****

**PCZ/II-ZP/17/2024**

**Załącznik nr 2.3 do SWZ**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet 3 - DEFIBRYLATOR – 4 sztuki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Parametr wymagany, konieczny do spełnienia/ parametr punktowany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań - Parametr oferowany – podać/opisać** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, nie dopuszcza się sprzętu powystawowego, demonstracyjnego  i rekondycjonowanego | Tak |  |
|  | Rok produkcji 2024 | Tak |  |
|  | Pełna nazwa urządzenia, typ, model | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Aparat przenośny z torbą transportową, testerem wyładowań | Tak |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci, min.2 akumulatory | Tak, podać |  |
|  | Średni czas pracy z baterii (przy monitorowaniu) min. 6 godz. | Tak |  |
|  | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą ładowarki zewnętrznej 12V – 230V | Tak, podać |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | Tak, podać |  |
|  | Ilość defibrylacji z energią min. 200 J przy pracy z akumulatorów min. 400 | **Parametr punktowany, podać:**  **< 400 – 0 pkt.**  **> 400 – 10 pkt.** |  |
|  | Akcesoria komunikacyjne do transmisji badań EKG będącej systemem odbioru sygnału przez jednostkę zewnętrzną (np. modem, 1szt/defibrylator) | Tak |  |
|  | Transmisja danych przez modem min. 3G do istniejących stacji odbiorczych w pracowniach kardiologii inwazyjnej **w Bydgoszczy, Gnieźnie, Inowrocławiu.** KARTA SIM po stronie zamawiającego. | **Tak, podać** |  |
|  | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku lub przytoczony wydruk i przesłane/transmisja danych do: działu technicznego szpitala, koordynatora medycznego pogotowia | Tak |  |
|  | Norma IP min.44 | Tak |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Tak |  |
|  | Elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min.1kpl | Tak |  |
|  | Wspomaganie RKO: metronom działający w trybie manualnym i półautomatycznym pracujący w czterech trybach:  - pacjent dorosły zaintubowany  - pacjent dorosły niezaintubowany  - pacjent pediatryczny zaintubowany  - pacjent pediatryczny niezaintubowany  Bezpośredni dostęp (niezabezpieczony hasłem) | Tak |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 360J | Tak, podać |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 24 poziomy. | **Parametr punktowany, podać:**  **< 24 poziomów – 0 pkt.**  **> 25 poziomów – 10 pkt.** |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji przy użyciu przewodu do terapii z wykorzystaniem:  a) elektrody do stymulacji/defibrylacji/EKG,  b) elektrody typu RTS do sytmulacji/defibrylacji/EKG,  c) elektrody typu RTS pediatrycznej do stymulacji/ defibrylacji/EKG,  d) elektrody do stymulacji/defibrylacji/EKG z systemem połączeniowym | Tak |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji przy użyciu łyżek wewnętrznych o rozmiarach (średnicach) i o poniższych długościach trzonu:  Rozmiar 2,5 cm +/- 5mm trzon o długości 15,9 cm +/- 5mm,  Rozmiar 3,8 cm +/- 5mm trzon o długości 15,25 cm+/- 5mm,  Rozmiar 5,1 cm +/- 5mm trzon o długości 14,6 cm +/- 5mm,  Rozmiar 6,35 cm+/- 5mm trzon o długości 14 cm +/- 5mm,  Rozmiar 8,9 cm+/- 5mm trzon o długości 12,7 cm +/- 5mm. | Tak |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. | Tak |  |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | Tak |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | Tak |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | Tak |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20-250 u/min | Tak |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 6 poziomów wzmocnienia. | **Parametr punktowany, podać:**  **< 6 poziomów wzmocnienia – 0 pkt.**  **> 7 poziomów wzmocnienia – 10 pkt** |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8” | Tak, podać |  |
|  | Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu | Tak |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości min.90mm. | **Parametr punktowany, podać:**  **≤ 90mm – 0 pkt.**  **≥100mm – 10 pkt.** |  |
|  | Wydruku trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | Tak |  |
|  | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50 -100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych | Tak |  |
|  | Wielorazowy czujnik w technologii Masimo lub Nellcor dla dorosłych 1szt/defibrylator | Tak |  |
|  | Wielorazowy czujnik w technologii Masimo lub Nellcor pediatryczny 1szt/defibrylator (dla dwóch urządzeń) | Tak |  |
|  | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru tętna: min.30 do 230 uderzeń na minutę | Tak |  |
|  | Odstęp czasu przy pomiarach automatycznych do  wyboru przez użytkownika w zakresie min. od 2 min do 45 min | Tak |  |
|  | Mankiet dla dorosłych, rozmiar min.27-34cm wielorazowego użytku 1szt/defibrylator | Tak |  |
|  | Mankiet pediatryczny, rozmiar min.14-18cm wielorazowego użytku 1szt/defibrylator | Tak |  |
|  | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika. | Tak |  |
|  | Zestaw kaniul, dla pacjentów intubowanych,  op. min.25 sztuk (1opak./defibrylator) | Tak |  |
|  | Możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | Tak |  |
|  | Impregnowana torba do noszenia na ramieniu z kieszeniami na akcesoria i materiały zużywalne (1szt/defibrylator) | Tak |  |
|  | Zasilacz AC, kabel zasilający do zasilacza, ramka do zasilacza | Tak |  |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
|  | Sposób przekazywania zgłoszeń o awariach: mailowo oraz telefonicznie, infolinia | TAK, podać |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK, podać  Dokumenty załączyć wraz z dostawą towaru |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do instalacji i uruchomienia sprzętu oraz przeprowadzenia szkolenia z zakresu obsługi i konserwacji sprzętu. | TAK |  |
|  | Katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.(dokumenty załączyć wraz z ofertą) | TAK  Dokumenty załączyć wraz z ofertą |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis gwarancyjny i pogwarancyjny oraz sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (dokumenty dostarczyć wraz z dostawą aparatu) | TAK, podać dane serwisu  Dokumenty załączyć wraz z dostawą towaru |  |
|  | Dostawca zobowiązany jest do wykonania obowiązkowych, bezpłatnych przeglądów okresowych w okresie obowiązywania gwarancji, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż 1 raz do roku, ostatni z tych przeglądów w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji. | Tak, podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzeń przeglądów okresowych |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu uprawniająca do wymiany tego podzespołu oraz podzespołów bezpośrednio mających wpływ na jego funkcjonowanie na nowe (nie więcej niż 3). | Tak, podać |  |
|  | Paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz z datą następnego przeglądu | TAK |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych przez okres 10 lat od momentu dostarczenia przedmiotu zamówienia | TAK |  |
|  | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z towarem | TAK  Dokumenty załączyć wraz z dostawą towaru |  |
|  | Oświadczamy, że przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do pracy zgodnie z instrukcją obsługi bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  |
|  | Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę | Podać |  |

**UWAGA:**

* + - 1. **Parametry punktowane** – będą uwzględnione w ocenie ofert (kryterium jakość-parametry techniczne)
      2. Wszystkie pozostałe parametry minimalne w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty
      3. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabeli.