby bez konieczności czasowego usuwania baterii lub resetowania pompy | tak |  |  | - - - |
|  | Automatyczne rozpoznanie przez pompę ilości insuliny w zbiorniczku | tak |  |  | - - - |
|  | Zestawy infuzyjne – wkłucia : metalowe (sztywne) oraz z tworzyw sztucznych (elastyczne). Możliwość zastosowania zestawów infuzyjnych i wkłuć innych producentów (niż producent pompy) | tak |  |  | - - - |
|  | Baterie- zasilanie pompy: -baterie: AAA, AA lub inne powszechnie dostępne baterie (w powszechnie dostępnych placówkach handlowych tj. sieciachsupermarketów, stacjach paliw, kioskach typu „RUCH”, sklepach ze sprzętem AGD i RTV, aptekach).Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie o zużyciu baterii większym niż 70 % | tak |  |  | - - - |
|  | Menu: w pełnym zakresie w języku polskim | tak |  |  | - - - |
|  | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | tak |  |  | - - - |
|  | Zestawy infuzyjne dostarczone przy dostawie min. 2 szt. W zestawie z tworzyw sztucznych ( elastyczne) - 2 szt. | tak |  |  | - - - |
|  | Zbiornik na insulinę (dostarczone przy dostawie) min. 2 szt. w zestawie | tak |  |  | - - - |
|  | Baterie zapasowe (dostarczone przy dostawie) min. 2 szt. dla każdej pompy | tak |  |  | - - - |
|  | Etui ochronne | tak |  |  | - - - |
|  | Aplikator do zestawów infuzyjnych | tak |  |  | - - - |
|  | System ciągłego monitorowania glikemii, który jest integralną częścią urządzenia do podawania insuliny z opcją automatycznego wstrzymania podaży insuliny przy hipoglikemii z predykcją na 30 min, na podstawie wartości wskazanych przez system, oraz z możliwością funkcji hybrydowej pompy osobistej z zamkniętą pętlą insulinową, która automatycznie normalizuje także hiperglikemię | podać |  |  | tak – 40 pktnie – 0 pkt |
|  | Odbiornik na każdą pompę (w przypadku systemu CGMS) | tak |  |  | - - - |
|  | Wykonawca dostarczy bezterminową licencję na program i urządzenie koniecznie do sczytywania danych przez komputer ośrodkowi diabetologicznemu prowadzącemu terapię w ilości sztuk 5. | tak |  |  | - - - |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów. Gwarancja min. 45 miesięcy od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawyUWAGAnależy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat tj. 60 miesięcy | Tak, podać*należy podać pełną liczbę miesięcy* |  | wymagane (45 miesięcy) – 0 pktnajdłuższy okres – 5 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Wkłucia innych producentów (niż producent pompy), których stosowanie nie powoduje utraty gwarancji | tak, podać |  | - - - |
|  | Jeżeli w wykonaniu swoich obowiązków z tytułu gwarancji Wykonawca dostarczył Szpitalowi Uniwersyteckiemu zamiast sprzętu wadliwego sprzęt nowy, wolny od wad albo dokonał istotnych napraw sprzętu objętego gwarancją, termin gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia sprzętu wolnego od wad lub zwrócenia sprzętu naprawionego. Jeżeli Wykonawca wymienił część sprzętu (podzespół, moduł itp.), przepis powyższy stosuje się odpowiednio do części wymienionej. | tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 2 dni. Dotyczy dni roboczych. | tak, podać*podać całkowitą (pełną) liczbę dni roboczych* |  | czas reakcji - 1 dzień – 5 pktwymagane – 0 pkt |
|  | Czas naprawy do 21 dni roboczych | tak, podać*podać całkowitą (pełną) liczbę dni roboczych* |  | - - - |
|  | Na czas naprawy pompy dostarczane jest urządzenie zastępcze | tak |  | - - - |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe | tak, podać wykaz: nazwa, adres, telefon |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia zdecyduje członek zespołu diabetologicznego Szpitala Uniwersyteckiego. Instrukcja obsługi w języku polskim w formie wydrukowanej dla każdego pacjenta. | tak |  | - - - |
|  | Dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (całodobowa infolinii) | tak |  | - - - |
|  | Strona internetowa przedstawia formę kontaktu z firmą oraz dane dotyczące pompy i osprzętu. Minimalny zakres informacji zawartych na stronie internetowej:- numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informacje dotycząca problemów technicznych związanych z korzystaniem z pompy insulinowej- telefony lokalnych przedstawicieli firm z godzinami ich pracy- zasady obsługi pompy insulinowej- dane dotyczące osprzętu do pomp (rodzaje wkłuć, strzykawek, baterii itp.) | tak |  | - - - |
|  | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim, zawierająca opis wszystkich komunikatów wyświetlanych przez pompę | tak |  | - - - |