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" | TAK  Przekątna 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 | TAK  Waga:  =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 | TAK  Maksymalny 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 dorosłych  Wielorazowy 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 ERC  Głębokość – od 5 do 6 cm  Częstość – 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:  Kardiologiczne  Naczyniowe  TCD  Jama brzuszna  Małe narządy  Ginekologia  Położnictwo  ortopedia | 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-TARA  TARA  HOLD  Przełączanie zakresów ważenia  BMI  amortyzacja | 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 | ≤ 2ms  TAK, 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 cm  TAK, podać |  |
| 40 | Matryca obrazowa [pikseli] | ≥ 7,5 mln pikseli  TAK, podać |  |
| 41 | Rozmiar pojedynczego piksela detektora | ≤ 140 µm  TAK, podać |  |
| 42 | System chłodzenia detektora – powietrzny | Tak, opisać |  |
| 43 | Rozdzielczość | ≥ 3,5 Lp/mm  TAK, podać |  |
| 44 | Głębokość bitowa przesyłanego obrazu | ≥ 12 bitów  TAK, podać |  |
| 45 | Przetwarzanie przetwornika detektora | ≥ 16bitów  TAK, podać |  |
| 46 | Maksymalne dopuszczalne obciążenie detektora na  całej powierzchni | ≥ 150 kg  TAK, podać |  |
| 47 | Waga detektora | < 3,2kg  TAK, 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, opisać  TAK 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/DVD  ze 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. Wzmocnienie  b. Linia bazowa  c. Korekcja kąta  d. Inwersja spektrum  e. Format wyświetlania  f. Szybkość obrazowania (skala czasu)  g. Pełna oś czasu  h. Usuwanie słabych sygnałów  i. Mapy szarości  j. 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/NIE  Nie - 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/NIE  Nie - 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, Podać  2000 - 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 serca  Próbkowanie 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 FTP  Kompatybilność 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 SpO2  Czujnik klips na palec dla dorosłych  Klips pediatryczny  Czujnik 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 : EtCO2  Pomiar 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, stanu  pacjenta, 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 wykonana  z 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 dorosłych  Wielorazowy 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