**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

**Poz.4- Modyfikacja**

**Defibrylator – 1 szt.**

**Nazwa urządzenia:** .................................................................................................

**Producent** .................................................................................................

**Typ i rok produkcji** ..................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Opis parametru, funkcji** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
|  | Wykonawca / Producent | PODAĆ |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia | PODAĆ |  |
|  | Kraj pochodzenia | PODAĆ |  |
|  | Rok produkcji 2023 | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | PODAĆ |  |
|  | Oferowane urządzenie posiada dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679, ze zm.) (certyfikat CE,) | TAK |  |
| – | **Parametry ogólne** | – | – |
|  | Defibrylator kliniczny z uchwytem do przenoszenia  | TAK |  |
|  | Łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci zintegrowane | TAK |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |
|  | Waga defibrylator z elektrodami stałymi i akumulatorem max. 6,9 kg. | TAKPODAĆ |  |
|  | Wymienny akumulator przez użytkownika, wskaźnik poziomu naładowania akumulatora na ekranie defibrylatora. | TAK |  |
|  | Funkcja auto-testu wykonywanego automatycznie bezobsługowo co określony przez użytkownika okres czasu. | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji testowej przy użyciu łyżek twardych z wydrukiem wydatkowanej energii bez korzystania z testerów zewnętrznych | TAK |  |
|  | Energia wstrząsu 1 – 300 J | TAKPODAĆ |  |
|  | Czas ładowania do energii 300J nie dłuższy niż 7 sekund na zasilaniu sieciowym. | TAKPODAĆ |  |
|  | Energia dostępna na min. 19 poziomach | TAKPODAĆ |  |
|  | Proste intuicyjne menu | TAK |  |
|  | Defibrylacja wykonywana w 3 krokach: ustawienie energii, ładowanie, defibrylacja | TAK |  |
| – | **Ekran** | – | – |
|  | Kolorowy ekran o przekątnej min. 6,5 cala, LCD TFT z aktywną matrycą | TAKPODAĆ |  |
|  | Rozdzielczość ekranu: min. 640 x 480 | TAKPODAĆ |  |
|  | Tryb pracy: Defibrylacja i monitorowanie | TAK |  |
|  | Możliwość konfigurowania i zapamiętywania przez użytkownika min. 5 ekranów | TAKPODAĆ |  |
|  | Wyświetlanie min: 6 krzywych dynamicznych na jednym ekranie | TAKPODAĆ |  |
|  | Ekran automatyczny:- dostosowany wyświetlanych parametrów w zależności od podłączonych kabli | TAK |  |
| – | **Obsługa** | – | – |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim. | TAK |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem za pomocą:- wielofunkcyjnego pokrętła - przycisków na klawiaturze na przednim panelu | TAK |  |
| – | **Zasilanie** | – | – |
|  | Zasilanie z sieci 100 – 240 VAC 50/60Hz | TAKPODAĆ |  |
|  | Zasilanie z akumulatora:- min:90 minut monitorowania - min: 60 defibrylacji z maksymalną energią | TAKPODAĆ |  |
|  | Czas ładowania akumulatora: do 4 godzin | TAKPODAĆ |  |
| – | **Alarmy** | – | – |
|  | Wszystkie mierzone parametry | TAK |  |
|  | Alarmy akustyczne i wizualne dla wszystkich monitorowanych parametrów | TAK |  |
|  | Możliwość ustawiania, przez użytkownika, granic alarmowych dla wszystkich monitorowanych parametrówMożliwość zawieszenia lub wyłączenia alarmu | TAK |  |
|  | Jeden ekran dedykowany ekran do ustawienia wszystkich alarmów | TAK |  |
|  | Tryb pauzy dla funkcji alarmu umożliwiający chwilowe wyłączenie alarmów na min. 100 sekund z automatycznym wznowieniem alarmów po czasie. | TAKPODAĆ |  |
| – | **Zapamiętywanie danych** | – | – |
|  | Historia zdarzeń min: 900  | TAKPODAĆ |  |
|  | Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali EKG oraz fali SpO2 z ostatnich, co najmniej 6 godzin monitorowania | TAKPODAĆ |  |
|  | **Defibrylacja** | – |  |
|  | Defibrylacja ręczna: prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i mniejsze łyżki dla dzieci lub naklejane elektrody defibrylacyjne | TAK |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna przy użyciu naklejanych elektrod defibrylacyjnych - zintegrowany kabel z elektrodami defibrylacyjnymi- uniwersalne elektrody defibrylacyjno/stymulacyjne | TAK |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja) wykonywana przy użyciu łyżek twardych bez konieczności użycia kabla EKG, z jednoczesną możliwością wykonania kardiowersji z wykorzystaniem kabla EKG | TAK |  |
| – | **Monitorowanie EKG** | – | – |
|  | Możliwość jednoczesnej obserwacji odprowadzeńmin: (I, II, III, aVL) przyużyciu kabla 3 żyłowego | TAKPODAĆ |  |
|  | Możliwość podłączenia kabla 5-żyłowego umożliwiającego monitorowanie dodatkowo odprowadzenia (V) przedsercowego | TAK |  |
|  | Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 20-280 ud/min. | TAKPODAĆ |  |
|  | Regulowane wzmocnienie sygnału EKG w zakresie min: - 0,25/0,5/1,0/2,0/4,0 | TAKPODAĆ |  |
|  | Sygnalizacja QRS: akustyczna i optyczna | TAK |  |
|  | Wejście zabezpieczone przed impulsem defibrylacyjnym i zakłóceniami  | TAK |  |
| – | **Możliwość rozbudowy** | – | – |
|  | - Pomiar CO2- Pomiar IBP i NIBP- Pomiar RESP z alarmem bezdechu | TAKPODAĆ |  |
| – | **Wyposażenie** | – | – |
|  | - Kabel EKG pacjenta zintegrowany 3 żyłowy – 1 szt- Adapter do połączenia elektrod defibrylacyjnych – 1 szt- Jednopacjentowe Elektrody defibrylacyjno-stymulacyjne - 2 szt- stojak ze stali nierdzewnej na 6 kołowej podstawie jezdnej lub torba z kieszeniami wewnętrznymi i zewnętrznymi – 1 szt | TAKPODAĆ |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **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.**

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**