***Załącznik nr 1 do SWZ***

**Aparat do znieczulenia – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis parametrów | Parametr wymagany lub oceniany | Parametr oferowany |
| 1. | **Warunki wstępne** |  |  |
| 2. | Aparaty/urządzenia fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, niepowystawowe, i nieużywane. | Tak |  |
| 3. | Aparaty/urządzenia dostarczone wraz z założonym Paszportem Technicznym:- z wypełnioną w pełni metryką- wpisem o przeprowadzonym uruchomieniu/instalacji przez autoryzowany serwis lub autoryzowanego dostawcę- datą następnego przeglądu | Tak |  |
| 4. |  Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z aparatem/urządzeniem (nie dopuszcza się instrukcji obsługi tylko w wersji elektronicznej, może być jako dodatkowa opcja). | Tak |  |
| 5. | Foldery aparatów/urządzeń, dołączone do oferty, w języku polskim lub w języku obcym z dołączonym tłumaczeniem treści folderu | Tak |  |
| 6. | Kserokopia deklaracji CE.Aparat dopuszczony do sprzedaży i użytkowania w RP. | Tak |  |
| 7. | Producent/Oferent | Podać |  |
| 8. | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 9. | Rok produkcji: 2024 | Tak |  |
| 10. | **Parametry podstawowe** |  |  |
| 11. | Aparat do znieczulenia ogólnego dzieci i dorosłych | Tak |  |
| 12. | Aparat mobilny, z 4 podwójnymi kołami, z centralną blokadą przynajmniej dwu przednich kół. | Tak |  |
| 13. | Szyny sprzętowe, 2 szuflady z autodomykaniem, blat roboczy. | Tak |  |
| 14. | Zasilanie prądem przemiennym o napięciu 230V. | Tak |  |
| 15. | Alarm braku zasilania w energię elektryczną. | Tak |  |
| 16. | Wbudowane przynajmniej cztery gniazda elektryczne 230V. | Tak |  |
| 17. | Zasilanie awaryjne zapewniające pracę aparatu przy zaniku napięcia sieci elektroenergetycznej przez co najmniej 90 min. w warunkach standardowych. | Tak |  |
| 18. | Zasilanie w gazy medyczne (tlen, powietrze i próżnia) z centralnej sieci szpitalnej. | Tak |  |
| 19. | Alarm braku zasilania w gazy medyczne | Tak |  |
| 20. | Awaryjne zasilanie gazowe z butli z tlenem mocowanej z tyłu aparatu. | Tak |  |
| 21. | Węże wysokociśnieniowe (tlenu, powietrza i próżni) kodowane odpowiednimi kolorami o dł. od 4 do 5 m. z wtykami systemu AGA | Tak |  |
| 22. | System usuwania gazów poanestetycznych ze zabezpieczeniem przed wyssaniem gazów z układu okrężnego, z wężem o dł. od 4 do 5 m. z wtykiem systemu AGSS. | Tak |  |
| 23. | Elektroniczny mieszalnik gazów. | Tak |  |
| 24. | Zapobieganie powstawaniu mieszaniny hipoksycznej | Tak |  |
| 25. | Precyzyjne elektroniczne przepływomierze tlenu i powietrza wyświetlane na ekranie aparatu | Tak |  |
| 26. | Kalibracja przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami gazów w układzie zamkniętym. | Tak |  |
| 27. | Wbudowany przepływomierz tlenu, niezależny od układu okrężnego, z regulowanym przepływem tlenu minimum do 10l/min.  | Tak |  |
| 28. | Wbudowana regulowana zastawka nadciśnieniowa APL wentylacji ręcznej. | Tak |  |
| 29. | Wewnętrzny układ oddechowy okrężny do wentylacji dzieci i dorosłych. | Tak |  |
| 30. | Obejście tlenowe (by-pass). | Tak |  |
| 31. | Pochłaniacz dwutlenku węgla, wielokrotnego użytku, o budowie przeziernej. | Tak |  |
| 32. | Możliwość używania zamiennie pochłaniaczy wielorazowych i jednorazowych, wymiana bez stosowania narzędzi. | Tak |  |
| 33. | Możliwość używania wymiany pochłaniaczy podczas znieczulenia bez rozszczelnienia układu. | Tak |  |
| 34. | Uchwyt dla minimum dwu parowników. Zabezpieczenie przed podaniem dwóch środków wziewnych równocześnie. | Tak |  |
| 35. | Wbudowany ssak z regulacją podciśnienia. | Tak |  |
| 36. | Możliwość integracji z klinicznym systemem informatycznym (CIS) w polskiej wersji językowej, umożliwiającym prowadzenie elektronicznej karty znieczulenia. | Tak |  |
| 37. | Monitor wyposażony w tryb Standby. | Tak |  |
| 38. | Automatyczny test sprawności aparatu po włączeniu zasilania (POST). | Tak |  |
| 39. | Automatyczna kalkulacja parametrów wentylacji po wprowadzeniu masy, masy należnej lub wzrostu pacjenta. | Tak |  |
| 40. | Tryb wentylacji ręczny. | Tak |  |
| 41. | Tryb wspomagania oddechu CPAP/PS. | Tak |  |
| 42. | Tryb wentylacji mechanicznej VC-CMV. | Tak |  |
| 43. | Tryb wentylacji mechanicznej PC-CMV. | Tak |  |
| 44. | Tryb wentylacji mechanicznej VC-IMV. | Tak |  |
| 45. | Tryb wentylacji mechanicznej PC-IMV. | Tak |  |
| 46. | Tryb rekrutacji pęcherzyków płucnych programowany i obrazowana na ekranie respiratora. | Tak |  |
| 47. | Alarm niskiej objętości oddechowej (TV) z regulowanymi progami górnym i dolnymi.  | Tak |  |
| 48. | Alarm niskiej objętości minutowej (MV) z regulowanymi progami górnym i dolnymi. | Tak |  |
| 49. | Alarm ciśnienia wdechowego z regulowanymi progami górnym i dolnymi.  | Tak |  |
| 50. | Alarm bezdechu. | Tak |  |
| 51. | Pomiar objętości oddechowej (TV).  | Tak |  |
| 52. | Pomiar objętości minutowej (MV).  | Tak |  |
| 53. | Pomiar częstości oddechu. | Tak |  |
| 54. | Pomiar ciśnienia szczytowego.  | Tak |  |
| 55. | Pomiar ciśnienia średniego. | Tak |  |
| 56. | Pomiar ciśnienia Plateau. | Tak |  |
| 57. | Pomiar ciśnienia PEEP. | Tak |  |
| 58. | Pomiar stężenia wdechowego i wydechowego tlenu w gazach oddechowych metodą paramagnetyczną. | Tak |  |
| 59. | Pomiar stężenia gazów i środków anestetycznych (sevofluranu, desfluranu, isofluranu) w mieszaninach wdechowej i wydechowej. | Tak |  |
| 60. | Automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego i analiza MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta. | Tak |  |
| 61. | Ekran kolorowy LCD, dotykowy, do nastaw parametrów wentylacji i prezentacji parametrów wentylacji i krzywych. | Tak |  |
| 62. | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim. | Tak |  |
| 63. | Ekran umieszczony na ruchomym wysięgniku z regulacją przesuwu w poziomie i kąta pochylenia. | Tak |  |
| 64. | **Parametry oceny jakościowej** |  |  |
| 65. | Przekątna ekranu: wymiar przekątnej ekranu powyżej 17” | Tak – 2 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 66. | Prezentacja wszystkich niżej wymienionych informacji dotyczących znieczulenia na ekranie aparatu do znieczulenia, nie na monitorze pacjenta: | Tak – 2 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 67. | Wartości ciśnienia gazów w instalacji szpitalnej i w butlach rezerwowych. | Tak – 1 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 68. | Ciśnienie szczytowe PPEAK, ciśnienie średnie PMEAN, ciśnienie Plateau, ciśnienie końcowowydechowe PEEP | Tak – 1 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 69. | Objętość oddechu Vt, objętość minutowa MV, częstość oddechów całkowita, częstość oddechów spontanicznych | Tak – 1 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 70. | Opór dróg oddechowych, podatność płuc | Tak – 1 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 71. | Stężenia wdechowe i wydechowe: tlenu, dwutlenku węgla, gazów anestetycznych | Tak – 1 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 72. | Współczynnik MAC odniesiony do wieku pacjenta | Tak – 2 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 73. | Krzywa dynamicznej prężności dwutlenku węgla w strumieniu wdechowym i wydechowym. | Tak – 1 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 74. | Krzywej przepływu, objętości i ciśnienia w drogach oddechowych | Tak – 1 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 75. | Pętle: ciśnienie/objętość, przepływ/objętość | Tak – 2 pkt.Nie – 0 pkt |  |
| 76. | - wskaźnik głębokości snu anestetycznego, wskaźnik nocycepcji | Tak – 2 pkt.Nie – 0 pkt |  |
