Nr postępowania: A-OZPI.272.2.7.2023.JM3 Załącznik nr 2 do SWZ

|  |
| --- |
| **Uwaga!****Niniejszy dokument należy podpisać elektronicznym kwalifikowanym podpisem lub elektronicznym podpisem zaufanym** **lub elektronicznym podpisem osobistym** |

 **Zamawiający:**

Powiat Jarociński

 Al. Niepodległości 10

 63-200 Jarocin

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………

(należy uzupełnić o pełną nazwę/firmę, siedzibę, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………

(należy uzupełnić o imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone w trybie podstawowym

o jakim stanowi art. 275 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 1710 ze zm.)

na dostawę pn.:

„Zakup karetki pogotowia dla Szpitala Powiatowego w Jarocinie wraz z wyposażeniem ”

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA WRAZ Z WYMAGANYMI PARAMETRAMI – WYPOSAŻENIE AMBULANSU**

Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wymagane wiersze i kolumny w poniższej tabeli.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Opis parametru** | **Wartość wymaganego parametru przez Zamawiającego** | **Wartość parametru oferowanego (\*)** | **Ilość****szt./****zestawów** | **Cena netto****(\*)** | **VAT****w %****(\*)** | **Cena brutto****(\*)** |
| **1.** | **Zestaw:** **nosze główne** **z transporterem** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| Wykonane z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | TAK |  |
| Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha | TAK |  |
| Przystosowane do prowadzenia reanimacji | TAK |  |
| Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 75˚ | TAK |  |
| Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia oraz ułożenia głowy na wznak do pozycji węszącej | TAK |  |
| Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście | TAK |  |
| Z zestawem pasów bezwładnościowych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy + uprząż do przewożenia dzieci | TAK |  |
| Wyposażone w cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące | TAK |  |
| Ze składanymi wzdłużnie poręczami bocznymi o konstrukcji pozwalającej na składanie i rozkładanie jedną ręką | TAK |  |
| Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy | TAK |  |
| Możliwość prowadzenia noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy | TAK |  |
| Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia na transporterze | TAK |  |
| Rama noszy wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) | TAK |  |
| Składany teleskopowo statyw na płyny infuzyjne | TAK |  |
| Waga noszy max 23 kg (podać)zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 lub normy równoważnej | TAK(podać wagę noszy;jeśli dotyczy – podać normę równoważną do PN EN 1865-1) |  |
| System niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę | TAK |  |
| Szybki i łatwy system połączenia z noszami | TAK |  |
| Regulacja wysokości w min. 6 poziomach | TAK |  |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na min. trzech poziomach pochylenia | TAK |  |
| Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy | TAK |  |
| Wyposażony w min. 4 główne jezdne kółka obrotowe w zakresie 360 stopni o średnicy min. 150 mm | TAK |  |
| Wszystkie kółka jezdne obrotowe w zakresie 360 stopni o średnicy min. 150 mm i szerokości 50 mm na pełnej feldze | TAK |  |
| Min. 2 kółka wyposażone w hamulce | TAK |  |
| Fabrycznie zamontowany system pozwalający na prowadzenie transportera bokiem przez jedną osobę z dowolnego miejsca na obwodzie transportera | TAK |  |
| 1. główne uchwyty transportera
 | TAK |  |
| Dodatkowe uchylne uchwyty transportera ułatwiające manewrowanie z możliwością odblokowania regulacji wysokości goleni | TAK |  |
| Rama transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) | TAK |  |
| Przyciski blokady goleni kodowane kolorami | TAK |  |
| Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą transportera | TAK |  |
| Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | TAK |  |
| Obciążenie dopuszczalne transportera min. 225 kg | TAK |  |
| Transporter przystosowany do mycia ciśnieniowego  | TAK |  |
| Waga transportera max. 28 kg. Zamawiający dopuszcza wyższą wagę transportera do max. 36 kg przy ładowności przekraczającej 220 kg, pod warunkiem potwierdzenia zgodności z wymogami normy PN EN 1865 lub równoważnej | TAK(podać wagę transportera i ładowność;jeśli dotyczy – potwierdzenie zgodności z wymogami normy PN EN 1865 lub równoważnej wraz z jej podaniem) |  |
| Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi aktualnej normy PN EN 1789, PN EN 1865-1+A1 lub równoważnej | TAK(jeśli dotyczy – podać normę równoważną do PN EN 1789, PN EN 1865-1+A1) |  |
| **2.** | **Krzesełko kardiologiczne z systemem płozowym** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| Wykonane z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | TAK |  |
| System płozowy do transportu pacjenta po schodach | TAK |  |
| Siedzisko i oparcie wykonane z łatwego do mycia i dezynfekcji tworzywa typu ABS odpornego na uszkodzenia | TAK |  |
| Możliwość złożenia do transportu w ambulansie | TAK |  |
| Wysuwane uchwyty przednie blokowane w min. 3 pozycjach | TAK |  |
| 4 koła w tym min. 2 obrotowe w zakresie 360° | TAK |  |
| Uchylne rączki tylne | TAK |  |
| Wysuwany uchwyt ramy oparcia blokowany w min. 2 pozycjach | TAK |  |
| Kąt pomiędzy płozami a ramą krzesełka min. 30° | TAK |  |
| Rozstaw zewnętrzny płóz min. 37 cm | TAK |  |
| Stabilizator głowy pacjenta | TAK |  |
| Ruchoma podpórka na stopy pacjenta zapewniająca mu stabilne podparcie, uniemożliwiające ześliźnięcie się stóp pacjenta, o wymiarach min. 240 x 85 mm | TAK |  |
| Min. 3 pasy poprzeczne | TAK |  |
| Waga krzesełka z systemem płozowym max 14 kg | TAK |  |
| Maksymalne wymiary po złożeniu: 95 cm x 52 cm x max 20 cm | TAK |  |
| Udźwig min. 227 kg | TAK |  |
| **3.** | **Zestaw:****defibrylator, uchwyt, torba, tester, inne akcesoria** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| Defibrylator przenośny o przekątnej ekranu min. 8 cali, przystosowany do montażu i przewozu w ambulansie, wyposażony w następujące funkcje:* defibrylacja,
* kardiowersja,
* stymulacja,
* 12 odprowadzeniowe EKG,
* czujnik SPO2,
* NIBP,
* transmisja danych poprzez dedykowany dodatkowy modem,
* czujnik ETCO2,
* czujnik metohemoglobiny

W zestawie certyfikowany uchwyt karetkowy, torba z kieszeniami oraz z paskiem do noszenia na ramieniu, tester oraz akcesoria umożliwiające spełnienie powyższych funkcji. | TAK |  |
| **4.** | **Zestaw:****materac próżniowy, pompka, torba na materac, zestaw naprawczy** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| * materac próżniowy do transportu pacjentów z urazami kręgosłupa, miednicy i urazami wielonarządowymi

z dopinaną podłogą zabezpieczającą materac w kontakcie z podłożem* konstrukcja zapewniająca całkowite unieruchomienie, dopasowanie do ciała pacjenta i uniemożliwiająca załamywanie się materaca podczas przenoszenia pacjenta
* wymiary: co najmniej 200 x 90 cm
* minimum 6 uchwytów do przenoszenia
* minimum 4 poprzeczne, zabezpieczające pacjenta pasy
* materac wykonany z materiału o dużej wytrzymałości i trwałości, łatwego

do czyszczenia i dezynfekcji* w zestawie, co najmniej: pompka, torba na materac, zestaw naprawczy
 | TAK |  |
| **5.** | **Zestaw:****kamizelka KED,****uchwyty transportowe pasy, torba** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| * kamizelka do transportu chorych

z urazami kręgosłupa* stabilizacja kręgosłupa z zachowaniem swobodnego dostępu do klatki piersiowej w celu monitorowania i defibrylacji
* wykonana z materiału o wysokiej trwałości i wytrzymałości, łatwego

do czyszczenia i dezynfekcji* trzy uchwyty transportowe pasy: 3 pasy piersiowe, 2 pasy stabilizujące głowę,

2 pasy biodrowe* w zestawie dedykowana torba transportowa wielokrotnego użytku
 | TAK |  |
| **6.** | **Zestaw:****deska ortopedyczna, pasy, stabilizator głowy** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| * deska wykonana z tworzywa sztucznego o wysokiej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji
* wymiary min.: 180 x 40
* co najmniej 12 uchwytów na obwodzie deski o wymiarach zapewniających wygodne przenoszenie, nawet w grubych rękawicach
* pasy mocujące pacjenta:
* ilość pasów: minimum 3
* konstrukcja każdego pasa dwuczęściowa
* regulacja długości każdego pasa

po obu stronach klamry* zapinanie pasów za pomocą „szybkozłączy”
* stabilizator głowy
 | TAK |  |
| **7.** | **Zestaw:****szyny Kramera, torba transportowa** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| * zestaw 14-tu szyn różnych rozmiarów typu Kramera do unieruchamiania kończyn
* szyny w zdejmowalnym, miękkim powleczeniu, z możliwością dezynfekcji
* w zestawie torba transportowa
 | TAK |  |
| **8.** | **Zestaw** **do ręcznego pomiaru ciśnienia krwi** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| Zestaw zawiera:* ciśnieniomierz – 1 szt.
* stetoskop – 1 szt.
* mankiety w rozmiarach dla każdej grupy wiekowej – 6 szt.
 | TAK |  |
| **9.** | **Zestaw:****respirator transportowy** **i inne akcesoria** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| 1. Respirator do terapii oddechowej

w trakcie transportu zgodny z wymaganiami aktualnej normy PN-EN 794-3 lub równoważnej1. Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła np. zasilanie pneumatyczne z przenośnego

lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów pod warunkiem iż brak jego zasilania nie ma wpływu na pracę zasadniczą respiratora)1. Maksymalna waga respiratora ≤ 3 kg
2. Tryb wentylacji IPPV lub CMV
3. Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta –

z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej1. Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym – możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej
2. Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej
3. Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci:
* częstość oddechowa regulowana

w zakresie min. 8-40 cykli/min* objętość oddechowa regulowana

w zakresie min. 70-1500 ml1. Minimum 2 poziomy stężenia tlenu

w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta)1. Tryb wentylacji biernej 100% tlenem – oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem zależnym

od podciśnienia w układzie oddechowym1. Regulowane ciśnienie szczytowe

w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H2O1. Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji 0-20 cm H2O
2. Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji do max. 15cm H2O
3. Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu
4. Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cm H2O
5. Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator
6. Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego
7. Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):
* wysokiego ciśnienia szczytowego

w fazie wdechu* niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia)
* stałego ciśnienia w układzie pacjenta
* niskiego ciśnienia gazu zasilającego
1. Układ oddechowy pacjenta – min. 5 szt. + min. 6 szt. kpl. układów oddechowych do CPAP-u
2. Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 + A 2 lub równoważnej
3. Dodatkowy zestaw ciśnieniowy

do manualnej wentylacji noworodków1. Przenośny zestaw tlenowy: torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/ noszy, butla tlenowa aluminiowa o poj. 2,7 l z reduktorem ciśnienia

z manometrem i z przepływomierzem. | TAK(podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta;jeśli dotyczy – podać normę równoważną do PN-EN 794-3, PN-EN 1789 + A 2) |  |
| **10.** | **Zestaw:****ssak elektryczny, zbiornik** **z filtrem, uchwyt karetkowy** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| * ssak elektryczny – 1 szt.
* maksymalna wydajność: nie mniejsza niż 20 l/min
* regulacja siły ssania
* podświetlane wskaźniki/panel sterowania
* do użytku ze zbiornikami wielorazowego użytku oraz z możliwością stosowania jednorazowych worków
* uchwyt do przenoszenia ssaka
* głośność: maksimum 70dB
* zasilanie: 12 V oraz akumulatorowe
* w zestawie: wielorazowy, sterylizowalny zbiornik (pojemność 1000 ml) z filtrem antybakteryjnym, uchwyt karetkowy

do mocowania na ścianie z wbudowanym gniazdem zasilającym (ssak ładuje się natychmiast po odwieszeniu w uchwycie)* waga maksimum: 4 kg z pełnym wyposażeniem
 | TAK |  |
| **11.** | **Ssak ręczno-nożny** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| **12.** | **Zestaw:****przepływomierz z nawilżaczem** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| **13.** | **Zestaw bakteriostatycz-ny wielorazowy**  | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| Zestaw zawiera:* koc bakteriosatyczny – 1 szt.
* poduszkę bakteriostatyczną – 1 szt.
 | TAK |  |
| **14.** | **Zestaw:****pokrowiec termoizolacyjny na kroplówkę, 1l + element grzejny duży** **i mały** **oraz mankiet ciśnieniowy** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| **15.** | **Torba opatrunkowa** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| * torba ratunkowa na zestaw pierwszej pomocy z dwoma komorami i dodatkową przeźroczystą komorą od góry
* torba może zostać przystosowana

do różnych zastosowań przez dołożenie dodatkowych wewnętrznych organizatorów* maksymalne wymiary 40 x 30 x 40 cm
 | TAK |  |
| **16.** | **Torba pediatryczna** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| * torba pediatryczna wykonana z materiału typu CORDURA lub równoważnego, tj. tkanina wysoce odporna na przetarcia

