# Załącznik nr 2 do oferty (ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH)

**Sprawa ZP/1/2021.TP**

**PAKIET NR 3 : Defibrylator (1sztuka)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Wymagana cecha lub wartość parametru** | **Potwierdzenie wartości / cechy parametru poprzez podanie oferowanej wartości/cechy parametru** | **Punktacja** |
|  | **Defibrylator szt. 1.** |
|  | **Nazwa produktu/urządzenia ......................................................****Model ......................................................****Producent/wytwórca: .......................................................****Kraj pochodzenia: .......................................................****Nr katalogowy** ............................................................ |
|  | Aparat o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii pracy. Nowy nie używany (wyklucza się aparat demo).  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Zasilanie jednofazowe 230V/50Hz. | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | Wymienny akumulator min. NiMh - bez efektu pamięci wskaźnik poziomu naładowania akumulatora na ekranie defibrylatora. Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemność max 4 godz. | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | Czas monitorowania z zasilanie akumulatorowego min. 90 minut.Zasilanie całkowicie naładowanego akumulatora pozwalające na minimum 60 defibrylacji z max energią. | **Tak/Nie** |  | < 60 defibrylacji – 0 pkt, > 60 defibrylacji – 10 pkt. |
|  | Waga aparatu w pełnej gotowości do interwencji z akumulatorem poniżej 7,5 kg. | **Tak/Nie** |  | > 7,5 kg – 0 pkt,< 7,5 kg – 10 pkt. |
|  | Ekran monitora kolorowy, typu TFT, przekątna ekranu min. 6,5”  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Wbudowane alarmy dźwiękowe i wzrokowe, z podziałem na alarmy niskiego, średniego i wysokiego priorytetu. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Możliwość natychmiastowego wyłączenia wszystkich alarmów za pomocą jednego przycisku/ikony. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Tryb pauzy dla funkcji alarmu umożliwiający chwilowe wyłączenie alarmów na min. 120 sekund z automatycznym wznowieniem alarmów po tym czasie. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Polska wersja językowa – menu, opis funkcji defibrylatora oraz komendy głosowe. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Czas ładowania do energii 300J poniżej 10 sekund. | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | Zakres regulacji energii minimum od 1J do 300 J, minimum 19 poziomów energii do defibrylacji zewnętrznej/ kardiowersji. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Pełne sterowanie funkcjami aparatu (wybór energii, ładowanie, wyzwolenie wstrząsu) za pomocą elementów regulacyjnych na płycie czołowej. Ładowanie energii oraz wyzwolenie energii dostępne z przycisków na łyżkach twardych.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i zintegrowane dla dzieci w komplecie z urządzeniem. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji ręcznej oraz półautomatycznej przy użyciu elektrod jednopacjentowych. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Defibrylacja synchroniczna - kardiowersja. Możliwość kardiowersji z łyżek stałych bez konieczności użycia kabla EKG.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Monitorowanie EKG:Kabel 3- żyłowy umożliwiający monitorowanie minimum 3 odprowadzeń EKG jednocześnie | **Tak/Nie** |  | 3 odprowadzenia  – 0 pkt>3 odprowadzeń – 5 pkt |
|  | Monitorowanie SpO2:Technologia odporna na niską perfuzję i artefakty ruchowe Nellcor.Zakres pomiaru saturacji co najmniej 2-100% oraz wartości pulsu co najmniej 20-255 bpm, z wyświetlaniem wartości saturacji, pulsu obwodowego oraz krzywej pletyzmograficznej. Funkcja zapobiegania fałszywym alarmom. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Nieinwazyjny pomiar ciśnieniazakres pomiaru min: 15 – 270 mmHg, tryb pracy: ręczny, automatyczny,czas repetycji pomiaru min: 1 – 480 minwyświetlane wartości ciśnienia: skurczowe, rozkurczowe, średniepodręczne zestawienie ostatnio wykonanych pomiarów bez konieczności wchodzenia w archiwum urządzenia | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora 3 fali EKG i SpO2 oraz wszystkich monitorowanych wartości cyfrowych z ostatnich co najmniej 6 godzin monitorowania. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Archiwizacja ostatnich minimum 1000 zdarzeń wraz z datą i czasem wystąpienia z możliwością wydruku zapisu opóźnionego, podsumowań zdarzeń, wyników testu z archiwum zapisanego na karcie SD. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Rejestrator termiczny drukujący co najmniej: datę, godzinę, szybkość papieru, EKG, dostarczoną energię defibrylacji, dane personalna pacjenta, minimum 3 krzywe dynamiczne (nie tylko EKG)etc. Wydruk na papierze o szerokości minimum 50 mm. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Możliwość wydruku minimum 15s krzywej EKG z wykorzystaniem minimum 4s sygnału z pamięci urządzenia. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Wydruk automatyczny, na żądanie oraz alarmowy. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Auto-test bez udziału użytkownika w trybie pracy akumulatorowej oraz zasilania zewnętrznego 230 V. z możliwością ustawienia godziny i częstotliwości wykonywania. Możliwość wydruku auto-testu na żądanie. | **Tak/Nie** |  | Możliwość ustawienia godziny i częstotliwości wykonywania testuNie – 0 pkt,Tak – 5 pkt. |
|  | **Wyposażenie** |
|  | Kabel EKG 3-żyłowy – 1 szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Przedłużacz i czujnik SpO2 – 1 komp. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Wielofunkcyjne elektrody jednopacjentowe- 2 komp. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Papier termiczny – co najmniej 5 rolek. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Mankiet NIBP – 1 szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Torba transportowa na defibrylator z kieszeniami na wyposażenie | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy urządzenia o moduł oddechu, monitorowanie 12-odporwadzeniowego EKG, moduł stymulacji przezskórnej. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | **Wymagania dodatkowe** |
|  | Dokumentacja w języku polskim – obejmująca instrukcję użytkownika, zasady przeprowadzania dezynfekcji i mycia. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Montaż, uruchomienie i instruktaż obsługi urządzenia ( w terminie uzgodnionym prze obie strony ) w cenie urządzenia. W razie potrzeby min. 1 instrukaż przypominający ( w terminie uzgodnionym prze obie strony użytkownika i Wykonawcę)  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące  | **Tak** |  | 24 m-ce – 0 pkt36 m-cy – 5pkt48 m-cy – 10pkt |
|  | Okres rękojmi równy okresowi gwarancji. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie awarii - na 48 godziny w dni robocze.Jeżeli zgłoszenie usterki będzie miało miejsce w piątek, czas reakcji może być wydłużony do 72 godzin, po uzgodnieniu ze zgłaszającym.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 3 dni – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności na żądanie Zamawiającego | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Dostępność części zamiennych – nie mniejsza niż 8 lat | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Wykaz dostawców części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych – Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., art. 90, ust. 3 zgodności (dokumenty załączyć).  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Wykaz serwisów lub serwisantów, którzy mogą serwisować zaoferowany sprzęt medyczny podać dane teleadresowe, sposób kontaktu (dotyczy serwisu własnego lub podwykonawcy, pracownika czy firmy serwisowej posiadającej uprawnienia do tego typu czynności) – Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., art. 90, ust. ust. 4, (dokumenty załączyć) | **TAK, podać adres** |  | Brak punktacji |
|  | Na wymienione podzespoły gwarancja min. 12 miesięcy.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Klasa wyrobu medycznego | **TAK** **podać klasę wyrobu med.** |  | Brak punktacji |
|  | Certyfikat CE wraz z deklaracją zgodności oraz wpis/zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (dokumenty załączyć ).  | **TAK**  |  | Brak punktacji |

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu Medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*………………………………………………………………………………………*

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisany poprzez e-dowód- przez osobę upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy*