**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet 2 : A) Defibrylator - szt. 1**

**Producent : …………………………………………………(należy podać)**

**Model/ Typ : ………………………………………………………(należy podać)**

**Kraj pochodzenia: ................................................................. (należy podać)**

**Rok produkcji : 2018 lub 2019 ……………………..………(należy podać)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymaganego parametru | parametr wymagany | Deklaracja Wykonawcy - należy wpisać potwierdzenie TAK i oferowany parametr w miejscu żądanym |
| 1. **Ogólne**
 |
| 1. | Defibrylacja dwufazowa | TAK |  |
| 2. | Zakres wyboru energii w JMin. 5 – 360 J | TAK- podać |  |
| 3 | Ilość stopni dostępności energii defibrylacji zewnętrznej min. 23 | TAK- podać |  |
| 4 | Czas ładowania do energii 200 J max. 5 sek. | TAK- podać |  |
| 5 | Defibrylacja ręczna | TAK |  |
| 6 | Defibrylacja półautomatyczna | TAK |  |
| 7 | Ekran monitora – kolorowy | TAK |  |
| 8 | Przekątna ekranu monitora min. 5 cali | TAK- podać |  |
| 9 | Praca z zasilania akumulatorowego:Min. 3,5 godz. MonitorowanieMin. 140 defibrylacji z energią 360 J | TAK- podać |  |
| 10 | Możliwość wykonania kardiowersji | TAK |  |
| 11 | Ciężar max. 7,0 kg | TAK- podać |  |
| 12 | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci | TAK |  |
| 13 | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim(komunikaty na ekranie i tryb doradczy) | TAK |  |
| 14 | Metronom do podawania akustycznie częstości tempa uciskania klatki piersiowej podczas reanimacji z zaprogramowanymi min 4-ema grupami pacjentów | TAK- podać |  |
|  | **Monitorowanie EKG** |  |  |
| 15 | Monitorowanie EKGmin. 3 odpr. | TAK- podać |  |
| 16 | Zakres pomiaru tętnaMin. 20-300 u./min. | TAK- podać |  |
| 17 | Wzmocnienie EKG w zakresie min.0,25 – 4 cm/mV na min. 7 poziomach | TAK- podać |  |

**Pakiet 2 : B) Defibrylator - szt. 1**

**Producent : …………………………………………………(należy podać)**

**Model/ Typ : ………………………………………………………(należy podać)**

**Kraj pochodzenia: ................................................................. (należy podać)**

**Rok produkcji : 2018 lub 2019 ……………………..………(należy podać)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis wymaganego parametru** | **parametr wymagany** | **Deklaracja Wykonawcy - należy wpisać potwierdzenie TAK** **i oferowany parameter w miejscu żądanym** |
|  | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
|  | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym o wadze do 10 kg z kpl. akumulatorów | TAK/podać |  |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą  | TAK/podać |  |
|  | **ZASILANIE** |  |  |
|  | Zasilanie defibrylatora akumulatorowo/sieciowe | TAK |  |
|  | Wyświetlanie czasu pracy urządzenia zasilanego bateriami w minutach | TAK |  |
|  | Akumulatory bez efektu pamięci | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania min. 400 defibrylacji z maksymalną energią na w pełni naładowanych nowych bateriach bez konieczności przepinania zużytych baterii po ich wyczerpaniu | TAK/podać |  |
|  | Ładowanie wszystkich baterii w urządzeniu lub w zewnętrznej ładowarce od 0 do 100 % w czasie do 2 godzin | TAK/podać |  |
|  | Kondensator napięcia elektrycznego min. 3000 V | TAK/podać |  |
|  | **DEFIBRYLACJA** |  |  |
|  | Łyżki zewnętrzne dla dorosłych z funkcją defibrylacji/ regulacji poziomu energii/ monitorowania | TAK |  |
|  | Defibrylacje ręczna i półautomatyczna | TAK |  |
|  | Wspomaganie defibrylacji półautomatycznej za pomocą komend głosowych | TAK |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |
|  | Możliwość defibrylacji za pomocą elektrod jednorazowych z odległości do 10 m | TAK/podać |  |
|  | Energia defibrylacji min 2-200 J, dostępne 20 min poziomów energii zewn., funkcja kardiowersji elektrycznej | TAK/podać |  |
|  | Czas ładowania do energii maksymalnej niezależny od poziomu naładowania akumulatorów 5 sekund ± 2 sekundy | TAK/podać |  |
|  | **MONITOROWANIE I REJESTRACJA** |  |  |
|  | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min 8,4’’ | TAK/podać |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie min. 4 krzywych dynamicznych jednocześnie | TAK |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG | TAK/podać |  |
|  | Możliwość ręcznego i automatycznego ustawienia granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów | TAK |  |
|  | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min 100 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | TAK/podać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna lub karta danych min. 400 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne)  | TAK/podać |  |
|  | Możliwość ustawienia min. 6 trybów widoków monitora, w tym widoku w trybie kardiomonitora | TAK |  |
|  | **EKG/REJESTRACJA** |  |  |
| 23. | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG | TAK/podać |  |
| 24. | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 20-300 /min | TAK/podać |  |
| 25. | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 - 2 cm/mV | TAK/podać |  |
|  | **STYMULACJA ZEWNĘTRZNA** |  |  |
| 26. | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | TAK |  |
| 27. | Częstość stymulacji w zakresie min. 40 - 150 imp./min, prąd stymulacji w zakresie min. 10 - 140 mA | TAK/podać |  |
|  | **PULSOKSYMETRIA** |  |  |
| 28. | Monitorowanie pomiar SpO2 i pulsu -algorytm pomiarowy odporny na niską perfuzję, wstrząsy i artefakty ruchowe., w kpl. czujnik klips palcowy dla dorosłych >30 kg, w postaci klipsa na palec (czujnik dla dzieci 10-50kg) | TAK/podać |  |
| 29. | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą Dokładność pomiaru:- SpO2: ±2 cyfry w zakresie 70-100% Zakres pomiaru pulsu min. 25-240/min. | TAK/podać |  |
| 30. | Możliwość rozbudowy o pomiar SpHb, SpMet, SpCO | TAK |  |
|  | **NIBP** |  |  |
| 31. | Pomiary ręczne i automatyczne w odstępach czasowych min. 1-60 minut, zakres pomiaru ciśnienia średniego min. 26-220 mmHg. W komplecie mankiet dla dorosłych - 1 szt. | TAK/podać |  |
|  | **WYPOSAŻENIE** |  |  |
| 32. | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt. lub 2 kable EKG 4 i 6 żyłowy do pomiaru 12 odprow. EKG | TAK/podać |  |
| 33. | Kabel do stymulacji - szt. 1 | TAK/podać |  |
| 34. | Przy dostawie elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych min.1 kpl. | TAK/podać |  |
| 35. | Mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji dla osób otyłych, dorosłych i dzieci | TAK/podać |  |
| 36. | Kabel zasilający 230V min. 3,5 m | TAK/podać |  |
| 37. | Torba na akcesoria | TAK |  |

**Proszę podać ( wymienić) części zużywalne ( jeżeli dotyczy): ……………………………………………………………………………..…………….………**

**Proszę podać ( wymienić) listę podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanych przedstawicieli do wykonywania czynności serwisowych: …………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………….……..**

**UWAGA:**

**1. Parametry opisane w Zestawieniu Parametrów Technicznych są bezwzględnie wymagane. Nie spełnienie przez oferowany sprzęt jakiegokolwiek z parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z treścią SIWZ.**

**2. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest zgodny z wymogami SIWZ, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**