**Lista asortymentowo-cenowa oraz Opis Przedmiotu Zamówienia**

**Dostawa sprzętu medyczno-diagnostycznego – Aparat USG z funkcją jednoczesnego pomiaru elastograficznego.**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość [szt.]** | **Cena brutto / szt.**  **[PLN]** | **Wartość netto [PLN]** | **Stawka VAT [%]** | **Wartość brutto [PLN]** | **Gwarancja [m-ce]** |
|  | **Aparat USG z funkcją jednoczesnego pomiaru elastograficznego wątroby.** | **1** |  |  |  |  |  |

**Maksymalny termin dostawy ………………. dni kalendarzowych od podpisania umowy.**

**Wartość netto:**

**słownie: .......................................................................................................................................................................**

**Wartość brutto:**

**słownie: ....................................................................................................................................................................…**

**Opis Przedmiotu Zamówienia – Parametry Techniczne Załącznik nr 1 do SWZ**

**1.** **Aparat USG z funkcją jednoczesnego pomiaru elastograficznego wątroby technologią Transient Elastography.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE/PODAĆ gdzie wymagane** |
|  | Rok produkcji minimum 2024 – fabrycznie nowy | 2024 – fabrycznie nowy |  |
|  | Oznakowanie znakiem CE | TAK |  |
|  | Sprzęt posiada certyfikat bezpieczeństwa | TAK |  |
| **OGÓLNE PARAMETRY UŻYTKOWE** | | | |
|  | System USG wyposażony w technologię TE (Transient Elastography) do ilościowej oceny sztywności wątroby, a także ultrasonograficznego współczynnika tłumienia do ilościowej oceny stłuszczenia wątroby pod jednoczesną kontrolą USG głębokości i obszaru pomiaru w wątrobie. | TAK |  |
|  | Moduł pomiaru stłuszczenia i zwłóknienia wątroby technologią Transient Elastography zintegrowany w jednej głowicy z modułem USG do wyboru obszaru, objętości i głębokości pomiaru w wątrobie w tym samym czasie. Pomiar elastografii pulsacyjnej z wizualizacją B-mode zwłóknienia wątroby wyrażony w jednostkach kPa i stłuszczenia wątroby wyrażony w jednostkach dB/m. | TAK |  |
|  | Moduł USG wyposażony w funkcje obrazowania B Mode, M Mode, Obrazowanie Harmoniczne (THI), Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD), Tryb Doppler Kolorowy (CD) oraz funkcje USG wizualnej kontroli i wspomagania wykonania biopsji wątroby. | TAK |  |
| **OGÓLNE PARAMETRY TECHNICZNE** | | | |
|  | Aparat w formie panelu dotykowego (aparat typu tablet) z dwoma równoważnymi (wbudowanymi w aparat) gniazdami głowic obrazowych, oraz z fabrycznie dedykowanym stolikiem jezdnym z wbudowanym pulpitem. | Tak |  |
|  | Stolik jezdny: 4 koła skrętne, z możliwością blokady ze zmianą wysokością, wyposażony w półki na akcesoria, oraz zasilacz. | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia menu w języku polskim i polskie znaki w opisach oraz komentarzach do raportu. | Tak |  |
|  | Możliwość połączenia z siecią szpitalną poprzez wbudowaną łączność bezprzewodową Wi-Fi oraz sieć kablową. | Tak |  |
|  | Praca w sieci w standardzie DICOM, min: Print, Storage, Storage Commitment, Worklist | Tak |  |
|  | Min. 1 wyjście HDMI | Tak |  |
|  | Pojemność dysku twardego SSD | Min. 256 GB |  |
|  | Możliwość archiwizacji danych pacjenta z przypisanymi obrazami statycznymi i dynamicznymi wraz z możliwością eksportu danych w formatach TIFF, BMP, JPG, AVI | Tak |  |
|  | Min. 4 portów USB | Tak |  |
|  | Uruchamianie systemu po całkowitym wyłączeniu | Powyżej 40 sek. – 0 pkt  Mniej niż/równe 40 sek. – 15 pkt |  |
|  | Wskaźnik nacisku sondy TE podczas badania | Tak |  |
|  | Wskaźnik stabilność oddechowej sondy TE podczas badania | Tak |  |
|  | Ilość klatek pamięci CINE | Min. 29 000 |  |
|  | Długość pętli dla trybu M lub D | Min 380 sek. |  |
|  | Tryb B-Mode (2D) | Tak |  |
|  | Obrazowanie Harmoniczne (THI) | Tak |  |
|  | Tryb spektralny Doppler (CD) | Tak |  |
|  | Tryb spektralny Kolor Doppler (PWD) | Tak |  |
|  | Ilość map | Min. 5 |  |
|  | Zakres wyświetlania parametru elastyczności | Min. 1,5 - 75 kPa |  |
|  | Zakres wyświetlania parametru tłumienia | Min. 90 - 450 dB/m – 0 pkt.  Poniżej 90 dB/m i powyżej 450 dB/m -15 pkt. |  |
|  | Nieinwazyjny pomiar zwłóknienia i stłuszczenia wątroby wykonywany jednocześnie pod kontrolą USG w trakcie jednego pomiaru | Tak |  |
|  | Pomiar zwłóknienia wykonywany w technologii **Transient Elastography** (**TE),** wynik ilościowy wyrażony w jednostkach kPa | Tak |  |
|  | Pomiar stłuszczenia wykonywany w technologii **Transient Elastography** **(TE)** lub równoważnej, wynik ilościowy wyrażony w jednostkach dB/m | Tak |  |
|  | Automatyczna akwizycja 10 prawidłowych pomiarów i usuwanie nieprawidłowych wyników. | Tak |  |
|  | Zakres głębokości pomiaru | Min. 20 - 90 mm |  |
|  | Jedna głowica pomiarowa do wszystkich typów budowy ciała pacjenta: automatyczny preset pomiarowy dla pacjenta normalnego, trudnego (otyłego), pediatrycznego | Tak |  |
|  | Objętość ROI min. 5 cm3 | Tak |  |
|  | | | |
|  | Monitor kolorowy typu LCD w pełni dotykowy. Przekątna min. 15" | TAK |  |
|  | Rozdzielczość monitora min. 760 x 1020 | TAK |  |
|  | Częstotliwość odświeżania min. 60 Hz | TAK |  |
|  | Regulacja parametrów obrazowania na ekranie monitora | TAK |  |
|  | | | |
|  | Waga aparatu ze stolikiem | Max. 65 kg |  |
|  | | | |
|  | Skaner kodów kreskowych | Tak |  |
|  | DICOM Query/Retrieve, MPPS, Worklist, Basic | Tak |  |
|  | Wbudowana bateria z możliwością pracy min. 2 godz. | Tak |  |
|  | Konfiguracja i przygotowanie urządzenia do współpracy z wewnętrznym system informatycznym.  Podłączenie oprogramowania systemu Aparatu do posiadanego przez Szpital systemu PACS firmy PIXEL wraz z dostarczeniem niezbędnych licencji w tym zakresie. | Tak |  |
|  | Coroczny przegląd, licencje i obowiązkowa coroczna harmonizacja głowicy w okresie 24 miesięcznej gwarancji. | TAK |  |
|  | Coroczny przegląd, licencje i obowiązkowa coroczna harmonizacja głowicy po okresie gwarancji, minimum 24 m-ce. | do 36 m-cy – 0 pkt  Powyżej 36 m-cy – 10 pkt |  |
|  | Drukarka do wydruku raportów w formacie A4 | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim | Tak |  |
|  | | | |
|  | **Głowica do Elastografii Pulsacyjnej (Transient Elastography TE) z równoczesną wizualizacją B-mode** | Tak |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy przetwornika | Min. 1,0 – 5,5 MHz |  |
|  | Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode | Min. 3 |  |
|  | Częstotliwości nadawcze do wyboru dla obrazowania harmonicznego | Min. 3 |  |
|  | Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler | Min. 3 |  |
|  | Częstotliwość Shear Wave | Min. 50 Hz |  |
|  | Kąt pola obrazowego głowicy | Min. 90 stopni |  |
|  | Głębokość obrazowania | Min. 38 cm |  |
|  | Wielkość czoła głowicy | Max. 22 x 22 mm |  |

**UWAGI do Zadania:**

**Urządzenie powinno spełniać także poniższe wymagania.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Oferowane towary muszą być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |
|  | Serwis gwarancyjny urządzeń musi być realizowany przez producenta lub autoryzowanego partnera serwisowego producenta w czasie okresu gwarancji - wymagane dołączenie do oferty oświadczenia podmiotu realizującego serwis lub producenta sprzętu o spełnieniu tego warunku. | TAK |  |
| 7. | Przeprowadzenie szkoleń z obsługi przedmiotu umowy dla wskazanego personelu, które zostaną wykonane w obecności przedstawicieli Zamawiającego - minimum dla 5 osób w wymiarze minimum 5 godzin. | TAK |  |

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

…………………………… miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy