Przedmiot zamówienia**: Defibrylator**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA OFERENTA |  |
| PRODUCENT |  |
| MODEL/TYP |  |
| KRAJ POCHODZENIA |  |
| ROK PRODUKCJI /*wymagane fabrycznie nowe/* | **2024** |
| LICZBA SZTUK | **1** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane**  **/podać zakresy lub opisać** |
| **Defibrylator** | | | |
|  | **Zasilanie** |  |  |
| 1 | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci | TAK |  |
| 2 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – 180 minut monitorowania lub 210 defibrylacji x 360J | TAK |  |
| 3 | Ilość defibrylacji z energią 360 J przy pracy z dwóch akumulatorów - 420 | TAK |  |
| 4 | Możliwość ładowania akumulatorów z AC 220 V 50 Hz lub zewnętrznej ładowarki 230 V AC | TAK |  |
|  | **Funkcje / cechy** |  |  |
| 5 | Urządzenie przenośne, z impregnowaną torbą transportową, testerem wyładowań | TAK |  |
| 6 | Ciężar defibrylatora w kg. ze wszystkimi akcesoriami max 12kg | TAK |  |
|  | **Monitorowanie funkcji życiowych: EKG** |  |  |
| 7 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
| 8 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | TAK |  |
| 9 | Wydruku trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | TAK |  |
| 10 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG od 0,5 do 4cm/Mv, 8 poziomów wzmocnienia | TAK |  |
|  | **Defibrylacja** |  |  |
| 11 | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne oraz jednorazowe elektrody naklejane dla dorosłych | TAK |  |
| 12 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789. | TAK |  |
| 13 | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | TAK |  |
| 14 | Elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące | TAK |  |
| 15 | Defibrylacja ręczna | TAK |  |
| 16 | Defibrylacja półautomatyczna AED | TAK |  |
| 17 | Zakres dostarczanej energii 2 – 360 J | TAK |  |
| 18 | Ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej 25 | TAK |  |
| 19 | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |
| 20 | Kardiowersja | TAK |  |
| 21 | Stymulacja przezskórna serca | TAK |  |
| 22 | Tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | TAK |  |
| 23 | Częstość stymulacji 40-170 impulsów/minutę | TAK |  |
| 24 | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących 0 -200 mA | TAK |  |
|  | **Ekran** |  |  |
| 25 | Przekątna ekranu 8,4 cala | TAK |  |
| 26 | Kolorowy LCD TFT | TAK |  |
| 27 | Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu | TAK |  |
|  | **Reanimacja krążeniowo – oddechowa** |  |  |
| 28 | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) | TAK |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
| 29 | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | TAK |  |
| 30 | Drukarka | TAK |  |
| 31 | Szerokość papieru 100 mm | TAK |  |
| 32 | Prezentacja zapisu EKG – 3 kanały na ekranie | TAK |  |
| 33 | Prędkość przesuwu papieru: 3 (12.5, 25 i 50 mm/sek) | TAK |  |
|  | **Inne** |  |  |
| 34 | Możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | TAK/NIE podać |  |
| 35 | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania | TAK |  |
| 36 | Odporność na wilgoć i kurz IP44 | TAK |  |
| 37 | Możliwość rozbudowy o akcesoria komunikacyjne do transmisji badań będącej systemem odbioru sygnału przez jednostkę zewnętrzną | TAK/NIE podać |  |
| 38 | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia.  Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku. | TAK |  |
| 39 | Impregnowana torba z kieszeniami na akcesoria, pasek na ramię | TAK |  |
|  | **POZOSTAŁE** |  |  |
| 40 | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu. | Tak |  |
| 41 | Odpowiedź serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym (wymagane max 48 godzin w dni robocze) | podać |  |
| 42 | Aparat zastępczy w okresie gwarancji na czas naprawy wraz z ubezpieczeniem od wszelkich ryzyk. | Tak |  |
| 43 | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć w wersji papierowej, bądź elektronicznej – przy dostawie) | Tak |  |
| 44 | Dostarczenie paszportu technicznego | Tak |  |
| 45 | Dostępność części zamiennych minimum 10 lat | Tak |  |
| **46** | Bezpłatne przeglądy zgodnie z instrukcją obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia. | Tak |  | |
| 47 | Gwarancja … (wymagana minimum 24 miesiące) | TAK podać |  | |
| 48 | Ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu/podzespołu kwalifikująca do wymiany elementu/podzespołu na nowe … naprawy (wymagane max 3 naprawy) | podać |  | |
| 49 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne.  Oświadczenie o wpisie urządzenia do Rejestru Wyrobów Medycznych. | TAK podać |  | |

**Uwagi:**

- Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych ( wymaganych) powoduje odrzucenie oferty.

- Oświadczamy, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenie jest nowe, kompletne i będzie po montażu i   
 zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów (poza   
 materiałami eksploatacyjnymi).