i wilgoć, posiadająca możliwość transportu w ręku oraz na ramieniu* na wyposażeniu torby powinien znajdować się różnokolorowy pasek spełniający rolę miarki, na której każdy kolor odpowiada określonym przedziałom wzrostu dzieci
* wnętrze torby zawierające różnokolorowe saszetki przeznaczone

na posegregowany sprzęt reanimacyjny* każdy kolor saszetki posiada swój odpowiednik na pasku
 | TAK(jeśli dotyczy – podać opis materiału równoważnego) |  |
| **17.** | **Plecak ratowniczy** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| * plecak wykonany z materiału typu Cordura, wielokomorowy (min. 5 dużych komór głównych o wymiarach min 25 cm x 25 cm każda) przeznaczonych

do przechowywania i przenoszenia wyposażenia medycznego niezbędnego do pracy w zespołach wyjazdowych pogotowia ratunkowego* plecak z ampularium na min. 80 ampułek
 | TAK |  |
| **18.** | **Mankiet wielorazowy do ciśnieniowego toczenia płynów infuzyjnych** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| **19.** | **Zestaw** **do transportu amputowanych kończyn** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| Torba lub walizka o pojemności co najmniej 4 litry do przewozu amputowanych kończyn | TAK |  |
| **20.** | **Kołnierz ortopedyczny pediatryczny wielorazowy** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| **21.** | **Płachta ratownicza** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| * płachta do ręcznego przenoszenia pacjentów
* wymiary: minimum 185 x 70 cm
* wykonana z materiału o dużej wytrzymałości i trwałości, łatwego

do czyszczenia i dezynfekcji* wyposażona w co najmniej 8 uchwytów do przenoszenia
* nośność: minimum 300 kg
 | TAK |  |
| **22.** | **Uprząż/pasy** **do przewożenia noworodków typu „Kangoofix”**  | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 szt. |  |  |  |
| **23.** | **Zestaw:****dwie butle tlenowe 10 l puste i dwa reduktory** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| **24.** | **Zestaw:****urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, inne akcesoria** | Marka, model | TAK(podać markę i model) |  | 1 zestaw |  |  |  |
| 1. Sposób realizacji masażu według obowiązujących wytycznych ERC
2. Częstość kompresji zakres 100 – 120 uciśnięć na minutę, osiągalna

w przedziale temp. +15oC ÷ +35oC1. Głębokość kompresji w przedziale

5 – 6 cm1. Cykl pracy 50% kompresja /50% dekompresja
2. Aktywna relaksacja klatki piersiowej

za pomocą ssawki 1. Zasilanie urządzenia elektryczne
2. Klasa ochronności urządzenia min. IP 43
3. Źródło zasilania:
* akumulator wewnętrzny
* zasilanie 12 V DC (ze ściany karetki)
* zasilanie 230 V AC
1. Ładowanie akumulatorów:
* czas ładowania akumulatora

w urządzeniu (bez wyjmowania) w temp. pokojowej – max. 120 minut* możliwość ładowania akumulatora

w urządzeniu ( ładowarka wbudowana w urządzenie )1. Czas pracy urządzenia:
* ciągła i nieprzerwana kompresja urządzenia przy zasilaniu

z akumulatora – min. 45 minut* możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta
1. Transmisja danych:
* możliwość bezprzewodowej transmisji danych raportu z RKO przez moduł Bluetooth do komputera
1. W zestawie:
* dodatkowa niezależna ładowarka

z uchwytem do montażu w ambulansie (zasilanie 12V prądu stałego)* przewód zasilający ładowarkę zakończony wtykiem IP-34
* torba lub kontener transportowy (wymiary maksymalne urządzenia

w torbie lub kontenerze transportowym wysokość ca 65 cm x szerokość ca 51 cm x głębokość ca 26 cm)* stabilizator / deska ułożenia pod plecy pacjenta
* system stabilizacji ułożenia pacjenta względem urządzenia zapewniający właściwy masaż (np. pasy

do unieruchomienia rąk pacjenta do urządzenia)* akumulator min. 2 szt.
* elementy bezpośredniego kontaktu

z pacjentem przy masażu (ssawka) min. 10 szt.* wbudowana ładowarka

do akumulatora* paszport techniczny, karta gwarancyjna
* instrukcja obsługi w j. polskim
* oddzielna ładowarka do ładowania akumulatorów
* waga urządzenia maksymalnie 9 kg w gotowości do użycia ≤ 8 kg
 | TAK |  |

***\* wypełnia Wykonawca***