***Załącznik nr 2 – formularz ofertowy techniczny***

*Dotyczy: postępowania pn. Zakup sprzętu z dziedziny intensywnej terapii, stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi w 2023r.– znak /2501/105/23*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu: **System stanowisk resuscytacyjnych – 1 szt.**

Producent/Firma: ……………………………………………………………………………………………………………….……………………

Urządzenie nazwa typ: ................................................... Rok produkcji: ..............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry, właściwości, funkcje i inne wymagania wobec urządzenia** | **Wymóg /wartość graniczna** | **Wymagany opis**  **spełnienia wymogu** |
| **Defibrylator – szt. 2** | | | |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe, rok produkcji 2022 lub nowsze | Tak |  |
|  | Zasilanie z sieci elektrycznej 230V/50Hz i z wewnętrznego akumulatora. | Tak |  |
|  | Średni czas pracy z wewnętrznego akumulatora (przy monitorowaniu) min. 6 godz. | Tak |  |
|  | Ilość defibrylacji z energią 200 J przy pracy z wewnętrznego akumulatora 400 lub więcej | Tak |  |
|  | Możliwość ładowania akumulatorów z sieci elektrycznej 230V/50Hz | Tak |  |
|  | Urządzenie przenośne | Tak |  |
|  | Ciężar urządzenia z akumulatorem max. 10 kg | Tak |  |
|  | Monitorowanie EKG | Tak |  |
|  | Ilość kanałów EKG: min. 12 | Tak |  |
|  | Interpretacja i analiza przebiegu EKG w zależności od wieku pacjenta | Tak |  |
|  | Pomiar uniesienia odcinka S-T na każdym odprowadzeniu EKG. | Tak |  |
|  | Pomiar SpO2 | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru min. 50 -100% | Tak |  |
|  | Czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec | Tak |  |
|  | Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg | Tak |  |
|  | Tryb pomiaru ręczny i automatyczny | Tak |  |
|  | Metoda pomiaru : oscylometryczna | Tak |  |
|  | Pomiar stężenia CO2 w powietrzu wydychanym | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru EtCO2 min. 0 - 99 mm Hg | Tak |  |
|  | Zakres częstości oddechów min. 0 - 80 odd./min. | Tak |  |
|  | Łyżki defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci | Tak |  |
|  | Elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 2 kpl. | Tak |  |
|  | Defibrylacja ręczna | Tak |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna AED | Tak |  |
|  | Zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J | Tak |  |
|  | Ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 24 | Tak |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | Tak |  |
|  | Kardiowersja | Tak |  |
|  | Stymulacja przezskórna serca | Tak |  |
|  | Tryby stymulacji: na żądanie i asynchroniczna | Tak |  |
|  | Zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 50 – 150 / min. | Tak |  |
|  | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10 -180 mA | Tak |  |
|  | Przekątna ekranu min. 8 cali | Tak |  |
|  | Kolorowy LCD TFT | Tak |  |
|  | Funkcja typu „sun view” – dobrej widoczności w dużym oświetleniu | Tak |  |
|  | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) | Tak |  |
|  | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | Tak |  |
|  | Drukarka wbudowana będąca elementem oferowanego zastawu | Tak |  |
|  | Szerokość papieru 100 mm lub więcej | Tak |  |
|  | Ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 | Tak |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) | Tak |  |
|  | Archiwizacjia przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o transmitowanie badań ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do stacji odbiorczych powszechnie używanych w Polsce - Lifenet System | Tak |  |
|  | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania | Tak |  |
|  | Klasa odporności na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44 | Tak |  |
|  | Impregnowana torba/plecak do noszenia na ramieniu z kieszeniami na akcesoria i materiały zużywalne | Tak |  |
| **Urządzenie do kompresji klatki piersiowej – szt. 1** | | | |
|  | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka lub pasa obwodowego w trybie 30 ucisków / 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym | Tak |  |
|  | Cykl pracy urządzenia:  50% kompresja / 50 % dekompresja | Tak |  |
|  | Częstość kompresji zawarta w zakresie od 100 – 120 uciśnięć na minutę. | Tak |  |
|  | Głębokość kompresji: w zakresie od 4 - 6 cm dla urządzenia typu tłok lub 20% głębokości klatki piersiowej w przypadku pasa obwodowego | Tak |  |
|  | Urządzenie przystosowane do wykonywania kompresji u pacjentów o szerokość klatki piersiowej min. 44 cm. | Tak |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | Tak |  |
|  | Waga urządzenia gotowego do pracy poniżej 10kg | Tak |  |
|  | Bezprzewodowa (przez sieć WIFI ) transmisja danych medycznych z przebiegu RKO do komputerów typu PC z możliwością jednoczesnego powiadomienia (.pdf) wysyłanego automatycznie na dedykowany adres e-mail | Tak |  |
|  | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) częstości uciśnięć klatki piersiowej za pomocą tłoka w zakresie 102 - 111 - 120 uciśnięć na minutę. | Tak |  |
|  | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) głębokości uciśnięć klatki piersiowej, umożliwiająca dostosowanie głębokości do obowiązujących wytycznych ERC/AHA. | Tak |  |
|  | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) czasu przeznaczonego na wentylację w zakresie od 3 do 5 sekund | Tak |  |
|  | Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzenie) lub w ładowarce zewnętrznej. Czas ładowania akumulatora od 0 do 100% max. 120 min. | Tak |  |
|  | Wyposażenie aparatu:   * 1. Torba/plecak przenośny   2. podkładka stabilizująca pod głowę pacjenta   3. pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia   4. akumulator   5. min.2 elementy do uciskania klatki piersiowej (pasy, przyssawki, lub nakładki na tłok) | Tak |  |
|  | Możliwość zastosowania dedykowanej deski pod plecy pacjenta przeziernej dla promieni RTG | Tak |  |
| **Inne wymagania** | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej. | Tak |  |
|  | Certyfikaty dopuszczenia do stosowania w medycynie: polskie oraz międzynarodowe | Tak |  |
|  | Montaż, uruchomienie i szkolenie obsługi w cenie urządzenia. | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski z dostępem do oryginalnych części zamiennych od producenta | Tak |  |
|  | Paszport techniczny | Tak |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
|  | Okres gwarancji min.24 miesiące. | Tak |  |
|  | W okresie gwarancji przeglądy techniczne wraz z materiałami do nich użytymi wykonywane bezpłatnie co najmniej raz w roku. | Tak |  |
|  | Maksymalnie 3 naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu - konieczność wykonania kolejnej naprawy uprawnia do wymiany elementu lub podzespołu na nowy. | Tak |  |
|  | Zapewniony serwis pogwarancyjny | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych minimum 10 lat | Tak |  |

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty |
|  |