Załącznik nr 1 do SWZ

OPIS PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Dostawa komory hiperbarycznej do Szpitala Średzkiego Serca Jezusowego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Komora hiperbaryczna – 1 szt.

Model: ………………………………………………..

Typ: …………………………………………………

Rok produkcji: **2021** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: …………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry wymagane** | **Parametr wymagany** | **Parametr****oferowany (opisać)** |
|  | **Parametry techniczne** |  |  |
| 1 | Komora hiperbaryczna jednoosobowa, przeznaczona dla celów terapeutycznych u ludzi, zgodnie z zaleceniami terapeutycznymi | **TAK** |  |
| 2 | Komora cylindryczna, na kółkach jezdnych | **TAK** |  |
| 3 | Objętość wewnętrzna komory powinna pomieścić wygodnie jednego pacjenta w pozycji leżącej, na wznak, z możliwością uniesienia oparcia co najmniej do 250 | **TAK** |  |
| 4 | Komora wyposażona w przezroczysty cylinder akrylowy na całej długości, umożliwiający podgląd całego chorego, redukujący poczucie klaustrofobii | **TAK** |  |
| 5 | Komora hiperbaryczna wypełniana czystym tlenem | **TAK** |  |
| 6 | **Ciśnienie robocze tlenu minimum 2,0 ATA** | **TAK** |  |
| 7 | Komora zasilana prądem zmiennym o mocy 220-240W, 50/60HZ | **TAK** |  |
| 8 | Komora wyposażona w zasilacz awaryjny 240V | **TAK** |  |
| 9 | Komora regulowana w zakresie kompresji i dekompresji, ciśnienia roboczego plateau, przepływu tlenu manualnie, przez operatora | **TAK** |  |
| 10 | Wysokość całkowita komory do 1550mm | **TAK** |  |
| 11 | Całkowita długość komory do 2670mm | **TAK** |  |
| 12 | Całkowita szerokość do 1020mm | **TAK** |  |
| 13 | Średnica wewnętrzna cylindra komory do 860mm | **TAK** |  |
| 14 | Długość wewnętrzna cylindra komory do 2300mm | **TAK** |  |
| 15 | Wewnętrzna objętość cylindra komory min. 1,3 m3 | **TAK** |  |
| 16 | Maksymalny ciężar komory do 1000 kg | **TAK** |  |
| 17 | Możliwość wyposażenia komory w drzwi otwierane prawo- lub lewostronnie – rodzaj do ustalenia na etapie zamówienia | **TAK** |  |
| 18 | Maksymalny ciężar pacjenta co najmniej 220kg | **TAK** |  |
| 19 | Temperatura pracy w zakresie od 00C do 380C | **TAK** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20 | Ciśnienie gazu szpitalnego – tlenu w zakresie 3,4 – 6,2 bar = 50 - 90 psi | **TAK** |  |
| 21 | Szybkość wentylacji komory w zakresie 125 – 385 l/min | **TAK** |  |
| 22 | Szybkość zmiany ciśnienia w zakresie 0,07 – 0,34 bar/min | **TAK** |  |
| 23 | Czas awaryjnej dekompresji do ciśnienia 1 ATA maksymalnie do 100 sek | **TAK** |  |
| 24 | Doposażenie komory w otwory penetracyjne, co najmniej 1 dla minimum 1 linii infuzyjnej do wlewów dożylnych | **TAK** |  |
| 25 | Doposażenie o dostępy do podłączeń urządzeń mierzących ciśnienie tętnicze krwi i zapis EKG | **TAK** |  |
| 26 | Doposażenie o złącze oksymetru SpO2 | **TAK** |  |
| 27 | Manometr wskazujący aktualne ciśnienie robocze w komorze w panelu sterowania | **TAK** |  |
| 28 | Manometr ustawionego ciśnienia tlenu w komorze | **TAK** |  |
| 29 | Wskaźnik przepływu tlenu w panelu sterowania | **TAK** |  |
| 30 | Monitorowanie stężenia zawartości tlenu za pomocą czujnika | **TAK** |  |
| 31 | Wskaźnik czas trwania zabiegu | **TAK** |  |
| 32 | Przycisk awaryjny umożliwiający alarmową dekompresję komory w panelu sterowania | **TAK** |  |
| 33 | Wbudowany w obudowę komory panel sterowania łączności pacjent – operator o następującej konfiguracji:* włącznik główny systemu komunikacji,
* regulacja głośności głośnika wewnątrz komory,
* regulacja głośności głośnika na zewnątrz komory,
* możliwość bezpośredniej komunikacji pomiędzy pacjentem, a operatorem przy użyciu słuchawki z wbudowanym mikrofonem i głośnikiem,
* diody wskaźnikowe łączności z pacjentem,
* panel komunikacyjny zabezpieczony dodatkowym akumulatorem umożliwiającym utrzymanie kontaktu głosowego przy braku zasilania, co najmniej na 15 minut.
 | **TAK** |  |
| 34 | Wózek transferowy leżący służący do przewozu chorych, o wysokości regulowanej hydraulicznie za pomocą nożnego regulatora, z hamulcem blokującym koła wózka, z bocznymi, składanymi poręczami zabezpieczającymi pacjenta, z prowadnicami łączącymi wózek z komorą służącymi do przemieszczenia leża z wózka do komory, z mechanizmem blokady leża w wózku i w komorze, z materacem pacjenta zintegrowanym z leżem wykonanym ze specjalnego materiału mogącego mieć kontakt z tlenem. Oparcie pleców możliwe do regulacji z pozycji pionowej do leżącej | **TAK** |  |
| 35 | Poduszka klinowa ze specjalnego materiału mogącego mieć kontakt z tlenem | **TAK** |  |
| 36 | Wszystkie elementy wewnętrzne komory winny być wykonane z materiałów mogących mieć kontakt z tlenem, materiałów nie elektryzujących się. | **TAK** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Warunki gwarancji:** |  |  |
| 1 | Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta. | **TAK** |  |
| 2 | Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta. | **TAK** |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) . | **TAK** |  |
|  | **Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty** |  |  |
| 1 | Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności | **TAK** |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf) | **TAK** |  |
| 3 | Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne | **TAK** |  |
| 4 | Paszport techniczny | **TAK** |  |
| 5 | Dostawa, montaż i uruchomienie | **TAK** |  |

……………………………………………… podpis Wykonawcy