**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia jest:**

Dostawa fabrycznie nowych symulatorów, trenażerów, otoczenia symulacyjnego, aparatury i sprzętu medycznego oraz mebli medycznych stanowiących wyposażenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej: sali pielęgniarstwa wysokiej wierności, pomieszczenia kontrolnego, sali egzaminacyjnej OSCE, sali symulacji z zakresu ALS i BLS, sali ćwiczeń umiejętności pielęgniarskich oraz sali ćwiczeń umiejętności technicznych w ramach projektu pn.: „Doskonalenie procesu kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo PWSZ im. J. A. Komeńskiego w Lesznie przez wdrożenie programu rozwojowego podnoszącego kompetencje studentów z wykorzystaniem symulacji medycznej” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. Wyposażenie i sprzęt stanowiące przedmiot zamówienia przedstawia poniższa specyfikacja techniczna.
2. Zaoferowane przez Wykonawcę w załączniku do oferty sprzęt, otoczenie symulacyjne, aparatura, sprzęt i meble medyczne (Zadania: od 1 do 14), muszą spełnić wszystkie wymogi zawarte w opisie przedmiotu zamówienia wykazane przez Zamawiającego.
3. Zamawiający wymaga, aby przed uruchomieniem sprzętu Wykonawca dokonał sprawdzenia poprawności ich działania oraz przeprowadził szkolenie z obsługi, konserwacji oraz funkcjonowania przedmiotu zamówienia. Szkolenie powinno odbyć się w terminie uzgodnionym i zaakceptowanym przez Zamawiającego, nie później jednak niż w terminie 14 dni od daty ostatecznego terminu dostarczenia przedmiotu zamówienia.
4. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot zamówienia bezpośrednio do budynku, w którym będzie znajdować się centrum oraz dokonać jego montażu i ustawienia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
5. Wykonawca jest zobowiązany posprzątać pomieszczenia oraz wywieźć wszystkie odpady oraz opakowania pozostałe po ich montażu.
6. Dostarczone wyposażenie i sprzęt musi być fabrycznie nowy (wyprodukowany najpóźniej w 2020 r.), nieużywany, nieregenerowany, w pełni sprawny, kategorii I, wolny od wad materiałowych i produkcyjnych, nie pochodzący z ekspozycji.
7. Sprzęt musi być dostarczony wraz z materiałami i wyposażeniem umożliwiającym ich eksploatację bezpośrednio po przekazaniu Zamawiającemu.
8. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć własnym transportem i na własny koszt przedmiot zamówienia do obiektu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. J. A. Komeńskiego w Lesznie, ul. Opalińskich 1, 64-100 Leszno.
9. Zamawiający wymaga, aby przedmiot zamówienia spełniał wymagane polskim i europejskim prawem wszelkie normy, posiadał dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, posiadał niezbędne świadectwa, certyfikaty i atesty, w tym deklaracje zgodności CE, które Wykonawca dostarczy przy dostawie wraz ze sprzętem.
10. Zamawiający wymaga dostarczenia instrukcji obsługi w języku polskim dla każdego urządzenia, warunków jego eksploatacji, certyfikatów, aprobat technicznych, deklaracji zgodności, świadectw bezpieczeństwa w wersji papierowej i na nośniku elektronicznym zgodnie z wymaganiami przepisów prawa.
11. **Zamawiający wymaga minimalnego okresu gwarancji na przedmiot zamówienia wynoszącego 24 miesiące.**
12. Dostawa i montaż, uruchomienie i szkolenie odbędą się w obiekcie Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. J. A. Komeńskiego w Lesznie, ul. Opalińskich 1, 64-100 Leszno.
13. Zamawiający nie dopuszcza dostaw kurierskich lub pocztowych bez udziału Wykonawcy.

**Zamawiający wymaga:**

1. Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa TAK w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
2. Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego (MCSM) dla instruktorów symulacji, nauczycieli, techników medycznych, pracowników obsługi technicznej w zakresie obsługi, konserwacji sprzętu określonego w przedmiocie zamówienia symulatorów, otoczenia symulacyjnego, fantomów i sprzętu medycznego.
3. Zamawiający informuje, że pod przedmiot zamówienia będzie przygotowana infrastruktura teletechniczna (okablowanie, LAN, audio, wideo) w pomieszczeniach symulacyjnych, sterowni i serwerowni.

|  |
| --- |
| **Zadanie 1** |
| **WYSOKIEJ KLASY SYMULATOR PACJENTA DOROSŁEGO – 1 szt.** (pozycja 3 z wniosku o dofinansowanie) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Symulator odwzorowujący ciało osoby dorosłej, przeznaczony do wykonywania podstawowych i zaawansowanych procedur pielęgniarskich. |  |
| 2. | Symulator sterowany bezprzewodowo z możliwością pracy na niezależnym źródle zasilania (wbudowany akumulator wewnętrzny). Brak jakichkolwiek przewodów, drenów łączących symulator z urządzeniami zewnętrznymi typu komputer do sterowania czy zewnętrzna sprężarka. Zachowanie pełnej funkcjonalności również podczas transportu symulatora bez przerywania symulacji w obrębie centrum symulacji (symulacja transportu pacjenta).  Czas pracy symulatora bez zasilacza: minimum 3 godziny. |  |
| 3. | Realizacja predefiniowanych scenariuszy, możliwość ich modyfikacji (również w trakcie realizacji scenariusza), możliwość tworzenia nowych. Oprogramowanie zarządzające symulatorem z interfejsem użytkownika. |  |
| 4. | Funkcjonalności w zakresie symulacji pracy układu oddechowego: możliwość osłuchiwania symulatora – generowanie dźwięków (szmerów) z użyciem głośników wbudowanych fabrycznie w symulator. Programowane drogi oddechowe. Unoszenie klatki piersiowej zsynchronizowane z wybranym wzorcem oddechu. Jednostronne unoszenie klatki piersiowej w przypadku intubacji prawego oskrzela. Możliwość wykonania intubacji przez nos i przez usta – detekcja położenia rurki intubacyjnej. |  |
| 5. | Funkcjonalności w zakresie symulacji parametrów oddychania: możliwość zdefiniowania częstości i głębokości oddechów, częstość oddechów oraz szmery oddechowe zsynchronizowane z wybranym wzorcem oddechu Obustronne lub jednostronne unoszenie klatki piersiowej podczas symulacji oddychania. Możliwość prowadzenia wentylacji zastępczej przy pomocy worka resuscytacyjnego lub respiratora. |  |
| 6. | Funkcjonalności w zakresie symulacji pracy serca: krzywe EKG generowane w czasie rzeczywistym, zmieniające się w korelacji z symulowanymi parametrami fizjologicznymi, tony serca zsynchronizowane z EKG – słyszalne podczas osłuchiwania klatki piersiowej symulatora w standardowych miejscach osłuchiwania poprzez symulator dźwięków z wbudowanych fabrycznie głośników. Emitowane dźwięki powinny być uruchamiane przez obsługę techniczną z użyciem oprogramowania symulatora. |  |
| 7. | Funkcjonalności w zakresie symulacji funkcji układu krążenia: wyczuwalna fala tętna na min 3 tętnicach z: tętnicy szyjnej, tętnicy promieniowej, tętnicy udowej, tętnicy podkolanowej, tętnicy grzbietowej stopy, piszczelowej tylnej; fala tętna zsynchronizowana z częstością akcji serca i wartością ciśnienia krwi. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi przy użyciu aparatu do mierzenia ciśnienia, monitorowanie EKG min. 3 odprowadzenia, wykonanie defibrylacji, kardiowersji lub zewnętrznej stymulacji mięśnia sercowego przy użyciu defibrylatora. |  |
| 8. | Funkcjonalności w zakresie symulacji odpowiedzi układu nerwowego na bodźce: programowalne mrugnięcia powiek oraz zwężenie źrenic w reakcji na światło. |  |
| 9. | Funkcjonalności w zakresie symulacji mowy: możliwość generowania przez symulator dźwięków, wypowiedzi słownych, itp. korzystanie z predefiniowanej oryginalnej biblioteki dźwięków i wypowiedzi słownych dostarczonych przez producenta symulatora w języku polskim. Dwukierunkowa bezprzewodowa komunikacja z wykorzystaniem symulatora: osoba ćwicząca prowadząca dialog z symulatorem, któremu głosu użycza instruktor. |  |
| 10. | Monitor symulowanych parametrów fizjologicznych: dedykowany monitor z ekranem dotykowym o przekątnej min. 20”. Możliwość wyświetlania min. 6 krzywych dynamicznych i 6 wartości cyfrowych symulowanych parametrów symulatora. |  |
| 11. | Pozostałe funkcjonalności:  - możliwość wykonania iniekcji: iniekcji domięśniowej i podskórnej,  - możliwość cewnikowania pęcherza moczowego z uzyskaniem wypływu symulowanego moczu do wewnętrznego zbiornika (kobieta i mężczyzna - funkcja montowana fabrycznie przez producenta symulatora),  - możliwość osłuchiwania dźwięków związanych z pracą jelit w min. 4 obszarach - generowanie dźwięków z użyciem głośników wbudowanych fabrycznie w symulator. |  |
| 12. | Sterowanie symulatorem pacjenta i interfejs użytkownika: sterowanie bezprzewodowe przy pomocy tabletu/komputera PC z ekranem lub z ekranem dotykowym. Interfejs użytkownika w języku polskim. Podstawowe funkcjonalności oprogramowania: modelowanie parametrów fizjologii symulatora przez instruktora poprzez dobór parametrów i oczekiwanej reakcji na działanie oraz działanie w oparciu o wbudowany manualny lub automatyczny model fizjologiczny pacjentów w różnym wieku, symulator reaguje na działania użytkowników, możliwość tworzenia scenariuszy, monitorowania i zapisu czynności. |  |
| 13. | Kompletacja zestawu:  - symulator pacjenta;  - tablet/komputer sterujący oraz monitor obrazujący parametry fizjologii, instrukcja obsługi i oprogramowanie symulatora i monitora pacjenta z zastosowaniem skrótów objętych międzynarodową nomenklaturą używanych w urządzeniach medycznych. Oprogramowanie w języku polskim i/lub angielskim;  - telewizor o przekątnej min. 65” 4K Ultra HD z konwerterem HDMI na LAN – 1 komplet (z zasięgiem na odległość min. 110 m) do zamontowania na sali symulacji w celu prezentacji materiałów dodatkowych podczas symulacji. |  |
| 14. | Dodatkowe wyposażenie:  - skóra klatki piersiowej męska i żeńska,  - zestaw ran oparzeniowych - w zestawie min. 5 rodzajów oparzeń, w tym oparzenie okolicy pleców, ręki, twarzy. W zestawie min. 10 sztuk ran. Produkt wykonany z silikonu lub winylu. Umieszczony w torbie transportowej lub walizce. |  |
| 15. | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania symulatora i monitora pacjenta do najnowszej wersji w okresie trwania gwarancji z zachowaniem pełnej funkcjonalności symulatora. Dożywotni klucz licencyjny na posiadane oprogramowanie z możliwością wykorzystania go w przypadku zmiany lub uszkodzenia komputera. Urządzenie kompletne gotowe do pracy z minimum wymienionymi funkcjonalnościami bez dodatkowych zakupów ze strony Zamawiającego. |  |
| **DODATKOWE WARUNKI** | | |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE PODLEGAJĄCE OCENIE W RAMACH KRYTERIÓW OCENY OFERTY (TAK – 1 PKT, NIE – 0 PKT)** | | |
|  | Opieka nad kolostomią i ileostomią — połączone z wewnętrznymi zbiornikami. |  |
|  | Możliwość badania piersi. |  |
|  | Zestaw wymiennych macic i szyjek macicy do wykonania badania ginekologicznego. |  |
|  | Pobieranie krwi z palca. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 2** |
| **WYSOKIEJ KLASY SYMULATOR DZIECKA – 1 szt.** (pozycja 3 z wniosku o dofinansowanie) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Symulator pacjenta, odwzorowujący całe ciało dziecka w wieku około 5 lat. |  |
| 2. | Symulator sterowany bezprzewodowo z możliwością pracy na niezależnym źródle zasilania (wbudowany akumulator wewnętrzny) i zasilaniu sieciowym 230V. Brak jakichkolwiek przewodów, drenów łączących symulator z urządzeniami zewnętrznymi typu komputer do sterowania czy zewnętrzna sprężarka. Zachowanie pełnej funkcjonalności również podczas transportu symulatora bez przerywania symulacji w obrębie centrum symulacji (symulacja transportu pacjenta).  Czas pracy symulatora bez zasilacza: minimum 3 godziny. |  |
| 3. | Realizacja predefiniowanych scenariuszy, możliwość ich modyfikacji (również w trakcie realizacji scenariusza), możliwość tworzenia nowych. Oprogramowanie zarządzające symulatorem z interfejsem użytkownika. |  |
| 4. | Funkcjonalności w zakresie symulacji pracy układu oddechowego: możliwość osłuchiwania symulatora – generowanie szmerów oddechowych. Programowane drogi oddechowe. Unoszenie klatki piersiowej zsynchronizowane z wybranym wzorcem oddechu. Jednostronne unoszenie klatki piersiowej w przypadku intubacji prawego oskrzela. Możliwość wykonania intubacji przez nos i przez usta – detekcja położenia rurki intubacyjnej. Możliwość wykonania procedury zaopatrzenia w rurkę tracheotomijną oraz przeprowadzenia konikotomii i konikopunkcji. |  |
| 5. | Funkcjonalności w zakresie symulacji parametrów oddychania: możliwość zdefiniowania częstości i głębokości oddechów, częstość oddechów oraz szmery oddechowe zsynchronizowane z wybranym wzorcem oddechu. Obustronne lub jednostronne unoszenie klatki piersiowej podczas symulacji oddychania. Możliwość prowadzenia wentylacji zastępczej przy pomocy worka resuscytacyjnego lub respiratora. |  |
| 6. | Funkcjonalności w zakresie symulacji pracy serca: krzywe EKG generowane w czasie rzeczywistym, zmieniające się w korelacji  z symulowanymi parametrami fizjologicznymi, tony serca zsynchronizowane z EKG – słyszalne podczas osłuchiwania klatki piersiowej symulatora. |  |
| 7. | Funkcjonalności w zakresie symulacji funkcji układu krążenia: wyczuwalna fala tętna (min.: tętnica szyjna, tętnica ramienna, promieniowa, tętnica udowa) zsynchronizowana z częstością akcji serca i wartością ciśnienia krwi. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi przy użyciu aparatu do mierzenia ciśnienia, monitorowanie EKG min. 3 odprowadzenia. Wykonania defibrylacji, kardiowersji lub zewnętrznej stymulacji mięśnia sercowego przy użyciu defibrylatora. |  |
| 8. | Funkcjonalności w zakresie symulacji odpowiedzi układu nerwowego na bodźce: programowalne mrugnięcia powiek. |  |
| 9. | Funkcjonalności w zakresie symulacji mowy: możliwość generowania przez symulator dźwięków, wypowiedzi słownych, itp. korzystanie  z predefiniowanej oryginalnej biblioteki dźwięków i wypowiedzi słownych dostarczonych przez producenta symulatora. Dwukierunkowa bezprzewodowa komunikacja: osoba ćwicząca prowadząca dialog  z symulatorem, któremu głosu użycza instruktor. |  |
| 10. | Monitor symulowanych parametrów fizjologicznych: dedykowany monitor z ekranem dotykowym o przekątnej min. 20”. Możliwość wyświetlania min. 6 krzywych dynamicznych i 6 wartości cyfrowych symulowanych parametrów symulatora. |  |
| 11. | Pozostałe funkcjonalności:  - możliwość wykonania iniekcji i wlewu dożylnego,  - możliwość uzyskania dostępu doszpikowego,  - wymienne genitalia męskie i żeńskie z możliwością cewnikowania pęcherza moczowego z uzyskaniem wypływu symulowanego moczu,  - możliwość symulacji i odsłuchiwania dźwięków związanych  z pracą jelit. |  |
| 12. | Sterowanie symulatorem pacjenta i interfejs użytkownika: sterowanie bezprzewodowe przy pomocy tabletu/komputera PC z ekranem dotykowym. Interfejs użytkownika w języku polskim. Podstawowe funkcjonalności oprogramowania, modelowanie parametrów fizjologii symulatora przez instruktora poprzez dobór parametrów i oczekiwanej reakcji na działanie. Możliwość tworzenia scenariuszy liniowych i rozgałęzionych, monitorowanie i zapis czynności wykonywanych przez osoby ćwiczące min. intubacja, pomiar tętna itp. |  |
| 13. | Kompletacja zestawu:  - symulator pacjenta;  - tablet/komputer/laptop sterujący oraz monitor obrazujący parametry fizjologii, instrukcja obsługi i oprogramowanie symulatora i monitora pacjenta;  - telewizor o przekątnej min. 65” 4K Ultra HD z konwerterem HDMI na LAN – 1 komplet (z zasięgiem na odległość min. 110 m) do zamontowania na sali symulacji w celu prezentacji materiałów dodatkowych podczas symulacji. |  |
| 14. | Zestaw ran pozwalający na identyfikację i ocenę ran u dziecka zaniedbywanego lub ofiary przemocy domowej. W zestawie min. 7 typów ran, m.in.: mała i duża rana zainfekowane, ślady po uderzeniu pasem, otwartą dłonią, ślady po oparzeniach. Rany wykonane z trwałego materiału. Umieszczony w walizce. |  |
| 15. | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania symulatora i monitora pacjenta do najnowszej wersji w okresie trwania gwarancji z zachowaniem pełnej funkcjonalności symulatora, dożywotni klucz licencyjny na posiadane oprogramowanie z możliwością wykorzystania klucza w przypadku zmiany lub uszkodzenia komputera. Urządzenie kompletne gotowe do pracy z minimum wymienionymi funkcjonalnościami bez dodatkowych zakupów ze strony Zamawiającego. |  |
| **DODATKOWE WARUNKI** | | |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE PODLEGAJĄCE OCENIE W RAMACH KRYTERIÓW OCENY OFERTY (TAK – 1 PKT, NIE – 0 PKT)** | | |
|  | Symulacja obrzęku języka. |  |
|  | Wewnętrzne niezależne źródło zasilania w powietrze do funkcji oddechowych i pneumatycznych. |  |
|  | Symulacja drgawek z możliwością ustawienia częstości drgawek. |  |
|  | Symulacja sinicy z płynną regulacją intensywności. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 3** |
| **WYSOKIEJ KLASY SYMULATOR NOWORODKA LUB NIEMOWLĘCIA – 1szt.** (pozycja 4 z wniosku o dofinansowanie) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………………….** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Symulator odwzorowujący ciało i fizjologię noworodka lub niemowlęcia. |  |
| 2. | Symulator sterowany bezprzewodowo z możliwością pracy na niezależnym źródle zasilania (wbudowany akumulator wewnętrzny) i zasilaniu sieciowym 230V. |  |
| 3. | Realizacja predefiniowanych scenariuszy, możliwość ich modyfikacji (również w trakcie realizacji scenariusza), możliwość tworzenia nowych. Oprogramowanie zarządzające symulatorem z i interfejsem użytkownika. |  |
| 4. | Funkcjonalności w zakresie symulacji pracy układu oddechowego: możliwość osłuchiwania symulatora – generowanie szmerów oddechowych. Programowane drogi oddechowe. Unoszenie klatki piersiowej zsynchronizowane z wybranym wzorcem oddechu. Jednostronne unoszenie klatki piersiowej w przypadku intubacji prawego oskrzela. Możliwość wykonania intubacji. |  |
| 5. | Funkcjonalności w zakresie symulacji parametrów oddychania: możliwość zdefiniowania częstości i głębokości oddechów, częstość oddechów oraz szmery oddechowe zsynchronizowane z wybranym wzorcem oddechu. Obustronne lub jednostronne unoszenie klatki piersiowej podczas symulacji oddychania. Możliwość prowadzenia wentylacji zastępczej przy pomocy worka resuscytacyjnego. |  |
| 6. | Funkcjonalności w zakresie symulacji pracy serca: krzywe EKG generowane w czasie rzeczywistym, zmieniające się w korelacji z symulowanymi parametrami fizjologicznymi, tony serca zsynchronizowane z EKG - słyszalne podczas osłuchiwania klatki piersiowej symulatora. |  |
| 7. | Funkcjonalności w zakresie symulacji funkcji układu krążenia: wyczuwalna fala tętna (min. 1 z: tętnica ramienna, tętnica pępowinowa i/lub tętnica udowa); monitorowanie EKG min. 3 odprowadzenia. |  |
| 8. | Symulacja płaczu – synchronizacja z wzorcem oddechu oraz dźwięku gardła. |  |
| 9. | Monitor symulowanych parametrów fizjologicznych: dedykowany monitor z ekranem dotykowym o przekątnej min. 20”. Możliwość wyświetlania min. 6 krzywych dynamicznych i 6 wartości cyfrowych symulowanych parametrów symulatora. |  |
| 10. | Pozostałe funkcjonalności:  - możliwość wykonania iniekcji i wlewu dożylnego, iniekcji domięśniowej i podskórnej jako funkcja symulatora,  - możliwość uzyskania dostępu doszpikowego, wymienne genitalia męskie, cewnikowanie z realnym wypływem płynu. |  |
| 11. | Sterowanie symulatorem pacjenta i interfejs użytkownika: sterowanie bezprzewodowe przy pomocy tabletu/komputera PC z ekranem dotykowym. Interfejs użytkownika w języku polskim. Podstawowe funkcjonalności oprogramowania: modelowanie parametrów fizjologii symulatora przez instruktora poprzez dobór parametrów i oczekiwanej reakcji na działanie oraz działanie w oparciu o wbudowany model fizjologiczny; możliwość tworzenia scenariuszy, monitorowania i zapisu czynności. |  |
| 12. | Kompletacja zestawu:  - symulator pacjenta;  - tablet/komputer/laptop sterujący oraz monitor obrazujący parametry fizjologii, instrukcja obsługi w języku polskim;  - oprogramowanie symulatora i monitora pacjenta;  - telewizor o przekątnej min. 65” 4K Ultra HD z konwerterem HDMI na LAN – 1 komplet (z zasięgiem na odległość min. 110 m) do zamontowania na sali symulacji w celu prezentacji materiałów dodatkowych podczas symulacji. |  |
| 13. | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania symulatora i monitora pacjenta do najnowszej wersji w okresie trwania gwarancji z zachowaniem pełnej funkcjonalności symulatora oraz dożywotni klucz licencyjny na posiadane oprogramowanie z możliwością wykorzystania klucza w przypadku zmiany lub uszkodzenia komputera. Urządzenie kompletne gotowe do pracy z minimum wymienionymi funkcjonalnościami bez dodatkowych zakupów ze strony Zamawiającego. |  |
| 14. | W zestawie patologie skóry występujące u noworodków/niemowląt: min. 5 typów ran, m.in.: zapalenie pieluszkowe skóry, wysypka na klatce piersiowej i plecach. W zestawie min. 7 sztuk ran wykonanych  z silikonu lub winylu, torba transportowa. |  |
| **DODATKOWE WARUNKI** | | |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE PODLEGAJĄCE OCENIE W RAMACH KRYTERIÓW OCENY OFERTY (TAK – 1 PKT, NIE – 0 PKT)** | | |
|  | Symulator sterowany bezprzewodowo. |  |
|  | Widoczna centralna sinica o programowalnej skali objawów. |  |
|  | Symulacja drgawek. |  |
|  | Programowalne ruchy kończyn górnych. |  |
|  | Dostęp naczyniowy pępowinowy. |  |
|  | Wartość saturacji tlenem pre-ductal i post-ductal wyświetlane na symulowanym monitorze pacjenta. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 4** |
| **FANTOMY, TRENAŻERY I SPRZĘT DO NAUKI UMIEJĘTNOŚCI Z ZAKRESU ALS I BLS** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Poz. 1 Zaawansowany Fantom ALS osoby dorosłej – 1 szt.** (pozycja 24 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom osoby dorosłej, pełna postać do ćwiczenia zaawansowanych czynności resuscytacyjnych, odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. | |  |
| 2. | Fantom bezprzewodowy wyposażony w akumulator oraz ładowarkę. Praca na zasilaniu akumulatorowym min. 3 godziny. | |  |
| 3. | Wentylacja metodą usta-usta oraz za pomocą worka samorozprężalnego oraz wykonywania ucisków klatki piersiowej. | |  |
| 4. | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy do tyłu lub wysunięcie żuchwy. | |  |
| 5. | Przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych w tym intubacja dotchawiczna przez usta oraz nos. | |  |
| 6. | Możliwość ustawienia obrzęku języka utrudniającego intubację. | |  |
| 7. | Możliwość badania neurologicznego z oceną szerokości i symetryczności źrenic. Możliwość ustawania stanów patologicznych. | |  |
| 8. | Możliwość wykonania wielokrotnej konikopunkcji i tracheotomii. | |  |
| 9. | Tętno generowane elektrycznie. Pomiar tętna na tętnicach szyjnych obustronnie, tętnicy ramiennej i promieniowej; możliwość ustawienia siły tętna; tętno zsynchronizowane z ustawionym ciśnieniem krwi. | |  |
| 10. | Możliwość wielostopniowego ustawienia siły wyczuwalnego tętna na tętnicy szyjnej i obwodowej. | |  |
| 11. | Pomiar ciśnienia tętniczego krwi z wysłuchaniem (lub brak takiej możliwości w zależności od stanu klinicznego symulowanego pacjenta) 5 faz Korotkowa z możliwością regulacji poziomu głośności. | |  |
| 12. | Osłuchiwanie tonów serca oraz wad zastawkowych na klatce piersiowej - min. 5 tonów. | |  |
| 13. | Osłuchiwanie szmerów oddechowych (prawidłowych i patologicznych: min. 4 szmery) - ustawianych niezależnie dla prawego i lewego płuca, osłuchiwanie w min. 5 miejscach klatki piersiowej. | |  |
| 14. | Odgłosy perystaltyki jelit: fizjologiczne i patologiczne. | |  |
| 15. | Odgłosy kaszlu, wymiotów, pojękiwania oraz odgłosy mowy. | |  |
| 16. | Opcja nagrywania własnych odgłosów i wykorzystywania ich w symulacji z opcją regulacji głośności. | |  |
| 17. | Wyświetlanie parametrów EKG, ciśnienia tętniczego krwi, SpO2, ETCO2, fali tętna, częstości oddechu, częstości pracy serca, temperatury na symulowanym monitorze pacjenta. | |  |
| 18. | Regulacja czasu trwania pomiaru ciśnienia na symulowanym monitorze pacjenta. | |  |
| 19. | Możliwość generowania fizjologicznych oraz patologicznych rytmów serca oraz ich monitorowanie za pomocą min. 3 odprowadzeniowego EKG. | |  |
| 20. | Oprogramowanie zawierające min. 30 rytmów pracy serca. | |  |
| 21. | Częstość pracy serca w zapisie EKG w zakresie nie mniejszym niż 20–180/min. | |  |
| 22. | Generowanie min. 3 rodzajów skurczów dodatkowych w zapisie EKG. | |  |
| 23. | Generowanie min. 2. rodzajów artefaktów w zapisie EKG.  Artefakty w zapisie EKG mogą być powodowane zewnętrznymi czynnikami, takimi jak defibrylacja czy uciskanie klatki piersiowej. | |  |
| 24. | Możliwość defibrylacji energią do 360J, kardiowersji, elektro-stymulacji zewnętrznej oraz monitorowania pacjenta za pomocą defibrylatora manualnego. | |  |
| 25. | Możliwość założenia wkłucia dożylnego w min. jednej kończynie. | |  |
| 26. | Możliwość założenia wkłucia doszpikowego w min. jednej kończynie. | |  |
| 27. | Unoszenie się klatki piersiowej podczas wentylacji. | |  |
| 28. | Możliwość wykonywania ćwiczeń - odbarczenie odmy prężnej i drenażu opłucnej (wielokrotnie, bez konieczność każdorazowej wymiany elementów zużywalnych). | |  |
| 29. | Fantom wyposażony w pełne ubranie ochronne. | |  |
| 30. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. | |  |
| 31. | Bezprzewodowe łączenie z fantomem ALS w technologii Bluetooth lub WiFi. | |  |
| 32. | Każda interwencja osoby ćwiczącej monitorowana przy pomocy dedykowanego oprogramowania zainstalowanego na laptopie lub tablecie służącym do sterowania pracą fantomu: zwrotna informacja o poprawności wykonanej procedury i czasie jej trwania. | |  |
| 33. | Oprogramowanie i interfejs użytkownika: możliwość korzystania z predefiniowanych procedur lub kreowania własnych - możliwość dostosowania procedur do lokalnych, krajowych oraz międzynarodowych standardów PALS. Wyświetlanie symulowanych parametrów życiowych. Rejestracja zdarzeń: możliwość zapisu w  pamięci oraz wydruku. | |  |
| 34. | Monitor pacjenta z kolorowym wyświetlaczem, przekątna min. 20”, głośnikami oraz bezprzewodowymi modułami komunikacji; system mocowania do ściany przy stanowisku symulacji; oprogramowanie z licencjami bez ograniczeń czasowych. | |  |
| 35. | Kompletacja zestawu:  - fantom;  - laptop lub tablet z oprogramowaniem w języku polskim, bezprzewdowy, zapewniający min. 4 godziny pracy, ekran dotykowy, przekątna min. 5’’;  - monitor do prezentacji parametrów symulowanych pacjenta dla grupy ćwiczącej, instrukcja obsługi w języku polskim;  - telewizor o przekątnej min. 65” 4K Ultra HD z konwerterem HDMI na LAN – 1 komplet (z zasięgiem na odległość min. 110 m) do zamontowania na sali symulacji w celu prezentacji materiałów dodatkowych podczas symulacji.  Urządzenie kompletne gotowe do pracy z minimum wymienionymi funkcjonalnościami bez dodatkowych zakupów ze strony zamawiającego. | |  |
| **DODATKOWE WARUNKI** | | | |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). | |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. | |  |
| **Poz. 2 Zaawansowany Fantom PALS dziecka – 1 szt.** (pozycja 25 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom dziecka 4-8 lat, pełna postać do ćwiczenia zaawansowanych czynności resuscytacyjnych, odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. | |  |
| 2. | Praca bezprzewodowa: fantom wyposażony w akumulator oraz ładowarkę - praca na zasilaniu akumulatorowym przynajmniej 3 godziny. | |  |
| 3. | Wentylacja metodą usta-usta, usta-nos-usta, za pomocą worka samorozprężalnego oraz wykonywania ucisków klatki piersiowej. | |  |
| 4. | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy do tyłu lub wysunięcie żuchwy. | |  |
| 5. | Przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych w tym intubacja dotchawiczna przez usta oraz nos. Możliwość stosowania przyrządów alternatywnych np. LMA, LTD. | |  |
| 6. | Funkcja wkłuć domięśniowych, dożylnych i doszpikowych. W komplecie min. 2 zestawy zużywalnych elementów. | |  |
| 7. | Osłuchiwanie tonów serca oraz wad zastawkowych na klatce piersiowej min. 4 tonów. | |  |
| 8. | Osłuchiwanie szmerów oddechowych (prawidłowych i patologicznych: min. 4 szmery) ustawianych niezależnie dla prawego i lewego płuca. | |  |
| 9. | Odgłosy kaszlu, wymiotów, pojękiwania oraz odgłosy mowy. | |  |
| 10. | Opcja nagrywania własnych odgłosów i wykorzystywania ich w symulacji z opcją regulacji głośności. | |  |
| 11. | Możliwość rozmowy instruktora poprzez fantom. | |  |
| 12. | Wyświetlanie parametrów EKG, ciśnienia tętniczego krwi, SpO2, ETCO2, fali tętna, częstości oddechu, częstości pracy serca, temperatury na symulowanym monitorze pacjenta. | |  |
| 13. | Regulacja czasu trwania pomiaru ciśnienia na symulowanym monitorze pacjenta. | |  |
| 14. | Możliwość generowania fizjologicznych oraz patologicznych rytmów serca. | |  |
| 15. | Możliwość generowania fizjologicznych oraz patologicznych rytmów serca oraz ich monitorowanie za pomocą min. 3 odprowadzeniowego EKG. | |  |
| 16. | Oprogramowanie zawierające bibliotekę min. 30 rytmów pracy serca. | |  |
| 17. | Częstość pracy serca w zapisie EKG w zakresie nie mniejszym niż 20–180/min. | |  |
| 18. | Generowanie min. 3 rodzajów skurczów dodatkowych w zapisie EKG. | |  |
| 19. | Generowanie min. 2 rodzajów artefaktów w zapisie EKG.  Artefakty w zapisie EKG mogą być powodowane zewnętrznymi czynnikami, takimi jak defibrylacja czy uciskanie klatki piersiowej. | |  |
| 20. | Możliwość defibrylacji energią do 360J, kardiowersji, elektro-stymulacji zewnętrznej oraz monitorowania pacjenta za pomocą defibrylatora manualnego. | |  |
| 21. | Możliwość założenia wkłucia dożylnego w min. jednej kończynie. | |  |
| 22. | Możliwość założenia wkłucia doszpikowego w min. jednej kończynie. | |  |
| 23. | Unoszenie się klatki piersiowej podczas wdechu. | |  |
| 24. | Fantom wyposażony w pełne ubranie ochronne. | |  |
| 25. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. | |  |
| 26. | Bezprzewodowe łączenie z fantomem ALS w technologii Bluetooth lub WiFi. | |  |
| 27. | Każda interwencja osoby ćwiczącej monitorowana przy pomocy dedykowanego oprogramowania zainstalowanego na laptopie lub tablecie służącym do sterowania pracą fantomu: zwrotna informacja o poprawności wykonanej procedury i czasie jej trwania. | |  |
| 28. | Oprogramowanie i interfejs użytkownika: Możliwość korzystania z predefiniowanych procedur lub kreowania własnych - możliwość dostosowania procedur do lokalnych, krajowych oraz międzynarodowych standardów PALS. Wyświetlanie symulowanych parametrów życiowych. Rejestracja zdarzeń: możliwość zapisu w pamięci oraz wydruku. | |  |
| 29. | Monitor pacjenta z kolorowym wyświetlaczem, przekątna min. 20”, głośnikami oraz bezprzewodowymi modułami komunikacji; system mocowania do ściany przy stanowisku symulacji; oprogramowanie z licencjami bez ograniczeń czasowych. | |  |
| 30. | Kompletacja zestawu:  - fantom;  - laptop lub tablet z oprogramowaniem w języku polskim, bezprzewdowy, zapewniający min. 4 godziny pracy, ekran dotykowy, przekątna min. 5 cali;  - monitor do prezentacji parametrów symulowanych pacjenta dla grupy ćwiczącej, instrukcja obsługi w języku polskim;  - telewizor o przekątnej min. 65” 4K Ultra HD z konwerterem HDMI na LAN – 1 komplet (z zasięgiem na odległość min. 110 m) do zamontowania na sali symulacji w celu prezentacji materiałów dodatkowych podczas symulacji.  Urządzenie kompletne gotowe do pracy z minimum wymienionymi funkcjonalnościami bez dodatkowych zakupów ze strony Zamawiającego. | |  |
| **DODATKOWE WARUNKI** | | | |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). | |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. | |  |
| **Poz. 3 Zaawansowany Fantom PALS niemowlę – 1 szt.** (pozycja 26 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………….………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom niemowlęcia o prawidłowo anatomicznej budowie z ruchomymi stawami do nauki i treningu zaawansowanych procedur resuscytacyjnych. | |  |
| 2. | Fantom posiada giętki język, chrząstkę nalewkową, nagłośnię, dołek nagłośniowy, struny głosowe, tchawicę i sztuczne płuca. Głowa odchylana do przodu, do tyłu i obracana na boki - 90° w każdą stronę. | |  |
| 3. | Wentylacja metodą usta-usta, usta-nos-usta, za pomocą worka samorozprężalnego oraz wykonywania ucisków klatki piersiowej. | |  |
| 4. | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy do tyłu lub wysunięcie żuchwy. | |  |
| 5. | Przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych w tym intubacja dotchawicznej przez usta oraz nos, zakładanie przyrządów nadgłośniowych (np. LMA, LTD). | |  |
| 6. | Funkcja wkłuć doszpikowych. W komplecie min. 5 zestawów zużywalnych elementów. | |  |
| 7. | Możliwość wygenerowania tętna na min. jednej tętnicy ramiennej. | |  |
| 8. | Możliwość generowania fizjologicznych oraz patologicznych rytmów serca. | |  |
| 9. | Możliwość generowania fizjologicznych oraz patologicznych rytmów serca oraz ich monitorowanie za pomocą min. 3 odprowadzeniowego EKG. | |  |
| 10. | Oprogramowanie zawierające bibliotekę min. 5 rytmów pracy serca. | |  |
| 11. | Fantom wyposażony w pełne ubranie ochronne. | |  |
| 12. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. | |  |
| 13. | W zestawie z fantomem symulator rytmów EKG, jako samodzielne urządzenie służące do emitowania sygnałów EKG wyświetlanych na monitorze EKG. Możliwość symulacji min. 6 podstawowych rytmów, rytmów pediatrycznych i modyfikowanych, z odpowiednią siłą i szybkością. | |  |
| 14. | Kompletacja zestawu:  - fantom;  - torba transportowa. | |  |
| **DODATKOWE WARUNKI** | | | |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). | |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. | |  |
| **Poz. 4 Fantom BLS dorosłego – 2 szt.** (pozycja 30 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………….………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom osoby dorosłej do ćwiczenia podstawowych czynności resuscytacyjnych odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. | |  |
| 2. | Budowa fantomu ze zaznaczonymi punktami anatomicznymi:  - sutki, - obojczyki, - mostek, - żebra, umożliwiającymi lokalizację prawidłowego miejsca uciskania klatki piersiowej. | |  |
| 3. | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy i wyluksowanie żuchwy. | |  |
| 4. | Przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych z wykorzystaniem rurek ustno-gardłowych, masek krtaniowych, rurek krtaniowych rurek nosowo-gardłowych. | |  |
| 5. | Możliwość wentylacji metodami usta-usta, usta-nos, za pomocą maski wentylacyjnej, worka samorozprężalnego. | |  |
| 6. | Unoszącą się klatkę piersiową podczas wentylacji i realistyczny opór klatki piersiowej podczas jej uciskania. Możliwość regulacji twardości klatki piersiowej. | |  |
| 7. | Symulowane tętno na tętnicy szyjnej. | |  |
| 8. | Czujniki identyfikujące prawidłowe miejsce uciskania klatki piersiowej. | |  |
| 9. | Czujniki identyfikujące prawidłową głębokość uciskania klatki piersiowej. | |  |
| 10. | Czujniki identyfikujące prawidłową objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji. | |  |
| 11. | Kompatybilność z treningowym defibrylatorem AED polegająca na automatycznej (bez ingerencji instruktora) analizie prawidłowego miejsca przyklejenia elektrod defibrylacyjnych. | |  |
| 12. | Możliwość bezprzewodowego podłączenia fantomu do komputera z dedykowanym oprogramowaniem analizującym lub panelu kontrolnego. | |  |
| 13. | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar jakości wykonywanych czynności resuscytacyjnych i ich analizę według aktualnych wytycznych min. ERC 2015. | |  |
| 14. | Możliwość bezprzewodowego, jednoczesnego podłączenia min. 2 fantomów do jednego komputera z oprogramowaniem. | |  |
| 15. | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar parametrów umożliwiających określenie jakości resuscytacji.  Rejestrowane parametry:  - głębokość ucisków klatki piersiowej z zaznaczeniem zbyt głębokich i zbyt płytkich uciśnięć,  - relaksacja klatki piersiowej,  - prawidłowe miejsce ułożenia rąk podczas uciśnięć klatki piersiowej,  - częstość ucisków klatki piersiowej,  - objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji z zaznaczeniem wdmuchnięć zbyt dużych i zbyt małych objętości. | |  |
| 16. | Akustyczny wskaźnik przewentylowania żołądka z możliwością dezaktywacji. | |  |
| 17. | Oprogramowanie w j. polskim lub j. angielskim. | |  |
| **Poz. 5 Fantom BLS dziecka – 2 szt.** (pozycja 31 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………….………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom dziecka (4- 7 lat), pełna postać do ćwiczenia podstawowych czynności resuscytacyjnych odwzorowujący cechy dziecka, takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. | |  |
| 2. | Budowa fantomu ze zaznaczonymi punktami anatomicznymi:  - sutki, - obojczyki, - mostek, - żebra, umożliwiającymi lokalizację prawidłowego miejsca uciskania klatki piersiowej. | |  |
| 3. | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy i wyluksowanie żuchwy. | |  |
| 4. | Możliwość wentylacji metodami usta-usta, usta-nos-usta za pomocą maski wentylacyjnej, worka samorozprężalnego. | |  |
| 5. | Unosząca się klatka piersiowa podczas wentylacji i realistyczny opór klatki piersiowej podczas jej uciskania. | |  |
| 6. | Czujniki identyfikujące prawidłowe miejsce uciskania klatki piersiowej. | |  |
| 7. | Czujniki identyfikujące prawidłową głębokość uciskania klatki piersiowej i odpowiednią relaksację ucisków. | |  |
| 8. | Czujniki identyfikujące prawidłową objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji. | |  |
| 9. | Możliwość podłączenia fantomu do komputera z dedykowanym oprogramowaniem analizującym lub panelu kontrolnego. | |  |
| 10. | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar jakości wykonywanych czynności resuscytacyjnych i ich analizę według aktualnych wytycznych min. ERC 2015. | |  |
| 11. | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar i prezentację parametrów umożliwiających określenie jakości resuscytacji. Prezentowane parametry:  - głębokość ucisków klatki piersiowej z zaznaczeniem zbyt głębokich i zbyt płytkich uciśnięć,  - prawidłowe miejsce ułożenia rąk podczas uciśnięć klatki piersiowej,  - objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji z zaznaczeniem wdmuchnięć zbyt dużych i zbyt małych objętości. | |  |
| 12. | Wskaźnik przewentylowania żołądka. | |  |
