**Załącznik 11.3 do SWZ**

**Formularz parametrów oferowanych Część nr 3 – Defibrylator**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Defibrylator przenośny** |
|  |  **Parametry wymagane przez Zamawiającego** |  **Parametry oferowane\*** |
|  | Marka i typ oferowanego defibrylatora (podać w formularzu ofertowym oraz w formularzu parametrów oferowanych) |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji min. 2020 |  |
|  | Aparat przenośny. |  |
|  | Torba z paskiem na ramię do aparatu |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci i z zasilacza 230V AC. |  |
|  | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC. |  |
|  | Moduł ładowania samochodowego umożliwiający podłączenie defibrylatora do modułu za pomocą przeznaczonego do tego kabla, umożliwiający jego ładowanie w trakcie jazdy pojazdu. Złącze łączące moduł ładowania z ładowarką za pomocą gniazda wtykowego (umożliwiające szybkie podłączenie i odłączenie urządzenia) |  |
|  | Tester ładowania akumulatora. |  |
|  | Zasilacz wbudowany, lub jako moduł zewnętrzny. |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze - min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J. |  |
|  | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg. |  |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. |  |
|  | Norma IP min 44. |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna. |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED. |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii min od 5 do 360 J. |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – min 20. |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane w obudowie defibrylatora i elektrody naklejane transparentne w RTG, w wyposażeniu łyżki dziecięce. |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie.  |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie. |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-150 impulsów/minutę |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-150 mA. |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG. |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta. |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca. |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,125 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia. |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie. |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej min 8”. |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości min 70mm. |  |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych. |  |
|  | Transmisja danych przez modem do stacji odbiorczych. |  |
|  | Pomiar ciśnienia nieinwazyjnego NIBP. |  |
|  | Nieinwazyjny pomiar stężenia SpO2. |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2. |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury. |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł IBP. |  |
|  | Defibrylator w pełni kompatybilny z systemem teletransmisji danych Lifenet – możliwość rozbudowy o modem. |  |
|  | Folder z dokładnymi parametrami technicznymi w języku polskim - załączyć. |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski – podać nazwę, adres, telefon kontaktowy  |  |
|  | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury. Gwarancja min. 24 miesiące |  |
|  | Norma EN 60601-2-4:2011 (lub równoważna) |  |

**\*wypełnia wykonawca – dopuszcza się wyłącznie pakiet wypełniony w całości.**

*…………………………………………*

 *(podpisano elektronicznie)*

podpis osoby uprawnionej/upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

*miejscowość, data: ……………………………………………………*