**Załącznik Nr 3 – do Zaproszenia do składania ofert**

**DZP/120/2020**

Realizacja projektu pn. „Doposażenie szpitali w województwie kujawsko-pomorskim związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19”

**Formularz parametrów techniczno-użytkowych przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | |
| Nazwa: | | **Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta – 1 szt.** | | | |
| Typ i model: | |  | | | |
| Wytwórca: | |  | | | |
| Dostawca: | |  | | | |
| Rok produkcji 2020 podać: | |  | | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | | | **Parametr wymagany TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
|  | Urządzenie wyprodukowane nie wcześniej niż w 2020r | | | TAK |  |
|  | System pozwalający na prowadzenie nieinwazyjnej, kontrolowanej hipotermii i normotermii dorosłych, dzieci i noworodków | | | TAK |  |
|  | System wykorzystujący sterylna wodę jako medium przenoszenia temperatury | | | TAK |  |
|  | System mogący być stale wypełniony wodą (medium chłodzącym) z zabezpieczeniem przed namnażaniem się drobnoustrojów chorobotwórczych – grzybów i bakterii w wodzie chłodzącej. | | | TAK |  |
|  | System składający się z jednostki centralnej, drenów oraz elementów przekazujących energię termiczną w postaci okładów lub materacyka na skórę pacjenta | | | TAK |  |
|  | Moduł sterujący, zapewniający sterowanie wszystkimi funkcjami systemu do hipotermii, wraz z pompą próżniową, zainstalowany na podstawie jezdnej z kołami wyposażonymi w hamulce. | | | TAK |  |
|  | Ciekłokrystaliczny ekran dotykowy | | | TAK |  |
|  | Objętość wody w systemie nie większa niż 3,5 litra w celu zminimalizowania bezwładności cieplnej systemu. | | | TAK |  |
|  | Przepływ wody w systemie co najmniej 5 litrów na minutę w celu jak najszybszego ogrzewania lub chłodzenia pacjenta. | | | TAK |  |
|  | Woda w jednorazowych padach hydrożelowych krążąca pod ujemnym ciśnieniem w celu uniemożliwienia jej wycieku w przypadku mechanicznego uszkodzenia okładu | | | TAK |  |
|  | Zakres wskazań temperatury pacjenta 10-44º C, skok co 0,1º C | | | TAK |  |
|  | Pomiar temperatury pacjenta co 1sekunda | | | TAK |  |
|  | Automatyczna zmiana temperatury cieczy chłodzącej na wskutek zmian temperatury pacjenta minimum co 2 min, mająca bezpośredni wpływ na skuteczność utrzymania temperatury w danej fazie leczenia | | | TAK |  |
|  | Górna granica temperatury wody w zakresie od 36 do 42ºC | | | TAK |  |
|  | System zdolny do kontroli temperatury pacjenta w przedziale od 32 do 38,5° C. | | | TAK |  |
|  | Dolna granica temperatury wody w zakresie od 4 do 25ºC | | | TAK |  |
|  | Praca urządzenia w temperaturze od 10-27º C, przechowywanie od -30 do 50º C | | | TAK |  |
|  | Moc nagrzewnicy 750W | | | TAK |  |
|  | Wskaźnik „trendu” zmian temperatury pacjenta – indykacja termoneutralności, wytwarzania ciepła i przejścia do chłodzenia pacjenta | | | TAK |  |
|  | Minimum 4 programowalne protokoły leczenia, możliwość zmiany nastaw każdego z protokołu | | | TAK |  |
|  | Wyjścia czujnika temperatury min. 2 szt. | | | TAK |  |
|  | Możliwość manualnego lub automatycznego nastawienia wygrzewania pacjenta po procesie hipotermii | | | TAK |  |
|  | Kompatybilność z jednorazowymi padami hydrożelowymi przez hydrożelową powłokę celem zwiększenia transferu energii | | | TAK |  |
|  | System dopuszczający założenie elektrod do defibrylacji pod padami hydrożelowymi (okładami) w trakcie pracy urządzenia. | | | TAK |  |
|  | Kompatybilność z jednorazowymi padami hydrożelowymi (okładami) radioprzeziernymi w celu umożliwienia diagnostyki pacjenta (RTG, MRI, TK) bez ich zdejmowania podczas badania | | | TAK |  |
|  | System wyposażony w elektroniczny miernik przepływu wody informujący o pracy urządzenia | | | TAK |  |
|  | Automatyczna wizualna notyfikacja o opróżnieniu padów hydrożelowych z cieczy chłodzącej po zatrzymaniu terapii w celu uniknięcia zalania pola po skończonej terapii. Opróżnianie materacyka hydrożelowego następuje po dotknięciu wizualnej automatycznej notyfikacji na ekranie ciepłokrystalicznym | | | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru języków oprogramowania a w tym m.in. angielski | | | TAK |  |
|  | Oprogramowanie urządzenia w języku polskim zawierające system alarmów, alertów informujących o jego pracy, pomocy i szkolenia z użytkowania z piktogramami | | | TAK |  |
|  | Komendy głosowe w języku polskim informujące m.in. o rozpoczęciu i przerwaniu zadanej terapii | | | TAK |  |
|  | Wygaszacz ekranu włączający się automatycznie po 2 minutach terapii – wyświetlanie najważniejszych danych pacjenta, terapii | | | TAK |  |
|  | System archiwizujący dane terapii min. 10 ostatnich pacjentów oraz umożliwiający poprzez port USB, ich przenoszenie na zewnętrz systemu w celu archiwizacji dokumentacji i analizy prowadzonej terapii z użyciem dedykowanego oprogramowania do analizy | | | TAK |  |
|  | Waga systemu 43kg bez chłodziwa, 47kg po zalaniu, wymiary 89 cm x 47cm x 36cm | | | TAK |  |
|  | Deklaracje CE | | | TAK |  |
|  | System zalewany wodą sterylną z substancją grzybobójczą raz na 6 miesięcy, nie wymagane opróżnianie i zalewanie systemu po każdym użyciu. | | | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu aparatu  a) okłady żelowe radioprzezierne :  małe 1 op.  średnie 2 op.  duże 1 op.  b) dreny – 1 kpl. | | | TAK |  |
|  |  | | |  |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | | |
|  | Okres gwarancji min. 36 m-cy; obejmuje również akumulatory (jeśli dotyczy). | | TAK  (podać) | |  |
|  | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak: - 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji; - 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego. | | TAK | |  |
|  | Wliczone w cenę przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga częstszych niż 1 x w roku przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) w okresie gwarancji łącznie z wliczoną w cenę wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta) na koszt dostawcy; dotyczy również akumulatorów. | | TAK | |  |
|  | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat | | TAK  (podać) | |  |
|  | Szkolenie z obsługi sprzętu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego jest bezpłatne, ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający | | TAK | |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego | | TAK | |  |
|  | Wypełniony paszport techniczny | | TAK | |  |
|  | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | | TAK | |  |
|  | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | | TAK  (podać) | |  |
|  | Urządzenie zastępcze (w przypadku awarii lub/i konieczności zabrania urządzenia do przeglądu poza szpital lub/i unieruchomienia urządzenia na czas przeglądu) | | TAK | |  |
|  | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu sprzętu/urządzenia wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie okresu gwarancji jakości udzielonej przez Wykonawcę zgodnie z postanowieniami SIWZ. (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu wraz z opisem) | | TAK  (podać) | |  |
|  | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty tworzą w pełni kompatybilny zestaw | | TAK | |  |