*Załącznik Nr 1 do SIWZ*

Oznaczenie sprawy: PN – 10/19

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Oznaczenie Wykonawcy

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Cz. nr 11 – Defibrylator 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wymagania dla przedmiotu zamówienia*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametry oferowane (potwierdzić spełnianie parametru / opisać) \*******należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez zaznaczenie odpowiednio TAK/NIE bądź wpisanie wartości parametru oferowanego – zgodnie z wymaganiem zamawiającego*** |
|  | Producent | podać | ……………………….. |
|  | Model | podać | ……………………….. |
|  | Kraj pochodzenia | podać | ……………………….. |
|  | Rok produkcji | urządzenie nowe, nieużywane, wyprodukowane w 2019r.  | TAK/NIERok produkcji ………………… |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP54 lub równoważna | TAK, podać | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa ………… |
|  | Zasilanie defibrylatora akumulatorowo/ sieciowe | TAK | TAK/NIE |
|  | Czas pracy na akumulatorze/ach min. 5 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią | TAK | TAK/NIE |
|  | Defibrylacja dwufazowa - w trybie AED- w trybie ręcznym, regulacja energii w zakresie min. 2-200J , dostępnych min. 20 poziomów energii zewn., funkcja kardiowersji elektrycznej | TAK | TAK/NIE |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł łyżek zewnętrznych dla dorosłych i dla dzieci z funkcją defibrylacji / regulacji poziomu energii / monitorowania i wydruku | TAK | TAK/NIE |
|  | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 6,5'' , Możliwość wyświetlenia min. 3 krzywych dynamicznych jednocześnie | TAK, podać | TAK/NIEEkran kolorowy LCD o przekątnej ……'' |
|  | Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych | TAK | TAK/NIE |
|  | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | TAK | TAK/NIE |
|  | Pamięć wewnętrzna min. 400 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). | TAK | TAK/NIE |
|  | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną  | TAK | TAK/NIE |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 /min  | TAK | TAK/NIE |
|  | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie pomiędzy 0,25 do 4,0 cm/mV | TAK | TAK/NIE |
|  | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | TAK | TAK/NIE |
|  | Częstość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp/min., prąd stymulacji w zakresie min. 10-140 mA | TAK | TAK/NIE |
|  | Monitorowanie SpO2 w technologii pomiaru z krwi tętniczej przy jednoczesnej eliminacji sygnału płynącego z krwi żylnej (dokładny pomiar pomimo ruchu i przy niskiej perfuzji), pomiar SpO2 i pulsu, w kpl. czujnik klips palcowy dla dorosłych i dla dzieci | TAK | TAK/NIE |
| NIBP |
|  | Pomiary ręczne i automatyczne w odstępach czasowych 1-60 minut, zakres pomiaru ciśnienia średniego min. 15-220 mmHg | TAK | TAK/NIE |
|  | Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, synchronizowany załamkiem R elektrokardiogramu (z kabla EKG) w celu eliminacji artefaktów | TAK | TAK/NIE |
|  | W komplecie min. 6 wielorazowych mankietów do pomiaru ciśnienia w różnych rozmiarach | TAK | TAK/NIE |
| MONITOROWANIE RKO |
|  | Informacja zwrotna o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć. Prezentacja graficzna wykresu głębokości uciśnięć z wyraźnym zaznaczeniem docelowego zakresu 5-6 cm, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej jako zintegrowana funkcja aparatu | TAK | TAK/NIE |
|  | Monitorowanie etCO2 i respiracji u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, zakres pomiarów etCO2 min. 0 99 mmHg, zakres częstości oddechów min. 0-99 /minutę | TAK | TAK/NIE |
| WYPOSAŻENIE |
|  | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Kabel do stymulacji – 1 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Czujnik SpO2 – klips palcowy dla dorosłych 1 szt. i dla dzieci- 1 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Przy dostawie elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych min 5 kpl. i dla dzieci min. 3 kpl.. | TAK | TAK/NIE |
|  | Mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji ~~: 4 szt~~. 6 szt.- ~~po jednym z~~ w różnych rozmiarach | TAK | TAK/NIE |
|  | Zestaw akcesoriów do pomiaru kapnometrii dla dorosłych i dla dzieci min. 20 szt.  | TAK | TAK/NIE |
|  | Torba na akcesoria  | TAK | TAK/NIE |
| **PARAMETRY STANOWIĄCE KRYTERIUM OCENY OFERT** |
| ***Opis parametru wymaganego oraz wskazane parametry oceniane*** | ***punkty*** | ***Oferowany parametr – należy wskazać odpowiednio TAK/NIE bądź wpisać oferowaną wartość*** |
|  | Odporność aparatu na upadek z wysokości min 1,5m potwierdzona deklaracją producenta | TAK- 15 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Wyświetlanie na ekranie defibrylatora w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC | TAK- 25 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC | TAK- 5 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej | TAK- 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, synchronizowany załamkiem R elektrokardiogramu (z kabla EKG) w celu eliminacji artefaktów | TAK- 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Prekonfigurowany tryb dorosły / dziecko/ noworodek do wyboru z poziomu głównego menu, z automatycznym ustawieniem parametrów defibrylacji i monitorowania (poziomy energii defibrylacji, granice alarmów, parametry NIBP) odpowiednich dla wybranego trybu | TAK- 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym o masie do 8 kg z kpl akumulatorów | < 6 kg – 25 pkt.≥ 6 kg - 0 | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym o masie …… kg z kpl akumulatorów |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące\* |  podać | …………………. mc |
|  | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego tj. podjęcie naprawy serwisowej do 48 h od momentu zgłoszenia. (w dni robocze) | wskazać adres punktu serwisowego | TAK/NIE ……………………………….. |
|  **SZKOLENIA** |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi urządzenia | TAK | TAK/NIE |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(nazwisko i imię osoby upoważnionej do**

 **reprezentowania Wykonawcy )**

\*okres obowiązywania gwarancji dotyczy sprzętu medycznego. Okres obowiązywania gwarancji dla urządzeń innych niż sprzęt medyczny nie może być krótszy niż okres gwarancji jaki zapewnia producent urządzenia