Załącznik nr 6 do SIWZ

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 1 - Łóżko szpitalne – szt. 6**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2. | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230 V 50 Hz oraz wbudowany akumulator | Tak, opisać |  |
| 3. | Długość całkowita łóżka bez przedłużenia leża min. 215cm | Tak, opisać |  |
| 4. | Możliwość przedłużenia leża | Tak, opisać |  |
| 5. | Szerokość całkowita łóżka przy całkowicie podniesionych lub opuszczonych barierkach min. 99 cm | Tak, opisać |  |
| 6 | Regulacja elektryczna wysokości z indykatorem/sygnalizacją diodową osiągnięcia wysokości minimalnej | Tak, opisać |  |
| 7 | Sygnalizacja pozycji pośrednich - sygnalizowana podświetleniem diodowym ostrzegawczym | Tak, opisać |  |
| 8 | Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca min. 41 cm | Tak, opisać |  |
| 9 | Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca min. 80 cm | Tak, opisać |  |
| 10 | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo, oparta na ramionach wznoszących w systemie trapezowym | Tak, opisać |  |
| 11 | Leże podzielone na min. 4 segmenty, z czego min. 3 ruchome. Segmenty zdejmowane, wypełnione sztywnymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego | Tak, opisać |  |
| 12 | Konstrukcja zapewniająca prześwit pod łóżkiem min. 18 cm | Tak, opisać |  |
| 13 | Regulowane klamry obejmujące materac, zapobiegające jego przemieszczeniu, po każdej ze stron lub ramię leża, którego konstrukcja nie pozwala na przemieszczanie się materaca | Tak, opisać |  |
| 14 | Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców | Tak, opisać |  |
| 15 | Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża min. 0-65° | Tak, opisać |  |
| 16 | Elektryczna regulacja segmentu uda | Tak, opisać |  |
| 17 | Zakres regulacji segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża min. 0-26° | Tak, opisać |  |
| 18 | Zakres regulacji segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża w zakresie min. od 3° do 18° | Tak, opisać |  |
| 19 | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. | Tak, opisać |  |
| 20 | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku. | Tak, opisać |  |
| 21 | Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga w zakresie min. ( -17°) - (+17°) | Tak, opisać |  |
| 22 | Elektrycznie regulowana pozycja krzesła kardiologicznego (do pozycji siedzącej z opuszczonymi nogami). Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. | Tak, opisać |  |
| 23 | Sterowanie funkcjami elektrycznymi ze sterowników wbudowanych w barierki boczne. Wszystkie przyciski membranowe, wodoodporne | Tak, opisać |  |
| 24 | Podświetlenie nocne, informujące personel o najniższym ustawieniu wysokości łóżka,  | Tak, opisać |  |
| 25 | 4 pojedyncze antystatyczne, kółka o średnicy min. 150 mm | Tak, opisać |  |
| 26 | Centralna blokada wszystkich kół jednocześnie uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony nóg pacjenta | Tak, opisać |  |
| 27 | Manualna funkcja CPR, oznaczona wyraźnym kolorem, umożliwiająca natychmiastowe opuszczenie segmentu oparcia, dostępna z obu stron łóżka, niezależnie od pozycji barierek | Tak, opisać |  |
| 28 | Elektryczna funkcja CPR obsługiwana za pomocą jednego przycisku zlokalizowanym po zewnętrznej stronie barierek bocznych. Łóżko poziomuje leże i ustawia się w najniższej pozycji. | Tak, opisać |  |
| 29 | Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża, zapewniające ochronę pacjenta przed zakleszczeniem | Tak, opisać |  |
| 30 | Barierki wyposażone w wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30º i 45º oraz kąta nachylenia ramy łóżka dla terapii ułożeniowej. Wskaźniki widoczne niezależnie od pozycji barierek | Tak, opisać |  |
| 31 | Konstrukcja barierek bocznych z jednostopniowym mechanizmem opuszczania, umożliwiająca ich złożenie przy użyciu jednej ręki. Barierki boczne z wbudowanymi panelami sterowania oraz uchwytem gwarantującym pewną i stabilną podporę podczas wstawania lub transferu na krzesło | Tak, opisać |  |
| 32 | Alarm opuszczenia segmentu oparcia poniżej 30° lub 45° z możliwością zawieszenia | Tak, opisać |  |
| 33 | Łóżko wyposażone w system pomiaru masy ciała pacjenta w celu monitorowania, diagnozowania i leczenia certyfikowany przez jednostkę notyfikowaną potwierdzającą spełnianie wymagań Dyrektywy 2014/31/EWG obowiązującej we wszystkich krajach członkowskich | Tak, opisać |  |
| 34 | Możliwość zapisania ostatniego pomiaru wagi w celu porównania zmiany masy ciała pacjenta | Tak, opisać |  |
| 35 | Możliwość wyświetlenia wagi z dokładnością 100g | Tak, opisać |  |
| 36 | Waga wyposażona w system autokompensacji masy przedmiotów dodawanych i odejmowanych na leże w trakcie pobytu pacjenta na łóżku tak, by wyświetlana waga pacjenta pozostała bez zmian. | Tak, opisać |  |
| 37 | Dopuszczalna masa pacjenta min. 215 kg | Tak, opisać |  |
| 38 | Automatycznie wygaszana po max 50 sekundach wartość masy ciała pacjenta. | Tak, opisać |  |
| 39 | Nieruchomy szczyt górny | Tak, opisać |  |
| 40 | Dodatkowa półka na pościel | Tak, opisać |  |
| 41 | Łóżko wyposażone w wieszak infuzyjny  | Tak, opisać |  |
| 42 | Odbojniki w narożnikach łóżka | Tak, opisać |  |
| 43 | Min. 5 uchwytów na pasy do unieruchomienia pacjenta | Tak, opisać |  |
| 44 | Min. 4 gniazda na statywy infuzyjne | Tak, opisać |  |
| 45 | Bezpieczne obciążenie robocze min. 250 kg | Tak, opisać |  |
| 46 | Łóżko wyposażone we wskaźniki pozycji bioder pacjenta do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża, stanowiące integralną część barierek:  | TAK – 20 pkt., NIE – 0 pkt |  |
| 47 | Łóżko wyposażone w graficzny interfejs użytkownika -dotykowy, kolorowy ekran LCD zlokalizowany po jednej stronie łóżka na barierce bocznej służący do obsługi alarmów, wagi i zmiany ustawień łóżka:  | TAK – 15 pkt.,NIE – 0 pkt. |  |
| 48 | 3 stopniowy alarm wyjścia pacjenta z łóżka z możliwością czasowego zawieszenia:  | TAK – 15 pkt., NIE – 0 pkt. |  |
| 49 | Materac z pianki wiskoelastycznej zmieniającej kształt pod wpływem temperatury dostosowujący się do każdej pozycji obranej przez pacjenta, przewidziany do profilaktyki i zapobiegania odleżyn u pacjentów dorosłych niskiego i średniego ryzyka | Tak, opisać |  |
| 50 | Bezpieczne obciążenie robocze min. 250 kg | Tak, opisać |  |
| 51 | Materac przezierny dla promieniowania RTG, bezlateksowy | Tak, opisać |  |
| 52 | Boki materaca wykonane z pianki o wysokiej gęstości, zapewniające bezpieczeństwo pacjentów i ułatwiające schodzenie z łóżka | Tak, opisać |  |
| 53 | Materac z pianki wiskoplastycznej, wyposażony w wodoszczelny, przepuszczający parę wodną poliuretanowy pokrowiec o właściwościach bakterio- i grzybostatycznych. | Tak, opisać |  |
| 54 | Zintegrowana z materacem kieszeń na kasetę RTG | Tak, opisać |  |
| 55 | Krawędzie pokrowca materaca zgrzewane. | Tak, opisać |  |
| 56 | Wysokość materaca z pianki wiskoplastycznej min. 14 cm |  |  |
| 57 | Nośność masy pacjenta zapewniająca właściwości prewencyjne 150 kg |  |  |
| 58 | Materac dostosowany do wymiarów łóżka |  |  |
| 59 | Łóżka wyposażone w specjalistyczny system unieruchomienia pacjenta (należy dostarczyć dwa komplety)System składa się z:- pas brzuszny o szerokości ok. 18 cm z dwiema bocznymi taśmami- szelki na klatkę piersiową z systemem mocującym do łóżka- dwie opaski na nadgarstki- dwa paski z rzepami na kostki z systemem mocującym do łóżka- guziki – min. 14 szt.- klucze min. 4 szt. System wykonany z poliestru z dodatkowym wzmocnieniem. Otwory w taśmach wzmocnione metalowymi wstawkami. Zapinki wykonane ze stali. Elementy stalowe odporne na środki do dezynfekcji, antykorozyjne. Możliwość dezynfekcji, prania, czyszczenia agresywnymi środkami wybielającymi, sterylizacji w 120 stopniach i tlenkiem etylenu.System nierozciągliwy i nie strzępi się po praniu.Należy dostarczyć dwa komplety: - dla pacjentów – obwód w talii ok. 70-110 cm (+/- 2 cm) – 1 kpl.- dla pacjentów – obwód w talii ok. 95-133 cm (+/- 2 cm) – 1 kpl. |  |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 60 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 61 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 62 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 63 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 64 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 65 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 66 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 67 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 68 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 69 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 70 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 71 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 72 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 2 - Zestaw do trudnych intubacji – szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2. | Przenośny, wielofunkcyjny monitor do podłączania giętkiego wideoendoskopu intubacyjnego oraz głowicy kamery do optycznych endoskopów intubacyjnych - 1 zestaw |  |  |
| 3. | Przenośny monitor umożliwiający podłączanie giętkiego wideoendoskopu intubacyjnego oraz głowicy kamery | Tak, opisać |  |
| 4. | Przekątna ekranu monitora min. 6,5" | TAKPrzekątna ekranu:=6,5" - 0 pkt.>6,5" - 5 pkt. |  |
| 5. | Rozdzielczość monitora min. 1280 x 800 pikseli | Tak, opisać |  |
| 6. | Obudowa monitora wykonana z tworzywa ABS | Tak, opisać |  |
| 7 | Obsługa funkcji monitora poprzez przyciski umieszczone z boku ekranu | Tak, opisać |  |
| 8 | Monitor wyposażony w min. 2 gniazda do jednoczesnego podłączenia giętkiego wideoendoskopu intubacyjnego oraz głowicy kamery | Tak, opisać |  |
| 9 | Możliwość rozbudowy monitora o wideolaryngoskop | Tak, opisać |  |
| 10 | Monitor wyposażony w gniazdo karty pamięci SD umożliwiające zapis przebiegu intubacji w postaci zdjęciowej (jpg) i filmu wideo (mpeg4) | Tak, opisać |  |
| 11 | Monitor wyposażony w gniazdo USB do podłączenia pamięci PenDrive | Tak, opisać |  |
| 12 | Monitor wyposażony w gniazdo wideo HDMI do podłączenia do dodatkowego, zewnętrznego monitora | Tak, opisać |  |
| 13 | Gniazdo karty SD, USB i HDMI zakryte, zabezpieczone przed wniknięciem ciał stałych oraz bryzgów płynu | Tak, opisać |  |
| 14 | Współczynnik ochrony monitora min. IP54 | Tak, opisać |  |
| 15 | Oprogramowanie monitora wyposażone w funkcję balansu bieli | Tak, opisać |  |
| 16 | Oprogramowanie monitora wyposażone w funkcję regulacji parametrów obrazu takich jak: jasność, kolory, kontrast | Tak, opisać |  |
| 17 | Uruchamianie zapisu zdjęcia i wideo przy pomocy przycisków na monitorze lub bezpośrednio z rękojeści giętkiego wideoendoskopu intubacyjnego | Tak, opisać |  |
| 18 | Funkcja przeglądania i odtwarzania zapisanych zdjęć i filmów wideo bezpośrednio na monitorze z funkcją kasowania wybranych plików | Tak, opisać |  |
| 19 | Monitor wyposażony w mocowanie typu VESA | Tak, opisać |  |
| 20 | Możliwość przymocowania monitora do stojaka lub statywu | Tak, opisać |  |
| 21 | Zasilanie monitora poprzez zintegrowany akumulator Li-Ion jak również z sieci 230 V / 50 Hz, zasilacz sieciowy w zestawie | Tak, opisać |  |
| 22 | Czas pracy z użyciem zasilania akumulatorowego ok. 2 godziny | Tak, opisać |  |
| 23 | Graficzny wskaźnik informujący o poziomie naładowania akumulatora wyświetlany na ekranie monitora | Tak, opisać |  |
| 24 | Masa monitora nie większa niż 1300 g | Tak, opisać |  |
| 25 | **Giętki wideoendoskop intubacyjny 5,5 mm- 1 zestaw** |  |  |
| 26 | Wideoendoskop kompatybilny z przenośnym, wielofunkcyjnym monitorem | Tak, opisać |  |
| 27 | Źródło światła LED oraz przetwornik obrazowy zintegrowane w giętkim wideoendoskopie | Tak, opisać |  |
| 28 | Rękojeść wideoendoskopu wyposażona w min. 3 przyciski do uruchamiania zapisu filmu wideo, zdjęcia oraz do balansu bieli | Tak, opisać |  |
| 29 | Średnica zewnętrzna sondy wziernikowej nie większa niż 5,5 mm | Tak, opisać |  |
| 30 | Kąt wygięcia końcówki dystalnej min. 140° / 140° (góra / dół) | Tak, opisać |  |
| 31 | Długość robocza 65 cm | Tak, opisać |  |
| 32 | Średnica kanału roboczego min. 2,1 mm | Tak, opisać |  |
|  | Zintegrowane w części proksymalnej wideoendoskopu gniazdo do osadzenia wymiennych zaworów ssących umożliwiających podłączenie przewodu do odsysania | Tak, opisać |  |
| 33 | Przyłącze drenu do odsysania zintegrowane w wymiennym zaworze ssącym | Tak, opisać |  |
| 34 | Niezależne wejście do kanału roboczego do wprowadzania instrumentów mechanicznych lub cewników wyposażone w przyłącze LUER i gumową zatyczkę | Tak, opisać |  |
| 35 | Możliwość pełnego zanurzenia w roztworze podczas mycia i dezynfekcji | Tak, opisać |  |
| 36 | Zintegrowany przewód sygnałowy łączący z przenośnym, wielofunkcyjnym monitorem | Tak, opisać |  |
| 37 | W zestawie:- walizka do przechowywania- miernik szczelności - 1 szt.- gumowa zatyczka do kanału roboczego, autoklawowalna - 10 szt.- przystawka do przepłukiwania kanału roboczego / ssącego - 1 szt.- adapter do przymocowania rurki intubacyjnej - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 38 | **Głowica kamery - 1 szt.** |  |  |
| 39 | Głowica kamery kompatybilna z przenośnym, wielofunkcyjnym monitorem | Tak, opisać |  |
| 40 | Wyposażona w min. 1 przetwornik obrazowy CMOS | Tak, opisać |  |
| 41 | Wyposażona w mechanizm do podłączenia do standardowego okularu optycznego endoskopu intubacyjnego | Tak, opisać |  |
| 42 | Zintegrowany przewód sygnałowy, przymocowany do głowicy osiowo | Tak, opisać |  |
| 43 | Ogniskowa f=20 mm | Tak, opisać |  |
| 44 | **Sztywny, optyczny endoskop intubacyjny - 1 zestaw** | Tak, opisać |  |
| 45 | Tubus roboczy endoskopu o długości 35 - 40 cm | Tak, opisać |  |
| 46 | Koniec dystalny tubusu roboczego endoskopu zagięty na stałe pod kątem 40° - 45° | Tak, opisać |  |
| 47 | Średnica zewnętrzna tubusu roboczego endoskopu 5 mm, umożliwiająca zastosowanie rurek intubacyjnych o śr. wew. min. 5,5 mm | Tak, opisać |  |
| 48 | Kąt pola widzenia endoskopu 110° | Tak, opisać |  |
| 49 | Wyposażony w standardowy okular z regulacją kąta pochylenia, umożliwiający bezpośrednią obserwację oraz podłączenie standardowej głowicy kamery endoskopowej | Tak, opisać |  |
| 50 | Wyposażony w przyłącze światłowodowe z min. 2 adapterami do podłączenia przenośnego źródła światła lub światłowodu | Tak, opisać |  |
| 51 | Wyposażony w ruchomy łącznik z blokadą do zamocowania rurki intubacyjnej w odpowiedniej odległości w stosunku do końca dystalnego części roboczej | Tak, opisać |  |
| 52 | Ruchomy łącznik do zamocowania rurki intubacyjnej wyposażony w przyłącze umożliwiające podawanie tlenu przez rurkę intubacyjną podczas intubacji | Tak, opisać |  |
| 53 | Endoskop w pełni zanurzalny w płynie myjąco - dezynfekującym, autoklawowalny | Tak, opisać |  |
| 54 | Kosz do mycia i sterylizacji, wym. zew. (szer. x gł. x wys.) 570 x 80 x 52 mm (+/-2mm) | Tak, opisać |  |
| 55 | **Akcesoria** | Tak, opisać |  |
| 56 | Kleszcze biopsyjne giętkie, kompatybilne z kanałem giętkiego wideoendoskopu intubacyjnego - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 57 | Kleszcze chwytające giętkie, kompatybilne z kanałem giętkiego wideoendoskopu intubacyjnego - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 58 | Kontenery plastikowe do sterylizacji i przechowywania giętkiego wideoendoskopu intubacyjnego oraz kleszczyków biopsyjnych i chwytających, pokrywa perforowana, dno kontenera perforowane, wyprofilowane zgodnie z kształtem wideoendoskopu – po 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 59 | **Akumulatorowe źródło światła - 1 zestaw** |  |  |
| 60 | Akumulatorowe źródło światła LED kompatybilne ze sztywnym, optycznym endoskopem intubacyjnym | Tak, opisać |  |
| 61 | Wyposażone w akumulator litowo-jonowy (Li-Ion) umożliwiający pracę przez min. 40 minut z maksymalną jasnością | Tak, opisać |  |
| 62 | Temperatura barwowa światła min. 5500K - 5600K | Tak, opisać |  |
| 63 | Jasność min. 150 000 lx | Tak, opisać |  |
| 64 | Możliwość dezynfekcji powierzchniowej | Tak, opisać |  |
| 65 | Ładowarka do akumulatorowego źródła światła - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 66 | **Statyw jezdny - 1 zestaw** |  |  |
| 67 | Statyw jezdny na kółkach, umożliwiający zamocowanie przenośnego, wielofunkcyjnego monitora | Tak, opisać |  |
| 68 | Wyposażony w uchwyty na giętki i sztywny endoskop intubacyjny | Tak, opisać |  |
| 69 | **Lampa czołowa LED - 1 zestaw** |  |  |
| 70 | Lampa czołowa LED emitująca światło o białej barwie, wykorzystująca technologię płynnej soczewki | Tak, opisać |  |
| 71 | Zasilanie poprzez 2 wyjmowane akumulatory rozmieszczone symetrycznie w kontenerach po bokach opaski czołowej lampy | Tak, opisać |  |
| 72 | Waga wraz z 2 akumulatorami nie większa niż 350 g | TAKWaga:=350g - 0 pkt.<350g - 5 pkt. |  |
| 73 | Natężenie światła regulowane w min. 3 poziomach | Tak, opisać |  |
| 74 | Lampa wyposażona we wskaźnik poziomu naładowania akumulatora | Tak, opisać |  |
| 75 | Informacja o niskim poziomie naładowania akumulatora | Tak, opisać |  |
| 76 | Regulowane pole oświetlenia w technologii płynnej soczewki poprzez zmianę krzywizny soczewki bez zastosowania przesłon mechanicznych | Tak, opisać |  |
| 77 | Zakres regulacji pola oświetlenia od 30 mm do 150 mm w odległości 40 cm | Tak, opisać |  |
| 78 | Maks. natężenie oświetlenia min. 29000 lux mierzone w odległości roboczej 40 cm | Tak, opisać |  |
| 79 | Maks. czas pracy z wykorzystaniem dwóch akumulatorów min. 17 godzin | TAKMaksymalny czas pracy:=17 godz. - 0 pkt.>17 godz. - 5 pkt. |  |
| 80 | Opaska czołowa z regulacją pionową i poziomą w zależności od kształtu oraz wielkości głowy | Tak, opisać |  |
| 81 | Wymienna poduszka bezpośrednio stykająca się z czołem użytkownika | Tak, opisać |  |
| 82 | Możliwość ładowania akumulatorów bez wyjmowania z kontenerów opaski poprzez zasilacz z wtyczką micro USB lub poprzez dedykowaną stację dokującą umożliwiającą jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 83 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie) | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 84 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 85 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 86 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 87 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 88 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 89 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 90 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 91 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 92 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca oferowane parametry. | Tak, |  |
| 93 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 94 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 95 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 3 - Unit diagnostyczny ścienny - szt. 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2. | W skład zestawu wchodzą następujące urządzenia:- Oftalmoskop- Otoskop- Monitor wyświetlający ciśnienie NIBP, HR, SpO2, temperaturę- Termometr uszny- Termometr z sondą do pomiaru w jamie ustnej lub pod pachą | Tak, opisać |  |
| 3. | Wszystkie elementy panelu połączone z panelem i monitorem | Tak, opisać |  |
| 4. | Wbudowany port na min. 3 kolumny osłonek do otoskopu | Tak, opisać |  |
| 5. | Minimum 3 złącza USB | Tak, opisać |  |
| 6. | Możliwość komunikacji bezprzewodowej i przesyłania danych z wag  | Tak, opisać |  |
| 7 | Czujniki temperatury, ciśnienia i do pulsoksymetru | Tak, opisać |  |
| 8 | **OFTALMOSKOP** |  |  |
| 9 | Możliwość przeprowadzenia badania bez konieczności zakraplania źrenic | Tak, opisać |  |
| 10 | Pokrętło regulacji dioptrii – płynna regulacja w zakresie -20 / +20 D | Tak, opisać |  |
| 11 | Osłona oka pacjenta, zapewniająca utrzymanie odpowiedniej odległości podczas badania oraz ułatwiająca stabilizację obrazu. | Tak, opisać |  |
| 12 | Pokrętło wyboru plam: umożliwia wybór plam: mikro, małej, dużej, filtra bez czerwiennego oraz paska | Tak, opisać |  |
| 13 | **OTOSKOP** |  |  |
| 14 | Możliwość dostosowania ostrości do zmiennej długości przewodu słuchowego lub korekcji błędu refrakcji | Tak, opisać |  |
| 15 | Konstrukcja głowicy umożliwiająca stabilne zamocowanie końcówki i wyrzucenie jej bezdotykowo jednym przyciśnięciem | Tak, opisać |  |
| 16 | Otwór mocowania balonu do otoskopii pneumatycznej | Tak, opisać |  |
| 17 | Domyślne ustawienie ogniskowej (kropka i kreska) | Tak, opisać |  |
| 18 | **MONITOR FUNKCJI ŻYCIOWYCH** |  |  |
| 19 | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 6 cali | Tak, opisać |  |
| 20 | Praca min w 2 trybach: pomiar punktowy, monitorowanie ciągłe | Tak, opisać |  |
| 21 | Regulowane progi alarmowe NIBP, saturacji i temperatury; regulowana głośność sygnału alarmowego. Alarmy wizualne i dźwiękowe o różnych priorytetach z możliwością czasowego zawieszenia i wyciszenia | Tak, opisać |  |
| 22 | Wszystkie komunikaty i menu w języku polskim | Tak, opisać |  |
| 23 | Urządzenie przeznaczone dla pacjentów dorosłych, dzieci i noworodków | Tak, opisać |  |
| 24 | Możliwość rozbudowy o czytnik kodów kreskowych | Tak, opisać |  |
| 25 | Domyślna metoda pomiaru ciśnienia: oscylometryczna w trakcie pompowania mankietu | Tak, opisać |  |
| 26 | Typowy czas określania ciśnienia tętniczego nie dłuższy niż 15 sek. | Tak, opisać |  |
| 27 | Dokładność pomiaru ciśnienia tętniczego zgodna ze standardami ANSI.AAMI SP10:2002 lub równoważne | Tak, opisać |  |
| 28 | wymóg standardu ANSI/AAMI SP10:2002 lub równoważne w zakresie ciśnienia w mankiecie | Tak, opisać |  |
| 29 | Zakres pomiaru ciśnienia skurczowego: min. od 30 do 260 mmHg | Tak, opisać |  |
| 30 | Zakres pomiaru ciśnienia rozkurczowego: 20 do 220 mmHg | Tak, opisać |  |
| 31 | Zakres pomiaru ciśnienia średniego: min. od 25 do 230 mmHg |  |  |
| 32 | Zakres pomiaru tętna: min. od 30 do 200 ud./min z dokładnością (± 3 uderzenia/min) | Tak, opisać |  |
| 33 | Możliwość wprowadzania informacji o pozycji pacjenta w trakcie pomiaru, rozmiarze mankietu i miejscu pomiaru | Tak, opisać |  |
| 34 | Możliwość zastosowania mankietów jednorazowych, ok. 100 pomiarów/mankiet dla pacjentów hospitalizowanych poniżej 1 tyg. lub ok. 1000 pomiarów/ mankiet,, dla pacjentów hospitalizowanych powyżej tygodnia, w celu eliminacji zakażeń krzyżowych | Tak, opisać |  |
| 35 | **TERMOMETR USZNY** |  |  |
| 36 | Pomiar temperatury ciała w uchu u osób dorosłych, dzieci i niemowląt.Zakres pomiaru temperatury: min. 20°C do 42  | Tak, opisać |  |
| 37 | Podgrzewana końcówka czujnika | Tak, opisać |  |
| 38 | Technologia informująca o właściwym ułożeniu sondy zapobiega błędnym pomiarom | Tak, opisać |  |
| 39 | System informacji zwrotnej: migająca kontrolka oraz sygnał dźwiękowy potwierdzający poprawne wykonanie pomiaru | Tak, opisać |  |
| 40 | Odporność na upadek z wysokości 90 cm | Tak, opisać |  |
| 41 | **INNE** |  |  |
| 42 | Możliwość podłączenia do sieci szpitalnej | Tak, opisać |  |
| 43 | Urządzenie wyposażone w moduł WIFI (radio) | Tak, opisać |  |
| 44 | Integracja z systemem informatycznym Zamawiającego. Funkcja przekazywania wyników pacjenta do systemu bazy danych szpitala ( karta pacjenta) z bezpłatnym oprogramowaniem |  |  |
| 45 | **AKCESORIA DO DIAGNOSTYCZNEGO PANELU ŚCIENNEGO:** |  |  |
| 46 | W zestawie z urządzeniem czytnik kodów kreskowych | Tak, opisać |  |
| 47 | Zestaw osłonek do pomiaru w uchu (1000 szt.) | Tak, opisać |  |
| 48 | 2 rozmiary mankietów do pomiaru NIBP – 2 kpl. | Tak, opisać |  |
| 49 | Wielorazowy czujnik palcowy Spo2- dla pacjentów dorosłychWielorazowy czujnik Spo2- dla noworodków i dzieci | Tak, opisać |  |
| 50 | Oprogramowanie do przeprowadzenia Triage | Tak, opisać |  |
| 51 | Oprogramowanie zaprojektowane w porozumieniu z wyznaczonym pracownikiem SOR | Tak, opisać |  |
| 52 | Oprogramowanie kompatybilne z posiadanym urządzeniem do monitorowania podstawowych parametrów życiowych | Tak, opisać |  |
| 53 | Oprogramowanie umożliwiające zaprogramowanie do 9 różnych modyfikatorów np..: | Tak, opisać |  |
| 54 | poziom oceny tętna | Tak, opisać |  |
| 55 | poziom oceny częstości oddechów | Tak, opisać |  |
| 56 | poziom oceny temperatury | Tak, opisać |  |
| 57 | poziom oceny ciśnienia skurczowego | Tak, opisać |  |
| 58 | poziom oceny saturacji | Tak, opisać |  |
| 59 | poziom oceny odczuwanego bólu | Tak, opisać |  |
| 60 | modyfikatory zamknięte typu: ból w klatce - TAK/NIE | Tak, opisać |  |
| 61 | skalę AVPU | Tak, opisać |  |
| 62 | Na podstawie zaprogramowanych modyfikatorów urządzenie z wgranym oprogramowaniem TRIAGE poda zbiorczą ocenę aktualnego stanu pacjenta (np.. czerwony, pomarańczowy, żółty, zielony, niebieski) | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 63 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 64 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 65 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 66 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 67 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 68 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 69 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 70 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 71 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 72 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 73 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 74 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 75 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 4 - Urządzenie do kompresji klatki piersiowej – szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak , podać |  |
| 2 | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresji | Tak, opisać |  |
| 3 | Działanie urządzenia w pełni elektryczne | Tak, opisać |  |
| 4 | Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERCGłębokość – od 5 do 6 cmCzęstość – od 100 do 120 uc./min. | Tak, opisać |  |
| 5 | Aktywna dekompresja – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej przez ssawkę ( np. podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację) | Tak -10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 6 | Źródło zasilania: - akumulator wewnętrzny - zasilanie ze ściany karetki DC min. 12 – 28 V - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V  | Tak, opisać |  |
| 7 | Czas ładowania akumulatora wewnętrznego max. 120 min. | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 8 | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego podczas pracy urządzenia (RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC) | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 9 | Ładowarka wewnątrz urządzenia | Tak, opisać |  |
| 10 | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego : min. 40 min.  | Tak, opisać |  |
| 11 | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | Tak, opisać |  |
| 12 | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą /plecakiem < 12 kg | Tak, opisać |  |
| 13 | Bezprzewodowa transmisja (bluetooth) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera z możliwością wydruku raportu z komputera | Transmisja bluetooth - 10 pkt.Inne rodzaje transmisji lub jej brak - 0 pkt. |  |
| 14 | Wyposażenie aparatu:* + torba lub plecak
	+ deska pod plecy
	+ podkładka stabilizująca pod głowę
	+ pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia
	+ jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentami przy masażu (min. 12 szt.)
	+ akumulator
	+ ładowarka do akumulatorów
 | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 15 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 17 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 18 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 19 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 20 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 21 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 22 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 23 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 24 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak |  |
| 25 | Deklaracja zgodności CE | Tak  |  |
| 26 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 27 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 5 - Iluminator żył - szt. 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Przenośny lub przewoźny aparat umożliwiający lokalizowanie : trudno dostępne żyły, zastawki, rozwidlenia i możliwe krwiaki u różnych rodzajów pacjentów od noworodków po osoby starsze, otyłe , a także u osób z zaburzeniami układu naczyniowego | Tak, opisać |  |
| 3 | Urządzenie wykorzystujące światło podczerwieni i/lub promienie laserowe | Tak, opisać |  |
| 4 | Urządzenie wykonane z ABS, nylonu , poliwęglanu | Tak, opisać |  |
| 5 | Ciężar urządzenia mx. 0,5 kg | Tak, opisać |  |
| 6 | Odległość robocza w zakresie min. 25 – 50 cm | Tak, opisać |  |
| 7 | Akumulator szczelnie zamknięty, ,.6 V litowo – jonowy pozwalający na pracę min. 180 minut | Tak, opisać |  |
| 8 | W zestawie ładowarka, zasilacz oraz statyw jezdny | Tak, opisać |  |
| 9 | Sieć żył wyświetlana bezpośrednio na skórę pacjenta | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 10 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 12 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 13 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 14 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 15 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 16 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 17 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 18 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 19 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 20 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 22 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 6 - elektryczny podnośnik jezdny z siedziskiem - 1 kpl.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Podstawa na kółkach wyposażonych w łożyska kulkowe | Tak, opisać |  |
| 3 | Mały promień skrętu | Tak, opisać |  |
| 4 | Wysokość podstawy max. 110 mm | Tak, opisać |  |
| 5 | 4 punktowy wieszak umożliwiający równomierny rozkład ciśnienia | Tak, opisać |  |
| 6 | Dwufunkcyjne zdalne sterowanie | Tak, opisać |  |
| 7 | Cyfrowy wyświetlacz | Tak, opisać |  |
| 8 | Licznik cykli | Tak, opisać |  |
| 9 | Waga podnośnika max. 57 kg | Tak, opisać |  |
| 10 | Wykonany ze stali malowanej epoksydowo | Tak, opisać |  |
| 11 | Cicha praca podnośnika | Tak, opisać |  |
| 12 | Przycisk awaryjnego zatrzymania | Tak, opisać |  |
| 13 | Udźwig podnośnika min. 300 kg | Tak, opisać |  |
| 14 | Wymienny akumulator | Tak, opisać |  |
| 15 | Kabel zasilający do ładowania | Tak, opisać |  |
| 16 | Ochrona przed przeciążeniem | Tak, opisać |  |
| 17 | Niskie napięcie 24V, zasilania | Tak, opisać |  |
| 18 | Klasa ochronności min. IPX 4 | Tak, opisać |  |
| 19 | Zgodność elektromagnetyczna 2004/108/EC | Tak, opisać |  |
| 20 | Nosidełko do przenoszenia pacjenta w pozycji leżącej i półleżącej w komplecie – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 21 | Nosidełko kąpielowe, wykonane w 100% z poliestrowej siateczki przeznaczonej do prania w 70 st.C, z dwoma szerokimi pasami, przekładanymi pod kończynami dolnymi, z odpinanym zagłówkiem, w czterech rozmiarach: S, M, L, XL - do wyboru dwa rozmiary - 2 szt. | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 22 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 23 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 24 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 25 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 26 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 27 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 28 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 29 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 30 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 31 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 32 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 33 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 34 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 7 - USG – szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | **Jednostka główna** | Tak |  |
| 3 | Zakres częstotliwości pracy 1,3 – 12,0 MHz [MHz] |  |  |
| 4 | Technologia cyfrowa | Tak – opisać |  |
| 5 | Ilość niezależnych gniazd przełączanych elektronicznie min. 3, możliwość rozbudowy o 4 aktywny port | Tak, opisać  |  |
| 6 | Monitor LCD min. 21 cali | Tak, opisać |  |
| 7 | Możliwość regulacji położenia i wysokości monitora niezależnie od panelu sterowania | Tak, opisać |  |
| 8 | Szybki dostęp do funkcji sterowania aparatem przy pomocy ekranu dotykowego o wielkości min. 10 cali | Tak, opisać |  |
| 9 | Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów  | Tak, opisać |  |
| 10 | Liczba klatek (obrazów) pamięci dynamicznej prezentacji B oraz kolor Doppler – min. 2500 | Tak, opisać |  |
| 11 | Zintegrowany z aparatem systemu archiwizacji obrazów na dysku twardym z możliwością eksportowania na nośniki przenośne DVD/CD | Tak, opisać |  |
| 12 | Zintegrowany dysk twardy HDD min 500 GB | Tak, opisać |  |
| 13 | Nastawy programowe dla aplikacji i głowić tzw. „presety” – min. 30 | Tak, opisać |  |
| 14 | Drukarka termiczna (video) czarno - biała | Tak, opisać |  |
| 15 | Przeinstalowany dedykowany system ochrony antywirusowej | Tak, opisać |  |
| 16 | Waga aparatu bez głowic i urządzeń peryferyjnych max. 75 kg | Tak, opisać |  |
| 17 | **Tryb 2D (B – mode)** |  |  |
| 18 | Zakres ustawiania głębokości penetracji od max. 1 do min. 30 cm | Tak, opisać |  |
| 19 | Zakres bezstratnego powiększania obrazu rzeczywistego min 10 x | Tak, opisać |  |
| 20 | Zakres bezstratnego powiększania obrazu zamrożonego, a także obrazu z pamięci CINE min. 10 x | Tak, opisać |  |
| 21 | Zakresy dynamiki systemu min. 220 dB | Tak, opisać |  |
| 22 | Zakres technologii automatycznie optymalizującej obraz w trybie B za pomocą jednego przycisku | Tak, opisać |  |
| 23 | Zastosowanie technologii obrazowania „nakładanego” przestrzennego wielokierunkowego (compounding) z możliwością wyboru powyżej 5 kierunków sterowania liniami obrazowymi | Tak, opisać |  |
| 24 | Tryb obrazowania poprawą rozdzielczości kontrastowej poprze eliminację szumów plamek obrazów (spec kle reduction) | Tak, opisać |  |
| **25** | **Tryb M** |  |  |
| 26 | Anatomiczny tryb M-mode | Tak, opisać |  |
| **27** | **Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)** |  |  |
| 28 | Podać maksymalną mierzoną prędkość przepływu [cm/s] przy 0° kącie korekcji – min. +/- 350 cm/s | Tak, opisać |  |
| 29 | Wielkość bramki Dopplerowskiej [cm] – od max. 0,2 do min. 20 mm | Tak, opisać |  |
| 30 | Kąt korekcji kąta bramki Dopplerowskiej [mm] – min. 0 - +/- 89° co 1° | Tak, opisać |  |
| **31** | **Tryb spektralny Doppler ciągły (CWD)** |  |  |
| 32 | Sterowany pod kontrolą obrazu z głowicy sektorowej elektronicznej | Tak, opisać |  |
| 33 | Podać maksymalną mierzoną prędkość przepływu [cm/s] przy 0° kącie korekcji – min. +/- 650 cm/s | Tak, opisać |  |
| **34** | **Tryb Doppler kolorowy (CD)** |  |  |
| 35 | Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego | Tak, opisać |  |
| 36 | Częstotliwość odświeżania obrazu - min. 180 obr./sek | Tak, opisać |  |
| **37** | **Tryb Doppler Tkankowy (CDI)** |  |  |
| 38 | Doppler tkankowy spektralny i kolorowy | Tak, opisać |  |
| 39 | Obrazowanie harmoniczne | Tak, opisać |  |
| 40 | Tryb Duplex (2D+PWD lub CD) | Tak, opisać |  |
| 41 | Tryb triplet (2D+PWD+CD) | Tak, opisać |  |
| 42 | Oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe:KardiologiczneNaczynioweTCDJama brzusznaMałe narządyGinekologiaPołożnictwoortopedia | Tak, opisać |  |
| 43 | Liczba par kursorów pomiarowych – min. 8 | Tak, opisać |  |
| 44 | Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera (automatyczny obraz spectrum) | Tak, opisać |  |
| **45** | **Głowica sektorowa elektroniczna wieloczęstotliwościowa do badań kardiologicznych dorosłych** |  |  |
| 46 | Zakres częstotliwości pracy przetwornika min. 1,3 – 4,4 MHz | Tak, opisać |  |
| 47 | Min.3 przełączalne częstotliwości pracy dla trybu 2D (B-mode)  | Tak, podać wartość |  |
| 48 | Maksymalna głębokość penetracji min. 30 cm | Tak, opisać |  |
| 49 | Praca w trybie II harmonicznej | Tak, opisać |  |
| 50 | Praca w trybie Dopplera ciągłego CWD | Tak, opisać |  |
| **51** | **Wieloczęstotliwościowa elektroniczna głowica konweksowa, do badań jamy brzusznej** |  |  |
| 52 | Zakres częstotliwości pracy przetwornika 1,4 – 5,0 MHz | Tak, opisać |  |
| 53 | Maksymalny kąt widzenia głowicy min. 68 stopni | Tak, opisać |  |
| 54 | Min.3 przełączalne częstotliwości pracy DLA trybu 2D (B-mode) | Tak, podać wartość |  |
| 55 | Min. 4 przełączalne częstotliwości harmoniczne THI DLA trybu 2D (B-mode) | Tak, podać wartość |  |
| 56 | Możliwość pracy z nasadką biopsyjną | Tak, opisać |  |
| **57** | **Głowica liniowa elektroniczna wieloczęstotliwościowa do badań naczyniowych** |  |  |
| 58 | Zakres częstotliwości pracy przetwornika 5,0 – 10,0 MHz | Tak, opisać |  |
| 59 | Min. 2 przełączalne częstotliwości pracy DLA trybu 2 D (B-mode) | Tak, podać |  |
| 60 | Min. 2 przełączalne częstotliwości harmoniczne THI DLA trybu 2D (B – mode)  | Tak, podać |  |
| 61 | Szerokość czoła głowicy – 40 mm +/- 5% | Tak, podać |  |
| 62 | Praca w trybie II harmonicznej | Tak, opisać |  |
| 63 | Obrazowanie rombowe | Tak, opisać |  |
| 64 | Praca w trybie virtual convex | Tak, opisać |  |
| **65** | **Możliwość rozbudowy systemu**  |  |  |
| 66 | Zintegrowane oprogramowanie do automatycznej detekcji wsierdzia i obliczenia frakcji wyrzutowej | Tak, opisać |  |
| 67 | Zastosowanie technologii eliminującej efekt przepływu w naczyniach celem optymalizacji wizualizacji naczyń | Tak, opisać |  |
| 68 | Obrazowanie panoramiczne o długości min. 50 cm | Tak, opisać |  |
| 69 | Możliwość bezprzewodowego (Wi-Fi) połączenia do sieci komputerowej LAN | Tak, opisać |  |
| 70 | Możliwość rozbudowy o obrazowanie wolumetryczne 4D z głowic objętościowych typu convex | Tak, opisać |  |
| 71 | Dedykowany do aparatu podgrzewacz żelu | Tak, opisać |  |
| 72 | Tryb zamrożenia systemu z możliwością odłączenia zasilania na czas 30 minut i z możliwością szybkiego wznowienia pracy w czasie max. 15 sekund | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 73 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 74 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 75 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 76 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 77 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 78 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 79 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 80 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 81 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 82 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 83 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 84 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 85 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 8 - Waga niemowlęca - szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Dokładność odczytu [d] max. 10 g w zakresie do 10 kg | Tak, opisać |  |
| 3 | Zasilanie bateryjne | Tak, opisać |  |
| 4 | Waga urządzenia max. 2,5kg | Tak, opisać |  |
| 5 | Wymiary urządzenia min. 555 x 160 x 350 mm | Tak, opisać |  |
| 6 | Zdejmowana szalka pomiarowa | Tak, opisać |  |
| 7 | Intuicyjne przyciski i funkcje | Tak, opisać |  |
| 8 | Funkcje: Automatyczne wyłączanie | Tak, opisać |  |
| 9 | TARA | Tak, opisać |  |
| 10 | Do mobilnego mierzenia | Tak, opisać |  |
| 11 | BMIF | Tak, opisać |  |
| 12 | HOLD | Tak, opisać |  |
| 13 | Przełączanie zakresów ważenia | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 14 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 16 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 17 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 18 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 19 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 20 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 21 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 22 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 23 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 24 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 25 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 26 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 9 - Waga dla osób dorosłych - szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Wzrostomierz za pomocą którego można mierzyc wzrost pacjenta w zakresie do 2 m | Tak, opisać |  |
| 3 | Waga medyczna posiadająca możliwość wyznaczania wskaźnika masy ciała BMI przeznaczonego dla osób dorosłych o wzroście powyżej 1metra | Tak, opisać |  |
| 4 | Wskaźnik BMI wyznaczony po wpisaniu do wagi wzrostu odczytanego ze wzrostomierza | Tak, opisać |  |
| 5 | Waga wyposażona w miernik wagowy z podświetlanym wyświetlaczem LCD | Tak, opisać |  |
| 6 | Obciążenie maksymalne min. 250kg | Tak, opisać |  |
| 7 | Dokładność odczytu [d] 100g | Tak, opisać |  |
| 8 | Zakres tary – do 200 kg | Tak, opisać |  |
| 9 | Temperatura pracy 0 +/- 40 °C | Tak, opisać |  |
| 10 | Zasilanie 100 – 240 V AC 50-60 Hz/12 V DC + akumulator | Tak, opisać |  |
| 11 | Średni czas pracy na akumulatorach min. 35 godzin | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 12 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 14 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 15 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 16 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 17 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 18 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 19 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 20 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 21 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 22 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 23 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 24 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 10 - Platformowa waga elektroniczna - szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Wagę elektroniczna najazdowa do pomiaru masy pacjenta lub pomiaru masy pacjenta z łóżkiem, wózkiem siedzącym. Max. obciążenie – 300 kg, dokładność pomiaru max. 100 g – należy dostarczyć jedną wagę. Rozstaw stanowisk pomiarowych kompatybilny z rozstawem kółek posiadanych łóżka, wózków siedzących. Waga lekka w przenoszeniu, ergonomiczna w użytkowaniu. Konstrukcja wagi z tworzyw technicznych i stali. | Tak, opisać |  |
| 3 | Elektroniczna waga platformowa z bezprzewodową transmisją danych do ważenia pacjentów na stojąco, na wózkach inwalidzkich, na noszach, na leżankach | Tak, opisać |  |
| 4 | Transport za pomocą dodatkowych 3 rolek i wbudowanemu uchwytowi | Tak, opisać |  |
| 5 | Nośność min. 300 kg | Tak, opisać |  |
| 6 | Bezprzewodowa radiowa funkcja przekazywania wyników wagi i wzrostu do systemu bazy danych szpitala z bezpłatnym oprogramowaniem | Tak, opisać |  |
| 7 | 2 samo zapadające się rampy podjazdowe do wygodnego wjazdu na wagę | Tak, opisać |  |
| 8 | Boczne barierki zabezpieczające przed przesunięciem łóżka | Tak, opisać |  |
| 9 | Łatwy odczyt wyników ważenia na wyświetlaczu bezprzewodowym z podstawką na biurko lub mocowaniem do ściany | Tak, opisać |  |
| 10 | Wyświetlanie wyników z funkcją HOLD pozwalającą najpierw zająć się pacjentem a dopiero potem zanotować wynik ważenia | Tak, opisać |  |
| 11 | Dopuszczalne obciążenie 200 kg (zakres 1) , 300 kg (zakres 2) | Tak, opisać |  |
| 12 | Działka elementarna 100 g (zakres 1), 200 g (zakres 2) | Tak, opisać |  |
| 13 | Zakres TARA – max. 300 kg | Tak, opisać |  |
| 14 | Wymiary, wyświetlacz ( szer. x wys. x głęb.) 154 x 55x 120 mm | Tak, opisać |  |
| 15 | Wymiary, platforma ( szer. x wys. x głęb.) 760 x 55 x 1 470mm | Tak, opisać |  |
| 16 | Temperatura pracy +10°C do +40°C | Tak, opisać |  |
| 17 | Masa własna max 47 kg | Tak, opisać |  |
| 18 | Zasilacz | Tak, opisać |  |
| 19 | Zastosowanie z interfejsem | Tak, opisać |  |
| 20 | Funkcje:Pre-TARATARAHOLDPrzełączanie zakresów ważeniaBMIamortyzacja | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 21 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 22 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 23 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 24 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 25 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 26 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 27 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 28 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 29 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 30 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 31 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 32 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 33 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 11 - Przyłóżkowe RTG - szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | **APARAT RTG CYFROWY PRZYŁÓŻKOWY PRZEWOŹNY szt.1** |  |  |
| 3 | W pełni cyfrowy aparat RTG typu DR z bezprzewodowym detektorem i napędem akumulatorowym wyprodukowany przez jednego producenta  | Tak, opisać |  |
| 4 | Aparat nieużywany, nierekondycjonowany | Tak, opisać |  |
| 5 | Urządzenie zarejestrowane w Polsce jako wyrób medyczny lub posiadające certyfikat/deklarację zgodności właściwą dla urządzenia oprogramowania stwierdzającą zgodność z dyrektywą 93/42/EEC  | Tak, opisać |  |
| 6 | **GENERATOR** |  |  |
| 7 | Generator wysokiej częstotliwości HF zintegrowany z konsolą technika  | Tak, opisać |  |
| 8 |  Moc generatora  | ≥ 30 kW TAK, podać  |  |
| 9 |  Zasilanie 230 V ± 10%  | Tak, opisać |  |
| 10 |  Automatyczna kompensacja zmian napięcia sieciowego  | Tak, opisać |  |
| 11 | Częstotliwość generatora  |  ≥ 100 kHz, podać  |  |
| 12 |  Minimalny czas ekspozycji  | ≤ 2msTAK, podać  |  |
| 13 |  Zakres napięciowy  | ≥ 40-150 kV TAK, podać  |  |
| 14 |  Maksymalna wartość prądu  | ≥ 400 mA TAK, podać  |  |
| 15 |  Zakres prądowo-czasowy  | ≥ 0,1-300 mAs TAK, podać  |  |
| 16 | Ręczna nastawa parametrów ekspozycji związana z wyborem projekcji  | Tak, opisać |  |
| 17 | Monitor dotykowy LCD do sterowania urządzeniem o przekątnej  | ≥ 19” TAK, podać  |  |
| 18 |  Zabezpieczenie przed przeciążeniem  | Tak, opisać |  |
| 19 | **KOLUMNA Z LAMPĄ RTG** |  |  |
| 20 |  Kolumna teleskopowa  |  Tak, opisać |  |
| 21 |  Zabezpieczenie termiczne przed przegrzaniem  | Tak, opisać |  |
| 22 |  Lampa z wirującą anodą  | Tak, opisać |  |
| 23 |  Wielkość małego ogniska  | ≤ 0,6 mm TAK, podać  |  |
| 24 | Moc małego ogniska  | ≥ 29kW, podać  |  |
| 25 |  Wielkość dużego ogniska  | ≤ 1,2 mm TAK, podać  |  |
| 26 | Moc dużego ogniska  | ≥ 60kW, podać  |  |
| 27 |  Pojemność cieplna anody  | ≥ 300 kHU TAK, podać  |  |
| 28 |  Pojemność cieplna obudowy lampy  | ≥ 1,2 MHU  |  |
| 29 |  Kąt obrotu kolimatora  | Min. ±900 TAK, podać  |  |
| 30 |  Oświetlenie diodowe pola ekspozycji (LED)  | Tak, opisać |  |
| 31 |  Odległość maksymalna podłoga – ognisko  | ≥ 200 cm TAK, podać  |  |
| 32 |  Pochylenie kołpaka lampy w zakresie min. +90º do -10º  | TAK, podać  |  |
| 33 |  Obrót kołpaka lampy wokół osi poziomej w zakresie  | ≥ ±1300 TAK, podać  |  |
| 34 |  Kąt obrotu kolumny lampy  | ≥±2500 TAK, podać  |  |
| 35 | Zakres ruchu lampy w poziomie ≥53cm  | ≥53cm, podać  |  |
| 36 |  Wbudowany DAP zintegrowany z Dicom  | Tak, opisać |  |
| 37 |  Wbudowane dodatkowe filtry  | Tak, opisać |  |
| 38 | **DETEKTOR SYSTEMU DR BEZPRZEWODOWY** |  |  |
| 39 |  Rozmiar detektora - powierzchnia aktywna | ≥ 42 x 35 cmTAK, podać |  |
| 40 |  Matryca obrazowa [pikseli] | ≥ 7,5 mln pikseli TAK, podać  |  |
| 41 | Rozmiar pojedynczego piksela detektora | ≤ 140 µmTAK, podać |  |
| 42 |  System chłodzenia detektora – powietrzny | Tak, opisać |  |
| 43 |  Rozdzielczość  | ≥ 3,5 Lp/mmTAK, podać |  |
| 44 |  Głębokość bitowa przesyłanego obrazu  | ≥ 12 bitówTAK, podać |  |
| 45 |  Przetwarzanie przetwornika detektora  | ≥ 16bitówTAK, podać |  |
| 46 |  Maksymalne dopuszczalne obciążenie detektora na  całej powierzchni  | ≥ 150 kgTAK, podać |  |
| 47 | Waga detektora  | < 3,2kgTAK, podać |  |
| 48 | Ilość możliwych ekspozycji na jednym ładowaniu akumulatora | ≥300 ekspozycji,podać |  |
| 49 |  DQE – wydajność kwantowa detektorów ≥ 55% dla  1lp/mm | TAK, podać |  |
| 50 | Zaawansowana konstrukcja obudowy zapewnia całkowita ochrone przed wnikaniem wody i pyłu do poziomu min. IP57 potwierdzona oznaczeniem producenta na obudowie detektora. | TAK, podać |  |
| 51 |  Czas do pojawienia się obrazu na konsoli ≤4s | TAK, podać |  |
| 52 | Możliwości ładowania akumulatorów detektora w ładowarce wbudowanej w aparat | Tak, opisać |  |
| 53 | Przyłączalna /zatrzaskowa kratka przeciwrozproszeniowa dla detektora bezprzewodowego 35x43 cm niewymagająca późniejszego procesu usuwania jej z obrazu rtg za pomocą specjalistycznego oprogramowania | Tak, opisać |  |
| 54 | **DETEKTOR SYSTEMU DR BEZPRZEWODOWY** |  |  |
| 55 |  Rozmiar detektora – powierzchnia aktywna  | ≥ 24 x 29 cm TAK, podać  |  |
| 56 |  Matryca obrazowa [pikseli]  | ≥ 3,5 mln pikseli  TAK, podać  |  |
| 57 | Rozmiar pojedynczego piksela detektora  | ≤ 140 µm TAK, podać  |  |
| 58 |  System chłodzenia detektora – powietrzny  | TAK  |  |
| 59 |  Rozdzielczość  | ≥ 3,5 lp/mm TAK, podać  |  |
| 60 |  Głębokość bitowa przesyłanego obrazu  | ≥ 12 bitów TAK, podać  |  |
| 61 |  Przetwarzanie przetwornika detektora  | ≥ 16 bitów TAK, podać  |  |
| 62 |  Maksymalne dopuszczalne obciążenie detektora na całej powierzchni  | ≥ 150 kg TAK, podać  |  |
| 63 |  DQE – wydajność kwantowa detektorów ≥ 55% dla  1lp/mm  | Tak, opisać |  |
| 64 | Przyłączalna/zatrzaskowa kratka przeciwrozproszeniowa dla detektora bezprzewodowego 25x30 cm niewymagająca późniejszego procesu usuwania jej z obrazu rtg za pomocą specjalistycznego oprogramowania | Tak, opisać |  |
| 65 | **STACJA TECHNIKA APARATU DR ZINTEGROWANA W OBUDOWIE GENERATORA APARATU** |  |  |
| 66 | Obsługa aparatu RTG poprzez monitor dotykowy stacji technika – nastawianie parametrów ekspozycji i obróbka obrazu  | Tak, opisać |  |
| 67 |  Monitor dedykowany do oferowanego aparatu , LCD, kolorowy dotykowy, min. 19”  | Tak, Podać  |  |
| 68 | Interfejs do sieci szpitalnej WiFi i kablowy min. 100 Mbit/s  | Tak, opisać |  |
| 69 | Interfejs użytkownika całkowicie w języku polskim wraz z pomocą kontekstową  | Tak, opisać |  |
| 70 | Interfejs użytkownika stacji technika zgodny z posiadanymi stacjami przy skanerach CR Elite | Tak, opisać |  |
| 71 | Oprogramowanie umożliwiające przypisywanie konkretnym projekcjom zaczernienia, ostrości i dynamiki obrazów  | Tak, opisać |  |
| 72 | Wybór znacznika ustawienia pacjenta (np. Zdjęcie AP, L)  | Tak, opisać |  |
| 73 | Wybór i zmiana parametrów generatora  | Tak, opisać |  |
| 74 | Wybór parametrów obróbki obrazu  | Tak, opisać |  |
| 75 | Usuwanie obrazu kratki  | Tak, opisać |  |
| 76 | Pobieranie listy pacjentów z systemu RIS poprzez mechanizm DICOM WORKLIST  | Tak, opisać |  |
| 77 | W trybie awaryjnym: (niesprawny system RIS): możliwość zarejestrowania pacjenta oraz badania z konsoli urządzenia generującego obrazy. Przełączenie metody rejestracji pacjenta oraz badania nie wymaga lokalnej/zdalnej interwencji serwisowej.  | Tak, opisać |  |
| 78 | Ilość obrazów w pamięci (w pełnej matrycy)  | ≥ 4000 obrazów TAK, podać  |  |
| 79 | Regulacja okna obrazu, jasności, kontrastu  | Tak, opisać |  |
| 80 | Blendowanie (czarne maskowanie tła) wielokątowe, ręczne (z możliwością zmiany powierzchni) i automatyczne  | Tak, opisać |  |
| 81 | Funkcja obracania obrazu o dowolny kąt  | Tak, opisać |  |
| 82 | Funkcja pozytyw – negatyw  | Tak, opisać |  |
| 83 | Powiększenie wybranego fragmentu obrazu  | Tak, opisać |  |
| 84 | Możliwość pomiarów długości, kątów, kątów Cobba.  | Tak, opisać |  |
| 85 | Możliwość generowania histogramu dla obrazu  | Tak, opisać |  |
| 86 | Zarządzanie bazą wykonanych badań oraz listą pacjentów  | Tak, opisać |  |
| 87 | Funkcja wprowadzania: pola tekstowego w dowolnym miejscu na obrazie, elektronicznych markerów wraz z możliwością definiowania własnych  | Tak, opisać |  |
| 88 | Ilość zdefiniowanych elektronicznych markerów (znaczników)  | ≥ 40 TAK, podać  |  |
| 89 | Wyszukiwanie obrazów/badań na podstawie zadanych kryteriów, co najmniej: imię i nazwisko pacjenta, identyfikator pacjenta, data wykonania badania  | Tak, opisać |  |
| 90 | Możliwość otwarcia zamkniętego badania i dodania nowego obrazu z dodatkowej ekspozycji  | Tak, opisać |  |
| 91 | Automatyczne zapisywanie do systemu danych obrazowych DICOM o parametrach ekspozycji (kV, mAs)  | Tak, opisać |  |
| 92 | Interfejs DICOM : DICOM 3.0, Worklist Manager, Modality Performed Procedure Step, Print, Send, Query/Retrieve  | Tak, opisać |  |
| 93 | Przypisywanie własnych ustawień do programów anatomicznych oraz ich zapamiętanie  | Tak, opisać |  |
| 94 | Przesyłanie obrazów w formacie DICOM do stacji lekarskich, systemu archiwizacji PACS, do wydruku w systemie suchym, do robota nagrywającego płyty CD/DVD  | Tak, opisać |  |
| 95 | Zapisywanie obrazów pacjentów w formacie DICOM na USB do archiwizacji w przypadku braku komunikacji z systemem PACS  | Tak, opisać |  |
| 96 | Oprogramowanie do wizualizacji rur intubacyjnych i cewników  | Tak, opisaćTAK 10 pkt.NIE 0 pkt. |  |
| 97 | Oprogramowanie do supresji kości na zdjęciach klatki piersiowej  | TAK/NIE, podać  TAK 10 pkt.NIE 0pkt |  |
| 98 |  Oprogramowanie do wizualizacji odmy płucnej  | TAK/NIE, podać  |  |
| 99 | Dedykowane oprogramowanie pediatryczne łącznie z filtrami pediatrycznymi  | Tak, opisać |  |
| 100 |  Zdalna diagnostyka i automatyczne raportowanie przez system do centrum serwisowego sytuacji awaryjnych w sposób zapewniający bezpieczeństwo danych.  | Tak, opisać |  |
| 101 | W sytuacjach awaryjnych możliwość wykonania badań za pomocą kasety cyfrowej CR  | Tak, opisać |  |
| 102 | Możliwość obsługi dwóch oferowanych formatów | Tak, opisać |  |
| 103 | Możliwość zapisywania zdjęć na płycie CD/DVDze stacji technika | TAK/NIE, podać TAK 10 pkt.NIE 0 pkt |  |
| 104 | **MONITOR DOTYKOWY APARATU DR ZINTEGROWANY W KOŁPAKU LAMPY RTG APARATU** |  |  |
| 105 |  Możliwość obsługi aparatu RTG poprzez monitor dotykowy na kołpaku  | Tak, opisać |  |
| 106 | Monitor LCD, kolorowy dotykowy, przekątna min. 8” i rozdzielczości min. 800x600 pikseli  | Tak, opisać |  |
| 107 | Wybór i zmiana parametrów generatora  | Tak, opisać |  |
| 108 | Podgląd wykonanego zdjęcia umożliwiający akceptację bądź usuniecie zdjęcia z podaniem przyczyny | Tak, opisać |  |
| 109 | Układ śledzenia i synchronizacji SID umożliwiający centrowanie lampy z dedykowaną kratką przeciwrozproszeniową z detektorem za pomocą wskaźników wyświetlanych na monitorze kołpaka  | Tak, opisać |  |
| 110 | Wybór pacjentów z listy pacjentów z systemu RIS poprzez mechanizm DICOM Worklist  | Tak, opisać |  |
| 111 | **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |  |
| 112 | System antykolizyjny pozwalający na zatrzymanie napędu przy napotkaniu przeszkody z przodu i boku aparatu rtg  | Tak, opisać |  |
| 113 | Maksymalna prędkość aparatu w ruchu min.  | 5 km/h TAK, podać  |  |
| 114 | Wyłącznik bezpieczeństwa na aparacie  | Tak, opisać |  |
| 115 | System zdalnego bezprzewodowego sterowania ekspozycją  | Tak, opisać |  |
| 116 | Napęd składający się z dwóch silników umożliwiający jazdę w przód i w tył oraz skręt  | Tak, opisać |  |
| 117 | Maksymalna szerokość aparatu  |  ≤ 60 cm TAK, podać  |  |
| 118 | Maksymalna waga aparatu  | ≤ 580 kg TAK, podać  |  |
| 119 | Maksymalna wysokość aparatu w pozycji transportowej  | ≤140cm, podać  |  |
| 120 | Długość aparatu w pozycji transportowej  | ≤ 130 cm, podać  |  |
| 121 | Wysięg względem pionowej osi obrotu kolumny  | ≥ 130 cm, podać  |  |
| 122 | Możliwość rozbudowy urządzenia do współpracy z detektorami o innych wymiarach  | Tak, opisać |  |
| 123 | Integracja ze szpitalnym systemem PACS/RIS. Zakup licencji RIS, PACS i prace konfiguracyjne po stronie Wykonawcy (wymagana konfiguracja worklisty).  | Tak, opisać |  |
| 124 | **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |  |  |
| 125 | Okres gwarancji dla całej zaoferowanej konfiguracji (w miesiącach)  | ≥ 24 miesiące  |  |
| 126 | Czas reakcji serwisu w okresie gwarancji (czas podjęcia naprawy) wynosi max. 48 godzin od zgłoszenia emailem, faxem bądź tel. na wskazany numer (dotyczy dni roboczych).  | TAK podać |  |
| 127 | W okresie gwarancji min. 3 przeglądy techniczne nieodpłatne – lub wg zaleceń i wskazań producenta (ostatni na koniec okresu gwarancyjnego).  | TAK podać |  |
| 128 | W okresie gwarancji, po wykonaniu max. 3 napraw tego samego podzespołu wymaga się wymiany tego urządzenia na nowe.  | TAK podać |  |
| 129 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny producenta  | TAK Podać dane adresowe  |  |
| 130 | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat  | TAK podać |  |
| 131 | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta  | TAK podać |  |
| 132 | Maksymalny czas naprawy w przypadku braku konieczności sprowadzania części zamiennych do 3 dni roboczych  | TAK podać |  |
| 133 | Maksymalny czas naprawy w przypadku konieczności sprowadzania części zamiennych do 7 dni roboczych  | TAK podać |  |
| 134 | Aktualizacja oprogramowania zainstalowanego w dostarczonych urządzeniach w okresie trwania gwarancji w ramach ceny oferty.  | TAK podać |  |
| 135 | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej  | TAK podać |  |
| 136 | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy  | TAK podać |  |
| 137 | Szkolenie personelu medycznego z zasad eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu użytkowania sprzętu potwierdzone protokołem odbioru i listą osób przeszkolonych  | TAK  |  |
| 138 | Wraz z dostawą komplet dokumentacji uprawniającej urządzenia do pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi aparatów RTG  | TAK  |  |
| 139 | W cenie zawarty jest komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatów jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji  | TAK  |  |
| 140 | Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 10 lat od dostawy  | TAK podać |  |
| 141 | Polski interfejs i oprogramowanie jeśli jest wymagane do pracy danego urządzenia.  | TAK podać |  |
| 142 | Wypełniony paszport techniczny.  | TAK  |  |
| 143 | **WYMAGANIA INNE** |  |  |
| 144 | Fartuch ochronny o równoważniku 0,5 mm Pb - 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 145 | Dostarczenie parawanu ochronnego mobilnego z regulowaną wysokością, o równoważniku 0,5 mm Pb - 1 szt.  | Tak, opisać |  |
| 146 | Wykonanie testów akceptacyjnych i specjalistycznych po instalacji aparatu | Tak, opisać |  |
| 147 | Wykonywanie testów specjalistycznych w okresie gwarancji | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 148 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 149 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 150 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 151 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 152 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 153 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 154 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 155 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 156 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 157 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 158 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 159 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 160 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 12 - Echokardiograf – szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 3 | Aparat stacjonarny, mobilny z czterema skrętnymi kołami, z blokadą oraz hamulcem przynajmniej na dwóch kołach pozwalający na łatwe przemieszczanie pomiędzy oddziałami | Tak, opisać |  |
| 4 | Waga urządzenia max 105 kg | TAK, Podać≤ 105 kg - 0 pkt. ≤ 80 kg - 20 pkt. |  |
| 5 | Zasilanie sieciowe 220-230 V, 50-60Hz | Tak, opisać |  |
| 6 | Cyfrowy system formowania i przetwarzania wiązki ultradźwiękowej | Tak, opisać |  |
| 7 | Zakres częstotliwości pracy aparatu z głowicami USG przeznaczonymi do współpracy z tym aparatem: min. 1,5-12 MHz. | Tak, opisać |  |
| 8 | Regulacja wysokości panelu sterowania (pulpitu) w zakresie min. 0-20cm | Tak, opisać |  |
| 9 | Regulacja obrotu panelu sterowania (pulpitu) w lewo/ prawo minimum +/- 30 stopni | Tak, opisać |  |
| 10 | Monitor kolorowy LCD o przekątnej ekranu minimum 19” z możliwością regulacji położenia niezależnie od konsoli aparatu. | Tak, opisać |  |
| 11 | Dotykowy ekran LCD o przekątnej min. 12" do sterowania funkcjami aparatu, wbudowany w aparat | Tak, opisać |  |
| 12 | Min. 3 aktywne gniazda do przyłączenia głowic obrazowych USG | Tak, opisać |  |
| 13 | Moduł EKG wbudowany w aparat, kabel ekg trójodprowadzeniowy na elektrody samoprzylepne | Tak, opisać |  |
| 14 | Klawiatura alfanumeryczna wysuwana z pulpitu aparaty | Tak, opisać |  |
| 15 | **OBRAZOWANIE I PREZENTACJA OBRAZU** |  |  |
| 16 | B-mode | Tak, opisać |  |
| 17 | Maksymalna głębokość penetracji w trybie 2D dla głowicy sektorowej: min. 30cm, zależy od nastaw i sondy. | Tak, opisać |  |
| 18 | Powiększenie obrazu ( bez utraty jakości ) min. 4x w stosunku do rzeczywistej wielkości | Tak, opisać |  |
| 19 | M-mode | Tak, opisać |  |
| 20 | Kolor M-mode | Tak, opisać |  |
| 21 | Power Doppler | Tak, opisać |  |
| 22 | Regulacja bramki w zakresie min. 1-16 mm | Tak, opisać |  |
| 23 | Kolorowy Doppler Tkankowy | Tak, opisać |  |
| 24 | Doppler spektralny z falą ciągłą z max mierzoną prędkością przy zerowym kącie min. 12 m/s | Tak, opisać |  |
| 25 | Oprogramowanie pomiarowe wraz z pakietem obliczeniowym i raportami. | Tak, opisać |  |
| 26 | Jednoczesna prezentacja na ekranie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazów 2D, Dopplera kolorowego i PW – Doppler - triplex | Tak, opisać |  |
| 27 | Jednoczesna prezentacja na ekranie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazów 2D, Dopplera kolorowego i CW – Doppler - triplex | Tak, opisać |  |
| 28 | Funkcje postprocessing’u – dla trybu PW (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne a. Wzmocnienieb. Linia bazowac. Korekcja kątad. Inwersja spektrume. Format wyświetlaniaf. Szybkość obrazowania (skala czasu)g. Pełna oś czasuh. Usuwanie słabych sygnałówi. Mapy szarościj. Koloryzacja | Tak, opisać |  |
| 29 | Obrazowanie poszerzone dla sondy sektorowej przezklatkowej - pole obrazowania od punktu styku ze skórą pacjenta dla sondy sektorowej przezklatkowej zaczyna się od odcinka a nie punktu jak przy standardowym trybie na sondzie sektorowej. | TAK/NIENie - 0 pkt.Tak - 5 pkt. |  |
| 30 | Częstość odświeżania obrazu w trybie 2D (minimum 1000 obr./sek.) | Tak, opisać |  |
| 31 | Ilość częstotliwości harmonicznych dla sondy sektorowej przezklatkowej (minimum 3) | Tak, opisać |  |
| 32 | Anatomiczny M-mode: na „żywo”, na pętlach obrazowych 2D zapisanych w pamięci CINE oraz z archiwum aparatu z możliwością wykonywania pomiarów i kalkulacji. | Tak, opisać |  |
| 33 | M-mode „krzywoliniowy” | Tak, opisać |  |
| 34 | Kolor Doppler z częstością odświeżania obrazu min. 230 obrazów na sek. | Tak, opisać |  |
| 35 | Doppler spektralny z falą pulsacyjną PW z max. mierzoną prędkością przy zerowym kącie min 6,5 m/s | Tak, opisać |  |
| 36 | Obrazowanie niedopplerowskie przepływów | TAK/NIENie - 0 pkt.Tak - 15 pkt. |  |
| 37 | Oprogramowanie do obsługi sond przezprzełykowych  | Tak, opisać |  |
| 38 | **OPROGRAMOWANIE POMIAROWO OBLICZENIOWE** |  |  |
| 39 | Stress Echo | Tak, opisać |  |
| 40 | Oprogramowanie do automatycznego wyznaczania frakcji wyrzutowej | Tak, opisać |  |
| 41 | Oprogramowanie do analizy kurczliwości i odkształcenia lewej komory serca z przedstawieniem wyników w formie wykresu „OKO BYKA” | Tak, opisać |  |
| 42 | Oprogramowanie do analizy odkształceń i tempa odkształceń mięśnia sercowego. | Tak, opisać |  |
| 43 | Oprogramowanie do pomiarów, obliczeń i generowania raportów dla badań: - echokardiograficznych dorosłych - echokardiograficznych pediatrycznych - badań naczyniowych - badań TCD | Tak, opisać |  |
| 44 | Możliwość dokonania pomiarów na obrazach i pętlach obrazowych z archiwum systemu. | Tak, opisać |  |
| 45 | Pomiary odległości, obwodu, pola powierzchni, objętości, objętości przepływu | Tak, opisać |  |
| 46 | Automatyczny obrys spektrum i wyznaczanie parametrów przepływu na zatrzymanym spektrum oraz w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum  | Tak, opisać |  |
| 47 | Możliwość zaprogramowania w aparacie własnych pomiarów | Tak, opisać |  |
| 48 | **ARCHIWIZACJA** | Tak, opisać |  |
| 49 | Możliwość archiwizowania obrazów w formacie „surowych danych” z możliwością późniejszej kontroli obrazu i analizy ilościowej podobnie jak w trakcie bezpośredniego badania pacjenta | Tak, opisać |  |
| 50 | Wbudowany wewnętrzny system archiwizacji obrazów i sekwencji oraz danych pacjentów na dysku twardym oraz możliwość zapisu obrazów w formatach kompatybilnych z systemem operacyjnym Windows, tj. w formatach co najmniej DICOM, AVI, JPG  | Tak, opisać |  |
| 51 | Wewnętrzny dysk twardy ultrasonografu o pojemności min. 500 GB | Tak, opisać |  |
| 52 | Liczba obrazów w „Cine loop” dla prezentacji 2D min. 2000 | TAK, Podać2000 - 0 pkt.Wartość największa - 15 pkt. | . |
| 53 | Pojemność pamięci dynamicznej – długość zapamiętywanego zapisu spektrum Dopplera min. 60 sek. | TAK, Podać 60 sek. - 0 pkt.Wartość największa - 15 pkt. |  |
| 54 | Wyjście USB do pamięci typu FLASH do nagrywania obrazów w formatach co najmniej JPG, AVI, DICOM | Tak, opisać |  |
| 55 | Raporty dla każdego rodzaju i trybu badania z możliwością dołączania obrazów do raportu oraz z możliwością wprowadzania własnych opisów i komentarzy do raportu | Tak, opisać |  |
| 56 | Moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM, min. klasy DICOM PRINT, STORE, QUERY/RETRIEVE, WORKLIST, raporty strukturalne (SR) kardiologiczne, naczyniowe | Tak, opisać |  |
| 57 | **GŁOWICE** |  |  |
| 58 | **Matrycowa przezprzełykowa z możliwością obrazowania 4D** **-** zakres częstotliwości min 3 – 7 MHz- kąt pola obrazowania min 90 stopni- maksymalna głębokość obrazowania min 18 cm.- ilość elementów piezoelektrycznych min 2500 | Tak, opisać |  |
| 59 | **Sektorowa przezklatkowa** wykonana w technice wielorzędowej lub innej zapewniającej taki efekt poprawy rozdzielczości jak głowice wielorzędowe- kąt pola obrazowania min 90 stopni- głębokość obrazowania min.30 cm- zakres częstotliwości min. 1,5 - 4,5 MHz- ilość elementów piezoelektrycznych min 280 | Tak, opisać |  |
| 60 | **OPCJE ROZBUDOWY**  |  |  |
| 61 | Oprogramowanie 4D do oferowanej sondy przezprzełykowej  | Tak, opisać |  |
| 62 | Głowica convex wykonana w technologii Single Cristal lub równoważnej o zakresie częstotliwości obrazowania min. 2 – 5 MHz i min. 192 elementów piezoelektrycznych | Tak, opisać |  |
| 63 | Głowica liniowa naczyniowa, o zakresie częstotliwości obrazowania min. 4 – 9 MHz i min. 192 elementów piezoelektrycznych | Tak, opisać |  |
| 64 | Sonda sektorowa przezklatkowa dziecięca o zakresie częstotliwości min. 3 – 8 MHz | Tak, opisać |  |
| 65 | **Pozostałe** |  |  |
| 66 | Podtrzymanie bateryjne wbudowane w aparat umożliwiające ponowne uruchomienie aparatu i gotowość do pracy w czasie nie dłuższym niż 20 sek. | Tak, opisać |  |
| 67 | Szkolenie min. 1 osoby z zakresu zaawansowanych metod badania TEE potwierdzone certyfikatem | Tak, opisać |  |
| 68 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 69 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 70 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 71 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 72 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 73 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 74 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 75 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 76 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 77 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 78 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 79 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 80 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 81 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 13 - Aparat EKG – szt. 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Waga aparatu z akumulatorem i wbudowanym zasilaczem do 5 kg | Tak, opisać |  |
| 3 | Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz | Tak, opisać |  |
| 4 | Wbudowane zasilanie akumulatorowe na co najmniej 3,5 godz. ciągłego monitorowania oraz rejestracji  | Tak, opisać |  |
| 5 | Ochrona przed impulsem defibrylacji | Tak, opisać |  |
| 6 | Wyświetlacz LCD TFT kolorowy 24 bitowy o przekątnej min. 8 cali z podświetleniem LED oraz wysokiej rozdzielczości (min. 800 x 480 pikseli) | Tak, opisać |  |
| 7 | Na wyświetlaczu prezentacja krzywej EKG, wartości parametrów i menu.Menu w języku polskim. | Tak, opisać |  |
| 8 | Klawiatura funkcyjna oraz alfanumeryczna zabezpieczona przed zalaniem | Tak, opisać |  |
| 9 | Ciągły pomiar i prezentacja na ekranie HR | Tak, opisać |  |
| 10 | Detekcja stymulatora serca | Tak, opisać |  |
| 11 | Impedancja wejściowa >50 [MΩ]  | Tak, opisać |  |
| 12 | CMRR >110 dB | Tak, opisać |  |
| 13 | Częstotliwość próbkowania 1000 [Hz] / kanał | Tak, opisać |  |
| 14 | Detekcja pików rozrusznika sercaPróbkowanie 16000 [Hz]/kanał | Tak, opisać |  |
| 15 | Filtr zakłóceń sieciowych | Tak, opisać |  |
| 16 | Filtr zakłóceń mięśniowych  | Tak, opisać |  |
| 17 | Filtr anty-dryftowy  | Tak, opisać |  |
| 18 | Sygnał EKG 12 odprowadzeń standardowych – wydruk w formacie 12-kanałowym | Tak, opisać |  |
| 19 | Formaty wydruku:3\*4 ; 3\*4+1R ; 3\*4+3R ; 6\*2 ; 6\*2+1R /12\*1 | Tak, opisać |  |
| 20 | Głowica drukująca z automatyczną regulacją linii izotermicznej | Tak, opisać |  |
| 21 | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV oraz AUTO | Tak, opisać |  |
| 22 | Prędkość zapisu rejestratora: 5/12,5/25/50 mm/s | Tak, opisać |  |
| 23 | Szerokość papieru min. (szer.) 210 mm x (wys.) 295 mm. - składanka | Tak, opisać |  |
| 24 | Możliwość przeglądania i oceny badania na badania przed wydrukiem  | Tak, opisać |  |
| 25 | Wydruk w trybie monitorowania rytmu | Tak, opisać |  |
| 26 | Automatyczna analiza i interpretacja (dorośli, dzieci, noworodki) w języku polskim  | Tak, opisać |  |
| 27 | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod i odłączenia przewodu ekg | Tak, opisać |  |
| 28 | Funkcja uśpienia (standby) umożliwiająca szybki start aparatu | Tak, opisać |  |
| 29 | Możliwość archiwizacji badania do pamięci wewnętrznej (min. 800 badań) i eksportu danych do pamięci typu Pendrive w formacie PDF, XML | Tak, opisać |  |
| 30 | Możliwość współpracy urządzenia w sieci komputerowej. Współpraca z serwerem FTPKompatybilność z centralą nadzorczą posiadaną przez Użytkownika na SOR | Tak, opisać |  |
| 31 | Przeglądanie i wydruk badania z archiwum urządzenia | Tak, opisać |  |
| 32 | Możliwość wydruku badania na drukarce laserowej podłączonej bezpośrednio do aparatu (po zakupie drukarki) | Tak, opisać |  |
| 33 | Wyposażenie: przewód pacjenta, elektrody przyssawkowe oraz klipsowe, papier termiczny | Tak, opisać |  |
| 34 | Mobilny wózek aparaturowy na pięciu kółkach, wszystkie kółka wyposażone w blokadę. Dodatkowo: kosz na akcesoria oraz wysięgnik na przewód pacjenta | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 35 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 36 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 37 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 38 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 39 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 40 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 41 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 42 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 43 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 44 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 45 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 46 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 47 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 14 - pulsoksymetr – szt. 5**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Pulsoksymetr –system monitowania saturacji SpO2 oraz tętna dzieci i dorosłych | Tak, opisać |  |
| 3 | Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z wbudowanym akumulatorem i zasilaczem sieciowym | Tak, opisać |  |
| 4 | Zasilanie 110-230 VAC, 50/60 Hz/ 125mA | Tak, opisać |  |
| 5 | Pojemność akumulatora minimum 18 godzin przy użyciu nowego, w pełni naładowanego akumulatora, czas ładowania ok. 4 godziny.  | Tak, opisać |  |
| 6 | Waga maksymalna 350 g. | Tak, opisać |  |
| 7 | Menu w języku polskim  | Tak, opisać |  |
| 8 | Nawigacja i sterowanie za pomocą podświetlanych przycisków | Tak, opisać |  |
| 9 | Zakres pomiaru saturacji: 1-100% | Tak, opisać |  |
| 10 | Zakres częstości pulsu: 0-300min | Tak, opisać |  |
| 11 | Wskaźnik perfuzji: 0,1-20 | Tak, opisać |  |
| 12 | Dorośli: 70-100% +/- 2 cyfry | Tak, opisać |  |
| 13 | Częstość pulsu: 30-250 min-1 +/- 3 cyfry | Tak, opisać |  |
| 14 | Kolorowy wyświetlacz 2,8” TFT prezentujący wszystkie graficzne i numeryczne informacje pacjenta oraz komunikaty Ostrzegawcze.  | Tak, opisać |  |
| 15 | Wyświetlanie krzywej pletyzmografu | Tak, opisać |  |
| 16 | Wyświetlanie SpO2 — bieżąca wartość  | Tak, opisać |  |
| 17 | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla saturacji | Tak, opisać |  |
| 18 | Wyświetlanie częstości tętna - bieżąca wartość | Tak, opisać |  |
| 19 | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla tętna | Tak, opisać |  |
| 20 | Wyświetlanie czasu  | Tak, opisać |  |
| 21 | Wyświetlanie ikony aktywnego alarmu | Tak, opisać |  |
| 22 | Wskaźnik zasilania sieciowego | Tak, opisać |  |
| 23 | Wskaźnik jakości sygnału – co najmniej trzy poziomu: Słaby, średni, dobry. | Tak, opisać |  |
| 24 | Indeks perfuzji | Tak, opisać |  |
| 25 | Wskaźnik czasu użycia, wskazujący jak długo czujnik SpO2 jest założony na tym samym miejscu | Tak, opisać |  |
| 26 | Możliwość personalizacji urządzenia i wprowadzania danych pacjenta za pomocą oprogramowania PC | Tak, opisać |  |
| 27 | Pamięć danych maks. 96 godzin, z częstotliwością zapisu w granicach od 5 do 60 sekund | Tak, opisać |  |
| 28 | Trend pomiaru z co najmniej 3 ostatnich godzin | Tak, opisać |  |
| 29 | Alarm wizualny i dźwiękowy dla SpO2 powyżej dolnej granicy | Tak, opisać |  |
| 30 | Alarm dla odłączenia SpO2 czujnika | Tak, opisać |  |
| 31 | Alarm dla SpO2 zdjęcie czujnika | Tak, opisać |  |
| 32 | Alarm dla rozładowanej baterii | Tak, opisać |  |
| 33 | Alarm wizualny i dźwiękowy dla całkowicie rozładowanej baterii | Tak, opisać |  |
| 34 | Możliwość zawieszenia dźwięków alarmowych na 120 s. lub całkowite wyłączenie alarmów z jednoczasowym generowaniem alarmów wizualnych | Tak, opisać |  |
| 35 | Regulacja głośności dla alarmu, przycisku, pulsu | Tak, opisać |  |
| 36 | Możliwość ustawienia aparatu w pozycji pionowej i poziomej rotacja ekranu. | Tak, opisać |  |
| 37 | Stopień ochrony: IP54; udarność IK 05 | Tak, opisać |  |
| 38 | Ładowanie i transfer danych za pomocą portu mini-USB | Tak, opisać |  |
| 39 | W zestawie: adapter SpO2Czujnik klips na palec dla dorosłychKlips pediatrycznyCzujnik silikonowy,Zasilacz sieciowy i kabel USB | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 40 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 41 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 42 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 43 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 44 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 45 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 46 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 47 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 48 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 49 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 50 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 51 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 52 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 15 - kardiomonitor – szt. 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Kardiomonitor z wymiennymi modułami, zasilany z sieci 230 VAC oraz z wbudowanego akumulatora zasilanie przez minimum 120 min. Chłodzenie konwekcyjne bez wentylatora.  | Tak, opisać |  |
| 3 | Pojedynczy, kolorowy ekran LCD TFT wbudowany w kardiomonitor o przekątnej minimum 17”  | Tak, opisać |  |
| 4 | Uchwyt ścienny do przymocowania kardiomonitora do ściany |  |  |
| 5 | Trendy minimum 96 h (graficzne i tabelaryczne) . | Tak, opisać |  |
| 6 | Obsługa przez ekran dotykowy, przyciski funkcyjne lub pokrętło, oprogramowanie w języku polskim. | Tak, opisać |  |
| 7 | Ustawianie granic alarmowych przez użytkownika oraz funkcja automatycznego ustawiania granic alarmowych na podstawie bieżących wartości parametrów. | Tak, opisać |  |
| 8 | Zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (funkcja full dislosure) – pamięć co najmniej 24 godziny. | Tak, opisać |  |
| 9 | Zapamiętywanie co najmniej 100 zdarzeń alarmowych (krzywe i odpowiadające im wartości parametrów). | Tak, opisać |  |
| 10 | Możliwość współpracy z centralą monitorującą poprzez sieć ETHERNET – złącze RJ-45 lub w sieci bezprzewodowej. Możliwość przywołania zrzutu z ekranu z monitorów zainstalowanych na SOR | Tak, opisać |  |
| 11 | Funkcja „standby”, pozwalająca na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączania monitora, i na szybkie, ponowne uruchomienie monitorowania | Tak, opisać |  |
| 12 | Funkcja wydruku na standardowej drukarce laserowej podłączonej bezpośrednio do monitora pacjenta bez pośrednictwa centrali | Tak, opisać |  |
| 13 | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca, w przypadku podłączenia urządzenia do centrali, na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym  | Tak, opisać |  |
| 14 | Monitor wyposażony w funkcję wyświetlania na ekranie stopera | Tak, opisać |  |
| 15 | Monitor wyposażony w złącza: - do podłączenia ekranu kopiującego (dostępne standardy VGA i DVI-I),- gniazda USB do:\* podłączenia klawiatury lub myszki komputerowej,\* podłączenia zewnętrznej pamięci do kopiowania i przenoszenia konfiguracji monitora,\* zapamiętywania danych pacjenta,- wyjście sygnału synchronizacji defibrylacji. | Tak, opisać |  |
| 16 | Możliwość rozbudowy o monitor transportowy z ekranem 5” podglądem monitorowanych parametrów (EKG, NIBP, SpO2, 2Temp, 2IPC) podczas transportu pacjenta, będący jednocześnie modułem (modułami) pomiarowym (pomiarowymi) monitora pacjenta po włożeniu do miejsca parkingowego jednostki głównej. Zasilanie akumulatorowe 5 godzin. Możliwość zastosowania modułu transportowego w stanowisku do znieczulania tego samego producenta | Tak, opisać |  |
| 17 | Statyw na kółkach lub wieszak  | Tak, opisać |  |
| 18 | Pomiar EKG/ST/Arytm/Resp . Możliwość zastosowania modułu w kardiomonitorach zainstalowanych na SOR oraz OIOM- monitorowanie z kabla 3 lub 5 żyłowego,- zakres częstości akcji serca: minimum 30-300 bpm,- obserwacja minimum 6 odprowadzeń EKG jednocześnie z kabla 5-żyłowego,- analiza arytmii – wykrywanie co najmniej 23 kategorii zaburzeń rytmu,- analiza odcinka ST w zakresie co najmniej od -1,5 do +1,5 mV w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie,- prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych,- respiracja metodą impedancyjną,- wyposażenie do kardiomonitora: kabel EKG 5-żyłowy – 2 szt.  | Tak, opisać |  |
| 19 | Pomiar SpO2. Możliwość zastosowania modułu w kardiomonitorach zainstalowanych na SOR oraz OIOM- prezentacja krzywej pletyzmograficznej,- wyświetlanie wartości saturacji,- wyświetlanie wartości tętna obwodowego,- wyświetlanie wartości indeksu perfuzji,- funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywoływania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik,- wyposażenie do kardiomonitora: przedłużacz wraz z czujnikiem typu klips na palec-2szt.  | Tak, opisać |  |
| 20 | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia metodą oscylometryczną. Możliwość zastosowania modułu w kardiomonitorach zainstalowanych na SOR oraz OIOM- zakres min. 15-270 mmHg,- pomiar automatyczny w minimalnym zakresie od 1 do 240 min,- pomiar wartości pulsu z mankietu z prezentacją na ekranie ,- wyświetlanie wartości ciśnienia skurczowego, średniego, rozkurczowego,- funkcja stazy,- wyposażenie do kardiomonitora: wielorazowy mankiet ciśnienia dla dorosłych -3szt, komplet dziecięcy -1szt. | Tak, opisać |  |
| 21 | Pomiar temperatury. Możliwość zastosowania modułu w kardiomonitorach zainstalowanych na SOR oraz OIOM- pomiar temperatury w jednym lub dwóch kanałach- wyświetlanie T1, T2 oraz różnicy między nimi- wyposażenie do kardiomonitora: czujnik temperatury dla dorosłych: powierzchniowy i centralny | Tak, opisać |  |
| 22 | Możliwość rozbudowy monitora pacjenta o moduł pomiarowy rzutu minutowego serca metodą termodylucji „Swan Ganz” | Tak, opisać |  |
| 23 | Możliwość rozbudowy monitora pacjenta o moduł pomiarowy saturacji ośrodkowej krwi żylnej (ScvO2) | Tak, opisać |  |
| 24 | Możliwość rozbudowy monitora o moduł pomiarowy PiCCO (małoinwazyjna, ciągła technika pomiarowa rzutu minutowego) | Tak, opisać |  |
| 25 | Możliwość rozbudowy systemu o moduł EEG | Tak, opisać |  |
| 26 | Monitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera osobistego niepełniącego jednocześnie funkcji centrali (na wyposażeniu kardiomonitora oprogramowanie do archiwizacji danych na PC). Możliwość współpracy z centralami zainstalowanymi w szpitalu Hypervisor. Możliwość przenoszenia danych pomiędzy kardiomonitorami zainstalowanymi w szpitalu serii BV;IPM;Imec | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 27 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 28 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 29 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 30 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 31 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 32 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 33 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 34 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 35 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 36 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 37 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 38 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 39 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 16 - Defibrylator – szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Zasilanie bateryjne/akumulatorowe i AC 230 V 50 Hz +/- 10% | Tak, opisać |  |
| 3 | średni czas pracy z baterii (przy monitorowaniu) min. 6 godz. | Tak, opisać |  |
| 4 | możliwość ładowania akumulatorow z AC 220 V 50 Hz +/- 10%  | Tak, opisać |  |
| 5 | urządzenie przenośne  | Tak, opisać |  |
| 6 | ciężar monitora z możliwością defibrylacji max. 10 kg | Tak, opisać |  |
| 7 | Monitorowanie funkcji życiowych : EKG  | Tak, opisać |  |
| 8 | ilość kanałów ekg: min. 12 | Tak, opisać |  |
| 9 | interpretacja i analiza przebiegu ekg w zależności od wieku pacjenta | Tak, opisać |  |
| 10 | Pomiar uniesienia odcinka S-T na każdym odprowadzeniu ekg | Tak, opisać |  |
| 11 | Monitorowanie funkcji życiowych : SpO2, SpCO, SpMet Pomiar saturacji krwi tętniczej, SpCO, SpMet  | Tak, opisać |  |
| 12 | zakres pomiaru min. 50 -100% | Tak, opisać |  |
| 13 | czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec do pomiaru : SpO2, SpCO, SpMet  | Tak, opisać |  |
| 14 | czujnik wielorazowego użytku typu klips do pomiaru tylko SpO2 | Tak, opisać |  |
| 15 | Monitorowanie funkcji życiowych : NIBP Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną | Tak, opisać |  |
| 16 | zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg | Tak, opisać |  |
| 17 | tryb ręczny i automatyczny | Tak, opisać |  |
| 18 | metoda pomiaru : oscylometryczna | Tak, opisać |  |
| 19 | Zestaw mankietów dla dorosłych i dzieci – po 2kpl. | Tak, opisać |  |
| 20 | Monitorowanie funkcji życiowych : EtCO2Pomiar stężenia CO2 w powietrzu wydychanym | Tak, opisać |  |
| 21 | zakres pomiaru EtCO2 : min 1 – 99 mm  | Tak, opisać |  |
| 22 | zakres pomiaru częstości oddechu : min. 1 -60 odd./min. | Tak, opisać |  |
| 23 | Defibrylacja | Tak, opisać |  |
| 24 | łyżki twarde do defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci z możliwością ustawienia poziomu energii defibrylacji i uruchomienia drukarki | Tak, opisać |  |
| 25 | Łyżki miękkie do defibrylacji – 5 kpl. | Tak, opisać |  |
| 26 | elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 2 kpl. | Tak, opisać |  |
| 27 | defibrylacja ręczna | Tak, opisać |  |
| 28 | defibrylacja półautomatyczna AED | Tak, opisać |  |
| 29 | zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J  | Tak, opisać |  |
| 30 | ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 24 | Tak, opisać |  |
| 31 | dwufazowa fala defibrylacji  | Tak, opisać |  |
| 32 | kardiowersja | Tak, opisać |  |
| 33 | Stymulacja przezskórna serca | Tak, opisać |  |
| 34 | tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | Tak, opisać |  |
| 35 | zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 50 – 150 / min. | Tak, opisać |  |
| 36 | zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10 -180 mA | Tak, opisać |  |
| 37 | Ekran | Tak, opisać |  |
| 38 | przekątna ekranu min. 8 cala | Tak, opisać |  |
| 39 | Kolorowy LCD TFT | Tak, opisać |  |
| 40 | Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu  | Tak, opisać |  |
| 41 | Reanimacja krążeniowo - oddechowa | Tak, opisać |  |
| 42 | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) | Tak, opisać |  |
| 43 | Alarmy | Tak, opisać |  |
| 44 | alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | Tak, opisać |  |
| 45 | Drukarka | Tak, opisać |  |
| 46 | szerokość papieru min. 90 mm | Tak, opisać |  |
| 47 | ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 | Tak, opisać |  |
| 48 | prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) | Tak, opisać |  |
| 49 | możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanupacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | Tak, opisać |  |
| 50 | możliwość transmitowania badań ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do stacji odbiorczych powszechnie używanych w Polsce  | Tak, opisać |  |
| 51 | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania  | Tak, opisać |  |
| 52 | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44  | Tak, opisać |  |
| 53 | Torba do noszenia na ramieniu z kieszeniami na akcesoria i materiały zużywalne | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 54 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 55 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 56 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 57 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 58 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 59 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 60 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 61 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 62 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 63 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 64 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 65 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 66 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 17 - Wózek do przewożenia chorych – szt. 5**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | Tak, opisać |  |
| 3 | Szerokość całkowita: 850 mm (± 30 mm)Długość całkowita: 2150 mm (± 30 mm)Materac o wymiarach 2000x700mm | Tak, opisać |  |
| 4 | Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie: 420 - 820 mm (±30 mm), regulacja odbywa się za pomocą 2 pedałów umieszczonych z boku wózka. | Tak, opisać |  |
| 5 | Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna | Tak, opisać |  |
| 6 | Pozycja anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna | Tak, opisać |  |
| 7 | Dźwignia regulacji przechyłów wzdłużnych dostępna od strony wezgłowia i nóg.  | Tak, opisać |  |
| 8 | Leże czterosegmentowe z czego trzy segmenty ruchome wypełnione płytą tworzywową HPL przezierną dla promieni RTG | Tak, opisać |  |
| 9 | Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia | Tak, opisać |  |
| 10 | Pod leżem listwa aluminiowe o długości min. 600 mm wyposażona w 2 przesuwne uchwyty do mocowania wyposażenia dodatkowego (po obu stronach wózka). | Tak, opisać |  |
| 11 | Wózek dodatkowo wyposażony w nierdzewne szyny o długości min. 750 mm umieszczone pod dźwigniami przechyłów wzdłużnych na szczytach wózka w celu zamontowania dodatkowej aparatury medycznej.  | Tak, opisać |  |
| 12 | Na szczytach wózka uchwyty chromowane z tworzywowymi wstawkami ułatwiające łatwe prowadzenie oraz manewrowanie wózkiem. Uchwyty z możliwością blokady podczas transportu.  | Tak, opisać |  |
| 13 | Wózek wyposażony w uchwyt do montażu prześcieradeł jednorazowego użytku | Tak, opisać |  |
| 14 | Ruchomy segment oparcia pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-70° (± 3°) - regulacja płynna | Tak, opisać |  |
| 15 | Ruchomy segment uda regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-42° (± 3°) - regulacja płynna | Tak, opisać |  |
| 16 | Wózek wyposażony w 6 krążków odbojowych w tym min. 4 dwuosiowe | Tak, opisać |  |
| 17 | Barierki boczne o długości min. 1400 mm składające się z 3 poziomych poprzeczek o wysokości min. 350 mm powyżej leża. Barierki boczne lakierowane z tworzywowymi elementami w tym dolna poprzeczka dodatkowo wyposażona w listę odbojową na całej długości.  | Tak, opisać |  |
| 18 | Barierki boczne opuszczane za pomocą jednego przycisku  | Tak, opisać |  |
| 19 | Wózek wyposażony w elastyczne listwy odbojowe zapobiegające przed uderzeniami | Tak, opisać |  |
| 20 | Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożnikach leża | Tak, opisać |  |
| 21 | Wyposażenie wózka: * wieszak kroplówki wyposażony w 4 haczyki, (wieszak do kroplówki kompatybilny z wózkami posiadanymi przez Zamawiającego)
* materac wyposażony w wodoszczelny, przepuszczający parę wodną poliuretanowy pokrowiec

- wkład pianka poliestrowa. - grubość materaca min. 8 cm. * Pojemnik na dokumentację medyczną zawieszany na szczycie wózka wykonany z tworzywa ABS z możliwością jego demontażu
* Wózek wyposażony w uchwyt do przetaczania ułatwiający pchanie bez konieczności schylania się
* Miejsce na butlę z tlenem
 | Tak, opisać |  |
| 22 | Wózek posiadający możliwość zamocowania materaca na wózku w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | Tak, opisać |  |
| 23 | Podstawa wózka osłonięta obudową wykonanaz tworzywa ABS z wyprofilowanym miejscem na min. 2-litrową butlę z gazem z zabezpieczającym paskiem z zapięciem na rzepy oraz wyprofilowanym miejscem na osobiste rzeczy pacjenta. Osłona podwozia łatwo demontowana bez użycia narzędzi w celu łatwej dezynfekcji.  | Tak, opisać |  |
| 24 | Dźwignia blokady centralnej dostępna przy każdym kole | Tak, opisać |  |
| 25 | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 200 kg  | Tak, opisać |  |
| 26 | Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych oraz ramy wózka  | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 27 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 28 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 29 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 30 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 31 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 32 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 33 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 34 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 35 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 36 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 37 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 38 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 39 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 18 - Monitor funkcji życiowych – kpl. 5**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | Tak, podać |  |
| 2 | Urządzenie do codziennych pomiarów podstawowych funkcji życiowych oraz do szybkiej segregacji pacjentów (Traiage)  | Tak, opisać |  |
| 3 | Możliwość rozbudowy o czytnik kodów kreskowych | Tak, opisać |  |
| 4 | Urządzenie przeznaczone dla pacjentów dorosłych, dzieci i noworodków | Tak, opisać |  |
| 5 | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 6 cali i rozdzielczości min. 800 x 480 pikseli | Tak, opisać |  |
| 6 | Praca minimum w 2 trybach: pomiar punktowy, monitorowanie ciągłe | Tak, opisać |  |
| 7 | Regulowane progi alarmowe NIBP, saturacji i temperatury | Tak, opisać |  |
| 8 | Regulowana głośność sygnału alarmowego | Tak, opisać |  |
| 9 | Alarmy wizualne i dźwiękowe o różnych priorytetach z możliwością czasowego zawieszenia i wyciszenia | Tak, opisać |  |
| 10 | Wszystkie komunikaty w języku polskim | Tak, opisać |  |
| 11 | Waga urządzenia z akumulatorem max 1,7 kg | Tak, opisać |  |
| **12** | **Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną** |  |  |
| 13 | Domyślna metoda pomiaru ciśnienia :oscylometryczna w trakcie pompowania mankietu; typowy czas określania ciśnienia tętniczego nie dłuższy niż 15 sekund | Tak, opisać |  |
| 14 | Przewód NIBP dwukanałowy dla mankietów o rozm. Pacjentów dziecięcych i dorosłych i jednokanałowy dla mankietów noworodkowych złącznikiem typu luer | Tak, opisać |  |
| 15 | Dokładność pomiaru ciśnienia tętniczego zgodna ze standardami ANSI.AAMI SP 10:2002 lub równoważne | Tak, opisać |  |
| 16 | Wymóg standardu ANSI.AAMI SP 10:2002 lub równoważne w zakresie ciśnienia mankietu | Tak, opisać |  |
| 17 | Zakres pomiaru ciśnienia skurczowego min. Od 30 do 260 mmHg | Tak, opisać |  |
| 18 | Zakres pomiaru ciśnienia rozkurczowego min.20 do 220 mmHg | Tak, opisać |  |
| 19 | Zakres pomiaru ciśnienia średniego min. od 25 do 230 mmHg |  |  |
| 20 | Zakres pomiaru tętna: min. Od 30 do 200 ud/min. Z dokładnością ( +/- 3 uderzenia/min.) | Tak, opisać |  |
| 21 | W zestawie mankiety w rozmiarach :standard” i „Duzy” wykończone powloką antybakteryjną z możliwością obrócenia przewodu o 360° z możliwością prania w pralce ( w zestawie zatyczki do gniazd mankietów)  | Tak, opisać |  |
| 22 | W trybie monitorowania granice alarmowe oraz wyniki ostatniego pomiaru ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego stale widoczne na ekranie głównym | Tak, opisać |  |
| 23 | W trybie monitorowania możliwość pomiarów w odstępach automatycznych lub zaprogramowania min. 2 algorytmów interwałowych przez użytkownika | Tak, opisać |  |
| 24 | Możliwość wprowadzania informacji o pozycji pacjenta w trakcie pomiaru, rozmiarze mankietu i miejscu pomiaru | Tak, opisać |  |
| 25 | Możliwość wprowadzania modyfikatorów dla pomiaru ciśnienia NIPB . Pozycja ciała pacjenta, rozmiar mankietu, miejsce dokonania pomiaru | Tak, opisać |  |
| 26 | Możliwość zastosowania mankietów jednorazowych, ok. 100 pomiarów/ mankiet, dla pacjentów hospitalizowanych poniżej 1 tyg. Lub 1000 pomiarów / mankiet, dla pacjentów hospitalizowanych powyżej jednego tygodnia, w celu eliminacji zakażeń krzyżowych | Tak, opisać |  |
| **27** | **Pomiar temperatury** |  |  |
| 28 | Pomiar ciepłoty ciała dokonywany bezprzewodowym, elektronicznym termometrem dousznym z podgrzewaną końcówką (eliminuje wychłodzenie kanału słuchowego), pomiar wyświetlany na ekranie monitora lub w jamie ustnej/pod pachą |  |  |
| 29 | Zakres pomiaru temperatury min. Od 20° C do 42° C, lub min. 26,7° C do 43°C | Tak, opisać |  |
| 30 | Dokładność kalibracji 0,2°C w trybie bezpośrednim / najmniejsza jednostka wskazania 0,1°C | Tak, opisać |  |
| 31 | Jednorazowe osłonki sondy pomiarowej usuwane bezdotykowo (min. 800 szt. w komplecie) | Tak, opisać |  |
| 32 | Wybór miejsca pomiaru na ekranie monitora: w jamie ustnej, pod pachą u dziecka oraz pod pachą u dorosłego |  |  |
| 33 | Możliwość pomiarów w trybie ciągłym (monitorowanie) do min. 5 minut |  |  |
| **34** | **Pulsoksymetria** |  |  |
| 35 | Pomiar SPO2 w technologii Nellcor w zakresie min. 1 – 100% | Tak, opisać |  |
| 36 | W komplecie wielorazowy czujnik palcowy dla pacjentów dorosłych | Tak, opisać |  |
| 37 | W komplecie wielorazowy czujnik palcowy dla niemowląt i dzieci | Tak, opisać |  |
| 38 | Wyświetlanie wartości liczbowej, pletyzmogramu, częstości tętna oraz wykresu słupkowego amplitudy tętna (do wyboru przez użytkownika) | Tak, opisać |  |
| 39 | Progi alarmowe stale widoczne na ekranie (tryb monitorowania) | Tak, opisać |  |
| 40 | Pomiar częstości tętna w zakresie min. Od 25 do 240 uderzeń na minutę (bpm)+/- 3 cyfry | Tak, opisać |  |
| **41** | **Pamięć i zarządzanie danymi pacjenta** |  |  |
| 42 | Pamięć pomiarów min. z ostatnich 24 godzin; automatyczne kasowanie zapisów po 24 godzinach | Tak, opisać |  |
| 43 | Możliwość wprowadzania danych pacjentach przez klawiaturę alfanumeryczną na ekranie lub wyboru pacjenta z listy | Tak, opisać |  |
| 44 | Możliwość ręcznego wpisywania dodatkowych danych pacjenta: wzrost, waga, częstość oddechu, poziom bólu | Tak, opisać |  |
| 45 | **zasilanie** |  |  |
| 46 | Zasilanie sieciowe (100 – 240 V AC, 50 – 60 Hz) | Tak, opisać |  |
| 47 | Akumulator litowo – jonowy o czasie ładowania pełnej pojemności max. 4 godz., pozwalający na wykonanie min. 45 kompletów pomiarów | Tak, opisać |  |
| 48 | Wskaźnik poziomu naładowania akumulatora stale widoczny na ekranie | Tak, opisać |  |
| **49** | **INNE** |  |  |
| 50 | Urządzenie umieszczone na statywie jezdny z półka na akcesoria i system prowadzenia kabli. W statywie dodatkowy akumulator umożliwiający wydłużenie pracy monitora |  |  |
| 51 | Możliwość podłączenia do sieci szpitalnej |  |  |
| 52 | Urządzenie wyposażone w moduł WIFI (radio) |  |  |
| 53 | Integracja z systemem informatycznym Zamawiającego (funkcja przekazywania wyników pacjenta do systemu bazy danych szpitala ( karta pacjenta) z bezpłatnym oprogramowaniem) |  |  |
| 54 | **AKCESORIA** |  |  |
| 55 | W zestawie z urządzeniem czytnik kodów kreskowych |  |  |
| 56 | Zestaw osłonek do pomiaru w uchu (1000 szt.) |  |  |
| 57 | 2 rozmiary mankietów do pomiaru NIBP – 2 kpl. |  |  |
| 58 | Wielorazowy czujnik palcowy Spo2- dla pacjentów dorosłychWielorazowy czujnik Spo2- dla noworodków i dzieci |  |  |
| 59 | **Oprogramowanie do przeprowadzenia TRIAGE** |  |  |
| 60 | Oprogramowanie zaprojektowane w porozumieniu z wyznaczonym pracownikiem SOR |  |  |
| 61 | Oprogramowanie kompatybilne z posiadnym urządzeniem do monitorowania podstawowych parametrów życiowych |  |  |
| 62 | Oprogramowanie musi umożliwiać zaprogramowanie do 9 różnych modyfikatorów np..: |  |  |
| 63 | poziom oceny tętna |  |  |
| 64 | poziom oceny częstości oddechów |  |  |
| 65 | poziom oceny temperatury |  |  |
| 66 | poziom oceny ciśnienia skurczowego |  |  |
| 67 | poziom oceny saturacji |  |  |
| 68 | poziom oceny odczuwanego bólu |  |  |
| 69 | modyfikatory zamknięte typu: ból w klatce - TAK/NIE |  |  |
| 70 | skalę AVPU |  |  |
| 71 | Na podstawie zaprogramowanych modyfikatorów urządzenie z wgranym oprogramowaniem TRIAGE poda zbiorczą ocenę aktualnego stanu pacjenta (np.. czerwony, pomarańczowy, żółty, zielony, niebieski) |  |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 72 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 73 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 74 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 75 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 76 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 77 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 78 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni |  |
| 79 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni |  |
| 80 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 81 | Karta katalogowa producenta, potwierdzająca wszystkie oferowane parametry. | Tak, |  |
| 82 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 83 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 84 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy