**Formularz parametrów ocenianych**

**Załącznik nr 8 do swz**

Znak Sprawy: **PCM/ZP 09/I/2024**

**Parametry techniczne punktowane**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametru ocenianego** | **Zakres i sposób przyznania punktów1** |
| **OCENIANA: POZ NR ………. Z FORMULARZA CENOWEGO** | | |
|  | Zamawiający w poz. 1,2,5,6 wymaga  zaoferowania pieluchomajtek z co najmniej jednym wskaźnikiem wilgotności. **Za zaoferowanie w tych pozycjach produktów z więcej niż jednym wskaźnikiem wilgotności, Zamawiający przyzna dodatkowe punkty.** | Więcej niż jeden wskaźnik wilgotności - **5 punktów** |
|  | Szybkość wchłaniania oraz skuteczność zatrzymywania moczu i kału wewnątrz wkładu chłonnego | Niska – **1 punkt**  Średnia – **5 punktów**  Wysoka – **10 punktów** |
|  | Neutralizacja nieprzyjemnych zapachów | Niska – **1 punkt**  Średnia – **5 punktów**  Wysoka – **10 punktów** |
|  | Wytrzymałość przylepcorzepów i możliwość ich wielokrotnego odpinania i zapinania w celu dobrego dopasowania i ochrony przed przeciekaniem | Niska – **1 punkt**  Średnia – **5 punktów**  Wysoka – **10 punktów** |
|  | Ocena ogólnego stanu skóry pacjenta po zmianie pieluchy | Skóra zawilgocona i zaczerwieniona – **1 punkt**  Skóra delikatnie zawilgocona bez widocznych zmian skórnych – **5 punktów**  Skóra sucha, bez zmian i podrażnień – **10 punktów** |
| **SUMA PUNKTÓW ZA PARAMETRY 1-5** | |  |

*1 – komisja dokonująca oceny pieluchomajtek zakreśli przyznaną ilość punktów dla każdego parametru*

Podpisy Komisji:

.........................................................................

..........................................................................

..........................................................................

**Zamawiający informuje, że ocena jakościowa poszczególnych rozmiarów zostanie dokonana po wcześniejszym dokładnym doborze rozmiaru pieluchomajtek a właściwości i jakość wszystkich zaoferowanych produktów zostaną zbadane na tej samie grupie pacjentów.**