**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**OPIS PARAMTRÓW TECHNICZNYCH/SZCZEGÓLOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dzierżawa 2 szt. Separatorów komórkowych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Potwierdzenie spełniania wymogu** | **Ocena punktowa** | **Oferowane parametry i właściwości separatora** |
|  | Aparat jezdny, łatwy do transportu | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Automatyczny dobór wszystkich parametrów, w tym prędkości przepływu i obojętności preparatów, w zależności od parametrów dawcy | Tak | Bez oceny |  |
|  | Aparat zasilany: 220-240 [V], 50 [Hz] | Tak | Bez oceny |  |
|  | Wydruk procedury dokumentujący wprowadzane zmiany oraz stany alarmowe dokonywany na bieżąco w czasie separacji. | Tak | Bez oceny |  |
|  | Poziom hałasu podczas użytkowania ≤ 70 dBa | Tak | Bez oceny |  |
|  | Restart urządzenie w trakcie procedury zakładania/wypełniania zestawu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Praca separatora w systemie zamkniętym | Tak | Bez oceny |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim za pomocą wyświetlacza graficznego i przycisków funkcyjnych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Instrukcja instalacji zestawu wyświetlana w języku polskim | Tak | Bez oceny |  |
|  | Dodatkowy wyświetlacz dla pacjenta informujący o czasie pozostałym do końca separacji | Tak | Bez oceny |  |
|  | Automatycznie sterowane dozowaniem antykoagulantu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Aparat realizuje procedury:  - plazmafereza wymienna (TPE),  - obniżanie poziomu płytek (tromboafereza)  - obniżanie poziomu leukocytów 9leukaferaza  - erytraferaza (redukcja i wymiana)  - pobieranie komórek macierzystych szpiku (MNC) w trybie manualnym oraz automatycznym | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Kalkulator wydajności procedury autoMNC oraz MNC obliczany na podstawie liczby CD34+ w krwi pacjenta przed zabiegiem | Tak | Bez oceny |  |
|  | Czujnik ciśnienia w linii pobierania | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Czujnik ciśnienia w linii zwrotu | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Detektor hemolizy w linii zwrotu do pacjenta/dawcy | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Czujnik przelania, wykrywający czerwone krwinki i mierzący zakłócenia wywołane przez płytki w linii komórkowej | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Czujnik braku roztworu zastępczego | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Czujnik wykrywający pęcherzyki powietrza w linii zwrotu do pacjenta | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Czujnik braku roztworu antykoagulacyjnego | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Czujnik informujący o nieszczelności zestawu w czasie separacji | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Czujnik prawidłowego zainstalowania zestawu do realizacji określonej procedury | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość wprowadzenia zmian parametrów procedury przez użytkowania na każdym etapie procedury (z wyjątkiem ostatniego cyklu procedury) | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wybór rodzaju płynu osocz0-zastepczego w procedurze plazmaferezy | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Pojemnik odbiorczy na komórki macierzyste składający się z dwóch worków połączonych drenem, w celu ułatwienia późniejszej preparatyki preparatu oraz dodatkowy pojemnik do pobierania próbek. | Tak | Bez oceny |  |
|  | Przeciętna objętość pozaustrojowa min. 195 ml | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość wyboru rodzaju dostępu naczyniowego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski lub umowa z autoryzowanym serwisem o świadczeniu usług - należy wskazać siedzibę, nazwę, kontakt telefoniczny. | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instalacja i szkolenie w miejscu instalacji | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przeglądy techniczne w okresie gwarancji. Należy podać wymaganą przez producenta urządzenia częstotliwość dokonywania przeglądów technicznych. | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |