***Załącznik nr 2 do SWZ***

**Rejestrator ABPM – 28 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW - TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Wymogi techniczne i użytkowe stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

**Wykonawca wypełnia kolumnę „Parametry oferowane”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |   |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |   |
| 3 | Producent | Podać |   |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |   |
| 5 | Rok produkcji 2022/2023, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |   |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej  | TAK |   |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |   |
| 8 |  Ochrona przed wilgocią lub równoważna | IP22 lub równoważna |   |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Współpraca z kompleksową platformą kardiologiczną, w której można wykonać zarówno badania EKG z oceną ryzyka nagłej śmierci sercowej, jak i spirometrię, próbę wysiłkową, holter EKG, holter RR i ergospirometrię oraz telekonsultację badań | Tak /Podać |  |
| 2 | **Kompatybilny z posiadanym system BTL CardioPoint**  | Tak /Podać |  |
| 3 | Metoda pomiaru oscylometryczna, krokowe wypuszczanie | Tak /Podać |  |
| 4 | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | Tak /Podać |  |
| 5 | Czas ciągłego zapisu min.51 godz. | Tak /Podać |  |
| 6 | Okres rejestracji ciśnienia krwi: 24, 27, 48, 51 godzin | Tak /Podać |  |
| 7 | Ilość pomiarów przy naładowanych akumulatorach: 250 pomiarów | Tak /Podać |  |
| 8 | Pojemność pamięci: min. 600 pomiarów | Tak /Podać |  |
| 9 | Czas trwania monitorowania: Poranek, dzień, noc, okresy specjalne | Tak /Podać |  |
| 10 | Możliwość dodania pomiaru na żądanie z uwzględnianiem daty i godziny z dokładnością co do minuty. | Tak /Podać |  |
| 11 | Możliwość ustawienia min. 4 okresów pomiaru tj. dzień, noc, poranek oraz okres specjalny z możliwością określenia początku i końca okresu pomiaru z dokładnością co do minuty. | Tak /Podać |   |
| 12 | Zakres pomiaru ciśnienia krwi 30 – 260 mmHg | Tak /Podać |  |
| 13 | Zakres pomiaru Pulsu 40 – 200 uderzeń/ minDokładność pomiaru ±3mmHg lub ±2%  | Tak /Podać |  |
| 14 | Interwał pomiaru: 5 – 90 (5,10,15,20,25,30,40,60,90) | Tak /Podać |  |
| 15 | Algorytmy pomiaru ciśnienia krwi. Protokoły :  BHS i AAMI | Tak /Podać |  |
| 16 | Automatycznie kontrolowany poziom ciśnienia w mankiecie do 300 mmHg | Tak /Podać |  |
| 17 | Sensor ciśnienia -Piezo rezystywny | Tak /Podać |  |
| 18 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel optyczny (światłowodowy) USB | Tak /Podać |  |
| 19 | Pomiar na żądanie wywołany zpoziomu rejestratora przy użyciudedykowanego przycisku. | Tak /Podać |  |
| 20 | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | Tak /Podać |  |
| 21 | Przycisk informacji o pobraniu leku | Tak /Podać |  |
| 22 | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | Tak /Podać |  |
| 23 | Różne średnice rękawów min. 3 rodzaje (podać jakie) | Tak /Podać |  |
| 24 | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | Tak /Podać |  |
| 25 | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania w trakcieuruchamiania rejestratora | Tak /Podać |  |
| 26 | Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak /Podać |  |
| 27 | Waga bez akumulatorów max. 190g | Tak /Podać |  |
| 28 | Maksymalne rozmiary rejestratora: max. 72x 100 x 31 mm | Tak /Podać |  |
| 29 | Możliwość uruchomienia badania z poziomu rejestratora bez użycia komputera  | Tak /Podać |  |
| 30 | Minimum 3 wbudowane programy pomiaru w rejestratorze z możliwością wyboru dowolnego z nich tj.-Pomiary co 15 minut w dzień i co 30 minut w nocy-Pomiary co 20 minut w dzień i co 40 minut w nocy-Pomiary co 30 minut niezależnie od pory dnia  | Tak /Podać |  |
| 31 | W zestawie z rejestratorem 2 sztuki mankiet standardowy, osiem akumulatorów, ładowarka, walizka, futerał z paskiem | Tak /Podać |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | Tak, podać |   |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać |   |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.*Dostarczyć wraz z dostawa przedmiotu zamówienia.* | Tak, podać |   |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak, podać |   |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak, podać  |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 9 | Paszport techniczny  | Tak  |  |

**Uwaga:
1. Parametry techniczne graniczne stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

**2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zażądania potwierdzenia wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę danych we wszystkich dostępnych źródłach w tym u producenta.**

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

 data i podpis