**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**49/DEG/AS/2023**

**Dostawa defibrylatora, aparatu EKG wraz z wyposażeniem, ssaka medycznego w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII" dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku oraz dostawa aparatu EKG z wyposażeniem, skaneru do żył w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Psychiatrycznego Sądowego dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII w ramach zadań przeciwdziałania narkomanii"**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 1 - DEFIBRYLATOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Producent/Kraj | Podać |  |
|  | Model/Typ | Podać |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Rok produkcji urządzenia | 2023 |  |
|  | Dwa tryby pracy: ręczny i AED. | TAK |  |
|  | Defibrylator przeznaczony do terapii pacjentów w różnym wieku: - zintegrowane łyżki dla dorosłych i dzieci – możliwość szybkiego przełączenia trybu pracy dorosły/dziecko (dedykowany przycisk lub przełącznik, bez konieczności otwierania menu ustawień). | TAK |  |
|  | Prezentacja danych na ekranie kolorowym LCD TFT o przekątnej min. 7 cali, rozdzielczość min. 640x480 pikseli. | TAK |  |
|  | Min. 20 poziomów energii wyładowania w zakresie od 1 do 200J, ograniczenie energii wyładowania do 50 J przy defibrylacji wewnętrznej. | TAK |  |
|  | Poziomy energii: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,15,20,30,50,70,100,120,150,170,200J. | TAK |  |
|  | Czas ładowania do energii 150 J < 5 sekund. | TAK |  |
|  | Czas ładowania do maksymalnej energii (200 J) < 6 sekund. | TAK |  |
|  | Czas uruchamiania defibrylatora z gotowością do podania wyładowania poniżej 15 sekund. | TAK |  |
|  | Dwufazowy kształt fali wyładowania – zapewniający wysoką skuteczność defibrylacji przy obniżonej (oszczędzającej pacjenta) energii wyładowania. | TAK |  |
|  | Zakres impedancji pacjenta dla defibrylacji zewnętrznej: 25-250 Ohmów. | TAK |  |
|  | Możliwość defibrylacji za pomocą łyżek zewnętrznych, wewnętrznych i elektrod jednorazowych. | TAK |  |
|  | Możliwa defibrylacja przy użyciu odpowiednich elektrod samoprzylepnych. | TAK |  |
|  | Ustawianie poziomów energii przy pomocy pokrętła na płycie czołowej (przedniej) defibrylatora. | TAK |  |
|  | Przycisk ładowania impulsu defibracyjnego na płycie czołowej oraz łyżkach zewnętrznych. | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany wybranej energii na mniejszą lub większą za pomocą pokrętła po naładowaniu defibrylatora, a przed defibrylacją. Brak konieczności anulowania lub wyładowania defibrylatora. | TAK |  |
|  | Przycisk wyładowania impulsu defibracyjnego na płycie czołowej oraz łyżkach zewnętrznych. | TAK |  |
|  | System dopasowania impulsu defibrylacji w zależności od impedancji ciała pacjenta. | TAK |  |
|  | Automatyczne rozładowanie energii w przypadku niewykonania defibrylacji – możliwość zaprogramowania czasu do rozładowania (30, 60 i 90 sekund). | TAK |  |
|  | Wskaźnik sprawności defibrylatora na przedniej ścianie urządzenia. | TAK |  |
|  | Czytelna sygnalizacja sprawności/niesprawności urządzenia na panelu czołowym, widoczna nawet przy wyłączonym urządzeniu. W przypadku wykrycia usterki dodatkowa sygnalizacja dźwiękowa. | TAK |  |
|  | Na łyżkach zewnętrznych wbudowany kilkustopniowy wskaźnik jakości kontaktu z pacjentem. – OPCJA – nie wymagana | TAK / NIE |  |
|  | Konfigurowalny czas wstrzymania alarmu: 1, 2, 3, 5, 10 min lub nieokreślny czas. | TAK |  |
|  | Głośność alarmów konfigurowalna – min. 5 poziomów. | TAK |  |
|  | Głośność poleceń konfigurowalna – min. 5 poziomów. | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany koloru krzywych na ekranie – min. 7 kolorów – OPCJA – nie wymagana | TAK / NIE |  |
