|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 1a do SWZ****OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA****Pakiet 1 - pompa insulinowa z CGM – 5 szt.** |  |  |
| **producent ………………...……………………………………….** |  |  |
| **model/ typ…………………...……………………………...……** |  |  |
| **rok prod. ………………………………………...………………….** |  |  |
| **Pochodzenie (kraj produkcji) ………………………………** |  |  |
| **klasa wyrobu medycznego ………………………………….** |  |  |
| **Lp** | **Parametr wymagany** | **Warunek graniczny** | **Parametr oferowany** - podać nr strony oraz zaznaczyć lp niniejszej tabeli w załączonym materiale informacyjnym w celu potwierdzenia spełnienia parametru. W przypadku innego nazewnictwa udokumentować tożsamość  |
|  | Osobista pompa insulinowa dla dorosłych do ciągłej podaży insuliny z CGM | Tak |   |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe - rok produkcji 2024 | Tak, podać |   |
|  | Masa pompy z baterią i pełnym pojemnikiem na insulinę (g) | Tak, podać |   |
|  | Zasilanie pompy: baterie AA lub AAA (powszechnie dostępne w placówkach handlowych, na stacjach paliw, w kioskach typu „RUCH”, sklepach ze sprzętem AGD i RTV, itp.). Informacja wyświetlana na ekranie w postaci ikon o zużyciu baterii. Alarm niskiego poziomu naładowania baterii wyświetlana min. 2 doby przed wyczerpaniem baterii | Tak, podać |   |
|  | Menu pompy w pełnym zakresie w j. polskim lub w postaci czytelnych ikon opisanych w instrukcji obsługi w języku polskim | Tak |   |
|  | Alarm informujący o zatrzymaniu pompy | Tak |   |
|  | Mechaniczna blokada pompy uniemożliwiająca samoistne odkręcenie drenu i baterii. | Tak |   |
|  | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem nie mniej niż IPX8 | Tak, podać |   |
|  | Zakres temperatury pracy, w zakres nie mniejszym niż +5 do + 37 [oC] | Tak, podać |   |
|  | Bolus standardowy /normalny - dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus, maksymalny czas trwania nie mniej niż 7 h | Tak, podać |   |
|  | Bolus przedłużony - dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus, maksymalny czas trwania bolusa nie mniej niż 7 h | Tak, podać |   |
|  | Bolus złożony/podwójny/wielofalowy - dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus, maksymalny czas trwania bolusa nie mniej niż 7 h | Tak, podać |   |
|  | Czasowa zmiana bazy / dawki podstawowej. Możliwe procentowe lub jednostkowe zwiększanie lub zmniejszanie dawki bazowej, co 30 minut z automatycznym powrotem do wyjściowego wlewu podstawowego po zaprogramowanym czasie. | Tak |   |
|  | Pamięć pompy z min. 30 ostatnich dni (historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej, czasowej zmiany bazy, wypełnień drenów) | Tak, podać |   |
|  | Wewnętrzny kalkulator bolusa umożliwiający ustawienie w kilku przedziałach czasowych oraz z możliwością wyboru przez użytkownika ustawień: gramy lub wymienniki węglowodanowe w kalkulatorze bolusa. Kalkulator wyposażony w funkcję aktywnej insuliny z możliwością czasu ustawienia aktywnej insuliny przez użytkownika. Nie dopuszcza się kalkulatora bolusa w urządzeniu zewnętrznym typu smartfon- komunikujący się z pompą za pomocą komunikacji bluetooth. | Tak, podać |   |
|  | Automatyczne wypełnienie drenu: nieograniczona liczba wypełnień drenów w ciągu doby bezpośrednio tylko za pomocą funkcji w pompie | Tak |   |
|  | Automatyczne rozpoznanie przez pompę ilości insuliny w zbiorniczku | Tak |   |
|  | Zestawy infuzyjne: wkłucia: metalowe (sztywne) oraz z tworzyw sztucznych (elastyczne). Możliwość zastosowania zestawów infuzyjnych i wkuć innych producentów | Tak, podać |   |
|  | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania do podłączenia | Tak |   |
|  | Dodatkowe akcesoria do osobistej pompy insulinowej, które muszą być systematycznie wymieniane zgodnie z instrukcją obsługi, Wykonawca dostarczy bezpłatnie w okresie udzielonej gwarancji dla każdej pompy (nie dotyczy zestawów infuzyjnych, zbiorników na insulinę, baterii) | Tak |   |
|  | Zestawy infuzyjne min. 4 szt. (dostarczane przy dostawie do każdej pompy) | Tak, podać |   |
|  | Zbiorniki na insulinę min. 4 szt. (dostarczane przy dostawie do każdej pompy) | Tak, podać |   |
|  | Baterie zapasowe min. 4 szt. (dostarczane przy dostawie do każdej pompy) | Tak, podać |   |
|  | Aplikator do zestawów infuzyjnych (dostarczany przy dostawie do każdej pompy) | Tak |   |
|  | Etui ochronne (dostarczane przy dostawie do każdej pompy) | Tak |   |
|  | Dostępność zestawów infuzyjnych, zbiorników na insulinę w punktach sprzedaży na terenie całego kraju (minimum w miastach wojewódzkich) | Tak |  |
|  | Odbiornik na każdą pompę do systemu CGM. | Tak |  |
| **Warunki gwarancji** |
|  | Gwarancja min. 48 miesięcy, max. 60 miesięcy | Tak, podać |  |
|  | Możliwość stosowania wkucia innych producentów, których stosowanie nie powoduje utraty gwarancji |  |  |
|  | Wykonawca zapewni w okresie gwarancji dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (całodobowa infolinia) | Tak |  |
|  | W okresie udzielonej gwarancji w przypadku uszkodzenia pompy (z wyłączeniem uszkodzeń mechanicznych z winy użytkownika) wymiana na nową pompę o parametrach identycznych lub wyższych licząc od momentu zgłoszenia przez użytkownika na infolinię w czasie maksymalnym do 48 h roboczych tj. z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dniu ustawowo wolnych od pracy, przesyłka pompy na koszt firmy. | Tak |  |
|  | Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz podłączenie pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia pacjenta dla każdego pacjenta. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim w formie papierowej oraz elektronicznej, zawierająca opis wszystkich komunikatów wyświetlanych przez pompę. | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy bezterminową licencję na program i urządzenia konieczne do sczytywania danych przez komputer ośrodkowi diabetologicznemu prowadzącemu terapię w ilości min. 5 szt.Wymogi dotyczące programu do sczytywania pamięci pompy: - aktualne dane (wszystkie możliwe z jednego sczytania pompy, na wykresach lub w formie tabelarycznej: dokładna dawka, czas z dokładnością podania bazy przez pompę), - historia bolusów (rodzaj, dawka i godzina podania bolusa), - historia wypełnień drenu, - wykresy dzienne na których muszą być przedstawione: stosowana w danym dniu baza podstawowa, czasowa zmiana bazy, zaznaczenie momentu zatrzymania i włączenia pompy, wszystkie podane bolusy z rozróżnieniem rodzaju i oznaczeniem czasu podania w tym przedłużonego, wyniki glikemii przesłane ze współpracującego glukometru, - historia alarmów. | Tak |  |
|  | Wymagane informacje zawarte na stronie internetowej Wykonawcy: - numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informację dotyczącą problemów technicznych związanych z korzystaniem z pomp insulinowych, - telefon lokalnych przedstawicieli z godzinami pracy, - zasady obsługi pompy insulinowej, - dane dotyczące osprzętu do pompy (rodzaje wkuć, strzykawek baterii i ich cen itp.). Zamawiający dopuszcza informacje o cenach wkuć, strzykawek oraz innych akcesoriów dostępną na stronie dystrybutorów, do których linki znajdują się na stronie internetowej producenta. | Tak |  |

**Parametry:**

Parametr wymagany „TAK” – w przypadku potwierdzenia parametrów wymaganych Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” „TAK”

Parametr wymagany „TAK PODAĆ” – w przypadku wskazania parametru wymaganego Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” pełny opis parametrów wymaganych przez Zamawiającego z wskazaniem **konkretnych wartości**

Pozostawienie pustego pola będzie oznaczało, że Wykonawca nie podał wymaganych danych, a oferta będzie podlegała odrzuceniu.

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pakiet 2 - pompa insulinowa z CGM oraz automatyczną korektą wysokiej glikemii i podaży insuliny – 5 szt.** |  |  |
| **producent ………………...……………………………………….** |  |  |
| **model/ typ…………………...……………………………...……** |  |  |
| **rok prod. ………………………………………...………………….** |  |  |
| **Pochodzenie (kraj produkcji) ………………………………** |  |  |
| **klasa wyrobu medycznego ………………………………….** |  |  |
| **Lp** | **Parametr wymagany** | **Warunek graniczny** | **Parametr oferowany** - podać nr strony oraz zaznaczyć lp niniejszej tabeli w załączonym materiale informacyjnym w celu potwierdzenia spełnienia parametru. W przypadku innego nazewnictwa udokumentować tożsamość  |
|  | Osobista pompa insulinowa dla dorosłych do ciągłej podaży insuliny z CGM oraz automatyczną korektą wysokiej glikemii i podaży insuliny  | Tak |   |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe - rok produkcji 2024 | Tak, podać |   |
|  | Masa pompy z baterią i pełnym pojemnikiem na insulinę (g) | Tak, podać |   |
|  | Zasilanie pompy: baterie AA lub AAA (powszechnie dostępne w placówkach handlowych, na stacjach paliw, w kioskach typu „RUCH”, sklepach ze sprzętem AGD i RTV, itp.). Informacja wyświetlana na ekranie w postaci ikon o zużyciu baterii. Alarm niskiego poziomu naładowania baterii wyświetlana min. 2 doby przed wyczerpaniem baterii | Tak, podać |   |
|  | Menu pompy w pełnym zakresie w j. polskim lub w postaci czytelnych ikon opisanych w instrukcji obsługi w języku polskim | Tak |   |
|  | Alarm informujący o zatrzymaniu pompy | Tak |   |
|  | Mechaniczna blokada pompy uniemożliwiająca samoistne odkręcenie drenu i baterii. | Tak |   |
|  | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem nie mniej niż IPX8 | Tak, podać |   |
|  | Zakres temperatury pracy, w zakres nie mniejszym niż +5 do + 37 [oC] | Tak, podać |   |
|  | Bolus standardowy /normalny - dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus, maksymalny czas trwania nie mniej niż 7 h | Tak, podać |   |
|  | Bolus przedłużony - dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus, maksymalny czas trwania nie mniej niż 7 h | Tak, podać |   |
|  | Bolus złożony/podwójny/wielofalowy - dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus, maksymalny czas trwania bolusa nie mniej niż 7 h | Tak, podać |   |
|  | Czasowa zmiana bazy / dawki podstawowej. Możliwe procentowe lub jednostkowe zwiększanie lub zmniejszanie dawki bazowej, co 30 minut z automatycznym powrotem do wyjściowego wlewu podstawowego po zaprogramowanym czasie. | Tak |   |
|  | Pamięć pompy (historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej, czasowej zmiany bazy, wypełnieć drenów, program do sczytywania danychz glukometrycznych oraz integracja obu informacji); minimum z min. 30 ostatnich dni (historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej, czasowej zmiany bazy, wypełnień drenów) | Tak, podać |   |
|  | Wewnętrzny kalkulator bolusa umożliwiający ustawienie w kilku przedziałach czasowych oraz z możliwością wyboru przez użytkownika ustawień: gramy lub wymienniki węglowodanowe w kalkulatorze bolusa. Kalkulator wyposażony w funkcję aktywnej insuliny z możliwością czasu ustawienia aktywnej insuliny przez użytkownika. Nie dopuszcza się kalkulatora bolusa w urządzeniu zewnętrznym typu smartfon- komunikujący się z pompą za pomocą komunikacji bluetooth. | Tak, podać |   |
|  | Automatyczne wypełnienie drenu: nieograniczona liczba wypełnień drenów w ciągu doby bezpośrednio tylko za pomocą funkcji w pompie | Tak |   |
|  | Automatyczne rozpoznanie przez pompę ilości insuliny w zbiorniczku | Tak |   |
|  | Zestawy infuzyjne: wkłucia: metalowe (sztywne) oraz z tworzyw sztucznych (elastyczne). Możliwość zastosowania zestawów infuzyjnych i wkuć innych producentów | Tak, podać |   |
|  | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania do podłączenia | Tak |   |
|  | Dodatkowe akcesoria do osobistej pompy insulinowej, które muszą być systematycznie wymieniane zgodnie z instrukcją obsługi, Wykonawca dostarczy bezpłatnie w okresie udzielonej gwarancji dla każdej pompy (nie dotyczy zestawów infuzyjnych, zbiorników na insulinę, baterii) | Tak |   |
|  | Zestawy infuzyjne min. 4 szt. (dostarczane przy dostawie do każdej pompy) | Tak, podać |   |
|  | Zbiorniki na insulinę min. 4 szt. (dostarczane przy dostawie do każdej pompy) | Tak, podać |   |
|  | Baterie zapasowe min. 4 szt. (dostarczane przy dostawie do każdej pompy) | Tak, podać |   |
|  | Aplikator do zestawów infuzyjnych (dostarczany przy dostawie do każdej pompy) | Tak |   |
|  | Etui ochronne (dostarczane przy dostawie do każdej pompy) | Tak |   |
|  | Dostępność zestawów infuzyjnych, zbiorników na insulinę w punktach sprzedaży na terenie całego kraju (minimum w miastach wojewódzkich) | Tak |  |
|  | Wbudowany system ciągłego monitorinu glikemii CGM, który jest integralną częścią urządzenia do podawania insuliny, możliwość automatycznego wstrzymania wlewu podstawowego przed wystąpieniem hipoglikemii z predykcją 30 min., na podstawie wartości wskazanych przez system ciągłego monitorowania glikemii oraz z możliwością funkcji hybrydowej pompy osobistej z zamkniętą pętlą insulinową (hybrid closed loop – HCL), która autonomicznie normalizuje także hiperglikemię. Możliwość przeglądu stanu i wykresu CGM na ekranie pompy. |  |  |
|  | Odbiornik na każdą pompę. |  |  |
| **Warunki gwarancji** |
|  | Gwarancja min. 48 miesięcy, max. 60 miesięcy | Tak, podać |  |
|  | Możliwość stosowania wkucia innych producentów, których stosowanie nie powoduje utraty gwarancji |  |  |
|  | Wykonawca zapewni w okresie gwarancji dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (całodobowa infolinia) | Tak |  |
|  | W okresie udzielonej gwarancji w przypadku uszkodzenia pompy (z wyłączeniem uszkodzeń mechanicznych z winy użytkownika) wymiana na nową pompę o parametrach identycznych lub wyższych licząc od momentu zgłoszenia przez użytkownika na infolinię w czasie maksymalnym do 48 h roboczych tj. z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dniu ustawowo wolnych od pracy, przesyłka pompy na koszt firmy. | Tak |  |
|  | Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz podłączenie pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia pacjenta dla każdego pacjenta. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim w formie papierowej oraz elektronicznej, zawierająca opis wszystkich komunikatów wyświetlanych przez pompę. | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy bezterminową licencję na program i urządzenia konieczne do sczytywania danych przez komputer ośrodkowi diabetologicznemu prowadzącemu terapię w ilości min. 5 szt.Wymogi dotyczące programu do sczytywania pamięci pompy: - aktualne dane (wszystkie możliwe z jednego sczytania pompy, na wykresach lub w formie tabelarycznej: dokładna dawka, czas z dokładnością podania bazy przez pompę), - historia bolusów (rodzaj, dawka i godzina podania bolusa), - historia wypełnień drenu, - wykresy dzienne na których muszą być przedstawione: stosowana w danym dniu baza podstawowa, czasowa zmiana bazy, zaznaczenie momentu zatrzymania i włączenia pompy, wszystkie podane bolusy z rozróżnieniem rodzaju i oznaczeniem czasu podania w tym przedłużonego, wyniki glikemii przesłane ze współpracującego glukometru, - historia alarmów. | Tak |  |
|  | Wymagane informacje zawarte na stronie internetowej Wykonawcy: - numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informację dotyczącą problemów technicznych związanych z korzystaniem z pomp insulinowych, - telefon lokalnych przedstawicieli z godzinami pracy, - zasady obsługi pompy insulinowej, - dane dotyczące osprzętu do pompy (rodzaje wkuć, strzykawek baterii i ich cen itp.). Zamawiający dopuszcza informacje o cenach wkuć, strzykawek oraz innych akcesoriów dostępną na stronie dystrybutorów, do których linki znajdują się na stronie internetowej producenta. | Tak |  |

**Parametry:**

Parametr wymagany „TAK” – w przypadku potwierdzenia parametrów wymaganych Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” „TAK”

Parametr wymagany „TAK PODAĆ” – w przypadku wskazania parametru wymaganego Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” pełny opis parametrów wymaganych przez Zamawiającego z wskazaniem **konkretnych wartości**

Pozostawienie pustego pola będzie oznaczało, że Wykonawca nie podał wymaganych danych, a oferta będzie podlegała odrzuceniu.

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **Pakiet 3 - pompa insulinowa, bezdrenowa – 8 szt.** |
| **producent ………………...……………………………………….** |
| **model/ typ…………………...……...........................……** |
| **rok prod. …………………………………………………..……….** |
| **Pochodzenie (kraj produkcji) …………………………….** |
| **klasa wyrobu medycznego…………………………….…….** |
| **Lp** | **Parametr wymagany** | **Warunek graniczny** | **Parametr oferowany** - podać nr strony oraz zaznaczyć lp. z niniejszej tabeli w załączonym materiale informacyjnym w celu potwierdzenia spełnienia parametru. W przypadku innego nazewnictwa udokumentować tożsamość |
|  | Osobista pompa insulinowa dla dorosłych do ciągłej podaży insuliny składająca się z dwóch elementów: mikro pompy insulinowej bezdrenowej i pilota sterującego. | Tak |   |
|  | Pilot sterujący wykorzystujący połączenie bluetooth o wymiarach max. 112 x 57,2 x 12 mm (dł x szer x gł), waga max. 90 g bez baterii, klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem IPX0, wyświetlacz kolorowy, dotykowy min. 3,5 cala.  | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe - rok produkcji 2024 | Tak, podać |   |
|  | Zatrzymanie pompy. Alarm informujący o zatrzymaniu pompy. | Tak |   |
|  | Blokada pompy.Elektroniczna blokada klawiszy sterujących. | Tak |   |
|  | Programowanie bolusa prostego / standard, przedłużonego / prostokątny, złożony /podwójny/wielofazowy : dokładność nie mniejsza niż 0,025 j./bolus | Tak, podać |   |
| 7. | Czasowa zmiana bazy/dawki podstawowej:**- ustawienia:** możliwe procentowe lub jednostkowe zwiększenie lub zmniejszenie dawki bazowej, co 30 min z automatycznym powrotem do wyjściowego wlewu podstawowego po zaprogramowanym czasie,**- informacja o aktywnej dawce podstawowej (baza)**Na ekranie głównym oraz ekranie blokady w oknie informacyjnym informacja dotycząca aktualnej dawki bazowej.Możliwość ustawienia tymczasowej dawki bazowej w 2 cyklach 12h + 12h co daje 24h. Dodatkową opcja ustawienia jednego z 7 spersonalizowanych 24 godzinnych profili bazy | Tak, podać |   |
| 8. | **Programowanie bazy:**Funkcja szybkiego ustawiania profilu bazy na 6 lub 24 przedziały czasowe oraz możliwość indywidualnego ustawienia przepływów godzinowych.Dokładność nie mniej niż 0,025j/godz. 7 bazy profili do wcześniejszego przygotowania z możliwością przywołania z pamięci i zastosowania. | Tak, podać |   |
| 9. | **Pamięć pompy:** Zapis danych: historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej i tymczasowej dawki bazowej. Darmowy dostęp do oprogramowania oraz dostarczenie kabla USB umożliwiającego sczytanie danych z pompy.Milion zdarzeń zapisanych w pamięci pompy eksportowana do programu. | Tak, podać |   |
| 10. | Kalkulator bolusa pozwalający oszacować wielkość bolusa na podstawie wprowadzonych danych umożliwiający: - programowania ustawień w kilku przedziałach czasowych- wprowadzania przez użytkownika gramów węglowodanów- kalkulacji aktywnej insuliny z ustawieniem czasu działania insuliny przez użytkownika, która zmniejsza tylko dawkę korekcyjną bolusa insuliny- ręcznego wprowadzenia wartości glikemii do kalkulatora bolusa | Tak |   |
| 11. | Bezprzewodowy piloty sterujący całym systemem pompy w tym m.in.: bolusy, dawka podstawowa (bazowa), zatrzymanie pompy, przegląd danych z pamięci pompy. | Tak |   |
| 12. | **Zestawy infuzyjne:**Zestawy bezdrenowe do pompy:- 2 długość kaniuli: 6mm i 9mm- zestaw infuzyjny (plaster mocujący i kaniula) – 2 szt.- zbiornik na insulinę – 2 szt.- aplikator do kaniuli – 1 szt.- akumulatory dostarczane w zestawie – 2 szt. | Tak, podać |   |
| 13. | **Zasilanie:** Akumulatory.Możliwość ich zasilania przy pomocy ładowarki podłączonej do sieci elektroenergetycznej: 230 V AC 50 Hz. W zestawie z pomp ładowarka do pilota i ładowarka do akumulatorów do mikro pompy. | Tak, podać |   |
| 14. | System stale monitorujący i wyświetlający na ekranie pilota sterującego procentowy poziom naładowania baterii pompy i baterii pilota sterującego. Dodatkowo alarm dźwiękowy sygnalizujący poziom naładowania baterii mikro pompy poniżej 5%. | Tak, podać |   |
| 15. | W przypadku konieczności wymiany niezbędnych akcesorii do osobistej pompy insulinowej, które muszą być systematycznie wymieniane, zgodnie z instrukcją obsługi producenta sprzętu, Wykonawca dostarcza przedmiotowe akcesoria bezpłatnie w okresie udzielonej gwarancji pompy (nie dotyczy zestawów infuzyjnych, zbiorników na insulinę, baterii, etui do noszenia pompy insulinowej) | Tak, podać, jeśli wymagane, jeśli nie wymagane wpisać nie dotyczy |   |
| 16. | **Menu/język:** w pełnym zakresie w języku polskim wraz z możliwością zmiany języka . | Tak |   |
| 17. | Zakres temperatury pracy: minimalny zakres od +5 do + 40 [°C] | Tak, podać |  |
| 18. | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem: min. IPX 4 | Tak, podać |   |
| 19. | **Alarmy:** alarm dźwiękowy, wibracyjny. | Tak, podać |   |
| 20. | Alarmy przypominające pomiary glikemii w czasie ustalonym przez użytkownika | Tak |   |
| 21. | Dodatkowe profile wlewu podstawowego bazy nie mniej niż 3. | Tak, podać |  |
| 22. | Kalkulator bolusa - możliwość ręcznego wpisania wartości glikemii do kalkulatora bolusa | Tak, podać |   |
| 23. | Historia wymiany zbiornika na insulinę – możliwość sprawdzenia bezpośrednio w pamięci pompy historii wymiany zbiornika z insuliną. | Tak, podać |   |
| 24. | Zestawy infuzyjne dostępne na stornie internetowej oraz aptekach zlokalizowanych przy ośrodkach pompowych i realizujących zlecenia na zestawy infuzyjne.  | Tak |   |
| **WARUNKI GWARANCJI** |  |  |
| 25. | Gwarancja min. 48 miesięcy, max. 60 miesięcy | Tak, podać ilość miesięcy oraz dane i adres firmy realizującej gwarancję |   |
| 26. | Całodobowa infolinia pracująca 7 dni w tygodniu świadcząca konsultację telefoniczną i pomoc techniczną dla pacjentów w zakresie obsługi pomp, pojawiających się błędówi alarmów w trakcie użytkowania pomp. | Tak |   |
| 27. | W okresie udzielonej gwarancji w przypadku uszkodzenia pompy (z wyłączeniem uszkodzeń mechanicznych z winy użytkownika) wymiana na nową pompę o parametrach identycznych lub wyższych licząc od momentu zgłoszenia przez użytkownika na infolinię w czasie maksymalnym do 48 h roboczych tj. z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dniu ustawowo wolnych od pracy, przesyłka pompy na koszt firmy. | Tak |   |
| 28. | Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz podłączenie pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia pacjenta dla każdego pacjenta. | Tak |   |
| 29. | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim w formie papierowej oraz elektronicznej, zawierająca opis wszystkich komunikatów wyświetlanych przez pompę. | Tak |   |
| 30. | Wykonawca dostarczy bezterminową licencję na program i urządzenia konieczne do sczytywania danych przez komputer ośrodkowi diabetologicznemu prowadzącemu terapię w ilości min. 5 szt. | Tak |   |
| Wymóg dostawy 1 zestawu / programu do sczytywania pamięci pompy: - aktualne dane (wszystkie możliwe z jednego sczytania pompy, na wykresach lub w formie tabelarycznej: dokładna dawka, czas z dokładnością podania bazy przez pompę), - historia bolusów (rodzaj, dawka i godzina podania bolusa), - historia wypełnień drenu, - wykresy dzienne na których muszą być przedstawione: stosowana w danym dniu baza podstawowa, czasowa zmiana bazy, zaznaczenie momentu zatrzymania i włączenia pompy, wszystkie podane bolusy z rozróżnieniem rodzaju i oznaczeniem czasu podania w tym przedłużonego, wyniki glikemii przesłane ze współpracującego glukometru, - historia alarmów. |
| 31. | Wymagane informacje zawarte na stronie internetowej Wykonawcy: - numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informację dotyczącą problemów technicznych związanych z korzystaniem z pomp insulinowych, - telefon lokalnych przedstawicieli z godzinami pracy, - zasady obsługi pompy insulinowej, -  | Tak, podać |   |

**Parametry:**

Parametr wymagany „TAK” – w przypadku potwierdzenia parametrów wymaganych Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” „TAK”

Parametr wymagany „TAK PODAĆ” – w przypadku wskazania parametru wymaganego Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” pełny opis parametrów wymaganych przez Zamawiającego z wskazaniem **konkretnych wartości**

Pozostawienie pustego pola będzie oznaczało, że Wykonawca nie podał wymaganych danych, a oferta będzie podlegała odrzuceniu.

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**