**Zadanie 1. Akcesoria**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Krążek obrotowy do przenoszenia pacjenta – 2 szt.:** | Tak |  |
|  | * krążek wykonany z dwóch połączonych osiowo dysków obracających się względem siebie | Tak |  |
|  | * minimalne obciążenie: 100 kg | Tak |  |
|  | * średnica: min. 38 cm | Tak |  |
|  | **Ślizg - materac krótki jednokierunkowy - 2 szt.:** | Tak |  |
|  | * ślizg stosowany na siedzeniach wózków inwalidzkich, krzesłach lub fotelach | Tak |  |
|  | * ślizg pozwalający na poprawienie pozycji pacjenta na siedzeniu, bez użycia dużej siły przez osobą pielęgnującą. | Tak |  |
|  | * ślizg wykonany z materiałów zszytych w kształcie rękawa o wymiarach 55 cm x 50 cm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | * ślizg wykonany po stronie wewnętrznej z tkaniny o niskim współczynniku tarcia oraz gładkiej tkaniny od strony zewnętrznej | Tak |  |
|  | **Zestaw prysznicowy – 1 szt.:** | Tak |  |
|  | * basen do mycia głowy z prysznicem | Tak |  |
|  | * basen z prysznicem niezbędny w opiece długoterminowej umożliwiający personelowi umycie głowy pacjenta znajdującego się w pozycji leżącej | Tak |  |
|  | * pompowany basen wykonany z nieprzemakalnego materiału | Tak |  |
|  | * dedykowane wycięcie na szyję poprawiające komfort leżenia pacjenta oraz zabezpieczające pacjenta i otoczenie przed rozlaniem się wody | Tak |  |
|  | * na dnie basenu zamontowany przewód z zaworem pozwalający na odpływ wody | Tak |  |
|  | * prysznic do płukania głowy z możliwością zawieszenia | Tak |  |
|  | * prysznic wyposażony w zawór | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie akcesoriów na obudowie treścią: USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 2. Dermatoskopy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Dermatoskop pozwalający uwidocznić strukturalne zmiany skórne, rozpoznać "objaw błyszczenia" podczas oglądania struktur krystalicznych i pseudoprosaków.  Oglądanie zmian pigmentowych skóry w celu wczesnego wykrycia złośliwego czerniaka skóry. | Tak |  |
|  | Oświetlenie LED HQ o temperaturze barwowej zbliżonej do światła dziennego (CRI>80, 5.000 K). | Tak |  |
|  | Achromatyczny system optyczny | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zmiana trybu oświetlenia pomiędzy spolaryzowanym a niespolaryzowanym. | Tak |  |
|  | Okular z regulacją ostrości, możliwa korekcja w zakresie min. -5 / +5 D | Tak, podać |  |
|  | Powiększenie min.: od 10x do 16x | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie dermatoskopu: akumulatorowe wbudowane w rękojeść | Tak |  |
|  | Wyposażenie (min.): | Tak |  |
|  | * płytka kontaktowa ze skalą w „mm” * etui * dedykowana ładowarka do ładowania akumulatora | Tak |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 3. Elektryczny przenośnik pacjenta**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Minimalny udźwig: 160 kg | Tak  160 kg – 174 kg – 0 pkt., 175 kg i więcej – 10 pkt. |  |
|  | Sposób podnoszenia: Elektryczny | Tak |  |
|  | Typ: podnośnik pasywny, mobilny | Tak |  |
|  | Opuszczanie awaryjne: Manualne | Tak |  |
|  | Zatrzymanie awaryjne: Manualne | Tak |  |
|  | Waga urządzenia: 50 kg +/- 5% | Tak |  |
|  | Możliwość sterowania z pilota bądź z panelu | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD na panelu sterowania | Tak |  |
|  | Dwie prędkości opuszczania i podnoszenia | Tak |  |
|  | Możliwość zamontowania wagi do podnośnika | Tak |  |
|  | Ergonomiczny i powlekany miękką gumą uchwyt | Tak |  |
|  | Urządzenie zasilane akumulatorem umożliwiające pojedynczemu opiekunowi na szybkie, łatwe i bezpieczne przemieszczanie pacjenta. | Tak |  |
|  | Wieszaki: | Tak |  |
|  | * 2 punktowy powlekany gumą dla większego bezpieczeństwa pacjenta | Tak |  |
|  | * 4 punktowy powlekany gumą dla większego bezpieczeństwa pacjenta | Tak |  |
|  | Maksymalne odchylenie ramienia od końca podstawy jezdnej w najwyższym punkcie - 538 mm +/- 10% | Tak |  |
|  | Minimalne odchylenie ramienia od końca podstawy jezdnej w najniższym punkcie - 217 mm +/- 10% | Tak |  |
|  | Maksymalna wysokość unoszenia (od końca ramienia do podłogi) - 1970 mm +/- 10% | Tak |  |
|  | Zakres unoszenia - 1342 mm +/- 10% | Tak |  |
|  | Szerokość wewnętrzna podstawy jezdnej przy rozstawionych nogach podnośnika - 920 mm +/- 10% | Tak |  |
|  | Szerokość wewnętrzna podstawy jezdnej przy złożonych nogach podnośnika - 550 mm +/- 10% | Tak |  |
|  | Szerokość zewnętrzna podstawy jezdnej przy złożonych nogach podnośnika - 700 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | Podwieszka z podparciem głowy wykonana z siatki poliestrowej – min. udźwig 250 kg - 3 szt. | Tak |  |
|  | 4 poziomy zawieszania oznaczone różnymi kolorami | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 4. Fotele zabiegowe**

**Fotel do pobierania krwi z regulowanym oparciem (Klinika Otorynolaryngologii)**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Fotel do pobierania krwi z regulowanym oparciem - 1szt.: | Tak |  |
|  | * konstrukcja wykonana z profili stalowych pokrytej lakierem proszkowym | Tak |  |
|  | * tapicerowane oparcie pleców regulowane sprężyną gazową uruchamiane dźwignią | Tak |  |
|  | * możliwość przyjęcia przez pacjenta pozycji leżącej i półleżącej | Tak |  |
|  | * wygodne podłokietniki z regulacją w dwóch płaszczyznach | Tak |  |
|  | * bezszwowa tapicerka (kolor do wyboru przez Zamawiającego) | Tak |  |
|  | * maksymalne obciążenie min. 140 kg | Tak  140 – 149 kg – 0 pkt.  150 kg i więcej – 10 pkt. |  |
|  | * regulowane oparcie pleców | Tak |  |
|  | * podstawa na podgumowanych stopkach | Tak |  |
|  | * profilowany podgłówek | Tak |  |
|  | * blat zabiegowy z prawej strony fotela | Tak |  |
|  | * całkowita szerokość fotela: 1350-1500 mm | Tak |  |
|  | * szerokość siedziska: 850 – 950 mm | Tak |  |
|  | * wysokość siedziska: 480 – 550 mm | Tak |  |
|  | * kątowa regulacja segmentu oparcia pleców: 65 – 80 ° | Tak |  |
|  | * pozycja Trendelenburga segmentu oparcia pleców: – 7° ± 2° | Tak |  |
|  | * maksymalne wymiary blatu roboczego: 180 x 300 mm | Tak |  |
|  | * minimalne obciążenie blatu roboczego: 8 kg | Tak  Poniżej 10 kg – 0 pkt, powyżej 10 kg – 10 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |

**Fotel toaletowy sanitarny (Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych)**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Fotel toaletowy sanitarny – 1 szt.: | Tak |  |
|  | * przeznaczony dla osób niepełnosprawnych | Tak |  |
|  | * wyposażony w pojemnik | Tak |  |
|  | * podstawowe funkcje: transport, kąpieli pod prysznicem, najazdu na muszlę sedesową oraz do załatwiania potrzeb fizjologicznych | Tak |  |
|  | * wózek wyposażony w osłonę wycięcia higienicznego | Tak |  |
|  | * wózek wyposażony w podnóżek wysunięty do przodu | Tak |  |
|  | * pasy zabezpieczające | Tak |  |
|  | * szerokość: 60 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | * wysokość: 90 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | * wysokość siedziska: 55 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | * maksymalne obciążenie: min: 120 kg | Tak  Poniżej 130 kg – 0 pkt, 130 kg i więcej – 10 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |

**Fotel ginekologiczny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Elektryczny stół zabiegowy ginekologiczny o regulowanej wysokości leża – 1 szt.: | Tak |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Konstrukcja i podstawa wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na stabilnej podstawie | Tak |  |
|  | Oparcie, siedzisko, wysokość regulowane za pomocą pilota ręcznego. | Tak |  |
|  | Leże min. 3 sekcyjne, tapicerowane bezszwowo (materiał skóropodobny), pokryte materiałem łatwo zmywalnym, antybakteryjnym o właściwościach trudnopalnych. | Tak |  |
|  | Konstrukcja oparta na ramie w kształcie litery Y, o profilu prostokątnym, zapewniająca łatwy dostęp do pacjenta. | Tak |  |
|  | Sekcja pleców, profilowana, o wymiarach 630 x 860 mm (+/- 10 mm), regulowana sprężyną gazową. | Tak |  |
|  | Sekcja środkowa z wycięciem litotomijnym o szerokości 630 i długości 390 mm (+/- 10 mm). | Tak |  |
|  | Sekcja nóg łatwo wyjmowana, bez użycia narzędzi, o długości 480 i szerokości 630 mm (+/-10 mm) | Tak |  |
|  | Fotel z możliwością rozłożenia do pozycji całkowicie leżącej – może pełnić funkcję kozetki. | Tak |  |
|  | Stół wyposażony od strony nóg w dwa koła o średnicy min. 100 mm, z niezależnymi hamulcami oraz od strony sekcji pleców w podwójny system kół i stabilnych stopek do bezpiecznego i stabilnego posadowienia stołu w czasie wykonywania procedur medycznych. Specjalny system poziomowania gwarantujący bezpieczne posadowienie nawet przy nierównościach podłogi. | Tak |  |
|  | System transportowy oparty na 4 kołach, 2 większe od strony sekcji nóg i 2mniejsze, chowane przy pomocy ręcznej dźwigni. | Tak |  |
|  | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem a konstrukcją podstawy typu Y umożliwiająca łatwy podjazd podnośnikiem dla pacjenta. | Tak |  |
|  | Wymiary leża (dł. x szer.): 1730 x 630 mm ±30 mm | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości: 500 - 950 mm ±20 mm zapewniająca łatwe przełożenie pacjenta z wózka inwalidzkiego. | Tak |  |
|  | Regulacja sekcji pleców w stosunku do poziomu: min. -20°/ +85°. | Tak |  |
|  | Możliwość uzyskania pozycji Trendelenburga | Tak |  |
|  | Możliwość uzyskania pozycji anty-Trendelenburga | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Pozycja Trendelenburga 15˚ uzyskiwana elektrycznie za pomocą pilota ręcznego | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne oraz promieniowanie UV | Tak |  |
|  | Nośność min. 150 kg | 150-199 kg – 0 pkt, 200 – 250 kg – 10 pkt, powyżej 250 kg – 20 pkt. |  |
|  | Wyposażenie:   * podpory Goepel’a * misa ze stali nierdzewnej * szyny do zamocowania misy * regulowane podpory na ręce * uchwyt na prześcieradło jednorazowe * wysięgnik na płyny infuzyjne | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Fotel zabiegowy (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej)**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Fotel zabiegowy regulowany elektrycznie do wykonywania badań i zabiegów – 1 szt.: | Tak |  |
|  | Podstawowe funkcje fotela: | Tak |  |
|  | * elektryczna regulacja wysokości zespołu siedziska i leża | Tak |  |
|  | * zakres regulacji wysokości leża – 550mm – 950mm | Tak |  |
|  | * konstrukcja pokryta lakierem proszkowym, odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące | Tak |  |
|  | * tapicerowane siedzisko regulowane elektrycznie | Tak |  |
|  | * tapicerowane oparcie pleców regulowane elektrycznie | Tak |  |
|  | * regulacja segmentu podudzia – min. -25° | Tak |  |
|  | * regulacja segmentu oparcia pleców – min. 70° | Tak |  |
|  | * przewodowy pilot ręczny do sterowania wysokością i regulacją segmentów leża | Tak |  |
|  | * profilowany podgłówek | Tak |  |
|  | * regulowany podnóżek | Tak |  |
|  | * możliwość przyjęcia przez pacjenta pozycji leżącej i półleżącej | Tak |  |
|  | * pozycja Trendelenburga , minimum – 10° (+/- 2°) | Tak |  |
|  | * podstawa na podwójnych kołach z blokadą | Tak |  |
|  | * tapicerowane podłokietniki z regulacją w dwóch płaszczyznach | Tak |  |
|  | * minimalne obciążenie 175 kg | Tak  175 – 250 kg – 0 pkt.  Powyżej 250 kg – 10 pkt. |  |
|  | * całkowita długość fotela: min. 190 cm | Tak  190cm-200cm – 0 pkt.  Powyżej 200 cm – 10 pkt. |  |
|  | * całkowita szerokość fotela: 90 cm (+/- 20%) | Tak, podać |  |
|  | * szerokość siedziska: min. 65 cm (+/- 20%) | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Fotel zabiegowy (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej)**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Fotel zabiegowy – 1 szt.: | Tak |  |
|  | * podstawa fotela wykonana ze stali malowanej farbą proszkową | Tak |  |
|  | * tapicerka bezszwowa, skóropodobna | Tak |  |
|  | * oparcie regulowane za pomocą sprężyn gazowych | Tak |  |
|  | * regulowane podłokietniki | Tak |  |
|  | * dopuszczalne obciążenie: min. 175 kg | Tak  175 – 200 – 0 pkt.  Powyżej 200 kg – 10 pkt. |  |
|  | * całkowita długość fotela: min. 190 cm | Tak  190cm-200cm – 0 pkt.  Powyżej 200 cm – 10 pkt. |  |
|  | * szerokość siedziska: min. 60 cm (+/- 20%) | Tak, podać |  |

**Zadanie 5. Inhalator kompresorowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 3 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Inhalator kompresorowy (tłokowo-pneumatyczny) do nebulizacji | Tak |  |
|  | Regulacja rozmiaru MMAD cząsteczek | Tak |  |
|  | Regulacja szybkości podawania leku | Tak |  |
|  | Tryb pracy: ciągły | Tak |  |
|  | Inhalator wyposażony w uchwyt do przenoszenia | Tak |  |
|  | Funkcja umożliwiająca podawanie aerozolu jedynie w fazie wdechu | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | MMAD min.: 2,21 μm - 2,95 μm | Tak, podać |  |
|  | Frakcja respirabilna < 5 μm (FPF)%: min. 84,2% - 74,7% | Tak, podać |  |
|  | Głośność: poniżej 58dB | 55 dB i mniej – 10 pkt.  Powyżej 55 dB – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Wyposażenie:   * nebulizator, * przewód powietrzny * maska dla dorosłych – 2 szt. * filtr * ustnik | Tak |  |
|  | Futerał (torba na aparat) | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Zadanie 6. Inhalatory**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Inhalator do użytku klinicznego w szpitalu jak i w warunkach ambulatoryjnych | Tak |  |
|  | Regulacja rozmiaru MMAD cząsteczek | Tak |  |
|  | Regulacja szybkości podawania leku | Tak |  |
|  | Tryb pracy: ciągły | Tak |  |
|  | Inhalator wyposażony w uchwyt do przenoszenia | Tak |  |
|  | Funkcja umożliwiająca podawanie aerozolu jedynie w fazie wdechu | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | MMAD min.: 2,21 μm - 2,95 μm | Tak, podać |  |
|  | Frakcja respirabilna < 5 μm (FPF)%: min. 84,2% - 74,7% | Tak, podać |  |
|  | Głośność: poniżej 58dB | 55 dB i mniej – 10 pkt.  Powyżej 55 dB – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Wyposażenie:   * nebulizator, * przewód powietrzny * maska dla dorosłych – 2 szt. * filtr * ustnik | Tak |  |
|  | Futerał (torba na aparat) | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Zadanie 7. Lampy bezcieniowe**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Lampa bezcieniowa zabiegowa, jezdna – 1 szt.** | **Tak** |  |
|  | Natężenie światła min: 120 000 lux | Tak  120000 – 150000 lux – 0 pkt.  Powyżej 150000 lux – 10 pkt |  |
|  | Temperatury barwowe (min.): 3800°K / 4000°K / 4200°K / 4400°K / 4600°K / 4800°K / 5000°K | Tak, podać |  |
|  | Źródło światła: diody LED z soczewkami asferycznymi | Tak |  |
|  | Średnica odbłyśnika: 500 mm (+/- 15%) | Tak |  |
|  | Podstawa jezdna wyposażona w min 4 koła, w tym min. 2 z hamulcem | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Lampa bezcieniowa zabiegowa, jezdna – 1 szt.** | **Tak** |  |
|  | Technologia światła: LED | Tak |  |
|  | Natężenie światła: min. 55000 lux w odległości 1m | Tak  Natężenie światła 55000 Lux – 0 pkt  Natężenie światła > 55000 Lux – 10 pkt |  |
|  | Średnica pola światła 300-150 mm (1m) | Tak |  |
|  | Sterowanie parametrami za pomocą panelu umieszczonego na czaszy lampy | Tak |  |
|  | Temperatura barwowa: min. 4200 °K | Tak |  |
|  | Brak emisji promieniowania cieplnego powodującego wysychanie tkanek | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |  |
|  | Całość mobilna na statywie z podstawą jezdną | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Zadanie 8. Lampy czołowe**

**Lampa czołowa ze światłem**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Lampa czołowa ze światłem | Tak |  |
|  | Lampa czołowa ze światłem o temperaturze barwowej w granicach 4000° – 5000° Kelvina | Tak |  |
|  | Wskaźnik odwzorowania koloru (CRI) > 90 | Tak |  |
|  | Specjalny wskaźnik dla koloru czerwonego: R9 > 75 | Tak |  |
|  | Natężenie światła: min. 50000 lx w odległości ok. 25 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Technologia lampy: LED HQ | Tak |  |
|  | Regulacja pola oświetlenia w zakresie min. od 40mm do 80mm średnicy | Tak |  |
|  | Płynna regulacja jasności | Tak |  |
|  | Regulacja pochylenia lampy | Tak |  |
|  | Lampa wyposażona w akumulator pozwalający na min. 3 godziny pracy bez ładowania | Tak  Czas pracy 3 – 5 h – 0 pkt, pow. 5 h – 10 pkt. |  |
|  | Ładowarka dedykowana do ładowania akumulatora lampy | Tak |  |
|  | Możliwość zasilania lampy z dedykowanego zasilacza zapewniająca nieograniczony czas pracy | Tak |  |
|  | Walizka do przechowywania lampy i akcesoriów | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie - 0 pkt. |  |

**Lampa czołowa**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Lampa czołowa diagnostyczna - laryngologiczna | Tak |  |
|  | Średnica lusterka: 60 mm (+/-10%) | Tak |  |
|  | Lampa ze światłem o temperaturze barwowej w granicach 4000° – 5000° Kelvina | Tak. Podać |  |
|  | Technologia źródła światła: LED | Tak |  |
|  | Lampa wyposażona w akumulator pozwalający na min. 90 min. pracy bez ładowania | Tak. Podać  90-120 minut – 0 pkt, powyżej 120 min – 10 pkt. |  |
|  | Regulowana wielkość diagnozowanego pola | Tak |  |
|  | Ładowarka dedykowana do ładowania akumulatora lampy | Tak |  |
|  | Walizka do przechowywania lampy i akcesoriów | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie - 0 pkt. |  |

**Zadanie 9. Lampy do terapii fotodynamicznej**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Lampa do terapii fotodynamicznej do terapii światłem do ekspozycji małych i średnich rozmiarów obszarów na całym ciele ze spektrum światła dziennego służąca do leczenia zmienionych chorobowo komórek. | Tak |  |
|  | Lampa do terapii światłem spolaryzowanym i do koloroterapii | Tak |  |
|  | Emisja światła spolaryzowanego w zakresie (min.): 400 – 1700 nm | Tak |  |
|  | Filtry do koloroterapii (min. 5) | Tak |  |
|  | Średnica naświetlanej powierzchni: min. 8 – 35 cm | Tak |  |
|  | Polaryzacja: >98% | Tak |  |
|  | Intensywność promieniowania (średnia): min. 35 mW/cm2 | Tak |  |
|  | Zasilanie: 230V, 50 Hz | Tak |  |
|  | Maksymalna waga urządzenia: 15 kg | Tak |  |
|  | Wyposażenie(min.): | Tak |  |
|  | * filtry do koloroterapii (min. 5) | 5 filtrów – 0 pkt.  6 filtrów i więcej – 10 pkt. |  |
|  | * dodatkowe filtry specjalistyczne (podać) | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | * wbudowany timer | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | * dedykowany statyw jezdny do aparatu | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 10. Laser diodowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Laser diodowy stomatologiczny | Tak |  |
|  | Laser do terapii powierzchniowych zmian przednowotworowych błony śluzowej | Tak |  |
|  | Dioda lasera lasera generująca promieniowanie o długości fali w zakresie 890-990 nm klasy min 4 | Tak |  |
|  | Pracy w trybie pulsacyjnym (maksymalna moc minimum 12W) | Tak |  |
|  | Pracy w trybie ciągłej (maksymalna moc minimum 7W) | Tak |  |
|  | Wiązka pilotująca o mocy minimum 2mW klasy 2 | Tak |  |
|  | Wymuszone chłodzenie powietrzem i półprzewodnikowe | Tak |  |
|  | Wyświetlacz kolorowy dotykowy | Tak |  |
|  | Możliwość dowolnej regulacji wszystkich parametrów lasera | Tak |  |
|  | Regulowany czas impulsu | Tak |  |
|  | Bezprzewodowy włącznik nożny łączący się z laserem | Tak |  |
|  | Możliwość aktualizacji oprogramowania | Tak |  |
|  | Zaprogramowane wskazania do chirurgii, periodontologii, endodoncji, biomodulacji wraz z opisem przeprowadzenia zabiegu w języku polskim | Tak |  |
|  | Możliwość zapisania własnych ustawień urządzenia | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim wbudowana w oprogramowanie urządzenia | Tak |  |
|  | Głowice: | Tak |  |
|  | * głowica terapeutyczna wielokrotnego użytku | Tak |  |
|  | * głowica biostymulacyjna wielokrotnego użytku | Tak |  |
|  | * głowica do wybielania zębów wielokrotnego użytku | Tak |  |
|  | Akcesoria: | Tak |  |
|  | * światłowód 320 um | Tak |  |
|  | * urządzenie do cięcia końcówki światłowodu | Tak |  |
|  | * urządzenie do ściągania izolacji ze światłowodu | Tak |  |
|  | * okulary ochronne do pracy z laserem min.3 sztuki | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 11. Lasery frakcjonujące CO2**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Laser frakcjonujący CO2 służący do m.in. do wspomagania terapii regeneracji skóry po operacjach chirurgicznych wspierając proces gojenia ran. | Tak |  |
|  | Długość fali lasera: 10,6 µm | Tak |  |
|  | Rodzaje impulsów (min.): ciągły, przerywany | Tak |  |
|  | Energia pulsu: min. 5 mJ do 100 mJ na każdy punkt | Tak |  |
|  | System chłodzenia: powietrzny | Tak |  |
|  | Punktu skanowania: max. 400 | Tak |  |
|  | Moc urządzenia na wyjściu: min. 30 W | Tak |  |
|  | Maksymalna waga: 60 kg | Tak |  |
|  | Przegubowe ramię rotacyjne z głowicą | Tak |  |
|  | Kształty skanowania (min): okrągły, liniowy, punktowy | Tak |  |
|  | Promień celujący: czerwony laser półprzewodnikowy (o mocy poniżej 5mW) | Tak |  |
|  | Ekran sterujący: TFT LCD, przekątna min. 10” | Tak  Przekątna powyżej 12” – 10 pkt. |  |
|  | Aparat na kołach jezdnych z hamulcem | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 12. Materac próżniowy stabilizujący chorego na stole operacyjnym**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Materac próżniowy pozwalający na stabilizację pacjenta na stole operacyjnym bez użycia dodatkowych akcesoriów jak pasy i pozycjonery żelowe. Membranowa konstrukcja materaca zapewnia bezpieczną i łatwą obsługę. | Tak |  |
|  | Materac do wykorzystania na bloku operacyjnym w chirurgii ogólnej i laparoskopowej. | Tak |  |
|  | Wymiary materaca: 75x200 cm (+/-10%) | Tak |  |
|  | Wycięcie w części kończyn dolnych | Tak |  |
|  | Materiał: bez zawartości lateksu | Tak |  |
|  | Pompka dedykowana do materaca | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie powierzchni materaca napisem: USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 13. Meble medyczne**

**Kozetka lekarska**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Kozetka lekarska – 1 szt.: | Tak |  |
|  | * elektryczna regulacja wysokości | Tak |  |
|  | * leże 2 sekcyjne | Tak |  |
|  | * dopuszczalne obciążenie: min 150 kg | Tak  150-159 kg – 0 pkt., 160 kg i więcej – 10 pkt. |  |
|  | * całkowita długość leża: 200 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | * szerokość leża: 75 cm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | * wysokość - zakres regulacji: 45-95 cm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | * zakres regulacji zagłówka (minimalny): +45° |  |  |
|  | * 2 koła ułatwiające przetaczanie stołu i 2 podgumowane stopki z regulacją | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Parawan metalowy dwuczęściowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Parawany dwuczęściowy wykonany z metalowych rurek – 1 szt. | Tak |  |
|  | Rurki wykonane ze stali kwasoodpornej | Tak/Nie  Tak -10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Parawan wyposażony jest w kółka jezdne ułatwiające jego przemieszczanie | Tak |  |
|  | Ekran parawany wykonany z materiału zmywalnego | Tak |  |
|  | Całkowita wysokość: min. 165 cm | Tak |  |
|  | Całkowita szerokość: min. 120 cm | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie parawanu treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |

**Stolik zabiegowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Stolik zabiegowy – 1 kpl. | Tak |  |
|  | Stolik zabiegowy wykonany ze stali kwasoodpornej. | Tak |  |
|  | Blat roboczy zagłębiony, z tworzywa ABS | Tak |  |
|  | Stolik wyposażony w 4 szuflady o pełnym wysuwie | Tak |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia wózka | Tak |  |
|  | 4 koła o średnicy min. 100 mm (2 tym min 2 z blokadą) | Tak |  |
|  | Wymiary stolika:   * szerokość: 85 cm (+/- 10%) * głębokość: 65 cm (+/- 10%) * wysokość: 95 cm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Wyposażenie:   * szyna sprzętowa – 1 szt. * uchwyt pojemnika na zużyte igły * stelaż z pokrywą na worek na odpady | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie stolika treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek do badań i transportu chorych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Wózek do badań i transportu chorych – 1 kpl. | Tak |  |
|  | Wózek 4-segmentowy z leżem wykonanym z monolitycznego tworzywa sztucznego do badań i transportu chorych | Tak |  |
|  | Kolumnowy system hydraulicznej regulacji wysokości za pomocą dźwigni nożnej | Tak |  |
|  | Regulacja segmentów leża, wspomagana sprężynami gazowymi | Tak |  |
|  | Regulacja oparcia pleców oraz segmentu nóg wspomagana sprężynami gazowym |  |  |
|  | Hydrauliczna regulacja funkcji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga za pomocą dźwigni nożnych. Zakres regulacji min. 0 do 14o | Tak |  |
|  | Oparcie pleców o zwiększonej przezierności, zaprojektowane w sposób umożliwiający wykonywanie zdjęć RTG z urządzeń mobilnych | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie: min. 260 kg | Tak  260 kg – 280 kg – 0 pkt.  281 kg – 300 kg – 10 pkt  Powyżej 300 kg – 20 pkt. |  |
|  | Koła o średnicy min. 125 mm | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w hamulec | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony od strony głowy pacjenta w uchwyty do prowadzenia z możliwością składania pod ramę leża, w celu bezpiecznego dostępu do pacjenta | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony od strony nóg pacjenta w uchwyt do prowadzenia | Tak |  |
|  | Długość barierek bocznych min. 1200 mm. Wysokość barierek bocznych ponad leże min. 310 mm | Tak |  |
|  | Wymiary wózka:   * długość: 2070 mm (+/- 20 mm) * szerokość wózka: 800 mm (+/- 20 mm) * wymiar leża: 2000 x 700 mm (+/- 20 mm) | Tak |  |
|  | Prześwit pomiędzy podstawą, a podłożem min. 150 mm, w celu umożliwienia współpracy z podnośnikiem pacjenta | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie od 550 mm do 900 mm (+/- 30 mm), dokonywana dźwigniami nożnymi umiejscowionymi po obu stronach wózka | Tak |  |
|  | Regulacja oparcia pleców uzyskiwana płynnie za pomocą sprężyny gazowej dźwignią umieszczoną od strony głowy pacjenta, wyraźnie oznaczona np. kolorem czerwonym. Zakres regulacji od 0 do 70o (+/- 3o) | Tak |  |
|  | Regulacja segmentu uda uzyskiwana płynnie za pomocą sprężyny gazowej dźwignią umieszczoną w łatwo dostępnym miejscu. Zakres regulacji od 0 do 20o (+/- 3o) | Tak |  |
|  | Regulacja segmentu podudzia uzyskiwana w zakresie regulacji od 0 do 22o (+/- 3o) | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * materac o grubości 80 mm (+/-20%), wykonany z pianki o gęstości 30 kg/m3, w pokrowcu zmywalnym, paroprzepuszczalnym, bakteriostatycznym, zabezpieczonym przed powstawaniem pleśni i wnikaniem płynów. | Tak |  |
|  | * wieszak kroplówki wykonany ze stali nierdzewnej, z regulacją wysokości w zakresie min. 700 – 1200 mm, wyposażony w haczyki do płynów. Tuleje do mocowania wieszaka kroplówki w czterech narożnikach leża | Tak |  |
|  | * półka pod monitor lub defibrylator montowana do uchwytu od strony nóg pacjenta posiadająca pas zabezpieczający monitor lub defibrylator przed spadaniem |  |  |
|  | * pasy zabezpieczające pacjenta | Tak |  |
|  | uchwyt na woreczki urologiczne umieszczony z boku wózka | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Zadanie 14. Zestaw narzędzi opatrunkowo-zabiegowych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Narzędzia fabrycznie nowe, wolne od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Zestaw narzędzi opatrunkowo-zabiegowych: | Tak |  |
|  | Narzędzia wykonane są z wysokogatunkowej stali, obrabianej, utwardzanej i hartowanej ze wstępną pasywacją w roztworze kwasu cytrynowego wykonaną przez producenta. | Tak |  |
|  | Ramiona nożyczek łączone są za pomocą śrubki lub wkrętu odpowiednio zabezpieczonego przed przypadkowym odkręceniem. | Tak |  |
|  | Narzędzia spełniające normę dotyczącą odporności na korozję | Tak |  |
|  | Wszystkie narzędzia i instrumentu podlegają następującym procesom: | Tak |  |
|  | * mycie:   + ultradźwięki   + środki myjące   + środki neutralizujące zgodnie z dopuszczeniem PZH | Tak |  |
|  | * dezynfekcja:   + zarówno temperaturowa jak i chemiczna środkami dopuszczonymi przez PZH | Tak |  |
|  | * sterylizacja zarówno parowa w autoklawach (zakres temperatur 121-134 st Celsjusza), niskotemperaturowa dla materiałów o zwiększonej wrażliwości oraz w użyciem nadtlenku wodoru i plazmy | Tak |  |
|  | Wszystkie narzędzia spełniają normę EN ISO 7153-1 lub równoważną (określającą powszechnie stosowane materiały metalowe do wytwarzania różnego rodzaju standardowych narzędzi chirurgicznych obejmujących co najmniej te, które są używane w chirurgii ogólnej, ortopedii i stomatologii) | Tak |  |
|  | Oznakowanie narzędzi kodem Data matrix (matrycowy dwuwymiarowy kod kreskowy umożliwiający na pełną identyfikację narzędzi w zestawie za pomocą skanowania) | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wszystkie instrukcje obsługi, karty katalogowe, karty techniczne są w języku polskim | Tak |  |
|  | Producent przedstawi Zamawiającemu karty katalogowe wraz ze zdjęciem oferowanego narzędzia celem potwierdzenia spełnienia wymaganych w OPZ parametrów i wymagań. | Tak |  |
|  | Lista narzędzi: | Tak |  |
|  | * nożyczki chirurgiczne odgięte tępo-ostre długość 145 mm – 8 szt. | Tak |  |
|  | * imadło chirurgiczne typu HALSEY, długość 130 mm z zapadką dolną, szczęki proste ząbkowane krzyżowo 0,5mm – 4 szt. | Tak |  |
|  | * imadło chirurgiczne typu CRILE-MURRAY, długość 150 mm z zapadką dolną, szczęki proste z nacięciami krzyżowymi 0,5 mm – 4 szt. | Tak |  |

**Zadanie 15. Nebulizatory**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Narzędzia fabrycznie nowe, wolne od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Nebulizator wielokrotnego użytku umożliwiający efektywne podawanie najczęściej przepisywanych leków wziewnych, zapewniając szybkie i skuteczne leczenie. | Tak |  |
|  | Nebulizator sterowany oddechem zawierający zawór oddechowy, który otwiera się przy wdechu, by podać lek, i zamyka się przy wydechu, oszczędzając lek i ograniczając jego stratę. | Tak |  |
|  | Regulacja rozmiaru MMAD cząsteczek | Tak |  |
|  | Regulacja szybkości podawania leku | Tak |  |
|  | Tryb pracy: ciągły | Tak |  |
|  | Inhalator wyposażony w uchwyt do przenoszenia | Tak |  |
|  | Funkcja umożliwiająca podawanie aerozolu jedynie w fazie wdechu | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | MMAD min.: 2,21 μm - 2,95 μm | Tak, podać |  |
|  | Frakcja respirabilna < 5 μm (FPF)%: min. 84,2% - 74,7% | Tak, podać |  |
|  | Głośność: poniżej 58dB | 55 dB i mniej – 10 pkt.  Powyżej 55 dB – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Wyposażenie:   * nebulizator, * przewód powietrzny * maska dla dorosłych – 2 szt. * filtr * ustnik | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Zadanie 16. Zestaw pomp infuzyjnych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 5 zestawów

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Skład jednego zestawu:   * stacja dokująca – 1 szt. * pompa infuzyjna strzykawkowa – 5 szt. jednotorowych * pompa infuzyjna objętościowa – 1 szt. | Tak |  |
|  | **Stacja dokująca:** | **Tak** |  |
|  | Stacja dokująca pozwalająca na jednoczesne zasilanie 6 oferowanych pomp strzykawkowych i objętościowych. | Tak |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie oferowanych pomp w stacji dokującej wraz z umieszczonym na pompie uchwytem mocującym do stojaka lub do szyny oraz uchwytem transportowym | Tak |  |
|  | Dowolna zmiana miejsca pomp strzykawkowych i objętościowych w stacji bez konieczności wyjmowania innych pomp – możliwość niezależnego umieszczania i wyjmowania pomp w i ze stacji. | Tak |  |
|  | Zasilanie pomp ze stacji dokującej – automatyczne podłączenie zasilania po umieszczeniu pompy w stacji. | Tak |  |
|  | Brak zasilania niezajętego gniazda pompy | Tak |  |
|  | Możliwość mocowania stacji dokującej do rury pionowej (stojaki lub kolumny). | Tak |  |
|  | Masa stacji dokującej maksymalnie: 5 kg | Tak  Poniżej 4,5 kg – 10 pkt. |  |
|  | Maksymalne wymiary stacji dokującej: 1060mm x 195mm x 172 mm | Tak, podać |  |
|  | Ochrona klasy IP22 | Tak |  |
|  | Zasilanie stacji dokującej: 230 V 50Hz | Tak |  |
|  | Wymiary uchwytów mocujących: | Tak |  |
|  | * Stojak:   + średnica 16 - 42 mm +/- 5% * Szyna:   + wysokość 16 - 42 mm +/- 5%   + głębokość maks. 30 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | **Pompa strzykawkowa:** | **Tak** |  |
|  | Pompa strzykawkowa do podawania dożylnego, dotętniczego sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | Tak |  |
|  | Pełne mocowanie strzykawki możliwe za równo przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie. | Tak |  |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki. | Tak |  |
|  | Możliwość pracy pompy w stacji dokującej. | Tak |  |
|  | Pompa wyposażona w wyświetlacz LCD. | Tak |  |
|  | Pompa wyposażona w klawiaturę symboliczną. | Tak |  |
|  | Pompa umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | Tak. |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla, niedopuszczalny zasilacz zewnętrzny | Tak |  |
|  | Waga urządzenia max. 2,5 kg. | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 8 godz. przy przepływie 5 ml/godz. | Tak, podać |  |
|  | Lampka kontrolna zasilania oraz wskaźnik stanu naładowania akumulatora widoczne na płycie czołowej urządzenia. | Tak |  |
|  | Przycisk wyciszenia alarmu. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w automatyczną blokadę klawiatury. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w blokadę klawiatury z użyciem cyfrowego kodu. | Tak |  |
|  | Uchwyt mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny oraz rączka do przenoszenia na stałe wbudowane w pompę. | Tak |  |
|  | Pełne mocowanie strzykawki możliwe za równo przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie. | Tak |  |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki | Tak |  |
|  | Mocowanie strzykawki do czoła pompy, cała strzykawka stale widoczna podczas pracy pompy z pełną swobodą odczytania objętości ze skali strzykawki oraz możliwością wizualnej kontroli infuzji, mocowanie manualne, bez konieczności włączania pompy. | Tak |  |
|  | Osłona tłoka strzykawki uniemożliwiająca wciśnięcie tłoka strzykawki zamontowanej w pompie. | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu. | Tak |  |
|  | Możliwość programowania infuzji w jednostkach na minutę, godzinę, wagę i powierzchnię. | Tak |  |
|  | Dostępne opcje przeliczania - powierzchni ciała pacjenta w m² (w zakresie nie mniejszym niż od 0,05m² do 4,5m² +/-10%) oraz wagi pacjenta w kg (w zakresie nie mniejszym niż 0,25-350kg +/- 10%) z dostępną regulacją co 10 gramów. | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie bez konieczności wstrzymywania trwającej infuzji, dostępne 2 rodzaje, plus dodatkowo manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania i prezentacji podanej objętości na ekranie urządzenia:   * bezpośredni - szybkości podaży 50 – 1200 ml/h(+/- 5%) * programowany - 0,1 - 1200 ml, (+/- 5%) automatyczne wyliczenie czasu | Tak |  |
|  | Programowanie dawki w zakresie minimum 0,01-9999 jednostek. | Tak |  |
|  | Programowanie stężenia w zakresie minimum 0,01-70000 jednostek. | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar ciśnienia w linii zobrazowany w postaci piktogramu na ekranie pompy. | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 20 poziomów, min. 3 jednostki do wyboru – mmHg, kPa, PSI. | Tak |  |
|  | Urządzenie obsługujące min. 15 profili, pozwalających na wybranie konkretnej konfiguracji pompy i biblioteki leków. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania infuzji:   * co 0,01 w zakresie min. 0,1 – 9,99 ml/godz. * co 0,1 w zakresie 10-99,9 ml/h * co 1 w zakresie 100-1200ml/h. | Tak |  |
|  | Tryby dawkowania:  ng/h, ng/kg/min, ng/kg/h, μg/min, μg/h, μg/kg/min, μg/kg/h, mg/min, mg/h, mg/24h, mg/kg/min, mg/kg/h, mg/kg/24h, mg/m/h, mg/m/24h, g/h, g/kg/min, g/kg/h, g/kg/24h, mmol/h, mmol/kg/h, mmol/kg/24h, mU/min, mU/kg/min, mU/kg/h, U/min, U/h, U/kg/min, U/kg/h, kcal/h, kcal/24h, kcal/kg/h, mEq/min, mEq/h, mEq/kg/min, mEq/kg/h. | Tak |  |
|  | Ustawienie rozcieńczenia: -- jedn. / ml lub -- jedn. / -- ml.  Z dawką nasycającą lub bez. | Tak |  |
|  | Funkcja KVO | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w tryb dzienny i nocny z opcją przełączania między trybami ręcznie i automatycznie. | Tak |  |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń (zakres minimalny):   * alarm pustej strzykawki * alarm przypominający zatrzymana infuzja * alarm okluzji * alarm rozłączenia linii * alarm spadku ciśnienia * alarm rozładowanego akumulatora * alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora * alarm otwartego uchwytu komory strzykawki * alarm braku lub źle założonej strzykawki * alarm informujący o uszkodzeniu urządzenia * alarm wstępny przed opróżnieniem strzykawki * alarm wstępny przed końcem infuzji * alarm odłączenia zasilania * alarmy dotyczące błędów technicznych | Tak |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia dodatkowych elementów. | Tak |  |
|  | Menu w języku polskim. | Tak |  |
|  | Uchwyt mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny. | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |
|  | **Pompa objętościowa:** | Tak |  |
|  | Pompa objętościowa do podawania dożylnego i dotętniczego sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 8 godz. przy przepływie 125 ml/godz. | Tak |  |
|  | Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pompy | Tak |  |
|  | Urządzenie i jego akcesoria przystosowane do pracy w środowiskach elektromagnetycznych | Tak |  |
|  | Ochrona przed wilgocią: min. IP22 | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V 50Hz | Tak |  |
|  | Lampka kontrolna zasilania oraz wskaźnik stanu naładowania akumulatora widoczne na płycie czołowej urządzenia. | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla, zasilacz wbudowany wewnątrz urządzenia | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy ze stacji dokującej bez dodatkowych kabli | Tak |  |
|  | Masa pompy wraz z uchwytem mocującym oraz transportowym max. 2 kg | Tak, podać. |  |
|  | Wymiary pompy: kompatybilne z dostarczoną stacją dokującą | Tak |  |
|  | Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pomp | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Otwieranie drzwiczek pompy w celu założenia zestawu bez konieczności włączenia urządzenia, ręczne (nieautomatyczne) zamykanie drzwiczek | Tak |  |
|  | Uchwyt mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny oraz rączka do przenoszenia na stałe wbudowane w pompę. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania infuzji bez założonego drenu – przygotowanie pompy na przyjście pacjenta | Tak |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji – max. 0,40ml | Tak |  |
|  | Zakres szybkości infuzji (zakres minimalny): 0,1 do 1500 ml/godz. | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie, w dowolnym momencie infuzji. | Tak |  |
|  | Regulacja szybkości podaży bolusa (zakres minimalny): 50 – 1500 ml/h | Tak |  |
|  | Auto-test uruchamiany automatycznie po założeniu drenu sprawdzający prawidłową pracę pompy w połączeniu z weryfikacją założenia zestawu infuzyjnego – eliminacja ryzyka niekontrolowanego przepływu | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Dostępność zestawów nie wywołujących hemolizy – dedykowane dreny do transfuzji oraz podaży leków krwiopochodnych | Tak |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) (zakres minimalny): 0,1- 9900 ml | Tak |  |
|  | Tryby wlewu: | Tak |  |
|  | * tryby w ml/h: Objętość + Szybkość Przepływu, Objętość + Czas, Szybkość Przepływu + Czas, Objętość + Czas + Szybkość, Przepływu, Wzrastająco / Malejąco, Sekwencyjnie / Okresowo, Następczo / Na Zakładkę, Krople/min. | Tak |  |
|  | Tryby dawkowania (zakres minimalny): | Tak |  |
|  | * ng/h, ng/kg/min, ng/kg/h, μg/min, μg/h, μg/kg/min, μg/kg/h, mg/min, mg/h, mg/24h, mg/kg/min, mg/kg/h, mg/kg/24h, mg/m˛/h, mg/m˛/24h, g/h, g/kg/min, g/kg/h, g/kg/24h, mmol/h, mmol/kg/h, mmol/kg/24h, mU/min, mU/kg/min, mU/kg/h, U/min, U/h, U/kg/min, U/kg/h, kcal/h, kcal/24h, kcal/kg/h, mEq/min, mEq/h, mEq/kg/min, mEq/kg/h. | Tak |  |
|  | Czas wlewu (zakres minimalny): 1min – 120 h | Tak |  |
|  | Czas pracy baterii / akumulatorze (przy pełnym naładowaniu):   * min. 6 h przy przepływie 25 ml/h * min. 4 h przy przepływie 1500 ml/h | Tak |  |
|  | Wyświetlacz: graficzny LCD | Tak |  |
|  | Zacisk pozwalający na zamontowanie na poręczy lub stojaku. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej min.: 1min – 120 h | Tak, podać |  |
|  | Funkcja ostrzeżenia przekroczenia założonego czasu pracy | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar i wizualizacja ciśnienia w linii | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 10 poziomów | Tak |  |
|  | Funkcja KVO | Tak |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO programowana przez użytkownika w zakresie min. od 1 do 20 ml/h | Tak |  |
|  | Ciśnienie okluzji programowane w zakresie min. od 50 – 750 mmHg | Tak |  |
|  | Automatyczne wznowienie infuzji po pauzie – opóźniony start | Tak |  |
|  | Biblioteka leków, min. 100 leków wraz z protokołami infuzji (domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.) | Tak |  |
|  | Funkcja wykrywania powietrza w linii z możliwością programowania rozmiaru wykrywanego pęcherzyka lub skumulowanego powietrza | Tak |  |
|  | Tryb nocny - sposób wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu | Tak/Nie  Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | Tak |  |
|  | Alarm okluzji z sygnalizacją miejsca wystąpienia okluzji (przed lub za pompą) | Tak |  |
|  | Alarm przypominający – zatrzymana infuzja | Tak |  |
|  | Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia | Tak |  |
|  | Alarm rozładowanego akumulatora | Tak |  |
|  | Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | Tak |  |
|  | Alarm braku lub źle założonego zestawu infuzyjnego | Tak |  |
|  | Alarm informujący o uszkodzeniu urządzenia | Tak |  |
|  | Alarm wstępny przed końcem infuzji z możliwością zaprogramowania czasu przed końcem infuzji, w którym pojawi się alarm | Tak |  |
|  | Alarm powietrza w linii | Tak |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły po min. 2 sztuki bez użycia dodatkowych elementów | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 17. Osprzęt do laparoskopii**

**Trokary jednorazowe**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Trokary jednorazowe wykorzystywane przy zabiegach laparoskopowych i torakoskopowych | Tak |  |
|  | **Trokar 10 lub 11 mm – 48 szt.:** | Tak, podać |  |
|  | * zintegrowana redukcja z uszczelką do narzędzi o średnicy 5 – 10/11mm | Tak, podać |  |
|  | * trokar sterylny | Tak |  |
|  | * kaniula gładka / karbowana | Tak  Kaniula gładka – 10 pkt  Kaniula karbowana: 0 pkt. |  |
|  | * długość kaniuli w granicach 100-150 mm | Tak, podać |  |
|  | * płaskie ostrze w kształcie litery V aktywującego się tylko podczas oporu powłok | Tak |  |
|  | * trokar wyposażony w podwójny wskaźnik dźwiękowy i wizualny informujący o aktywacji noża oraz jego blokadzie po przejściu przez powłoki brzuszne | Tak |  |
|  | * trójstopniowy zawór do insuflacji | Tak |  |
|  | * opisane i widoczne położenie zaworu insuflacja/desuflacja na zaworze. | Tak |  |
|  | * desuflacja bez odłączania drenu podającego CO2 | Tak |  |
|  | * trokar wykonany z przeziernego tworzywa | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | **Trokar 12 mm – 48 szt.:** | Tak |  |
|  | * zintegrowana redukcja z uszczelką do narzędzi o średnicy 5 - 12mm | Tak |  |
|  | * trokar sterylny | Tak |  |
|  | * kaniula gładka / karbowana | Tak  Kaniula gładka – 10 pkt  Kaniula karbowana: 0 pkt. |  |
|  | * długość kaniuli 150 mm | Tak, podać |  |
|  | * płaskie ostrze w kształcie litery V aktywującego się tylko podczas oporu powłok | Tak |  |
|  | * trokar wyposażony w podwójny wskaźnik dźwiękowy i wizualny informujący o aktywacji noża oraz jego blokadzie po przejściu przez powłoki brzuszne | Tak |  |
|  | * trójstopniowy zawór do insuflacji | Tak |  |
|  | * opisane i widoczne położenie zaworu insuflacja/desuflacja na zaworze. | Tak |  |
|  | * desuflacja bez odłączania drenu podającego CO2 | Tak |  |
|  | * trokar wykonany z przeziernego tworzywa | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | **Trokar 15 mm – 12 szt.:** | Tak |  |
|  | * zintegrowana redukcja z uszczelką do narzędzi o średnicy 5 - 15mm | Tak |  |
|  | * trokar sterylny | Tak |  |
|  | * kaniula gładka / karbowana | Tak  Kaniula gładka – 10 pkt  Kaniula karbowana: 0 pkt. |  |
|  | * długość kaniuli 150 mm | Tak, podać |  |
|  | * trokar wyposażony w podwójny wskaźnik dźwiękowy i wizualny informujący o aktywacji noża oraz jego blokadzie po przejściu przez powłoki brzuszne | Tak |  |
|  | * trójstopniowy zawór do insuflacji | Tak |  |
|  | * opisane i widoczne położenie zaworu insuflacja/desuflacja na zaworze. | Tak |  |
|  | * desuflacja bez odłączania drenu podającego CO2 | Tak |  |
|  | * trokar wykonany z przeziernego tworzywa | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie trokarów na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Graspery**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Graspery – 24 szt.:** | Tak |  |
|  | * kleszczyki chwytne do przytrzymywania tkanek i narządów podczas zabiegów chirurgicznych i laparoskopowych | Tak |  |
|  | * kleszczyki jednorazowe | Tak |  |
|  | * kleszczyki wyposażone w przełącznik zapadkowy wł./wył | Tak |  |
|  | * długość kleszczyków – 31 cm (+/- 2%) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie kleszczyków na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Endograspery**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Endograspery – 24 szt.:** | Tak |  |
|  | * kleszczyki chwytne do przytrzymywania tkanek i narządów podczas zabiegów chirurgicznych i laparoskopowych | Tak |  |
|  | * kleszczyki jednorazowe | Tak |  |
|  | * kleszczyki wyposażone w przełącznik zapadkowy wł./wył | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie kleszczyków na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 18. Pompy infuzyjne strzykawkowe**

**Pompy infuzyjne strzykawkowe**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 6 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Pompa strzykawkowa do podawania dożylnego, dotętniczego sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | Tak |  |
|  | Pełne mocowanie strzykawki możliwe za równo przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie. | Tak |  |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki. | Tak |  |
|  | Możliwość pracy pompy w stacji dokującej. | Tak |  |
|  | Pompa wyposażona w wyświetlacz LCD. | Tak |  |
|  | Pompa wyposażona w klawiaturę symboliczną. | Tak |  |
|  | Pompa umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | Tak. |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy: | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla – 10 pkt.  Zasilanie pompy poprzez zasilacz zewnętrzny – 0 pkt. |  |
|  | Waga urządzenia max. 2,5 kg. | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 8 godz. przy przepływie 5 ml/godz. | Tak  8-10 godzin – 0 pkt.  powyżej. 10 godzin – 10 pkt. |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 6 godz. przy przepływie 125 ml/godz. | Tak/Nie  Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Lampka kontrolna zasilania oraz wskaźnik stanu naładowania akumulatora widoczne na płycie czołowej urządzenia. | Tak |  |
|  | Przycisk wyciszenia alarmu. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w automatyczną blokadę klawiatury. | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Uchwyt mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny oraz rączka do przenoszenia na stałe wbudowane w pompę. | Tak |  |
|  | Pełne mocowanie strzykawki możliwe za równo przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie. | Tak |  |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki | Tak |  |
|  | Mocowanie strzykawki do czoła pompy, cała strzykawka stale widoczna podczas pracy pompy z pełną swobodą odczytania objętości ze skali strzykawki oraz możliwością wizualnej kontroli infuzji, mocowanie manualne, bez konieczności włączania pompy. | Tak |  |
|  | Osłona tłoka strzykawki uniemożliwiająca wciśnięcie tłoka strzykawki zamontowanej w pompie. | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu. | Tak |  |
|  | Możliwość programowania infuzji w jednostkach na minutę, godzinę, wagę i powierzchnię. | Tak |  |
|  | Dostępne opcje przeliczania - powierzchni ciała pacjenta w m² (w zakresie nie mniejszym niż od 0,05m² do 4,5m² +/-10%) oraz wagi pacjenta w kg (w zakresie nie mniejszym niż 0,25-350kg +/- 10%) z dostępną regulacją co 10 gramów. | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie bez konieczności wstrzymywania trwającej infuzji, dostępne 2 rodzaje, plus dodatkowo manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania i prezentacji podanej objętości na ekranie urządzenia:   * bezpośredni - szybkości podaży 50 – 1200 ml/h(+/- 5%) * programowany - 0,1 - 1200 ml, (+/- 5%) automatyczne wyliczenie czasu | Tak |  |
|  | Programowanie dawki w zakresie minimum 0,01-9999 jednostek. | Tak |  |
|  | Programowanie stężenia w zakresie minimum 0,01-70000 jednostek. | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar ciśnienia w linii zobrazowany w postaci piktogramu na ekranie pompy. | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 20 poziomów, min. 3 jednostki do wyboru – mmHg, kPa, PSI. | Tak |  |
|  | Urządzenie obsługujące min. 15 profili, pozwalających na wybranie konkretnej konfiguracji pompy i biblioteki leków. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania infuzji:   * co 0,01 w zakresie min. 0,1 – 9,99 ml/godz. * co 0,1 w zakresie 10-99,9 ml/h * co 1 w zakresie 100-1200ml/h. | Tak |  |
|  | Tryby dawkowania (minimalny zakres):  ng/h, ng/kg/min, ng/kg/h, μg/min, μg/h, μg/kg/min, μg/kg/h, mg/min, mg/h, mg/24h, mg/kg/min, mg/kg/h, mg/kg/24h, mg/m/h, mg/m/24h, g/h, g/kg/min, g/kg/h, g/kg/24h, mmol/h, mmol/kg/h, mmol/kg/24h, mU/min, mU/kg/min, mU/kg/h, U/min, U/h, U/kg/min, U/kg/h, kcal/h, kcal/24h, kcal/kg/h, mEq/min, mEq/h, mEq/kg/min, mEq/kg/h. | Tak |  |
|  | Ustawienie rozcieńczenia: -- jedn. / ml lub -- jedn. / -- ml.  Z dawką nasycającą lub bez. | Tak |  |
|  | Funkcja KVO | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w tryb dzienny i nocny z opcją przełączania między trybami ręcznie i automatycznie. | Tak |  |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń (zakres minimalny):   * alarm pustej strzykawki * alarm przypominający zatrzymana infuzja * alarm okluzji * alarm rozłączenia linii * alarm spadku ciśnienia * alarm rozładowanego akumulatora * alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora * alarm otwartego uchwytu komory strzykawki * alarm braku lub źle założonej strzykawki * alarm informujący o uszkodzeniu urządzenia * alarm wstępny przed opróżnieniem strzykawki * alarm wstępny przed końcem infuzji * alarm odłączenia zasilania * alarmy dotyczące błędów technicznych | Tak |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia dodatkowych elementów. | Tak |  |
|  | Menu w języku polskim. | Tak |  |
|  | Uchwyt mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny. | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 19. Pompy żywieniowe**

