**DEA.ZP-260/4/2023 Załącznik nr 2 do SWZ**

**Zadanie 2 – dostawa w ramach leasingu finansowego wyposażenia medycznego prawem opcji wykupu**

Sprzęt medyczny (posiadający deklarację CE zgodnie z przepisami prawa polskiego potwierdzające zgodność z wymogami normy aktualnej PN EN 1789 lub normy równoważnej w zakresie wyposażenia medycznego).

1. Zamawiający wymaga by oferowane urządzenia były fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2022 lub 2023 roku.

2. Oferowany sprzęt medyczny musi spełniać wymagania określone w aktualnie obowiązującej normie PN-EN 1789 dla wyposażenia ambulansu drogowego (lub równoważnej) w zakresie odpowiednim do przedmiotu zamówienia.

**Formularz parametrów wymaganych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **SPRZĘT MEDYCZNY** | TAK/NIE**(określić)** | Oferowane parametry(opisać, podać) |
| **I.** | **NOSZE GŁÓWNE – 8 szt.** |  |  |
|  | Nosze fabrycznie nowe. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
|  | Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. |  |  |
|  | Udźwig noszy powyżej 220 kg. |  |  |
|  | Nosze 3 segmentowe z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha |  |  |
|  | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnym funkcji |  |  |
|  | Płynna regulacja kąta nachylenia oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową do min. 75 ° |  |  |
|  | Rozkładane poręcze boczne zwiększające powierzchnię noszy, regulowane w 7 pozycjach ułatwiające transport pacjentów, certyfikowane w zakresie normy PN-EN 1865 lub równoważnej (certyfikat załączyć do oferty) |  |  |
|  | Nosze wyposażone w 4 pełne koła jezdne, obrotowe w zakresie 360° o średnicy min. 15 cm. Min. 2 koła wyposażone w hamulce. |  |  |
|  | Wieszak na płyny infuzyjne |  |  |
|  | Zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy |  |  |
|  | Długość całkowita noszy min. 195 cm |  |  |
|  | Szerokość całkowita noszy min. 55 cm |  |  |
|  | Wyprofilowany materac umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, przystosowany do przewozu pacjentów otyłych o powierzchni antypoślizgowej, nieabsorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące. |  |  |
| 14. | Kodowane kontrastowymi kolorami oznakowanie elementów związanych z obsługą noszy |  |  |
| 15. | Waga noszy max. 55 kg. |  |  |
| 16. | Dokument producenta (protokół/raport z badań) ambulansu potwierdzający spełnienie wymagań wytrzymałościowych zgodnie z PN EN 1789 wystawione przez niezależną jednostkę notyfikacyjną (załączyć do oferty). |  |  |
| 17. | Prowadnica stabilizująca nosze podczas załadunku noszy na lawetę zgodna z normą PN EN 1789 |  |  |
| 18. | 24 miesiące – minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego.***Parametr dodatkowo punktowany!*****Gwarancja na urządzenie: 24 miesiące** – minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego – 0 pkt. **36 miesięcy** – 1 pkt. **48 miesięcy** – 2 pkt. **60 miesięcy** – 4 pkt. |  |  |
| 19. | Pakiet bezpłatnych przeglądów serwisowychrealizowanych u Zamawiającego w okresie gwarancji przez okres 24 miesiące. ***Parametr dodatkowo punktowany!*** **24 miesiące** – minimalny wymagany pakiet bezpłatnych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji – 0 pkt. **36 miesięcy** – 1 pkt. **48 miesięcy** – 2 pkt. **60 miesięcy** – 4 pkt. |  |  |
| **II** | **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY – 8 szt.** |  |  |
|  | Defibrylator fabrycznie nowy. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
|  | Załączyć deklarację zgodności z normą EN 60601-2-4:2011 |  |  |
|  | **Zasilanie**  |  |  |
|  | Akumulatorowe |  |  |
|  | Akumulatory: minimum 2 w zestawie. Czas pracy z jednego akumulatora (przy monitorowaniu) min. 3 godz. |  |  |
|  | Ładowarka akumulatorów minimum dwustanowiskowa z możliwością montażu w przedziale medycznym ambulansu. Możliwość ładowania akumulatorów z AC 230V lub DC 12V |  |  |
|  | Waga monitora z możliwością defibrylacji max. 10 kg |  |  |
|  | **EKG** |  |  |
|  | Zakres wzmocnienie sygnału ekg min. od 0,25-4cm/Mv, min. 8 poziomów |  |  |
|  | Ilość kanałów ekg: min. 12 |  |  |
|  | Interpretacja i analiza przebiegu ekg w zależności od wieku pacjenta i płci |  |  |
|  | **SpO2** Pomiar saturacji krwi tętniczej |  |  |
|  | Zakres pomiaru min. 50 -100% |  |  |
|  | Czujniki SpO2 wielorazowego użytku typu klips na palec dla dorosłych i dla dzieci |  |  |
|  | NIBP **Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** |  |  |
|  | Zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg |  |  |
|  | Tryb ręczny i automatyczny |  |  |
|  | Metoda pomiaru: oscylometryczna |  |  |
|  | **EtCO2** Pomiar stężenia CO2 w powietrzu wydychanym |  |  |
|  | Zakres pomiaru EtCO2 0-99 mmHg |  |  |
|  | **Defibrylacja**  |  |  |
|  | Łyżki twarde defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci |  |  |
|  | Defibrylacja ręczna |  |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna AED |  |  |
|  | Dostarczana energia w zakresie min. 5 – 360 J |  |  |
|  | Możliwość manualnego wyboru poziomu energii zewnętrznej – min. 25 poziomów |  |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji |  |  |
|  | Kardiowersja |  |  |
|  | **Stymulacja przezskórna serca**  |  |  |
|  | Tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna |  |  |
|  | Zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 50 – 150 / minutę |  |  |
|  | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10 -180 mA |  |  |
|  | **Ekran**  |  |  |
|  | Przekątna ekranu > 8 cala |  |  |
|  | Kolorowy LCD TFT |  |  |
|  | Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu  |  |  |
|  | **Reanimacja krążeniowo – oddechowa** |  |  |
|  | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) |  |  |
|  | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji |  |  |
|  | **Drukarka**  |  |  |
|  | Szerokość papieru min. 90 mm |  |  |
|  | Ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 |  |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek.) |  |  |
|  | **Inne wymagania**  |  |  |
|  | Możliwość archiwizacji wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji |  |  |
|  | Możliwość transmitowania zapisu ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do wszystkich stacji odbiorczych w województwie łódzkim. |  |  |
|  | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania  |  |  |
|  | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44  |  |  |
|  | Impregnowana torba do noszenia na ramieniu z kieszeniami na akcesoria i materiały zużywalne |  |  |
|  | Certyfikowany uchwyt montażowy urządzenia w przedziale medycznym ambulansu drogowego zgodny z normą PN-EN 1789 |  |  |
|  | Modem teletransmisji danych 4G |  |  |
|  | 24 miesiące – minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego.***Parametr dodatkowo punktowany!*****Gwarancja na urządzenie:24 miesiące** – minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego – 0 pkt.**36 miesięcy** – 2 pkt.**48 miesięcy** – 5 pkt.**60 miesięcy** – 10 pkt. |  |  |
|  | Pakiet bezpłatnych przeglądów serwisowychrealizowanych u Zamawiającego w okresie gwarancji przez okres 24 miesiące ***Parametr dodatkowo punktowany!*****24 miesiące** – minimalny wymagany pakiet bezpłatnych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji – 0 pkt.**36 miesięcy** – 2 pkt.**48 miesięcy** – 5 pkt.**60 miesięcy** – 10 pkt. |  |  |
| **III** | **URZĄDZENIE DO KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ – 8 szt.** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
| 2. | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja |  |  |
| 3. | Działanie urządzenia w pełni elektryczne |  |  |
| 4. | Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC z możliwością regulacji częstości oraz głębokości uciśnięć. |  |  |
| 5. | Aktywna dekompresja – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej przez ssawkę (np. podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację ); w komplecie min. 10 jednorazowych ssawek. |  |  |
| 6. | Źródło zasilania: - akumulator wewnętrzny, - zasilanie DC 12V, - zasilanie AC 230V.  |  |  |
| 7. | Czas ładowania akumulatora wewnętrznego max. 120 min. |  |  |
| 8. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego podczas pracy urządzenia (RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230V AC lub 12V DC). |  |  |
| 9. | Ładowarka wewnątrz urządzenia; opcjonalnie możliwość doposażenia zestawu o ładowarkę zewnętrzną. |  |  |
| 10. | Alarmy informujące o nieprawidłowym działaniu urządzenia: dźwiękowe lub w formie komunikatów wyświetlanych w języku polskim na interfejsie użytkownika. |  |  |
| 11. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 min.  |  |  |
| 12. | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta.Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą /plecakiem max. 12 kg. |  |  |
| 13. | Możliwość bezprzewodowej transmisji danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji. |  |  |
| 14. | Wyposażenie urządzenia: |  |  |
| a | torba lub plecak |  |  |
| b | deska pod plecy |  |  |
| c | pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia |  |  |
| d | pas stabilizacyjny |  |  |
| e | jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (ssawki min. 10 szt.) |  |  |
| f | akumulator |  |  |
| g | ładowarka do akumulatora |  |  |
| 15. | 24 miesiące – minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego.***Parametr dodatkowo punktowany!*****Gwarancja na urządzenie:24 miesiące** – minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego – 0 pkt.**36 miesięcy** – 2 pkt.**48 miesięcy** – 4 pkt.**60 miesięcy** – 6 pkt. |  |  |
| 16. | Pakiet bezpłatnych przeglądów serwisowychrealizowanych u Zamawiającego w okresie gwarancji przez okres 24 miesiące. ***Parametr dodatkowo punktowany!*** **24 miesiące** – minimalny wymagany pakiet bezpłatnych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji – 0 pkt.**36 miesięcy** – 2 pkt.**48 miesięcy** – 4 pkt.**60 miesięcy** – 6 pkt. |  |  |
| **IV** | **POMPA INFUZYJNA JEDNO STRZYKAWKOWA – 8 szt.** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
| 2. | Możliwość zamontowania strzykawek o różnych objętościach 2, 5, 10, 20, 30, 50 ml. |  |  |
| 3. | Proste programowanie i łatwa obsługa. Szybkie wprowadzanie danych przy pomocy klawiatury numerycznej. Możliwość zmiany parametrów bez przerywania infuzji |  |  |
| 4. | Automatyczne chwytanie i rozpoznawanie strzykawek |  |  |
| 5. | Bolus manualny i automatyczny (z zaprogramowaną dawką) Możliwość programowania dawki, czasu lub szybkości podaży. |  |  |
| 6. | Rozbudowany system alarmów:* końca podaży zaprogramowanej objętości
* podana zaprogramowana objętość
* przepływ za mały / za duży
* okluzja
* rozładowania akumulatora
* zanik zasilania sieciowego

pompa uszkodzona |  |  |
| 7. | Biblioteka leków |  |  |
| 8. | Zasilanie akumulatorowe  |  |  |
| 9. | Możliwość ładowania 230/12V.W zestawie przewód zasilający 230V i 12V |  |  |
| 10. | Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie  |  |  |
| 11. | Okres gwarancyjny min. 24 miesiące |  |  |
| 12. | Możliwość wykonywania napraw oraz przeglądów przez jednostkę sprzedającą u Zamawiającego |  |  |
| 13. | Certyfikat CE |  |  |
| 14. | Wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych – załączyć do oferty |  |  |

**UWAGA!!!
Wszystkie w/w parametry i wymogi są parametrami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

 podpis **elektroniczny kwalifikowany**

 osoby/-ób uprawnionej/-ych

 do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika