### **Załącznik 3 do zapytania**

 **TZPiZI-ZO.264/07/D/21**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

**Zakup respiratorów i defibrylatorów dla SP ZOZ WSPRiTS w Płocku do walki ze skutkami pandemii SARS-CoV2”**

Postępowanie nr **TZPiZI-ZO.264/07/D/21**

**Część 2 – zakup defibrylatorów**

**Część 2: Zakup defibrylatorów**

|  |
| --- |
| **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY, Z REJESTRATOREM RYTMU I DANYCH PACJENTA ORAZ FUNKCJĄ TRANSMISJI DANYCH** **– 3 szt.****Marka ………………….. Model ………………………………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Aparat przenośny z torbą transportową i certyfikowanym uchwytem karetkowym
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci, w zestawie trzy akumulatory
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC lub 12V DC – ładowarka minimum dwustanowiskowa
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Ciężar samego defibrylatora max 10 kg
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Norma IP min 44
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Defibrylacja w trybie ręcznym i AED
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci..
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 5 do 200 J.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Defibrylacja przez łyżki i elektrody naklejane, w wyposażeniu łyżki dziecięce.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę
 | **TAK/NIE** \* |  |
|  18.Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | **TAK/NIE** \* |  |
| 19. Regulacja prądu stymulacji min. 0-200 mA | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Alarmy częstości akcji serca
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 70mm.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Transmisji danych przez modem 4G do istniejących na dzień składania stacji odbiorczych w terenie operacyjnym Zamawiającego.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem.
 | **TAK/NIE** \* |  |
| 1. Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika.
 | **TAK/NIE** \* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | **Zakup** trzech defibrylatorów  | szt. | 3 |  |  | 8% |  |  |
| 23% |  |

Płock, dnia …………….czerwca 2021 r. ………………………………………….

(podpis osoby uprawnionej)