|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane, tak/nie, podać, opisać** |
| **Defibrylator - 2 szt. ZADANIE nr 1** |
|  | Oferowany model aparatu, producent. Aparat fabrycznie nowy, nieużywany. Wyklucza się aparaty demo. Rok produkcji 2023/2024 | Tak, podać |  |
|  | Aparat przenośny z torbą transportową, testerem wyładowań | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci, min.3 akumulatory na 1 aparat | Tak, podać |  |
|  | Średni czas pracy z baterii (przy monitorowaniu) min. 6 godz. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą ładowarki zewnętrznej 12V – 230V | Tak, podać |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | Tak, podać |  |
|  | Ilość defibrylacji z energią min. 200 J przy pracy z akumulatorów min.400 | Tak, podać |  |
|  | Ciężar defibrylatora w kg max.12kg | Tak, podać |  |
|  | Akcesoria komunikacyjne do transmisji badań EKG będącej systemem odbioru sygnału przez jednostkę zewnętrzną (modem do transmisji badań EKG do posiadającego przez zamawiającego systemu LIFENET).lub zapewnienie innego systemu nadawczo-odbiorczego | Tak, podać |  |
|  | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku lub przytoczony wydruk i przesłane/transmisja danych do: działu technicznego szpitala, koordynatora medycznego pogotowia | Tak, podać |  |
|  | Norma IP min.44 | Tak, podać |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak, podać |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Tak, podać |  |
|  | Elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min.10 kpl. na 1 defibrylator. | Tak, podać |  |
|  | Wspomaganie RKO: metronom działający w trybie manualnym i półautomatycznym pracujący w czterech trybach:- pacjent dorosły zaintubowany- pacjent dorosły niezaintubowany- pacjent pediatryczny zaintubowany- pacjent pediatryczny niezaintubowanyBezpośredni dostęp (niezabezpieczony hasłem) | Tak, podać |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 360J | Tak, podać |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – min. 24 poziomy. | Tak, podać |   |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji przy użyciu przewodu do terapii z wykorzystaniem:a) elektrody do stymulacji/defibrylacji/EKG,b) elektrody typu RTS do stymulacji/defibrylacji/EKG,c) elektrody typu RTS pediatrycznej do stymulacji/ defibrylacji/EKG, | Tak, podać |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. | Tak, podać |  |
|  | Przewód do terapii z możliwością podłączenia elektrod do stymulacji/defibrylacji/EKG.Elektrody typu RTS pediatryczne do stymulacji/defibrylacji/EKG- 10 kpl. na 1 defibrylator | Tak, podać |  |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | Tak, podać |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak, podać |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | Tak, podać |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | Tak, podać |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG. Kabel główny do 12 kanałowego EKG z 4 odprowadzeniową wiązką odprowadzeń kończynowych i 6 odprowadzeniową wiązką odprowadzeń przedsercowych. (4 szt. -po 2 szt. na defibrylator) | Tak, podać |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20-250 u/min | Tak, podać |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 6 poziomów wzmocnienia. | Tak, podać |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak, podać |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | Tak, podać |  |
|  | Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu | Tak, podać |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości min.90mm. | Tak, podać |  |
|  | Wydruk trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | Tak, podać |  |
|  | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych i pediatryczny | Tak, podać |  |
|  | Wielorazowy czujnik w technologii Masimo lub Nellcor dla dorosłych 1szt/defibrylator | Tak, podać |  |
|  | Wielorazowy czujnik w technologii Masimo lub Nellcor pediatryczny 1szt/defibrylator | Tak, podać |  |
|  | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiaru tętna: min.30 do 230 uderzeń na minutę | Tak, podać |  |
|  | Odstęp czasu przy pomiarach automatycznych dowyboru przez użytkownika w zakresie min. od 2 min do 45 min | Tak, podać |  |
|  | Mankiet dla dorosłych wielorazowego użytku 2 szt./ na jeden defibrylator, oraz dla dzieci 2 szt./ na jeden defibrylator | Tak, podać |  |
|  | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracją bez udziału użytkownika. | Tak, podać |  |
|  | Kaniule do monitorowania pacjenta zaintubowanego min. 25 szt. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji. | Tak, podać |  |
|  | Impregnowana torba do noszenia na ramieniu z kieszeniami na akcesoria i materiały zużywalne (1szt/defibrylator) | Tak, podać |  |
|  | Zasilacz AC, kabel zasilający do zasilacza, mocowanie do zasilacza lub ładowarka zewnętrzna | Tak, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry techniczne** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane, tak/nie, podać, opisać** |
| **Gwarancja i serwis:** |
|  | Termin rozpoczęcia gwarancji - licząc od dnia oddania urządzenia do użytkowania (gwarancja bezwarunkowa- 24/36 miesiące/cy)  | Tak, podać |   |
|  | Gwarancja obejmuje:- przeglądy w okresie jej trwania- wymiany/naprawy uszkodzonych części oraz podzespołów- dojazdy/przejazdy pracowników Wykonawcy- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności serwisowych | Tak, podać |  |
|  | W okresie trwania gwarancji przeglądy zgodnie z wymaganiami producenta, min. 1 na rok, wykonywane na koszt Wykonawcy | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi w j. polskim w formie papierowej w dniu dostawy sprzętu |  |  |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracy na oferowanym urządzeniu ≤24 (godziny)  | Tak, podać |  |
|  | Aktualizacja oprogramowania w okresie gwarancji na koszt Wykonawcy (jeżeli dotyczy) | Tak, podać |  |
|  | Czas usunięcia uszkodzeń w przypadku konieczności importu części - max 5 dni | Tak, podać |  |
|  | Czas usunięcia uszkodzeń niewymagającego importu części - max 2 dni  | Tak, podać |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 2 dni Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski – podać nazwę, adres, telefon kontaktowy wraz z dokumentacją potwierdzającą autoryzację **(Wykonawca dostarczy dokumentację potwierdzającą autoryzację wraz z ofertą).** | Tak, podać |  |
|  | Dostępność części zamiennych po ustaniu produkcji zaoferowanego modelu (minimum) 10 lat | Tak, podać |  |
| **Szkolenia:** |
| 1. | Szkolenie dla personelu medycznego: podczas instalacji i montażu urządzeń Zakres szkolenia:- obsługa urządzeń: dobór nastaw i parametrów- konserwacja i montaż oraz demontaż akcesoriów zużywalnych | Tak, podać |  |

 ….…………………………………………………………

 Kwalifikowany podpis elektroniczny/ podpis zaufany/

 podpis osobisty (e-dowód) Uprawnionego

 przedstawiciela Wykonawcy