**Załącznik nr 5.1 do SWZ**

**Szp/FZ – 55/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 1**

**Przedmiot zamówienia – Materace przeciwodleżynowe – 6 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Materac wraz z pompą i układem sterowania, który nie jest prototypem, pochodzi z produkcji seryjnej, nie będzie modyfikowany na potrzeby postępowania oraz jest jednorodnym wyrobem medycznym klasy I posiadającym dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie RP (deklaracja zgodności, certyfikat CE, powiadomienie lub zgłoszenie URPL) oraz instrukcję używania wspólną dla oferowanej pompy i materaca-dołączyć do oferty. Komplet urządzeń oznaczony w sposób umożliwiający jednoznaczną identyfikację wyrobu*.* | Tak, załączyć do oferty:* deklaracja zgodności, certyfikat CE, powiadomienie lub zgłoszenie URPL
* instrukcję używania
* wzory oznaczeń
 |  |
| 2 | Materac przeznaczony do profilaktyki i/lub wspomagania leczenia odleżyn wszystkich stopni.  | Tak |  |
| 3 | System pracy zmiennociśnieniowy co druga komora, z możliwością przełączenia na tryb statyczny z automatycznym powrotem do trybu zmiennociśnieniowego po maksymalnie 30 minutach.  | Tak |  |
| 4 | Materac o wymiarach 200cm x 85cm x 13cm ±0,5cm | Tak |  |
| 5 | Materac wyposażony w funkcję przechyłów bocznych i rotacji pacjenta, możliwość przechyłu/rotacji jednostronnej lub obustronnej. Czas rotacji regulowany w zakresie co najmniej 10-20 minut modułem nie większym niż 5 minut.  | Tak, podać |  |
| 6 | Funkcja przechyłów bocznych i rotacji pacjenta uruchamiana i wyłączana za pomocą dwóch zaworów (nie dopuszcza się „szybkozłączek”) wbudowanych w materac po obu jego stronach w sekcji stóp (nie w pompie, nie w przewodzie powietrznym podłączanym do pompy). Zawory w kolorze odmiennym od zaworu CPR. | Tak |  |
| 7 | Funkcja rotacji pracująca w trybie zmiennociśnieniowym | Tak |  |
| 8 | Materac zbudowany z 20-22 komór: 16 komór poprzecznych, na których leży pacjent i 4-6 komór podnoszących (wchodzących w skład systemu rotacji/przechyłów pacjenta). Ze względu na stabilność materaca nie dopuszcza się komór podnoszących ułożonych warstwami jedna nad drugą. Wszystkie komory materaca wykonane z elastycznego, nie usztywnionego poliuretanu zapewniającego wieloletnie użytkowanie. | Tak, podać |  |
| 9 | Komory poprzeczne materaca umieszczone w jednej warstwie w rzędach napełniają się powietrzem i opróżniają na przemian (co druga) w cyklu o regulowanym czasie 10/15/20 minut. Komory w sekcji głowy stale napełnione powietrzem. | Tak |  |
| 10 | ~~.~~Wysokość każdej pojedynczej poprzecznej komory od 12cm do13cm. Komory materaca pojedynczo wymienne mocowane za pomocą złączek zapobiegających przypadkowemu wypięciu w czasie używania (nie dopuszcza się rozwiązań typu „szybkozłączki”).  | Tak |  |
| 11 |  Nieaktywny (nienapompowany) system rotacji/przechyłów nie wpływa na wysokość całego materaca. | Tak |  |
| 12 | Całkowita wysokość materaca 13cm ±0,5cm | Tak |  |
| 13 | Materac z systemem owiewu powietrzem ciała pacjenta zapewniającym odpowiedni mikroklimat i zwiększającym komfort leżenia. System owiewu umieszczony pod warstwą komór –nie dopuszcza się rozwiązań opartych na mikrootworkach w komorach materaca, które pacjent blokuje swoim ciałem. | Tak |  |
| 14 | Pompa materaca wyposażona w pokrętło do płynnej bezstopniowej regulacji ciśnienia powietrza w materacu w zależności od wagi i pozycji pacjenta. Pompa o wymiarach nie większych niż 33 X 22 X 12 cm (±2cm) i wadze nie przekraczającej 3,5kg. Klasa szczelności przed zalaniem i kurzem IP21. | Tak, podać |  |
| 15 | Zakres ciśnienia pracy pompy – 25-60mmHg (±5mmHg) | Tak, podać |  |
| 16 | Materac pokryty półprzepuszczalnym pokrowcem - przepuszczającym parę wodną, a zatrzymującym ciecze, wykonanym z dzianiny rozciągliwej dwukierunkowo, niepalnym, antygrzybiczym i antybakteryjnym, z możliwością mycia, prania i dezynfekcji. Pokrowiec mocowany do materaca za pomocą dwóch suwaków w celu łatwego zakładania i zdejmowania. | Tak |  |
| 17 | Materac wyposażony w pompę pneumatyczną z panelem sterowania. Na panelu sterowania pompy alarmy niskiego ciśnienia, braku zasilania i serwisowy (uruchamiający się w przypadku awarii wewnętrznej pompy) oznaczone każdy oddzielnym piktogramem i dedykowaną, osobną diodą dla każdego alarmu. Sygnalizacja dźwiękowa alarmów z funkcją wyciszenia. Pompa z gniazdem trzysekcyjnym (trzy wyloty powietrza). | Tak |  |
| 18 | Materac w całości pneumatyczny (bez warstw piankowych, gąbkowych itp.) kładziony na spodni materac gąbkowy.  | Tak |  |
| 19 | Możliwość szybkiego spuszczenia powietrza z materaca za pomocą zaworu CPR zlokalizowanego w sekcji głowy. Zawór w kolorze czerwonym.  | Tak |  |
| 20 | Limit wagi pacjenta min. 200kg  | Tak, podać |  |
| 21 | Możliwość transportu pacjenta na materacu pozbawionym zasilania w czasie nie krótszym niż 24 godz.- tryb transportowy | Tak, podać |  |
| 22 | Przewód elektryczny odłączalny od pompy z zabezpieczeniem przed przypadkowym odłączeniem | Tak |  |
| 23 | Przewód powietrzny trzyżyłowy zespolony, z pojedynczym zespolonym przyłączem kątowym do pompy (nie dopuszcza się przewodu z oddzielnych rurek i zakończonego kilkoma szybkozłączami wpinanymi do pompy osobno) | Tak |  |
| 24 | Zasilanie 230V 50Hz, pobór mocy do 8W | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 5.2 do SWZ**

**Szp/FZ – 55/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 2**

**Przedmiot zamówienia – Materac przeciwodleżynowy z funkcją przechyłu** **– 10 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Materac wraz z pompą i układem sterowania, który nie jest prototypem, pochodzi z produkcji seryjnej, nie będzie modyfikowany na potrzeby postępowania oraz jest jednorodnym wyrobem medycznym klasy I posiadającym dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie RP (deklaracja zgodności, certyfikat CE, powiadomienie lub zgłoszenie URPL) oraz instrukcję używania wspólną dla oferowanej pompy i materaca-dołączyć do oferty. Komplet urządzeń oznaczony w sposób umożliwiający jednoznaczną identyfikację wyrobu*.* | Tak |  |
| 2 | Materac przeznaczony do profilaktyki i/lub wspomagania leczenia odleżyn wszystkich stopni. | Tak |  |
| 3 | System pracy zmiennociśnieniowy co druga komora, z możliwością przełączenia na tryby statyczne. | Tak |  |
| 4 | Więcej niż jeden tryb statyczny. | Tak, opisać |  |
| 5 | Materac wyposażony w dodatkową funkcję przechyłów bocznych i rotacji pacjenta, możliwość przechyłu/rotacji jednostronnej lub obustronnej. Możliwość regulacji czasu rotacji w zakresie co najmniej 10-30 minut modułem nie większym niż 5 minut. | Tak |  |
| 6 | Funkcja przechyłów bocznych i rotacji pacjenta uruchamiana i wyłączana za pomocą zaworów wbudowanych w materac (nie w pompie, nie w przewodzie powietrznym podłączanym do pompy). | Tak |  |
| 7 | Funkcja rotacji pracująca w trybie zmiennociśnieniowym | Tak |  |
| 8 | Materac zbudowany z 22-24 komór: 18 komór poprzecznych, na których leży pacjent i 4-6 komór podnoszących (wchodzących w skład systemu rotacji/przechyłów pacjenta). Ze względu na stabilność materaca nie dopuszcza się komór podnoszących ułożonych warstwami jedna nad drugą. Wszystkie komory materaca wykonane z elastycznego, nie usztywnionego poliuretanu zapewniającego wieloletnie użytkowanie. | Tak, podać |  |
| 9 | Poprzeczne komory zmiennociśnieniowe materaca umieszczone w rzędach napełniają się powietrzem i opróżniają na przemian (co druga) w cyklu o regulowanym czasie 10/15/20/25/30 minut. Komory w sekcji głowy stale napełnione powietrzem. | Tak |  |
| 10 | Poprzeczne komory materaca dwuwarstwowe (typu „komora na komorze”) – górna warstwa podpiera pacjenta i pracuje wg wybranego trybu, dolna warstwa statyczna jest wypełniona powietrzem i stanowi podkład pneumatyczny zabezpieczając pacjenta przed kontaktem z łóżkiem. Obie warstwy zgrzane ze sobą na stałe. Trzy komory w sekcji głowy statyczne.Komory materaca pojedynczo wymienne. | Tak |  |
| 11 | Pompa materaca o wymiarach nie większych niż 43 x 13 x 24cm (±2cm) i wadze nie większej niż 4,8kg. Klasa szczelności przed zalaniem i kurzem IP21. | Tak, podać |  |
| 12 | Materac o wymiarach 200cm x 90cm x 21cm± 1cm. | Tak |  |
| 13 | Materac z systemem owiewu powietrzem ciała pacjenta umieszczonym pod warstwą komór zapewniającym odpowiedni mikroklimat wokół ciała pacjenta i zwiększającym komfort leżenia. Nie dopuszcza się rozwiązań opartych na mikrootworkach w komorach materaca, które pacjent blokuje swoim ciałem. | Tak |  |
| 14 | Materac wyposażony w funkcję rozpoznającą obciążenie wywierane na materac przez pacjenta. Możliwość ręcznej regulacji ciśnienia powietrza w materacu. | Tak |  |
| 15 | Materac pokryty półprzepuszczalnym pokrowcem - przepuszczającym parę wodną, a zatrzymującym ciecze, wykonanym z dzianiny rozciągliwej dwukierunkowo, niepalnym, antygrzybiczym i antybakteryjnym, z możliwością mycia, prania i dezynfekcji. Pokrowiec mocowany do materaca za pomocą dwóch suwaków w celu łatwego zakładania i zdejmowania. | Tak |  |
| 16 | Materac wyposażony w pompę pneumatyczną z panelem sterowania. Na panelu sterowania zasilacza alarmy niskiego ciśnienia, braku zasilania i serwisowy oznaczone każdy oddzielnym piktogramem i dedykowaną, osobną diodą dla każdego alarmu. Sygnalizacja dźwiękowa alarmów z funkcją wyciszenia. Pompa z gniazdem trzysekcyjnym (trzy wloty powietrza) | Tak |  |
| 17 | Materac w całości pneumatyczny (bez warstw gąbkowych, piankowych itp.). Materac kładziony na ramę łóżka. | Tak |  |
| 18 | Możliwość szybkiego spuszczenia powietrza z materaca za pomocą zaworu CPR | Tak |  |
| 19 | Limit wagi pacjenta nie mniej niż 255kg. | Tak, podać |  |
| 20 | Możliwość transportu pacjenta na materacu pozbawionym zasilania w czasie nie krótszym niż 24 godz. – tryb transportowy. | Tak, podać |  |
| 21 | W trybie transportowym materac pozostaje napompowany w całości w części zmiennociśnieniowej i statycznej. | Tak |  |
| 22 | Zakres ciśnienia pracy pompy – 25-60mmHg (±5mmHg) | Tak, podać |  |
| 23 | Funkcja maksymalnego wypełnienia materaca uruchamiana z jednego przycisku na pompie ułatwiająca przeprowadzenie np. czynności pielęgnacyjnych z automatycznym powrotem do poprzednich ustawień po 20 minutach | Tak |  |
| 24 | Zasilanie 230V 50Hz | Tak |  |
| 25 | Przewód elektryczny odłączalny od pompy z zabezpieczeniem przed przypadkowym odłączeniem | Tak |  |
| 26 | Przewód powietrzny z podłączeniem kątowym do pompy | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 5.3 do SWZ**

**Szp/FZ – 55/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 3**

**Przedmiot zamówienia** – **Materac przeciwodleżynowy – 2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opis parametru wymaganego | Wartość wymagana | Opis parametru oferowanego \*) |
|  |
| Zmiennociśnieniowego materaca przeciwodleżynowego z przechyłami bocznymi | Tak |  |
| Limit wagi pacjenta do 200kg. | Tak podać |  |
| Trzy komory, stanowiące sekcje głowy, są stale wypełnione powietrzem. | Tak |  |
| Zawór reanimacyjny CPR – umożliwia spuszczenie powietrza z materaca, np. w razie potrzeby resuscytacji. W kolorze czerwonym. Znajduje się z boku materaca, | Tak |  |
| Funkcja niezależnego owiewu pacjenta | Tak |  |
| pokrowiec wykonany z dzianiny krytej poliuretanem, rozciągliwej w dwóch kierunkach. Pokrowiec półprzepuszczalny Mocowany do materaca przy pomocy schowanego zamka błyskawicznego.  | Tak |  |
| Alarmy audio-wizualne: zbyt niskie ciśnienie w materacu, brak zasilania oraz wewnętrzna awaria pompy. Alarm wyświetlany na wyświetlaczu pompy. Funkcja czasowe wyciszenia i wyłączenie alarmu dźwiękowego. | Tak |  |
| Automatyczna blokada ustawień pompy zabezpiecza przed ich przypadkową zmianą. | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 1 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

 **Załącznik nr 5.4 do SWZ**

**Szp/FZ – 55/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 4**

**Przedmiot zamówienia – Wózek do przewożenia chorych – 5 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opis parametru wymaganego | Wartość wymagana | Opis parametru oferowanego \*) |
| Szerokość całkowita bez poręczy bocznych: 670 mm (± 30 mm) | Tak podać |  |
| Szerokość całkowita z poręczami bocznymi: max 800 mm | Tak podać |  |
| Długość całkowita: 2000 mm (± 30 mm) | Tak podać |  |
| Regulacja wysokości za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w od 580 — 880 mm (± 20 mm) | Tak podać |  |
| Oparcie pleców regulowane sprężynami gazowymi z blokadą w od Ost do 70st ± 3st | Tak podać |  |
| Przechył Trendelenburga: min. 20st | Tak podać |  |
| Przechył anty -Trendelenburga: min. 10st | Tak podać |  |
| Regulacja pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą | Tak |  |
| Wózek wykonany z profili stalowych, lakierowanych proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów, poręcze boczne lakierowane | Tak |  |
| Podstawa obudowana wypraskami z tworzywa z zastosowaniem nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania bakterii i wirusów, z miejscem w wyprasce na podręczne rzeczyDwusegmentowe leże wypełnione płytą laminatową pozwalającą na wykonanie zdjęcia | Tak |  |
| RTG oraz wykonanie reanimacji. Możliwość monitorowania klatki piersiowej pacjenta aparatem RTG z ramieniem C | Tak |  |
|  Leże z trzema tunelami na kasetę RTG (jeden w oparciu pleców, dwa w segmencie nożnym) | Tak |  |
| zaopatrzony w 4 krążki odbojowe | Tak |  |
| Materace leża i oparcia pleców o grubości min. 60 mm zdejmowalne. Obszycie wykonane z materiału nieprzemakalnego z dodatkami bakterio i grzybobójczymi ograniczającymi rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli. Obszycie niepalne zgodnie z normą. | Tak |  |
| Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| Właściwości ograniczające rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli oraz niepalności potwierdzone certyfikatami wydanymi przez niezależne uprawnione do tego podmioty. | Tak |  |
| Koła jezdne o średnicy min. 200 mm z centralną blokadą jazdy i kołem kierunkowym | Tak podać |  |
| Dopuszczalne obciążenie wózka min. 230 kg | Tak podać |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 1 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 5.5 do SWZ**

**Szp/FZ – 55/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 5**

**Przedmiot zamówienia – Wózek do transportu materiałów sterylnych – 2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opis parametru wymaganego | Wartość wymagana | Opis parametru oferowanego \*) |
| Wózek transportowy do pakietów i kontenerów sterylnych 3 półkowy.  | Tak |  |
| Wykonany ze stali nierdzewnej min. ASI 034.  | Tak |  |
| Pojemność wózka 9 STU (standardowa jednostka sterylizacyjna o wymiarach 30x60 cm) min 3 jednostki na półkę.  | Tak podać |  |
| Wysokość do górnej półki max 135 cm.  | Tak podać |  |
| Półki pełne, wzmacniane.  | Tak |  |
| Konstrukcja z profila zamkniętego lub rury, wykonanie bez ostrych krawędzi mogących powodować uszkodzenie pakietów.  | Tak |  |
| Koła skrętne, min 2 kółka wyposażone w hamulec. | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 1 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

 *uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 5.6 do SWZ**

**Szp/FZ – 54/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 6**

**Przedmiot zamówienia –** **Wózek medyczny – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru wymaganego | Wartość wymagana | **Opis parametru oferowanego \*)** |
| 1. | Konstrukcja wózka oparta na czterech kolumnach aluminiowych, 5 szufladowy | TAK |  |
| 2. | trzy uchwyty do przetaczania wózka umieszczone na blacie głównym po bokach i z tyłu wózka  | TAK |  |
| 3. | górny blat wykonany ze słali nierdzewnej płyta tylna i boczna wykonana z aluminium , | TAK |  |
| 4. | uchwyty szuflad wykonane z plastiku , trzy szuflady służące do segregacji leków,  | TAK |  |
| 5. | max nośności szuflad 20kg, | TAK podać |  |
| 6. | całkowita ładowność wózka 80kg | TAK podać |  |
| 7. | nośność blatu nośnego 10kg | TAK podać |  |
| 8. | centralny zamek zamykający wszystkie szuflady | TAK |  |
| 9. | fronty szuflad wykonane z aluminnun-lakierowane proszkowo,  | TAK |  |
| 10. | wózek wyposażony w 4 cichobieżne kółka, 2 kolka z. blokadą jazdy.  | TAK |  |
| 11. | Wysokość szuflad od dołu - 23cm, 11cm, 11cm, 11 cm. 11 cm. | TAK podać |  |
| 12. | Wymiary: szerokość 650mm, głębokość 475mm, wysokość. 960mm. | TAK podać |  |
| 13, | metalowa dostawka na leki (przeźroczyste pojemniki), dodatkowy blat wysuwany roboczy z boku wózka, dwa kosze na odpady, druciany kosz. a w nim pojemniki na zużyte igły | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 5.7 do SWZ**

**Szp/FZ – 54/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 7**

**Przedmiot zamówienia – Stół operacyjny – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru wymaganego | Wartość wymagana | **Opis parametru oferowanego \*)** |
|  | Stół do operacji ogólnochirurgicznych i bariatrycznych i ortopedycznych  | TAK |  |
|  | Konfiguracja blatu stołu:– podgłówek płytowy na całą szerokość blatu,- oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe),- płyta lędźwiowa,- podnóżki: lewy i prawy. | TAK |  |
|  | Blat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podgłówkiem. | TAK |  |
|  | Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia.Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem |  |  |
|  | Wypełnienie segmentów blatu stołu wykonane z kompozytu z włóknem węglowym, gwarantujące bardzo małe napromieniowanie pacjenta oraz personelu podczas wykonywania zdjęć RTG – maksymalny ekwiwalent aluminium MAE nie większy niż 0,3 mm AlW celu maksymalnego ograniczenia dawki promieniowania RTG dla pacjenta i personelu oraz eliminacji występowania szumów oraz artefaktów przy monitorowaniu pacjenta nie dopuszcza się do zaoferowania stołów z wypełnieniem segmentów blatu z materiału o większym współczynniku MAE | TAK |  |
|  | Podstawa stołu w kształcie litery „T” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu. Koła zabudowane w podstawie, nie wystające poza jej obrys.  | TAK |  |
|  | Płaska podstawa stołu (wysokość maksymalnie 130 mm) w celu zapewnienia ergonomicznych warunków do współpracy stołu a aparatem RTG z ramieniem C przy zabiegach wymagających ciągłego obrazowania pacjenta.  | TAK |  |
|  | Podstawa oraz kolumna stołu pokryte włóknem węglowym.  | TAK |  |
|  | Blokowanie stołu poprzez cztery elektromechanicznie wysuwane stopki, na których w pozycji zablokowanej stół się opiera. | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w system antykolizyjny uniemożliwiający (w przypadku funkcji przechyłów bocznych i wzdłużnych przy wszystkich segmentach blatu ustawionych w jednej płaszczyźnie) uderzenie blatu stołu o podłogę i spowodowanie zagrożenia życia pacjenta oraz uszkodzenia stołu | TAK |  |
|  | Długość stołu z blatem: 2100 mm (±20 mm ) | TAK podać |  |
|  | Całkowita szerokość blatu (razem z listwami do mocowania wyposażenia dodatkowego): 620 mm ( ± 20 mm ) | TAK podać |  |
|  | Szerokość materacy: min. 550 mm | TAK podać |  |
|  | Regulacja wysokości blatu (bez materaca): od 670 do 1090 mm ( ± 20 mm ) | TAK podać |  |
|  | Regulacja oparcia pleców: - 450 do 800 ( ± 50 ) | TAK podać |  |
|  | Regulacja podgłówka: - 550 do 550 ( ± 50 ) | TAK podać |  |
|  | Przechyły boczne w obie strony: min. po 300  | TAK podać |  |
|  | Przechył Trendelenburga: min. 400  | TAK podać |  |
|  | Przechył anty-Trendelenburga: min. 400  | TAK podać |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 900 do 300 ( ± 50 ) | TAK podać |  |
|  | Przesuw wzdłużny blatu : min. 400 mm realizowany przez napęd elektromechaniczny w celu pełnej współpracy z ramieniem C | TAK podać |  |
|  | Regulacja pilotem następujących pozycji:* regulacja wysokości blatu
* regulacja oparcia pleców/regulacja segmentu siedzenia (w zależności od orientacji blatu)
* funkcji flex/reflex (po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego, odpowiedniego dla realizowanej funkcji przycisku)
* wypiętrzenie klatki piersiowej/wypiętrzenie lędźwiowe (w zależności od orientacji blatu)
* przechyły wzdłużne i boczne
* pozycji „0” z jednego przycisku- poziomowanie blatu wraz z segmentem oparcia pleców oraz wypiętrzeniem klatki piersiowej
* przesuw wzdłużny blatu
* regulacja podnóżków (możliwość osobnej regulacji podnóżka lewego i prawego oraz obu podnóżków jednocześnie)
* blokowanie stołu do podłoża – wysuwanie i „chowanie” stopek
 | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD (o szerokich kątach widzenia). Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji.Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje oraz w przycisk do zmiany orientacji blatu.  | TAK |  |
|  | Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru. | TAK |  |
|  | Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa -zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz „0”.Klawisz pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych klawiszów.  | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu | TAK |  |
|  | Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej. Stal o bardzo dobrych właściwościach antykorozyjnych i kwasoodpornych, gatunek stali: AISI 316L , polskie oznaczenie 00H17N14M2  | TAK |  |
|  | Regulacja podgłówka wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą | TAK |  |
|  | Płyta oparcia pleców dzielona, z możliwością elektrohydraulicznego wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego z pilota – zarówno wypiętrzenie jak i ponowne poziomowanie blatu („zerowanie” wypiętrzenia) sterowane z pilota. | TAK |  |
|  | Antystatyczne i bezlateksowe materace przeciwodleżynowe wykonane z trzech rodzajów pianki polie­trowej o różnych gęstościach co zapewnia maksymalną wygodę i bezpieczeństwo pacjentów.Pokrowce materacy wykonane z materiału wodoodpornego i oddychającego, ze zgrzewanymi szwami. Grubość materacy min. 80 mm.Stabilny i pewny montaż materacy do blatu – nie dopuszcza się połączeń rzepowych i silikonowych.  | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie dynamiczne stołu: min. 300 kg  | TAK podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie statyczne stołu (blat wypoziomowany, centralnie ułożony względem kolumny, ruch góra / dół): min. 350 kg | TAK podać |  |
|  | Wyposażenie: **- Podpórka ręki** z uchwytem wielopozycyjnym. Służąca do podpierania ręki w pozycji leżącej pacjenta, wyposażona w poliuretanowy materac o wymiarach: 25 mm x 160 mm x 500 mm (±10mm). Konstrukcja metalowa, wykonana ze stali nierdzewnej, umożliwiająca obrót podpórki wokół jej osi pionowej – 2 szt.**- Wieszak kroplówki** z korpusem zaciskowym. Służący do zawieszania pojemników z płynami infuzyjnymi. Składający się ze sztycy z podwójnym hakiem, całość wykonana ze stali nierdzewnej – 1 szt.- **Ramka anestezjologiczna** z uchwytem wielopozycyjnym. Posiadająca regulację wysokości, szerokości i obrotu wokół osi pionowej. Wykonana całkowicie ze stali nierdzewnej – 1 szt.- **Podkolanniki** z uchwytem wielopozycyjnym. Służące do podpierania kończyny dolnej w pozycji leżącej lub siedzącej. Wyposażone w poliuretanowy materac o wymiarach: 25 mm x 190 mm x 295 mm (±10mm). Konstrukcja metalowa, wykonana ze stali nierdzewnej, umożliwiająca obrót podpórki wokół jej osi pionowej, kątowe ustawienie powierzchni materaca a także zmianę wysokości podpórki – 1 kpl.- **Przystawka urologiczna** składająca się z miski wykonanej ze stali nierdzewnej, o wymiarach: min. 65 mm x 265 mm x 325 mm (±10mm) i pojemności min. 4 litrów z odpływem o śr. 18 mm zakończonym wężem igielitowym oraz szkieletu metalowego wykonanego w całości ze stali nierdzewnej. Szkielet przystawki umożliwiający zamontowanie jej do stołu operacyjnego oraz obrót wokół osi pionowej – 1 szt.- **Dodatkowy segment ginekologiczno – urologiczny** – 1 szt.- **Panel boczny sterujący** – umożliwiający sterowanie napędem elektrohydraulicznym w stole. Wyposażony w wygodny mechanizm magnetyczny, który zabezpiecza go przed przypadkowym strąceniem, jednocześnie zapewniając prosty i szybki demontaż na kolumnie stołu – 1 szt.**- Fartuch ochronny RTG dwuczęściowy - kamizelka i spódnica:**Równoważnik osłabienia promieniowania: przód 0,5mmPb, tył 0,25 mmPb, Materiał ochronny: bezołowiowy – dwuwarstwowa bezołowiowa mieszanka antymonu i bizmutu, lżejsza od standardowego fartucha wykonanego z gumy ołowiowej, zapewniająca deklarowaną ochronę przy napięciu 50-110kV – waga maksymalna 5,3 kg/m2 dla współczynnika ochrony 0,5 mm Pb, zgodny z obowiązującymi normami IEC61331-1-2014, IEC61331-3-2014Materiał zewnętrzny:wykonany z nylonu pokrytego poliuretanem, odporny na uszkodzenia, charakteryzujący się niską reaktywnością chemiczną, wolny od lateksu i PCW, posiadający najwyższą odporność na zanieczyszczenia, bakteriostatyczny, przystosowany do dezynfekcji ogólnodostępnymi środkamiFason: zabezpieczający przód, boki i tył użytkownika, dopasowanie kamizelki za pomocą elastycznych, nakładających się paneli tylnych, zapinanych pasami na rzepy z przodu, spódnica zapinana na rzep i klamrę, z możliwością dopasowania długości do obwodu pasa, kamizelka posiadająca poduszki łagodzące nacisk na barki, fason kamizelki, zapewniający odciążenie kręgosłupa za pomocą wbudowanych elastycznych pasówDodatki: pasek do mocowania ochrony tarczycy za pomocą klipsa, kieszeń wewnętrzna, kieszeń zewnętrzna z możliwością wykonania monogramu do 10 znaków, nylonowe wstawki na wysokości barków umożliwiające lepsze dopasowanie fasonu do ciała użytkownika, wbudowane poduszki na ramiona wykończone materiałem „oddychającym”Kolory: materiał zewnętrzny - minimum 4 kolory do wyboru, Rozmiary: XS, S, M, L, XL, XXL, możliwość personalizacji rozmiaruOznakowanie: trwała etykieta zawierająca następujące: współczynnik ochrony, nazwa wytwórcy, nr seryjny, waga osłony, CE i nr jednostki notyfikowanej – 4 kpl.- **Osłona na tarczycę:**Równoważnik osłabienia promieniowania: 0,5mmPbFason: kołnierz wykonany w formie stójki o szerokości 5 cm ze śliniakiem o długości 12 cm, z zapięciem typu rzep, wszyty pasek zakończony klipsem do przypinania do fartuchaMateriał ochronny i zewnętrzny o parametrach j.w.Rozmiar: uniwersalny – 4 szt.- **Ochrona głowy:**Równoważnik osłabienia promieniowania: 0,5mmPbFason: czapka wielorazowa, wyścielona od wewnątrz tkaniną pochłaniającą wilgoć, z możliwością regulacji (zapięcie na troki)Materiał ochronny i zewnętrzny o parametrach j.w.Rozmiar: ochrona głowy dostępna w 2 rozmiarach - S/M lub L/XL – 8 szt. | TAK |  |
|  | **Pozycjonery przeciwodleżynowe** wykonane wykonane z dwóch warstw medycznego żelu silikonowego o różnej gęstości, pokryte poliuretanem, rozkładające ciężar ciała i obniżające nacisk powierzchniowy do bezpiecznego poziomu, chroniące przed ryzykiem podrażnienia nerwów, wielokrotnego użytku, o właściwościach nie powodujących podrażnień dla skóry - potwierdzone badaniami wg. normy ISO 10993-10 (Biologiczna ocena wyrobów medycznych – test na podrażnianie uczulanie skóry) i ISO 10993-1 (Biologiczna ocena wyrobów medycznych – ocena biokompatybilności) lub równoważnej, do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami, żel nie wycieka w przypadku przecięcia powłoki, przezierne dla promieni  RTG, nieprzewodzące ładunków elektrycznych, wolne od lateksu, - Pozycjoner uniwersalny o wymiarach 425x155x60 mm – 3 sztuki  | TAK |  |
|  | **Pozycjonery przeciwodleżynowe**, wykonane z medycznego żelu silikonowego, pokryte poliuretanem, rozkładające ciężar ciała i obniżające nacisk powierzchniowy do bezpiecznego poziomu, chroniące przed ryzykiem podrażnienia nerwów, wielokrotnego użytku, o właściwościach nie powodujących podrażnień dla skóry - potwierdzone badaniami wg. normy ISO 10993-10 (Biologiczna ocena wyrobów medycznych – test na podrażnianie uczulanie skóry) i ISO 10993-1 (Biologiczna ocena wyrobów medycznych – ocena biokompatybilności) lub równoważnej, do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami, żel nie wycieka w przypadku przecięcia powłoki, przezierne dla promieni  RTG, nieprzewodzące ładunków elektrycznych, wolne od lateksu,-**Pozycjoner / materac** pod tors dedykowany do zabiegów urologicznych o wymiarach 990x500x10mm 1 sztuka  | TAK |  |
|  | **Pozycjonery przeciwodleżynowe** wykonane z pianki wiskoelastycznej i medycznego żelu silikonowego, pokryte poliuretanem, rozkładające ciężar ciała i obniżające nacisk powierzchniowy do bezpiecznego poziomu, chroniące przed ryzykiem podrażnienia nerwów, wielokrotnego użytku, o właściwościach nie powodujących podrażnień dla skóry - potwierdzone badaniami wg. normy ISO 10993-10 (Biologiczna ocena wyrobów medycznych – test na podrażnianie uczulanie skóry) i ISO 10993-1 (Biologiczna ocena wyrobów medycznych – ocena biokompatybilności) lub równoważnej, do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami, żel nie wycieka w przypadku przecięcia powłoki, przezierne dla promieni  RTG, nieprzewodzące ładunków elektrycznych, wolne od lateksu, **- Krążek pod głowę** o wymiarach 200x50mm 1 sztuka**- Półwałek** o wymiarach 350x150x75 2 sztuki | TAK |  |
|  | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 5.8 do SWZ**

**Szp/FZ – 55/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 8**

**Przedmiot zamówienia – Stół rehabilitacyjny – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru wymaganego | Wartość wymagana | **Opis parametru oferowanego \*)** |
|  | 3-sekcyjny stół do terapii manualnej | Tak  |  |
|  | Regulowany zagłówek w zakresie min. -70 st. do +40st. za pomocą sprężyny gazowej | Tak podać |  |
|  | Podgłówek z wycięciem na twarz plus zatyczka | Tak |  |
|  | Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w podstawie stołu, umożliwiającą regulacje wysokości z każdego miejsca stołu | Tak |  |
|  | Stół wyposażony w klucz magnetyczny zabezpieczający przez niepożądaną zmianą wysokości | Tak |  |
|  | Podstawa z systemem 4 unoszonych kół kierunkowych oraz 4 stopkami | Tak |  |
|  | Wymiary (dł x szer.) min. 2050x690 mm | Tak podać |  |
|  | Wysokość regulowana elektrycznie min. w zakresie 470 - 950 mm | Tak podać |  |
|  | Waga stołu min. 95 kg dla większej stabilności | Tak podać |  |
|  | Możliwość zamontowania bananka pachwinowego i bananków barkowych | Tak |  |
|  | Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych | Tak |  |
|  | Kąt pochylenia podnóżka min. +85 st. /0 st. | Tak podać |  |
|  | Tapicerka wykonana jest z atestowanych materiałów w kilku wersjach kolorystycznych | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. 150 kg | Tak podać |  |
|  | Grubość tapicerki min. 40 mm | Tak podać |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 5.9 do SWZ**

**Szp/FZ – 55/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 9**

**Przedmiot zamówienia – Wanna do hydromasażu – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Minimalne parametry techniczno - użytkowe** | Wartość wymagana | **Opis parametru oferowanego \*)** |
| 1 | Możliwość wyboru koloru niecki | TAK |  |
| 2 | Niecka wzmacniana matami z włókna szklanego, wykonana z tworzywa sztucznego | TAK |  |
| 3 | Ekonomiczne zużycie wody w czasie zabiegu:- dla kończyn dolnych max. 75 litrów- dla kończyn dolnych i kręgosłupa max. 210 litrów | TAK podać |  |
| 4 | Efektywny hydromasaż przy użyciu min. 12 dysz kierunkowych, | TAK |  |
| 5 | Możliwość pracy na dwóch poziomach | TAK |  |
| 6 | Regulacja intensywności masażu poprzez napowietrzanie dysz niezależnie dla stref | TAK |  |
| 7 | Elektroniczny panel sterowania | TAK |  |
| 8 | Ustawianie czasu zabiegu od 1-599 min. | TAK |  |
| 9 | Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho | TAK |  |
| 10 | System odkamieniania sterowany elektronicznie | TAK |  |
| 11 | Czujnik temperatury wody | TAK |  |
| 12 | Czujnik poziomu wody | TAK |  |
| 13 | System automatycznego napełniania | TAK |  |
| 14 | Szybkie napełnianie i opróżnianie wanny | TAK |  |
| 15 | Półautomatyczny system opróżniania wanny | TAK |  |
| 16 | Regulowane stopki umożliwiające wypoziomowanie wanny | TAK |  |
| 17 | Prysznic | TAK |  |
| 18 | Stopień ułatwiający wejście do wanny w zestawie | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 5.10 do SWZ**

**Szp/FZ – 55/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 10**

**Przedmiot zamówienia – Fotel laryngologiczny – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametr / Warunek** | **Wartość wymagana** | **Opis parametru oferowanego \*)** |
| **Elektromechaniczny Fotel laryngologiczny** |  |  |
| 1 | silnik zintegrowany w kolumnę, regulowana wysokość w zakresie min. 51-71 cm za pomocą dwóch króćców umieszczonych symetrycznie po obu stronach podstawy. Każdy z króćców odpowiada zarówno za podwyższenie jak i za obniżenie fotela | TAK |  |
| 2 | Możliwość zamówienia fotela pracującego w większym zakresie od min 51 do min 81 cm  | TAK |  |
| 3 | obrotowy z blokadą wybranej pozycji, blokada dostępna z obu stron siedziska | TAK |  |
| 4 | Możliwość zamówienia opcji z obrotem samego siedziska bez obrotu sekcji pleców i nóg | TAK |  |
| 5 | regulacja oparcia w zakresie do -10 ᵒ poniżej poziomu (pozycja Trendelburga), znacznik przy kącie pochylenia 30ᵒ do przeprowadzania prób kalorycznych, podłokietniki oraz podnóżek poruszający się synchronicznie wraz ze zmianą pozycji oparcia | TAK |  |
| 6 | możliwość uniesienia podłokietników do pozycji licującej z oparciem | TAK |  |
| 7 | Możliwość do zamówienia regulowany zagłówek, typ „operacyjny” | TAK |  |
| 8 | Możliwość sterowania z poziomu pilota | TAK |  |
| 9 | Waga fotela min 100kg | TAK, podać |  |
| 10 | Dopuszczalna waga pacjenta min 200 kg | TAK, podać |  |
| 11 | Długość po rozłożeniu min 190 cm | TAK, podać |  |
| 12 | Możliwość zamówienia w opcji fotela obrotowego do obiektywizacji diagnostyki pacjentów z zawrotami głowy, obracanie elektromechniczne w zakresie ±180° | TAK, podać |  |
| 13 | Możliwość zamówienia koloru obudowy z palety RAL | TAK |  |
| 14 | Możliwość zamówienia tapicerki w dwóch wariantach gładkiej i z przeszyciami i samodzielnej ich wymiany przez Zamawiającego | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.