**Zadanie 1: Dozownik tlenu z nawilżaczem**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 10 sztuk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Dozowanie i nawilżanie tlenu podawanego pacjentowi | Tak |  |
|  | Współpraca z gniazdem naściennym typu AGA | Tak |  |
|  | Zakres regulacji przepływu 0-15 l/min | Tak |  |
|  | Płynna regulacja przepływu ze skalą co max 1 l/min | Tak |  |
|  | Butla nawilżacza: wielokrotnego użytku sterylizowalna (temp min. 121 st. C) o pojemności min. 0,2 l – 2 kpl. | Tak |  |
|  | Nawilżanie: max. 60% | Tak |  |
|  | Minimalne ciśnienie wlotu: 0,1MPa | Tak |  |
|  | Maksymalne ciśnienie wlotu: 0,6 MPa | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 2: Nebulizator**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 6 sztuk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Inhalator kompresorowy (tłokowo-pneumatyczny) do nebulizacji | Tak |  |
|  | Regulacja rozmiaru MMAD cząsteczek | Tak |  |
|  | Regulacja szybkości podawania leku | Tak |  |
|  | Tryb pracy: ciągły | Tak |  |
|  | Inhalator wyposażony w uchwyt do przenoszenia | Tak |  |
|  | Funkcja umożliwiająca podawanie aerozolu jedynie w fazie wdechu | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | MMAD min.: 2,21 μm - 2,95 μm | Tak, podać |  |
|  | Frakcja respirabilna < 5 μm (FPF)%: min. 84,2% - 74,7% | Tak, podać |  |
|  | Głośność: poniżej 58dB | 55 dB i mniej – 10 pkt.Powyżej 55 dB – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Wyposażenie:* nebulizator,
* przewód powietrzny
* maska dla dorosłych – 2 szt.
* filtr
* ustnik
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe i konserwacja niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 3: Wózek inwalidzki**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 4 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Aluminiowy wózek odporny na korozję | Tak |  |
|  | Koła tylne pełne wypinane na szybkozłączki  | Tak |  |
|  | Regulowane podnóżki z podparciem pod łydki | Tak |  |
|  | Płyta podnóżka ze zmiennym kątem nachylenia | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany wysokości siedziska | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany wysokości podparcia pod łokieć | Tak |  |
|  | Podnóżki ściągane i odchylane na zewnątrz i do wewnątrz | Tak |  |
|  | Podłokietniki odchylane i wyciągane | Tak |  |
|  | Szeroki stabilizujący pas piersiowy w rozmiarze L | Tak |  |
|  | Dodatkowy podłokietnik stabilizujący przedramię | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. 150 kg | Tak |  |
|  | Szerokość siedziska: 52 cm | Tak |  |
|  | Pas stabilizujący miednicę mocowany do ramy wózka biodrowo-udowy 4-punktowy w rozmiarze L 330-480mm | Tak |  |
|  | Szerokość całkowita 700 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | Głębokość siedziska 43 cm +/- 5% | Tak |  |
|  | Wysokość oparcia 42 + 37 cm +/- 5% | Tak |  |
|  | Wysokość siedziska 470-530 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | Wysokość podłokietników 220-240 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 4: Aparat EKG**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2022. | Tak |  |
|  | Aparat EKG umożliwiający otrzymywanie 12 kanałowej akwizycji sygnału EKG w trybie arytmii. Aparat zintegrowany zawierający klawiaturę fizyczną, ekran i rejestrator. | Tak |  |
|  | Anatomicznie wyprofilowany interfejs przyłączany do pacjenta w celu łatwego podłączania, ograniczający możliwość splątania przewodów. | Tak |  |
|  | Możliwość wykonania/rozpoczęcia zapisu EKG z poziomu aparatu lub z poziomu interfejsu pacjenta  | Tak |  |
|  | Możliwość wymiany pojedynczych przewodów i elektrod | Tak |  |
|  | Wbudowana w aparat EKG opcja analizy i interpretacji. Wymagana funkcjonalność powinna dawać się niezależnie włączać i wyłączać do druku na raporcie EKG. | Tak |  |
|  | Algorytm do interpretacji zapisu EKG, wbudowane opisy interpretacyjne. Min. 600 opisów interpretacyjnych. | Tak |  |
|  | Kryterium do rozpoznania dowolnego z 4 prawdopodobnych miejsc niedrożności tętnicy wieńcowej. | Tak |  |
|  | Oznaczenie min. 4 wartości krytycznych, wymagających natychmiastowego działania personelu medycznego. | Tak |  |
|  | Pełna klawiatura alfanumeryczna w układzie QWERTY (65 klawiszy)  | Tak |  |
|  | Klawiatura pokryta szczelną membraną zabezpieczającą przed wnikaniem zanieczyszczeń i płynów. | Tak |  |
|  | Jednoczesny zapis z 12 odprowadzeń | Tak |  |
|  | Raporty w min. 6 formatach: 3x4, 3x4 1R, 3x4 3R, 3x4 1R ST, 6x2, 12x1. Dostępne formaty raportów to min. pdf i xml | Tak |  |
|  | Graficzna prezentacja zmian w odcinku ST w postaci wykresów wieloosiowych tzw. mapy ST. | Tak |  |
|  | Pomoce do diagnostyki zawału z uniesieniem odcinka ST (STEMI- niedrożności tętnicy wieńcowej). | Tak |  |
|  | Korekcja odstępu QT | Tak |  |
|  | Zintegrowana analiza pediatryczna | Tak |  |
|  | Analiza morfologii rytmu dla każdego z 12 odprowadzeń – min. 40 pomiarów | Tak |  |
|  | Analizy rytmu – min. 15 pomiarów | Tak |  |
|  | Pamięć urządzenia:- min. 200 zapisów EKG w pamięci wewn.- możliwość zgrywania badań na pamięć USB | Tak |  |
|  | Anatomiczna mapa odprowadzeń prezentująca miejsca i etykiety nieprawidłowo podłączonych lub odłączonych odprowadzeń/elektro. Mapa z możliwością automatycznego włączenia przy uruchamianiu urządzenia oraz przed wykonaniem badania EKG.  | Tak |  |
|  | Funkcja oznaczania jakość sygnału z poszczególnych za pomocą różnych kolorów, min. 4 kolory. | Tak |  |
|  | Oprogramowanie do kontroli umiejscowienia odprowadzeń wykrywające min. 20 różnych zamian umiejscowienia elektrod  | Tak |  |
|  | Stałe wyświetlanie częstości rytmu serca pacjenta | Tak |  |
|  | Zintegrowane graficzne ekrany pomocy dla podstawowych funkcji | Tak |  |
|  | Wbudowana interaktywna animacja prezentująca główne funkcje kliniczne | Tak |  |
|  | Zakres częstotliwości pomiarowej aparatu – 0,05-150Hz | Tak |  |
|  | Czułość 5,10,20 mm/mV. | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie aparatu przed impulsem defibrylacji. | Tak |  |
|  | Wykonywanie pomiarów HR, RR, PR,QRS,QT, QTc oraz pomiarów osi P,QRS,T. | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V/50Hz | Tak |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe, akumulator litowo-jonowy, umożliwiający wykonanie min. 30 zapisów EKG lub min. 30 minut ciągłej rejestracji rytmu. | Tak |  |
|  | Ładowanie baterii do 100% w czasie do 4 godzin. |  |  |
|  | Zabezpieczenie przed awarią zasilania podczas drukowania zapisów EKG | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 6,5” i rozdzielczości min. 640x480 | Tak |  |
|  | Możliwość regulowania kąta nachylenia wyświetlacza | Tak |  |
|  | Drukarka na papier termiczny. Możliwość podglądu zapisów EKG na pełnym ekranie przed wydrukiem.  | Tak |  |
|  | Rozdzielczość wydruku min. 200x500 dpi, szerokość min. 210 mm, łatwy dostęp do papieru - możliwość wymiany papieru od przodu urządzenia. | Tak |  |
|  | Informacja o ustawieniach czułości i prędkości przesuwu wyświetlana i drukowana wraz z zapisem EKG. | Tak |  |
|  | Możliwość podglądu krzywych EKG na ekranie przed rejestracją/wydrukiem/przesyłaniem danych. | Tak |  |
|  | Możliwość zabezpieczenia hasłem wszystkich funkcji służących do konfiguracji elektrokardiografu. | Tak |  |
|  | Papier termiczny, składanka, szerokość papieru 210 mm – 10 opakowań | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o czytnik kodów kreskowych | Tak |  |
|  | Możliwość dodania drugiej baterii w celu wydłużenia pracy aparatu EKG | Tak |  |
|  | Moduł komunikacyjny LAN | Tak |  |
|  | Wbudowany tryb szkoleniowy (demo) z symulacją zapisów EKG do nauki obsługi | Tak |  |
|  | Możliwość szybkiej wymiany akumulatora przez użytkownika, bez konieczności przerywania pracy, stosowania narzędzi i interwencji serwisu | Tak |  |
|  | Możliwość doposażenia aparatu w drugi akumulator. | Tak |  |
|  | Wydruk badań w formie A4 wychodzący z przodu aparatu  | Tak |  |
|  | Do aparatu EKG dedykowany stabilny wózek jezdny wyposażony w 4 kółka. 2 kółka z możliwością blokady. Ramię na kable pacjenta. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 5: Pompa infuzyjna**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 10 sztuk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Pompa infuzyjna strzykawkowa do infuzji dożylnej lub podskórnej u pacjentów dorosłych w przerywanych lub ciągłych infuzjach płynów pozajelitowych, leków, krwi i preparatów krwiopochodnych, sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce, AC 230 V 50 Hz | Tak |  |
|  | Ochrona przed wilgocią wg EN 6060529 min IP 22 lub równoważną | Tak |  |
|  | Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1 : Klasa II, typ CF lub równoważną | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla, zasilacz wbudowany wewnątrz urządzenia. | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 11 godz. przy przepływie 5 ml/godz. | Tak |  |
|  | Lampka kontrolna zasilania oraz wskaźnik stanu naładowania akumulatora widoczne na płycie czołowej urządzenia. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w klawiaturę symboliczną | Tak |  |
|  | Pompa wyposażone w automatyczną blokadę klawiatury | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Urządzenie wyposażone w blokadę klawiatury z użyciem min. 4-ro cyfrowego kodu | Tak |  |
|  | Pompa strzykawkowa obsługujące min. 19 bibliotek pozwalających na wybranie konkretnej konfiguracji pompy, dodatkowo 1 profil podstawowy | Tak |  |
|  | Masa pompy wraz z uchwytem do mocowania na stojaku lub szynie maksymalnie 2,5 kg | Tak |  |
|  | Uchwyt mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny oraz rączka do przenoszenia na stałe wbudowane w pompę. | Tak |  |
|  | Mocowanie strzykawki do czoła pompy, cała strzykawka stale widoczna podczas pracy pompy z pełną swobodą odczytania objętości ze skali strzykawki oraz możliwością wizualnej kontroli infuzji | Tak |  |
|  | Pełne mocowanie strzykawki możliwe zarówno przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie | Tak |  |
|  | Osłona tłoka strzykawki uniemożliwiająca wciśnięcie tłoka strzykawki zamontowanej w pompie | Tak |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 5, 10, 20, 30/35 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów: m.in. Margomed, BD, BBraun, Terumo, Polfa | Tak |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji, ograniczenie bolusa < 0,35ml | Tak |  |
|  | Zakres szybkości infuzji 0,1 – 1200 ml/godz. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania infuzji:* co 0,01 w zakresie min. 0,1–9,99 ml/ godz.
* co 0,1 w zakresie 10-99,9 ml/h
* co 1 w zakresie 100-1200ml/h
 | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
|  | Możliwość programowania infuzji w jednostkach na (minimum) minutę, godzinę, wagę | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie bez konieczności wstrzymywania trwającej infuzji, dostępne 2 rodzaje, plus dodatkowo manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania i prezentacji podanej objętości na ekranie urządzenia | Tak |  |
|  | Bolus:* Bolus bezpośredni: Szybkość: 50–1200 ml/h (przyrost o 50 ml/h).
* Bolus programowany (dawka lub objętość do podania / czas): 0,1–99,9 ml 0,01–9999 jedn. / 1 sekundę – 24 h.
 | Tak |  |
|  | Dawka nasycająca Dawka/czas: 0,01–9999 jedn. / 1 sekundę – 24 h. Automatyczne obliczanie szybkości. | Tak |  |
|  | Objętość do podania / dawka wlewu Objętość: 0,1–999 ml / Dawka: 0,1–9999 jednostek | Tak |  |
|  | Napełnianie: 3 tryby: obligatoryjny, nieobligatoryjny lub zalecany / Szybkość: 1200 ml/h. | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar ciśnienia w linii zobrazowany w postaci piktogramu na ekranie pompy. | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji min. 3 jednostki do wyboru – mmHg, kPa, PSI | Tak |  |
|  | Tryby wlewu • tryb w ml/h: • Tryby dawkowania: ng/h, ng/kg/min, ng/kg/h, μg/min, μg/h, μg/kg/min, μg/kg/h, mg/min, mg/h, mg/24h, mg/kg/min, mg/kg/h, mg/kg/24h, mg/m˛/h, mg/m˛/24h, g/h, g/kg/min, g/kg/h, g/kg/24h, mmol/h, mmol/kg/h, mmol/kg/24h, mU/min, mU/kg/min, mU/kg/h, U/min, U/h, U/kg/min, U/kg/h, kcal/h, kcal/24h, kcal/kg/h, mEq/min, mEq/h, mEq/kg/min, mEq/kg/h. | Tak |  |
|  | Ustawienie rozcieńczenia: -- jedn. / ml lub -- jedn. / -- ml. Z dawką nasycającą lub bez. | Tak |  |
|  | Objętość lub dawka / jednostka czasu: 0,1–99,9 ml; 00 h 01 – 96 h 00. | Tak |  |
|  | Limit objętości: 0,1–999 ml. | Tak |  |
|  | System antybolusowy | Tak |  |
|  | Masa ciała pacjenta: Zakres ustawień: 0,25 - 350 kgMinimalny przyrost w zakresie* 0,01 kg w zakresie 0,25 - 9,99
* 0,1 kg w zakresie 10,0 - 19,9
* 1 kg w zakresie 20 - 350
 | Tak |  |
|  | Powierzchnia ciała pacjenta: zakres ustawień 0,05 - 4,5 m²Minimalny przyrost 0,01 m² | Tak |  |
|  | Dynamiczny system ciśnienia ostrzegający o zmianach ciśnienia. | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Tryby ciśnienia :Dostępne dwa tryby: zmienny lub 3 ustalone wcześniej poziomy – Zakres: 50–900 mmHg. (co 25 mmHg w przedziale 50–250 mmHg / co 50 mmHg w przedziale 250–900 mmHg). Mogą być aktywowane/dezaktywowane i regulowane. Min 20 poziomów ustalenia ciśnienia | Tak |  |
|  | Funkcja KVO | Tak |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO z możliwością programowania szybkości od 0,1 do 5 ml/h | Tak |  |
|  | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godzin programowany co 1 minutę z funkcją automatycznego startu infuzji po zaprogramowanej przerwie. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w tryb dzienny i nocny z opcją przełączania między trybami ręcznie i automatycznie | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Komunikaty tekstowe w języku polskim | Tak |  |
|  | Funkcja wyświetlania trendów objętości, szybkości infuzji oraz ciśnienia | Tak |  |
|  | Biblioteka leków, do 150 leków wraz z protokołami infuzji (domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.) | Tak |  |
|  | Alarmy:* Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń
* Alarm pustej strzykawki
* Alarm przypominający –zatrzymana infuzja
* Alarm okluzji
* Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia
* Alarm rozładowanego akumulatora
* Alarm braku lub źle założonej strzykawki
* Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki
* Alarm informujący o uszkodzeniu urządzenia
* Alarm zbliżającego się rozładowania akumulatora
* Alarm blokady klawiatury
 | Tak |  |
|  | Alarm bliskiego końca infuzji z możliwością zaprogramowania czasu w zakresie 1-30 minut | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 6: Wózek oddziałowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek oddziałowy” | Tak |  |
|  | * blat z szufladą o wymiarach:
	+ blat:705 x 415x 20mm (+/- 5%)
	+ szuflada:655 x 385 x 155mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * półka o wymiarach: 65 5x 415 x 20mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * półka koszowa o wymiarach 655 x 405 x 90mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * stelaż do worka na odpady z pokrywą uchylną
 | Tak |  |
|  | * stelaż aluminiowo - stalowy lakierowany proszkowo na biało
 | Tak |  |
|  | * możliwość dowolnej regulacji wysokości półek
 | Tak |  |
|  | * koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy 75 mm, w tym dwa z blokadą
 | Tak |  |
|  | * uchwyty do prowadzenia stanowiące zintegrowany element konstrukcji
 | Tak |  |
|  | * blat: półka ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, montowane na stałe do stelaża, z podniesionym rantem
 | Tak |  |
|  | * szuflada, półka koszowa stalowe lakierowane proszkowo na biało
 | Tak |  |
|  | * stelaż do worka na odpady stalowy lakierowany proszkowo, z pokrywą z tworzywa ABS w kolorze białym
 | Tak |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej półki: 652 x 412 x 17 mm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Wymiary całkowite: 950 x 480 x 880 mm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 7. Pompy infuzyjne objętościowe**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 4 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: 2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Pompa objętościowa do podawania dożylnego i dotętniczego sterowana elektronicznie | Tak |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 8 godz. przy przepływie 125 ml/godz. | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla niedopuszczalny zasilacz zewnętrzny | Tak |  |
|  | Masa pompy wraz z uchwytem mocującym oraz transportowym ≤ 2,2 kg | Tak2,0 - 2,2 kg – 0 pkt., poniżej 2,0 kg – 10 pkt. |  |
|  | Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pompy | Tak |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę. | Tak |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do szyny poziomej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę. | Tak |  |
|  | Ręczne (nieautomatyczne) zamykanie drzwiczek | Tak |  |
|  | Funkcja programowania infuzji bez założonego drenu – przygotowanie pompy na przyjście pacjenta | Tak |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | Tak |  |
|  | Zakres szybkości infuzji: 1-1500ml/h w trybie normalnym (regulacja co 1 ml/h).0,1- 99,9 ml/h w trybie mikro (regulacja co 0,1 ml/h).Szybkość przepływu może być ograniczona w zależności od podawanego leku (limity twarde i miękkie)  | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
|  | Kontrola infuzji: Alarm końca infuzji, bliskiego końca infuzji, okluzji za pompą, okluzji przed pompą, rozłączenia linii, powietrza w linii, zbyt małej i zbyt dużej szybkości, opróżnienia zasobnika, braku potwierdzenia ustawienia, końca programowalnej przerwy/pauzy, nieautoryzowanej szybkości infuzji (limit twardy lub miękki), | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie, w dowolnym momencie infuzji. | Tak |  |
|  | Bolus: 1500 ml/h, programowany od 50 ml/h do 1500 ml/h, co 50 ml/h.Ręczny lub programowanyod 0,1 do 1500 ml/h , co 0,1 ml/h od 0,1 do 100 ml/h oraz co 1 ml/h od 100 do 1500 ml/h | Tak |  |
|  | Dokładność pompy +/- 5%Dokładność nominalnej szybkości przepływu ±5% na 96 godz. infuzji maksymalnie 10 litrów płynuZgodnie z normą NF EN/IEC 60601-2-24 lub równoważną | Tak |  |
|  | Auto-test uruchamiany automatycznie po założeniu drenu sprawdzający prawidłową pracę pompy w połączeniu z weryfikacją założenia zestawu infuzyjnego – eliminacja ryzyka niekontrolowanego przepływu | Tak |  |
|  | Wszystkie zestawy współpracujące z pompą wyposażone są w automatycznie blokowany zacisk, zapobiegający swobodnemu przepływowi po otwarciu drzwiczek pompy oraz zacisk rolkowy na drenie | Tak |  |
|  | Mechanizm nie wywołujący hemolizy – dedykowane dreny do transfuzji oraz podaży leków krwiopochodnych | Tak |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml | Tak |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 168 godzin.  | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar i wizualizacja ciśnienia w linii za pomocą piktogramu | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – przynajmniej 16 poziomów | Tak |  |
|  | Funkcja KVO  | Tak |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO programowana przez użytkownika w zakresie od 1 do 20 ml/h | Tak |  |
|  | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godziny. | Tak |  |
|  | Automatyczne wznowienie infuzji po pauzie – opóźniony start | Tak |  |
|  | Tryby programowania ciśnienia Maksymalne ciśnienie od 50 do 750 mmHgPrzyrost 25 mmHg (50–250 mmHg)Przyrost 50 mmHg (250–750 mmHg)Definiuje autoryzowane maksymalne ciśnienie infuzji lub 3 poziomy.Próg alarmu okluzji 100 mmHg 300 mmHg 400 mmHg 750 mmHg | Tak |  |
|  | Wskaźnik pracy pompy widoczny z min. 5 metrów | Tak |  |
|  | Rejestr zdarzeń min. 1500 – zdarzenia zapisywane w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | W pamięci pompy może zostać zapisanych (w zależności od wielkości komentarza) do 120 leków w 4 różnych bibliotekach leków. Dostosowanie parametrów leku, infuzji, bolusa oraz dawki inicjującej, autoryzowane tryby infuzji, domyślny tryb infuzji | Tak |  |
|  | Jednostki szybkości dawki mmol/h kcal/h kcal/24h kcal/kg/h kcal/kg/24h, μg/kg/min μg/kg/h μg/m2/min μg/m2/h mg/min mg/hmg/24h mg/kg/min mg/kg/h mg/kg/24h mg/m2/min mg/m2/hmg/24h mg/kg/min mg/kg/h mg/kg/24h mg/m2/min mg/m2/h | Tak |  |
|  | Funkcja wykrywania powietrza w linii z możliwością programowania rozmiaru wykrywanego pęcherzyka lub skumulowanego powietrza zmierzonego w ciągu 15 minutDetekcja powietrzaDomyślne ustawienie: 250 μl, rozpoznawane jako pojedynczy pęcherzyk lub zsumowana objętość powietrzaw czasie 15 minut, zliczane pęcherzyki powyżej 50 μl. Rozdzielczość czujnika: ~ 10 μl. | Tak |  |
|  | Specjalny sposób wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu (tzw. Tryb nocny) | Tak |  |
|  | Ekran: wyświetlacz LCD | Tak |  |
|  | Wymiary pompy: Wysokość/długość/ Szerokość 135 x 190 x 170 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | Alarmy i ostrzeżenia: | Tak |  |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | Tak |  |
|  | Alarm przypominający –zatrzymana infuzja | Tak |  |
|  | Alarm okluzji z sygnalizacją miejsca wystąpienia okluzji (przed lub za pompą) | Tak |  |
|  | Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia | Tak |  |
|  | Alarm rozładowanego akumulatora | Tak |  |
|  | Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | Tak |  |
|  | Alarm braku lub źle założonego zestawu infuzyjnego | Tak |  |
|  | Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu. | Tak |  |
|  | Alarm powietrza w linii | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |

**Zadanie 8: Podpórka czterokołowa stalowa**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Podpórka czterokołowa stalowa: | Tak |  |
|  | * składana
 | Tak |  |
|  | * wykonana z ramy stalowej powlekanej farbą z metalicznym połyskiem
 | Tak |  |
|  | * posiadająca szerokie tapicerowane siedzisko
 | Tak |  |
|  | * miękkie oparcie
 | Tak |  |
|  | * koszyk
 | Tak |  |
|  | * rączki zakończone anatomicznymi uchwytami
 | Tak |  |
|  | * hamulce z zaciskiem postojowym;
 | Tak |  |
|  | * koła o wąskim przekroju i średnicy 6"
 | Tak |  |
|  | * szerokość całkowita: 62 cm (+/- 1cm)
 | Tak |  |
|  | * szerokość siedziska: 35,5 cm (+/- 1cm)
 | Tak |  |
|  | * wysokość całkowita: 74 - 88 cm (+/- 1cm)
 | Tak |  |
|  | * wysokość siedziska od podłoża: 48 cm (+/- 1cm)
 | Tak |  |
|  | * waga: max. 10 kg
 | Tak |  |
|  | * maksymalne obciążenie: min. 95 kg
 | Tak |  |
|  | * maksymalne obciążenie koszyka: 5 kg
 | Tak |  |
|  | * kolor ramy: grafitowy
 | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |