**PAKIET 32**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **PLATFORMA STABILOMETRYCZNA - 1 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | WYMAGANIA TAK/ NIE | PARAMETRY OFEROWANE |
|  | **I. Platforma stabilometryczna szt.1** | TAK |  |
|  | Platforma pozwalająca na ocenę i trening równowagi i stabilności w warunkach stabilnego podłoża dla  pacjentów ze schorzeniami o podłożu neurologicznym i ortopedycznym. | TAK |  |
|  | Komunikacja z komputerem oraz zasilanie platformy realizowane przez przewód USB. | TAK |  |
|  | Dostępny test stabilometryczny, test Romberga, test dynamiczny, test dystrybucji obciążenia, test Unterbergera. Wszystkie testy z automatycznym raportowaniem wyników. | TAK |  |
|  | Możliwość rejestracji COP i dystrybucji obciążenia kończyn. | TAK |  |
|  | Możliwość przekazania ćwiczącemu w czasie rzeczywistym informacji zwrotnej tzw. „BIOFEEDBACK”. | TAK |  |
|  | Rejestracja parametrów związanych z umiejętnością utrzymania równowagi:  Testy statyczne (stabilometria) – wskaźniki stabilności w 2 płaszczyznach , odchylenia COP, długość ścieżki COP, pole powierzchni zaznaczone przez COP, prędkość.  Test dynamiczny m.in. czasy osiągania celów w poszczególnych ćwiartkach płaszczyzny podparcia, odniesienie wygenerowanej przez pacjenta ścieżki do wartości minimalnej obliczanej przez oprogramowanie.  Test Obciążenia kończyn dolnych: procentowe obciążenie kończyn, procent czasu trwania testu, w którym kończyna była obciążana w sposób dominujący.  Test Unterbergera: m.in. ilość wykonanych kroków, zmiana kątowa rotacji ciała. | TAK |  |
|  | Wyznaczanie wskaźnika BMI. | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania ćwiczeń ( gotowych programów treningowych): wahadło, ścieżki, polowanie, tropienie, kolory, stabilność, dystrybucja obciążeń. | TAK |  |
|  | Interaktywna gra terapeutyczna sterowana z pomocą zmiany położenia środka nacisku stóp pacjenta z trzema poziomami trudności. | TAK |  |
|  | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych programów treningowych. | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia modułu video do rejestracji pacjenta podczas testu i ćwiczeń. | TAK |  |
|  | Pełna archiwizacja uzyskanych wyników i możliwość ich przesłania do dalszej obróbki w formacie środowiska Windows. | TAK |  |
|  | Kartoteka pacjenta. | TAK |  |
|  | Możliwość generowania raportów po testach i treningu w postaci gotowych arkuszy oraz raportów multimedialnych w tym odtworzenia ćwiczenia/testu z podglądem przemieszczania COP wraz z synchronicznie zarejestrowanym obrazem wideo. | TAK |  |
|  | Max wymiary platformy: 55x55cm, wysokość 7,5cm (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Wyposażenie: platforma, podest z poręczą, kamerę USB, oprogramowanie na CD. | TAK |  |
|  | Współpraca z kamerą video podłączoną do komputera za pośrednictwem złącza USB. | TAK |  |
|  | Pozycja stóp pacjenta na platformie zapisywana w oprogramowaniu, w kartotece danego pacjenta. | TAK |  |
|  | Podest z poręczą zwiększający komfort ćwiczeń i testów wykonywanych na platformie, o wymiarach nie mniejszych niż: 77 x 97 [cm]. (+/- 5%) | TAK |  |
|  | **II. Osprzęt VAST** | TAK |  |
|  | Stabilny stojak na kółkach | TAK |  |
|  | Monitor dla pacjenta minimum 42 cale | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji pozycji monitora dla pacjenta | TAK |  |
|  | Obsługa komputera z dołączonej klawiatury bezprzewodowej z wbudowaną myszką | TAK |  |
|  | Komputer spełniający minimalne wymagania:  - System operacyjny Windows 10, 32 lub 64 bit,  - Komputer PC z procesorem min. 2 GHz,  - Pamięć min. 8 GB RAM,  - Karta grafiki zgodna z DirectX 10  - Wymagane złącza:  2 x USB (3.0)  2 x USB (2.0) | TAK |  |
|  | - Współpraca z kamerą podłączoną do USB | 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 |  |
|  | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat | 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