**Załącznik nr 5** do SWZ w postępowaniu 43/2021/TP

**PARAMETRY TECHNICZNE – wymagania minimalne**

DEFIBRYLATORY Z WYPOSAŻENIEM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis/ parametry wymagane** | **Wartość graniczna** | **Wartość oferowana** | **Ocena punktowa** |
| 1. | Nazwa | podać |   | bez oceny |
| 2. | Typ | podać |   | bez oceny |
| 3. | Producent | podać |   | be oceny |
| 4. | Kraj pochodzenia | podać |   | bez oceny |
| 5. | Fabrycznie nowe, rok produkcji 2020 | TAK |   | bez oceny |
| **I.** | **Defibrylator przenośny z torbą transportową instalowaną na defibrylatorze, testerem wyładowań i certyfikowanym uchwytem kartkowym**  **1 sztuka** |
| 1. | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci - w komplecie minimum 2 akumulatory | TAK |  | bez oceny |
| 2. | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą ładowarki zewnętrznej 12V-230V | TAK - podać  |  | Ładowarka jednostanowiskowa - 0 pkt Ładowarka dwustanowiskowa - 5 pkt |
| 3. | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze - min.180 min. monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200j | TAK - podać |  | bez oceny |
| 4. | Ciężar defibrylatora w kg max. 12 kg | TAK - podać |  | bez oceny |
| 5. | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzania. Potwierdzeniem poprawności działania z datą, godziną numerem aparatu umieszczone na wydruku lub przytoczony wydruk i przesłane/transmisja danych do: działu technicznego, koordynatora medycznego | TAK - podać  |  | Wykonanie auto testu z wydrukiem - 0 pkt Wykonanie auto testu z wydrukiem i przesłaniem danych - 5 pkt |
| 6. | Norma IP min. 43 | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 7. | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 8. | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 9. | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych oraz dla dorosłych i dzieci | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 10. | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 200 J. | TAK - podać |  | bez oceny |
| 11. | Dostępne poziomy energii zewnętrznej - minimum 20 | TAK - podać  |  | bez oceny |
| 12. | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 13. | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne oraz jednorazowe elektrody naklejane dla dorosłych | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 14. | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia, spełniające normę PN-EN 1789, na wyposażeniu nakładki dziecięce | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 15. | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja , wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych | TAK - opisać |  | bez oceny |
| 16. | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 17. | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 18. | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 19. | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 20. | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12- odprowadzeniowego badania EKG uwzgledniająca wiek i płeć pacjenta | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 21. | Zakres pomiaru tętna od 25- 250 u/min. | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 22. | Alarmy częstości akcji serca | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 23. | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,5 do 4 cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia | TAK - podać |  | bez oceny |
| 24. | Prezentacja zapisu EKG - minimum 3 kanały na ekranie | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 25. | Ekran kolorowy o przekątnej min. 8" | TAK - podać  |  | Ekran do 8"- 0 pktEkran powyżej 8"- 5 pkt |
| 26. | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 80 mm | TAK - podać |  | bez oceny |
| 27. | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 28. | Transmisja danych przez wbudowany lub zewnętrzny modem | TAK - podać |  | bez oceny |
| 29. | Moduł pomiaru SpO2 czujnikiem typu klips | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 30. | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 31. | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min. od 0 do 99 mmHg, z automatyczna kalibracją bez udziału użytkownika. W komplecie minimum 20 szt. kaniul pomiarowych dla pacjentów zaintubowanych | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| **II.** | **Defibrylator przenośny z torbą transportową instalowaną na defibrylatorze z testerem wyładowań - 2 sztuki** |
| 1. | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci - w komplecie minimum 2 akumulatory | TAK |  | bez oceny |
| 2. | Możliwość ładowania akumulatorów w urządzeniu za pomocą zasilacza zewnętrznego 12V-230V. Bezpieczna, nie wymagająca narzędzi instalacja zasilacza na urządzeniu w dowolnym momencie | TAK - podać  |  | Zasilacz zewnętrzny - 0 pkt Zasilacz zewnętrzny z możliwością instalacji na defibrylatorze - 5 pkt |
| 3. | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze - min.180 min. monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200j | TAK - podać |  | bez oceny |
| 4. | Ciężar defibrylatora w kg max. 12 kg | TAK - podać |   | bez oceny |
| 5. | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika , bez konieczności włączania urządzania. Potwierdzeniem poprawności działania z datą, godziną numerem aparatu umieszczone na wydruku | TAK - podać |  | Wykonanie auto testu bez wydruku - 0 pktWykonanie auto testu z wydrukiem - 5 pkt |
| 6. | Norma IP dla defibrylatora min. 43 | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 7. | Norma IP dla zasilacza min. 43 | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 8. | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 9. | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 10. | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych oraz dla dorosłych i dzieci | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 11. | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 200 J. | TAK - podać |  | bez oceny |
| 12. | Dostępne poziomy energii zewnętrznej - minimum 20 | TAK - podać  |  | bez oceny |
| 13. | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak - wymagane |  | bez oceny |
| 14. | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne oraz jednorazowe elektrody naklejane dla dorosłych | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 15. | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji , wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie . Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia, spełniające normę PN-EN 1789, na wyposażeniu nakładki dziecięce | Tak - wymagane |  | bez oceny |
| 16. | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych ( wybór energii, defibrylacja , wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych | TAK - opisać |  | bez oceny |
| 17. | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 18. | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 19. | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 20. | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 21. | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12- odprowadzeniowego badania EKG uwzgledniająca wiek i płeć pacjenta | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 22. | Zakres pomiaru tętna od 25- 250 u/min. | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 23. | Alarmy częstości akcji serca | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 24. | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,5 do 4 cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia | TAK - podać |  | bez oceny |
| 25. | Prezentacja zapisu EKG - minimum 3 kanały na ekranie | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 26. | Ekran kolorowy o przekątnej min. 8" | TAK - podać  |  | Ekran do 8"- 0pktEkran powyżej 8"- 5 pkt |
| 27. | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 80 mm | TAK - podać |  | bez oceny |
| 28. | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 29. | Transmisja danych przez wbudowany lub zewnętrzny modem | TAK - podać |  | bez oceny |
| 30. | Moduł pomiaru SpO2 czujnikiem typu klips | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 31. | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| 32. | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min. od 0 do 99 mmHg, z automatyczna kalibracją bez udziału użytkownika . W komplecie minimum 20 szt. kaniul pomiarowych dla pacjentów zaintubowanych | TAK - wymagane |  | bez oceny |
| **III.** | **Gwarancja i serwis** |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 m-ce | TAK |  | bez oceny |
| 2. | Autoryzowany serwis na terenie Polski | TAK |  | bez oceny |
| 3. | Autoryzacja producenta oferowanego urządzenia na świadczenie usług serwisowych gwarancyjnych i pogwarancyjnych przez Wykonawcę – **dołączyć do oferty.** | TAK |  | bez oceny |
| 4. | Czas reakcji serwisu na zgłoszoną awarię - max. 48 godz. | TAK |  | bez oceny |
| 5. | Bezpłatnie urządzenie zastępcze na czas naprawy przekraczający 7 dni | TAK |  | bez oceny |
| 6. | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach | TAK - podać |  | bez oceny |
| 7. | Zagwarantowana dostępność części wymiennych i serwisu min. 10 lat | TAK |  | bez oceny |
| 8. | Bezpłatne przeglądy okresowe (w ilości zgodnie z zaleceniem producenta) w okresie gwarancji - ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  | bez oceny |
| 9. | Koszt przeglądu pogwarancyjnego z uwzględnieniem koniecznej wymiany ew. części eksploatacyjnych zalecanych przez producenta | TAK - podać |  | bez oceny |
| 10. | Koszt dojazdu do zgłoszonej awarii/ przeglądu (koszt brutto za km + ew. inne koszty np. zakwaterowania itp.) | TAK - podać |  | bez oceny |
| **IV.** | **Inne** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim dla użytkownika - 1 sztukaoraz w wersji elektronicznej dla Działu Logistyki - 1 sztuka (na płycie CD lub Pendrive) | TAK |  | bez oceny |
| 2. | Wszelkie materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, dane techniczne itp.) w języku polskim | TAK |  | bez oceny |
| 3. | **Do oferty dołączyć** oryginalne materiały producenta potwierdzające parametry oferowanych urządzeń. | TAK |  | bez oceny |
| 4. | Oferowane urządzenie musi spełniać wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz posiadać Deklaracje Zgodności z normą PN-EN 1789:2007 +A2:2014 | TAK |  | bez oceny |
| 5. | Szkolenie personelu w zakresie obsługi wraz z wydaniem odpowiedniego świadectwa | TAK |  | bez oceny |
| 6. | Przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do pracy zgodnie z instrukcją obsługi bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  | bez oceny |
| 7. | Dostawca zobowiązuje się do transportu we własnym zakresie oraz instalacji urządzenia we wskazanym miejscu przez zamawiającego | TAK |  | bez oceny |