**PAKIET 28**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **ZMOTORYZOWANA SZYNA CPM DO MOBILIZACJI KOŃCZYNY DOLNEJ RUCHEM CIĄGŁYM BIERNYM .**  **1 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Szyna z układem kinematycznym gwarantującym zgodny fizjologicznie ruch kończyny dla dorosłych i dzieci z zakresem wymiarów uda od 31 do 49 cm i podudzia od 25 do 57 cm i wzrostem 120 cm - 205 cm (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Oskalowane elementy regulacyjne szyny z wymiarami długości uda i podudzia, regulowana pozycja oparć uda, podudzia i stopy za pomocą bloczków zaciskowych; oparcia kończyny wykonane z elastycznego tworzywa z certyfikatem biokompatybilności w pełni dezynfekowalne środkami bez konieczności rozcieńczania | TAK |  |
|  | Zakres ruchu w stawie biodrowym prostowanie/zginanie 0° - 115O | TAK |  |
|  | Zakres ruchu w stawie kolanowym prostowanie/zginanie -10° - 0° - 120° | TAK |  |
|  | Regulacja pozycji stawu skokowego w zakresie zginania podeszwowego/grzbietowego bez ograniczeń, a w zakresie inwersji/ewersji od 40° do 40°, wraz zachowaniem możliwości aktywnego ruchu rezystancyjnego i ćwiczeń izometrycznych | TAK |  |
|  | Automatyczne poszerzenie zakresu ruchu, kontrolowane zmianą prędkości i regulacją siły oddziaływania; program rozgrzewki (rozluźnienie spastyczności), programy ćwiczeń: oscyclacja, stretching, elektrostymulacja, relaksacja | TAK |  |
|  | Możliwość kontrolowanego oporowania ruchu szyny przez pacjenta ze zmianą kierunku w dowolnym punkcie ustawionego zakresu w 25 poziomach siły oddziaływania | TAK |  |
|  | Regulacja prędkości pracy w 20 poziomach; automatyczna zmiana kierunku ruchu po zatrzymaniu pracy; stopniowe przyspieszanie i zwalnianie ruchu przy nastawionych kątach granicznych | TAK |  |
|  | Kontrola wszystkich parametrów za pomocą pilota sterującego z blokadą przed przypadkową zmianą parametrów z obsługą intuicyjną z zastosowaniem ikon funkcyjnych oraz monitorowanie przebiegu ruchu, funkcji i programów terapii na niedotykowym podświetlanym wyświetlaczu LCD-TFT 320x240 pikseli z regulacją kontrastu | TAK |  |
|  | Karty chip do zapisu indywidualnych danych terapii pacjenta min. 5 szt. z możliwością przeniesienia wyników terapeutycznych do PC | TAK |  |
|  | Dokumentacja przebiegu terapii - rejestr wyników ćwiczeń w formie graficznej dla prostowania i zginania | TAK |  |
|  | Możliwość zsynchronizowanej elektrostymulacji EMS 2 kanałowej | TAK |  |
|  | Bezprzewodowy mankiet kompresyjny przeciwzakrzepowy z możliwością transferu danych USB | TAK |  |
|  | Aparat zgodny z normą IEC 60601-1-2:2014 i IEC 60601-1-11:2010 kompatybilności elektromagn.; masa 11 | TAK |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220 - 240 V 50/60 Hz, przewodem zasilajacym bezpośrednim bez zastosowania dodatkowych zasilaczy i przewodów, klasa ochronności II | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE WYMOGI ;** | | | |
|  | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak: - 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji; - 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego. | TAK |  |
|  | Wliczone w cenę przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga częstszych niż 1 x w roku przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) w okresie gwarancji łącznie z wliczoną w cenę wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta) na koszt dostawcy; dotyczy również akumulatorów | TAK |  |
|  | Całodobowa pomoc merytoryczna i techniczna dostawcy w czasie i po gwarancji min. 10 lat. Dostępność części i elementów min. 15 lat od daty zakupu. | TAK |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego (wliczone w cenę w ramach umowy), ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający | TAK |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Wypełniony paszport techniczny | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim | TAK |  |
|  | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze (w przypadku awarii lub/i konieczności zabrania urządzenia do przeglądu poza szpital lub/i unieruchomienia urządzenia na czas przeglądu) | TAK |  |
|  | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu/urządzenia wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie okresu gwarancji jakości udzielonej przez Wykonawcę zgodnie z postanowieniami SIWZ. (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu wraz z opisem) | TAK/PODAĆ |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. Potwierdzenia w ten sposób wymagają również wszystkie wymagane opcje oraz możliwości rozbudowy sprzętu. | TAK |  |
|  | Na żądanie Zamawiającego ( wezwanie ) na każdym etapie postępowania Oferent wyraża zgodę na dostarczenie próbek i ich prezentację w szpitalu w zakresie wszystkich oferowanych wyrobów. ( każdej pozycji z powyższego zestawienia) | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty pochodzą od jednego producenta tworząc w pełni kompatybilny zestaw | TAK |  |
|  | Okres gwarancji min.36 m-cy ; obejmuje wszystkie elementy wielorazowego użytku wchodzące w skład zestawu. | TAK |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

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

data podpis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |