***Załącznik nr 2.1 do SIWZ -Opis przedmiotu zamówienia***

**Pompa infuzyjna objętościowa - 50 sztuk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wymagania dla przedmiotu zamówienia*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametry oferowane (potwierdzić spełnianie parametru / opisać) \**** |
|  | Producent | podać | ……………………….. |
|  | Model | podać | ……………………….. |
|  | Kraj pochodzenia | podać | ……………………….. |
|  | Rok produkcji | urządzenie nowe, nieużywane,  wyprodukowane w 2019 | …………………………  rok produkcji |
|  | Pompa objętościowa do dożylnej podaży leków i płynów, krwi i produktów krwiopochodnych , żywienia pozajelitowego, leków onkologicznych sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi | TAK | ………………….. |
|  | Możliwość podaży cytostatyków w systemie zamkniętym wg. definicji NIOSH, potwierdzona certyfikatem | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt | TAK/NIE  (niepotrzebne skreślić) |
|  | Możliwość podaży leków onkologicznych w tym TAXOLU za pomocą wielodrożnych zestawów infuzyjnych – posiadających 1, 3, 5 porty | TAK | ……….………….. |
|  | Możliwość pracy z zestawami do leków światłoczułych | TAK | ………………….. |
|  | Dostępność drenów do żywienia dojelitowego | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt | TAK/NIE  (niepotrzebne skreślić) |
|  | Możliwość podaży preparatów krwiopochodnych potwierdzona wykazem dostępnym drenów | TAK | ……………………….. |
|  | Waga pompy max 2,5 kg: | <1,7kg – 5 pkt.,  ≥1,7kg – 2,5 kg – 0 pkt | …………… (kg) podać wagę pompy |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego 4h przy przepływie 100ml/h | TAK | ……………………….. |
|  | Możliwość podłączenia odłączalnego nieskładanego uchwytu do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych: | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt | TAK/NIE  (niepotrzebne skreślić) |
|  | Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji min 6 poziomów | TAK | ……………………….. |
|  | Zakres ciśnienia okluzji min. 0.3 do 1.2 bara (225-900mmHg), z wyborem na 9 poziomach. | TAK | ……………………….. |
|  | Różne tryby infuzji: wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki. | TAK | ……………………….. |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 1 200 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz. | TAK | ……………………….. |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) od 0,1- 9999 ml. | TAK | ……………………….. |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu. | TAK | ……………………….. |
|  | Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz. | TAK | ……………………….. |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt | TAK/NIE  (niepotrzebne skreślić) |
|  | Biblioteka Leków zawierająca min.100 leków z możliwością podzielenia na min.15grup i min. 5 profili pacjentów | 500 leków i więcej - 5 pkt.,  poniżej – 0 pkt | …………..……...  Podać ilość leków w Bibliotece Leków |
|  | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji. | TAK | ……………………….. |
|  | Możliwość precyzyjnej podaży z lub bez czujnika kropli. | TAK | ……………………….. |
|  | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika | TAK | ……………………….. |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej | TAK | ……………………….. |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń . | TAK | ……………………….. |
|  | Menu w języku polskim | TAK | ……………………….. |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml | TAK | ……………………….. |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 48 godzin | TAK | ……………………….. |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej do 3 pomp. | TAK | ……………………….. |
|  | Czułość techniczna – wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza ≥ 0,01 ml | TAK | ……………………….. |
|  | Możliwość współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii. | TAK- 10 pkt.,  NIE – 0 pkt | TAK/NIE  (niepotrzebne skreślić) |
| 34. | Wyposażenie do każdej pompy : odłączalny nieskładany uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych oraz zasilacz zewnętrzny | TAK | ……………………….. |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

* oferowany przez nas system jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;
* oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)
* zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia systemu w miejscu jego przeznaczenia
* zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia
* przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy
* ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji
* inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Data i podpis Wykonawcy