| **Poz. 6 Fantom BLS niemowlęcia – 2 szt.** (pozycja 32 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………….………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom niemowlęcia, pełna postać do ćwiczenia podstawowych czynności resuscytacyjnych odwzorowujący cechy niemowlęcia takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. | |  |
| 2. | Budowa fantomu ze zaznaczonymi punktami anatomicznymi:  - sutki, - obojczyki, - mostek, - żebra, umożliwiającymi lokalizację prawidłowego miejsca uciskania klatki piersiowej. | |  |
| 3. | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy i wyluksowanie żuchwy. | |  |
| 4. | Możliwość wentylacji metodami usta-usta, za pomocą maski wentylacyjnej, worka samorozprężalnego. | |  |
| 5. | Unosząca się klatka piersiowa podczas wentylacji i realistyczny opór klatki piersiowej podczas jej uciskania. | |  |
| 6. | Czujniki identyfikujące prawidłowe miejsce uciskania klatki piersiowej. | |  |
| 7. | Czujniki identyfikujące prawidłową głębokość uciskania klatki piersiowej. | |  |
| 8. | Czujniki identyfikujące prawidłową objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji. | |  |
| 9. | Możliwość podłączenia fantomu do komputera z dedykowanym oprogramowaniem analizującym lub panelu kontrolnego. | |  |
| 10. | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar jakości wykonywanych czynności resuscytacyjnych i ich analizę według aktualnych wytycznych min. ERC 2015 | |  |
| 11. | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar parametrów umożliwiających określenie jakości resuscytacji. Rejestrowane parametry:  - głębokość ucisków klatki piersiowej z zaznaczeniem zbyt głębokich i zbyt płytkich uciśnięć,  - relaksacja klatki piersiowej,  - prawidłowe miejsce ułożenia rąk podczas uciśnięć klatki piersiowej,  - częstość ucisków klatki piersiowej,  - objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji z zaznaczeniem wdmuchnięć zbyt dużych i zbyt małych objętości. | |  |
| 12. | Akustyczny wskaźnik przewentylowania żołądka z możliwością dezaktywacji. | |  |
| 13. | Oprogramowanie w j. polskim lub j. angielskim. | |  |
| **Poz. 7 Defibrylator automatyczny - treningowy AED – 2 szt.** (pozycja 33 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………….…………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Defibrylator treningowy AED do bezpiecznej nauki automatycznej defibrylacji zewnętrznej, kompatybilny z fantomami BLS i ALS. | |  |
| 2. | Komunikaty głosowe w trybie doradczym jak w defibrylatorze półautomatycznym. | |  |
| 3. | Oprogramowanie ze scenariuszami szkoleniowymi min. 6 zgodnie z ERC i AHA. | |  |
| 4. | Zdalne sterowanie za pomocą pilota, możliwość ręcznej modyfikacji przebiegu ćwiczenia. | |  |
| 5. | Elektrody szkoleniowe na wyposażeniu: 3 dla dorosłych i 2 dla dzieci lub elektrody uniwersalne dorosły-dziecko w ilości 5 szt. | |  |
| 6. | Komunikaty głosowe w języku polskim. Instrukcja obsługi w języku polskim. | |  |
| 7. | Zasilanie przy użyciu zasilacza sieciowego lub opcjonalne zasilanie bateryjne/akumulatorowe. | |  |
| **Poz. 8 Plecak ratowniczy – 1 szt.** (pozycja 27 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Plecak ratowniczy z wyposażeniem typu R1 z szynami Kramera oraz zestawem do pozoracji ran. | |  |
| 2. | Zabezpieczanie dróg oddechowych: rurki ustno-gardłowe Guedela (1 komplet - 6 rozmiarów), jednorazowe maski krtaniowe/jednorazowe rurki krtaniowe 3 szt., jednorazowy wskaźnik dwutlenku węgla w powietrzu wydychanym 3 szt., ssak mechaniczny/ręczny z pojemnikiem i cewnikami dla dorosłych i dzieci – 1 komplet. | |  |
| 3. | Worek samorozprężalny dla dorosłych o konstrukcji umożliwiającej wentylację czynną i bierną 100% tlenem (z rezerwuarem tlenowym). Maski silikonowe w dwóch rozmiarach, twarzowe obrotowe o 360° całkowicie przezroczyste. | |  |
| 4. | Worek samorozprężalny dla dzieci umożliwiający wentylację bierną i czynną 100% tlenem (z rezerwuarem tlenowym). Maski silikonowe w dwóch rozmiarach twarzowe obrotowe o 360°, całkowicie przezroczyste. | |  |
| 5. | Worek samorozprężalny dla niemowląt z zaworem bezpieczeństwa, rezerwuar tlenu, dren tlenowy. Maska obrotowa o 360° całkowicie przeźroczysta nr 1. | |  |
| 6. | Filtr bakteryjny dla dorosłych dla HIV, hepatitis C, TBC min. 5 szt. | |  |
| 7. | Jednorazowego użytku zestawy do tlenoterapii biernej tj. 3 przeźroczyste maski z możliwością modelowania w części nosowej (dwie duże i jedna mała), rezerwuary tlenu z przewodami tlenowymi. | |  |
| 8. | Przewód tlenowy 10 m 1 szt. oraz butla tlenowa aluminiowa 2,7 na tlen medyczny (400 litrów O2 przy ciśnieniu roboczym 150 bar) z zaworem w wersji DIN ¾’ napełnianie standard polski, ciśnienie robocze min. 200 atm. 1 szt. | |  |
| 9. | Kołnierz szyjny regulowany dla dorosłych 2 szt., kołnierz szyjny regulowany dla dzieci 1szt. | |  |
| 10. | Zestaw szyn typu Kramer w osobnej torbie, 14 szyn zabezpieczonych kołnierzem nieprzepuszczającym płynów. | |  |
| 11. | Zestaw uzupełniający: opaska zaciskowa taktyczna 2 szt., aparat do płukania oka 1 szt., rękawice ochronne nitrylowe 5 par, worek plastikowy z zamknięciem na amputowane części ciała 2 szt., płyn do dezynfekcji rąk (250 ml) 1 szt., nożyczki ratownicze atraumatyczne o dł. 19 cm1 szt., folia do przykrywania zwłok 3 szt., okulary ochronne 2 szt., folia izotermiczna 5 szt. | |  |
| 12. | Reduktor łączący butlę tlenową z odbiornikami tlenu: mocowanie przewodu tlenowego do wylotu przepływomierza stożkowe, regulator przepływu tlenu obrotowy, min. przepływ maksymalny 25 l/min, gniazdo szybko złącza w systemie AGA. | |  |
| 13. | Opatrywanie oparzeń: opatrunek schładzający na twarz 2 szt., opatrunek schładzający o wymiarze możliwym pokrycie powierzchni 4000cm2 4 szt., żel schładzający w opakowaniu 120ml 2 szt. | |  |
| 14. | Opatrunki: osobisty „W” 2 szt., kompresy gazowe jałowe 10 szt. 9 cm x 9 cm, gaza opatrunkowa 1m² 5 szt., gaza opatrunkowa ½m² 5 szt., gaza opatrunkowa ¼ m² 5 szt., opaski opatrunkowe dziane o szer. 5 cm 4 szt., opaski opatrunkowe dziane o szer. 10 cm 8 szt., chusta trójkątna tekstylna 4 szt., bandaż elastyczny o szer. 10 cm 3 szt., bandaż elastyczny o szer. 12 cm 3 szt., siatka opatrunkowa nr 2 1 szt., siatka opatrunkowa nr 3 1 szt., siatka opatrunkowa nr 6 3 szt., przylepiec z opatrunkiem 1 szt. 6 cm x 1 m, przylepiec bez opatrunku 2 szt. 5 cm x 5 m, opatrunek wentylowy (zastawkowy) 2 szt. | |  |
| 15. | Deska ortopedyczna pediatryczna ze stabilizacją i czterema pasami. | |  |
| **Poz. 9 Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych dorosły – 1 szt.** (pozycja 53 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Trenażer w postaci głowy, szyi oraz płuc do nauki bezprzyrządowego i przyrządowego udrażniania dróg oddechowych osoby dorosłej. | |  |
| 2. | Budowa trenażera odwzorowuje anatomiczne struktury ludzkich: warg, zębów, języka, podniebienia, gardła, przełyku, wejścia do krtani, nagłośni, płuc oraz żołądka. | |  |
| 3. | Trenażer umożliwia minimum: wykonanie intubacji przez usta, nos za pomocą rurek intubacyjnych oraz zastosowanie masek krtaniowych, wentylację, odsysanie z dróg oddechowych, zakładanie rurki ustno-gardłowej. | |  |
| 4. | Możliwość wykonania manewru Sellicka i wysunięcia żuchwy. | |  |
| 5. | Możliwość symulacji wymiotów, wywołania skurczu krtani. | |  |
| 6. | Możliwość wzrokowej oceny rozprężania płuc i oceny poprawności intubacji. | |  |
| 7. | Zestaw zawiera: trenażer na podstawie, lubrykant. | |  |
| 8. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. | |  |
| **Poz. 10 Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych dziecko – 1 szt.** (pozycja 54 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………….………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Trenażer o budowie anatomicznej dziecka w wieku 3-8 lat (min. głowa w całości pokryta sztuczną skórą i płuca) do nauki bezprzyrządowego i przyrządowego udrażniania dróg oddechowych dziecka. | |  |
| 2. | Budowa trenażera odwzorowuje anatomiczne struktury ludzkich: warg, zębów, języka, podniebienia, przełyku, wejścia do krtani, nagłośni, płuc. | |  |
| 3. | Trenażer umożliwia minimum: wykonanie intubacji przez usta, nos, wykonanie wentylacji, stosowanie rurek intubacyjnych i masek krtaniowych, odsysanie treści z dróg oddechowych. | |  |
| 4. | Możliwość wykonania manewru Sellicka. | |  |
| 5. | Możliwość symulacji wymiotów. | |  |
| 6. | Zestaw zawiera: trenażer, lubrykant. | |  |
| 7. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. | |  |
| **Poz. 11 Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych niemowlę – 1 szt.** (pozycja 55 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………….……………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp**. | | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
|  | | Głowa niemowlęcia do nauki zabezpieczania dróg oddechowych, umieszczona na podstawie. |  |
|  | | Trenażer posiada orientacyjne punkty anatomiczne, takie jak: wargi, dziąsła, język, podniebienia, przełyku, wejścia do krtani, nagłośni, płuc oraz żołądka. |  |
|  | | Trenażer umożliwia minimum: wykonanie intubacji dotchawiczej przez usta i nos, zakładanie maski krtaniowej, zakładanie rurki krtaniowej, zakładanie rurek ustno-gardłowych, odsysania treści z dróg oddechowych. |  |
|  | | Możliwość wykonania manewru Sellicka. |  |
|  | | Możliwość symulacji wymiotów. |  |
|  | | Sygnalizacja rozdęcia żołądka poprzez widoczne napełnianie się symulowanego żołądka. |  |
|  | | Zestaw: trenażer, lubrykant. |  |
|  | | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 12 Trenażer – konikotomia – 1 szt.** (pozycja 62 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………….………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
|  | | Fantom do nauki i ćwiczenia poprawnej techniki zabiegu konikotomii, konikopunkcji u osoby dorosłej. |  |
|  | | Model odwzorowujący ludzką szyję widoczne chrząstki krtani i więzadło pierścienno-tarczowe. Symulowane płuca napełniające się przy prawidłowo wykonanej wentylacji przez krtań. |  |
|  | | Wymienna skóra szyi do wielokrotnego nacinania lub nakłuwania krtani. |  |
|  | | W zestawie części zużywalne, min. 2 dodatkowe zestawy wymienne (krtań i skóra szyi). |  |
|  | | Zestaw do nakłucia np. typu Quicktrach (dla osoby dorosłej i dziecka). |  |
|  | | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 13 Trenażer - dostęp doszpikowy – 1 szt.** (pozycja 57 z wniosku o dofinansowanie) | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………….………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | | |
| **Lp.** | | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
|  | | Model nogi dorosłego człowieka do nauki iniekcji doszpikowych. |  |
|  | | Wymienne wkłady wypełnione sztuczną krwią umożliwiające wielokrotne wkłucia. |  |
|  | | W zestawie części wymienne: min. 2 dodatkowe wymienne skóry okrywające miejsce wkłucia, min. 4 dodatkowe wkłady wymienne. |  |
|  | | Zestaw zawierający dodatkowo zestaw treningowy BIG z igłą dla dorosłych, igłą dla dzieci. Zestaw treningowy IZ-IO z igłami: dziecko, dorosły, osoba otyła. |  |
|  | | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 5** |
| **ZAAWANSOWANE FANTOMY PIELĘGNACYJNE** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz. 1 Zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta starszego – 1 szt.** (pozycja 35 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………….………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom pielęgnacyjny pacjenta starszego, pełna postać do ćwiczenia czynności pielęgnacyjnych odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. Fantom wiernie odwzorowujący fizjonomię osoby starszej, wyposażony w moduł ran i stanów charakterystycznych dla osób starszych i pacjentów leżących. |  |
| 2. | Fantom bezprzewodowy, wyposażony w akumulator oraz ładowarkę, praca na zasilaniu akumulatorowym min. 3 godziny i/lub zdalna przy pomocy pilota zmiana dźwięków osłuchowych płuc i serca. |  |
| 3. | Fantom umożliwiający wykonanie zabiegów minimum:   * układanie pacjenta, * mycie w łóżku, mycie włosów, * pielęgnacja jamy ustnej, sztucznych zębów, * pielęgnacja uszu, * pielęgnacja tracheotomii, * badanie prostaty, * odsysanie plwociny * wlewy i pobieranie wymazów, * cewnikowanie pęcherza moczowego, * karmienie i płukanie żołądka, * karmienie sonda nosowo żołądkowa, * wykonywanie lewatywy, stomia, * odsysanie, * kolostomia, * ileostomia, * iniekcje domięśniowe, * pomiar ciśnienia krwi, transfuzje krwi, pobieranie krwi, * osłuchiwanie pracy serca, płuc – min. 12 dźwięków serca i 12   dźwięków płucnych. |  |
| 4. | Zestaw ran odleżynowych min 4 szt. |  |
| 5. | Fantom wyposażony w pełne ubranie ochronne, zestaw wymiennych poduszek iniekcyjnych, peruka, oraz zestaw - rurka tlenowa, rurka nosowa, rurka do lewatywy, cewnik i worek infuzyjny, strzykawki 5 ml i 50 ml. Torba/walizka do przechowywania. |  |
| 6. | Wyposażenie dodatkowe:  - system transmisji głosu bezprzewodowego z wykorzystaniem transmisji WiFi / transmisji radiowej pomiędzy nadajnikiem a odbiornikiem.  2 zestawy x 2 nadajniki i 1 odbiornik z możliwością podłączenia do urządzenia rejestrującego (np. komputer) lub głośnika. Zestaw pracujący w realnym zasięgu do ok. 20 m; |  |
| **DODATKOWE WARUNKI** | | |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. |  |
| **Poz. 2 Zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta dorosłego – 2 szt.** (pozycja 36 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………….………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom odwzorowujący postać osoby dorosłej, do ćwiczenia czynności pielęgnacyjnych; fantom odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. |  |
| 2. | Możliwość wykonywania zabiegów w zakresie minimum:   * układanie pacjenta, * pielęgnacja jamy ustnej, zębów, * pielęgnacja oczu i uszu, włosów, * cewnikowanie pęcherza moczowego, * karmienie i płukanie żołądka, * karmienie sonda nosowo żołądkowa, * odsysanie plwociny, * odsysanie, * ileostomia, * iniekcje domięśniowe i dożylne, * pielęgnacja ran pooperacyjnych i ran po wprowadzonych drenach i cewnikach, * wykonywanie lewatywy, stomia, * pielęgnacja rurki tracheotomijnej, * wentylacja, * transfuzje krwi, pobieranie krwi, * osłuchiwanie pracy serca i płuc – min. 12 dźwięków serca i 12 dźwięków płucnych. |  |
| 3. | Wymienne genitalia żeńskie i męskie. |  |
| 4. | Fantom wyposażony w pełne ubranie ochronne, zestaw wymiennych poduszek iniekcyjnych, peruka, oraz zestaw - rurka tlenowa, rurka nosowa, rurka do lewatywy, cewnik i worek infuzyjny, strzykawki 5 ml i 50 ml. Torba/walizka do przechowywania. |  |
|  | Wyposażenie dodatkowe:  - telewizor o przekątnej min. 65” 4K Ultra HD z konwerterem HDMI na LAN – 1 komplet (z zasięgiem na odległość min. 110 m) do zamontowania na sali symulacji w celu prezentacji materiałów dodatkowych podczas symulacji. |  |
| **DODATKOWE WARUNKI** | | |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 6** |
| **TRENAŻERY I FANTOMY** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz. 1 Trenażer - dostępy do naczyniowe obwodowe - 4 szt.** (pozycja 56 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………….………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Trenażer w postaci ramienia osoby dorosłej z jednostką doprowadzającą krew pod ciśnieniem, do treningu obwodowych dostępów żylnych pacjentów dorosłych odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. |  |
| 2. | Możliwość wkłucia w strukturę odpowiadającą żyłom co najmniej: odpromieniowej, odłokciowej, odłokciowej pośrodkowej, żył śródręcza (min. 4 żyły z możliwością wkłucia w dole łokciowym i grzbiecie dłoni). |  |
| 3. | Możliwość aspiracji krwi, kaniulacji żył i wykonania wlewu dożylnego. |  |
| 4. | Możliwość stosowania próżniowych systemów pobierania krwi, igieł i strzykawek oraz kaniul dożylnych. |  |
| 5. | System automatycznej pompy umożliwiający napełnienie żył sztuczną krwią i utrzymania ciśnienia z funkcją regulacji ciśnienia sztucznej krwi. |  |
| 6. | Możliwość stosowania w połączeniu z symulowanym pacjentem. |  |
| 7. | W zestawie ramię do wkłuć, podłokietnik, pompa ciśnieniowa, opakowania sztucznej krwi. Trenażer wyposażony w szelki umożliwiające zawieszenie trenażera. |  |
| 8. | W zestawie zapasowy system żył i zapasowa skóra – 1 komplet. |  |
| **Poz. 2 Trenażer - iniekcje domięśniowe – 4 szt.** (pozycja 58 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………….………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Model pośladków dorosłego człowieka realistycznie odwzorowujący ich naturalną budowę. |  |
| 2. | Orientacyjne punkty topograficzne układu kostnego które można zidentyfikować palpacyjnie - krętarz większy kości udowej, kolec biodrowy przedni górny i tylny, kość krzyżowa. |  |
| 3. | Odsłonięta lub przezroczysta część jednego pośladka umożliwiająca obserwację struktur wewnętrznych - mięśnia pośladkowego wielkiego, średniego, nerwu kulszowego, układu naczyniowego pośladka. |  |
| 4. | Możliwość wykonania iniekcji domięśniowej w min. 2 miejsca. |  |
| 5. | W zestawie: model pośladków, komplet strzykawek z igłami. |  |
| 6. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 3 Trenażer - iniekcje śródskórne – 2 szt.** (pozycja 59 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Trenażer do nauki iniekcji śródskórnych. |  |
| 2. | Trenażer wielowarstwowy symulujący warstwę naskórka, skóry właściwej, tkanki tłuszczowej i mięśnia. |  |
| 3. | Materiał powinien pozwalać dokonywać wielokrotnych wkłuć w to samo miejsce. |  |
| 4. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 4 Trenażer - cewnikowanie pęcherza/wymienny – 1 szt.** (pozycja 60 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………….……………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Trenażer do ćwiczenia procedur cewnikowania pęcherza moczowego pacjentów dorosłych odwzorowujący naturalnej wielkości miednicę osoby dorosłej. |  |
| 2. | Budowa trenażera umożliwia wykonanie procedury cewnikowania pęcherza moczowego z realistycznym zwrotem płynu symulującego mocz. |  |
| 3. | Posiada pęcherz oraz wymienne żeńskie i męskie narządy płciowe. |  |
| 4. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 5 Trenażer - badanie gruczołu piersiowego – 2 szt.** (pozycja 61 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………….……………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Trenażer do ćwiczenia procedur związanych z badaniem gruczołu piersiowego wyposażony w model piersi z miękkiego tworzywa, nakładkę obojczykową i nakładki pachowe na węzły chłonne oraz łatwo wymienialne moduły stanów patologicznych. |  |
| 2. | Możliwość demonstracji i ćwiczeń badania piersi na dedykowanym torsie oraz badania piersi na sobie/pacjencie symulowanym. |  |
| 3. | Identyfikacja anatomicznych punktów orientacyjnych i węzłów chłonnych (okolice pachowe, nad i podobojczykowe). |  |
| 4. | Min. 5 różnych rodzajów zmian patologicznych: torbiel, nowotwór w 3 rozmiarach, zmiany włóknistotorbielowate, gruczolakowłókniak. |  |
| 5. | Zestaw zawiera: model piersi nakładanych na tors, sztywny tors do demonstracji i ćwiczeń, modele zmian patologicznych, nakładki z węzłami chłonnymi. |  |
| **Poz. 6 Fantom noworodka pielęgnacyjny – 1 szt.** (pozycja 63 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………….…………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Fantom noworodka o realistycznych wymiarach i wadze, odwzorowujący ciało noworodka z zachowanym kikutem pępowinowym. |  |
| 2. | Fantom wykonany z miękkiego, trwałego materiału symulującego naturalną skórę; materiał nie ulegnie zniszczeniu po wielokrotnym zamoczeniu w wodzie. |  |
| 3. | Fantom umożliwia wykonanie czynności pielęgnacyjnych, minimum:   * kąpiel i pielęgnacja skóry, * pielęgnacja pępowiny, * karmienie, zmiana odzieży, zmiana pieluch, * wykonanie lewatywy, * odśluzowanie z dróg oddechowych i jamy ustnej. |  |
| 4. | Zestaw: fantom noworodka, kikut pępowiny. |  |
| 5. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 7 Fantom noworodka do nauki dostępu naczyniowego – 1 szt.** (pozycja 64 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………….……………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Model noworodka z możliwością wykonania wkłuć dożylnych w obrębie kończyn dolnych i górnych oraz głowy w celu pobrania krwi lub podania leku. |  |
| 2. | Możliwość cewnikowania naczyń pępowinowych. |  |
| 3. | Możliwość założenia kaniuli nosowej, rurki dotchawiczej, zgłębnika nosowo-żołądkowego i sond pokarmowych do nauki odsysania, karmienia sondą, pielęgnacji. |  |
| 4. | W zestawie wyposażenie minimum: koncentrat sztucznej krwi, kikut pępowiny, rezerwuar na krew z przewodami, pielucha. |  |
| 5. | W zestawie min. 2 komplety wymiennej skóry kończyn i głowy. |  |
| 6. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 8 Fantom wcześniaka – 1 szt.** (pozycja 65 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………….………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Model noworodka o realistycznych proporcjach wcześniaka, wykonany  z elastycznego, wysokiej jakości materiału. |  |
| 2. | Funkcjonalność fantomu, minimum:   * wymienne drogi oddechowe, * płuca mogą unosić się jedno lub obustronnie, * klatka piersiowa ruchoma możliwość intubacji i wentylacji; pielęgnacji dróg oddechowych, * możliwość drenażu klatki piersiowej (zakładanie i pielęgnacja), * pielęgnacja skóry, ran (rany w typowych dla wcześniaka miejscach – pięty, potylica), * możliwość zgłębnikowania żołądka przez nos z możliwością użycia płynu, * możliwość wkłucia dożylnego (stopa, głowa, kończyna górna, dłoń), * symulacja wad: minimum przepuklina oponowo-rdzeniowa, przepuklina pępkowa, * pielęgnacja stomii (element w zestawie), * podawanie i pobieranie płynów przez naczynia pępowinowe, * możliwość zastosowania czujników lub elektrod na ciało. |  |
| 3. | Zestaw: fantom wcześniaka, pępowina, przepuklina pępkowa, przepuklina oponowo-rdzeniowa, wymienne drogi oddechowe, pieluszka, czapeczka, strzykawka, wenflon rozm. 25, lubrykant, proszek sztucznej krwi, dozownik, wymienne przewody. |  |
| 4. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 9 Model pielęgnacji stomii – 1 szt.** (pozycja 66 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………….……………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Trenażer do nauki pielęgnacji stomii. |  |
| 2. | Trenażer posiada minimum trzy lokalizacje stomii. |  |
| 3. | W zestawie min. 3 stomie. |  |
| 4. | Możliwość przemywania stomii, zakładania worka stomijnego, mocowania przylepców i opatrunków. |  |
| 5. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 10 Model pielęgnacji ran – 1 szt.** (pozycja 67 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………….…………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Model odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny oraz anatomicznie poprawnie odwzorowana budowa torsu, szyi, barków i miednicy osoby dorosłej. |  |
| 2. | Możliwość obmywania, opatrywania, bandażowania ran pooperacyjnych. Prezentacja ran po minimum: amputacji nogi, usunięciu nerki, cięciu cesarskim, cholecystektomii, laparotomii, torakotomii, amputacji piersi, nacięciu mostka, usunięciu tarczycy. |  |
| 3. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 11 Model pielęgnacji ran odleżynowych – 1 szt.** (pozycja 68 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………….………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Model pośladków osoby starszej przeznaczony do prezentacji i treningu zabiegów leczniczych różnych stadiów odleżyn i typowych zmian chorobowych obszaru pośladka. |  |
| 2. | Model przedstawia odleżyny i rany, minimum: odleżynę w fazie I, II, III, IV, martwicę. |  |
| 3. | Model pozwala na identyfikację oraz pielęgnację ran, m.in. przemywanie, zastosowanie opatrunków. |  |
| 4. | Zestaw: model pośladków umieszczony w walizce lub torbie transportowej. |  |
| **Poz. 12 Model do zakładania zgłębnika – 1 szt.** (pozycja 69 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………….…………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Trenażer do ćwiczenia umiejętności zgłębnikowania żołądka, karmienia przez sondę, pielęgnacji tracheotomii. Możliwość stosowania płynów. |  |
| 2. | Model pozwala na wykonywanie czynności, minimum:   * wprowadzenie zgłębnika przez usta lub nos, * płukanie żołądka, * odsysanie z jamy ustnej i gardła oraz nosogardzieli, * odsysanie z tchawicy, * pielęgnacja tracheotomii. |  |
| 3. | Zestaw: fantom, lubrykant. |  |
| 4. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 7** |
| **INKUBATOR OTWARTY** (pozycja 7 z wniosku o dofinansowanie) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………….……………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Głowica grzewcza z promiennikiem promieniowania podczerwonego. |  |
| 2. | Automatyczny i ręczny system kontroli i regulacji temperatury. |  |
| 3. | Panel sterowania umieszczony w kolumnie ogrzewacza, wyposażony w ekran LCD. |  |
| 4. | Czasomierz skali APGAR: odmierzający czas po 1, 5, 10 min. |  |
| 5. | Wyposażony w system alarmowy: awarii zasilania, uszkodzenia promiennika, alarmy kontrolne w trybie pracy ręcznej. |  |
| 6. | Automatyczny test systemu po włączeniu. |  |
| 7. | Stolik z materacykiem dla noworodka oraz otwieranymi ściankami z możliwością demontażu. |  |
| 8. | Regulacja kąta nachylenia stanowiska w zakresie min. 15 stopni. |  |
| 9. | Podstawa na czterech kółkach (min. 2 z hamulcem). |  |
| 10. | Stanowisko wyposażone w minimum: półkę, szafkę z szufladami, jedną pionowa lub poziomą szynę do montażu wyposażenia. |  |
| 11. | Kolor: biały lub/i szary, elementy dekoracyjne na podstawie otrzymania od dostawcy wzornika kolorystycznego. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 8** |
| **RESPIRATOR** (pozycja 13 z wniosku o dofinansowanie) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………….……………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt od min. 5 kg masy ciała. |  |
| 2. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą ustawień parametrów oddechowych. |  |
| 3. | Ekran typu TFT do prezentacji parametrów z możliwością zmiany trybu wyświetlania. Prezentacja parametrów wentylacji w czasie rzeczywistym oraz graficzna prezentacja w czasie rzeczywistym krzywej ciśnienia lub przepływu w odniesieniu do czasu. |  |
| 4. | Tryby wentylacji w trybach sterowanych objętością i ciśnieniem, min.: SIMV, CPAP, CPR, BiLVL wentylacja manualna, tryb natychmiastowego rozpoczęcia wentylacji, tryb A/C. |  |
| 5. | Tryb CPR z dźwiękowym sygnałem tempa uciśnięć klatki piersiowej |  |
| 6. | Regulowany: PEEP, CPA. |  |
| 7. | Regulowane ciśnienie w drogach oddechowych. |  |
| 8. | Regulowana częstość oddechów i objętość oddechowa. |  |
| 9. | Szybki start z zaprogramowanymi wartościami dla dorosłych, dzieci, niemowląt. |  |
| 10. | Funkcja blokady przycisków. |  |
| 11. | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe. |  |
| 12. | Alarmy dźwiękowe i wizualne z możliwością wyciszenia. |  |
| 13. | Zestaw: respirator, przewód ciśnieniowy zakończony wtykiem AGA o dł. min. 180 cm, min. 10 szt. układów oddechowych pacjenta jednorazowego użytku, maska nr 5, płuco testowe oraz ładowarka wraz z przewodem zasilającym. |  |
| 14. | Torba transportowa z butlą aluminiową 2,7 l na tlen, reduktor tlenowy z szybkozłączem typu AGA wyposażony w przepływomierz obrotowy o przepływie regulowanym w zakresie od 0 do mim. 25 l/min. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 9** |
| **DEFIBLIRATORY** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz. 1 Defibrylator manualny z funkcją AED – 1 szt.** (pozycja 9 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………….………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Dwufazowa fala defibrylacji. |  |
| 2. | Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej minimum 7’’. |  |
| 3. | Monitorowanie – monitorowanie EKG, NIBP, SpO2, możliwość wyświetlania na ekranie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej. |  |
| 4. | Ustawianie granic alarmowych monitorowanych parametrów. |  |
| 5. | Defibrylacja ręczna w zakresie min. od 2 do 360 J. |  |
| 6. | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi ERC/AHA z 2015 roku. |  |
| 7. | Wykonanie defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych. |  |
| 8. | Wartości defibrylacji w trybie AED programowane przez użytkownika w zakresie 10 do 360J. |  |
| 9. | Możliwość wykonania kardiowersji. |  |
| 10. | Monitorowanie EKG min. z 3 odprowadzeń. |  |
| 11. | Pomiar częstości akcji serca. |  |
| 12. | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi (NIBP). |  |
| 13. | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna: tryby stymulacji: sztywny i na żądanie. |  |
| 14. | Ładowanie akumulatora w czasie do 4 godzin. |  |
| 15. | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci. |  |
| 16. | Wbudowana drukarka termiczna. Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych, papier do drukarki o szerokości min. 50 mm. |  |
| 17. | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V. |  |
| 18. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |
| **Poz. 2 Defibrylator – 1 szt.** (pozycja 28 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………….………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Dwufazowa fala defibrylacji. |  |
| 2. | Ekran kolorowy typu TFT lub lub (EL) Elektroluminescencyjny o przekątnej minimum 7’’. |  |
| 3. | Monitorowanie – monitorowanie EKG, NIBP, SpO2, możliwość wyświetlania na ekranie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej. |  |
| 4. | Ustawianie granic alarmowych monitorowanych parametrów. |  |
| 5. | Defibrylacja ręczna w zakresie min. od 2 do 360 J. |  |
| 6. | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi ERC/AHA z 2015 roku. |  |
| 7. | Wykonanie defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych. |  |
| 8. | Wartości defibrylacji w trybie AED programowane przez użytkownika w zakresie 10 do 360J. |  |
| 9. | Możliwość wykonania kardiowersji. |  |
| 10. | Monitorowanie EKG min. z 3 odprowadzeń. |  |
| 11. | Pomiar częstości akcji serca. |  |
| 12. | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi (NIBP). |  |
| 13. | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna: tryby stymulacji: sztywny i na żądanie. |  |
| 14. | Ładowanie akumulatora w czasie do 4 godzin. |  |
| 15. | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci. |  |
| 16. | Wbudowana drukarka termiczna. Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych, papier do drukarki o szerokości min. 50 mm. |  |
| 17. | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V. |  |
| 18. | Torba/walizka do przechowywania i transportu. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 10** |
| **APARATURA MEDYCZNA** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz. 1 Aparat EKG – 1 szt.** (pozycja 42 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………….……………………….………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG. |  |
| 2. | Wydruk przebiegów EKG do wyboru przez użytkownika. |  |
| 3. | Automatyczna analiza i interpretacja EKG. |  |
| 4. | Detekcja stymulatora serca. |  |
| 5. | Klawiatura alfanumeryczna lub/i klawiatura funkcyjna. |  |
| 6. | Pracy w trybie AUTO lub MANUAL. |  |
| 7. | Wbudowana drukarka, szerokość papieru min. 100 mm. |  |
| 8. | Czułość 5/10/20/40 mm/mV. |  |
| 9. | Prędkość zapisu min. 5/10/25/50 mm/s lub 5/25/50 mm/s. |  |
| 10. | Filtr zakłóceń sieciowych. |  |
| 11. | Filtr zakłóceń mięśniowych. |  |
| 12. | Filtr linii izoelektrycznej. |  |
| 13. | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. |  |
| 14. | Mobilny, zintegrowany z aparatem wózek. |  |
| **Poz. 2 Pompa strzykawkowa – 1 szt.** (pozycja 11 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | System programowania dawki. |  |
| 2. | Możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji. |  |
| 3. | Możliwość pracy z różnymi strzykawkami. |  |
| 4. | Zakres objętości strzykawek od min. 5 ml do 50 ml lub większy. |  |
| 5. | Automatyczne rozpoznanie rozmiaru strzykawki. |  |
| 6. | Możliwość programowania w jednostkach objętościowych. |  |
| 7. | Możliwość programowania w jednostkach wagowych. |  |
| 8. | Wielostopniowy pomiar okluzji, system wykrywania okluzji z funkcją automatycznej likwidacji bolusa okluzyjnego. |  |
| 9. | Wbudowany system alarmów. |  |
| 10. | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe. |  |
| **Poz. 3 Pompa infuzyjna objętościowa – 1 szt.** (pozycja 12 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Pompa perystaltyczna objętościowa. |  |
| 2. | Klawiatura alfanumeryczna lub klawiatura z użyciem symboli. |  |
| 3. | Ciekłokrystaliczny, alfanumeryczny wyświetlacz parametrów infuzji. |  |
| 4. | Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”. |  |
| 5. | Programowanie infuzji w jednostkach minimum: ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min. |  |
| 6. | Funkcja programowania czasu infuzji. |  |
| 7. | Ustawianie wartości ciśnienia okluzji. |  |
| 8. | Możliwość zmiany szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu. |  |
| 9. | Możliwość zablokowania przycisków klawiatury. |  |
| 10. | Detektor kropli. |  |
| 11. | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń. |  |
| 12. | Regulacja głośności alarmu. |  |
| 13. | Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy. |  |
| 14. | Zasilanie sieciowe: 210-240 V, 50/60 Hz lub 10-15V DC, pobór mocy max. 10 V A. |  |
| 15. | Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe. |  |
| 16. | Port komunikacyjny. |  |
| 17. | Statyw. |  |
| 18. | Zestawy jednorazowe do pompy – 10 szt. |  |
| **Poz. 4 Ssak elektryczny – 1 szt.** (pozycja 50 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Ssak elektryczny przenośny. |  |
| 2. | Pojemnik wielokrotnego użytku, pojemność min. 1 l., nietłukący się. |  |
| 3. | Przepływ min. 18 l/min. |  |
| 4. | Zakres regulacji podciśnienia 20-80 kPa. |  |
| 5. | Manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą mm Hg. |  |
| 6. | Regulator i wskaźnik podciśnienia. |  |
| 7. | Możliwość stosowania wkładów jednorazowych. |  |
| 8. | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. |  |
| 9. | Filtr antybakteryjny. |  |
| 10. | Dreny silikonowe z łącznikami. |  |
| **Poz. 5 Ssak elektryczny – 1 szt.** (pozycja 14 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Standardowa szyna do montażu dwóch zbiorników. |  |
| 2. | 2 porty ssące. |  |
| 3. | 2 zbiorniki o pojemności min. 2 litrów. |  |
| 4. | Sterowanie urządzeniem z pulpitu oraz nożne. |  |
| 5. | Regulacja siły ssania pokrętłem. |  |
| 6. | Wskaźnik podciśnienia. |  |
| 7. | Przepływ ≥ 40 l/min. |  |
| 8. | Zakres regulacji podciśnienia 20-90 kPa. |  |
| 9. | Zasilanie sieciowe. |  |
| 10. | Filtr antybakteryjny. |  |
| 11. | Dreny silikonowe z łącznikami. |  |
| 12. | Podstawa jezdna na czterech kołach z możliwością zablokowania min. 2 kół. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 11** |
| **ŁÓŻKA I WYPOSAŻENIE UZUPEŁNIAJĄCE** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz. 1 Panel medyczny z doprowadzonymi wybranymi mediami - 1 szt.** (pozycja 10 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Panel medyczny **2-stanowiskowy** z doprowadzonymi mediami zasilającymi wykonany z profili aluminiowych o grubości min. 3mm, malowanych proszkowo, długość max. 300 cm, głębokość max. 110 mm, wysokość max. 270 mm, do montażu w ścianie |  |
| 2. | Możliwość wyboru koloru motywu przewodniego dla panelu. |  |
| **Media dla każdego stanowiska:** | | |
| 3. | Gniazda zasilające gazowe – standard AGA: 2xO2; 2xAIR; 2xVAC – wszystkie podłączone wewnątrz do źródła sprężonego powietrza, usytuowane prostopadle do podłogi. |  |
| 4. | Gniazda 230 V/50 Hz: 5 szt. z oddzielnym obwodem, nachylone do podłogi, zlicowane z powierzchnią panelu. |  |
| 5. | Gniazda 230 V/50 Hz: 3 szt. z oddzielnym obwodem, nachylone do podłogi, zlicowane z powierzchnią panelu. |  |
| 6. | Gniazda ekwipotencjalne: 2 szt., nachylone do podłogi, zlicowane z powierzchnią panelu. |  |
| 7. | Gniazda teleinformatyczne: 2 szt. podwójne, nachylone do podłogi, zlicowane z powierzchnią panelu. |  |
| 8. | Oświetlenie pacjenta (LED), punktowe: 1 szt., włącznik na panelu  Oświetlenie nocne (LED): 1 szt., włącznik na panelu.  Oświetlenie ogólne (LED): 1 szt., włącznik przy drzwiach. |  |
| 9. | Możliwość nieinwazyjnego montażu min. 1 szyny medycznej na akcesoria na froncie panelu w dedykowanej prowadnicy dla każdego stanowiska. |  |
| 10. | Szyna medyczna lekka do montażu akcesoriów dodatkowych (długość dostosowana do długości panelu z pominięciem gniazd gazów medycznych) - 1 szt. |  |
| 11. | Wyposażenie dodatkowe: dozownik rotametryczny z nawilżaczem – 1 szt., kosz/pojemnik plastikowy na cewniki, uchwyt do pojemnika na wydzielinę z systemu ssącego do montażu do szyny medycznej – 2 szt., półka lekka na monitor – 2 szt. |  |
| **Media wspólne dla obu stanowisk:** | | |
| 12. | 1xN2O, 1xCO2 – montaż pośrodku. |  |
| **Poz. 2 Panel nad łóżkowy z wybranymi mediami - 1 szt.** (pozycja 37 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Panel medyczny **1-stanowiskowy** wykonany z profili aluminiowych malowanych proszkowo o grubości min. 3mm, długość min. 150 cm; max. głębokość 110 mm, przeznaczony do montażu w ścianie. |  |
| 2. | Możliwość wyboru koloru motywu przewodniego dla panelu. |  |
| 3. | Gniazda zasilające gazowe – standard AGA: 1xO2; 1xAIR, gniazda podłączone wewnątrz panelu do źródła zasilania w sprężone powietrze, 1xVAC. |  |
| 4. | Gniazdo elektryczne 230 V/50 Hz: 4 szt., nachylone do podłogi, zlicowane z powierzchnią panelu. |  |
| 5. | Gniazdo ekwipotencjalne: 3 szt., nachylone do podłogi, zlicowane z powierzchnią panelu. |  |
| 6. | Gniazdo teleinformatyczne 1 szt., podwójne. |  |
| 7. | Oświetlenie pacjenta (LED), punktowe: 1 szt., włącznik na panelu.  Oświetlenie nocne (LED): 1 szt., włącznik na panelu.  Oświetlenie ogólne (LED): 1 szt., włącznik przy drzwiach. |  |
| 8. | Możliwość nieinwazyjnego montażu szyny medycznej na akcesoria na froncie panelu w dedykowanej prowadnicy. |  |
| 9. | Szyna medyczna lekka do montażu akcesoriów dodatkowych (długość dostosowana do długości panelu z pominięciem gniazd gazów medycznych) - 1 szt. |  |
| 10. | Wyposażenie dodatkowe: dozownik rotametryczny z nawilżaczem – 1 szt. – 1 szt., półka lekka na monitor – 1 szt. |  |
| **Poz. 3 Panel nad łóżkowy z wybranymi mediami - 1 szt.** (pozycja 37 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| 1. | Panel medyczny **1-stanowiskowy** wykonany z profili aluminiowych malowanych proszkowo o grubości min. 3mm, długość min. 150 cm; max. głębokość 110 mm, przeznaczony do montażu w ścianie. |  |
| 2. | Możliwość wyboru koloru motywu przewodniego dla panelu. |  |
| 3. | Gniazda zasilające gazowe – standard AGA: 1xO2; 1xAIR, gniazda podłączone wewnątrz panelu do źródła zasilania w sprężone powietrze, 1xVAC. |  |
| 4. | Gniazdo elektryczne 230 V/50 Hz: 4 szt., nachylone do podłogi, zlicowane z powierzchnią panelu. |  |
| 5. | Gniazdo ekwipotencjalne: 3 szt., nachylone do podłogi, zlicowane z powierzchnią panelu. |  |
| 6. | Gniazdo teleinformatyczne 1 szt., podwójne. |  |
| 7. | Oświetlenie pacjenta (LED), punktowe: 1 szt., włącznik na panelu.  Oświetlenie nocne (LED): 1 szt., włącznik na panelu.  Oświetlenie ogólne (LED): 1 szt., włącznik przy drzwiach. |  |
| 8. | Możliwość nieinwazyjnego montażu szyny medycznej na akcesoria na froncie panelu w dedykowanej prowadnicy. |  |
| 9. | Wyposażenie dodatkowe: dozownik rotametryczny z nawilżaczem – 1 szt. |  |
| **Poz. 4 Łóżko na stanowisko intensywnej terapii – 2 szt.** (pozycja 5 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………….……………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Łóżko szpitalne na stanowisko intensywnej opieki medycznej, konstrukcja na max. 3 kolumnach cylindrycznych. |  |
| 2. | Wymiary leża: długość min. 2000 mm, szerokość min. 900 mm |  |
| 3. | Długość zewnętrzna łóżka min. 2000 cm, z opcją przedłużania długości łóżka do min. 2900 mm. |  |
| 4. | Zasilanie 230 V, 50/60Hz; kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym. |  |
| 5. | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu. |  |
| 6. | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem dostępnych funkcji - przycisk uruchamiający dostępność funkcji. |  |
| 7. | Przycisk bezpieczeństwa wyraźnie oznaczony np. czerwonym kolorem - natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia. |  |
| 8. | Elektryczna regulacja: wysokości leża, pozycji Trendelenburga, anty-Trendelenburga, do pozycji krzesła kardiologicznego, segmentu pleców, segmentu uda, funkcji CPR. |  |
| 9. | Funkcja autokontur i autoregresji. |  |
| 10. | Centralny panel sterowania wszystkimi funkcjami elektrycznymi montowany na szczycie od strony nóg, podświetlane przyciski. |  |
| 11. | Zintegrowane przyciski regulujące wysokość, kąt nachylenia pleców i uda w górnych barierkach bocznych łóżka od strony wewnętrznej i zewnętrznej (z obu stron), podświetlane przyciski z funkcją zatrzymania segmentu pleców na poziomie 30 stopni (w obu kierunkach). |  |
| 12. | Leże łóżka 4-sekcyjne, w tym 3 ruchome, wypełnione panelami z tworzywa, odporne na środki dezynfekujące, zabezpieczone odbojnikami w narożnikach. |  |
| 13. | Łóżko wyposażone w 4 koła o średnicy min. 125 mm, z centralną i kierunkową blokadą kół realizowaną za pomocą dźwigni hamulca/blokady przy kołach od strony nóg pacjenta. |  |
| 14. | Szczyty stanowiące zwartą bryłę z kolorowymi wstawkami z możliwością wyboru koloru z wzornika, bez widocznych elementów mocujących, zdejmowane, z tworzywa, z blokadą przed przypadkowym wypadnięciem na czas transportu. |  |
| 15. | Szczyt łóżka od strony głowy nieporuszający się wraz z leżem zapobiegający uszkodzeniu aparatury znajdującej się za łóżkiem w czasie realizacji np. funkcji Trendelenburga (zamocowany na stałe). |  |
| 16. | Barierki boczne składane wzdłuż ramy łóżka, dzielone, zabezpieczające całą długość łóżka, z tworzywa, poruszające się z segmentami leża, wyposażone w wskaźnik kątowy pochylenia segmentu pleców i leża. Opuszczane za pomocą jednej ręki przez zwolnienie blokady poprzedzone uniesieniem barierki. |  |
| 17. | Barierki boczne ze zintegrowanymi uchwytami na worki urologiczne zapewniające dostęp niezależnie od położenia barierek bocznych. |  |
| 18. | Wieszak kroplówki montowany w narożnikach łóżka z regulacją wysokości. |  |
| 19. | Wysięgnik ręki. |  |
| 20. | 4 gniazda/tuleje do montażu dodatkowego wyposażenia np. wysięgnika ręki, ramy ortopedycznej. |  |
| 21. | Materac w pokrowcu, zmywalny, dopasowany do wymiarów leża, wysokość materaca min. 100 mm, z nacięciami lub łatwo zginalne w okolicy uda. |  |
| 22. | Max obciążenie łóżka na poziomie 250 kg, łóżko wyposażone w system antyprzeciążeniowy. |  |
| 23. | Szafka przyłóżkowa, dwustronna, kontenerowa z tworzywa lub metalu, uchwyty zlicowane z obrysem szafki, z szufladą i kontenerem, 4 koła o średnicy min. 50 mm, z blokada min. 1 koła, wymiary minimalne: szerokość 45 cm; głębokość 45 cm, wysokość 80 cm. |  |
| **Poz. 5 Łóżko szpitalne ortopedyczne – 1 szt.** (pozycja 38 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Łóżko szpitalne ortopedyczne. |  |
| 2. | Leże łóżka 4–sekcyjne, w tym 3 ruchome, wypełnienie panelami z tworzywa lub metalowymi lamelami. |  |
| 3. | Wymiary leża: długość min. 2000 mm, szerokość min. 900 mm. |  |
| 4. | Wymiary całkowite: długość max. 2200 mm, szerokość max. 1000 mm. |  |
| 5. | Szczyty łóżka zdejmowane od strony głowy i nóg, z tworzywa, bez miejsc klejenia/łączenia, zabezpieczenia przed przypadkowym wypięciem w postaci blokady na czas transportu. |  |
| 6. | Łóżko z mechaniczną regulacją segmentu pleców, segmentu uda. |  |
| 7. | Barierki boczne metalowe lakierowane, składane wzdłuż ramy leża, składające się z trzech poprzeczek, niezdejmowane, nieposzerzające łóżka. |  |
| 8. | Materac z pianki poliuretanowej o grubości min. 10 cm, dopasowany do wymiarów leża w odpinanym wodoodpornym pokrowcu. |  |
| 9. | Podwójna rama ortopedyczna chromowana, montowana w tulejach na akcesoria, wyposażona w min. 2 belki poprzeczne, 3 bloczki, 2 szt. wysięgnika ręki oraz 1 montowany do ramy wieszak kroplówki. |  |
| 10. | Koła o średnicy min. 125 mm, w tym min. 2 z blokadą i/lub hamulec centralny. |  |
| 11. | Haczyki/ wieszak na worki urologiczne 2 szt. |  |
| 12. | Szafka przyłóżkowa, dwustronna, kontenerowa z tworzywa lub metalu, uchwyty zlicowane z obrysem szafki, z szufladą i kontenerem, 4 koła o średnicy min. 50 mm, z blokada min. 1 koła, wymiary minimalne: szerokość 45 cm; głębokość 45 cm, wysokość 80 cm. |  |
| 13. | Stolik przyłóżkowy „przyjaciel”, blat o wymiarach min. 850 x 400 mm, z możliwością ustawienia pod kątem, koła o średnicy min. 50 mm z możliwością blokady, min. wys. 700 mm. |  |
| **Poz. 6 Łóżko pacjenta domowe – 1 szt.** (pozycja 41 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Uniwersalne łóżko do opieki domowej, długoterminowej w obudowie drewnianej. |  |
| 2. | Szczyty łóżka pełne, trwale połączone z rama łóżka. |  |
| 3. | Barierki boczne drewniane, na całej długości leża. |  |
| 4. | Leża łóżka 4-sekcyjne w tym 3 ruchome, do dezynfekcji. |  |
| 5. | Zasilanie 230V, 50Hz, sterowanie funkcjami za pomocą pilota przewodowego. |  |
| 6. | Elektryczna regulacja wysokości, pozycji pleców, nóg, funkcji autokontur, pozycja anty–Trendelenburga. |  |
| 7. | Funkcja autoregresji. |  |
| 8. | Wymiary leża: max. 2000mm x 900 mm. |  |
| 9. | Wymiary: szerokość max. 1050 mm, długość max. 2200 mm, wysokość regulowana elektrycznie w zakresie 350– 800 mm. |  |
| 10. | 2 gniazda/tuleje w szczycie głowy do montażu dodatkowego wyposażenia (np. wysięgnika ręki). |  |
| 11. | Wysięgnik z uchwytem. |  |
| 12. | Materac z pianki w pokrowcu wodoodpornym, grubość min. 10 cm, dopasowany do wymiarów leża. |  |
| 13. | Cztery koła jezdne o średnicy min. 100 mm z blokadą. |  |
| 15. | Stolik przyłóżkowy „przyjaciel”, blat o wymiarach min. 850 x 400 mm, z możliwością ustawienia pod kątem, koła o średnicy min. 50 mm z możliwością blokady, min. wys. 700 mm. |  |
| **Poz. 7 Łóżko szpitalne specjalistyczne z przechyłami bocznymi – 1 szt.** (pozycja 52 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Łóżko szpitalne specjalistyczne z przechyłami bocznymi, konstrukcja na maksymalnie 3 kolumnach cylindrycznych. |  |
| 2. | Leża łóżka 4-sekcyjne w tym 3 ruchome, zabezpieczone krążkami odbojowymi, do dezynfekcji. |  |
| 3. | Wymiary leża: długość min. 2000 mm, szerokość min. 900 mm. |  |
| 4. | Długość zewnętrzna: 2150 mm (+/-50 mm) z możliwością przedłużania o min. 100 mm. |  |
| 5. | Szerokość zewnętrzna łóżka: 945 mm (+/-50 mm). |  |
| 6. | Szczyty łóżka z tworzywa, jednolity odlew bez łączeń, wsuwane do tulei zlokalizowanych w narożnikach ramy łóżka, wyjmowane od strony nóg i głowy, zabezpieczone na czas transportu blokadą w postaci pokręteł lub przycisków zapobiegających wypadnięciu szczytu. |  |
| 7. | Barierki boczne składane wzdłuż ramy leża składające się z min. 3 metalowych poprzeczek opuszczane za pomocą jednej ręki – blokada na wysokości dłoni personelu zapobiegająca konieczności schylania się. |  |
| 8. | Zasilanie 230 V, 50/60 Hz; kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym; nie dopuszcza się przewodów prostych, wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu z diodą informującą o jego rozładowaniu umieszczoną na pilocie centralnym oraz diodą innego koloru informującą o podłączeniu łóżka do sieci. |  |
| 9. | Elektryczna regulacja wysokości leża, pozycji segmentów pleców, uda, Trendelenburga i anty-Trendelenburga, przechyłów bocznych, autokontur, za pomocą pilota przewodowego i panelu centralnego. |  |
| 10. | Elektryczna funkcja krzesła kardiologicznego, CPR, autokontur. |  |
| 11. | Regulacja wysokości i przechyłów bocznych dodatkowo za pomocą przycisków nożnych po obu stronach łóżka zabezpieczonych gumową osłoną każdy indywidualnie, osłona (pręt) zapobiegającą nieumyślnemu uruchomieniu funkcji przechyłu. |  |
| 12. | Funkcja autoregresji. |  |
| 13. | Łóżko wyposażone w min. 4 koła oraz centralną i kierunkową blokadę kół. |  |
| 14. | Materac o wysokości min. 100 mm, w pokrowcu nieprzemakalnym. |  |
| 15. | Haczyki lub listwy na worki urologiczne min. 2 szt. po każdej stronie łóżka. |  |
| 16. | Wieszak do kroplówki montowany do ramy łóżka. |  |
| **Poz. 8 Szafka przyłóżkowa – 1 szt.** (pozycja 44 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Szafka przyłóżkowa dwustronna z możliwością postawienia po obu stronach łóżka, z zachowaniem funkcjonalności. |  |
| 2. | Konstrukcja z stali lakierowanej proszkowo. |  |
| 3. | Blat górny i boczny wykonany z płyty laminowanej HPL, możliwość regulacji wysokości blatu bocznego. |  |
| 4. | Wymiary minimalne: szerokość 45 cm; głębokość 45 cm, wysokość 93 cm. |  |
| 5. | 4 koła o średnicy min. 75 mm, z system blokowania i odblokowywania kół szafki w postaci blokady zamontowanej w korpusie szafki na wysokości ręki pacjenta leżącego w łóżku. Blokada niewystająca poza korpus szafki, nie poszerzają jej wymiarów. |  |
| 6. | Min. 1 szuflada. |  |
| 7. | Półka zamontowana pod spodem szafki. |  |
| **Poz. 9 Wózek reanimacyjny dla dzieci z wyposażeniem – 1 szt.** (pozycja 6 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z wysokoodpornego tworzywa lub aluminium malowanego proszkowo. |  |
| 2. | Wymiary minimalne (bez wyposażenia dodatkowego): wysokość 850 mm, głębokość 650 mm, szerokość 750 mm. |  |
| 3. | Wózek z 5 szufladami, 2 zintegrowane szuflady boczne wysuwane spod blatu: jedna z wkładem ze stali nierdzewnej, druga na leki natychmiastowego użycia z przezroczystą ścianką. |  |
| 4. | Centralny system zamknięcia wszystkich szuflad. |  |
| 5. | 4 koła jezdne w tym 3 z blokadą, o średnicy min. 125 mm. |  |
| 6. | Listwa odbojowa. |  |
| 7. | Wyposażenie wózka:  - blat zabezpieczony przed zsuwaniu się przedmiotów,  - pojemnik do zużytych igieł, pojemnik na cewniki, pojemnik na butelki, kosz na odpadki,  - półka na defibrylator, uchwyt na butlę z tlenem, wieszak kroplówki z regulacją wysokości, zasilanie elektryczne z rozdzielaczem, półka na ssak,  - nadstawka na leki, z przeźroczystymi kieszeniami z tworzywa. |  |
| **Poz. 10 Wózek reanimacyjny z wyposażeniem – 2 szt.** (pozycja 8, pozycja 45 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z wysokoodpornego tworzywa lub aluminium malowanego proszkowo. |  |
| 2. | Wymiary minimalne (bez wyposażenia dodatkowego): wysokość 850 mm, głębokość 650 mm, szerokość 750 mm. |  |
| 3. | Wózek z 5 szufladami, 2 zintegrowane szuflady boczne wysuwane spod blatu: jedna z wkładem ze stali nierdzewnej, druga na leki natychmiastowego użycia z przezroczystą ścianką. |  |
| 4. | Centralny system zamknięcia wszystkich szuflad. |  |
| 5. | 4 koła jezdne w tym 3 z blokadą, o średnicy min. 125 mm. |  |
| 6. | Listwa odbojowa. |  |
| 7. | Wyposażenie wózka:  - blat zabezpieczony przed zsuwaniu się przedmiotów,  - pojemnik do zużytych igieł, pojemnik na cewniki, pojemnik na butelki, kosz na odpadki,  - półka na defibrylator, uchwyt na butlę z tlenem, wieszak kroplówki z regulacją wysokości, zasilanie elektryczne z rozdzielaczem, półka na ssak,  - nadstawka na leki, z przeźroczystymi kieszeniami z tworzywa. |  |
| **Poz. 11 Wózek transportowy – 1 szt.** (pozycja 46 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………………….** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Konstrukcja wózka metalowa malowana proszkowo. |  |
| 2. | Wymiary leża: długość min. 1900 mm, szerokość min. 600 mm. |  |
| 3. | Hydrauliczna regulacja wysokości leża od max. 560 mm do 960 mm. |  |
| 4. | Leże 2 segmentowe pokryte zdejmowanym nieprzemakalnym materacem, zabezpieczone odbojnikami umieszczonymi w każdym narożniku. |  |
| 5. | Możliwość ustawienia pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga za pomocą sprężyny gazowej z blokadą. |  |
| 6. | Barierki boczne składające się wzdłuż ramy. |  |
| 7. | Uchwyty do prowadzenia wózka umieszczone od strony głowy i nóg pacjenta. |  |
| 8. | 4 koła o średnicy 150 mm z blokadą centralną i kierunkową. |  |
| 9. | Bezpieczne obciążenie robocze min. 170 kg. |  |
| 10. | Wieszak kroplówki umieszczony w tulejach (2 szt.) profilu leża od strony głowy. |  |
| **Poz. 12 Wózek inwalidzki – 1 szt.** (pozycja 47 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Wózek standardowy, stalowy. |  |
| 2. | Zmywalna tapicerka. |  |
| 3. | Waga max. 17 kg. |  |
| 4. | Podłokietniki odchylane i wyciągane. |  |
| 5. | Podnóżki odchylane do wewnątrz i na zewnątrz, odpinane. |  |
| 6. | Regulacja wysokości płyty podnóżka. |  |
| 7. | Koła przednie krypton lub pompowane. |  |
| 8. | Koła tylne krypton lub pompowane (w zestawie pompka do pompowania kół). |  |
| 9. | Koła na szybkozłącze. |  |
| 10. | Szerokość siedziska w zakresie 39-50 cm. |  |
| **Poz. 13 Kozetka lekarska – 1 szt.** (pozycja 19 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………………….** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Rama nośna stalowa lakierowana proszkowo. |  |
| 2. | Leże dwusegmentowe, tapicerowane materiałem zmywalnym, odpornym na zabrudzenia i przebarwienia oraz na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia. |  |
| 3. | Regulacja kąta nachylenia zagłówka w zakresie 0-45° |  |
| 4. | Wymiary minimalne: długość 1850 mm, szerokość 550 mm, wysokość 500 mm. |  |
| 5. | Uchwyt do mocowania rolki prześcieradła jednorazowego użytku. |  |
| 6. | Możliwość wyboru koloru na etapie dostawy z wzornika kolorów oferowanych przez producenta. |  |
| 7. | Taboret medyczny tapicerowany, regulowana wysokość siedziska, podstawa metalowa o regulowanej wysokości, kolor tapicerki pasujący do koloru tapicerki kozetki. |  |
| **Poz. 14 Lampa zabiegowa – 2 szt.** (pozycja 21, pozycja 40 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………………….** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Lampa zabiegowa bezcieniowa, mobilna – min. 4 kółka jezdne, w tym min. 1 z blokadą, źródło światła LED w kolorze białym. |  |
| 2. | Źródło światła - diody LED. |  |
| 3. | Temperatura barwowa 4500 [K] |  |
| 4. | Współczynnik oddawania barw Ra min. 93% |  |
| 5. | Natężenia światła lampy w odległości 1m od czoła lampy min. 50000 |  |
| 6. | Żywotność żarówki powyżej min. 50000 godzin. |  |
| **Poz. 15 Zestaw do profilaktyki przeciwodleżynowej – 1 szt.** (pozycja 43 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………….………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Pozycjonery żelowe – w zestawie:  - Krążek żelowy zamknięty pod głowę,  - Krążek żelowy otwarty pod głowę,  - Pozycjoner uniwersalny żelowy,  - Pozycjoner żelowy pod pięty 2 szt.,  - Pozycjoner żelowy uniwersalny półwałek,  - Podkład żelowy pod ramię 2 szt. |  |
| 2. | Materac przeciwodleżynowy: rurowy, zmiennociśnieniowy wykonany z wytrzymałego materiału; komory napełniane cyklicznie powietrzem przez pompę zasilającą, wymiary 200 cm x 90 cm, w pokrowcu, pokrowiec i komory dostosowane do mycia i dezynfekcji. |  |
| 3. | Materac przeciwodleżynowy: z pianki wysokoelastycznej, odpornej na odkształcanie, odporny na rozdarcie, w nieprzemakalnym pokrowcu, wymiary 200 cm x 90 cm. |  |
| 4. | Poduszki do pozycjonowania pacjenta wypełnione mikrogranulkami lub mikrowłóknem w zmywalnych pokrowcach, łatwe w czyszczeniu i dezynfekcji lub poduszki wykonane z pianek wysokoelastycznych z pokrowcem – w zestawie minimum:  - Poduszka „półksiężyc” do podpierania pleców, wymiary min. 135x85 cm; mała poduszka pod głowę,  - Okrągła poduszka pod kark o średnicy min. 45 cm,  - Poduszka „wąż” do układania w pozycji bocznej, długość min. 180 cm,  - Średnia i mała poduszka stabilizująca; wymiary: poduszka średnia: min. 40x55 cm; poduszka mała: 35x25 cm,  - Poduszka w kształcie wałka, wymiary min. 60cm x20 cm wraz z poduszką do odwodzenia kolan,  - Poduszka odwodząca kolana (separator/klin między uda); wymiary min. 25x20x15cm,  - Poduszka w kształcie klina – do stabilizacji miednicy, do układania między nogami pacjenta. Wymiary minimalne: dł. 80 cm, szer. 30 cm, wys. 8/15 cm,  - Klin pod plecy lub nogi: poduszka umożliwiająca podparcie pleców lub nóg w zakresie 30-60 stopni; poduszka w bawełnianej poszewce/ochraniaczu. |  |
| **Poz. 16 Zestaw do nauki przemieszczania pacjentów – 1 szt.** (pozycja 48 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Pas pomocniczy o wym.: 60x20 cm wykonany z materiału łatwego do czyszczenia oraz odpornego na wilgoć i zabrudzenia o udźwigu do 150 kg. |  |
| 2. | Podstawa obrotowa pod nogi z uchwytem o średnicy ok. 38 mm. |  |
| 3. | Poduszka obrotowa o średnicy ok. 45 mm . |  |
| 4. | Deska do transferu o wymiarach ok. 60x25 cm z antypoślizgową warstwą. |  |
| 5. | Łatwoślizg rękaw o wymiarach 70x70 cm wykonany z cienkiego, śliskiego materiału. |  |
| 6. | Deska ślizgowa z do transferu pacjenta z pokrowcem lub rolki (przenośnik taśmowo – rolkowy, 1100 x 485 mm). |  |
| 7. | Balkonik-chodzik (podpórka dwukołowa- aluminiowa):  - Wymiary ok.: szerokość 560 mm, wysokość 795 - 915 mm, dł. 670 mm,  - Wymiary siedziska ok.: szerokość 415 mm, wysokość 530 mm,  - Max. obciążenie: 130 kg. |  |
| **Poz. 17 Zestaw sprzętu do pielęgnacji i higieny pacjentów w tym mobilny system pielęgnacji pacjenta, wózek prysznicowy, podnośnik – 1 szt.** (pozycja 49 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| **Wózko-wanna prysznicowa** | |  |
| 1. | Hydrauliczny wózko-wanna prysznicowa o konstrukcji stalowej lakierowanej proszkowo, odpornej na korozję. |  |
| 2. | Platforma materaca z funkcją pochylenia pod kątem 90° w pozycji bocznej umożliwiająca łatwe czyszczenie i dezynfekcję wózka po użyciu. |  |
| 3. | Regulacja wysokości w zakresie ok.: 480-870 mm. |  |
| 4. | Wymiary zewnętrzne wózka min. dł. 2050 x szer. 800 mm. |  |
| 5. | Platforma materaca min. dł. 1900 x szer. 665 mm. |  |
| 6. | Rama leża wyposażona w 4 kółka odbojowe umieszczone w narożnikach. |  |
| 7. | 4 koła z centralną blokadą, w tym jedno koło z blokadą kierunkową. |  |
| 8. | Barierki boczne z możliwością opuszczania poniżej ramy leża. |  |
| 9. | Wbudowane dreny i wąż odpływowy. |  |
| 10. | Materac z poduszką wykonany z wodoodpornego materiału PVC. |  |
| 11. | Udźwig wózka: min. 150 kg. |  |
| **Wózek prysznicowy** | |  |
| 1. | Rama aluminiowa. |  |
| 2. | Konstrukcja 2-częściowa: siedzisko z kołami oraz oparcie z uchylnymi podłokietnikami. |  |
| 3. | Plastikowe siedzisko, oparcie oraz podłokietniki. |  |
| 4. | Siedzisko z wycięciem typu U z otworami do odprowadzania wody. |  |
| 5. | Składany podnóżek. |  |
| 6. | Funkcja blokady w kołach. |  |
| 7. | Maksymalne obciążenie do 100 kg. |  |
| 8. | Wymiary rozłożonego wózka ok.: dł. 76 x szer. 54 x wys. 88 cm. |  |
| **Podnośnik transportowo-kąpielowy** | |  |
| 1. | Podnośnik wykonany ze stali malowanej proszkowo. |  |
| 2. | Dwupunktowy aluminiowy wieszak o szerokości ok. 450 mm. |  |
| 3. | Zawieszka z zagłówkiem wykonana z trwałego materiału przepuszczającego wodę – szybkoschnący. |  |
| 4. | Podstawa jezdna rozsuwana mechanicznie w literę „V” za pomocą pedału nożnego w zakresie szerokości zewnętrznej min. 680 – 1080 mm. |  |
| 5. | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 580 – 1680 mm z pilota przewodowego ze spiralnym, rozciągliwy przewodem. |  |
| 6. | 2 niezależne systemy awaryjnego opuszczania na panelu sterowania i siłowniku. |  |
| 7. | Podnośniki wyposażone w przycisk awaryjny, funkcja awaryjnego zatrzymania. |  |
| 8. | 4 podwójne koła z odbojnikami o średnicy ok. 100 mm w tym 2 z możliwością blokady. |  |
| 9. | Możliwość złożenia podnośnika bez użycia narzędzi dla łatwego transportu i przechowywania. |  |
| 10. | Długość podstawy ok.: 1150 mm. |  |
| 11. | Instrukcja użytkowania na podnośniku. |  |
| **Poz. 18 Stanowisko do iniekcji – 1 szt.** (pozycja 39 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Konstrukcja nośna wykonana ze stali lakierowanej proszkowo na 4 nóżkach. |  |
| 2. | Siedzisko, oparcie pleców, podłokietniki pokryte odpornym materiałem. |  |
| 3. | Podłokietniki z regulacją wysokości oraz regulacją kąta odchylenia. |  |
| 4. | Wymiary standardowe. |  |
| 5. | Możliwość wyboru koloru na etapie dostawy z wzornika kolorów oferowanych przez producenta. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 12** |
| **ZESTAW DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz. 1 Zestaw 1 drobnego sprzętu medycznego DO SALI SYMULACJI WYSOKIEJ WIERNOŚCI I** (pozycja 15 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………….…………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Aparat do mierzenia ciśnienia** – zegarowy, z 3 mankietami: dla dzieci: 18 - 26 cm, dla dorosłych: 22 - 32 cm, XL: 33 - 51 cm. **- 1 zestaw.** |  |
| 2. | **Pulsoksymetr napalcowy –** certyfikowany pulsoksymetr na palec z dwukolorowym wyświetlaczem OLED do pomiaru saturacji hemoglobiny krwi tętniczej (SpO2) oraz tętna. Wskazana funkcja sygnalizacji dźwiękowej pulsu podczas pomiaru oraz możliwość ustawienia alarmów. **- 1 szt.** |  |
| 3. | **Glukometr** do pomiaru glukozy we krwi, z kompletem pasków, nakłuwaczem i jednorazowymi lancetami, instrukcja użycia zestawu, dzienniczek, etui. **- 1 zestaw.** |  |
| 4. | **Zamknięty system do odsysania 72H do rurek intubacyjnych. – 5** zestawów. |  |
| 5. | **Zamknięty system do odsysania 72H do rurek trachostomijnych. – 5 zestawów.** |  |
| 6. | **Zestaw do ciśnieniowego podawania płynów -** gruszka do pompowania powietrza i zawór spustowy oraz mechaniczny wskaźnik ciśnienia, możliwość umieszczenia płynów o objętości 500ml. – **1 zestaw.** |  |
| 7. | **Szczoteczka wygięta do rurek tracheostomijnych –** po dwie w rozmiarach: fi 15mm, fi 11mm. **– 4 szt.** |  |
| 8. | **Opaska mocująca rurkę tracheo dla dorosłych.** – **5 szt.** |  |
| 9. | **Zestaw do wkłucia centralnego** - cewnik wykonany z poliuretanu z miękkim końcem, ze znacznikiem długości, przesuwane regulowane skrzydełka mocujące. **- 1 zestaw.** |  |
| 10. | **Maska tlenowa Venturiego** dla dorosłych z sześcioma dozownikami i drenem 2,1m. **- 5 szt.** |  |
| 11. | **Zestaw do terapii CPAP (pomoc doraźna):** maska dla dorosłego (nr 4), przewód tlenowy 2 m, neoprenowa uprząż mocująca. **- 1 zestaw.** |  |
| 12. | **Manometr niskociśnienowy –** dwuzakresowa skala**:** dla rurek dotchawiczych 22-32 cm2H H₂O**,** dla rurek krtaniowych oraz masek krtaniowych 60-70 cm H₂O. **- 1 szt.** |  |
| 13. | **Wymiennik ciepła i wilgoci –** do rurek tracheostomijnych, port do odsysania, port do podawania tlenu. **- 5 szt.** |  |
| 14. | **Łącznik do drenów -** prosty 5/6mm**.** **- 5 szt.** |  |
| 15. | **Łącznik do drenów -** prosty 6/8mm**. - 5 szt.** |  |
| 16. | **Zestaw do szybkiego przetaczania krwi - 5 zestawów.** |  |
| 17. | **Folie termiczne typu NRC. - 10 szt.** |  |
| 18. | **Stojak na kroplówki -** mobilny, na 4 kółkach gumowanych, 4 uchwyty do płynów infuzyjnych, statyw ze stali chromowanej, podstawa może być wykonana z plastiku. **- 1 szt.** |  |
| 19. | **Maska tracheostomijna dla dorosłych. - 3 szt.** |  |
| 20. | **Latarka diagnostyczna -** wyposażona w żarówkę LED. **- 2 szt.** |  |
| 21. | **Okulary ochronne -** wielokrotnego użytku, przezroczyste, nieparujące, oprawa wykonana z trwałego tworzywa oraz szybę pokrytą powłoką odporną na zarysowania. **- 2 szt.** |  |
| 22. | **Worek samorozprężalny dla dorosłych** – z zaworem bezpieczeństwa, rezerwuar tlenu, dren tlenowy, maska nr 5. – **1 szt.** |  |
| 23. | **Rurki ustno-gardłowe Guedela –** zestaw 8 rurek w pudełku. **– 1 zestaw.** |  |
| 24. | **Zestaw rurek Bermana –** komplet 8 szt. w różnych rozmiarach**. - 1 zestaw.** |  |
| 25. | **Maski krtaniowe typu Cobra -** komplet 7 szt. w różnych rozmiarach (1; 1.5; 2; 2.5; 3, 4,5). **- 1 zestaw.** |  |
| 26. | **Zestaw metalowych prowadnic do rurek intubacyjnych -** końcówka wykonana z miękkiego materiału. Prowadnice dostosowane do rurek intubacyjnych o średnicach:  - rozmiar 2,2 mm, dla rurek o rozmiarach 2,5 mm - 3,5 mm,  - rozmiar 3,0 mm, dla rurek o rozmiarach 3,5 mm - 5,0 mm,  - rozmiar 4,0 mm, dla rurek o rozmiarach 5 mm - 8 mm,  - rozmiar 5,0 mm, dla rurek o rozmiarach 6 mm - 11 mm. **- 1 zestaw.** |  |
| 27. | **Kleszczyki Magilla –** komplet 3 szt. w różnych rozmiarach. – **1 zestaw.** |  |
| 28. | **Intubacyjne rurki dotchawicze z mankietem –** zestaw 11 szt. (rozmiary: 4; 4.5; 5; 5.5; 6; 6.5; 7; 7.5; 8; 8.5; 9). – **1 zestaw.** |  |
| 29. | **Stetoskop dwustronny: dorosły, dziecko –** z trzema dwustronnymi głowicami w różnych rozmiarach dla dorosłych, dzieci i niemowląt, 2 zapasowe membrany, 4 miękkie oliwki (o różnych kształtach), 2 twarde oliwki. Membrany dwutonowe umożliwiające odsłuchiwanie tonów niskich i wysokich w zależności od siły nacisku. **– 1 szt.** |  |
| 30. | **Staza automatyczna. – 5 szt.** |  |
| 31. | **Wanienka do dezynfekcji**  **3,5 l.** **- 2 szt.** |  |
| 32. | **Pojemnik do dezynfekcji i pre-sterylizacji narzędzi medycznych, wielokrotnego użytku, 7,5 l. – 1 szt.** |  |
| 33. | **Pojemnik do dezynfekcji i pre-sterylizacji narzędzi medycznych, wielokrotnego użytku, 4,5 l. – 1 szt.** |  |
| 34. | **Nebulizator - z**estaw powinien zawierać: kompresor, nebulizator, przewód powietrza, maskę dla dzieci, maskę dla dorosłych, ustnik, końcówkę do nosa, filtry wymienne. **- 1 szt.** |  |
| 35. | **Komplet pasów do unieruchomienia pacjenta - rozmiar M,** 4 pasy: pas na nadgarstki, pas na kostki, pas na tułów, uprząż na klatkę piersiową. – **1 zestaw.** |  |
| **Poz. 2 Zestaw 2 drobnego sprzętu medycznego DO SALI SYMULACJI WYSOKIEJ WIERNOŚCI II** (pozycja 15 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Zawór czerpalny próżni mocowany bezpośrednio do punktu poboru próżni w systemie AGA** wraz z 300 ml pojemnikiem zabezpieczającym, wężem silikonowym fi zew. 12x2,5 do ssaka medycznego, 2-litrowym pojemnikiem na wydzielinę z pokrywą (pojemnik z możliwością zawieszenia), z 10-cioma zapasowymi wkładami jednorazowymi do pojemnika. – **1 szt.** |  |
| 2. | **Zgłębnik gastrostomijny** typu G-Tube CH18. – **2 szt.** |  |
| 3. | **Strzykawka enteralna** 60 ml. – **10 szt.** |  |
| 4. | **Zestaw grawitacyjny do butelek. – 10 zestawów.** |  |
| 5. | **Łącznik PEG CH18. – 5 szt.** |  |
| 6. | **Staza bezlateksowa w rolce. – 1 szt.** |  |
| 7. | **Przyrząd do przetaczania płynów**. – **5 szt.** |  |
| 8. | **Zestaw do zmiany opatrunku – podstawowy** - skład zestawu: min. 2 kompresy włókninowe, min. 6 szt. tupfery- kule z gazy 17-nitkowej, min. 2 szt. pęseta plastikowa. **– 10 zestawów.** |  |
| 9. | **Zestaw do zmiany opatrunku – rozbudowany -** skład zestawu: min. 2 kompresy z włókniny, tupfery, rękawice lateksowe, niepudrowane M 2 szt., pęsety plastikowe 2 szt., ostrze nr 11 1 szt., worek na odpady 240x270 cm 1 szt., 3-komorowy twardy blister 1 szt. **– 10 zestawów.** |  |
| 10. | **Serweta operacyjna jałowa -** 50X50 cm z laminatu z taśmą samoprzylepną **– 20 szt.** |  |
| 11. | **Elektroda EKG pediatryczna -** komplet 50 szt. **– 1 komplet.** |  |
| 12. | **Elektroda EKG -** dorosły, komplet 50 szt. **– 2 komplety.** |  |
| 13. | **Obwód oddechowy rozciągliwy z gałęzią i workiem dla dorosłych. – 2 szt.** |  |
| 14. | **Taśma medyczna -** 2x25cm. **– 2 szt.** |  |
| 15. | **Taśma medyczna -** 9x50cm. **– 2 szt.** |  |
| 16. | **Szczoteczka do zębów z odsysaniem. – 10 szt.** |  |
| 17. | **Zestaw do higieny jamy ustnej pacjentów –** 24-godzinny. **– 5 zestaw.** |  |
| 18. | **Detektor CO2. – 3 szt.** |  |
| 19. | **Worek do godzinowej zbiórki moczu** (diureza) - sterylny, pojemność 2,6 l**. – 5 szt.** |  |
| 20. | **Worek samorozprężalny dla noworodków -** rezerwuar tlenu, dren tlenowy, maska dla pacjentów o wadze ciała <7 kg. – **1 szt.** |  |
| 21. | **Worek samorozprężalny dla niemowląt –** z zaworem bezpieczeństwa, rezerwuar tlenu, dren tlenowy, maska obrotowa o 360° całkowicie przeźroczysta nr 1. **– 1 szt**. |  |
| 22. | **Worek samorozprężalny dla dzieci -** z zaworem bezpieczeństwa, rezerwuar tlenu, dren tlenowy, maska obrotowa o 360° całkowicie przeźroczysta nr 3. **- 1 szt.** |  |
| 23. | **Zestaw do intubacji –** laryngoskop z uchwytem LED, 6 łyżek światłowodowych (typu Miller 0, 1, 2 oraz typu Macintosh 2, 3, 4), w walizce transportowej. **- 1 zestaw.** |  |
| 24. | **Aparat do mierzenia ciśnienia pediatryczny -** z trzema bawełnianymi mankietami z kolorowymi nadrukami dla: dzieci, niemowląt, noworodków, w etui. – **1 szt.** |  |
| 25. | **Stolik zabiegowy –** mobilny, na 4 kółkach (z blokadą na co najmniej 2 kołach), konstrukcja z chromowanych rurek, dwa blaty ze stali nierdzewnej, dwie uchylne miski z tworzywa. Wymiary: wysokość min. 81 cm, szerokość max 45 cm, długość max 75 cm. – **1 szt**. |  |
| 26. | **Zestaw żelowych masek krtaniowych rozmiar 3, 4, 5. – 1 zestaw.** |  |
| 27. | **Dozownik do tlenu -** z przepływomierzem i nawilżaczem do gniazd ściennych. Przystosowany do współpracy z gniazdem naściennym typ AGA.  Ciśnienie robocze zasilania tlenem 0,1-0,6 MPa. Zakres regulowanego przepływu O20-15 l/min ±10% Nawilżanie gazu∼60%. Pojemnik na wodę destylowaną wielokrotnego użytku. **- 1 szt.** |  |
| 28. | **Zamknięty system do nawilżania –** pojemność 325 ml, napełniony jałową, wodą do terapii inhalacyjnej. **- 4 szt.** |  |
| **Poz. 3 Zestaw drobnego sprzętu medycznego DO SALI SYMULACJI Z ZAKRESU ALS** (pozycja 29 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………………….** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Aparat do mierzenia ciśnienia** – zegarowy, z 3 mankietami: dla dzieci: 18 - 26 cm, dla dorosłych: 22 - 32 cm, XL: 33 - 51 cm. **- 1 zestaw.** |  |
| 2. | **Rurka tracheostomijna 7.0 mm. - 5 szt.** |  |
| 3. | **Pulsoksymetr napalcowy –** certyfikowany pulsoksymetr na palec z dwukolorowym wyświetlaczem OLED do pomiaru saturacji hemoglobiny krwi tętniczej (SpO2) oraz tętna. Wskazana funkcja sygnalizacji dźwiękowej pulsu podczas pomiaru oraz możliwość ustawienia alarmów. **- 1 szt.** |  |
| 4. | **Wymiennik ciepła i wilgoci –** do rurek tracheostomijnych, port do odsysania, port do podawania tlenu. **- 5 szt.** |  |
| 5. | **Filtr oddechowy antybakteryjny i antywirtusowy -** dla dzieci. **– 5 szt.** |  |
| 6. | **Filtr oddechowy antybakteryjny i antywirtusowy** - dla dorosłych. **- 5 szt.** |  |
| 7. | **Łącznik do drenów -** prosty 5/6mm**.** **- 5 szt.** |  |
| 8. | **Łącznik do drenów -** prosty 6/8mm**. - 5 szt.** |  |
| 9. | **Latarka diagnostyczna -** wyposażona w żarówkę LED. **- 1 szt.** |  |
| 10. | **Zestaw do intubacji –** laryngoskop z rękojeścią wielokrotnego użytku, łyżki Macintosh nr 1, 2, 3, 4. **– 1 zestaw.** |  |
| 11. | **Stolik zabiegowy** – mobilny, na 4 kółkach (z blokadą na co najmniej 2 kołach), konstrukcja z chromowanych rurek, dwa blaty ze stali nierdzewnej, dwie uchylne miski z tworzywa. Wymiary: wysokość min. 81 cm, szerokość max 45 cm, długość max 75 cm.– **1 szt.** |  |
| 12. | **Zestaw ratunkowy rurek LTS-D** dla dorosłych. **- 1 zestaw.** |  |
| 13. | **Zestaw kołnierzy ratowniczych –** 1 dla dzieci i 1 dla dorosłego. **- 1 zestaw.** |  |
| 14. | **Opatrunek wentylowy ACS. - 1 szt.** |  |
| 15. | **Termometr medyczny elektryczny bezdotykowy -** do pomiaru temperatury na czole, podświetlany wyświetlacz LCD, 2 tryby pomiaru temp.: skala Fahrenheita i Celsjusza, funkcja pamięci z zachowaniem wartości ostatnich wyników pomiaru, funkcja alarmu w wypadku podwyższonej temperatury ciała, czas pomiaru: ≤ 1 sek. **- 1 szt.** |  |
| 16. | **Stojak na kroplówki -** mobilny, na 4 kółkach gumowanych, 4 uchwyty do płynów infuzyjnych, statyw ze stali chromowanej, podstawa może być wykonana z plastiku. **- 1 szt.** |  |
| **Poz. 4 Zestaw drobnego sprzętu medycznego DO SALI SYMULACJI Z ZAKRESU BLS** (pozycja 34 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu …………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Stolik zabiegowy –** mobilny, na 4 kółkach (z blokadą na co najmniej 2 kołach), konstrukcja z chromowanych rurek, dwa blaty ze stali nierdzewnej, dwie uchylne miski z tworzywa. Wymiary: wysokość min. 81 cm, szerokość max 45 cm, długość max 75 cm. – **1 szt**. |  |
| 2. | **Zestaw ratunkowy rurek LTS-D** dla dzieci. **- 1 zestaw.** |  |
| 3. | **Zestaw 4 szyn typu SPLINT –** wym. 100 cm x 11 cm - 1 szt., wym. 50 cm x 11 cm - 1 szt., wym. 5 cm x 11 cm - 2 szt., etui. **- 1 zestaw.** |  |
| 4. | **Kamizelka ostrzegawcza. - 2 szt.** |  |
| 5. | **Maska do sztucznego oddychania** typu: Pocket Mask. **- 5 szt.** |  |
| 6. | **Maski do sztucznego oddychania** z filtrem 50 szt. w rolce. - **2 rolki.** |  |
| 7. | **Zestaw treningowych opatrunków wentylowych na rany klatki piersiowej. – 1 zestaw.** |  |
| 8. | **Zestaw do segregacji poszkodowanych z torbą** – opaski segregacyjne, latarka czołówka, nożyce ratownicze, opatrunek osobisty, rękawiczki nitrylowe. **- 1 zestawów.** |  |
| 9. | **Nożyczki ratownicze. - 1 szt.** |  |
| 10. | **Kombinezon ochronny medyczny** - z ochraniaczami na buty, klejone szwy, zapinany na zamek błyskawiczny, nieprzemakalny, rozmiar XL, spełniający normę EN 14126**. – 1 szt.** |  |
| 11. | **Kombinezon ochronny medyczny** - z ochraniaczami na buty, klejone szwy, zapinany na zamek błyskawiczny, nieprzemakalny, rozmiar L, spełniający normę EN 14126**. – 1 szt.** |  |
| 12. | **Zestaw RKO –** maska do sztucznego oddychania**,** nożyczki ratownicze,  3 pary rękawiczek nitrylowych, 2 ściereczki do wytarcia klatki piersiowej, maszynka do golenia klatki piersiowej, żel do dezynfekcji rąk 60 ml. **- 1 zestaw.** |  |
| 13. | **Chusta trójkątna włókninowa** 100x100x141 cm. **- 10 szt.** |  |
| 14. | **ANTYKLESZCZ do usuwania kleszczy i jadu** (pompka). **- 1 szt.** |  |
| 15. | **Apteczka szafkowa z wyposażeniem -** na klucz, do zamocowania na ścianie. Wyroby medyczne oznakowane znakiem CE, termin ważności produktów sterylnych wynoszący min. 5 lat. Wyposażenie apteczki zgodne z normą DIN 13164. **- 1 szt.** |  |
| **Poz. 5 Zestaw drobnego sprzętu medycznego DO SALI EGZAMINACYJNEJ OSCE** (pozycja 22 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Pulsoksymetr napalcowy** - certyfikowany pulsoksymetr na palecz dwukolorowym wyświetlaczem OLED do pomiaru saturacji hemoglobiny krwi tętniczej (SpO2) oraz tętna. Funkcja sygnalizacji dźwiękowej pulsu podczas pomiaru oraz możliwość ustawienia alarmów. **- 2 szt.** |  |
| 2. | **Okulary ochronne -** wielokrotnego użytku, przezroczyste, nieparujące, oprawa wykonana z trwałego tworzywa oraz szybę pokrytą powłoką odporną na zarysowania. **- 2 szt.** |  |
| 3. | **Ciśnieniomierz zegarowy lekarski 6 calowy na statywie –** mobilny statyw z regulowaną wysokością**,** 6 calowa tarcza. W zestawie mankiet na rzep dla dorosłych, gruszka i spiralne przewody bez lateksu, pojemnik za tarczą pomiarową do przechowywania mankietów i przewodów. Gwarancja kalibracji 5 lat. **- 1 szt.** |  |
| 4. | **Elektroniczna waga medyczna podłogowa -** legalizowana, gwarancja 2 lata, zasilanie sieciowe i bateryjne, wyświetlacz LCD, obciążenie maksymalne: 300 kg, platforma antypoślizgowa, gumowane stopki umożliwiające regulację poziomu platformy, wzrostomierz. **- 1 szt.** |  |
| 5. | **Elektroniczna waga medyczna niemowlęca -** wyposażona w szalkę z polistyrenu, legalizowana, gwarancja 2 lata, wyświetlacz LCD, obciążenie maksymalne: 10/20 kg, dokładność odczytu 5/10 g, zakres tary - 20 kg, zasilanie sieciowe i bateryjne. **- 1 szt.** |  |
| 6. | **Termometr medyczny elektryczny bezdotykowy -** do pomiaru temperatury na czole, podświetlany wyświetlacz LCD, 2 tryby pomiaru temp.: skala Fahrenheita i Celsjusza, funkcja pamięci z zachowaniem wartości ostatnich wyników pomiaru, funkcja alarmu w wypadku podwyższonej temperatury ciała, czas pomiaru: ≤ 1 sek. **- 1 szt.** |  |
| 7. | **Stetoskop neonatalny dwustronny -** głowica wykonana ze stali nierdzewnej, zaprojektowana specjalnie do osłuchiwania noworodków. Obwódki głowicy - ciepłe, średnica membrany: 28 mm, średnica lejka: 16,5 mm. **- 1 szt.** |  |
| 8. | **Stetoskop pediatryczny – z** głowicą z dwutonową membraną, która umożliwia osłuchiwanie zarówno tonów niskich jak i wysokich w zależności od siły nacisku. Wymienna część głowicy - lejek pediatryczny/membrana pediatryczna. **- 1 szt.** |  |
| 9. | **Inklinometr** mechaniczny do mierzenia krzywizn ciała i zakresu ruchomości stawów, pozwalający na dokonywanie pomiarów zgięcia i wyprostu kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej jak również pomiar wartości kifozy i lordozy. **- 1 szt.** |  |
| 10. | **Miarka obwodu głowy niemowląt i noworodków** z nierozciągliwego teflonowego materiału syntetycznego do pomiaru obwodu głowy (przednia strona), jak i symetrii twarzy (strona tylna). **- 1 szt.** |  |
| 11. | **Glukometr** do pomiaru glukozy we krwi, z kompletem pasków, nakłuwaczem i jednorazowymi lancetami, instrukcja użycia zestawu, dzienniczek, etui. **- 1 szt.** |  |
| 12. | **Aparat do mierzenia ciśnienia –** zegarowy, z 3 mankietami: dla dzieci: 18 - 26 cm, dla dorosłych: 22 - 32 cm, XL: 33 - 51 cm. **- 1 zestaw.** |  |
| 13. | **Stojak na kroplówki -** mobilny, na 4 kółkach gumowanych, 4 uchwyty do płynów infuzyjnych, statyw ze stali chromowanej, podstawa może być wykonana z plastiku. **- 1 szt.** |  |
| 14. | **Wózek oddziałowy –** mobilny, na 4 kółkach (blokada na co najmniej 2 kołach), konstrukcja ze stali pokrytej lakierem proszkowym, 3 zdejmowane półki, uchwyt do prowadzenia, uchwyt worka na odpady medyczne. Wymiary: wysokość min. 85 cm, szerokość max 45 cm, długość max 65 cm (wymiar całkowity). **- 1 szt.** |  |
| 15. | **Parawan jednoskrzydłowy mobilny** - parawan metalowy, kółka jezdne, kolor materiału błękitny. Szerokość min. 75 cm, wysokość min. 170 cm, głębokość min. 50 cm. **- 1 szt.** |  |
| 16. | **Parawan trzyskrzydłowy mobilny –** parawan metalowy, kołka jezdne z hamulcem, kolor materiału błękitny. Szerokość jednego skrzydła min. 75 cm, wysokość min. 170 cm, głębokość min. 50 cm. **- 1 szt.** |  |
| **Poz. 6 Zestaw drobnego sprzętu medycznego DO SALI ĆWICZEŃ UMIEJĘTNOŚCI PIELĘGNIARSKICH** (pozycja 51 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Urządzenie do pomiaru cholesterolu i glukozy z paskami BeneCheck -** dwufunkcyjny system umożliwiający szybki i dokładny pomiar cholesterolu oraz glukozy, z elektrochemicznym czujnikiem i pamięcią do 410 pomiarów - 50 pomiarów cholesterolu, 360 glukozy. W zestawie paski, lancety. **- 1 szt.** |  |
| 2. | **Kompres tracheotomijny z wycięciem „O”** - 7,5x7,5jałowy, 4-warstwowy, 40 g**,** z włókniny kompresowej. **- 10 szt.** |  |
| 3. | **Wymiennik ciepła i wilgoci –** do rurek tracheostomijnych, port do odsysania, port do podawania tlenu. **- 5 szt.** |  |
| 4. | **Rurki ustno-gardłowe Guedela –** zestaw 8 rurek w pudełku. **– 1 zestaw.** |  |
| 5. | **Zestaw rurek Bermana –** 8 szt. w różnych rozmiarach **. - 1 zestaw.** |  |
| 6. | **Maski krtaniowe typu Cobra -** komplet 7 szt. w różnych rozmiarach (1; 1.5; 2; 2.5; 3, 4,5). **- 1 zestaw.** |  |
| 7. | **Stetoskop dwustronny: dorosły, dziecko –** z trzema dwustronnymi głowicami w różnych rozmiarach dla dorosłych, dzieci i niemowląt, 2 zapasowe membrany, 4 miękkie oliwki (o różnych kształtach), 2 twarde oliwki. Membrany dwutonowe umożliwiające odsłuchiwanie tonów niskich i wysokich w zależności od siły nacisku. **– 1 szt.** |  |
| 8. | **Staza automatyczna - 1 szt.** |  |
| 9. | **Worek samorozprężalny dla niemowląt –** z zaworem bezpieczeństwa, rezerwuar tlenu, dren tlenowy, maska obrotowa o 360° całkowicie przeźroczysta nr 1. **– 1 szt**. |  |
| 10. | **Worek samorozprężalny dla dorosłych** – z zaworem bezpieczeństwa, rezerwuar tlenu, dren tlenowy, maska nr 5. – **1 szt.** |  |
| 11. | **Nożyczki opatrunkowe -** 18 cm do cięcia bandaży i opatrunków. **- 2 szt.** |  |
| 12. | **Nożyczki chirurgiczne -** proste 17.5 cm, ze stali nierdzewnej. **- 10 szt.** |  |
| 13. | **Aparat do ćwiczeń oddechu - w**skazanie objętości wdychanego powietrza 600/900/1200 cm³/sek. **- 3 szt.** |  |
| 14. | **Wózek oddziałowy –** mobilny, na 4 kółkach (blokada na co najmniej 2 kołach), konstrukcja ze stali pokrytej lakierem proszkowym, 3 zdejmowane półki, uchwyt do prowadzenia, uchwyt worka na odpady medyczne. Wymiary: wysokość min. 85 cm, szerokość max 45 cm, długość max 65 cm (wymiar całkowity). **- 2 szt.** |  |
| 15. | **Parawan jednoskrzydłowy mobilny -** parawan metalowy, kółka jezdne, kolor materiału błękitny. Szerokość min. 75 cm, wysokość min. 170 cm, głębokość min. 50 cm. **- 1 szt.** |  |
| 16. | **Fartuch podfoliowany operacyjny –** rozm. M**,** mankiety z dzianiny, oddychający, nieprzemakalny, z troczkami,zapięcie na rzep na karku, sterylne opakowania jednostkowe. **- 10 szt.** |  |
| 17. | **CEWNIK FOLEYA 2 drożny 5ml lateksowy powleczony silikonem 12CH. - 10 szt.** |  |
| 18. | **Cewnik Foleya 2 drożny 30 ml lateksowy powleczony silikonem 16 CH. - 5 szt.** |  |
| 19. | **Cewnik Foleya lateksowy 12 ch 5 - 15 ml. - 30 szt.** |  |
| 20. | **Worek na mocz sterylny 2 L dren 90 cm** z zaworem spustowym poprzecznym. **- 10 szt.** |  |
| 21. | **Penseta anatomiczna uniwersalna 16 cm** ze stali nierdzewnej chirurgicznej. **- 5 szt.** |  |
| 22. | **Pean medyczny -** kleszcze naczyniowe proste, bez ząbków, 16 cm**. - 5 szt.** |  |
| 23. | **Zestaw infuzyjny z precyzyjnym regulatorem przepływu** w zakresie 5-250ml/h (dla gęstości 10%) i 5-200 ml/h (dla gęstości 40%), uniwersalne zakończenie drenu. **- 5 zestaw.** |  |
| 24. | **Nebulizator - z**estaw powinien zawierać: kompresor, nebulizator, przewód powietrza, maskę dla dzieci, maskę dla dorosłych, ustnik, końcówkę do nosa, filtry wymienne. **- 1 szt.** |  |
| 25. | **Wózek na brudną bieliznę** przeznaczony do worków tekstylnych o pojemności 2x70L z pokrywą. **- 2 szt.** |  |
| 26. | **Zestaw worków pościelowych do wózka na brudną bieliznę –** 70 l., 1 szt.worek z czerwonym paskiem i 1 szt. z niebieskim paskiem. **- 1 zestaw.** |  |
| 27. | **Pościel –** poszwa 160x200, poszewka 70x80, jednokolorowa - granatowa, bez wzorów, 100% bawełna. **- 7 szt.** |  |
| 28. | **Prześcieradło na łóżko szpitalne -** białe 160×240 cm**,** 100% bawełna. **- 7 szt.** |  |
| 29. | **Kołdra letnia -** 160x200, materiał 100% mikrofibra**,** wypełnienie: poliester maks. 350 g, kolor biały. **- 6 szt.** |  |
| **Poz. 7 Zestaw drobnego sprzętu medycznego DO SALI ĆWICZEŃ UMIEJĘTNOŚCI TECHNICZNYCH** (pozycja 70 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ……………………………………………………………………….** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Zestaw do cewnikowania -** jałowy, jednorazowego użytku, na tacy typu blister. Zestaw zawiera: kleszczyki i pęsetę, serwetę z otworem i bez otworu, min. 4 tupfery, min. 4 kompresy z gazy, strzykawkę 20 ml, igłę, woda sterylna w ampułce, żel poślizgowy w saszetce, rękawiczki rozmiar M (pakowane w papier). **- 10 zestawów.** |  |
| 2. | **Wanienka do dezynfekcji**  **3,5 l.** **- 2 szt.** |  |
| 3. | **Wózek oddziałowy –** mobilny, na 4 kółkach (blokada na co najmniej 2 kołach), konstrukcja ze stali pokrytej lakierem proszkowym, 3 zdejmowane półki, uchwyt do prowadzenia, uchwyt worka na odpady medyczne. Wymiary: wysokość min. 85 cm, szerokość max 45 cm, długość max 65 cm (wymiar całkowity). **- 1 szt.** |  |
| 4. | **Zestaw do kontrolowanej zbiórki stolca. - 1 zestaw.** |  |
| 5. | **Worki zbiorcze do zestawu kontrolowanej zbiórki stolca –** pojemność 1000 ml z filtrem węglowym. **- 2 szt.** |  |
| 6. | **Worek do zbiórki stolca z przylepcem -** worek z przylepcem hydrokoloidowym zakończonym kranikiem. **- 1 szt.** |  |
| 7. | **Parawan jednoskrzydłowy mobilny -** parawan metalowy, kółka jezdne, kolor materiału błękitny. Szerokość min. 75 cm, wysokość min. 170 cm, głębokość min. 50 cm. **- 1 szt.** |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 13** |
| **ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA CENTRUM** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz. 1 ZESTAW WYPOSAŻENIA POMIESZCZENIA KONTROLNEGO** (pozycja 17 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Oprogramowanie - 1 szt.** - do sterowania systemem telewizyjnym  z funkcjami: Sterowanie kamerami zrobotyzowanymi (wymienionymi w pkt. 7), wyświetlanie na ekranie monitora obrazu z 1-6 kamer. Sterowania kamerami za pomocą klawiatury (skróty klawiszowe), myszki (naciśnięcie na obrazie kamery i wykonanie jej ruchu) oraz kontrolera zewnętrznego podłączanego do portu USB (kontroler dostarczony wraz z oprogramowaniem). Oprogramowanie musi umożliwiać przełączanie się pomiędzy salami symulacyjnymi min. 3, w których znajdują się kamery. Oprogramowanie powinno zapewnić sterowania mikserem wizji, poprzez minimalną funkcjonalność - wybranie przycisku pod oknem kamery (kliknięcie przycisku pierwszego – przełączenie 1danej kamery na tor 1 - program, kliknięcie przycisku drugiego – przełączenie danej kamery na tor 2 - preview). Oprogramowanie musi posiadać funkcję ładowania scen kamer - zapamiętanych pozycji PTZ, poprzez kliknięcie na danej pozycji lewym przyciskiem myszy. Oprogramowanie skompilowane w architekturze 64-bitowej. Zestaw oprogramowania wyposażenia pomieszczenia kontrolnego powinno posiadać możliwość obsługi sesji symulacji oraz egzaminu OSCE. |  |
| 2. | **Stacja robocza** (do obsługi systemu) **- 1 szt**. - wyspecjalizowany komputer do montażu w obudowie rackowej z ruchomymi szynami, procesor co najmniej o ilości punktów passmark 13 tyś, minimum 16 GB RAM ECC, karta graficzna o ilości punktów passmark co najmniej 9 tys. wyposażona w 4 porty HDMI lub DP z adapterami HDMI. Minimum jeden dysk SSD 512GB M2 PCIe oraz dwa dyski SATA 2TB w RAID1). Wyposażona w kartę lub karty do przechwycenia łącznie trzech sygnałów SDI na slot PCI-E lub dwóch sygnałów SDI i jednego HDMI, klawiatura, mysz. Komputer skonfigurowany, przetestowany, gotowy do pracy.  System operacyjny fabrycznie zainstalowany przez producenta o następujących funkcjach:  - pełna integracja z domeną Active Directory MS Windows (posiadaną przez Zamawiającego) opartą na serwerach Windows Server 2019,  - zarządzanie komputerami poprzez Zasady Grup (GPO) Active Directory Microsoft Windows,  - nie wymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu,  - pełna obsługa ActiveX,  Wszystkie w/w funkcjonalności nie mogą być realizowane z zastosowaniem emulatorów i wirtualizacji systemu Microsoft Windows 10. Klucz instalacyjny systemu operacyjnego fabrycznie zapisany w BIOS komputera. Licencja wraz ze wszystkimi niezbędnymi oryginalnymi atrybutami oryginalności oprogramowania, jak np. etykieta potwierdzająca legalność systemu operacyjnego (etykieta ma być umieszczona w sposób trwały na obudowie).  Licencja MS Office Standard 2019 PL 64 bit EDU lub oprogramowanie równoważne, które musi spełniać minimalne poniższe wymagania poprzez wbudowane mechanizmy, bez użycia dodatkowych aplikacji.  Wymagania odnośnie interfejsu użytkownika:  - pełna polska wersja językowa interfejsu użytkownika,  - prostota i intuicyjność obsługi, pozwalająca na pracę osobom nieposiadającym umiejętności technicznych.  Oprogramowanie musi umożliwiać tworzenie i edycję dokumentów elektronicznych w ustalonym formacie, który spełnia następujące warunki:  - posiada kompletny i publicznie dostępny opis formatu,  - ma zdefiniowany układ informacji w postaci XML zgodnie z Załącznikiem 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (tj. Dz. U. 2017  r., poz. 2247).  - Oprogramowanie musi umożliwiać dostosowanie dokumentów i szablonów do potrzeb instytucji oraz udostępniać narzędzia umożliwiające dystrybucję odpowiednich szablonów do właściwych odbiorców;  - W skład oprogramowania muszą wchodzić narzędzia programistyczne umożliwiające automatyzację pracy i wymianę danych pomiędzy dokumentami i aplikacjami (język makropoleceń, język skryptowy);  - Do aplikacji musi być dostępna pełna dokumentacja w języku polskim;  Edytor tekstów musi umożliwiać:  - edycję i formatowanie tekstu w języku polskim wraz z obsługą języka polskiego w zakresie:  - sprawdzania pisowni i poprawności gramatycznej oraz funkcjonalnością słownika wyrazów bliskoznacznych i autokorekty,  - wstawianie oraz formatowanie tabel,  - wstawianie oraz formatowanie obiektów graficznych,  - wstawianie wykresów i tabel z arkusza kalkulacyjnego (wliczając tabele przestawne),  - automatyczne numerowanie rozdziałów, punktów, akapitów, tabel i rysunków,  - automatyczne tworzenie spisów treści,  - formatowanie nagłówków i stopek stron,  - śledzenie i porównywanie zmian wprowadzonych przez użytkowników w dokumencie,  - nagrywanie, tworzenie i edycję makr automatyzujących wykonywanie czynności,  - określenie układu strony (pionowa/pozioma),  - wydruk dokumentów,  - wykonywanie korespondencji seryjnej bazując na danych adresowych pochodzących z arkusza kalkulacyjnego i z narzędzia do zarządzania informacją prywatną,  - pracę na dokumentach utworzonych przy pomocy Microsoft Word 2003, 2007, 2010, 2013 i 2016, wykorzystywanych przez Zamawiającego, z zapewnieniem bezproblemowej konwersji wszystkich elementów i atrybutów dokumentu,  - zabezpieczenie dokumentów hasłem przed odczytem oraz przed wprowadzaniem modyfikacji,  - wymagana jest dostępność do oferowanego edytora tekstu bezpłatnych narzędzi umożliwiających wykorzystanie go jako środowiska kreowania aktów normatywnych i prawnych, zgodnie z obowiązującym prawem,  - wymagana jest dostępność do oferowanego edytora tekstu, bezpłatnych narzędzi (kontrolki) umożliwiających podpisanie podpisem elektronicznym pliku z zapisanym dokumentem, przy pomocy certyfikatu kwalifikowanego, zgodnie z wymaganiami obowiązującego w Polsce prawa.  Arkusz kalkulacyjny musi umożliwiać:  - tworzenie raportów tabelarycznych,  - tworzenie wykresów liniowych (wraz linią trendu), słupkowych, kołowych,  - tworzenie arkuszy kalkulacyjnych zawierających teksty, dane liczbowe oraz formuły przeprowadzające operacje matematyczne, logiczne, tekstowe, statystyczne oraz operacje na danych finansowych i na miarach czasu,  - tworzenie raportów z zewnętrznych źródeł danych (inne arkusze kalkulacyjne, bazy danych zgodne z ODBC, pliki tekstowe, pliki XML, webservice),  - obsługę kostek OLAP oraz tworzenie i edycję kwerend bazodanowych i webowych. Narzędzia wspomagające analizę statystyczną i finansową, analizę wariantową i rozwiązywanie problemów optymalizacyjnych,  - tworzenie raportów tabeli przestawnych umożliwiających dynamiczną zmianę wymiarów oraz wykresów bazujących na danych z tabeli przestawnych,  - wyszukiwanie i zamianę danych,  - wykonywanie analiz danych przy użyciu formatowania warunkowego,  - nazywanie komórek arkusza i odwoływanie się w formułach po takiej nazwie,  - nagrywanie, tworzenie i edycję makr automatyzujących wykonywanie czynności,  - formatowanie czasu, daty i wartości finansowych z polskim formatem,  - zapis wielu arkuszy kalkulacyjnych w jednym pliku,  - zachowanie pełnej zgodności z formatami plików utworzonych za pomocą oprogramowania Microsoft Excel 2003, 2007, 2010, 2013 i 2016 wykorzystywanych przez Zamawiającego, z uwzględnieniem poprawnej realizacji użytych w nich funkcji specjalnych i makropoleceń,  - zabezpieczenie dokumentów hasłem przed odczytem oraz przed wprowadzaniem modyfikacji.  Narzędzie do przygotowywania i prowadzenia prezentacji musi umożliwiać:  - przygotowywanie prezentacji multimedialnych,  - prezentowanie przy użyciu projektora multimedialnego,  - drukowanie w formacie umożliwiającym robienie notatek,  - zapisanie jako prezentacja tylko do odczytu,  - nagrywanie narracji i dołączanie jej do prezentacji,  - opatrywanie slajdów notatkami dla prezentera,  - umieszczanie i formatowanie tekstów, obiektów graficznych, tabel, nagrań dźwiękowych i wideo,  - umieszczanie tabel i wykresów pochodzących z arkusza kalkulacyjnego,  - odświeżenie wykresu znajdującego się w prezentacji po zmianie danych w źródłowym arkuszu kalkulacyjnym,  - możliwość tworzenia animacji obiektów i całych slajdów,  - prowadzenie prezentacji w trybie prezentera, gdzie slajdy są widoczne na jednym monitorze lub projektorze, a na drugim widoczne są slajdy i notatki prezentera,  - pełna zgodność z formatami plików utworzonych za pomocą oprogramowania Microsoft PowerPoint 2003, 2007, 2010, 2013 i 2016 wykorzystywanych przez Zamawiającego.  **Serwer - 1 szt.** - wyspecjalizowany komputer do montażu w szafie rack 19” z ruchomymi szynami. Min 4 kieszenie na dyski twarde, procesor co najmniej o ilości punktów passmark 14 tys., minimum 16 GB RAM, sprzętowy kontroler dysków twardych umożliwuający konfigurację  dysków w RAID 0/1/5/10/50, 2x dysk NLSAS 2TB z możliwością wyminay w czasie pracy, 2x dysk SSD 480GB z możliwością wyminay w czasie pracy. Karta sieciowa 2 portowa GbE. Redundantne zasilacze wymieniane w czasie pracy. Kontorler zdalnego zarządzania z dedykowanym portem RJ45 umożliwiający zdalną instalację systemu przez graficzną i tekstową konsolę oraz monitorowanie podzespołów serwera: temperatury, zasilacza, wentylatorów, proceosra, pamięć RAM, kontolera dysków i dysków twardych (fizycznych i logicznych), karty sieciowej. Gwarancja min 36m-cy, naprawa w miejscu instalcji serwera w następnym dniu roboczym. Komputer skonfigurowany, przetestowany, gotowy do pracy. |  |
| 3. | **Oprogramowanie - 1 szt. -** do compositingu wideo/rejestracji materiału - audiowizualnym mikser programowym wyposażony w funkcje: nagrywania materiału wynikowego, streamingu materiału do internetu, podłączenia co najmniej 1000 wejść (grafik, animacji, plansz, itp.), pokazaniu ekranu wynikowego na pełnym ekranie drugiego monitora, zapisywaniu layout'ów (presetów) kompozycji materiału wynikowego. |  |
| 4. | **Monitor – LED - 4 szt. -** o przekątnej ekranu wynoszącej min. 27", matryca matowa typu IPS, jasność 250 cd/m2, czas reakcji 5ms, złącze HDMI, DisplayPort, D-SUB, Hub USB 3.0, możliwość obracania ekranu (PIVOT).  **Telewizor - 1 szt. -** o przekątnej min. 65” 4K Ultra HD wraz z uchwytem do montażu na ścianie do zamontowania na sali symulacji w celu prezentacji materiałów dodatkowych podczas symulacji. |  |
| 5. | **Konwerter HDMI + USB na LAN - 4 zestawy -** zestaw konwerterów do przesyłu wizji oraz sterowania myszką i klawiaturą z serwerowni do 3 monitorów oraz 1 telewizora na odegłość min. 110m przy pomocy kabla sieciowego cat. 6.  Złącza w nadajniku TX:  - 1x HDMI, - 1x USB, - 1x LAN RJ45  - złącze zasilania  Złącza w odbiorniku RX:  - 1x HDMI, - 1x LAN RJ45, - 2x USB  - złącze zasilania  Obsługa rozdzielczości FHD (1920x1080) przy 60Hz, typ złączy HDMI. |  |
| 6. | **Profesjonalny mikser telewizyjny - 1 szt.** - posiadający co najmniej:  8 wejść (SDI lub HDMI), 1 tor realizacyjny, 1 wyjście AUX, złącze Ethernet, 1 wyjście Multiview. Działanie minimum w standardach  SD i HD. Sterowanie i konfiguracja miksera poprzez dedykowaną aplikację na komputerze typu PC. Komplet kabli, przejściówek oraz patchcordów umożliwiających konfigurację systemu. |  |
| 7. | **Krosownica wizyjna audio-wideo - 1 szt.** - pracująca w standardach co najmniej SD oraz HD, posiadająca co najmniej 40 wejść oraz wyjść SDI. Sterowanie i konfiguracja krosownicy poprzez dedykowaną aplikację na komputerze typu PC. Komplet kabli, przejściówek oraz patchcordów umożliwiających konfigurację systemu. |  |
| 8. | **Telewizyjna kamera zrobotyzowana PTZ SDI – 10 szt.** - przetwornik co najmniej ¼” CCD, obrót o co najmniej 340 stopni w poziomie oraz od -30st. do +90st. w pionie, sterowanie za pomocą protokołu VISCA przy pomocy gniazda RS 485/232, zoom optyczny co najmniej 12x, możliwość pracy w dwóch trybach: automatycznym oraz manualnym  (z opcją ustawienia ekspozycji: GAIN, IRIS, WB, SHUTTER) oraz funkcją automatycznej i manualnej regulacji ostrości. Możliwość zapamiętywania presetów PTZ, trybów pracy oraz parametrów ekspozycji w pamięci kamery (co najmniej sześć różnych ustawień). Możliwość pracy w pozycji odwróconej (umożliwiająca montaż sufitowy). Wyjście SDI. Centralny zasilacz na szynę DIN umożliwiający zasilenie z jednego miejsca wszystkich kamer. |  |
|  | **System przekazywania dźwięku na wybraną salę (interkom) – 1 zestaw** –wzmacniacz dźwięku z wyjściem 100 V zintegrowany z systemem wideo z możliwością nadawania dźwięku ze sterowni symulacji do wybranej sali symulacyjnej do głośników na niej zamontowanych, z głośnikami w zestawie (7 szt.). |  |
|  | **Mikrofony przewodowe** **– 10 szt**. do podwieszenia do sufitu, nad stanowiskami symulacyjnymi. Mikrofony zintegrowane z systemem wideo. |  |
| **Poz. 2 ELEKTRONICZNA BAZA DANYCH I APLIKACJA** (pozycja 86,pozycja 87 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Elektroniczna baza danych – 1 szt.** umieszczona na serwerze centrum symulacji, umożliwiająca wprowadzenie do bazy i zarządzanie: scenariuszami symulacyjnymi Niskiej Wierności (NW); scenariusze pośredniej wierności (PW) przedmioty specjalistyczne oraz scenariuszy wysokiej wierności (SWW) w tym scenariusze dla pacjentów standaryzowanych. Baza powinna umożliwić wprowadzenie scenariuszy symulacyjnych wraz z opisami i kartami ocen, schematy postępowania, materiały źródłowe, instrukcje prowadzenia symulacji, debriefingu itd. oraz materiały audio-video. Ostateczna liczbę rekordów bazy zostanie ustalona z Zamawiającym w trakcie prac nad przygotowaniem bazy. Zamawiający zapewnia konsultację z użytkownikami MCSM.  Baza powinna umożliwiać połączenie i udostępnianie swoich zasobów dla innych aplikacji wykorzystywanych w uczelni w tym aplikacji wspomagania nauczania skierowanej do studentów. Aplikacja webowa, zbudowana w języku PHP - korzystającej z bazy MySQL - z możliwymi rozszerzeniami, służącej do ułatwienia przeprowadzenia procesu dydaktycznego, kształcenia.  Oprogramowanie powinno umożliwiać: Obsługę modułów bazy danych, w których będą umieszczane wszystkie informacje na temat wykonywanego ćwiczenia, studenta, semestru itp. składające się z następujących modułów:  - moduł do zarządzania scenariuszami – możliwość generowania scenariuszy niskiej wierności, pośredniej wierności, wysokiej wierności, OSCE oraz dla pacjenta standaryzowanego; uwzględnienie relacji pomiędzy różnymi kategoriami scenariuszy; zautomatyzowanie pobierania informacji na temat: przygotowania stanowiska, efektów kształcenia, wykorzystanego sprzętu na dane ćwiczenie;  - moduł dydaktyczny (powiązany z modułem do zarządzania scenariuszami),  - moduł planów zajęć (wszelkie informacje na temat semestrów, studentów i prowadzących zajęcia w MCSM),  - moduł egzaminacyjny (test, do którego może być skierowany student – jednokrotnego, wielokrotnego wyboru lub otwarty),  moduł weryfikacji przeprowadzanych ćwiczeń (możliwość zaliczenia wykonywanych w kolejności ćwiczeń podczas danej symulacji –  w formie punktacji np. 0-3 lub wykonania ćwiczenia dobrze/źle, wyposażony w wariant weryfikacji punktów krytycznych), możliwość wydruku studentowi informacji na temat wykonywanego ćwiczenia, możliwość generowania kod qwerty,  - moduł inwentaryzacyjny (podający wartości sprzętu medycznego drobnego, wykorzystywanego podczas ćwiczenia i przechowywanego w salach ćwiczeniowych),  W ramach wykonywanych symulacji - każde poszczególne, wykonywane przez studentów ćwiczenie powinno się składać z następujących elementów: informacji o prowadzącym oraz o studencie/studentach, informacji na temat wykonywanej symulacji, informacji o przypadku scenariuszu/pacjencie, informacji o sposobie przygotowania stanowiska symulacyjnego, informacji o normach programowych realizowanych w dziedzinie danego ćwiczenia w tym wskazówki dotyczące prawidłowości wykonania.  Wykonana przez studenta symulacja w oprogramowaniu powinna umożliwić wystawienie oceny lub informacji, czy dany student ćwiczenie zaliczył, czy też nie – karta oceny według ustalonego wzorca.  Oprogramowanie ma umożliwiać prowadzącemu wykonanie testu wiedzy/umiejętności, który będzie powiązany z zaliczeniem danego etapu i wykonywanymi symulacjami w danym czasie.  Szczegóły techniczne:  **Aplikacja zainstalowana na serwerach** (serwer wirtualny uczelni – dostępny z sieci Internet oraz serwer systemu audiowizualnego – dostępny z sieci Centrum) z dostępem dla użytkowników przez przeglądarkę internetową.  Aplikacja obsługiwana przez przeglądarkę w wewnętrznej sieci uczelnianej poprzez adres IP komputera (serwera), na którym jest zainstalowana.  Oprogramowanie powinno posiadać odpowiednie typy użytkowników zgodnie z zasadami przeprowadzania egzaminów OSCE i szkolenia symulacyjnego i konfiguracji z ograniczeniem dostępu do informacji, które są przeznaczonych tylko dla danych typów użytkowników.  Dostęp do informacji dla danych typy użytkowników tylko przez system logowania z hasłem.  Interfejs użytkownika musi zapewnić łatwą obsługę dla osób posiadających minimalne umiejętności posługiwania się komputerem.  Interfejs użytkownika musi być responsywny tzn. dopasowujący się do różnych rozmiarów ekranów urządzeń użytkownika: komputer stacjonarny, tablety, telefony, itp.  Oprogramowanie musi być sprzężone programowo z systemem audiowizualnym do prowadzenia rejestracji z procedur symulacji medycznych, w następujący sposób:  Oprogramowanie musi łączyć się z oprogramowaniem do sterowania kamerami zrobotyzowanymi (komunikacja pomiędzy obydwoma aplikacjami) i w sposób zsynchronizowany w obu aplikacjach wyzwalać jednocześnie start i stop rozpoczęcia symulacji / rejestracji materiału;  Oprogramowanie musi mieć możliwość automatycznego załadowania pliku video, nagranego podczas symulacji (w celu np. debriefingu);  Oprogramowanie musi mieć wbudowany player wideo, w którym będzie możliwość przygotowania materiału wideo do prebriefingu, debriefingu.  Przechodzenie do czasu danego miejsca w filmie, poprzez kliknięcie  w oknie komentarzy (materiałów spływających od symulatora lub komentarza) na dany wiersz i przejście do tego miejsca na filmie; Nakładania komentarzy (materiałów spływających od symulatora lub komentarz), Dodawanie ręczne komentarzy; Wyświetlenie napisów komentarzy dla osób niepolskojęzycznych / niesłyszących; Wyświetlenie wcześniej przygotowanych przez technika tekstów mówionych przez osoby uczestniczące w symulacji; Oznaczenie ręczne markerów (np. obrysowanie danego miejsca, na które warto zwrócić uwagę podczas debriefingu) na playerze wideo; Dodanie i wyświetlenie w oknie przeglądarki w przypisanym do filmu momencie grafik, które mają pomóc w analizie podczas debriefingu.  Interfejs komunikacji pomiędzy aplikacją z serwerem OSCE,  a symulatorami zostanie zapewniony przez dostawcę symulatorów medycznych. Zadaniem dostawcy oprogramowania jest jedynie przyjęcie danych w sposób ustalony pomiędzy uczelnią, a dostawcą symulatorów.  W sytuacji potrzeby innego rodzaju symulatorów przez uczelnię  (w przyszłości), powinno być ono umożliwione poprzez zaprojektowany wcześniej interfejs oprogramowania OSCE. Wykonawca umożliwi uczelni przesyłanie do innego dostawcy symulatorów protokołu komunikacji serwera bazy scenariuszy i zlecenie przygotowania tego typu podłączenia przez dostawcę kolejnego osprzętu medycznego, bez konieczności ingerencji dostawcy oprogramowania bazy scenariuszy. Przesyłane dane pomiędzy symulatorem, a serwerem to co najmniej: komentarze i zdarzenia (events) w oknie komentarzy spływające z symulatora oraz informacje na temat rysowanych przez symulator wykresów na ekranie monitora pacjenta. Oprogramowanie musi przechwytywać dane na temat lokalizacji pliku audiowizualnego każdej z symulacji we współpracy  z mikserem wizyjnym programowym i łączyć to nagranie (w bazie danych) z danymi informacjami na temat aktualnie wykonywanej symulacji medycznej.  Do oferty należy załączyć wersję elektronicznej bazy danych na płycie CD/USB w celu umożliwienia sprawdzenia funkcjonalności bazy pod kątem zgodności z przedstawionymi wymaganiami minimalnym. |  |
| **Poz. 3 STANOWISKO KOMPUTEROWE – 1 szt.** (pozycja 20 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Komputer typu laptop - 1 szt**. - o parametrach: procesor o ilości punktów passmark min. 10 tys, 8GB pamięci RAM z możliwością rozbudowny do 16GB, dysk twardy SSD M.2 PCIe 256GB, matryca 14” matowa, LED, IPS, rozdzielczość natwyna 1920x1080 (FullHD), karta graficzna oraz dźwiękowa zintegrowana, kamera internetowa 1Mpx z mikrofonem i wbudowaną zaślepką, karta sieciowa LAN 10/100/1000Mbps, karta sieciowa WiFi 6 (802.11 a/b/g/n/ac/ax), Moduł Bluetooth, złącza: USB 3.1 Gen. 1 (USB 3.0) - 1 szt, USB Typu-C (z Thunderbolt 4) - 1 szt, HDMI 1.4 - 1 szt., USB 2.0 - 1 szt., RJ-45 (LAN) - 1 szt., czytnik linii papilarnych, klawiatura podświetlana, odporna na zalanie z manipulatorem kulowym, moduł szyfrowania TPM, waga max 1,7kg.  System operacyjny fabrycznie zainstalowany przez producenta o następujących funkcjach:  - pełna integracja z domeną Active Directory MS Windows (posiadaną przez Zamawiającego) opartą na serwerach Windows Server 2019,  - zarządzanie komputerami poprzez Zasady Grup (GPO) Active Directory Microsoft Windows,  - nie wymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu,  - pełna obsługa ActiveX,  Wszystkie w/w funkcjonalności nie mogą być realizowane z zastosowaniem emulatorów i wirtualizacji systemu Microsoft Windows 10. Klucz instalacyjny systemu operacyjnego fabrycznie zapisany w BIOS komputera. Licencja wraz ze wszystkimi niezbędnymi oryginalnymi atrybutami oryginalności oprogramowania, jak np. etykieta potwierdzająca legalność systemu operacyjnego (etykieta ma być umieszczona w sposób trwały na obudowie).  Licencja MS Office Standard 2019 PL 64 bit EDU lub oprogramowanie równoważne, które musi spełniać minimalne poniższe wymagania poprzez wbudowane mechanizmy, bez użycia dodatkowych aplikacji.  Wymagania odnośnie interfejsu użytkownika:  - pełna polska wersja językowa interfejsu użytkownika,  - prostota i intuicyjność obsługi, pozwalająca na pracę osobom nieposiadającym umiejętności technicznych.  Oprogramowanie musi umożliwiać tworzenie i edycję dokumentów elektronicznych w ustalonym formacie, który spełnia następujące warunki:  - posiada kompletny i publicznie dostępny opis formatu,  - ma zdefiniowany układ informacji w postaci XML zgodnie z Załącznikiem 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (tj. Dz. U. 2017 r., poz.2247).  - Oprogramowanie musi umożliwiać dostosowanie dokumentów i szablonów do potrzeb instytucji oraz udostępniać narzędzia umożliwiające dystrybucję odpowiednich szablonów do właściwych odbiorców;  - W skład oprogramowania muszą wchodzić narzędzia programistyczne umożliwiające automatyzację pracy i wymianę danych pomiędzy dokumentami i aplikacjami (język makropoleceń, język skryptowy);  - Do aplikacji musi być dostępna pełna dokumentacja w języku polskim;  Edytor tekstów musi umożliwiać:  - edycję i formatowanie tekstu w języku polskim wraz z obsługą języka polskiego w zakresie:  - sprawdzania pisowni i poprawności gramatycznej oraz funkcjonalnością słownika wyrazów bliskoznacznych i autokorekty,  - wstawianie oraz formatowanie tabel,  - wstawianie oraz formatowanie obiektów graficznych,  - wstawianie wykresów i tabel z arkusza kalkulacyjnego (wliczając tabele przestawne),  - automatyczne numerowanie rozdziałów, punktów, akapitów, tabel i rysunków,  - automatyczne tworzenie spisów treści,  - formatowanie nagłówków i stopek stron,  - śledzenie i porównywanie zmian wprowadzonych przez użytkowników w dokumencie,  - nagrywanie, tworzenie i edycję makr automatyzujących wykonywanie czynności,  - określenie układu strony (pionowa/pozioma),  - wydruk dokumentów,  - wykonywanie korespondencji seryjnej bazując na danych adresowych pochodzących z arkusza kalkulacyjnego i z narzędzia do zarządzania informacją prywatną,  - pracę na dokumentach utworzonych przy pomocy Microsoft Word 2003, 2007, 2010, 2013 i 2016, wykorzystywanych przez Zamawiającego, z zapewnieniem bezproblemowej konwersji wszystkich elementów i atrybutów dokumentu,  - zabezpieczenie dokumentów hasłem przed odczytem oraz przed wprowadzaniem modyfikacji,  - wymagana jest dostępność do oferowanego edytora tekstu bezpłatnych narzędzi umożliwiających wykorzystanie go jako środowiska kreowania aktów normatywnych i prawnych, zgodnie  z obowiązującym prawem,  - wymagana jest dostępność do oferowanego edytora tekstu, bezpłatnych narzędzi (kontrolki) umożliwiających podpisanie podpisem elektronicznym pliku z zapisanym dokumentem, przy pomocy certyfikatu kwalifikow., zgodnie z wymaganiami obowiązującego w Polsce prawa.  Arkusz kalkulacyjny musi umożliwiać:  - tworzenie raportów tabelarycznych,  - tworzenie wykresów liniowych (wraz linią trendu), słupkowych, kołowych,  - tworzenie arkuszy kalkulacyjnych zawierających teksty, dane liczbowe oraz formuły przeprowadzające operacje matematyczne, logiczne, tekstowe, statystyczne oraz operacje na danych finansowych i na miarach czasu,  - tworzenie raportów z zewnętrznych źródeł danych (inne arkusze kalkulacyjne, bazy danych zgodne z ODBC, pliki tekstowe, pliki XML, webservice),  - obsługę kostek OLAP oraz tworzenie i edycję kwerend bazodanowych i webowych. Narzędzia wspomagające analizę statystyczną i finansową, analizę wariantową i rozwiązywanie problemów optymalizacyjnych,  - tworzenie raportów tabeli przestawnych umożliwiających dynamiczną zmianę wymiarów oraz wykresów bazujących na danych z tabeli przestawnych,  - wyszukiwanie i zamianę danych,  - wykonywanie analiz danych przy użyciu formatowania warunkowego,  - nazywanie komórek arkusza i odwoływanie się w formułach po takiej nazwie,  - nagrywanie, tworzenie i edycję makr automatyzujących wykonywanie czynności,  - formatowanie czasu, daty i wartości finansowych z polskim formatem,  - zapis wielu arkuszy kalkulacyjnych w jednym pliku,  - zachowanie pełnej zgodności z formatami plików utworzonych za pomocą oprogramowania Microsoft Excel 2003, 2007, 2010, 2013 i 2016 wykorzystywanych przez Zamawiającego, z uwzględnieniem poprawnej realizacji użytych w nich funkcji specjalnych i makropoleceń,  - zabezpieczenie dokumentów hasłem przed odczytem oraz przed wprowadzaniem modyfikacji.  Narzędzie do przygotowywania i prowadzenia prezentacji musi umożliwiać:  - przygotowywanie prezentacji multimedialnych,  - prezentowanie przy użyciu projektora multimedialnego,  - drukowanie w formacie umożliwiającym robienie notatek,  - zapisanie jako prezentacja tylko do odczytu,  - nagrywanie narracji i dołączanie jej do prezentacji,  - opatrywanie slajdów notatkami dla prezentera,  - umieszczanie i formatowanie tekstów, obiektów graficznych, tabel, nagrań dźwiękowych i wideo,  - umieszczanie tabel i wykresów pochodzących z arkusza kalkulacyjnego,  - odświeżenie wykresu znajdującego się w prezentacji po zmianie danych w źródłowym arkuszu kalkulacyjnym,  - możliwość tworzenia animacji obiektów i całych slajdów,  - prowadzenie prezentacji w trybie prezentera, gdzie slajdy są widoczne na jednym monitorze lub projektorze, a na drugim widoczne są slajdy i notatki prezentera,  - pełna zgodność z formatami plików utworzonych za pomocą oprogramowania Microsoft PowerPoint 2003, 2007, 2010, 2013 i 2016 wykorzystywanych przez Zamawiającego. |  |
| 2. | **Zasilacz awaryjny UPS do szafy serwerowej – 1 szt.** - montaż w szafie rack 19”, max. wysokość 2U, moc wyjściowa 1,5kVA, napięcie wyjściowe 230V, 4x IEC 320 C13, czas przełączania 2ms, opcja zimnego startu, system automatycznego testu baterii, wyświetlacz statusu led ze wskaźnikiem: pracy online; zasilanie akumulatorowe; wymień baterię; przeciążenie. Wielofunkcyjna konsola sterownicza i informacyjna lcd, alarm przy zasilaniu z akumulatora, alarm przy bardzo niskim poziomie naładowania, konfigurowalne opóźnienia, interfejsy RJ-45 10/100 Base-T, RJ-45 Serial, SmartSlot, USB, dedykowane oprogramowanie producenta do zarządzania zasilaczem dla systemów Linux oraz Windows. Certyfiakty i zgodniości z: CE, EAC, EN/IEC 62040-1, EN/IEC 62040-2, RCM, VDE. |  |
| 3. | **Punkty dostępowe WiFi – 5 szt.** - pasmo częstotliwości: 2,4 GHz oraz 5GHz, moc nadawania: min. 22 dBm, obsługiwane standardy WiFi: IEEE 802.11a/b/g/n/ac, port: 1x Gigabit Ethernet 10/100/1000, możliwość montowania na ścianie lub suficie, przycisk resetu, możliwość zarządzania przez kontroler (oprogramowanie kontrolera powinno być dostępne bezpłatnie do pobrania ze strony producenta z możliwością instalacji na systemie Windows, macOS oraz Debian/Ubuntu Linux), zasilacz oraz adapter Gigabit POE.  **Przełącznik sieciowy - 2 szt.** - 24 porty 10/100/1000Mpbs, 2 porty SFP+, port typu PoE-IN, dual boot, montaż w szafie RACK 19”, 4x Moduł SFP 1.25G SM 20km 1310nm DDM LC, 2x patchcord 1M SM LC/SC, 1x patchcord 1M SM LC/LC. np. CRS326-24G-2S+RM. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 14** |
| **MEBLE MEDYCZNE** |

**Oferta stanowi „Pakiet”, oferent składa ofertę na całość przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz. 1 ZESTAW MEBLI MEDYCZNYCH I – 1 szt.** (pozycja 16 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….……………………………………………………………………** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Wózek wielofunkcyjny** – 1 **szt**. - wyposażony w wysuwany blat boczny, pojemniki na odpady, wysuwane szuflady, nadstawkę z minimum 10 przezroczystymi pojemnikami.  Wykonany z tworzywa ABS, mobilny - na czterech kółkach (cichobieżne, minimum dwa z blokadą), górna półka wyposażona w relingi umiejscowione na trzech krawędziach.  Wymiary - minimum: długość 625 mm, szerokość 475 mm, wysokość 930 mm. |  |
| 2. | **Stolik 3 półkowy z uchwytem do prowadzenia – 2 szt. -** wykonany z tworzywa ABS, mobilny - na czterech kółkach (minimum dwa z blokadą).  Wymiary: długość min. 60 cm - max. 65 cm, szerokość: min. 40 cm - max. 45 cm, wysokość: min. 95 cm - max. 1 m. |  |
| 3. | **Łóżeczko dla noworodków – 1 szt. -** leże wykonane z plastikowego tworzywa, wyposażone w materacyk.  Przejezdne, wyposażone w min. 2 koła z blokadą, stelaż z rurek stalowych lakierowanych proszkowo – możliwość wyboru koloru na etapie dostawy z wzornika kolorów oferowanych przez producenta. |  |
| 4. | **Taboret chromowany – 2 szt. -** na kółkach, regulacja wysokości, siedzisko tapicerowane skórą ekologiczną – możliwość wyboru koloru siedziska na etapie dostawy z wzornika kolorów oferowanych przez producenta. |  |
| **Poz. 2 ZESTAW MEBLI MEDYCZNYCH II – 1 szt.** (pozycja 23 z wniosku o dofinansowanie) | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu ………………………………………………………………….……** (*uzupełnić*) | | |
| **Producent, rok produkcji …………………………….………………………………………………………………….…** (*uzupełnić*) | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | **Wózek wielofunkcyjny – 1 szt**. - wyposażony w wysuwany blat boczny, pojemniki na odpady, wysuwane szuflady, nadstawkę z minimum 10 przezroczystymi pojemnikami.  Wykonany z tworzywa ABS, mobilny - na czterech kółkach (cichobieżne, minimum dwa z blokadą), górna półka wyposażona w relingi umiejscowione na trzech krawędziach.  Wymiary - minimum: długość 625 mm, szerokość 475 mm, wysokość 930 mm. |  |
| 2. | **Stolik do badania oraz pielęgnacji niemowląt** – **1 szt.** - z szafką pod blatem, atestowany. Podstawa ze stalowych profili malowanych proszkowo w kolorze białym, blat tapicerowany skórą ekologiczną, z kołnierzem z pianki z tyłu i po bokach - możliwość wyboru koloru na etapie dostawy z wzornika kolorów oferowanych przez producenta. |  |
| 3. | **Stopień rehabilitacyjny** – 1 szt. - z platformą umieszczoną na jednej wysokości, wykonany z metalu oraz z materiału nieprzewodzącego np. guma. Wymiary - minimum: szerokość 50 cm, wysokość 24 cm, głębokość 26 cm. |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis Wykonawcy