| 77. | Wskaźnik głębokości blokady nerwowo-mięśniowej | Tak – 2 pkt.Nie – 0 pkt |  |
| 78. | Metody wprowadzania danych: ekran dotykowy, przyciski, gałka. | jedna metoda 0 pkt., dwie metody -1 pkt., trzy metody -2 pkt. |  |
| 79. | Masa aparatu(200 kg - masa aparatu)/40  | (200 kg - masa aparatu)/40 | Masa aparatu ………..kg |
| 80. | Wymiar przestrzenny aparatu: wysokość [dm] × szerokość [dm] × głębokość [dm] | (1000 – wymiar przestrzenny aparatu)/100 | Wysokość ……….. ..[dm] Szerokość ………… [dm] Głębokość ………….[dm] |
| 81. | **Inne istotne informacje** |  |  |
| 82. | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 83. | Dostawa/montaż/instalacja/uruchomienie | Tak |  |
| 84. | Dokumenty wymagane przy realizacji zamówienia:- Protokół zdawczo-odbiorczy- Lista przeszkolonego personelu- Karta gwarancyjna  | Tak |  |
| 85. | **Warunki gwarancji i serwis** |  |  |
| 86. | Gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie (miesiące):Gwarancja minimum 24 miesiące | Tak  |  |
| 87. | Przedmiot gwarancji: wszystkie elementy składowe aparatu/urządzenia (w tym części eksploatacyjne) | Tak |  |
| 88. | Gwarancja obejmuje także:- przeglądy w okresie gwarancji- wymiany/naprawy uszkodzonych części- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- koszty wysyłki, pakowania, ubezpieczenia przesyłki- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych | Tak |  |
| 89. | W okresie gwarancji przegląd serwisowy na koszt dostawcy – co najmniej jeden na 12 miesięcy lub z zgodnie z zaleceniem producenta zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu.Przegląd serwisowy zawiera:- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- robociznę-wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych (materiały i części eksploatacyjne, zestawy serwisowe /service kit/ itp.) | Tak |  |
| 90. | Przegląd końcowy przed upływem końca gwarancji producenta (na koszt dostawcy) zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | Tak |  |
| 91. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.Podać: dokładny adres, telefon, faks, e-mail, adres internetowy (WWW) | Tak, podać |  |
| 92. | W okresie gwarancji przyjmowanie zgłoszeń o usterkach w formie telefonicznej, faksem lub pocztą elektroniczną (e-mail) oraz dokonanie koniecznych napraw, doprowadzających przedmiot umowy do pełnej sprawności – w terminie do 5 dni od chwili jej zgłoszenia. | Tak |  |
| 93. | Liczba napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) – 3 | Tak |  |
| 94. | **Szkolenia** |  |  |
| 95. | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu, bezpieczeństwa jego użytkowania potwierdzone pisemnym protokołem . | Tak |  |

1. Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione w rubryce „Parametr wymagany graniczny”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.
2. W przypadku parametru ocenianego, nie będącego parametrem granicznym – gdy odpowiedź może brzmieć TAK lub NIE, Wykonawca winien udzielić odpowiedzi z podaniem wymaganych informacji. W tych przypadkach za odpowiedzi „NIE” Zamawiający przyzna 0 pkt., a za odpowiedź „TAK” punkty w wysokości określonej w rubryce.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych producenta. Brak potwierdzenia któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

W przypadku pojedynczych parametrów, niewystępujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł,
w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

W przypadku braku potwierdzenia wartości/cechy oferowanej danego parametru podlegającego ocenie, zamawiający nie przyzna punktów za ten parametr.

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

*(miejscowość, data) Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym,*

*podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)*