

AG/ZP-03/2023 Załącznik nr 3E do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**PAKIET 5 STANOWISKO DO INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKÓW**

Producent:

Oferowany model/typ:

Rok produkcji (wymagany fabrycznie nowy):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp**. | **Parametry techniczne – warunki graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **STANOWISKO DO INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKÓW** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat fabrycznie nowy, nie starszy niż rocznik 2021 | Tak |  |
|  | Inkubator przeznaczony do intensywnej opieki nad noworodkiem | Tak |  |
|  | Inkubator stacjonarny o stabilnej konstrukcji umieszczony na podstawie jezdnej. Wszystkie kółka wyposażone w hamulce | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V, 50 Hz | Tak |  |
|  | Podstawa z elektrycznie regulowaną wysokością umożliwiająca dostęp do dziecka przebywającego w inkubatorze z pozycji siedzącej dla rodziców. Regulacja podstawy realizowana z obu stron inkubatora | Tak |  |
|  | Materacyk o udokumentowanych właściwościach przeciwodleżynowych | Tak |  |
|  | Po dwa otwory pielęgnacyjne na ściankach bocznych i min. 1 od strony czołowej. Otwory pielęgnacyjne z cichym zamykaniem. | Tak |  |
|  | System cyrkulacji powietrza pod kopułą tworzący kurtynę, zwiększany przy otwarciu ścianki bocznej, zapewniając w ten sposób minimalizację spadku temperatury wewnątrz kopuły inkubatora. Dysze wylotu powietrza w podstawie leża skierowane pionowo do góry. | Tak |  |
|  | Regulacja pochylenia materacyka +/-12 stopni | Tak |  |
|  | Otwierana ścianka boczna z podwójnym zabezpieczeniem przed przypadkowym otwarciem. | Tak |  |
|  | Podstawa materacyka obrotowa (obrót 360º), zapewniająca optymalny dostęp do pacjenta bez konieczności przemieszczania go do celów zabiegowych | Tak |  |
|  | Podstawa materacyka wysuwana obustronnie | Tak |  |
|  | Prowadnice do wprowadzenia kasety rtg pod materacyk bez konieczności przemieszczania dziecka, ze znacznikami pozycji kasety | Tak |  |
|  | Konstrukcja kopuły dwuścienna | Tak |  |
|  | Uszczelnione otwory (przepusty) na rury, przewody monitorowania, cewniki | Tak |  |
|  | Automatyczny dobór temperatury komfortu cieplnego dla przyjmowanego noworodka na podstawie: wieku ciążowego, wagi oraz wieku urodzeniowego noworodka | Tak |  |
|  | Głośniki alarmów umieszczone w sposób ograniczający poziom hałasu oddziałującego na pacjenta | Tak |  |
|  | Średni poziom hałasu pod kopułą 40dB | Tak |  |
|  | System bezdotykowego wyciszania alarmów | Tak |  |
|  | Układ automatycznej regulacji nawilżania (servo) | Tak |  |
|  | Zakres regulacji nawilżania (30÷90)%. | Tak |  |
|  | Zbiornik na wodę umieszczony poza przedziałem pacjenta. Nie dopuszcza się bezpośredniego kontaktu wody w zbiorniku z powietrzem obiegającym przedział noworodka. Poziom wody w zbiorniku, widoczny dla personelu. | Tak |  |
|  | System nawilżania i podaży nawilżonego powietrza do przestrzeni inkubatora niwelujący drobnoustroje | Tak |  |
|  | Układ automatycznej regulacji stężenia tlenu (servo) | Tak |  |
|  | Układ automatycznej regulacji temperatury (servo) bazujący na pomiarach temperatury skóry noworodka | Tak |  |
|  | Układ automatycznej regulacji temperatury (servo) bazujący na pomiarach temperatury powietrza w kopule | Tak |  |
|  | Panel sterujący z dużym, dotykowym kolorowym wyświetlaczem (ekranem) powyżej 10 cali umieszczonym centralnie, do konfiguracji pracy inkubatora, oraz prezentacji mierzonych parametrów | Tak |  |
|  | Ekran sterowania i wyświetlania dostępny z obu stron inkubatora. | Tak |  |
|  | Jednoczesne cyfrowe wyświetlanie temperatury nastawionej i rzeczywistej (zmierzonej) | Tak |  |
|  | Alarmy akustyczno-optyczne monitorowanych parametrów oraz braku wody w pojemniku nawilżacza | Tak |  |
|  | Wykonywanie automatycznie testu sprawdzającego po włączeniu do sieci | Tak |  |
|  | Wbudowana elektroniczna waga dla noworodka | Tak |  |
|  | Szyny umożliwiające mocowanie akcesoriów do inkubatora min.2 | Tak |  |
|  | Możliwość przesyłania danych do urządzeń zewnętrznych; wbudowane połączenia IT (min.2) | Tak |  |
|  | Min. okres gwarancji 24 MIESIĘCY | Tak |  |

\* wypełnia Wykonawca UWAGA!!!

**Brak wpisu w polach parametr oferowany lub nie spełnienie zapisów poszczególnych warunków parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty Wykonawcy.**

Oświadczamy, że oferowane urządzenie/sprzęt/wyposażenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

.................................................................................

miejscowość i data

...............................................................................

podpis i pieczątka osoby uprawnionej

**Dokument elektroniczny, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**