|  | **Kardiowersja** | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania kardiowersji za pomocą:  - wielofunkcyjnych elektrod podłączonych do defibrylatora  - wielofunkcyjnych elektrod lub łyżek zewnętrznych oraz 3/5 odprowadzeniowych elektrod monitorujących. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie defibrylatora komunikatów(następnych kroków) niezbędnych do wykonania kardiowersji. | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji czy defibrylator po wykonanej kardiowersji ma pozostać w trybie kardiowersji lub przejść samoistnie w tryb defibrylacji. | TAK |  |
|  | Kardiowersja synchroniczna z załamkiem R zapisu EKG. W trybie kardiowersji strzałki nad załamkami R elektrokardiogramu. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie defibrylatora informacji, że włączony jest tryb kardiowersji oraz podświetlany jest przycisk kardiowersji. | TAK |  |
|  | **Tryb AED** | TAK |  |
|  | Komendy głosowe oraz komunikaty na ekranie prowadzące proces reanimacji w trybie AED - w polskiej wersji językowej, zgodne z aktualnymi wytycznymi ERC/PRC. | TAK |  |
|  | Przycisk do przełączania z trybu dla dorosłych na tryb dziecięcy z automatyczną zmianą limitów granic alarmowych we wszystkich trybach oraz zmianą poziomu energii wyładowania w trybie AED. | TAK |  |
|  | Energia wyładowania 150J lub 170J lub 200 J dla dorosłych oraz 50 J dla dzieci i niemowląt. | TAK |  |
|  | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią do wyboru 150, 170, 200 J dla osoby dorosłej. | TAK |  |
|  | Analiza EKG oceniająca EKG pacjenta oraz jakość sygnału w celu określania czy defibrylacja jest wskazana oraz impedancję styku elektrod defibrylacyjnych. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie wskaźnika kontaktu ze skórą pacjenta w formie graficznej reprezentacji jakości kontaktu elektrod wielofunkcyjnych przy użyciu min. 3 kolorów – OPCJA – nie wymagana | TAK / NIE |  |
|  | W trybie AED możliwość wyświetlania krzywej pletyzmograficznej oraz monitorowanie SpO2 oraz tętna. | TAK |  |
|  | W trybie AED możliwość monitorowania CO2 oraz AwRR. | TAK |  |
|  | W przypadku niewskazanej defibrylacji możliwość konfiguracji czy defibrylator ma przejść w tryb monitorowania pacjenta czy przejść w tryb RKO z komunikatami głosowymi. | TAK |  |
|  | Algorytm analizy pozwalający uniknąć defibrylacji przy rytmach, którym najczęściej towarzyszy obecność tętna lub rytmach, przy których defibrylacja nie przyniosłaby korzyści. | TAK |  |
|  | **Tryb EKG i arytmii** | TAK |  |
|  | Monitorowanie EKG pacjenta za pomocą 3 lub 7 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Sygnał EKG z elektrod defibrylacyjnych i z elektrod EKG – z czytelną sygnalizacją braku kontaktu. | TAK |  |
|  | Pomiar częstości akcji serca w zakresie min. 16 – 300 uderzeń na minutę dla osoby dorosłej oraz min. 16-350 uderzeń na minutę dla dziecka/niemowlęcia. | TAK |  |
|  | Wybór odprowadzenia z: elektrod EKG, łyżek defibrylacyjnych lub jednorazowych elektrod do defibrylacji stymulacji. | TAK |  |
|  | Wzmocnienie sygnału EKG. Regulacja ręczna: 1/4x, 1/2x, 1x, 2x, 4x i automatyczna. | TAK |  |
|  | Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora – CF. | TAK |  |
|  | CMRR dla sygnału EKG: min. 105dB. | TAK |  |
|  | Filtr EKG o częstotliwości sieci zasilającej 50 Hz lub 60 Hz. | TAK |  |
|  | Automatyczne wykrywanie zaburzeń rytmu zagrażających życiu (asystolia, migotanie komór, bradykardia, tachykardia). | TAK |  |
|  | Regulowane alarmy górnej i dolnej granicy częstości akcji serca. | TAK |  |
|  | Jednoczesna prezentacja 3 krzywych EKG na ekranie. | TAK |  |
|  | Złącze - wejście synchronizujące sygnał EKG z zewnętrznego kardiomonitora dowolnego producenta . | TAK |  |
|  | Wyposażenie defibrylatora: przewód EKG 3 odprowadzeniowy - 1 szt. | TAK |  |
|  | **Stymulacja** | TAK |  |
|  | Tryb pracy: stały oraz na żądanie. | TAK |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna: maksymalny czas od chwili wykrycia fali R do chwili wyładowania impulsu defibrylacyjnego do 25 ms – OPCJA – nie wymagana | TAK / NIE |  |
|  | Natężenie prądu stymulacji min. od 10mA do 200mA ze skokiem co 5mA. | TAK |  |
|  | Czas trwania impulsu: od wyboru przez użytkownika 20 lub 40 ms. | TAK |  |
|  | Częstość: od 30 imp./min do 180 imp./min ze skokiem co 10 imp./min. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie defibrylatora komunikatów(następnych kroków) niezbędnych do wykonania stymulacji pacjenta. | TAK |  |
|  | W komplecie elektrody jednorazowe do defibrylacji – 1szt. | TAK |  |
|  | **Pomiar saturacji pacjenta – SpO2** | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy saturacji: 0-100% z rozdzielczością 1%. | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy częstości tętna: 30-300 uderzeń na minutę z rozdzielczością 1 uderzenie na minutę. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie urządzenia. | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania sensorów Masimo/Nellcor/lub własnej producenta za pomocą dedykowanych kabli łączących. | TAK |  |
|  | Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie urządzenia. | TAK |  |
|  | Wyposażenie defibrylatora: czujnik saturacji dla dorosłych – 1 szt. | TAK |  |
|  | **Pomiar ciśnienia nieinwazyjnego – NIBP** | TAK |  |
|  | Tryby pracy: automatyczny i ręczny. | TAK |  |
|  | Pomiar nieinwazyjny ciśnienia krwi (NIBP) metodą oscylometryczną. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia pomiaru w czasie o zakresie powtarzania co min. od 1 do 120 minut. | TAK |  |
|  | Wyświetlane wartości ciśnień: skurczowe, rozkurczowe oraz średnie. | TAK |  |
|  | Wyposażenie defibrylatora: przewód łączący – 1 szt., mankiet dla osoby dorosłej - 1 szt. | TAK |  |
|  | **Drukarka** | TAK |  |
|  | Rejestrator termiczny – szerokość zapisu min. 50 mm. | TAK |  |
|  | Przycisk drukowania uruchamia i zatrzymuje wydruk paska. |  |  |
|  | Możliwość wydruku opóźnionego tzn. obejmującego min. 10 sekund zapisu poprzedzającego moment uruchomienia wydruku. | TAK |  |
|  | Stała prędkość wydruku 25 mm/s. | TAK |  |
|  | Rejestrowane dane: data, czas, parametry zapisywanego sygnału EKG, parametry defibrylacji. (energia rzeczywista wyładowania – dostarczona pacjentowi). | TAK |  |
|  | Możliwość wydrukowania raportów min. : podsumowanie zdarzeń, trend funkcji życiowych, test funkcjonalny, konfiguracja, informacje o zdarzeniu. | TAK |  |
|  | **Zasilanie** | TAK |  |
|  | Zintegrowane zasilanie sieciowo-akumulatorowe. Zasilacz i ładowarka akumulatorów fabrycznie wbudowane w defibrylator. | TAK |  |
|  | Ładowanie akumulatorów z sieci 100-240 V AC / 50 lub 60 Hz. | TAK |  |
|  | Akumulatory bez efektu pamięci. Wskaźnik stanu akumulatorów na ekranie. Sygnał alarmowy (wizualny i dźwiękowy) niskiego stanu naładowania. | TAK |  |
|  | Mechaniczna blokada zabezpieczająca przed przypadkowym wypadnięciem przewodu zasilającego. | TAK |  |
|  | Typ akumulatora – litowo-jonowy lub litowo-polimerowy, łatwo wymieniany w razie potrzeby bez udziału serwisu i bez konieczności użycia narzędzi. | TAK |  |
|  | Czas pracy na akumulatorze: 2,5 godz. w przypadku monitorowania pacjenta EKG, SpO2, EtCO2, NIBP(co 15 min) a następnie 20 defibrylacji, a w przypadku defibrylacji min. 100 wyładowań z energią 200J | TAK |  |
|  | Wskaźnik pojemności akumulatora na ekranie defibrylatora. W przypadku niskiego poziomu naładowania wskaźnik na płycie czołowej miga, słychać sygnał dźwiękowy oraz po włączeniu defibrylatora wyświetlany jest komunikat o akumulatorze. | TAK |  |
|  | Temperatura pracy: min od 0 do +45ºC | TAK |  |
|  | Temperatura przechowywania bez akumulatora: min. od -20 do + 70ºC. | TAK |  |
|  | Praca w wilgotności: 15 – 95% | TAK |  |
|  | Defibrylator odporny na upadek zgodnie z normą IEC 68-2-32 z min. 75 cm. lub równoważną – OPCJA – nie wymagana | TAK / NIE |  |
|  | Urządzenie odporne na kurz i zalania cieczą – klasa szczelności obudowy min. IP54 – zarówno podczas pracy na zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym. | TAK |  |
|  | Urządzenie odporne na wstrząsy, upadki i uderzenia – zgodnie z normą IEC 68-2-32 (lub równoważną). | TAK |  |
|  | Spełnienie wymogów bezpieczeństwa zgodnie z EN 60601-2-4 i EN 60601-1 lub równoważnych. | TAK |  |
|  | Spełnianie wymagań normy EC 60601-1-2:2014/EN 60601-1-2:2015 oraz IEC 60601-1-2:2007/EN60601-1-2:2007 lub równoważnych. | TAK |  |
|  | Spełnianie norm bezpieczeństwa: EN60601-2-4:2011/GB9706.8-2009, EN 60601-1/A1:2013/GB9706.1-2007 lub równoważnych. | TAK |  |
|  | Zgodnie z normą 62304 niebezpieczeństwo wynikające z błędów oprogramowania zostały zminimalizowane przez zapewnienie zgodności produktu z wymaganiami dla oprogramowania – OPCJA – nie wymagana | TAK / NIE |  |
|  | Defibrylator posiada wbudowany monitor | TAK |  |
|  | Defibrylator transportowy | TAK |  |
|  | Możliwość zainstalowania defibrylatora w ambulansie. | TAK |  |
|  | Możliwość zainstalowania defibrylatora na wózku jezdnym. | TAK |  |
|  | Uchwyt do zawieszenia na łóżku pacjenta (demontowalny). | TAK |  |
|  | Wbudowany uchwyt do przenoszenia. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcje EtCO2 w strumieniu bocznym lub głównym. Pomiar EtCO2, AwRR. | TAK |  |
|  | Ciężar urządzenia z elektrodami zewnętrznymi i akumulatorem | Podać w kg |  |
|  | Automatyczny test sprawności defibrylatora z sygnalizacją dźwiękową i wizualną ewentualnego błędu. | TAK |  |
|  | Krytyczne podzespoły urządzenia testowane automatycznie nie rzadziej niż co godzinę. Pełny test automatyczny nie rzadziej niż raz w tygodniu. | TAK |  |
|  | Możliwość eksportu i importu konfiguracji urządzenia za pomocą dysku USB. | TAK |  |
|  | Polska wersja językowa – komunikaty ekranowe i głosowe, dokumentacja, opisy elementów sterujących. | TAK |  |
|  | Instrukcja w języku polskim. | TAK |  |
|  | Paszport techniczny. | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis | TAK, podać nazwę, adres oraz telefon kontaktowy |  |
|  | Serwis pogwarancyjny oraz sprzedaż części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych prze minimum 10 lat po upływie okresu gwarancji | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK, PODAĆ |  |
|  | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
|  | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |
|  | Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny Klasy I | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**49/DEG/AS/2023**

**Dostawa defibrylatora, aparatu EKG wraz z wyposażeniem, ssaka medycznego w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII" dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku oraz dostawa aparatu EKG z wyposażeniem, skaneru do żył w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Psychiatrycznego Sądowego dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII w ramach zadań przeciwdziałania narkomanii"**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 2 – APARAT EKG Z WYPOSAŻENIEM – 2 SZT.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | |
| SYSTEM | | | | | |
|  | Producent/kraj | | PODAĆ |  | |
|  | Model/Typ | | PODAĆ |  | |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe | | TAK |  | |
|  | Rok produkcji urządzenia | | 2023 |  | |
|  | Zapis 12 odprowadzeń EKG | | TAK |  | |
|  | Odrzucanie sygnałów powszechnych >125 dB | | TAK |  | |
|  | 24 bitowa akwizycja sygnału EKG | | TAK |  | |
|  | Zakres częstotliwości od 0,04 do 300Hz | | TAK |  | |
|  | Możliwość pracy w trybie Auto, Manual, lub Arytmia (z definiowalnym czasem pomiaru) | | TAK |  | |
|  | Możliwość wydruku raportu z biorczego z tryby arytmii w formie tabeli jak i epizodu. | | TAK |  | |
|  | Automatyczny tryb monitorowania arytmii z detekcją i analizą zdarzeń: Asysttolia, Para, pobudzenie wtrącone komorowe, pauza, przedwczesny skurcz nadkomorowy i komorowy, błąd kardiostymulatora, wstawka pobudzeń komorowych, migotanie, trzepotanie komór, częstoskurcz komorowy. | | TAK |  | |
|  | Rozpoczęcie akwizycji sygnału poprzez jeden przycisk | | TAK |  | |
|  | Detekcja stymulatora serca z możliwością włączenia/wyłączenia tej opcji | | TAK |  | |
|  | Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej, Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i mięśniowych | | TAK |  | |
|  | Pomiar akcji serca w zakresie minimum 30 – 300/min | | TAK |  | |
|  | Możliwość uaktualniania oprogramowania w razie konieczności, za pośrednictwem nośników danych | | TAK |  | |
|  | Analiza i interpretacja wyników EKG. | | TAK |  | |
|  | Obwody wejściowe odporne na impuls defibrylujący | | TAK |  | |
|  | Próbkowanie stymulatora serca minimum 75 000Hz | | TAK |  | |
|  | Filtry dolnoprzepustowe 20/40/100/150 Hz | | TAK |  | |
|  | Korekcja QT wedle Bazett, Framingham, Fridericia | | TAK |  | |
|  | Możliwość włączenia drukowania diagnoz prawidłowych w automatycznym opisie badania. | | TAK |  | |
|  | Możliwość ustawienia standardu odprowadzeni:  • Standard  • Cabrera  • NEHB  • SEQ4 | | TAK |  | |
| DRUKARKA | | | | | |
|  | Prędkość zapisu 5, 12,5, 25, 50 mm/s | | TAK |  | |
|  | Możliwość przeglądu zapisu EKG przed wydrukiem w celu wizualnej inspekcji jakości zapisu | | TAK |  | |
|  | Wydruk na wbudowanej drukarce na papierze termicznym A5 (do 12 krzywych) z automatycznym opisem parametrów rejestracji, datą i godziną badania | | TAK |  | |
|  | Możliwość konfiguracji wydruku 12 kanałowego EKG w formacie 2 x A5 do formatu A4/12 kanałów | | TAK |  | |
|  | Możliwość trwałego odłączenia w systemie opcji wydruku i automatycznego zapisu badań tylko do pamięci aparatu | | TAK |  | |
| EKRAN | | | | | |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy dotykowy ekran umożliwiający jednoczesny podgląd 12 kanałów EKG | | TAK |  | |
|  | Ekran dotykowy o przekątnej minimum 8,7 cali, rozdzielczość, minimum 890x550px | | TAK |  | |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczne dane demograficzne pacjenta: nazwisko, numer identyfikacyjny | | TAK |  | |
|  | Informacja na ekranie o stanie naładowania akumulatora oraz o podłączeniu do sieci | | TAK |  | |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych sygnałów na ekranie (min 3 stopniowa) | | TAK |  | |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczna wartość częstości serca (w uderzeniach na minutę) | | TAK |  | |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczny komunikat tekstowy o awarii odprowadzenia | | TAK |  | |
| WYPOSAŻENIE TECHNICZNE | | | | | |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe. Zasilanie akumulatorowe, pozwalające na pracę minimum 180 minut | | TAK |  | |
|  | Pamięć minimum 300 pomiarów | | TAK |  | |
|  | Export danych poprzez SFTP oraz folder współdzielony do formatu PDF | | TAK |  | |
|  | Łatwy dostęp i wymiana akumulatora bez potrzeby używania narzędzi | | TAK |  | |
|  | Możliwość podłączenia kabla pacjenta z wymiennymi przewodami elektrod na wypadek uszkodzenia jednego przewodu | | TAK |  | |
|  | Masa urządzenia gotowego do pracy (bez papieru) max. 4,5 kg | | TAK |  | |
|  | Wymiary urządzenia zamykające się w bryle o rozmiarach 120 mm x 325 mm x 270 mm (+/- 20 mm) | | TAK |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w minimum 2 port USB do bezpośredniego podłączenia zewnętrznej klawiatury lub opcjonalnego czytnika kodów kreskowych | | TAK |  | |
|  | Współpraca i export badań do nośników USB typu PenDrive | | TAK |  | |
|  | Export badań do pamięci USB – Pendrive | | TAK |  | |
|  | Interfejs komunikacyjny: i LAN | | TAK |  | |
|  | Wbudowana obsługa LDAP | | TAK |  | |
|  | Komunikacja z aparatem w języku polskim | | TAK |  | |
|  | Aparat wyposażony w dedykowany wózek z wysięgnikiem na przewody pacjenta, koszykiem na akcesoria | | TAK |  | |
|  | Możliwość rozbudowy o minimum: komunikacja w standardzie WiFI, DICOM, HL7, zapis do pamięci badania Full Disclosure, opcje automatycznego EKG z automatycznym wybraniem najlepszego fragmentu do pamięci i analizy | | TAK |  | |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | | TAK, PODAĆ |  | |
|  | | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK | |  |
|  | | Instruktaż personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | TAK | |  |
|  | | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK | |  |
|  | | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK | |  |
|  | | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK | |  |
|  | | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres minimum 10 lat. | TAK | |  |
|  | | Najbliższy siedziby Zamawiającego serwis na terenie Polski wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi | TAK | |  |
|  | | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK | |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**49/DEG/AS/2023**

**Dostawa defibrylatora, aparatu EKG wraz z wyposażeniem, ssaka medycznego w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII" dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku oraz dostawa aparatu EKG z wyposażeniem, skaneru do żył w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Psychiatrycznego Sądowego dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII w ramach zadań przeciwdziałania narkomanii"**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 3 – SSAK MEDYCZNY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Producent/Kraj | PODAĆ |  |
|  | Model/Typ | PODAĆ |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Rok produkcji urządzenia | 2023 |  |
|  | Odsysanie w zakresie od 0-93 kPa z funkcją automatycznego trybu gotowości | TAK |  |
|  | Odsysanie delikatne w zakresie 5 do 20kPa ( drenaż) | TAK |  |
|  | Maksymalny przepływ powietrza 40l/min |  |  |
|  | Odsysanie pulsacyjne pomiędzy dwoma wybranymi przez użytkownika wartościami | TAK |  |
|  | W pełni automatyczna ekstrakcja próżniowa | TAK |  |
|  | Pompa bezolejowa próżniowa | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny hydrofobowy | TAK |  |
|  | Bezkontaktowy zbiornik bezpieczeństwa | TAK |  |
|  | Praca ciągła bez możliwości przegrzania pompy | TAK |  |
|  | Szeroki zakres akcesoriów: wyposażenie w nietłukące pojemniki umożliwiające sterylizację w autoklawie 2 szt. 2 litry i 2 szt. 4 litry | TAK |  |
|  | Wózek jezdny | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60 Hz | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK, PODAĆ |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instruktaż personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | TAK |  |
|  | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres minimum 10 lat. | TAK |  |
|  | Najbliższy siedziby Zamawiającego serwis na terenie Polski wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi | TAK |  |
|  | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**49/DEG/AS/2023**

**Dostawa defibrylatora, aparatu EKG wraz z wyposażeniem, ssaka medycznego w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII" dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku oraz dostawa aparatu EKG z wyposażeniem, skaneru do żył w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Psychiatrycznego Sądowego dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII w ramach zadań przeciwdziałania narkomanii"**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 4 – SKANER DO ŻYŁ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Producent/Kraj | PODAĆ |  |
|  | Model/Typ | PODAĆ |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Rok produkcji urządzenia | 2023 |  |
|  | Skaner naczyń krwionośnych emitujący promieniowanie podczerwone, które wykorzystane jest do lokalizacji naczyń podskórnych oraz podświetlenia ich pozycji na skórze pacjenta bezpośrednio nad żyłami. Lokalizacja naczyń krwionośnych dokonywana jest poprzez wchłanianie promieniowania podczerwieni przez hemoglobinę we krwi – brak bezpośredniego kontaktu urządzenia z pacjentem. | TAK |  |
|  | Obudowa ze specjalnym otworem pozwalającym na zamocowanie smyczy na nadgarstek zapobiegającej upadkowi urządzenia po wypadnięciu z ręki. | TAK |  |
|  | Emisja promieniowania podczerwonego z dwóch niezależnych źródeł o długości fali 850nm każdy (2x850nm). | TAK |  |
|  | Drugie niezależne źródło światła podczerwonego zwiększające jakość wyświetlanej mapy żylnej. | TAK |  |
|  | Możliwość pracy w trybach wyświetlania minimum: pozytyw, negatyw, pomiar głębokość naczyń | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar głębokości żył z trójstopniowym wskazaniem jego wyniku poprzez projekcję trójkolorowej mapy żył wskazującej ich głębokość: żyły czerwone do 2 mm, żyły niebieskie 2-4 mm, żyły zielone powyżej 4 mm. | TAK |  |
|  | Min 5 kolorów wyświetlania | TAK, PODAĆ |  |
|  | Min. 4 poziomy jasności wyświetlania | TAK, PODAĆ |  |
|  | Min. 3 rozmiary okna wyświetlania | TAK, PODAĆ |  |
|  | Rozdzielczość wyświetlanej mapy naczyń krwionośnych minimum 414 500 pikseli | TAK |  |
|  | Skaner wyświetlający informację o rozdzielczości okna wyświetlania w pikselach | TAK |  |
|  | Wbudowany wyświetlacz o wielkości minimum 1,3 cala wskazujący wszystkie uruchomione na urządzeniu funkcje, minimum: rozdzielczość wyświetlanej mapy naczyń w pikselach, poziom jasności, kolor, stan baterii, tryb pomiaru głębokości. | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w klawiaturę składającą się z przycisków niewystających w żadnym z kierunków poza płaszczyznę ściany obudowy, ułatwiających czyszczenie urządzenia. | TAK |  |
|  | Przyciski jednofunkcyjne oznaczone graficznie, zgodnie z funkcją przeznaczenia | TAK |  |
|  | Kolorowe Diody LED wyświetlające na obudowie urządzenia informacje o włączeniu urządzenia, stanie baterii oraz ładowaniu baterii | TAK |  |
|  | Wbudowana bateria litowo-jonowa | TAK |  |
|  | Możliwość pracy na zasilaniu sieciowym przy rozładowanej baterii | TAK |  |
|  | Wymiary urządzenia w mm (dł. x szer. x gł.): 224 x 68 x 64 mm (+/- 2 mm) | TAK |  |
|  | Waga urządzenia: 485g (+/- 2g) | TAK |  |
|  | Warunki pracy:  - temperatura – od 50C do 400C  - wilgotność – od 20% do 90% (+/- 2%) wilgotności względnej bez kondensacji | TAK |  |
|  | Warunki transportu i przechowywania:  - temperatura – od -20°C do 55°C  - wilgotność – od 10% do 95% (+/- 2%) wilgotności względnej bez kondensacji | TAK |  |
|  | Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny Klasy I | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK, PODAĆ |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 10 lat od dostawy | TAK |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instruktaż personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | TAK |  |
|  | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres minimum 10 lat. | TAK |  |
|  | Najbliższy siedziby Zamawiającego serwis na terenie Polski wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi | TAK |  |
|  | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***