**Pompy objętościowe do przetaczania płynów w tym żywienia pozajelitowego**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Pompy infuzyjne objętościowe do przetaczania płynów, podawania płynów infuzyjnych, leków preparatów osoczozastępczych, żywienia pozajelitowego i dojelitowego, przetaczania krwi i cytostatyków. | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 6 godz. przy przepływie 100 ml/godz. | Tak  8 i więcej godzin przy przepływie 100 ml/godz. – 10 pkt. |  |
|  | Pompa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi bezpośrednio lub poprzez stację dokującą. | Tak |  |
|  | Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pompy | Tak |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej lub szyny poziomej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę lub uchwytu zatrzaskowo mocowanego do pompy | Tak |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | Tak |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min.: 0,1 do 1 000 ml/godz. | Tak |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min. 100 pozycji | Tak |  |
|  | Zakres ustawienia całkowitej dawki min.: 1 – 3000 ml | Tak |  |
|  | Maksymalna objętość bolusa po alarmie okluzji ≤0,2ml | Tak |  |
|  | Prędkość infuzji w zakresie min. od 0,1 - 99,99 ml/h programowana co 0,01ml/godz. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji min. od 1 min – 99 godzin | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar i wizualizacja ciśnienia w linii w postaci graficznej | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 8 poziomów | Tak |  |
|  | Ciśnienie okluzji programowane w zakresie min. od 250 – 700 mmHg | Tak |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w (zakres minimalny) mg, mcg, IE lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | Tak |  |
|  | Tryby infuzji (zakres minimalny): Piggyback; wzrost-utrzymanie-spadek (profile żywieniowe); programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki. | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie, w dowolnym momencie infuzji, bez przerywania infuzji | Tak |  |
|  | Rodzaje bolusa (zakres minimalny):   * Ręczny - szybkości podaży min. 50 – 1200 ml/h * Bolus ze wstępnym wyborem objętości * Bolus z obliczaniem prędkości | Tak |  |
|  | Dokładność infuzji pompy (max): +/- 5% | Tak |  |
|  | Praca w oparciu o dedykowane linie infuzyjne wyposażone w tłoczącą część silikonową, nie posiadające w swoim składzie lateksu oraz DEHP | Tak |  |
|  | Wszystkie zestawy współpracujące z pompą wyposażone w automatycznie blokowany zacisk, zapobiegający swobodnemu przepływowi po otwarciu drzwiczek pompy oraz zacisk rolkowy na drenie | Tak |  |
|  | Mechanizm nie wywołujący hemolizy | Tak |  |
|  | Funkcja KVO | Tak |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO | Tak |  |
|  | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godz. | Tak/Nie  Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wskaźnik pracy pompy widoczny z min. 5 metrów | Tak/Nie  Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Rejestr zdarzeń min. 1000 – zdarzenia zapisywane w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji, z możliwością podzielenia na min.10 grup/ kategorii leków | Tak |  |
|  | Możliwość implementacji do pomp utworzonej z Bazy Leków Biblioteki Leków, w terminie uzgodnionym z Użytkownikiem | Tak |  |
|  | Czułość techniczna – wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza ≥0,01 ml | Tak |  |
|  | Tryb wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu | Tak |  |
|  | Alarmy (zakres minimalny): | Tak |  |
|  | * akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | Tak |  |
|  | * alarm przypominający – zatrzymana infuzja | Tak |  |
|  | * alarm okluzji z sygnalizacją miejsca wystąpienia okluzji (przed lub za pompą) | Tak |  |
|  | * alarm rozłączenia lub uszkodzenia linii – spadku ciśnienia (wyciek) | Tak |  |
|  | * alarm rozładowanego akumulatora | Tak |  |
|  | * alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | Tak |  |
|  | * alarm braku lub źle założonego zestawu infuzyjnego | Tak |  |
|  | * alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu. | Tak |  |
|  | * alarm wstępny przed końcem infuzji z możliwością zaprogramowania czasu przed końcem infuzji, w którym pojawi się alarm | Tak |  |
|  | * alarm powietrza w linii | Tak |  |
|  | Menu pompy w języku polskim | Tak |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej oraz konieczności stosowania dodatkowych zewnętrznych elementów łączeniowych | Tak |  |
|  | Pompa wyposażona w detektor kropli/ możliwość precyzyjnej podaży zarówno z jak i bez czujnika | Tak |  |
|  | Dokładność mechaniczna <±0,5% | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy: | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla – 10 pkt.  Zasilanie pompy poprzez zasilacz zewnętrzny – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Pompa przepływowa do żywienia pozajelitowego**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 3 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Pompy infuzyjne objętościowe do podawania płynów infuzyjnych, leków, żywienia pozajelitowego. | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 6 godz. przy przepływie 100 ml/godz. | Tak  8 i więcej godzin przy przepływie 100 ml/godz. – 10 pkt. |  |
|  | Pompa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi bezpośrednio lub poprzez stację dokującą. | Tak |  |
|  | Pompa do stosowania zarówno stacjonarnego, przy łóżku pacjenta, jak i przenośnego. | Tak |  |
|  | Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pompy | Tak |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej lub szyny poziomej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę lub uchwytu zatrzaskowo mocowanego do pompy | Tak |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | Tak |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min.: 0,1 do 1 000 ml/godz. | Tak |  |
|  | Możliwe zaprogramowanie szybkości przepływu diety min.: 1–400 ml/h | Tak |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min. 100 pozycji | Tak |  |
|  | Zakres ustawienia całkowitej dawki min.: 1 – 3000 ml | Tak |  |
|  | Maksymalna objętość bolusa po alarmie okluzji ≤0,2ml | Tak |  |
|  | Prędkość infuzji w zakresie min. od 0,1 - 99,99 ml/h programowana co 0,01ml/godz. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji min. od 1 min – 99 godzin | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar i wizualizacja ciśnienia w linii w postaci graficznej | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 8 poziomów | Tak |  |
|  | Ciśnienie okluzji programowane w zakresie min. od 250 – 700 mmHg | Tak |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w (zakres minimalny) mg, mcg, IE lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | Tak |  |
|  | Tryby infuzji (zakres minimalny): Piggyback; wzrost-utrzymanie-spadek (profile żywieniowe); programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki. | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie, w dowolnym momencie infuzji, bez przerywania infuzji | Tak |  |
|  | Rodzaje bolusa (zakres minimalny):   * Ręczny - szybkości podaży min. 50 – 1200 ml/h * Bolus ze wstępnym wyborem objętości * Bolus z obliczaniem prędkości | Tak |  |
|  | Dokładność infuzji pompy (max): +/- 5% | Tak |  |
|  | Praca w oparciu o dedykowane linie infuzyjne wyposażone w tłoczącą część silikonową, nie posiadające w swoim składzie lateksu oraz DEHP | Tak |  |
|  | Wszystkie zestawy współpracujące z pompą wyposażone w automatycznie blokowany zacisk, zapobiegający swobodnemu przepływowi po otwarciu drzwiczek pompy oraz zacisk rolkowy na drenie | Tak |  |
|  | Mechanizm nie wywołujący hemolizy | Tak |  |
|  | Funkcja KVO | Tak |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO | Tak |  |
|  | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godz. | Tak/Nie  Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wskaźnik pracy pompy widoczny z min. 5 metrów | Tak/Nie  Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Rejestr zdarzeń min. 1000 – zdarzenia zapisywane w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji, z możliwością podzielenia na min.10 grup/ kategorii leków | Tak |  |
|  | Możliwość implementacji do pomp utworzonej z Bazy Leków Biblioteki Leków, w terminie uzgodnionym z Użytkownikiem | Tak |  |
|  | Czułość techniczna – wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza ≥0,01 ml | Tak |  |
|  | Tryb wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu | Tak |  |
|  | Alarmy (zakres minimalny): | Tak |  |
|  | * akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | Tak |  |
|  | * alarm przypominający – zatrzymana infuzja | Tak |  |
|  | * alarm okluzji z sygnalizacją miejsca wystąpienia okluzji (przed lub za pompą) | Tak |  |
|  | * alarm rozłączenia lub uszkodzenia linii – spadku ciśnienia (wyciek) | Tak |  |
|  | * alarm rozładowanego akumulatora | Tak |  |
|  | * alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | Tak |  |
|  | * alarm braku lub źle założonego zestawu infuzyjnego | Tak |  |
|  | * alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu. | Tak |  |
|  | * alarm wstępny przed końcem infuzji z możliwością zaprogramowania czasu przed końcem infuzji, w którym pojawi się alarm | Tak |  |
|  | * alarm powietrza w linii | Tak |  |
|  | Menu pompy w języku polskim | Tak |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej oraz konieczności stosowania dodatkowych zewnętrznych elementów łączeniowych | Tak |  |
|  | Pompa wyposażona w detektor kropli/ możliwość precyzyjnej podaży zarówno z jak i bez czujnika | Tak |  |
|  | Dokładność mechaniczna <±0,5% | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy: | Tak  Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla – 10 pkt.  Zasilanie pompy poprzez zasilacz zewnętrzny – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie z sieci lub akumulatora | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Pompa przepływowa do żywienia dojelitowego**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 3 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Pompy infuzyjne objętościowe do podawania płynów infuzyjnych, leków, żywienia pozajelitowego i dojelitowego. | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 6 godz. przy przepływie 100 ml/godz. | Tak  8 i więcej godzin przy przepływie 100 ml/godz. – 10 pkt. |  |
|  | Pompa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi bezpośrednio lub poprzez stację dokującą. | Tak |  |
|  | Pompa do stosowania zarówno stacjonarnego, przy łóżku pacjenta, jak i przenośnego. | Tak |  |
|  | Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pompy | Tak |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej lub szyny poziomej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę lub uchwytu zatrzaskowo mocowanego do pompy | Tak |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | Tak |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min.: 0,1 do 1 000 ml/godz. | Tak |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min. 100 pozycji | Tak |  |
|  | Możliwe zaprogramowanie szybkości przepływu diety: min. 1–400 ml/h | Tak |  |
|  | Zakres ustawienia całkowitej dawki min.: 1 – 3000 ml | Tak |  |
|  | Maksymalna objętość bolusa po alarmie okluzji ≤0,2ml | Tak |  |
|  | Prędkość infuzji w zakresie min. od 0,1 - 99,99 ml/h programowana co 0,01ml/godz. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji min. od 1 min – 99 godzin | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar i wizualizacja ciśnienia w linii w postaci graficznej | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 8 poziomów | Tak |  |
|  | Ciśnienie okluzji programowane w zakresie min. od 250 – 700 mmHg | Tak |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w (zakres minimalny) mg, mcg, IE lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | Tak |  |
|  | Tryby infuzji (zakres minimalny): Piggyback; wzrost-utrzymanie-spadek (profile żywieniowe); programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki. | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie, w dowolnym momencie infuzji, bez przerywania infuzji | Tak |  |
|  | Rodzaje bolusa (zakres minimalny):   * Ręczny - szybkości podaży min. 50 – 1200 ml/h * Bolus ze wstępnym wyborem objętości * Bolus z obliczaniem prędkości | Tak |  |
|  | Dokładność infuzji pompy (max): +/- 5% | Tak |  |
|  | Praca w oparciu o dedykowane linie infuzyjne wyposażone w tłoczącą część silikonową, nie posiadające w swoim składzie lateksu oraz DEHP | Tak |  |
|  | Wszystkie zestawy współpracujące z pompą wyposażone w automatycznie blokowany zacisk, zapobiegający swobodnemu przepływowi po otwarciu drzwiczek pompy oraz zacisk rolkowy na drenie | Tak |  |
|  | Mechanizm nie wywołujący hemolizy | Tak |  |
|  | Funkcja KVO | Tak |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO | Tak |  |
|  | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godz. | Tak/Nie  Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wskaźnik pracy pompy widoczny z min. 5 metrów | Tak/Nie  Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Rejestr zdarzeń min. 1000 – zdarzenia zapisywane w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji, z możliwością podzielenia na min.10 grup/ kategorii leków | Tak |  |
|  | Możliwość implementacji do pomp utworzonej z Bazy Leków Biblioteki Leków, w terminie uzgodnionym z Użytkownikiem | Tak |  |
|  | Czułość techniczna – wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza ≥0,01 ml | Tak |  |
|  | Tryb wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu | Tak |  |
|  | Alarmy (zakres minimalny): | Tak |  |
|  | * akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | Tak |  |
|  | * alarm przypominający – zatrzymana infuzja | Tak |  |
|  | * alarm okluzji z sygnalizacją miejsca wystąpienia okluzji (przed lub za pompą) | Tak |  |
|  | * alarm rozłączenia lub uszkodzenia linii – spadku ciśnienia (wyciek) | Tak |  |
|  | * alarm rozładowanego akumulatora | Tak |  |
|  | * alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | Tak |  |
|  | * alarm braku lub źle założonego zestawu infuzyjnego | Tak |  |
|  | * alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu. | Tak |  |
|  | * alarm wstępny przed końcem infuzji z możliwością zaprogramowania czasu przed końcem infuzji, w którym pojawi się alarm | Tak |  |
|  | * alarm powietrza w linii | Tak |  |
|  | Menu pompy w języku polskim | Tak |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej oraz konieczności stosowania dodatkowych zewnętrznych elementów łączeniowych | Tak |  |
|  | Pompa wyposażona w detektor kropli/ możliwość precyzyjnej podaży zarówno z jak i bez czujnika | Tak |  |
|  | Dokładność mechaniczna <±0,5% | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy: | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla – 10 pkt.  Zasilanie pompy poprzez zasilacz zewnętrzny – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie z sieci lub akumulatora | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 20. Pozycjonery przeciwodleżynowe**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 6 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Zestaw wałków, klinów i poduszek pozycjonujących służących pozycjonowaniu, wsparciu w odciążeniu ciała pacjenta, wyposażonych w dedykowane pokrowce. | Tak |  |
|  | Wypełnienie wałków, poduszek z pianki i włókna poliestrowego. | Tak |  |
|  | Parametry pokrowców: | Tak |  |
|  | * elastyczne – rozciągliwe we wszystkich kierunkach | Tak |  |
|  | * paroprzepuszczalne | Tak |  |
|  | * stanowiące barierę dla płynów, bakterii, patogenów | Tak |  |
|  | * możliwość dezynfekcji powierzchni na bazie alkoholu | Tak |  |
|  | * możliwość prania w temperaturze 90-95 °C | Tak |  |
|  | Skład 1 kompletu: | Tak |  |
|  | * poduszka pozycjonująca z pokrowcem o wymiarach: 25 \* 80 cm (+/- 10%) – 1 szt. | Tak |  |
|  | * poduszka pozycjonująca z pokrowcem o wymiarach: 50 \* 85cm (+/- 10%) – 1 szt. | Tak |  |
|  | * poduszka wielokomorowa z pokrowcem o wymiarach: 60 \* 70cm (+/- 10%) – 1 szt. | Tak |  |
|  | * poduszka pod szyję z pokrowcem o wymiarze: 50 cm (+/- 10%) – 1 szt. | Tak |  |
|  | * wałek pozycjonujący z pokrowcem o wymiarach: 20 \* 225cm (+/- 10%) – 1 szt. | Tak |  |
|  | * wałek pozycjonujący z pokrowcem o wymiarach: 15 \* 60cm (+/- 10%) – 1 szt. | Tak |  |
|  | * klin pozycjonujący z pokrowcem o wymiarach: 70 \* 25 \* 15/5 cm (+/- 10%) – 1 szt. | Tak |  |
|  | * ochrona pięt z pokrowcem (wymiar średni) – 1 szt. | Tak |  |
|  | * ochrona pięt z pokrowcem (wymiar duży) – 1 szt. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie powierzchni pokrowców napisem: USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 21. Pulsoksymetry**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019 | Tak |  |
|  | Do pomiaru saturacji i tętna oraz APG (Acceleration Plethysmogram) u dorosłych | Tak |  |
|  | Wyświetlanie indeksu APG | Tak |  |
|  | Czujnik saturacji napalcowy z kablem o długości min. 100 cm | Tak |  |
|  | Urządzenie przenośne | Tak |  |
|  | Wyświetlacz OLED | Tak |  |
|  | Wyświetlanie stanu naładowania baterii | Tak |  |
|  | Akustyczny i wizualny alarm przy przekroczeniu wartości granicznych | Tak /Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zakres pomiarowy SpO2: min. 35 - 99% | Tak |  |
|  | Zakres pomiarowy częstotliwość pulsu: min. 30 - 250 uderzeń/minutę | Tak |  |
|  | Zasilanie bateryjne | Tak |  |
|  | Minimalny czas pracy na jednym zestawie baterii: 10 godz. | Tak  10 h – 0 pkt, powyżej 12 h – 10 pkt. |  |
|  | Waga: do 40 g (bez baterii) | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |

**Zadanie 22. Staplery elektryczne**

**Stapler elektryczny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Ilość: 1 kpl. | Tak |  |
|  | Stapler elektryczny pozwalający na zamykanie i przecinanie tkanek, obsługujący ładunki przeznaczone do tkanek różnej grubości, zmniejszający czas operacji. | Tak |  |
|  | Stapler wielorazowy | Tak |  |
|  | Zaawansowany stapler z technologią pomiaru grubości tkanki i dostosowywania prędkości rozkładania zszywek w celu uzyskania optymalnej linii szwu. | Tak |  |
|  | Rękojeść wielorazowego użytku do zszywania tkanek, współpracująca z ładunkami o stałej wysokości zszywki jak również z ładunkami z różną wysokością zszywek | Tak |  |
|  | Współpraca z ładunkami 30 mm, 45mm , 60mm | Tak |  |
|  | Zasilanie akumulatorem Li-Ion | Tak |  |
|  | Jednokomorowa ładowarka przeznaczona do użytku jako akcesorium staplera i stosowana do ładowania akumulatorów Li-ion w zasilanej rękojeści. | Tak |  |
|  | Ładowarka monitorująca stan ładowania akumulatora i zgłaszać jego stan za pomocą kolorowych diod LED. | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * Przejściówka prosta, niesterylna, wielokrotnego użytku, służąca do podłączenia się do rękojeści do zszywania w celu umożliwienia użycia kompatybilnych ładunków do zszywania, * Złącza dopasowujące do silnika i czujników elektronicznych, * Ręczne wielorazowe narzędzie do wyjmowania, używane do obsługi elementów sterowania przejściówki w przypadku wadliwego działania podczas operacji. Narzędzia można użyć do zakończenia aktywacji, wycofania noża i otwarcia szczęk i/lub uruchomienia ładunku do zszywania. * Jednorazowa nakładka kompatybilna z automatycznym wielorazowym stapler chroniąca przed kontaminacją – 12 szt. * Kompatybilny ze staplerem elektrycznym ładunek do tkanki standardowej oraz grubej o długości 60 mm z nożem w magazynku i zróżnicowaną wysokością zszywek w jednym ładunku wysokość otwarta zszywek 3,0 mm, 3,5 mm, 4,0 mm, , posiadające artykulację 45° w dwie strony, z możliwością grasperowania i wyginania się. – 12 szt. * Ładunek dł.60 mm, z ruchomą głowicą, zginany pod kątem do 45° w dwóch kierunkach, jednorazowego użytku. Ładunek wykonuje szew w postaci dwóch potrójnych linii tytanowych zszywek ułożonych naprzemiennie i jednocześnie przecina tkanki pomiędzy nimi, nóż wbudowany w ładunek. Wysokość zszywki zamkniętej 1,5 mm, otwartej 3,5 mm. – 12 szt. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Staplery okrężne zakrzywione do chirurgii klasycznej**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Ilość: 1 kpl. | Tak |  |
|  | Stapler okrężny jednorazowy z zakrzywioną główką, służący do zamykania i przecinania tkanek, obsługujący ładunki przeznaczone do tkanek różnej grubości, zmniejszający czas operacji – 3 szt. | Tak |  |
|  | Stapler okrężny zakrzywiony z łamaną główką po oddaniu strzału o średnicy 21 mm , 25 mm, 28 mm , 31 mm , 33 mm   * automatyczna regulacją docisku zszywek * stapler wyposażony w trzy rzędy zszywek o różnej wysokości; stapler o długości standardowej lub laparoskopowy. | Tak |  |
|  | Zamawiający określi długość , średnicę staplera oraz wysokość zszywki przy składaniu zamówienia. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 23. Stoły operacyjne**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Stół operacyjny przeznaczony do zabiegów ogólnochirurgicznych  Blat stołu wykonany z materiałów przeziernych na całej długości stołu, bez nieprzeziernych elementów poprzecznych, umożliwiający monitorowanie aparatem Rtg typu ramię C na całej jego długości. | Tak |  |
|  | Stół wykonany z materiałów nierdzewnych odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych, pokrywa podstawy ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Stół z napędem elektrohydraulicznym lub hybrydowym – elektrohydraulicznym i elektromechanicznym | Tak |  |
|  | Stół mobilny, umożliwiający łatwe przemieszczanie w obrębie bloku operacyjnego na czterech podwójnych kołach o średnicy min 125mm, obracanych o 360 stopni | Tak |  |
|  | Dodatkowe piąte koło sterujące ułatwiające manewrowanie stołem aktywowane przyciskiem na pilocie | Tak – 10pkt.  Nie – 0pkt. |  |
|  | Zasilanie awaryjne stołu – z panelu sterującego umieszczonego na kolumnie stołu | Tak |  |
|  | Blat stołu min. pięciosegmentowy | Tak |  |
|  | Łatwy i szybki sposób mocowań segmentów blatu bez użycia narzędzi za pomocą szybkozłączy z zatrzaskiem automatycznym | Tak |  |
|  | Długość stołu min. 210 cm | Tak, podać.  210cm – 0pkt.  > 210 cm – 10 pkt. |  |
|  | Możliwość pracy podczas ładowania akumulatorów | Tak |  |
|  | Całkowita szerokość blatu bez szyn akcesoryjnych 55 cm (+/-1cm) | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie : 60 cm do 115 cm (+/-5cm) | Tak |  |
|  | Przechyły boczne w obie strony od poziomu: min. 250 | Tak |  |
|  | Przechył Trendelenburga: min 350 | Tak |  |
|  | Przechył anty – Trendelenburga : min. 350 | Tak |  |
|  | Przesuw wzdłużny blatu min. 40 cm | Tak, podać.  40 cm – 0 pkt.  41-49cm – 5pkt.  ≥ 50cm – 10 pkt. |  |
|  | Obsługa funkcji stołu za pomocą pilota:   * regulacja kąta nachylenia segmentu pleców, * regulacja segmentu nożnego * regulacja wysokości blatu, * regulacja przechyłów bocznych blatu, * regulacja przechyłów wzdłużnych anty i Trendelenburga, * blokada stołu * pozycje „Flex” i „anty FLEX” uzyskiwane jednym przyciskiem * Pozycja „Beach Chair” uzyskiwana jednym przyciskiem * ustawienie pozycji standardowej „0” jednym przyciskiem * przesuw wzdłużny blatu | Tak |  |
|  | Regulacja segmentu plecowego min. + 80° / - 40° | Tak |  |
|  | Regulacja funkcji FLEX do min. 220° lub więcej | Tak |  |
|  | Regulacja funkcji REFLEX do min. 100° lub więcej | Tak |  |
|  | Obsługa stołu z dodatkowego panelu sterującego umieszczonego z boku na kolumnie stołu, pozwalającego na regulację wysokości, Trenedelenburga i antyTrendelenburga, położenia części plecowej , położenia części nożnej, blokowanie i odblokowanie stołu . Panel zabezpieczony przed przypadkowym uruchomieniem poprzez konieczność naciśnięcia dwóch przycisków | Tak |  |
|  | Regulacja pochylenia dzielonego segmentu nożnego min. + 60° / -90° | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji pochylenia dzielonej części nożnej prawej i lewej niezależnie oraz obu jednocześnie za pomocą przycisku na pilocie | Tak |  |
|  | Możliwość odchylenia każdej części nożnej na bok o min 90° względem osi wzdłużnej stołu | Tak |  |
|  | Regulacja kąta ustawienia podgłówka +50° / - 50° (+/- 5°) oraz płynne wypiętrzenie podgłówka względem blatu min 15cm | Tak |  |
|  | Regulacje podgłówka wspomagane sprężynami gazowymi | Tak |  |
|  | Wizualny system kontroli orientacji blatu na kolumnie stołu | Tak |  |
|  | Informacja o stanie naładowania akumulatora na pilocie | Tak |  |
|  | Blokowanie/odblokowywanie stołu do podłoża za pomocą elektrohydraulicznie lub elektromechanicznie wysuwanych stopek uruchamianych przyciskiem. Przyciski do sterowania blokadą dostępne na pilocie i na panelu sterującym | Tak |  |
|  | * Ramka ekranu anestezjologicznego z zaciskiem uniwersalnym do mocowania na bocznej szynie akcesoryjnej stołu , 1 kpl. * Anestezjologiczna podpórka ręki z regulacją kąta ustawienia względem osi wzdłużnej stołu z zaciskiem automatycznym pozwalającym na szybkie mocowanie do bocznej szyny akcesoryjnej stołu wraz z materacem, min. 2 kpl. | Tak |  |
|  | Zestaw pięciu podpór w tym cztery do ułożenia bocznego pacjenta wyposażone w przeguby kulowe z blokadami ułatwiające pozycjonowanie i gwarantujące pewne podparcie ciała pacjenta, poduszki z wyściółką przeciwodleżynową, zaciski mocujące oraz jedna podpora pod rękę na wysięgniku z przegubem kulowym do podparcia ręki w ułożeniu bocznym – 1 kpl. | Tak |  |
|  | Pas do mocowania pacjenta – 1 szt. | Tak |  |
|  | Podgłówek specjalistyczny z otworem ,z regulacją mechaniczną z możliwością odchylenia, uniesienia , opuszczenia przywiedzenia odwiedzenia względem blatu stołu | Tak |  |
|  | Dodatkowy segment blatu o długości min. 25 cm | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe stołu 230V 50 Hz | Tak |  |
|  | Materace segmentów blatu antystatyczne, odejmowane, odporne na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
|  | Dopuszczalne maksymalne obciążenie stołu 470 kg lub większe | Tak |  |
|  | Dopuszczalna waga pacjenta min. 250kg | Tak  dopuszczalna waga pacjenta więcej niż 270 kg -10 pkt.  dopuszczalna waga pacjenta 250kg-0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 24. Stoły zabiegowe**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Stół zabiegowy z elektryczną regulacją wysokości za pomocą siłownika elektrycznego. | Tak |  |
|  | Stół 3-sekcyjny. | Tak |  |
|  | Nośność: min. 260 kg | Tak  260 kg – 280 kg – 0 pkt.  281 kg – 300 kg – 10 pkt  Powyżej 300 kg – 20 pkt. |  |
|  | Elektryczna regulacja sekcji pleców | Tak |  |
|  | Szerokość stołu: 95 cm (+/- 10 %) | Tak |  |
|  | Całkowita długość: 200 cm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Regulacja sekcji pleców (od pozycji poziomej): min. od -10° do 65° | Tak |  |
|  | Regulacja sekcji nóg (od pozycji poziomej): min. -65° | Tak |  |
|  | Stół wyposażony w 4 koła jezdne do przemieszczania stołu | Tak |  |
|  | Stół wyposażony w stopy do bezpiecznego i stabilnego posadowienia stołu w czasie wykonywania procedur medycznych. | Tak |  |
|  | System poziomowania gwarantujący bezpieczne posadowienie przy nierównościach podłoża. | Tak |  |
|  | Tapicerka bezszwowa, antybakteryjna i trudnopalna. | Tak |  |
|  | Akcesoria:   * zagłówek (np. w formie półwałka) z możliwością zamocowania do sekcji pleców | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Zadanie 25. System pneumatycznego ucisku sekwencyjnego**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 8 kompletów

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Aparat zapewniający automatyczną kontrolę sekwencyjnego, gradientowego i obwodowego ucisku na kończyny dolne – 1 szt. | Tak |  |
|  | Sekwencyjny, obwodowy ucisk na podudzie i udo z zachowaniem predefiniowanego, automatycznego gradientu ciśnień: dolna część podudzia – 45mmHg; łydka – 40mmHg; udo – 30mmHg. Czas trwania cyklu kompresji – 11s | Tak |  |
|  | Czas trwania przerw pomiędzy kompresjami regulowany automatycznie za pomocą sytemu wykrywającego ponowne wypełnienie naczyń, umożliwiającego dostosowanie częstotliwości kompresji do fizjologii pacjenta, automatyczna rekalkulacja czasu trwania przerw – co 30 min. | Tak |  |
|  | Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla uda i podudzia w zakresie: 20-60s | Tak |  |
|  | Równomierny ucisk na stopę z predefiniowanym ciśnieniem 130mmHg. Czas trwania cyklu kompresji – 5s | Tak |  |
|  | Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla stopy w zakresie: 30-60s | Tak |  |
|  | Mankiety uciskowe udowe dostępne w rozmiarach: XS, S, M, L | Tak |  |
|  | Mankiety uciskowe na podudzie dostępne w rozmiarach: M, L, XL | Tak |  |
|  | Mankiety uciskowe stopowe dostępne w rozmiarach: M, L | Tak |  |
|  | Na wyposażeniu:   * pończochy przeciwzakrzepowe pełnej długości z sekwencyjnym uciskiem 18-14-8-10-8 mmHg od kostki do uda w rozmiarach łydki (+/- 5%):   + 30,5 – 38,0 cm – 6 szt.   + 38,0 – 45,0 cm – 6 szt.   + 44,5 – 54,6 cm – 6 szt. * mankiety udowe do pneumatycznego ucisku sekwencyjnego - rozmiar S – 5 szt. * mankiety udowe do pneumatycznego ucisku sekwencyjnego - rozmiar M – 5 szt. * mankiety udowe do pneumatycznego ucisku sekwencyjnego - rozmiar L – 3 szt.   W obrębie uda od jego wewnętrznej strony elastyczny klin w górnej części pończochy. Pończochy wyposażone w punkt rewizyjny w obrębie palców. | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w kolorowy ekran LCD o przekątnej powyżej 3 cali. | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w regulowany uchwyt mocujący do łóżka | Tak |  |
|  | W zestawie komplet niezbędnych przewodów ciśnieniowych łączących urządzenie z mankietami wielorazowego użytku. | Tak |  |
|  | Wymiary urządzenia: wysokość – szerokość - wymiar przód-tył 17-20cm | Tak |  |
|  | Ciężar urządzenia: 2-2,5kg | Tak |  |
|  | Parametry zasilania: 100-240V, 50-60Hz | Tak |  |
|  | Bateria – akumulator litowo-jonowy, czas działania min. 5 godz. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Paszport techniczny aparatu (wypełniony) | Tak |  |
|  | Montaż, uruchomienie i szkolenie z obsługi aparatu dla personelu medycznego w cenie urządzenia | Tak |  |
|  | Bezpłatne aktualizacje oprogramowania w okresie 10 lat od uruchomienia aparatu | Tak |  |

**Zadanie 26. Wirówki medyczne**

**Wirówka medyczna – Oddział Wewnętrzny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Ilość: 2 szt. | Tak |  |
|  | Mikroprocesorowe sterowanie urządzeniem | Tak |  |
|  | Wirówka wyposażona w rotory kątowe | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD | Tak |  |
|  | Zakres prędkości min: 300-4500 obr./min | Tak. Podać |  |
|  | Skokowa regulacja prędkości: co 100 obr./min | Tak |  |
|  | Maksymalne przyspieszenie: min. 2500 x g | Tak. Podać |  |
|  | Dokładność: +/- 20 obr./min | Tak |  |
|  | Wirówka medyczna przeznaczoną do stosowania z próbkami o małej pojemności. | Tak |  |
|  | Pojemność rotora min.: 10 ml / 7 ml / 5 ml x 12, 15 ml x 8 | Tak. Podać |  |
|  | Zabezpieczenie otwarcia pokrywy w czasie pracy. | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przez przekroczeniem prędkości. | Tak |  |
|  | Czas wirowania: min.: 1 ÷ 30min | Tak. Podać |  |
|  | Tryb pracy ciągłej | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Silnik: bezobsługowy silnik bezszczotkowy | Tak |  |
|  | Wymiary: max: 180 x 230 x 300 mm (wys x szer x dł.) | Tak. Podać |  |
|  | Waga: max. 6 kg | Tak. Podać. Waga do 4 kg – 10 pkt., powyżej 4 kg – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Wirówka medyczna – Chirurgia Szczękowo-Twarzowa**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Ilość: 1 szt. | Tak |  |
|  | Wirówka do osocza | Tak |  |
|  | Wirówka przeznaczona do pozyskiwania PRF, A-PRF, I-PRF | Tak |  |
|  | Zakres prędkości min: 600-6000 obr./min | Tak. Podać |  |
|  | Czas wirowania: min.: 1 ÷ 90min | Tak. Podać |  |
|  | Tryb pracy ciągłej | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Komora wirowania ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Regulacja czasu przyspieszania i hamowania (min. 5 programów) | Tak |  |
|  | Rotor: min. 8 x 15 ml | Tak |  |
|  | Możliwość sterylizacji rotora w autoklawie | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zabezpieczenie otwarcia pokrywy w czasie pracy. | Tak |  |
|  | Funkcja detekcji wyważenia rotora | Tak |  |
|  | Wymiary: max: 240 x 240 x 360 mm (wys x szer x dł.) | Tak. Podać |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Wirówka laboratoryjna – Patomorfologia**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Ilość: 1 szt. | Tak |  |
|  | Prędkość obrotowa min. 100 ÷ 4500 obr./min. | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlacz LCD | Tak |  |
|  | Regulacja prędkości | Tak |  |
|  | Regulacja czasu wirowania | Tak |  |
|  | Praca w trybie „SHORT” | Tak |  |
|  | Tryb pracy ciągłej | Tak/Nie  Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Komora wirowania ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Czujnik niewyważania | Tak |  |
|  | Blokada pokrywy podczas wirowania | Tak |  |
|  | Awaryjne otwieranie pokrywy | Tak |  |
|  | Wymiary maksymalne: wys. 380 x szer. 450 x gł. 550mm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Waga: max. 45 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |

**Zadanie 27. Wózki i krzesła medyczne**

**Wózek zabiegowy – OIT**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Ilość: 1 szt.** | Tak |  |
|  | Wózek zabiegowy pielęgniarski, wielofunkcyjny | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana zestali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Blat roboczy pogłębiony zabezpieczający sprzęt przed zsunięciem się | Tak |  |
|  | Powierzchnia wózka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV | Tak |  |
|  | Półki: | Tak |  |
|  | * 1 półka mocowana na stałe umiejscowiona w dolnej części wózka | Tak |  |
|  | * 1 półka mocowana na stałe lub odejmowana, umiejscowiona w okolicach połowy wysokości wózka | Tak |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia wózka (min. 1) | Tak |  |
|  | 4 koła jezdne o średnicy: 100 – 125 mm z odbojami w tym min. 2 z blokadą | Tak, podać |  |
|  | Wymiary wózka: szer. 500 mm x gł. 500 mm x wys. 900 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Wymiary blatu: 450 mm x 500 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * szyna sprzętowa wykonana ze stali kwasoodpornej, nośność: min. 5 kg | Tak |  |
|  | * pojemnik na zużyte igły | Tak |  |
|  | * 2 x kosz na odpady (stelaż na worek) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek zabiegowy – Chirurgia**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Ilość: 2 szt.** | Tak |  |
|  | Wózek zabiegowy pielęgniarski, wielofunkcyjny | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana zestali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Blat roboczy pogłębiony zabezpieczający sprzęt przed zsunięciem się | Tak |  |
|  | Blat roboczy wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak |  |
|  | Powierzchnia wózka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV | Tak |  |
|  | 1 szuflada o pełnym wysuwie pod blatem | Tak |  |
|  | Szuflada typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami,  pracująca na prowadnicach rolkowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Front szuflady wyposażony w jednoczęściową uszczelkę, konstrukcyjnie związaną z frontem, wykonaną z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelka na całym obwodzie frontu.  Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów szafek. | Tak |  |
|  | Półki: | Tak |  |
|  | * 1 półka mocowana na stałe, umiejscowiona w dolnej części wózka | Tak |  |
|  | * 1 półka w formie wyjmowanej tacy, zagłębionej na min. 50 mm, umiejscowiona w okolicach połowy wysokości wózka | Tak |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia wózka (min. 1) | Tak |  |
|  | 4 koła jezdne o średnicy: 100 – 125 mm w tym min. 2 z blokadą | Tak |  |
|  | Wymiary wózka: szer. 800 mm x gł. 600 mm x wys. 900 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * szyna sprzętowa wykonana ze stali kwasoodpornej, nośność: min. 5 kg | Tak |  |
|  | * pojemnik na zużyte igły | Tak |  |
|  | * 2 x kosz na odpady (stelaż na worek) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek zabiegowy – Neurochirurgia**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Ilość: 2 szt.** | Tak |  |
|  | Wózek zabiegowy pielęgniarski, wielofunkcyjny | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana zestali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Blat roboczy pogłębiony zabezpieczający sprzęt przed zsunięciem się | Tak |  |
|  | Blat roboczy wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak |  |
|  | Powierzchnia wózka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV | Tak |  |
|  | 1 szuflada o pełnym wysuwie pod blatem | Tak |  |
|  | Szuflada typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami,  pracująca na prowadnicach rolkowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Front szuflady wyposażony w jednoczęściową uszczelkę, konstrukcyjnie związaną z frontem, wykonaną z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelka na całym obwodzie frontu.  Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów szafek. | Tak |  |
|  | Półki: | Tak |  |
|  | * 1 półka mocowana na stałe, umiejscowiona w dolnej części wózka | Tak |  |
|  | * półka w formie wyjmowanej tacy, zagłębionej na min. 50 mm, umiejscowiona w okolicach połowy wysokości wózka | Tak |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia wózka (min. 1) | Tak |  |
|  | 4 koła jezdne o średnicy: 100 – 125 mm w tym min. 2 z blokadą | Tak |  |
|  | Wymiary wózka: szer. 800 mm x gł. 600 mm x wys. 900 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * szyna sprzętowa wykonana ze stali kwasoodpornej, nośność: min. 5 kg | Tak |  |
|  | * pojemnik na zużyte igły | Tak |  |
|  | * 2 x kosz na odpady (stelaż na worek) | Tak |  |
|  | Wyposażenie: 1 szyna sprzętowa wykonana ze stali kwasoodpornej, nośność: min. 5 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek zabiegowy – Chirurgia szczękowo-twarzowa**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Ilość: 2 szt.** | Tak |  |
|  | Wózek zabiegowy pielęgniarski, wielofunkcyjny | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana zestali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Blat roboczy pogłębiony zabezpieczający sprzęt przed zsunięciem się | Tak |  |
|  | Blat roboczy wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak |  |
|  | Powierzchnia wózka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV | Tak |  |
|  | 1 szuflada o pełnym wysuwie pod blatem | Tak |  |
|  | Szuflada typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami,  pracująca na prowadnicach rolkowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Front szuflady wyposażony w jednoczęściową uszczelkę, konstrukcyjnie związaną z frontem, wykonaną z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelka na całym obwodzie frontu.  Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów szafek. | Tak |  |
|  | Półki: | Tak |  |
|  | * 1 półka mocowana na stałe, umiejscowiona w dolnej części wózka | Tak |  |
|  | * 1 półka mocowana na stałe, umiejscowiona w okolicach połowy wysokości wózka | Tak |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia wózka (min. 1) | Tak |  |
|  | 4 koła jezdne o średnicy: 100 – 125 mm w tym min. 2 z blokadą | Tak |  |
|  | Wymiary wózka: szer. 800 mm x gł. 600 mm x wys. 900 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * 1 szyna sprzętowa wykonana ze stali kwasoodpornej, nośność: min. 5 kg | Tak |  |
|  | * pojemnik na zużyte igły | Tak |  |
|  | * 2 x kosz na odpady (stelaż na worek) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek zabiegowy – Endoskopia**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Ilość: 1 szt.** | Tak |  |
|  | Wózek zabiegowy pielęgniarski, wielofunkcyjny | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana zestali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Blat roboczy pogłębiony zabezpieczający sprzęt przed zsunięciem się | Tak |  |
|  | Blat roboczy wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak |  |
|  | Powierzchnia wózka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV | Tak |  |
|  | 1 szuflad o pełnym wysuwie umieszczona pod blatem | Tak |  |
|  | Szuflada typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami,  pracująca na prowadnicach rolkowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Front szuflady wyposażony w jednoczęściową uszczelkę, konstrukcyjnie związaną z frontem, wykonaną z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelka na całym obwodzie frontu.  Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów szafek. | Tak |  |
|  | Półki: | Tak |  |
|  | * 1 półka mocowana na stałe, umiejscowiona w dolnej części wózka | Tak |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia wózka (min. 1) | Tak |  |
|  | 4 koła jezdne o średnicy: 100 – 125 mm w tym min. 2 z blokadą | Tak |  |
|  | Wymiary wózka: szer. 800 mm x gł. 600 mm x wys. 900 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * 1 szyna sprzętowa wykonana ze stali kwasoodpornej, nośność: min. 5 kg | Tak |  |
|  | * pojemnik na zużyte igły | Tak |  |
|  | * 2 x kosz na odpady (stelaż na worek) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Ilość: 1 szt.** | Tak |  |
|  | Wózek zabiegowy pielęgniarski, wielofunkcyjny | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana zestali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Blat roboczy pogłębiony zabezpieczający sprzęt przed zsunięciem się | Tak |  |
|  | Blat roboczy wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak |  |
|  | Powierzchnia wózka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV | Tak |  |
|  | 2 szuflady o pełnym wysuwie umieszczone pod blatem | Tak |  |
|  | Szuflada typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami,  pracująca na prowadnicach rolkowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Front szuflady wyposażony w jednoczęściową uszczelkę, konstrukcyjnie związaną z frontem, wykonaną z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelka na całym obwodzie frontu.  Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów szafek. | Tak |  |
|  | Półki: | Tak |  |
|  | * 1 półka mocowana na stałe, umiejscowiona w dolnej części wózka | Tak |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia wózka (min. 1) | Tak |  |
|  | 4 koła jezdne o średnicy: 100 – 125 mm w tym min. 2 z blokadą | Tak |  |
|  | Wymiary wózka: szer. 800 mm x gł. 600 mm x wys. 900 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * 1 szyna sprzętowa wykonana ze stali kwasoodpornej, nośność: min. 5 kg | Tak |  |
|  | * pojemnik na zużyte igły | Tak |  |
|  | * 2 x kosz na odpady (stelaż na worek) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek do przewożenia chorych – Chirurgia**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Wózek do przewożenia chorych | Tak |  |
|  | Podstawowe parametry: | Tak |  |
|  | * regulacja podparcia pleców * cztery koła jezdne w tym 2 z blokadą * zabezpieczające składane barierki boczne * regulacja podparcia: 0-75° (+/- 10%) * centralny hamulec * regulacja podparcia pleców, nachylenia i wysokości za pomocą mechanizmu korbowego | Tak |  |
|  | Uchwyt na butlę z tlenem | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wymiary (+/- 10%): długość 190 cm, szerokość 65 cm, wysokość 55-85 cm | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek prysznicowy, toaletowy – Wewnętrzny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Wózek prysznicowy, toaletowy | Tak |  |
|  | Podstawowe parametry: | Tak |  |
|  | * konstrukcja wykonana ze stali nierdzewnej * siedzisko z zamkniętym lub otwartym otworem wraz z zamknięciem (pokrywą) oraz z wyjmowanym pojemnikiem * podnóżki * podłokietniki * cztery koła jezdne o średnicy 10 cm (+/- 2,5 cm) z hamulcami * minimalny udźwig: 135 kg * szerokość całkowita: 600 mm (+/- 10%) * ciężar: max. 25 kg * wysokość całkowita: max. 1200 mm * zagłówek | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość odchylania oparcia z siedziskiem do tyłu | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek inwalidzki do transportu pacjentów**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 4 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Wózek inwalidzki do transportu pacjentów | Tak |  |
|  | Podstawowe parametry: | Tak |  |
|  | * wózek odporny na korozję. * koła tylne wypinane na szybkozłączki * regulowane podnóżki z podparciem pod łydki, * płyta podnóżka ze zmiennym kątem nachylenia, * podnóżki ściągane i odchylane na zewnątrz i do wewnątrz * możliwość zmiany wysokości siedziska. * możliwość zmiany wysokości podparcia pod łokieć * możliwość złożenia | Tak |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie: min 120 kg | Tak |  |
|  | Masa własna: max. 20 kg | Tak |  |
|  | Szerokość wózka: 65 cm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Szerokość siedziska: 45 cm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie wózka na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Krzesło do przewożenia pacjentów**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 4 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Krzesło do przewożenia pacjentów | Tak |  |
|  | Podstawowe parametry: | Tak |  |
|  | * szerokość: 65 cm (+/- 5cm) | Tak |  |
|  | * szerokość siedziska: 55 cm (+/- 5cm) | Tak |  |
|  | * konstrukcja ze stali lakierowanej proszkowo | Tak |  |
|  | * odchylane podłokietniki ułatwiające siadanie i wstawanie | Tak |  |
|  | * składany podnóżek | Tak |  |
|  | * hamulce zintegrowane z uchwytem do prowadzenia | Tak |  |
|  | * maksymalne obciążenie | Tak  150-180 kg – 0 pkt.  Powyżej 180 kg – 20 pkt. |  |
|  | Pasy zabezpieczające | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie krzesła na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Wózek medyczny zabiegowy – Otorynolaryngologia**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Wózek medyczny z zagłębionym blatem z tworzywa ABS | Tak |  |
|  | Wózek wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie -0 pkt. |  |
|  | Wózek o konstrukcji lakierowanej proszkowo farbami wzbogaconymi substancjami czynnymi | Tak |  |
|  | Korpus wózka wykonany z podwójnej blachy ocynkowanej w systemie dwuwarstwowym z wypełnieniem usztywniająco-wygłuszającym odpornym na wilgoć. | Tak |  |
|  | Szuflady typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych z wyoblonymi krawędziami, pracujące na prowadnicach rolkowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samodomykania. | Tak |  |
|  | Fronty szuflad wykonane w ten sam sposób co korpus, wyposażone w jednoczęściowe uszczelki, konstrukcyjnie związane z frontami, wykonane z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelki na całym obwodzie frontów. | Tak |  |
|  | Uchwyty do otwierania szuflad umożliwiające wygodny pochwyt w kształcie litery „C”, wykonane ze stopu cynku o aluminium z efektem matowej stali szlachetnej. | Tak |  |
|  | Pod uchwytami owalne przetłoczenie. | Tak |  |
|  | Blat wózka zagłębiony, wykonany z wysokiej jakości tworzywa ABS, wychodzący poza obrys korpusu wózka o 4-6 mm z każdej strony. | Tak |  |
|  | Zintegrowana z blatem 3-stronna galeryjka z tworzywa ABS | Tak |  |
|  | Ilość szuflad: 7 | Tak |  |
|  | Konfiguracja szuflad:  - 1 szuflada na całej szerokości wózka  - 2 rzędy w pionie po 3 szuflady  Szuflady o głębokości roboczej 13,5 – 14,5 cm  Szuflady o różnej wielkości. | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania, wykonany ze stali nierdzewnej. Uchwyt o przekroju kołowym o średnicy 25 mm | Tak |  |
|  | Układ jezdny: 4 koła skrętne w tym 2 z hamulcem. | Tak |  |
|  | 4 odbojniki z tworzywa umieszczone nad każdym z kół. | Tak |  |
|  | Wymiary całkowite wózka bez wyposażenia dodatkowego:  - szerokość 870 mm (+/- 20 mm)  - głębokość 660 mm (+/- 20 mm)  - wysokość 900 mm (+/- 20 mm) | Tak |  |
|  | Wózek odporny na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV | Tak |  |
|  | Wyposażenie wózka:  - 1 nadstawka z 9 uchylnymi, tworzywowymi pojemnikami  - 1 pojemnik na cewniki wykonany z stali kwasoodpornej o wymiarach 180x60x500 mm (+/- 10 mm)  - 2 szyny sprzętowe ze stali kwasoodpornej  - 1 wysięgnik na płyny infuzyjne z ręczną regulacją wysokości z 2 zaczepami  - 1 wysuwana półka boczna pod blatem  - 1 uchwyt na pojemnik na zużyte igły + pojemnik na zużyte igły  - pojemnik na rękawiczki  - kosz na odpady | Tak |  |

**Wózek oddziałowy - Laryngologia**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Wózek medyczny oddziałowy z zagłębionym blatem z tworzywa ABS | Tak |  |
|  | Wózek wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie -0 pkt. |  |
|  | Wózek o konstrukcji lakierowanej proszkowo farbami wzbogaconymi substancjami czynnymi | Tak |  |
|  | Korpus wózka wykonany z podwójnej blachy ocynkowanej w systemie dwuwarstwowym z wypełnieniem usztywniająco-wygłuszającym odpornym na wilgoć. | Tak |  |
|  | Szuflady typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych z wyoblonymi krawędziami, pracujące na prowadnicach rolkowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samodomykania. | Tak |  |
|  | Fronty szuflad wykonane w ten sam sposób co korpus, wyposażone w jednoczęściowe uszczelki, konstrukcyjnie związane z frontami, wykonane z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelki na całym obwodzie frontów. | Tak |  |
|  | Uchwyty do otwierania szuflad umożliwiające wygodny pochwyt w kształcie litery „C”, wykonane ze stopu cynku o aluminium z efektem matowej stali szlachetnej. | Tak |  |
|  | Pod uchwytami owalne przetłoczenie. | Tak |  |
|  | Blat wózka zagłębiony, wykonany z wysokiej jakości tworzywa ABS, wychodzący poza obrys korpusu wózka o 4-6 mm z każdej strony. | Tak |  |
|  | Zintegrowana z blatem 3-stronna galeryjka z tworzywa ABS | Tak |  |
|  | Ilość szuflad: 4 | Tak |  |
|  | Konfiguracja szuflad:   * szuflady o głębokości roboczej 12,5 – 14,5 cm * szuflady o równej wielkości. | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania. | Tak |  |
|  | Układ jezdny: 4 koła skrętne w tym min. 2 z hamulcem. | Tak |  |
|  | 4 odbojniki z tworzywa umieszczone nad każdym z kół. | Tak |  |
|  | Wymiary całkowite wózka bez wyposażenia dodatkowego:  - szerokość 870 mm (+/- 20 mm)  - głębokość 660 mm (+/- 20 mm)  - wysokość 900 mm (+/- 20 mm) | Tak |  |
|  | Wózek odporny na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV | Tak |  |
|  | Wyposażenie wózka:  - 1 pojemnik na cewniki wykonany z stali kwasoodpornej o wymiarach  - 1 szyna sprzętowa ze stali kwasoodpornej  - 1 uchwyt na pojemnik na zużyte igły + pojemnik na zużyte igły  - pojemnik na rękawiczki  - kosz na odpady | Tak |  |

**Zadanie 28. Zestaw do pomiaru ciśnienia śródbrzusznego**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Zestaw do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia śródbrzusznego metodą manometryczną | Tak |  |
|  | Zestaw do godzinowej zbiórki moczu z linią pomiarową zapewniający utrzymanie systemu zamkniętego. | Tak |  |
|  | Sterylny zestaw w jednym opakowaniu zapewniający utrzymanie zamkniętego systemu | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Ilość zestawów: 24 | Tak |  |
|  | Wyposażenie systemu (zestawu): | Tak |  |
|  | * dren manometryczny wyposażony w filtr biologiczny (20 ml) – dren umieszczony pomiędzy cewnikiem Foley’a a zestawem do godzinnej zbiórki moczu zapewniający właściwe odpowietrzanie * zastawka antyzwrotna wbudowana w łącznik do cewki Foley’a zapobiegająca cofaniu się moczu z zestawu do godzinnej zbiórki moczu do linii pomiarowej * zintegrowany zacisk drenu pozwalający na wyrównanie ciśnień i precyzyjny odczyt wartości ciśnienia śródbrzusznego * bezigłowy port do pobierania próbek * linia pomiarowa wyskalowana w mmHg z czasem użycia do 7 dni | Tak |  |

**Zadanie 29. Zestaw do pomiaru kalorymetrii**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Urządzenie do nieinwazyjnego monitorowania wentylacji minutowej, wartości zużywanego tlenu i wydalanego dwutlenku węgla oraz spoczynkowego wydatku energetycznego. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w stację pomiarową warunków otoczenia (temperatura, wilgotność, ciśnienie) zapewniającą ciągłą korekcję pomiarów w czasie badania do warunków BTPS. | Tak |  |
|  | Skład zestawu (min.): | Tak |  |
|  | * moduł pomiarowy: analizator gazowy CO2/O2, miernik przepływu/objętości * głowica pneumotachograficzne do pomiaru wentylacji minutowej – 5 szt., * przewód powietrzny – 1 szt. * łączniki redukcyjne 29/22 mm – 5 szt. * łączniki redukcyjne 29/15 mm – 5 szt. * uchwyt na szynę Euro – 1 szt. * uchwyt na wyświetlacz LCD – 1 szt. * zasilacz – 1 szt. | Tak |  |
|  | Parametry modułu pomiarowego: | Tak |  |
|  | * przestrzeń martwa: 36 ml +/- 5% * zakres przepływu: +/- 20l/s * rozdzielczość przepływu: 2,5 ml/s +/- 5% * rozdzielczość użytkowa przepływu: 10 ml/s * dokładność pomiaru przepływu: <2% * zakres pomiaru objętości min.: 0 – 10 l * rozdzielczość użytkowa objętości: 10 ml * dokładność pomiaru objętości: <2% * zakres mierzonej wentylacji: 0 – 300 l/min +/- 10% * gwarantowana liczna sterylizacji > 800 | Tak |  |
|  | Parametry analizatora tlenu: | Tak |  |
|  | * typ analizatora: elektrochemiczny * zakres pomiaru: 0 – 100% * dokładność: +/- 0,02% * rozdzielczość: 0,01% | Tak |  |
|  | Parametry analizatora dwutlenku węgla: | Tak |  |
|  | * zakres pomiaru: min. 0-10% * dokładność: +/- 0,02% * rozdzielczość: 0,01% | Tak  Zakres pomiaru: 0-10% - 0 pkt, powyżej 10% - 10 pkt. |  |
|  | Automatyczna stacja pomiarowa warunków otoczenia: temperatura, wilgotność, ciśnienie, zapewniająca w czasie badania stałą korektę pomiarów warunków BTPS | Tak |  |
|  | Automatyczna korekcja STPD | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy wyświetlacz LCD | Tak |  |
|  | Wartości prezentowane na wyświetlaczu (min.): VO2, VCO2, RQ, REE | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie urządzenia na obudowie treścią (grawerowanie, oznaczenie laserowe, itp.): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 30. Zestaw mikronarzędzi do zespoleń naczyniowych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Zestaw mikronarzędzi do zespoleń naczyniowych: | Tak |  |
|  | Wkład narzędziowy z systemem mocowania narzędzi do mikrochirurgii wykonany ze stali nierdzewnej dla 8 narzędzi od 9-15 cm długości – 2 szt. | Tak |  |
|  | Kaseta narzędziowa do przechowywania i sterylizacji narzędzi do mikrochirurgii wykonana ze stali nierdzewnej o wymiarach 13x23x2,5 cm na 8 narzędzi – 2 szt. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie kasety narzędziowej na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie narzędzi treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Nożyczki do przydanki, proste, wykonane ze stali nierdzewnej, długość całkowita 150 mm, szerokość uchwytu 8 mm, długość łopatek nożyczek 12 mm, uchwyt płaski, szerokość uchwytu 8 mm, powierzchnia karbowana – 2 szt. | Tak |  |
|  | Nożyczki dyssekcyjne, zakrzywione, wykonane ze stali nierdzewnej o długości całkowitej 150 mm, długość łopatek nożyczek 12 mm, uchwyt płaski, szerokość uchwytu 8 mm, powierzchnia karbowana – 2 szt. | Tak |  |
|  | Pęseta mikrochirurgiczna, jubilerska, wykonana ze stali nierdzewnej, długość całkowita 150 mm, szerokość uchwytu 9 mm, średnica końcówki roboczej 0,3 mm, uchwyt płaski, karbowany – 4 szt. | Tak |  |
|  | Dilatator mikronaczyniowy, wykonany ze stali nierdzewnej, długość całkowita 135 mm, zakrzywiony 45 st uchwytu 9 mm oraz średnicy końcówki roboczej 0,3 mm, długość końcówki roboczej 4 mm, uchwyt płaski, powierzchnia uchwytu karbowana. – 2 szt. | Tak |  |
|  | Pęseta mikrochirurgiczna, linia klasyczna, wykonana ze stali nierdzewnej, długość całkowita 135 mm, szerokość uchwytu 9 mm oraz średnicy końcówki roboczej 0,3 mm, Plateau uchwyt płaski, powierzchnia uchwytu karbowana – 2 szt. | Tak |  |
|  | Imadło wykonane ze stali nierdzewnej, długość całkowita 140 mm, szerokość uchwytu 8 mm, średnica końcówki roboczej 0,4 mm, delikatnie zakrzywiona, narzędzie bez zamka, uchwyt płaski, powierzchnia uchwytu karbowana – 2 szt. | Tak |  |
|  | * Zestaw narzędzi do zespoleń naczyń krwionośnych – 1 kpl.:  aplikator * pęseta mikrochirurgiczna (2 szt.) * przymiar do mierzenia średnicy naczyń * pojemnik do sterylizacji * pierścienie w rozmiarach od 1,0 mm do 4,0 mm | Tak |  |
|  | Komplet zacisków mikrochirurgicznych w sześciu rozmiarach do naczyń o średnicach 1-4 mm – 1 kpl. | Tak |  |
|  | Mikroklipsy tytanowe do zamykania naczyń krwionośnych:   * rozmiar H=1,5 mm, L=2,1 mm – 180 szt. * kompatybilna klipsownica do mikroklipsów – 2 szt. | Tak |  |
|  | Mikroklipsy tytanowe do zamykania naczyń krwionośnych:   * rozmiar H=2,4 mm, L=3,1 mm – 180 szt. * kompatybilna klipsownica do mikroklipsów – 2 szt. | Tak |  |
|  | Punch z wyrzutnikiem, płaską stopką 40 st, pokryty czarną ceramiką, rozbieralny za pomocą lewoskrętnej, centralnej sruby, piórka wykonane z materiału z pamięcią 1,0x200 - 5 szt. | Tak |  |
|  | Punch z wyrzutnikiem, stopka standard 40 st, pokryty czarną ceramiką, rozbieralny za pomocą lewoskrętnej, centralnej śruby, piórka wykonane z materiału z pamięcią, 08x200 mm - 4 szt. | Tak |  |
|  | Punch z wyrzutnikiem, stopka standard 40 st, pokryty czarną ceramiką, rozbieralny za pomocą lewoskrętnej, centralnej śruby, piórka wykonane z materiału z pamięcią, 4,0x200 – 4 szt. | Tak |  |
|  | Gryzak Richter, prosty, pokryty czarną ceramiką, 1,5x180 - 5szt. | Tak |  |
|  | Gryzak Richter, 30 st, pokryty czarną ceramiką, 1,5x180 – 5 szt. | Tak |  |
|  | Rongeur typu FERRIS-SMITH, tnący, pokryty czarną ceramiką, prosty, 8x200mm – 3 szt. | Tak |  |

**Zadanie 31. Zestaw narzędzi chirurgicznych do nowotworów twarzy, szczęki i gardła wraz ze stolikiem zabiegowym, stolikiem do instrumentarium oraz opatrunkowym**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Imadło chirurgiczne typ HALSEY długość 130 mm z zapadką dolną, szczęki proste ząbkowane krzyżowo 0,5mm – 8 szt. | Tak |  |
|  | Imadło chirurgiczne typ CRILE\_MURRAY długość 150 mm z zapadką dolną, szczęki proste z nacięciami krzyżowymi 0,5mm – 8 szt. | Tak |  |
|  | Imadło chirurgiczne typ HEGAR-MAYO długość 180 mm, z zapadką dolną, szczęki proste z nacięciami krzyżowymi 0,5mm i kanalikiem – 3 szt. | Tak |  |
|  | Kleszczyki naczyniowe typ HALSTED-MOSQUITO, zakrzywione, długość 160 mm, delikatne, skok ząbków 0,7 mm – 8 szt. | Tak |  |
|  | Uchwyt skalpela nr 4 długość 250 mm XL, bardzo długi trzonek – 3 szt. | Tak |  |
|  | Wziernik przysadkowy PAPAVERO-CASPAR 80x11 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Zgryzacz kostny typ KERRISON 130st do góry, 200mm/1mm – 2 szt. | Tak |  |
|  | Pinceta chirurgiczna typ ADSON, prosta, długość 120 mm, końcówka robocza 1/2 ząbki, delikatna – 2 szt. | Tak |  |
|  | Pinceta chirurgiczna typ MIKRO-ADSON, prosta, długość 150 mm, końcówka robocza 1/2 ząbki, delikatna z otworami w uchwycie – 2 szt. | Tak |  |
|  | Imadło chirurgiczne typ RYDER z zapadką, długość 195 mm, część robocza z twardą wkładką, szczęki ząbkowane krzyżowo, skok 0,4 mm – 6 szt. | Tak |  |
|  | Uchwyt skalpela do mikroostrzy typ LANDOLT, kształt bagnetowy, uchwyt kwadratowy 210 mm – 2 szt. | Tak |  |
|  | Nożyczki chirurgiczne odgięte tępo-ostre, długość 145 mm – 15 szt. | Tak |  |
|  | Hak operacyjny typ CRILE, długość 110 mm, dwustronny, wymiary łopaty 11x4 mm, druga łopata 19x6 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Przeciwrozszerzacz - kontrrektaktor do rozszerzania mięśni, mocowanie łopatek na zatrzask kulkowy, czarny – 1 szt. | Tak |  |
|  | Igłotrzymacz typ HEGAR, długość 160 mm, 6 1/4", szczęki z kanalikiem, nacięcia krzyżowe 0,6 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Nożyczki chirurgiczne proste tępo-ostre, długości 175mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Hak operacyjny typ KOCHER 40x18 mm, długość 230 mm – 6 szt. | Tak |  |
|  | Hak operacyjny typ VOLKMANN jednozębny tępy długość 220 mm – 2 szt. | Tak |  |
|  | Łyżeczka kostna typ VOLKMANN , figura 000, główka owalna, szerokość 3,6 mm długość 170 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Łyżeczka kostna typ VOLKMANN, figura 1, główka owalna, szerokość 6,8 mm długość 170 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Łyżeczka kostna dwustronna typ WILLIGER, długość 145 mm, główki owalne, szerokość 2mm i 3 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Łyżeczka kostna dwustronna typ JANSEN, długość 160 mm, główki okrągłe średnicy 3mm i 4,5 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Łyżeczka kostna dwustronna typ HEMINGWAY, długość 170 mm, szyjki odgięte, główki owalne, szerokość 3,7mm i 4,8 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Raspator typ SEMB, szerokość ostrza naciętego w kształcie litery V 12 mm, długość 230 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Podważka - skrobaczka typ FREER, dwustronna, ostro-tępa, długość 185 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze dłutowe rowkowe 45st wygięte – 1 szt. | Tak |  |
|  | Szpatułka językowa dwustronna typ BUCHWALD, szerokość 19/23 mm, długość 180 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Hak operacyjny typ KOCHER-LANGENBECK 35x8 mm, przekrój prostokątny długość 215 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Hak operacyjny typ GEENE 28x20 mm, długość 225 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Hak operacyjny typ FARABEUF mały, dwustronny, długość 125 mm, zestaw składający się w dwóch haków, wymiary 25x10 mm i 32x12 mm oraz 22x10 mm i 28x12 mm – 2 szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze unieruchamiające kości – 1 szt. | Tak |  |
|  | Imadło chirurgiczne typ CRILLE-WOOD z zapadką, długość 145 mm, część robocza z twardą wkładką, szczęki ząbkowane krzyżowo skok 0,4 mm – 14 szt. | Tak |  |
|  | Haczyk do skóry typ JOSEPH, długość 165 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Sonda typ BOWMAN, srebrna, dwustronna, średnica 0,7/0,8 mm, długość 130 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Nożyczki do dziąseł typ LA GRANDE super cut, długość 115 mm, końce ostre, odgięte ostrza i ramiona , ostrza wąskie, jedno ostrze ząbkowane – 10 szt. | Tak |  |
|  | Nożyczki chirurgiczne typ JOSHEP, odgięte, długość 175 mm, ostro/ostre – 1 szt. | Tak |  |
|  | Nożyczki preparacyjne odgięte, typ METZENBAUM, długość 180 mm, końce tępo/tępe – 2 szt. | Tak |  |
|  | Wziernik nosowy typ HARTMANN, długość 155 mm, długość trąbki 33mm, szerokość końca trąbki 7 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Osteotom typ OBWERGESER – 1 szt. | Tak |  |
|  | Osteotom do przegrody, szerokość 4 mm, długość 185 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Osteotom ergoplant prosty 8 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Osteotom stopniowy 6 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Rowek do progenii typ OBWEGESER, 8 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | rowek do progenii typ OBWERGESER, 10 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Hak do tkanek miękkich ergoplant typ BUECHS, długość 200 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze typ ROWE prawe i lewe, długość 240 mm – 2 szt. | Tak |  |
|  | Tuba ssąca średnicy 2,0 mm, długość 195 mm – 4 szt. | Tak |  |
|  | Trzymacz brody typ OBWEGESER – 1 szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze stomatologiczne do korzeni górnych – 2 szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze typ BERTENY do ósemek górnych – 2 szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze typ BERTENY do dolnych trzonowców – 2 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignia do korzeni odgięta lewa – 4 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignia do korzeni odgięta prawa – 4 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignia typ BEIN prosta, szerokość 2 mm – 2 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignia typ WINTER, prawa i lewa – 2 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignia typ BEIN, prosta, szer. 3,5 mm – 2 szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze typ BERTENY do dolnych korzeni – 2 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignie proste typ BEIN, szerokość 2 mm – 4 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignie proste typ BEIN, szerokość 4 mm – 6 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignie typ BEIN, prawe i lewe, szerokość 2 mm – 6 szt. | Tak |  |
|  | Dźwignie BEIN prawe i lewe, szerokość 4 mm – 6 szt. | Tak |  |
|  | Rozszczepiacz kostny – 1 szt. | Tak |  |
|  | Stolik zabiegowy jezdny, wykonany ze stali nierdzewnej, dwie zagłębione półki | Tak |  |
|  | Stolik do instrumentarium jezdny, wykonany ze stali nierdzewnej, dwie zagłębione półki | Tak |  |
|  | Stolik opatrunkowy jezdny, wykonany ze stali nierdzewnej, dwie zagłębione półki | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie narzędzi treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 32. Obrazowanie szczękowo-twarzowe**

* Tomograf stożkowy z wbudowanym skanerem twarzy
* Skaner wewnątrzustny

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Tomograf stożkowy z wbudowanym skanerem twarzy | Tak |  |
|  | Cyfrowy tomograf stożkowy małego, średniego i dużego pola obrazowania wyposażony w system obrazowania do uzyskania najwyższej jakości przy użyciu najniższej dawki promieniowania.  Skaner twarzy umożliwiający wykonanie trójwymiarowych zdjęć twarzy pacjenta wraz z funkcjonalnością do planowania i leczenia ortodontycznego 3D. | Tak |  |
|  | **Tomograf stożkowy:** | Tak |  |
|  | Tomograf małego, średniego i dużego pola obrazowania | Tak |  |
|  | Obrazowanie: min. 14 pól obrazowania od 4 cm \* 4 cm do 16 cm \* 17 cm | Tak |  |
|  | Funkcja pozycjonowania pacjenta | Tak |  |
|  | Funkcja podglądu ustawień i korekty „na żywo” | Tak |  |
|  | Funkcja pamięci ustawień pacjentów | Tak |  |
|  | Funkcja dostosowania do obszaru obrazowania celem osiągnięcia najwyższej jakości i najniższej dawki | Tak |  |
|  | Aplikacja do zaawansowanego obrazowania cyfrowego (licencje do instalacji na pięciu stacjach roboczych) | Tak |  |
|  | Bezpłatna aktualizacja aplikacji do zaawansowanego obrazowania cyfrowego przez cały okres gwarancji. | Tak, podać.  Okres gwarancji + 12 miesięcy – 10 pkt.  Okres gwarancji + 24 miesiące – 20 pkt. |  |
|  | Funkcja zdalnego dostępu do serwisu online | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | System redukcji artefaktów, rozbłysków metalu, implantów | Tak |  |
|  | Funkcja obrazowania wysokiej mocy - redukcja artefaktów i mocniejszy kontrast | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy aparatu o funkcje cefalometryczne | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * krzesło pacjenta do stabilnego pozycjonowania pacjenta | Tak |  |
|  | * fartuch ochronny dla pacjenta | Tak |  |
|  | * wyposażenie stanowiska technika:   + biurko komputerowe, ilość biurek zgodna z ilością stacji opisowych i konsol   + krzesło biurowe obrotowe z regulacją wysokości | Tak |  |
|  | Stacja robocza z monitorem i oprogramowaniem dedykowana do akwizycji, przetwarzania danych medycznych i kontroli parametrów tomografu: |  |  |
|  | Minimalne parametry:  Komputer (parametry minimalne):   * min. 32 GB RAM * dysk HDD: min. 256 Gb SSD + 1Tb HDD * napęd CD/DVD-R nagrywarka * system operacyjny zgodny z dostarczonym oprogramowaniem do aparatu * procesor wieloordzeniowy - min. 12000 pkt. w teście PassMark - CPU Mark * LAN min. 1Gbit/s * karta graficzna o wydajności odpowiedniej do akwizycji i płynnego przetwarzania danych   Monitor (parametry minimalne):   * kolor: czarny * przekątna ekranu: min. 18” * rozdzielczość: min. 0,7 Mpix * luminancja: min. 200 cd/m2 * kontrast: min. 250:1 | Tak. Podać modele |  |
|  | Aplikacja umożliwiająca trójwymiarową, kolorową wizualizację dróg oddechowych pacjenta – licencja na 2 stanowiska komputerowe. | Tak |  |
|  | Aplikacja do komputerowego wirtualnego planowania, zaopatrywania oraz rekonstrukcji kostnej w obrębie twarzoczaszki przy zabiegach chirurgii ortognatycznej. | Tak |  |
|  | Stacje robocze do rekonstrukcji 3D z monitorami – 3 komplety: | Tak |  |
|  | * Komputer PC, wyposażony w:   + min. 16 GB RAM   + dysk HDD min. 500 GB   + napęd CD/DVD-R nagrywarka   + system operacyjny zgodny z dostarczonym oprogramowaniem   + procesor wielordzeniowy min. 12000 pkt. w teście PassMark - CPU Mark   + LAN min. 1Gbit/s   + karta graficzna do monitorów medycznych zgodna z monitorami diagnostycznymi | Tak. Podać model |  |
|  | * Monitor medyczny opisowy LCD (parametry minimalne):   + typ ekranu LCD: aktywna matryca TFT monochromatyczna potrafiąca wyświetlić odcienie szarości w 10 bitach   + przekątna: min 28”   + kolor obudowy: czarny   + jasność min. 1000 cd/m2   + układ stabilizacji jasności monitora po jego włączeniu lub wyjściu ze stanu czuwania.   + kontrast min. 1400:1   + czas reakcji: poniżej 35 ms   + rozdzielczość min. 5 MP   + tryb pracy w pionie   + kąty widzenia: min. 170 /170 w pionie i poziomie   + sprzętowa kalibracja do standardu DICOM część 14 dla każdego trybu pracy lub równoważnym   + funkcjonalność pozwalająca na samodzielne kalibrowanie monitora oraz sprawdzenie odcieni szarości bez systemu operacyjnego uruchamiana z menu monitora   + układ kontroli rzeczywistego czasu pracy monitora i jego podświetlenia.   + definiowane tryby pracy monitora 4 tryby pracy: standard DICOM lub równoważny, tryb kalibracji oddzielny dla złącza DVI i DP, tryb hybrydowy dla obrazów DICOM lub równoważny i innych wyświetlanych jednocześnie.   + złącza: min. 1x DVI-D, 1x DisplayPort,   + częstotliwości odświeżania min. 31-100 kHz / 59-61 Hz   + kable Komplet kabli zasilających i połączeniowych   + przycisk za pomocą którego można zmieniać tryby pracy monitora dla różnego rodzaju badań np. CT,CR   + czujnik mierzący jasność otoczenia   + układ wyrównujący jasność i odcienie szarości dla całej powierzchni matrycy LCD | Tak. Podać model |  |
|  | * Oprogramowanie spełniające wymagania:   + import obrazów DICOM lub równoważnych   + możliwość dokonywania diagnozy i opisów badań radiologicznych   + podstawowe narzędzie do przeglądania i obróbki obrazów diagnostycznych RTG, w tym: zmiana kontrastu i jasności, pomiary odległości, powierzchni i kątów, powiększanie obrazu   + oznaczanie obszaru zainteresowania ROI z wyświetleniem min. powierzchni zaznaczonego obszaru.   + przeszukiwanie listy pacjentów według różnych kryteriów | Tak. |  |
|  | * Obsługa protokołów DICOM (lub równoważnych) min:   + DICOM Send   + DICOM Print   + DICOM Storage Commitment   + DICOM Worklist | Tak |  |
|  | System umożliwiający automatyczną współpracę, wg standardu HL7 lub równoważnego, z systemem szpitalnym (HIS/SSI/PACS/RIS), oraz systemami teleradiologicznymi (TELE/VPN). | Tak |  |
|  | **Skaner twarzy:** | Tak |  |
|  | Skaner twarzy umożliwiający wykonanie trójwymiarowych zdjęć twarzy pacjenta wraz z funkcjonalnością do planowania i leczenia ortodontycznego 3D. | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego połączenia obrazu CBCT i modelu 3D | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia personelu | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja i konfiguracja wszelkiego oprogramowania dostarczonego z urządzeniem | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Wykonawca musi wykonać adaptację pomieszczenia **wskazanego w załączniku nr 1 i 1A, 3, 4** – lokalizacja tomografu stożkowego, zlokalizowanego w Nowym Budynku Szpitala A na kondygnacji -1 w pom. nr 18 (magazyn podręczny) przynależnego do Zakładu Radiologii na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie. | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca musi dostosować adaptowane pomieszczenie do wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21.08.2006r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz.U. 2006 nr 180 poz. 1325). | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca ma obowiązek dostosować adaptowane pomieszczenie do wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 884). | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca ma obowiązek dostosować adaptowane pomieszczenia do wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca musi we własnym zakresie i na własny koszt opracować projekt osłon stałych przed promieniowaniem jonizującym dla pracowni rtg. Projekt ten należy uzgodnić z właściwym Warmińsko-Mazurskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Olsztynie. Potencjalny Wykonawca we własnym zakresie musi wykonać osłony stałe przed promieniowaniem jonizującym zgodnie z w/w projektem na wszystkich wymaganych projektem ścianach i stropach adaptowanych pomieszczeń. | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca ma obowiązek dokonać wszystkich czynności mających na celu uzyskanie zezwolenia na stosowanie aparatu rtg oraz na pracownie rtg stosownie do rodzaju aparatu przez właściwego Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie. | Tak |  |
|  | Zamawiający informuje o możliwości dokonania wizji lokalnej adaptowanego pomieszczenia (w celu rozwiania wszelkich pytań i wątpliwości).  Stan istniejący pomieszczenia (**zał. 3 i 4**):   * ściany gipsowo-kartonowe gr. 12cm oraz murowane z bloczka Ytong PP4 klasy 500 gr. 24cm (od strony komunikacji), * wysokość pomieszczenia pomiędzy podłogą a sufitem podwieszonym – 2.50m, * wysokość pomieszczenia pomiędzy podłogą a stropem filigran – 4,17m   Zamawiający informuje, że wszelkie uszkodzenia oraz braki związane z montażem urządzenia Wykonawca musi odtworzyć i doprowadzić do stanu pierwotnego. W przypadku ciężaru urządzenia przewyższającego wytrzymałość posadzki potencjalny Wykonawca na własny koszt wykona wymagane wzmocnienie posadzki w postaci fundamentu w pomieszczeniu.  Droga transportu/wprowadzenie urządzenia – Wykonawca bierze na siebie pełną odpowiedzialność za sposób dostarczenia i wprowadzenia urządzenia do pomieszczenia, w przypadku zniszczenia elementów wykończeniowych jak i konstrukcyjnych zobowiązuje się do ich pełnego odtworzenia do stanu pierwotnego. | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca w adaptowanym pomieszczeniu / adaptowanych pomieszczeniach ma obowiązek wydzielić sterownię (z przeszkleniem zabezpieczonym ołowiem zgodnym z projektem osłon stałych, wymiar okna sterowni uzgodniony z Zamawiającym oraz drzwiami do sterowni z odpowiednim zabezpieczeniem ołowianym zgodnym z projektem osłon stałych), Ponadto Wykonawca musi wymienić drzwi na drzwi z odpowiednim zabezpieczeniem ołowianym zgodnym z projektem osłon stałych). Wszelkie uzgodnienia dotyczące kolorystyki i sposobu wykończenia pomieszczeń należy uzgodnić z przedstawicielem Zamawiającego. Wykonawca ma obowiązek wykonania odpowiedniego oznakowania zewnętrznego pomieszczeń pracowni rtg. | Tak |  |
|  | Wentylacja i klimatyzacja - w adaptowanym pomieszczeniu Wykonawca wykona instalację wentylacji mechanicznej zapewniającą odpowiednią ilość wymian powietrza. Wykonawca zamontuje w pomieszczeniu pracowni rtg klimatyzację sufitową kasetonową odpowiednio dobraną do kubatury pomieszczenia. Wykonawca w zakresie prac musi uwzględnić konieczność wykonania projektu wentylacji mechanicznej. Projekt ten należy uzgodnić z właściwym Warmińsko-Mazurskim Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w formie decyzji. Następnie na podstawie uzgodnionego projektu należy wykonać instalację wentylacji mechanicznej. Wykonawca przed odbiorem przez odpowiednie służby dokona pomiarów wydajności wentylacji nawiewno-wywiewnej. | Tak |  |
|  | Instalacje sanitarne – pracownię rtg wyposażyć w umywalkę z baterią umywalkową, Wykonawca musi wykonać wszelkie podłączenia wodno-kanalizacyjne oraz wyposażyć umywalkę w urządzenia do dezynfekcji rąk. | Tak |  |
|  | Instalacje elektryczne i teletechniczne – w zależności od parametrów instalowanych urządzeń potencjalny Wykonawca wykona projekt elektryczny zasilania urządzeń w adaptowanym pomieszczeniu. Projekt musi zostać pisemnie uzgodniony z Głównym Energetykiem Szpitala. Wykonawca zgodnie z w/w projektem doprowadzi odpowiednie linie zasilające z Rozdzielni Głównej w Budynku Szpitala A do urządzenia w adaptowanym pomieszczeniu. Ponadto Wykonawca przebuduje oświetlenie wewnętrzne pomieszczeń w uzgodnieniu z Zamawiającym do wymagań stawianych pracowniom rtg.  W adaptowanym pomieszczeniu do zasilania urządzeń można wykonać kanały kablowe w posadzce w celu umiejscowienia w nich linii zasilających, przykryte blachą. Pokrycie kanałów kablowych wykleić wykładziną innego koloru w celu łatwej lokalizacji miejsc prowadzonych instalacji podczas eksploatacji urządzenia. Po pracach montażowych wykładzinę pcv odtworzyć. Zapewnić w pomieszczeniach odpowiednią uzgodnioną z Zamawiającym ilość gniazd elektrycznych i teletechnicznych (dokładna ilość zostanie wskazana podczas wizji lokalnej). Instalacje zasilające:   * prowadzone ponad sufitem podwieszanym - w korytach kablowych, * prowadzone w ścianach gipsowo-kartonowych, * prowadzone w ścianach murowanych – w bruzdach, następnie tynkowane i szpachlowane, * w posadzce – w kanałach kablowych   Instalacje teletechniczne – do urządzeń należy doprowadzić wszelkie instalacje sterownicze w celu ich prawidłowego działania. Wykonawca musi zapewnić odpowiednią ilość gniazd teletechnicznych. Przed drzwiami wejściowymi do gabinetu rtg należy wykonać kontrolę dostępu kompatybilną z istniejącą w całym obiekcie (wyposażoną w czytnik kart zbliżeniowych).  Wszystkie prace należy wykonać zgodnie z obowiązującymi przepisami technicznymi. Po wykonaniu robót elektrycznych wykonać badania odbiorcze wg PN-E-04700 lub równoważnej. Po montażu wykonać i przekazać Zamawiającemu dokumentację powykonawczą branży elektrycznej. **Schemat istniejących instalacji załączono w załącznikach 5, 6, 7, 8.** | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca zobowiązany jest do wykonania na własny koszt testów akceptacyjnych i specjalistycznych po montażu aparatu. | Tak |  |
|  | Wykonanie testów specjalistycznych RTG w trakcie trwania okresu gwarancji min. raz w każdym roku obowiązywania gwarancji. | Tak |  |
|  | Przeszkolenie personelu (techników radiologii) z wykonywania testów podstawowych aparatu (max. 10 osób) | Tak |  |

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | **Skaner wewnątrzustny** | **Tak** |  |
|  | Skaner wewnątrzustny pozwalający na wykonanie precyzyjnych, dokładnych, kolorowych modeli 3D w rozdzielczości full HD. | Tak |  |
|  | Minimalne parametry techniczne skanera: | Tak |  |
|  | * skaner w systemie otwartym z filmową technologią nagrywania | Tak |  |
|  | * szybkie skanowanie i trójwymiarowa wizualizacja w czasie rzeczywistym w rozdzielczości Full HD | Tak |  |
|  | * automatyczne układanie części skanu dla odwzorowania pełnej geometrii | Tak |  |
|  | * do 1000 trójwymiarowych obrazów dla odwzorowania pełnej geometrii | Tak |  |
|  | * ostrość obrazu przez cały czas skanowania | Tak |  |
|  | * automatyczna rejestracja zgryzu | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | * możliwość sterylizacji końcówki skanera w autoklawie | Tak |  |
|  | * funkcja zapobiegająca parowaniu lusterka podczas pobierania wycisku | Tak |  |
|  | * w pełni sterylizowalne końcówki skanujące w trzech rozmiarach | Tak |  |
|  | * praca skanera bez konieczności podłączenia do sieci Internet | Tak |  |
|  | * eksport skanów do formatu STL bez dodatkowych licencji | Tak |  |
|  | * konwersja skanów do formatu STL bezpośrednio na komputerze użytkownika | Tak |  |
|  | * możliwość podłączenia do dowolnej stacji roboczej spełniającej wymagania | Tak |  |
|  | * otwarta końcówka skanująca (brak szybki) umożliwiająca skanowanie dystalnych powierzchni zębów | Tak |  |
|  | * brak limitów podczas skanowania | Tak |  |
|  | * eksport kolorowych modeli 3D z zaznaczoną granicą preparacji | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | * aplikacja do inteligentnego łączenia wykonanych zdjęć. | Tak |  |
|  | * dedykowane do obsługi skanera specjalistyczne oprogramowanie | Tak, podać nazwę |  |
|  | * oprogramowanie bazodanowe z możliwością zainstalowania na dowolnej ilości stanowisk | Tak, podać nazwę |  |
|  | * licencje na dostarczone oprogramowanie bez limitów czasowych | Tak |  |
|  | * bezpłatne aktualizacje oprogramowanie przez okres min. 24 miesięcy | Tak  24-48 miesięcy – 0 pkt.  Powyżej 48 miesięcy – 20 pkt. |  |
|  | * stacja robocza typu laptop o parametrach wydajnościowych (procesor, karta graficzna) niezbędnych do obsługi skanera (m.in. akwizycja obrazu 3D), w tym   + przekątna obrazu min. 15”   + system operacyjny kompatybilny z dostarczonym oprogramowaniem   + napęd DVD RW   + dysk twardy min 500 GB w technologii SSD   + interfejs Ethernet   + port USB min. 2.0 – 3 szt. | Tak, podać producenta i model |  |
|  | Oprogramowanie do projektowania implantacji dedykowane do pracy protetycznej – licencja na 2 stanowiska komputerowe | Tak, podać nazwę |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia personelu | Tak |  |

**Zadanie 33. Pantomografy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Cyfrowy aparat do wykonywania zdjęć pantomograficznych bezpośrednio do pamięci komputera.  Wielopunktowy system pozycjonerów do pozycjonowanie pacjenta do badania. Sterowanie parametrami pracy za pomocą komputera. | Tak |  |
|  | Pantomograf: | Tak |  |
|  | * maksymalne napięcie generatora: nie więcej niż 90 kV | Tak |  |
|  | * minimalne napięcie generatora: min. 60 kV | Tak |  |
|  | * napięcie zasilania: 230V 50Hz | Tak |  |
|  | * maksymalny prąd lampy: max. 15 mA | Tak |  |
|  | * minimalny prąd lampy: min. 2 mA | Tak |  |
|  | * częstotliwość pracy generatora : min. 120 kHz | Tak |  |
|  | * ognisko lampy wg. normy IEC 336 lub równoważnej | Tak |  |
|  | * filtracja całkowita: min. 2,5 mm Al | Tak |  |
|  | * oprogramowanie do przeglądania zdjęć na dowolną liczbę stanowisk | Tak |  |
|  | Badania pantomograficzne: | Tak |  |
|  | * skala szarości: min. 14 bitów | Tak |  |
|  | * powiększenie: 1,2 | Tak |  |
|  | * czas ekspozycji: od 2 do 14 sekund - zależny od rodzaju badania | Tak |  |
|  | * zmienna trajektoria ruchu głowicy | Tak |  |
|  | * kompensacja kształtu żuchwy | Tak |  |
|  | * kompensacja wad zgryzu | Tak |  |
|  | * program badania dzieci | Tak |  |
|  | * program pełnego pantomogramu | Tak |  |
|  | * program wykonywania segmentów pantomogramu | Tak |  |
|  | * program badania zatok szczękowych | Tak |  |
|  | * program badania stawów skroniowo-żuchwowych | Tak |  |
|  | * program badania stawów skroniowo-żuchwowych w zwarciu i rozwarciu | Tak |  |
|  | * brak linii laserowych do pozycjonowania pacjenta | Tak |  |
|  | * pozycjonowanie pacjenta bez ustawiania linii kła | Tak |  |
|  | * pozycjonowanie pacjenta w pozycji „twarzą w twarz” (bez użycia lusterka) | Tak |  |
|  | Bezpłatna aktualizacja aplikacji do obrazowania przez cały okres gwarancji. | Tak, podać.  Okres gwarancji + 12 miesięcy – 10 pkt.  Okres gwarancji + 24 miesiące – 20 pkt. |  |
|  | Funkcja zdalnego dostępu do serwisu online | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Należy zapewnić łączność wzrokową i słuchową pomiędzy operatorem, a pacjentem podczas wykonywania ekspozycji. | Tak |  |
|  | Stacja robocza z monitorem (min. 24 cale) i oprogramowaniem dedykowana do przetwarzania danych medycznych i kontroli parametrów aparatu. | Tak |  |
|  | Stacja robocza z monitorem (min. 21 cali) i oprogramowaniem dedykowanym do akwizycji danych ( w tym 3D). | Tak |  |
|  | Zasilanie awaryjne (UPS) pozwalające podczas zaniku zasilania sieciowego podtrzymanie działania stacji roboczych i monitorów i ich bezpieczne wyłączenie. | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Oprogramowanie do przesyłania obrazów i danych zgodnych z standardem DICOM 3 (min. Dicom Storage, Dicom Print, Worklist, Structures Report) lub równoważnym. | Tak |  |
|  | Integracja z systemem RIS/PACS funkcjonującym u Zamawiającego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra z dn. 9 listopada 2015r (Dz.U. poz. 2069). Licencje dostarcza Zamawiający. | Tak |  |
|  | Podłączenie do sieci teleinformatycznej USK Olsztyn | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * krzesło pacjenta do stabilnego pozycjonowania pacjenta | Tak |  |
|  | * fartuch ochronny dla pacjenta | Tak |  |
|  | * wyposażenie stanowiska technika:   + biurko komputerowe   + krzesło biurowe obrotowe z regulacją wysokości | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca zobowiązany jest do wykonania na własny koszt testów akceptacyjnych i specjalistycznych po montażu aparatu. | Tak |  |
|  | Wykonanie testów specjalistycznych RTG w trakcie trwania okresu gwarancji min. raz w każdym roku obowiązywania gwarancji. | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Przeszkolenie personelu (techników radiologii) z wykonywania testów podstawowych aparatu (max. 10 osób) | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji. | Tak |  |
|  | Wykonawca musi wykonać adaptację pomieszczenia wskazanego **w załączniku nr 1 i 1A, 3, 4 – lokalizacja pantomografu**, zlokalizowanego w Nowym Budynku Szpitala A na kondygnacji -1 w pom. nr 24 (pom. RTG) oraz 25 (sterownia RTG) przynależnego do Zakładu Radiologii na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie. | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca musi dostosować adaptowane pomieszczenie do wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21.08.2006r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz.U. 2006 nr 180 poz. 1325). | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca ma obowiązek dostosować adaptowane pomieszczenie do wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 884). | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca ma obowiązek dostosować adaptowane pomieszczenia do wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca musi we własnym zakresie i na własny koszt opracować projekt osłon stałych przed promieniowaniem jonizującym dla pracowni rtg uwzględniający istniejące urządzenia RTG zlokalizowane w pomieszczeniu oraz nowomontowany pantomograf. Projekt ten należy uzgodnić z właściwym Warmińsko-Mazurskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Olsztynie. Potencjalny Wykonawca we własnym zakresie musi wykonać osłony stałe przed promieniowaniem jonizującym zgodnie z w/w projektem na wszystkich wymaganych projektem ścianach i stropach adaptowanych pomieszczeń. Zamawiający jednocześnie informuje, że w pom. RTG istniejące okładziny ołowiane wykonane zostały zgodnie z projektem (**zał. nr 2**). | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca ma obowiązek dokonać wszystkich czynności mających na celu uzyskanie zezwolenia na stosowanie aparatu rtg oraz na pracownie rtg stosownie do rodzaju aparatu przez właściwego Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie. | Tak |  |
|  | Zamawiający informuje o możliwości dokonania wizji lokalnej adaptowanego pomieszczenia (w celu rozwiania wszelkich pytań i wątpliwości).  Stan istniejący pomieszczenia (**zał. 3 i 4**):  - ściany gipsowo-kartonowe gr. 12cm oraz murowane z bloczka Ytong PP4 klasy 500 gr. 24cm (od strony komunikacji),  - wysokość pomieszczenia pomiędzy podłogą a sufitem podwieszonym – 2.50m,  - wysokość pomieszczenia pomiędzy podłogą a stropem filigran – 4,17m  Zamawiający informuje, że wszelkie uszkodzenia oraz braki związane z montażem urządzenia Wykonawca musi odtworzyć i doprowadzić do stanu pierwotnego. W przypadku ciężaru urządzenia przewyższającego wytrzymałość posadzki potencjalny Wykonawca na własny koszt wykona wymagane wzmocnienie posadzki w postaci fundamentu w pomieszczeniu. | Tak |  |
|  | Potencjalny Wykonawca w istniejącym pomieszczeniu sterowni zainstaluje wszelkie urządzenia wizyjne oraz konsole sterownicze. Wykonawca poprzez monitoring wizyjny zapewni podgląd pomiędzy Operatorem a Pacjentem. Wszelkie uzgodnienia dotyczące kolorystyki i sposobu wykończenia pomieszczeń należy uzgodnić z przedstawicielem Zamawiającego. Wykonawca ma obowiązek wykonania odpowiedniego oznakowania zewnętrznego pomieszczeń pracowni rtg. | Tak |  |
|  | Wentylacja i klimatyzacja - w adaptowanym pomieszczeniu Wykonawca wykona instalację wentylacji mechanicznej zapewniającą odpowiednią ilość wymian powietrza i chłodzenia pomieszczeń. Wykonawca w zakresie prac musi uwzględnić konieczność wykonania projektu wentylacji mechanicznej. Projekt ten należy uzgodnić z właściwym Warmińsko-Mazurskim Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w formie decyzji. Następnie na podstawie uzgodnionego projektu należy wykonać instalację wentylacji mechanicznej. Wykonawca przed odbiorem przez odpowiednie służby dokona pomiarów wydajności wentylacji nawiewno-wywiewnej. Zamawiający informuje, że w pomieszczeniu istnieje sprawna wentylacja mechaniczna nawiewno-wyciągowa (**zał. 9**). Należy dokonać oceny jej wydajności dla obu urządzeń w pomieszczeniu. | Tak |  |
|  | Instalacje elektryczne i teletechniczne – w zależności od parametrów instalowanych urządzeń potencjalny Wykonawca wykona projekt elektryczny zasilania urządzeń w adaptowanym pomieszczeniu. Projekt musi zostać pisemnie uzgodniony z Głównym Energetykiem Szpitala. Wykonawca zgodnie z w/w projektem doprowadzi odpowiednie linie zasilające z Rozdzielni Głównej w Budynku Szpitala A do urządzenia w adaptowanym pomieszczeniu. Ponadto Wykonawca przebuduje oświetlenie wewnętrzne pomieszczeń w uzgodnieniu z Zamawiającym do wymagań stawianych pracowniom rtg.  W adaptowanym pomieszczeniu do zasilania urządzeń można wykonać kanały kablowe w posadzce w celu umiejscowienia w nich linii zasilających, przykryte blachą. Pokrycie kanałów kablowych wykleić wykładziną innego koloru w celu łatwej lokalizacji miejsc prowadzonych instalacji podczas eksploatacji urządzenia. Po pracach montażowych wykładzinę pcv odtworzyć. Zapewnić w pomieszczeniach odpowiednią uzgodnioną z Zamawiającym ilość gniazd elektrycznych i teletechnicznych (dokładna ilość zostanie wskazana podczas wizji lokalnej). Instalacje zasilające:  - prowadzone ponad sufitem podwieszanym - w korytach kablowych,  - prowadzone w ścianach gipsowo-kartonowych,  - prowadzone w ścianach murowanych – w bruzdach, następnie tynkowane i szpachlowane,  - w posadzce – w kanałach kablowych  Instalacje teletechniczne – do urządzeń należy doprowadzić wszelkie instalacje sterownicze w celu ich prawidłowego działania. Wykonawca musi zapewnić odpowiednią ilość gniazd teletechnicznych. Wszystkie prace należy wykonać zgodnie z obowiązującymi przepisami technicznymi. Po wykonaniu robót elektrycznych wykonać badania odbiorcze wg PN-E-04700 lub równoważnej. Po montażu wykonać i przekazać Zamawiającemu dokumentację powykonawczą branży elektrycznej. Schemat istniejących instalacji załączono **w załącznikach 5, 6, 7, 8.** | Tak |  |

**Zadanie 34. Unit diagnostyczno-stomatologiczny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: minimum 2019. | Tak |  |
|  | **Unit diagnostyczno-stomatologiczny** | **Tak** |  |
|  | Unit dwusystemowy: pneumatyczno-elektryczny | Tak |  |
|  | Moduły obrotowe/uchylne wokół podstawy fotela: konsoleta lekarska, lampa zabiegowa, blok spluwaczki i instrumentarium asysty | Tak |  |
|  | Fotel pacjenta: | Tak |  |
|  | * anatomiczny kształt tapicerki | Tak |  |
|  | * tapicerka gładka, łatwo zmywalna, do wyboru z minimum 10 kolorów | Tak |  |
|  | * pianka tapicerki z pamięcią | Tak |  |
|  | * szybki montaż i demontaż tapicerki siedziska i oparci bez udziału serwisu | Tak |  |
|  | * blokowany mechanicznie zagłówek chirurgiczny dopasowujący się do pozycji głowy pacjenta | Tak |  |
|  | * opcja odwracania zagłówka umożliwiająca przyjęcie pacjenta na wózku inwalidzkim | Tak |  |
|  | * kształt podstawy i tapicerki fotela umożliwiające nieskrępowany dostęp do pacjenta | Tak |  |
|  | * tapicerka oparcia ultra cienka, max. 35mm, oraz węższa w górnej części | Tak |  |
|  | * 2 podłokietniki min. dwupozycyjne (podparcie Pacjenta oraz złożenie ułatwiające dostęp do Pacjenta) | Tak |  |
|  | * sterowanie ruchami fotela dzięki na panelu na konsolecie oraz z panelu asysty | Tak |  |
|  | * programowanie i przywoływanie minimum 4 pozycji, w tym minimum 2 zabiegowych | Tak |  |
|  | * automatyczna blokada fotela po podniesieniu rękawa końcówki roboczej | Tak |  |
|  | * najazdowy awaryjny wyłącznik ruchu fotela | Tak |  |
|  | * hydrauliczny siłownik unoszący fotel | Tak |  |
|  | * osobne siłowniki dla siedziska i oparcia | Tak |  |
|  | * bezpieczne podnoszenie pacjenta o masie min. 180 kg w zakresie wys. min. 380-800 mm bez konieczności przykręcania podstawy do podłogi | Tak |  |
|  | * podstawa i konstrukcja nośna wykonane z metalu | Tak |  |
|  | * zasilacz min.300W, zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |
|  | * możliwość instalacji modułów unitu na fotelu dla prawo i lewo ręcznych operatorów ze swobodnym przemieszczeniem wkoło fotel bez udziału serwisu | Tak |  |
|  | * dedykowana (zgrana w kształcie i kolorze podstawy, nie uniwersalna) skrzynka przyłączeniowa mediów z możliwością odłączenia – w celu poszerzenia możliwości instalacyjnych z zachowaniem estetyki sprzętu | Tak |  |
|  | Konsoleta Lekarza: | Tak |  |
|  | * w wersji jezdnej, tzw. Kart | Tak |  |
|  | * łatwa dezynfekcja, gładkie powierzchnie | Tak |  |
|  | * taca sterylizowalna w autoklawie, min. wymiary tacy 240 x340 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | * uchwyt z możliwością dezynfekcji i zastosowania osłon barierowych | Tak |  |
|  | * panel sterowania, z możliwością dezynfekcji i zastosowania osłon barierowych, (sterowanie pozycją fotela i z pamięcią ustawień minimum 4 pozycji, w tym minimum 2 zabiegowych) | Tak |  |
|  | * regulacja sprayu na instrumentach | Tak |  |
|  | * system antyretrakcyjny rękawów | Tak |  |
|  | * zamknięty obwód wody destylowanej dla instrumentów z butelką min. 0,7 l | Tak |  |
|  | * moduły instrumentów podawanych „od dołu” (tzw. system rękawów "od dołu”) | Tak |  |
|  | * 5 modułów w dowolnej kolejności: | Tak |  |
|  | * + moduł dmuchawki: (rękaw + autoklawowalna dmuchawka trzyfunkcyjna + min. 2 dysze) | Tak |  |
|  | * + moduł powietrzny ze światłem: (rękaw turbinowy typu MIDWEST z zasilaniem) | Tak |  |
|  | * + moduł elektryczny mikrosilnika ze światłem: (rękaw + mikrosilnik bezszczotkowy z żarówką LED) | Tak |  |
|  | * + moduł elektryczny skalera: (rękaw + skaler piezoelektryczny) | Tak |  |
|  | * + moduł elektryczny lampy polimeryzacyjnej: (rękaw + lampa polimeryzacyjna) | Tak |  |
|  | * mikrosilniki o parametrach (2 szt.): | Tak |  |
|  | * + masa: do 60g | Tak |  |
|  | * + moc: min. 60W | Tak |  |
|  | * + moment obrotowy: min. 3Ncm | Tak |  |
|  | * + obroty: 1.000-40.000 rpm | Tak |  |
|  | * + światło: źródło LED, min. 25.000 lux, 5.500 °K, Ra > 90 | Tak |  |
|  | * + kompatybilne złącze | Tak |  |
|  | * skaler o parametrach: | Tak |  |
|  | * + technologia niwelująca przypadkowe ruchy końcówki skalera | Tak |  |
|  | * + rękojeść przeznaczona do sterylizacji | Tak |  |
|  | * + rękaw umożliwiający łatwe i szybkie podłączenie rękojeści | Tak |  |
|  | * + minimum 3 końcówki: | Tak |  |
|  | * + - do oczyszczania powierzchni naddziąsłowych i poddziąsłowych w kieszonkach o gł. do 4 mm | Tak |  |
|  | * + - uniwersalna trójkątna końcówka do skalingu na wszystkich powierzchniach naddziąsłowych zębów | Tak |  |
|  | * + - końcówka do delikatnego skalingu naddziąsłowego oraz w przestrzeniach międzyzębowych, zalecana podczas skalingiu u dzieci | Tak |  |
|  | * + dedykowany przeznaczony do sterylizacji klucz do końcówek | Tak |  |
|  | * sterownik nożny (wielofunkcyjny) instrumentów z dźwignią przesuwną | Tak |  |
|  | * + dźwignia do regulacji pracy instrumentów | Tak |  |
|  | * + nieruchomy pałąk do przestawiania sterownika stopą | Tak |  |
|  | * + możliwość pracy z wodą lub bez | Tak |  |
|  | Wysokoobrotowa kątnica turbinowa ze światłem: | Tak |  |
|  | * moc min. 19W | Tak |  |
|  | * spray min. 4-drożny | Tak |  |
|  | * łożyska ceramiczne | Tak |  |
|  | * rozmiar główki: Ø 11,5 mm | Tak |  |
|  | * wysokość główki: max 21,5 mm | Tak |  |
|  | * szybkość: do 360.000 rpm | Tak |  |
|  | * połączenie przez szybkozłączkę | Tak |  |
|  | * FG wiertło Ø 1.6 | Tak |  |
|  | * max. średnica wiertła: 2 mm | Tak |  |
|  | * max. długość: 25 mm | Tak |  |
|  | * światło LED | Tak |  |
|  | Szybkozłączka: | Tak |  |
|  | * złączka zapewniająca zasilanie światła turbiny | Tak |  |
|  | * bezzwrotny zawór - zapobiegający nawrotowi zanieczyszczonego sprayu | Tak |  |
|  | Kątnica na mikrosilnik 1:1 ze światłem: | Tak |  |
|  | * kompatybilne złącze | Tak |  |
|  | * przełożenie 1:1 | Tak |  |
|  | * min. pojedynczy Spray, > 50ml/min | Tak |  |
|  | * wiertło mocowane na przycisk | Tak |  |
|  | * wiertła Ø 2.35 mm | Tak |  |
|  | * szklany pręt świetlny | Tak |  |
|  | * monolityczna konstrukcja | Tak |  |
|  | Blok spluwaczki: | Tak |  |
|  | * obrotowy | Tak |  |
|  | * podążający za wysokością fotela | Tak |  |
|  | * ceramiczna, uchylna misa, przystosowana do dezynfekcji | Tak |  |
|  | * najazdowy awaryjny hamulec bezpieczeństwa w misie | Tak |  |
|  | * nieskrępowany dostęp do pola zabiegowego | Tak |  |
|  | * napełniane kubka i spłukiwanie miski wodą sieciową, sterowane na panelu asysty i bloku spluwaczki | Tak |  |
|  | Stanowisko asysty: | Tak |  |
|  | * pantograficzne, ustawne ramię | Tak |  |
|  | * panel sterowania fotelem i lampą zabiegową oraz napełnianiem kubka i spłukiwaniem miski | Tak |  |
|  | * kolektor ssaka wyposażony w sitko z łatwym dostępem bez udziału serwisu | Tak |  |
|  | * min. trzy-moduły: | Tak |  |
|  | * + moduł dmuchawki: rękaw + autoklawowalna dmuchawka trzyfunkcyjna + min. 2 dysze | Tak |  |
|  | * + moduł ślinociągu: rękaw z aluminiowym autoklawowalnym zaworem walcowym | Tak |  |
|  | * + moduł ssaka 15 mm: rękaw z aluminiowym autoklawowalnym zaworem walcowym | Tak |  |
|  | Lampa zabiegowa – LED: | Tak |  |
|  | * mocowana na ramieniu przegubowym pod fotelem pacjenta w celu zapewnienia szerokiego zakresu ruchu i optymalnego ustawienia oświetlenia pola zabiegowego | Tak |  |
|  | * szeroki zakres ustawiania, możliwe oświetlanie zza głowy pacjenta | Tak |  |
|  | * trzyosiowa | Tak |  |
|  | * bezcieniowa | Tak |  |
|  | * min. 8 diod LED | Tak |  |
|  | * gładka powierzchnia, możliwa dezynfekcja całej obudowy | Tak |  |
|  | * szczelny klosz z uszczelką | Tak |  |
|  | * dedykowane osłony barierowe klosza | Tak |  |
|  | * brak wentylatora | Tak |  |
|  | * konstrukcja zapewniająca brak konieczności regulacji opadania głowicy | Tak |  |
|  | * włączana automatycznie po przywołaniu zaprogramowanej pozycji zabiegowej | Tak |  |
|  | * zmiana trybów, włączanie i wyłączanie na głowicy lampy, panelu lekarza i panelu asysty | Tak |  |
|  | * tryb niepolimeryzujący przy min. 25000 lx | Tak |  |
|  | * min. 2 tryby : od min. 15000 lx do max. 30000 lx | Tak |  |
|  | * współczynnik oddawania barw min. 90 CRI | Tak |  |
|  | * temperatura barwowa 5.000K | Tak |  |
|  | * stałe uchwyty przystosowane do dezynfekcji i zastosowania osłon barierowych | Tak |  |
|  | Stołek operatora – lekarski: | Tak |  |
|  | * oparcie dla operatora | Tak |  |
|  | * regulacja: | Tak |  |
|  | * + wysokości siedziska | Tak |  |
|  | * + kąta pochylenia siedziska | Tak |  |
|  | * + wysokości oparcia | Tak |  |
|  | * + głębokości oparcia | Tak |  |
|  | * + tapicerka identyczna z tapicerką fotela pacjenta | Tak |  |
|  | Kompresor: | Tak |  |
|  | * bezolejowy | Tak |  |
|  | * z membranowym osuszaczem powietrza | Tak |  |
|  | * zbiornik min.20 l | Tak |  |
|  | * głośność max. 65dB | Tak |  |
|  | * ciśnienie włączające min.: 6 bar | Tak |  |
|  | * przepływ min. 60 l/min. przy 5 bar | Tak |  |
|  | * zasilanie 230V, 50-60 Hz | Tak |  |
|  | Pompa ssaka | Tak |  |
|  | * pracująca w układzie mokrym | Tak |  |
|  | * głośność max. 65dB | Tak |  |
|  | * max. przepustowość cieczy 4 l/min | Tak |  |
|  | * zasilanie: 230V, 50Hz, sterowanie 24V | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie składników zestawu na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia personelu | Tak |  |

**Zadanie 35. Optyka endoskopowa**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 komplety

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Zestaw optyk endoskopowych do szybkiej diagnostyki zmian nowotworowych w obrębie głowy i szyi | Tak |  |
|  | **Skład 1 kompletu:** | Tak |  |
|  | - optyka typu HOPKINS 30° (2 szt.):   * średnica 4 mm * długość 18 cm * system soczewek wałeczkowych typu HOPKINS * optyka autoklawowalna, w pełni zanurzalna w dezynfektantach * informacja na korpusie optyki potwierdzającą autoklawowalność * nadrukowany kod DATA MATRIX z zakodowanym minimum numerem katalogowym i numerem seryjnym optyki * nadrukowane na obudowie optyki oznaczenie (w postaci graficznej lub cyfrowej) średnicy kompatybilnego światłowodu * oznaczenie kolorem odpowiednim dla kąta patrzenia optyki | Tak |  |
|  | - dedykowany kosz druciany do mycia, sterylizacji i przechowywania optyki – 2 szt. | Tak |  |
|  | - światłowód – 2 szt.:   * średnica 2,5 mm * długość 230 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie narządzi na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 36. Piła chirurgiczna**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Piła z napędem do resekcji kości twarzo-czaszki i rekonstrukcji po zabiegach onkologicznych. | Tak |  |
|  | Skład zestawu: | Tak |  |
|  | * Jednostka sterująca o minimalnych parametrach: | Tak |  |
|  | * elektroniczna konsola zasilacza silników bezkomutatorowych | Tak |  |
|  | * generator zmiennoczęstotliwościowy z dwoma gniazdami przyłączy silników i jednym gniazdem przyłącza sterownika nożnego na panelu konsoli | Tak |  |
|  | * możliwość współpracy z silnikami szybkoobrotowymi oraz wolnoobrotowymi | Tak |  |
|  | * współpraca z silnikiem ze złączem typu Intra lub dokładnie równoważnym | Tak |  |
|  | * ekran dotykowy LCD z menu piktograficznym | Tak |  |
|  | * możliwością odczytu informacji serwisowych | Tak |  |
|  | * ustawianie parametrów granicznych i dynamicznych rozpoznawalnych automatycznie silników | Tak |  |
|  | * pompą perystaltyczną chłodzenia o wydajności co najmniej 65 ml/min | Tak |  |
|  | * menu w języku polskim | Tak |  |
|  | Wyposażenie (minimalne): | Tak |  |
|  | * sterownik nożny: jednoprzyciskowy z przyciskiem funkcyjnym i przyciskiem służącym do zmiany kierunku obrotów z możliwością sterowania funkcjami konsoli | Tak |  |
|  | * kabel silnikowy do połączenia nasadki napędowej kraniotomu/trepana/kątnicy z konsolą sterującą - kabel silnikowy z wyłącznikiem i z uniwersalnym, hermetycznym gniazdem do silnika | Tak |  |
|  | * frezy wolnoobrotowe – 5 szt. | Tak |  |
|  | * silnik wolnoobrotowy ze sprzęgłem typu Intra lub dokładnie równoważnym | Tak |  |
|  | * kątnica wolnoobrotowa ze sprzęgłem typu Intra lub dokładnie równoważnym, kompatybilna z frezami o trzpieniu 2,35 mm i długość 70 mm | Tak |  |
|  | * piła posuwisto-zwrotna z zintegrowany silnikiem (próg maksymalnej prędkości regulowany od 0 do 20000 suw./min., masa max. 250g, skok ostrza 2,5 mm, wymiary 194\*23 mm | Tak |  |
|  | * olej w aerozolu do oliwienia systemów – 2 op. | Tak |  |
|  | * kosz stalowy z uchwytami do mycia i sterylizacji silników, kabli oraz dostarczonego osprzętu wraz z pokrywą kosza wykonaną z aluminium z mikroporowym filtrem teflonowym wystarczającym na min 4000 cykli sterylizacji | Tak |  |
|  | * wanna kontenera do sterylizacji i przechowywania elementów systemu wiertarki | Tak |  |
|  | * sieciowy przewód zasilający o długości min. 4 m | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie składników zestawu na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 37. Pompa infuzyjna strzykawkowa dwutorowa**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

**Ilość: 6 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2019. | Tak |  |
|  | Pompa strzykawkowa dwutorowa do podawania dożylnego, dotętniczego sterowana elektronicznie | Tak |  |
|  | Pompa umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi | Tak/Nie  Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie pompy: | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla – 10 pkt.  Zasilanie pompy poprzez zasilacz zewnętrzny – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 8 godz. przy przepływie 5 ml/godz. | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 6 godz. przy przepływie 125 ml/godz. | Tak/Nie  Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie rozmiaru strzykawki | Tak |  |
|  | Wykrywania okluzji z funkcją Anty-Bolus | Tak |  |
|  | Możliwość mocowania na statywie, na łóżku lub specjalnej szynie | Tak |  |
|  | Prędkość dozowania: min. 0,1 – 1500 ml/h | Tak |  |
|  | Jednostki programowania infuzji (min.): ml/h, µg/h, mg/h, µg/kg/h, mg/kg/h, µg/kg/min, mg/kg/min | Tak |  |
|  | Czas infuzji: min. 99 godz. | Tak |  |
|  | Dokładność dozowania: max. +-2% | Tak |  |
|  | Prędkość KVO: 0 ÷ 5 ml, programowana co 0,1 ml/h | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |