*Załącznik nr 2a – dotyczy przetargu nieograniczonego na Zakup ambulansu ratunkowego oraz samochodów osobowych dla Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie*

*Znak: ZP/2501/136/2022*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot oferty: **AMBULANS**

Producent:

……………………………………………………………………………………………………………….………

Nazwa typ/model: ...................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PARAMETRY WYMAGANE** | Spełnia war. graniczne | **PARAMETRY OFEROWANE**  **(wymagany opis spełnienia wymogów)** |
|  | **NADWOZIE** |  |  |
|  | Rok produkcji – 2022 lub 2023 | TAK |  |
|  | Typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony | TAK |  |
|  | Maksymalna długość całkowita pojazdu min. 6150 mm | TAK |  |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą | TAK |  |
|  | Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 270 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł (podać kąt otwarcia drzwi) | TAK |  |
|  | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z dodatkowym wewnętrznym uchwytem, z otwieraną szybą, Przy prawych drzwiach przesuwnych do przedziału medycznego stopień automatycznie chowany (obrotowy) przy zamykaniu drzwi. Kąt obrotu stopnia min. 90°. Możliwość ręcznego włączania i wyłączania stopnia przyciskiem umieszczonym na słupku przy drzwiach prawych przesuwnych do przedziału medycznego. | TAK |  |
|  | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | TAK |  |
|  | Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny | TAK |  |
|  | Chlapacze kół przednich i tylnych | TAK |  |
|  | Kolor nadwozia biały lub żółty RAL 1016 zgodnie z PN EN 1789 | TAK |  |
|  | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami zewnętrznego schowka) sterowany pilotem | TAK |  |
|  | Autoalarm | TAK |  |
|  | Immobilizer | TAK |  |
|  | Przystosowany do przewozu min. 4 osób personelu medycznego wraz z kierowcą oraz jedna osoba w pozycji leżącej na noszach (podać ilość osób). | TAK |  |
|  | Zewnętrzny schowek (tj. podświetlony, odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu) o wymiarach umożliwiających montaż w nim co najmniej dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami tlenowymi, krzesełka kardiologicznego, deski ortopedycznej dla dorosłych, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz dwóch kasków, miejsce na plecak lub torby medyczne | TAK |  |
|  | Okna w przedziale medycznym w 2/3 wysokości oklejone folią półprzeźroczystą | TAK |  |
|  | Izolacja termiczna i akustyczna ścian | TAK |  |
|  | Fabryczny zbiornika paliwa o pojemności min. 90 litrów pozwalający na duży zasięg ambulansu. | TAK |  |
|  | Wizualna lub dźwiękowa sygnalizacja niedomkniętych drzwi w kabinie kierowcy oraz przedziale medycznym widoczna dla kierowcy. Ze wskazaniem które drzwi są niedomknięte. | TAK |  |
|  | Fotel kierowcy regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia, wysokości siedziska oraz z podłokietnikiem | TAK |  |
|  | Fotel pasażera regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia, wysokości siedziska oraz z podłokietnikiem | TAK |  |
|  | Przednie i boczne poduszki powietrzne kierowcy i pasażera | TAK |  |
|  | Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy | TAK |  |
|  | Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne z wbudowanym kierunkowskazem. Dzielone z szerokim kątem na dole. | TAK |  |
|  | Radioodtwarzacz fabryczny z możliwością podłączenia telefonu bezprzewodowo (Bluetooth), MP3, AUX, obsługa radia i telefonu za pomocą przycisków w kolumnie kierownicy. | TAK |  |
|  | Fabryczne reflektory przednie z funkcją doświetlania zakrętów zintegrowane z reflektorami przednimi. Fabryczne tzn. montowane przez producenta samochodu bazowego. | TAK |  |
|  | Światła przeciwmgielne przednie | TAK |  |
|  | Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy z filtrem przeciw pyłkowym | TAK |  |
|  | Minimum dwa fabryczne gniazda (USB i 12V) w kabinie kierowcy | TAK |  |
|  | Czujnik światła | TAK |  |
|  | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów | TAK |  |
|  | Drzwi przednie ze schowkami | TAK |  |
|  | **SILNIK I NAPĘD** |  |  |
|  | Turbodiesel o pojemności min. 2000 cm³ max 3000 cm3 | TAK |  |
|  | Spełniający wymagania normy Euro 6 | TAK |  |
|  | Moc silnika min. 170 KM oraz moment obrotowy min 400 Nm. | TAK |  |
|  | Skrzynia biegów manualna. | TAK |  |
|  | Napęd wałka rozrządu za pomocą łańcucha (nie dopuszcza się napędu za pomocą paska ze względu na dużą usterkowość) | TAK |  |
|  | System odzyskiwania energii podczas zwalniania i hamowania |  |  |
|  | Napęd na koła przednie lub tylne | TAK |  |
|  | System Start/Stop z możliwością wyłączenia | TAK |  |
|  | Grzałka 230V umożliwiająca podgrzanie silnika podczas postoju, po podłączeniu zasilania zewnętrznego 230V. |  |  |
|  | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |  |
|  | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania wraz z elektronicznym korektorem siły hamowania | TAK |  |
|  | Wspomaganie układu hamulcowego | TAK |  |
|  | System wspomagania nagłego hamowania | TAK |  |
|  | System rozdziału siły hamowania | TAK |  |
|  | **UKŁAD KIEROWNICZY** |  |  |
|  | Ze wspomaganiem | TAK |  |
|  | Regulowana kolumna kierownicy |  |  |
|  | **ZAWIESZENIE** | TAK |  |
|  | System elektronicznej stabilizacji toru jazdy ESP lub równoważny | TAK |  |
|  | Zawieszenie zapewniające stabilną, bezpieczną i komfortową jazdę | TAK |  |
|  | **KOŁA I OGUMIENIE** |  |  |
|  | Rozmiar felg min. 16 cali, opony letnie | TAK |  |
|  | Komplet kół zimowych 4 sztuki (opona + felga stalowe) | TAK |  |
|  | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |  |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik | TAK |  |
|  | Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego - grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230V z termostatem o mocy min. 1,8 kW | TAK |  |
|  | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania typu powietrznego o mocy min. 4,0 kW – umożliwiający dodatkowo ogrzewanie wnętrza pojazdu do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem silnika. | TAK |  |
|  | Mechaniczna wentylacja nawiewno -wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę (podać wydajność w m3/godzinę) | TAK |  |
|  | Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. | TAK |  |
|  | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
|  | Alternator min. 185 A | TAK |  |
|  | Dwa akumulatory Pojemność pojedynczego akumulatora min. 80 Ah -jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230 V - widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregokolwiek (podać pojemność akumulatorów) | TAK |  |
|  | Zasilanie zewn. 230 V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym. Układ automatycznej ładowarki sterowanej procesorem zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie obu akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów - widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory podczas postoju. | TAK |  |
|  | Minimum 3 gniazda 230 V w przedziale medycznym z bezpiecznikami zabezpieczającymi | TAK |  |
|  | Gniazda zasilające 12V (min. 4) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem, wyposażone we wtyki (podać ilość gniazd 12V) | TAK |  |
|  | **OZNAKOWANIE POJAZDU** |  |  |
|  | W przedniej części pojazdu belka świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory typu LED do doświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlanym z napisem AMBULANS. **DODATKOWA - BELKA ZINTEGROWANA** | TAK |  |
|  | 4 niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej | TAK |  |
|  | W tylnej części pojazdu lampa świetlna typu LED koloru niebieskiego. | TAK |  |
|  | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu | TAK |  |
|  | Dodatkowe lampy obrysowe zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia | TAK |  |
|  | Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas mikropryzmatyczny barwy czerwonej pod niebieskim | TAK |  |
|  | Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu | TAK |  |
|  | Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego PRM zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. | TAK |  |
|  | Logotyp/nazwa Zamawiającego po uzgodnieniu | TAK |  |
|  | Pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. | TAK |  |
|  | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |  |
|  | Światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego | TAK |  |
|  | Oświetlenie punktowe (regulowane punkty świetlne LED nad noszami w suficie) | TAK |  |
|  | Włączenie /wyłączenie oświetlenia (min. jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego | TAK |  |
|  | Dodatkowe oświetlenie punktowe LED zainstalowane nad blatem roboczym | TAK |  |
|  | Oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnym włącznikiem | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |  |
|  | Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów (w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na zamek szyfrowy schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami), zamykane i podświetlone półki górne na prawej i lewej ścianie, zamykane przeźroczystymi drzwiczkami. Nie dopuszcza się montowania szufladek w górnym ciągu szafek. | TAK |  |
|  | Na prawej ścianie za fotelem obrotowym szafka na plecak/torbę ratowniczą, kamizelkę KED, płachtę ewakuacyjno-transportową. | TAK |  |
|  | Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania plecaka ratowniczego lub torby medycznej z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną | TAK |  |
|  | Min. 4 chwyty do kroplówek mocowane w suficie (podać na ile sztuk) | TAK |  |
|  | Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia | TAK |  |
|  | Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga (o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu (podać markę i model podstawy oraz załączyć folder wraz z opisem). Nie dopuszcza się sterowania elektrycznego z uwagi na możliwość usterki związanej z brakiem zasilania. | TAK |  |
|  | Na ścianie lewej - panele montażowe do sprzętu medycznego wykonane z blachy, regulowane min. 4 szt. | TAK |  |
|  | **Panel sterujący:** | TAK |  |
|  | - informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu |  |
|  | - z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) |  |
|  | - informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu |  |
|  | - sterujący oświetleniem przedziału medycznego |  |
|  | - sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego |  |
|  | - zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury |  |
|  | Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego |  |
|  | Szczegóły dotyczące zabudowy przedziału medycznego (szafki, rozmieszczenie sprzętu) zostaną ustalone po podpisaniu umowy. | TAK |  |
|  | **CENTRALNA INSTALACJA TLENOWA** |  |  |
|  | Min. 2 punkty poboru typu AGA na ścianie lewej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej | TAK |  |
|  | Punkt poboru na suficie typu AGA z wtykiem do podłączeń zewnętrznych | TAK |  |
|  | Miejsce na dwie butle tlenowe o pojemności 10 l w schowku zewnętrznym | TAK |  |
|  | **OŚWIETLENIE SPECJALNE** |  |  |
|  | Oświetlenie zewnętrzne LED z trzech stron pojazdu (tył i boki) ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i przedziału medycznego | TAK |  |
|  | **SYGNALIZACJA DŹWIĘKOWA** |  |  |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany | TAK |  |
|  | Sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej (podać markę i model) z dodatkowym włącznikiem przy dźwigni zmiany biegów | TAK |  |
|  | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |  |  |
|  | Kabina kierowcy przystosowana do zainstalowania terminala statusów SWD, zainstalowane anteny GPS, GPRS | TAK |  |
|  | Kabina kierowcy przystosowana do zainstalowania radiotelefonu przewoźnego | TAK |  |
|  | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu | TAK |  |
|  | Wmontowana dachowa antena do podłączenia radiotelefonu o parametrach: | TAK |  |
|  | -    zakres częstotliwości 168-170 MHz |  |
|  | -    impedancja wejścia 50 Ohm |  |
|  | -    współczynnik fali stojącej 1,6 |  |
|  | -    charakterystyka promieniowania dookólna |  |
|  | -    zamontowana w sposób umożliwiający serwisowanie |  |
|  | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
|  | Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki | TAK |  |
|  | Urządzenie do wybijania szyb z nożem do pasów | TAK |  |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym min. 2 kg | TAK |  |
|  | Kosz na śmieci min. 2 szt. | TAK |  |
|  | **Kabina kierowcy wyposażona w panel sterujący:** | TAK |  |
|  | - informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych |  |
|  | - informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V |  |
|  | - informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy |  |
|  | - informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |
|  | - ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |
|  | - sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych pneumatycznych |  |
|  | -wyświetlacz w technologii LCD |  |
|  | -Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego |  |
|  | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |  |  |
|  | Długość przedziału medycznego min. 325 cm (podać długość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
|  | Szerokość przedziału medycznego min. 170 cm (podać szerokość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
|  | Wysokość przedziału medycznego min.182 cm (podać wysokość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
|  | Jedno obrotowe o kąt min. 90o miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki, że składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1 (podać markę, model) | TAK |  |
|  | Fotel u wezgłowia noszy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy, ze składanym do pionu siedziskiem z pasem trzypunktowym bezwładnościowym  **FOTEL OBROTOWY 360O Z REGULACJĄ PRZESUWU PRZÓD TYŁ, Z MOZLIWOSCIA USTAWIENIA PRZODEM LUB TYŁEM DO KIERUNKU JAZDY** | TAK |  |
|  | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne | TAK |  |
|  | Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian | TAK |  |
|  | Ściany boczne, sufit z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym | TAK |  |
|  | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami); | TAK |  |
|  | Ampularium zamontowane za roletą | TAK |  |
|  | Miejsce mocowania defibrylatora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt Zamawiającego) | TAK |  |
|  | Miejsce mocowania respiratora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt Zamawiającego) | TAK |  |
|  | Miejsce mocowania pompy infuzyjnej (uchwyt Zamawiającego) | TAK |  |
|  | Ogrzewacz płynów infuzyjnych ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min. 3 litry z termoregulatorem zabezpieczającym płyny przed przegrzaniem | TAK |  |
|  | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu | TAK |  |
|  | Załączyć świadectwo homologacji typu pojazdu WE na pojazd skompletowany jako – M1 (bez załączników). | TAK |  |

**Sprzęt medyczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOSZE GŁÓWNE - rok prod. 2022/2023** |  | **NOSZE GŁÓWNE** |
|  | **Podać markę, model** |  |  |
|  | przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym | TAK |  |
|  | nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; | TAK |  |
|  | z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami powyżej 85 stopni; | TAK |  |
|  | rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak; | TAK |  |
|  | z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; | TAK |  |
|  | z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służącej do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej – podać markę i model załączyć folder wraz z opisem oraz potwierdzenie producenta o kompatybilności z zaoferowanymi noszami transportowymi; | TAK |  |
|  | nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą; | TAK |  |
|  | z poręczami bocznymi składanymi w sposób ergonomiczny prostopadle do osi wzdłużnej noszy, rozkładane na boki - możliwość poszerzenia noszy o poręcze boczne. | TAK |  |
|  | Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy. | TAK |  |
|  | Zestaw wysuwanych bocznych uchwytów bariatrycznych, służący do przenoszenia noszy przy transporcie pacjentów o znacznej wadze. (ciężar jednostkowy przenoszony przez jedna osobę musi być zgodny z Kodeksem Pracy oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej dnia 18 marca 2009 r. (Dz. U. Nr 56, poz. 462) w sprawie bhp przy pracach ręcznych transportowych dla pracy dorywczej). | TAK |  |
|  | Poręcze boczne rozkładane na boki, możliwość poszerzenia miejsca dla pacjenta o rozłożone poręcze boczne opierające się na bocznych uchwytach bariatrycznych. | TAK |  |
|  | Możliwość zamocowania noszy na transporterze przodem lub tyłem do kierunku jazdy; | TAK |  |
|  | Nosze zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z aluminium lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi; | TAK |  |
|  | Materac z tworzywa sztucznego nieprzyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; | TAK |  |
|  | wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy | TAK |  |
|  | obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 220 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | TAK |  |
|  | waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg); | TAK |  |
|  | **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH** |  |  |
|  | **Podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem** |  |  |
|  | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami, umożliwiający wprowadzenie noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy | TAK |  |
|  | regulację wysokości w min sześciu poziomach | TAK |  |
|  | możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia) | TAK |  |
|  | wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm, wszystkie koła jezdne skrętne w zakresie 360 stopni umożliwiające jazdę na wprost oraz prowadzenie bokiem z możliwością automatycznej blokady kierunku do jazdy wprost; wszystkie kółka jezdne umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach). Podać średnicę kółek w mm) | TAK |  |
|  | min. 2 kółka tylne wyposażone w hamulce | TAK |  |
|  | system zabezpieczający przed złożeniem i opadnięciem w dół, w przypadku, gdy kółka najazdowe nie opierają się na podstawie (stole medycznym) a zwolniona jest blokada przednich goleni | TAK |  |
|  | blokada zabezpieczająca przed samoczynnym opadnięciem noszy w dół w przypadku niekontrolowanego zwolnienia mechanizmu składającego podwozie, sygnalizacja stanu blokady lub jej braku na panelu kontrolnym | TAK |  |
|  | obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 260 kg | TAK |  |
|  | System automatycznego blokowania kółek przednich do jazdy na wprost | TAK |  |
|  | transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznie elementy związane z jego obsługą | TAK |  |
|  | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie go środkami antykorozyjnymi | TAK |  |
|  | waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg); | TAK |  |
|  | gwarancja mechaniczna na pojazd bazowy - min. 36 miesięcy bez limitu kilometrów;  gwarancja na powłoki lakiernicze – min. 36 miesięcy;  gwarancja na zabudowę medyczną - min. 24 miesiące;  gwarancja na wyposażenie medyczne (sprzęt i urządzenia) – min. 24 miesiące;  gwarancja na perforację korozyjną elementów nadwozia - min. 72 miesiące. | TAK |  |

Pełna instalacja przygotowana do systemu SWD PRM

* Wyprowadzenie instalacji elektryczno-antenowej wraz z adapterami oraz uchwytami do zamocowania tabletu oraz drukarki pod system SWD PRM.
* W kabinie kierowcy, zamontowana stacja dokująca ADK07F do tabletu Twinhead Durabook R11AH z zasilaczem(adapter, zasilacz oraz stacja dokująca po stronie Wykonawcy). Stacja dokująca zamontowana w sposób zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera w miejscu łatwo dostępnym, nieutrudniającym korzystania z przełączników zamontowanych na desce rozdzielczej, nie utrudniającym widoczności kierowcy przez szybę przednią, nie kolidującym z poduszkami powietrznymi.
* W przedziale medycznym nad blatem roboczym na ścianie działowej, zamontowany uchwyt do drukarki termicznej Brother PJ763Z1 na papier w rolce wraz z zasilaczem (podstawa pod drukarkę, zasilacz do drukarki jak i uchwyt drukarki po stronie Wykonawcy). Drukarka zamontowana w sposób umożliwiający jej łatwy demontaż oraz nie utrudniająca pracy na blacie roboczym.
* Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM (do tabletu) zakończona wtykami kątowymi SMA zlokalizowanymi przy stacji dokującej.
* Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM (do modułu FM 3000) zakończona wtykami prostymi GPS MCX oraz GSM SMA zlokalizowanymi w miejscu montażu modułu teltoniki.
* Przygotowanie instalacji pozwalającej na łatwe wpinanie/wypinanie modułu teltonika (instalacja elektryczno-antenowa).
* Stacja dokująca połączona z drukarką za pomocą przewodu USB.
* Dodatkowe gniazdo 12 V do drukarki na ścianie działowej.

**Parametry punktowane:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr oceniany | ilość punktów „małych”  za spełnienie wymogu | **opis spełnienia wymogu**  **(wypełnia wykonawca)** |
| 1. | Długość przedziału medycznego: pow. 3000 mm 10 pkt.; pow. 3250 mm 15 pkt.; pow. 3300 mm 20 pkt. | 10-20 pkt. |  |
| 2. | Doświetlanie zakrętów zintegrowane z reflektorami, niezależnie od świateł przeciwmgielnych | 10 pkt. |  |
| 3. | Radio fabryczne wyposażone w system Bluetooth – zestaw głośno mówiący. | 10 pkt. |  |
| 4. | Zużycie paliwa poniżej 8 litrów w cyklu mieszanym wg świadectwa homologacji pojazdu kompletnego N1 | 10 pkt. |  |
| 5. | System start/stop z funkcją dezaktywacji. | 10 pkt. |  |
| 6. | System zabezpieczający transporter przed złożeniem i opadaniem w dół, w przypadku, gdy kółka najazdowa nie opierają się o podstawę/stole medycznym a zwolniona jest blokada przedniej goleni, ze wskaźnikiem blokady z przodu i z tyłu transportera. | 10 pkt. |  |
| 7. | Możliwość blokowania podwozia transportera w celu przenoszenia zestawu bez rozkładania podwozia. | 10 pkt. |  |
| 8. | Automatyczne blokowanie obrotowych kółek przednich transportera do jazdy na wprost | 10 pkt. |  |
| 9. | System automatycznego składania i rozkładania przy załadunku i rozładunku transportera z lawety ambulansu, tzn. bez konieczności przyciskania, zwalniania jakichkolwiek dźwigni, przycisków zwalniających mechanizm składania podwozia. | 10 pkt. |  |
| 10. | Zawieszenie pneumatyczne ze sterowaniem w kabinie kierowcy | 10 pkt. |  |

**Wyposażenie medyczne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Defibrylator karetkowy np. Lifepack 15\*** |  | **Defibrylator karetkowy** |
| 1. | **Podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem** |  |  |
| 2. | przenośny, transportowy, stosowany przez zespoły ratownictwa medycznego, | TAK |  |
| 3. | z wbudowanym uchwytem transportowym, | TAK |  |
| 4. | odporny na drgania, wstrząsy min. 100g oraz na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP55 | TAK |  |
| 5. | zasilanie defibrylatora i ładowanie akumulatora/ów z instalacji 12V Ambulansu, jako integralna część aparatu lub dodatkowy moduł, uchwyt ścienny z podłączeniem zasilania | TAK |  |
| 6. | akumulator/y wymienne ze zminimalizowanym efektem pamięci, nie dopuszcza się akumulatorów Ni-Cd, | TAK |  |
| 7. | możliwość ciągłego zasilania aparatu i ładowania akumulatora/ów z instalacji ambulansu, | TAK |  |
| 8. | możliwość stosowania elektrod jednorazowych | TAK |  |
| 9. | akumulator/y z możliwością doładowywania w aparacie bez konieczności pełnego rozładowywania | TAK |  |
| 10. | czas monitorowania EKG z zasilania akumulatorowego (na 1 akumulatorze) min. 6 godzin, lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią, | TAK |  |
| 11. | programowane przez użytkownika tryby monitorowania dorosłych, dzieci i noworodków z automatycznym ustawieniem progów alarmowych monitorowanych parametrów oraz energii defibrylacji dla poszczególnych grup wiekowych | TAK |  |
| 12. | defibrylacja dwufazowa, zakres regulacji od min. 2J do min. 200 J; podać dostępne poziomy energii oraz zalecany algorytm defibrylacji dla dorosłych i dzieci, | TAK |  |
| 13. | min. 20 dostępnych poziomów energii przy defibrylacji zewnętrznej/ kardiowersji | TAK |  |
| 14. | automatyczna kompensacja prądowa lub napięciowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek zewnętrznych i elektrod samoprzylepnych, | TAK |  |
| 15. | kardiowersja, | TAK |  |
| 16. | defibrylacja manualna i półautomatyczna, możliwość defibrylacji z łyżek zewnętrznych i elektrod samoprzylepnych w kpl. kabel do elektrod i min.1 kpl. elektrod | TAK |  |
| 17. | czas ładowania do energii maksymalnej max 7 sekund, gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym | TAK |  |
| 18. | pełna obsługa defibrylacji (wybór energii, ładowanie, wyładowanie, wydruk EKG) z łyżek zewnętrznych i za pomocą elementów regulacyjnych na płycie czołowej, | TAK |  |
| 19. | tryb doradczy z automatyczną analizą EKG, | TAK |  |
| 20. | możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci, | TAK |  |
| 21. | łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci zintegrowane, | TAK |  |
| 22. | ekran monitora kolorowy LCD lub równoważny zapewniający dobrą widoczność pod różnym kątem w warunkach silnego oświetlenia, o wysokim kontraście, przekątna ekranu min. 6,5’, | TAK |  |
| 23. | możliwość wyświetlania min. 4 krzywych dynamicznych jednocześnie, | TAK |  |
| 24. | wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,125 do 4,0 cm/mV, | TAK |  |
| 25. | stymulacja przezskórna (zewnętrzna) z trybem pracy sztywnym i na żądanie, w kpl kabel i elektrody do stymulacji zewnętrznej, | TAK |  |
| 26. | zakres regulacji prądu stymulacji min. 10-140 mA, | TAK |  |
| 27. | stymulacja przezskórna, zakres regulacji częstości impulsów min. 40-170 /min, | TAK |  |
| 28. | 3 odprowadzeniowe monitorowanie EKG, w komplecie kabel do monitorowania, | TAK |  |
| 29. | 12 odprowadzeniowe monitorowanie EKG z funkcją analizy i interpretacji słownej z wydrukiem słownym oceny diagnostycznej, wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych, w komplecie kabel do monitorowania, | TAK |  |
| 30. | pełna funkcjonalność transmisji 12 odprowadzeniowego EKG przez telefon komórkowy lub modem | TAK |  |
| 31. | bezpłatna, bez konieczności kupowania licencji czy też dostępów do serwera transmisja 12-odprowadzeniowego zapisu EKG do szpitalnych systemów odbiorczych w systemie Wifi 802.11 a/b/g/n oraz bluetooth o funkcjonalności opisanej poniżej: | TAK |  |
| 32. | możliwość tworzenia identyfikatorów dla nadawców i automatycznego nielimitowanego archiwizowania wszystkich rekordów wygenerowanych przez danego nadawcę | TAK |  |
| 33. | otrzymywanie powiadomień w postaci alarmów dźwiękowych i wizualnych o otrzymanej transmisji z powiadomieniem typu SMS na telefon lekarza dyżurnego, automatyczny wydruk raportu po zakończeniu transmisji danych, możliwość retransmisji, możliwość przeglądania zapisów EKG i wyników analizy z funkcją pomiarów amplitudowo –czasowych, możliwość wprowadzania opisów i komentarzy do przesyłanych rekordów | TAK |  |
| 34. | pomiar SpO2 w technologii Masimo SET odpornej na zakłócenia lub równoważnej, zakres pomiaru SpO2: min. 1-100%, zakres pomiaru pulsu min. 25- 240/min., w kpl czujnik wielorazowy typu klips | TAK |  |
| 35. | drukarka termiczna zintegrowana, możliwość wydruku EKG w formacie 4x3 odprowadzenia, | TAK |  |
| 36. | ciężar aparatu w pełnej konfiguracji poniżej 7,5 kg (z kpl. akumulatorów i łyżkami) | TAK |  |
| 37. | kompletne wyposażenie z opakowaniem transportowym zabezpieczającym aparat przed uszkodzeniem, | TAK |  |
| 38. | torba na akcesoria i uchwyt pozwalający na montaż i transport aparatu w karetce (uchwyt zgodny z normą PN EN 1789, złączyć potwierdzenie przeprowadzenia badań na zgodność z normą PN EN 1789), | TAK |  |
| 39. | komunikacja z użytkownikiem oraz opisy elementów sterujących w języku polskim, | TAK |  |
| 40. | pamięć wewnętrzna: zapis kombinacji 24-godzinnych trendów z rozdzielczością 1 min., 1000 zdarzeń i 32 zrzutów ekranowych (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne), wbudowany napęd pamięci zewnętrznej USB, | TAK |  |
| 41. | funkcja wspomagania resuscytacji krążeniowo-oddechowej z informacją zwrotną o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć, zgodnie z Wytycznymi 2010 ERC. Wyświetlanie na ekranie w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej oraz graficzny wskaźnik relaksacji klatki piersiowej. Filtr cyfrowy automatyczny umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej. |  |  |
| 42. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ssak akumulatorowo-sieciowy np. Boscarol model OB 2012\*** |  |  |
| 1. | **Podać markę, model** |  |  |
| 2. | zasilanie sieciowe z instalacji 12V ambulansu, ładowanie akumulatora z sieci 12V ambulansu poza uchwytem ściennym, zasilanie akumulatorowe gwarantujące min 40 minut pracy ciągłej z max obciążeniem, w kpl. z uchwytem ściennym zgodnym z normą PN EN 1789 z funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora w trakcie ruchu ambulansu po wpięciu ssaka do uchwytu poprzez podłączony uchwyt do instalacji, wbudowany w ssak wskaźnik poziomu naładowania akumulatora | TAK |  |
| 3. | z regulacją płynną siły ssania w zakresie od 0 do 80kPa (0-800mBar), o przepływie do min. 30L/min, wyposażony w słój wielorazowy o poj. min. 1 L z możliwością stosowania wkładów jednorazowych, z torbą ochronną wyposażona w kieszenie na akcesoria, wyposażonym w uchwyt do przenoszenia ssaka | TAK |  |
| 4. | Waga ssaka kpl. max 4,7 kg | TAK |  |
| 5. | Temperatura pracy i przechowywania zgodna z normą | TAK |  |
| 6. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Krzesełko transportowe z systemem płozowym np. EZ Glide\* szt. 1** |  |  |
| 1. | **Podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem** |  |  |
| 2. | Wyposażone w system trakcyjny pozwalający na wolne zsuwanie pacjenta po schodach | TAK |  |
| 3. | Wyposażone w 4 kółka, min. 2 kółka obrotowe | TAK |  |
| 4. | Wyposażone w podparcie nóg dla pacjenta | TAK |  |
| 5. | Regulacja tylnego uchwytu w min. 5 pozycjach | TAK |  |
| 6. | Zestaw dodatkowych rączek tylnych | TAK |  |
| 7. | Maksymalny udźwig min. 220 kg | TAK |  |
| 8. | Waga krzesełka do 15 kg | TAK |  |
| 9. | Szerokość siedziska min. 410 mm | TAK |  |
| 10. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | TAK |  |

****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nosze płachtowe np. Ferno, model Manta\*** |  |  |
| 1. | **Podać markę, model** |  |  |
| 2. | wykonana z mocnego materiału winylowego | Tak |  |
| 3. | min. 8 rączek do przenoszenia | Tak |  |
| 4. | z zakładkami zapobiegającymi wysunięciu pacjenta, w zakładkach otwory do odprowadzania wody | Tak |  |
| 5. | nie wchłaniająca brudu, krwi, płynów i substancji ropopochodnych | Tak |  |
| 6. | min długość 200 cm | Tak |  |
| 7. | min. Szerokość 100 cm | Tak |  |
| 8. | waga do 2,5 kg' | Tak |  |
| 9. | udźwig min. 360 kg | Tak |  |
| 10. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Deska ortopedyczna np. Ferno, model Millenia\*** |  |  |
| 1. | **Podać markę, model** |  |  |
| 2. | wykonana z tworzywa sztucznego o dużej wytrzymałości, odporna na urazy mechaniczne, niskie i wysokie temperatury, substancje ropopochodne, zwężona od strony nóg ułatwiająca manewrowanie w ciasnych przestrzeniach | Tak |  |
| 3. | gładka, płaska powierzchnia leża pacjenta, | Tak |  |
| 4. | z możliwością prześwietlania promieniami X, | Tak |  |
| 5. | uchwyty do przenoszenia – min 16 szt. rozmieszczone na obwodzie deski, zdystansowane od podłoża, | Tak |  |
| 6. | pasy zabezpieczające dwuczęściowe min 4 sztuki z możliwością regulacji długości zakończone metalowymi obrotowymi karabińczykami, zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza, | Tak |  |
| 7. | system unieruchomienia głowy składający się z podkładki pod głowę mocowanej do deski ortopedycznej, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami usznymi + min. dwa paski mocujące głowę | Tak |  |
| 8. | dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg, | Tak |  |
| 9. | długość min 180 cm | Tak |  |
| 10. | szerokość min 45 cm | Tak |  |
| 11. | ciężar deski max 8 kg | Tak |  |
| 12. | wykonana z tworzywa sztucznego o dużej wytrzymałości, odporna na urazy mechaniczne, niskie i wysokie temperatury, substancje ropopochodne, zwężona od strony nóg ułatwiająca manewrowanie w ciasnych przestrzeniach | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Respirator transportowy np. Medumat Transport WM 9600\*** |  |  |
| 1. | **Podać markę, model** |  |  |
| 2. | Respirator transportowy z zaawansowanymi trybami wentylacji umożliwiający transportowanie pacjenta z każdą niewydolnością oddechową | Tak |  |
| 3. | Respirator w zwartej i wytrzymałej obudowie, z możliwością zawieszenia na ramie łóżka, noszy lub na wózku medycznym, z uchwytem do przenoszenia w ręku i paskiem umożliwiającym zawieszenie na ramieniu | Tak |  |
| 4. | Zestaw wyposażony w torbę ochronną wykonaną z materiału typu  PLAN zapobiegającemu dostaniu się zanieczyszczeń lub wody do  przestrzeni respiratora, umożliwiającą swobodny dostęp do wszystkich  funkcji. | Tak |  |
| 5. | Przednia część torby ochronnej wykonana z przeźroczystego materiału,  umożliwiającego swobodne odczytanie wszystkich parametrów  wyświetlanych na monitorze, bez potrzeby jej otwierania. | Tak |  |
| 6. | Zestaw składa się z respiratora transportowego, butli min 2l, reduktora  min 0-15 l/min, przewodu ciśnieniowego umożliwiającego podłączenie  respiratora do zewnętrznego źródła tlenu ze złączem AGA min 2 m,  kieszeni na akcesoria, maski nr 5, przewodu pacjenta, płuca testowego | Tak |  |
| 7. | Zasilanie respiratora transportowego AC 230V i DC12V | Tak |  |
| 8. | Dedykowana płyta ścienna umożliwiająca transport respiratora w  obudowie z butlą i reduktorem w ambulansie zgodna z PN EN 1789  (dołączyć deklarację zgodności) | Tak |  |
| 9. | Wymiana baterii, przez użytkownika, bez użycia narzędzi | Tak |  |
| 10. | System kontrolny akumulatora umożliwiający sprawdzenie  poziomu naładowania i poprawność działania baterii bez  potrzeby włączania urządzenia | Tak |  |
| 11. | Akumulator bez efektu pamięci | Tak |  |
| 12. | Ładowanie baterii do 95 % max 4h | Tak |  |
| 13. | Zintegrowane z respiratorem gniazdo zasilania w gaz umożliwiające  wentylację bez straty ciśnienia | Tak |  |
| 14. | **Parametry techniczne** | | |
| 15. | Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt | Tak |  |
| 16. | Waga respiratora poniżej 5 kg | Tak |  |
| 17. | Zasilanie w tlen o ciśnieniu min od 2,7 do 6,0 bar | Tak |  |
| 18. | Zasilanie w sprężone powietrze o ciśnieniu min od 2,7 do 6,0 bar | Tak |  |
| 19. | Zasilanie z baterii min 7 h | Tak |  |
| 20. | Wentylacja 100% tlenem i Air Mix | Tak |  |
| 21. | Możliwość pracy w temperaturze min -18 - + 50˚C | Tak |  |
| 22. | Możliwość przechowywania w temperaturze w zakresie min -30˚do +70˚C | Tak |  |
| 23. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą ustawień parametrów oddechowych w postaci potwierdzenia wyboru parametru po jego ustawieniu | Tak |  |
| 24. | Tryby ratunkowe dla dorosłego, dziecka i niemowlęcia umożliwiające rozpoczęcie natychmiastowej wentylacji za pomocą przycisków umieszczonych na panelu głównym | Tak |  |
| 25. | Ustawienia parametrów oddechowych na podstawie wzrostu i płci pacjenta | Tak |  |
| 26. | Autotest, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora każdorazowo po włączeniu urządzenia | Tak |  |
| 27. | System testowy, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora przez użytkownika obejmujący kontrolę funkcji oraz elementów wykonawczych i obsługowych | Tak |  |
| 28. | Dostęp do menu operatora zablokowany hasłem | Tak |  |
| 29. | Aktywacja i deaktywacja trybów wentylacji | Tak |  |
| 30. | Ustawianie własnych parametrów wentylacji | Tak |  |
| 31. | Ustawianie własnych limitów alarmów | Tak |  |
| 32. | Port USB do przesyłu danych dla celów serwisowych i konserwacyjnych | Tak |  |
| 33. | Możliwość rozbudowy respiratora o moduł Bluetooth umożliwiający bezprzewodową transmisję danych wentylacji do zewnętrznych urządzeń np. defibrylatora | Tak |  |
| 34. | Tryb demonstracyjny umożliwiający trening i szkolenie z obsługi respiratora | Tak |  |
| 35. | **Tryby wentylacji** | | |
| 36. | IPPV S-IPPV BiLevel +ASB CPAP + ASB SIMV +ASB PCV aPCV PRVC +ASB | Tak |  |
| 37. | Wentylacja bezdechu dostępna dla min BiLevel + ASB, SIMV + ASB | Tak |  |
| 38. | NIV dostępny dla min BiLevel + ASB, aPCV, PCV, CPAP + ASB | Tak |  |
| 39. | Wstępne natlenianie 100% O2 w zakresie min 10 – 25 l/min | Tak |  |
| 40. | Inhalacja w zakresie min 0 – 10 l/min | Tak |  |
| 41. | **Parametry regulowane** | | |
| 42. | Częstotliwość oddechowa regulowana w zakresie min 0 – 60  oddechów/min | Tak |  |
| 43. | Objętość oddechowa regulowana w zakresie min 50 – 2000 ml | Tak |  |
| 44. | Maksymalny przepływ wyjściowy min 150 l/min | Tak |  |
| 45. | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane w zakresie min  od 40 do 100% | Tak |  |
| 46. | Ciśnienie PEEP regulowane w zakresie min od 0 do 30 cmH2O | Tak |  |
| 47. | Trigger przepływu regulowany osobno dla wdechu i wydechu, z  regulacją wdechu w zakresie min 1 do 15 l/min oraz wydechu w  zakresie min 5-50% przepływu maksymalnego. | Tak |  |
| 48. | Regulacja stosunku wdechu do wydechu (I:E) w zakresie min od 59:1  do 1:59 | Tak |  |
| 49. | Czas wdechu w zakresie min 0,2 – 59 s | Tak |  |
| 50. | Ciśnienie maksymalne w drogach oddechowych regulowane w zakresie  min od 3-60 mbar | Tak |  |
| 51. | Ciśnieniowe wspomaganie oddechu w zakresie min 0 – 30 mbar | Tak |  |
| 52. | Regulacja liniowego wzrostu ciśnienia w min 3 wariantach | Tak |  |
| 53. | Regulacja liniowego przepływu ciśnienia w min 3 wariantach | Tak |  |
| 54. | **Obrazowanie parametrów** | | |
| 55. | Ciśnienie PEEP | Tak |  |
| 56. | Ciśnienie wdechowe | Tak |  |
| 57. | Ciśnienie plateau | Tak |  |
| 58. | Objętość oddechowa | Tak |  |
| 59. | Objętość minutowa | Tak |  |
| 60. | Częstość oddechowa – całkowita, spontaniczna, obowiązkowa | Tak |  |
| 61. | Ciśnieniowe wspomaganie oddechu | Tak |  |
| 62. | Przepływ | Tak |  |
| 63. | Poziom stężenia O2 | Tak |  |
| 64. | Tryb oddechowy | Tak |  |
| 65. | **Prezentacja graficzna** | | |
| 66. | Zintegrowany kolorowy wyświetlacz TFT o przekątnej min. 7 cali do  prezentacji parametrów nastawnych oraz mierzonych w postaci  krzywych | Tak |  |
| 67. | Wyświetlanie jednocześnie do min 2 krzywych pomiarowych | Tak |  |
| 68. | Tryb nocny | Tak |  |
| 69. | **Alarmy** | | |
| 70. | Wysokiej/niskiej objętości oddechowej | Tak |  |
| 71. | Wysokiej/niskiej wentylacji minutowej | Tak |  |
| 72. | Wysokiej częstotliwości oddechowej | Tak |  |
| 73. | Bezdechu | Tak |  |
| 74. | Nieszczelności układu | Tak |  |
| 75. | Wysokiego/niskiego poziomu O2 | Tak |  |
| 76. | Wysokiego/niskiego poziomu ciśnienia w drogach oddechowych | Tak |  |
| 77. | Wysokiego/niskiego poziomu ciśnienia oddechowego | Tak |  |
| 78. | Rozładowanego akumulatora/braku zasilania | Tak |  |
| 79. | Alarmy dźwiękowe, wizualne oraz komunikaty informujące o rodzaju  alarmu wyświetlane na ekranie w języku polskim | Tak |  |
| 80. | Poziom głośności alarmów regulowany w zakresie min 45 dB – 80dB | Tak |  |
| 81. | Dodatkowy wskaźnik alarmu LED | Tak |  |
| 82. | **Pozostałe** | | |
| 83. | Instrukcja obsługi urządzeń w języku polskim wraz z dostawą | Tak |  |
| 84. | Deklaracja zgodności, folder z parametrami technicznymi -załączyć | Tak |  |
| 85. | Okres gwarancji min 24 miesięcy | Tak |  |
| 86. | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury | Tak |  |
| 87. | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub  autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i  przeglądów wraz z dostawą aparatury. | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Pompa infuzyjna jednostrzykwakowa np. ASCOR AP14 \*** |  |  |
| 1. | **Podać markę, model** |  |  |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok prod. 2022 | Tak |  |
| 3. | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez Wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytkowania 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 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2010 Nr 107, poz. 679) oraz zgodnie z dyrektywami Unii Europejskiej | Tak |  |
| 4. | Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim | Tak |  |
| 5. | Klawiatura alfanumeryczna | Tak |  |
| 6. | Ciekłokrystaliczny, alfanumeryczny wyświetlacz parametrów infuzji | Tak |  |
| 7. | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości: 5, 10, 20, 30, 50/60 ml | Tak |  |
| 8. | Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych (minimum 5) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek | Tak |  |
| 9. | Automatyczne rozpoznawanie strzykawek | Tak |  |
| 10. | Zakres szybkości infuzji przynajmniej co 0,1 ml/h:  0,1-400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml  0,1-600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml  0,1-1000 ml/h dla strzykawek 20 ml  0,1-1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml  0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml | Tak |  |
| 11. | Programowanie infuzji w jednostkach (minimum): ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min | Tak |  |
| 12. | Dokładność szybkości dozowania +/-2% | Tak |  |
| 13. | Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu | Tak |  |
| 14. | Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej BOLUS (minimum) co 0,1 ml/h:  do 400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml  do 600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml  do 1000 ml/h dla strzykawek 20 ml  do 1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml  do 2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml | Tak |  |
| 15. | Możliwość zmiany szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
| 16. | Możliwość podglądu zaprogramowanych parametrów infuzji | Tak |  |
| 17. | Możliwość zablokowania przycisków klawiatury | Tak |  |
| 18. | Programowana objętość infuzji co 0,1 ml (minimum) w zakresie 0,1 do 999,9 ml | Tak |  |
| 19. | Programowanie:  -prędkości,  -prędkości i objętości,  -prędkości i czasu,  -objętości i czasu | Tak |  |
| 20. | Ustawianie wartości ciśnienia okluzji przynajmniej 7 poziomów w zakresie 300-900 mmHg | Tak |  |
| 21. | Możliwość programowania nazwy oddziału | Tak |  |
| 22. | Wyświetlanie nazw (minimum) 60 leków (możliwość wymiany wszystkich nazw leków) | Tak |  |
| 23. | Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (minimum) 16 profili | Tak |  |
| 24. | Funkcja KVO programowalna w zakresie (minimum) 0-5 ml/h co 0,1 ml/h | Tak |  |
| 25. | Funkcja Stand-By programowana 1sek-24h | Tak |  |
| 26. | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1 min do 99 godzin | Tak |  |
| 27. | Rejestr zdarzeń (minimum) 2000 | Tak |  |
| 28. | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń. Podać listę alarmów. | Tak |  |
| 29. | Zasilanie sieciowe: 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny) | Tak |  |
| 30. | Dodatkowy przewód zasilający 12V | Tak |  |
| 31. | Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe (minimum)  -20h przy przepływie 5 ml/h  -4h przy przepływie 100 ml/h | Tak |  |
| 32. | Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego | Tak |  |
| 33. | Pompa wyposażona w uchwyt do mocowania | Tak |  |
| 34. | Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność na defibrylację | Tak |  |
| 35. | Port komunikacyjny np. RS-232 | Tak |  |
| 36. | Masa urządzenia (z akumulatorem) max 2,5 kg | Tak |  |
| 37. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej. | Tak |  |
| 38. | Montaż, uruchomienie i szkolenie obsługi w cenie urządzenia. | Tak |  |
| 39. | Autoryzowany serwis na terenie Polski z dostępem do oryginalnych części zamiennych od producenta | Tak |  |
| 40. | Paszport techniczny | Tak |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
| 41. | Okres gwarancji min.24 miesiące. | Tak |  |
| 42. | W okresie gwarancji przeglądy techniczne wraz z materiałami do nich użytymi wykonywane bezpłatnie co najmniej raz w roku. | Tak |  |
| 43. | Maksymalnie 3 naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu - konieczność wykonania kolejnej naprawy uprawnia do wymiany elementu lub podzespołu na nowy. | Tak |  |
| 44. | Zapewniony serwis pogwarancyjny | Tak |  |
| 45. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych minimum 10 lat | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nosze podbierakowe np. Ferno, model 65EXL\*** |  |  |
| 1. | **Podać markę, model** |  |  |
| 2. | łopaty wykonane z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed wnikaniem krwi, płynów ustrojowych | Tak |  |
| 3. | system podwójnego zamka zabezpieczający nosze przed przypadkowym rozdzieleniem łopat przez obsługę lub wyposażone w dodatkowy system zabezpieczający nosze przed rozdzieleniem przypadkowym łopat w trakcie transportu pacjenta (opisać dodatkowy system zabezpieczający) | Tak |  |
| 4. | wielostopniowa regulacja długości | Tak |  |
| 5. | możliwość złożenia do transportu w połowie długości | Tak |  |
| 6. | posiadające min. 5 zdystansowanych od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia umieszczonych na dłuższej stronie łopat | Tak |  |
| 7. | umożliwiające montaż systemu unieruchomienia głowy. | Tak |  |
| 8. | posiadające min. 3 pasy zabezpieczające mocowanie pacjenta do noszy. | Tak |  |
| 9. | obciążenie dopuszczalne powyżej 150 kg | Tak |  |
| 10. | waga noszy do max 8 kg | Tak |  |
| 11. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | Tak |  |

* Zamawiający dopuszcza oferty równoważne do wskazanych wyżej urządzeń medycznych, jeśli spełnia wymagania postawione przez zamawiającego, a także będą odpowiadać standardom jakościowym i funkcjonalnym urządzeń wskazanych.

|  |  |
| --- | --- |
| miejscowość: |  |
| data: |  |

(podpis pieczątka imienna osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)