Załącznik nr 2 do Zaproszenia

 do złożenia oferty cenowej

 UM/COV/5/22

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH ORAZ WARUNKI PODLEGAJĄCE OCENIE–**

**POMPA OBJĘTOŚCIOWA, STACJA DOKUJĄCA Z LAN/ETHERNET, STATYW DO POMP I STAJI DOKUJĄCYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis/ parametry wymagane** | **Wymogi graniczne Tak/Nie** | **Parametry oferowane/** **podać zakresy lub opisać** | **Punktacja** |
| **POMPA OBJĘTOŚCIOWA – 1 SZT.** |
| 1. | Producent | Podać |  |  |
| 2. | Model | Podać |  |  |
| 3. | Rok produkcji: min. 2022 | Podać |  |  |
| 4. | Możliwość stosowania zestawów infuzyjnych do podaży:* leków standardowych, płynów infuzyjnych i cytostatyków (zestawy nie zawierające ftalanów (DEHP-free) oraz lateksu),
* żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego,
* leków światłoczułych,
* krwi i preparatów krwiopochodnych.
 | Tak |  |  |
| 5. | Klawiatura symboliczna i fizyczna (nie wyświetlana na ekranie) klawiatura alfanumeryczna umożliwiająca szybkie i intuicyjne programowanie infuzji oraz obsługę pompy. | Tak |  |  |
| 6. | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym przepływem grawitacyjnym składający się z dwóch elementów – jeden w pompie i drugi na zestawie infuzyjnym. | Tak |  |  |
| 7. | Możliwość odłączania detektora kropli. | Tak |  |  |
| 8. | Możliwość usunięcia zestawu infuzyjnego z pompy w trybie wyłączonym z podłączonym i odłączonym zasilaniem zewnętrznym. | Tak |  |  |
| 9. | Wykrywanie powietrza w zestawie infuzyjnym. | Tak |  |  |
| 10. | Kolorowy ekran pompy. | Tak |  |  |
| 11. | Ekran dotykowy pompy, przyspieszający wybór pompy | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 12. | Wszystkie komunikaty w pompie w języku polskim. | Tak |  |  |
| 13. | Przekątna ekranu 3,2 cala | Tak/Nie |  | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |
| 14. | Zakres szybkości dozowania min. 0,1 – 1200 ml/h. | Tak/Nie |  | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |
| 15. | Dokładność infuzji ± 5%. | Tak |  |  |
| 16. | Programowanie parametrów infuzji w jednostkach:* ml, L,
* ng, μg, mg, g,
* μEq, mEq, Eq,
* mlU, IU, kIU,
* mIE, IE, kIE,
* cal, kcal,
* J, kJ,
* mmol, mol,

z uwzględnieniem wagi pacjenta lub nie,z uwzględnieniem powierzchni pacjenta lub nie, na min, godz., dobę. | Tak |  |  |
| 17. | Tryby dozowania:* Infuzja ciągła,
* Infuzja okresowa (bolusowa),
* Infuzja profilowa (24 kroki infuzji),
* Infuzja TPN (narastanie / utrzymanie / opadanie).
 | Tak |  |  |
| 18. | Czytelny, kolorowy wyświetlacz z możliwością wyświetlenia następujących informacji jednocześnie: * nazwa leku,
* koncentracja leku,
* szybkość infuzji,
* informacji, że wartość szybkości infuzji mieści się w zalecanym zakresie lub znajduje się w zakresie limitu miękkiego dolnego lub górnego,
* podana dawka,
* poziom limitów dla szybkości infuzji,
* czas do końca dawki w formie graficznej,
* kategorii leku wyodrębnionej kolorem,
* stan naładowania akumulatora,
* aktualne ciśnienie w linii pacjenta w formie graficznej.
 | Tak |  |  |
| 19. | Kolorystyczne wyróżnienie ekranu infuzji do żywienia dojelitowego względem innych realizowanych infuzji | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 20. | Programowanie parametrów podaży bolusa oraz bolusa wstępnego (dawki indukcyjnej):* objętość / dawka,
* czas lub szybkość podaży.
 | Tak |  |  |
| 21. | Bolus manualny. Bolus automatyczny z zaprogramowaną dawką. | Tak |  |  |
| 22. | Automatyczne zmniejszenie szybkości podaży bolusa, w celu uniknięcia przerwania jego podaży alarmem okluzji. | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 23. | Możliwość wgrania do pompy biblioteki leków złożonej z procedur dozowania zawierających co najmniej:* nazwy leku,
* 10 koncentracji leku,
* szybkości dozowania (dawkowanie),
* całkowitej objętości (dawki) infuzji,
* parametrów bolusa, oraz dawki indukcyjnej,
* limitów dla wymienionych parametrów infuzji:
	+ miękkich, ostrzegających o przekroczeniu zalecanych wartości parametrów,
	+ twardych – blokujących możliwość wprowadzenia wartości spoza ich zakresu.
* Notatki doradczej możliwej do odczytania przed rozpoczęciem infuzji.

Podział biblioteki na osobne grupy dedykowane poszczególnym oddziałom szpitalnym, do 40 oddziałów. Wybór oddziału dostępny w pompie.Podział biblioteki dedykowanej oddziałom na 40 kategorii lekowych.* Pojemność biblioteki min. 4000 procedur dozowania leków.
 | Tak |  |  |
| 24. | Zabezpieczenie przed gwałtowną zmianą szybkości w trakcie trwania infuzji (miareczkowanie). | Tak |  |  |
| 25. | Napisy na wyświetlaczu w języku polskim. | Tak |  |  |
| 26. | Regulowane progi ciśnienia okluzji, 12 poziomów. | Tak |  |  |
| 27. | Progi ciśnienia regulowane, w zakresie 75 - 900 mmHg. | Tak |  |  |
| 28. | Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji. | Tak |  |  |
| 29. | Automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego | Tak |  |  |
| 30. | Priorytetowy system alarmów, zapewniający zróżnicowany sygnał dźwiękowy i świetlny, zależnie od stopnia zagrożenia | Tak |  |  |
| 31. | Dostępność polskojęzycznego oprogramowania komputerowego do tworzenia i przesyłania do pompy biblioteki leków | Tak |  |  |
| 32. | Wysokość pompy 11,5 cm. | Tak |  |  |
| 33. | Możliwość instalacji pompy w stacji dokującej:* zatrzaskowe mocowanie z automatyczną blokadą, bez konieczności przykręcania,
* alarm nieprawidłowego mocowania,
* pompy mocowane niezależnie, jedna nad drugą,
* automatyczne przyłączenie zasilania ze stacji dokującej,
* automatyczne przyłączenie portu komunikacyjnego ze stacji dokującej,
* świetlna sygnalizacja stanu pomp: infuzja, alarm, STOP.
 | Tak |  |  |
| 34. | Mocowanie pojedynczej pompy do statywów lub pionowych kolumn niewymagające dołączenia jakichkolwiek części, w szczególności uchwytu mocującego, po bezpośrednim wyjęciu pompy z stacji dokującej. | Tak |  |  |
| 35. | Mocowanie pomp w stacji dokującej niewymagające odłączenia jakichkolwiek części, w szczególności uchwytu mocującego, po bezpośrednim zdjęciu pompy ze statywu. | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 36. | Uchwyt do przenoszenia pompy na stałe związany z pompą, niewymagający odłączania przy mocowaniu pomp w stacjach dokujących. | Tak |  |  |
| 37. | Możliwość komunikacji pomp umieszczonych w stacjach dokujących wyposażonych w interface LAN z oprogramowaniem zewnętrznym. | Tak |  |  |
| 38. | Historia infuzji – możliwość zapamiętania min. 2000 pełnych infuzji. | Tak |  |  |
| 39. | Klasa ochrony II, typ CF, odporność na defibrylację, stopień ochrony obudowy IP22. | Tak |  |  |
| 40. | Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej. | Tak |  |  |
| 41. | Czas pracy z akumulatora min. 15 h przy infuzji 25 ml/h. | Tak |  |  |
| 42. | Czas ładowania akumulatora do 100% po pełnym rozładowaniu – do 5 h. | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 43. | Waga do 2,5 kg. | Tak |  |  |
| **STACJA DOKUJĄCA Z LAN/ETHERNET – 1 szt.** |
| 44. | Producent | Podać |  |  |
| 45. | Model | Podać |  |  |
| 46. | Rok produkcji 2022 | Podać |  |  |
| 47. | Możliwość mocowania do 6 pomp infuzyjnych | Tak |  |  |
| 48. | Obudowa stacji wykonana z tworzywa | Tak |  |  |
| 49. | Mocowanie stacji do pionowych rur, kolumn | Tak |  |  |
| 50. | Zasilanie 230 V AC 50Hz | Tak |  |  |
| 51. | System szybkiego mocowania pomp w stacji dokującej – bez konieczności demontażu elementów pompy | Tak |  |  |
| 52. | Możliwość szybkiego wyjęcia ze stacji każdej (dowolnej) pompy | Tak |  |  |
| 53. | Zasilanie pomp ze stacji dokującej – automatyczne przyłączenie zasilania po włożeniu pompy | Tak |  |  |
| 54. | Stacja wyposażona w sygnalizację świetlną, alarmową | Tak |  |  |
| 55. | Przyłączanie stacji dokujących do systemu informatycznego szpitala za pomocą sieci Ethernet. | Tak |  |  |
| 56. | Stacja posiadająca uchwyt do swobodnego przenoszenia | Tak |  |  |
| 57. | Stacja wraz z wysięgnikiem do zawieszania pojemników z płynami infuzyjnymi | Tak |  |  |
| 58. | Stacja kompatybilna z oferowaną pompą | Tak |  |  |
| 59. | Stacja wyposażona w statyw o podstawie jezdnej o dopuszczalnym obciążeniu do 35kg | Tak |  |  |
| **POZOSTAŁE WARUNKI ZAMÓWIENIA** |
| 60. | Okres gwarancji i obsługi serwisowej na oferowane urządzenia min 24 miesiące | Tak |  |  |
| 61. | Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski – podać nazwę firmy, adres i dane kontaktowe | Tak/Podać |  |  |
| 62. | Czas reakcji serwisu – max 24 h. (w dni robocze). Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h (w dni robocze\*). | Tak/Podać |  |  |
| 63. | Czas naprawy niewymagający sprowadzenia części zamiennych max 3 dni robocze | Tak |  |  |
| 64. | Czas naprawy wymagający sprowadzenia części zamiennych max 7 dni roboczych | Tak |  |  |
| 65. | Urządzenie zastępcze na czas naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych | Tak |  |  |
| 66. | W przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego zespołu /elementu przedmiotu umowy Wykonawca wymieni przedmiotowy zespół/ element na nowy na podstawie zgłoszenia żądania Zamawiającego. | Tak |  |  |
| 67. | Przeglądy techniczne w okresie gwarancji będą dokonywane na koszt Wykonawcy w przedziałach czasowych zalecanych przez producenta, zakończone wystawieniem certyfikatu dopuszczającego do eksploatacji, w tym jeden na koniec okresu gwarancyjnego | Tak |  |  |
| 68. | Koszty napraw, konserwacji, przeglądów, itp., aparatu w okresie gwarancji wraz z kosztami dojazdów, pokrywa w całości Wykonawca | Tak |  |  |
| 69. | Gwarancja dostępności części zamiennych min. 5 lat od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń  | Tak |  |  |
| 70. | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji na koszt Wykonawcy | Tak |  |  |
| 71. | Instalacja i uruchomienie na koszt Wykonawcy | Tak |  |  |
| 72. | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | Tak |  |  |
| 73. | Instrukcja obsługi w języku polskim (drukowana wersja dołączona do każdego urządzenia) | Tak |  |  |

**UWAGA!**

**1. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.**

**2. Kolumna „Parametry oferowane przez Wykonawcę” musi być w całości wypełniona. Niewypełnienie w całości spowoduje odrzucenie oferty.**

***UWAGA!***

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy****.*