**Zadanie Nr 1 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**NARZĘDZIA CHIRURGICZNE**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Ilość** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Wszystkie dostarczone narzędzia nowe i nieużywane, rok produkcji nie starszy niż 2023 | **-** | **TAK** |  |  |
|  | Wykonane ze stali nierdzewnej ( spełniającej wymogi norm krajowych i europejskich), ocechowane ( nr katalogowym, nazwą producenta ) | **-** | **TAK** |  |  |
|  | Wykonanie przed producenta wszystkich produktów w najwyższym standardzie technologicznym, potwierdzonych zgodnością z aneksem II dyrektywy 93/42 EEC, mówiącym o zapewnieniu odpowiedniej jakości procesów projektowania, wykonania i dystrybucji narzędzi chirurgicznych według norm ISO 9001 oraz ISO 13485 – dołączyć certyfikaty Producenta narzędzi oraz niezależnych jednostek notyfikujących ( dotyczy certyfikatu ISO ) | **-** | **TAK** |  |  |
|  | Oświadczenia producenta dotyczącego wykonania pasywacji wraz z opisem procesu, wymagane również oświadczenie producenta dotyczące spełnienia odporności na korozję zgodnie z normą DIN\_EN\_ISO 13402 – dołączyć do oferty | **-** | **TAK** |  |  |
|  | Parametry oferowanych narzędzi potwierdzone oryginalnym katalogiem lub jego kopią (strony prezentujące wyrób). Certyfikaty i parametry przedstawione w formie oryginału lub kopii. Grupy narzędzi* haki operacyjne, retraktory, podważki, pincety, kleszczyki, klemy, sztance, imadła bez twardej wkładki – min. 42 – 47 HRC
* nożyczki bez twardej wkładki , dłuta – min. 50 – 57 HRC
* nożyczki z twardą wkładką / twarda wkładka – min. 42 – 47 HRC / min. 60 – 64 HRC
* kleszczyki opatrunkowe oraz opinania serwet pola operacyjnego, akcesoria stosowane na sali OP, instrumenty ginekologiczne ( np. wzierniki , skrobaczki ), instrumenty ortopedyczne i kardiochirurgiczne – min. 42-48 oraz 52-58 HRC
 | **-** | **TAK** |  |  |
|  | Serwis gwarancyjny oraz pogwarancyjny w formie kompleksowej naprawy instrumentów wraz z wymianą twardych wkładek, ponownego złocenia uchwytów oraz niezbędnych części i pełną obróbką powierzchni – potwierdzić dokumentami firmowymi. Serwis powinien posiadać minimum park maszynowy w postaci : szlifierka, urządzenie do matowienia, linie do pasywacji, urządzenie galwaniczne do złocenia, mikroskop stereoskopowy, piec hartowniczo-próżniowy. Serwis certyfikowany normami : ISO9001 2011 i ISO EN 13485, podać dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski – poświadczyć certyfikatem Producenta | **-** | **TAK** |  |  |
|  | Narzędzia oznaczone kodem Data matrix czyli matrycowym dwuwymiarowym  kodem kreskowy (kod kreskowy 2D), składający się z czarnych i białych pól (modułów) zamieszczonych w granicach tzw. wzoru wyszukiwania. Oznakowanie takie pozwala na pełną identyfikację narzędzi w zestawie i możliwość skanowania każdego instrumentu znajdującego się w zestawie. Kod Data Matrix zawiera zakodowaną informację o unikalnym numerze narzędzia. Kod może być wykorzystany do synchronizacji z systemami informatycznymi i organizacją pracy w obrębie np. Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni ( skład zestawów narzędzi chirurgicznych , obieg w obrębie BO/CS , planowanie regeneracji i wymiany narzędzi w zestawach ). Dopuszczalne nie oznakowanie na narzędziach na których wymiary konstrukcyjne narzędzia nie dają pełnej czytelności kodu. | **-** | **TAK** |  |  |
|  | Wszystkie oferowane narzędzia posiadają możliwość:* mycia ( ultradźwięki, środki myjące i neutralizacja dopuszczone przez PZH)
* dezynfekcja (temperaturowa i chemiczna) środkami dopuszczonymi przez PZH
* sterylizacja: parowa w autoklawach w temperaturze 134 ° Celcjusza , niskotemperaturowa dla materiałów wrażliwych oraz nadtlenek wodoru i plazma – dołączyć do oferty oświadczenie Producenta narzędzi
 | **-** | **TAK** |  |  |
|  | PINCETA ANATOMICZNA STANDARD PROSTA DŁUGOŚĆ 130 MM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI DO OTRZEWNEJ TYP MIKULICZ ODGIĘTE KOŃCÓWKA ROBOCZA 1X2 ZĄBKI DŁUGOŚĆ 205 MM  | 2 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP ROCHESTER-PEAN PROSTE SKOK ZĄBKÓW 0,9 MM DŁUGOŚĆ 200 MM  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE TYP HEGAR-MAYO SZCZĘKI PROSTE Z TWARDĄ WKŁADKĄ SKOK 0,5 MM DO NICI DO 3/0 DŁUGOŚĆ 150 MM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP CRILE ZAKRZYWIONE DELIKATNE SKOK ZĄBKÓW 0,7 MM DŁUGOŚĆ 160 MM  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | NOŻYCZKI CHIRURGICZNE ODGIĘTE TYP COOPER TĘPO TEPE DŁ. 145MM  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | NOŻYCZKI CHIRURGICZNE ODGIĘTE TYP COOPER TĘPO TEPE DŁUGOŚĆ 165 MM | 2 | **TAK** |  |  |
|  | ŁYŻKA JEIITOWA I BRZUSZNA DWU STRONNA TYP REVERDIN SZEROKOŚĆ ŁYŻKI GÓRNEJ 63 MM DOLNEJ 45 MM DŁUGOŚĆ 285 MM | 2 | **TAK** |  |  |
|  | HAK BRZUSZNY TYP FRITSCH FIGURA 5 WYMIARY CZĘŚCI ROBOCZEJ 64X85 MM DŁUGOŚĆ 235 MM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE TYP HEGAR-MAYO DŁ. 200MM Z ZAPADKA DOLNA SZCZĘKI PROSTE Z NACIĘCIAMI KRZYŻOWYMI 0,5MM I KANALIKIEM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI DO OPATRUNKÓW PROSTE TYP FOERSTERBALLENGER DŁ. 245MM Z ZAMKIEM SZEROKOŚĆ OCZKA 13,5MM SZCZĘKI GŁADKIE | 2 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI DO OPATRUNKÓW ODGIĘTE TYP MAIER DŁ. 265MM BEZ ZAMKA SZEROKOŚĆ SZCZĘKI 7MM SKOK ZĄBKÓW 1,25MM  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI DO OTRZEWNEJ TYP MIKULICZ ODGIĘTE KOŃCÓWKA ROBOCZA 1X2 ZĄBKI DŁUGOŚĆ 185 MM  | 6 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP KOCHER PROSTE SKOK ZĄBKÓW 0,8 MM KOŃCÓWKA ROBOCZA 1X2 ZĄBKI DŁUGOŚĆ 140 MM  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | NOŻYCZKI PREPARACYJNE ODGIETE TYP NELSON METZENBAUM DŁUGOŚĆ 230 MM KOŃCE TEPO TĘPE  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP PEAN PROSTE SKOK ZĄBKÓW 0,9 MM DŁUGOŚĆ 140 MM  | 2 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP ROCHESTER-PEAN ZAKRZYWIONE SKOK ZĄBKÓW 0,9 MM DŁUGOŚĆ 200 MM  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP KELLY ZAKRZYWIONE DELIKATNE SKOK ZĄBKÓW 0,7 MM DŁUGOŚĆ 140 MM  | 3 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI PREPARACYJNE TYP KANTROWITZ ZAKRZYWIONE DŁUGOŚĆ 275 MM  | 2 | **TAK** |  |  |
|  | PINCETA ANATOMICZNA STANDARD PROSTA DŁUGOŚĆ 200 MM | 3 | **TAK** |  |  |
|  | PINCETA CHIRURGICZNA STANDARD PROSTA KOŃCÓWKA ROBOCZA 1X2 ZĄBKI DŁUGOŚĆ 200 MM | 3 | **TAK** |  |  |
|  | PINCETA CHIRURGICZNA STANDARD PROSTA KOŃCÓWKA ROBOCZA 1X2 ZĄBKI DŁUGOŚĆ 145 MM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | HAK BRZUSZNY TYP FRITSCH FIGURA 4 WYMIARY CZĘŚCI ROBOCZEJ 46X75 MM DŁUGOŚĆ 235 MM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | SKROBACZKA GINEKOLOGICZNA TYP RECAMIER DŁ.MAX. 360MM 1 FIGURA 2 TĘPA SZER. 39,5MM SZYJKA SZTYWNA  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KULOCIĄG TYP SCHROEDER PROSTY CZĘŚĆ ROBOCZA 2X2 ZĘBY DŁUGOŚĆ 250 MM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI DO OPATRUNKÓW PROSTE TYP FOERSTERBALLENGER DŁ. 245MM Z ZAMKIEM SZEROKOŚĆ OCZKA 13,5MM SZCZĘKI ZĄBKOWANE SKOK ZĄBKA 1,75MM  | 4 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP KOCHER-OCHSNER ZAKRZYWIONE SKOK ZĄBKÓW 0,9 MM KOŃCÓWKA ROBOCZA 1X2 ZĄBKI DŁUGOŚĆ 240 MM  | 7 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP KOCHER-OCHSNER PROSTE SKOK ZĄBKÓW 0,9 MM KOŃCÓWKA ROBOCZA 1X2 ZĄBKI DŁUGOŚĆ 240 MM  | 11 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP KOCHER-OCHSNER PROSTE SKOK ZĄBKÓW 0,8 MM KOŃCÓWKA ROBOCZA 1X2 ZĄBKI DŁUGOŚĆ 160 MM  | 6 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP ROCHESTER-PEAN ZAKRZYWIONE SKOK ZĄBKÓW 0,9 MM DŁUGOŚĆ 240 MM  | 3 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP ROCHESTER-PEAN ZAKRZYWIONE SKOK ZĄBKÓW 0,9 MM DŁUGOŚĆ 185 MM  | 10 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYP ROCHESTER-PEAN ZAKRZYWIONE SKOK ZĄBKÓW 0,9 MM DŁUGOŚĆ 160 MM  | 4 | **TAK** |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE TYP HEGAR-MAYO DŁ. 150MM Z ZAPADKA DOLNA SZCZĘKI PROSTE Z NACIĘCIAMI KRZYŻOWYMI 0,5MM I KANALIKIEM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE TYP HEGAR-MAYO DŁ. 180MM Z ZAPADKA DOLNA SZCZĘKI PROSTE Z NACIĘCIAMI KRZYŻOWYMI 0,5MM I KANALIKIEM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE TYP HEGAR-MAYO SZCZĘKI PROSTE Z TWARDĄ WKŁADKĄ SKOK 0,5 MM DO NICI DO 3/0 DŁUGOŚĆ 205 MM | 3 | **TAK** |  |  |
|  | NOŻYCZKI CHIRURGICZNE PROSTE TĘPO TĘPE DŁUGOŚĆ 165 MM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | NOŻYCZKI PREPARACYJNE TYP MAYO- STILLE ODGIĘTE DŁUGOŚĆ 170 MM OSTRZA TĘPO TĘPE  | 2 | **TAK** |  |  |
|  | UCHWYT SKALPELA NUMER 4 DŁUGOŚĆ 135 MM  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZYKI DO OPATRUNKÓW ODGIĘTE TYP MAIER DŁ. 265MM BEZ ZAMKA SZEROKOŚĆ SZCZĘKI 7MM SKOK ZĄBKÓW 1,25MM  | 1 | **TAK** |  |  |
|  | NACZYNIE LABORATORYJNE STALOWE POJEMNOŚĆ 0,4 LITRA WYMIARY 11,1(GÓRA)X7,2(DÓŁ)X5,6(WYSOKOŚĆ) CM. | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KOSZ STALOWY PERFOROWANY Z UCHWYTAMI I NÓŻKAMI O WYMIARACH 406X253X76MM | 1 | **TAK** |  |  |
|  | KLESZCZE TYPU MAGILLA DO INTUBACJI DOROSŁYCH  | 4 | **TAK** |  |  |
|  | LUSTERKO LARYNGOLOGICZNE NR 7 | 5 | **TAK** |  |  |
|  | LUSTERKO LARYNGOLOGICZNE NR 8  | 5 | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**APARAT EKG -4szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. **1**
 | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
| 1. **2**
 | Rejestracja odprowadzeń EKG 12 standardowych | **TAK** |  |  |
| 1. **4**
 | Drukowanie w układzie standardowym :1, 3, 6 lub 12 kanałów | **TAK** |  |  |
| 1. **5**
 | Drukowanie w układzie Cabrera3, 6 lub 12 kanałów | **TAK** |  |  |
| 1. **6**
 | Rodzaje badań: ręczne, AUTO, automatyczne do schowka, AUTOMANUAL, LONG | **TAK** |  |  |
| 1. **7**
 | Długość zapisu badania automatycznego od 6 do 30 sekund | **TAK** |  |  |
|  | Zapis wsteczny przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym | **TAK** |  |  |
|  | Wydruk rytmu przy badaniu AUTO | **TAK** |  |  |
|  | Drukarka wbudowana  | **TAK** |  |  |
|  | Szerokość papieru110 - 112 mm | **TAK** |  |  |
|  | Grubość wydruku linii wybór intensywności wydruku | **TAK** |  |  |
|  | Wydruk z bazy pacjentów, w tym możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie | **TAK** |  |  |
|  | Język menu: polski  | **TAK** |  |  |
|  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi | **TAK** |  |  |
|  | Ustawienia parametrów przebiegów prędkość, czułość i intensywność wydruku | **TAK** |  |  |
|  | Wyświetlacz / ekran LCD, przekątna min. 7", dotykowy | **TAK** |  |  |
|  | Pamięć minimum 1000 pacjentów lub 1000 badań | **TAK** |  |  |
|  | Przeglądanie na wyświetlaczu zapisanych w pamięci badań, z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 (baza CSE) - wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta  | **TAK** |  |  |
|  | Bateria do 130 badań automatycznych | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna detekcja częstości akcji serca :  | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar częstości akcji serca (HR)ciągły i prezentacja na wyświetlaczu | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna detekcja zespołów QRS | **TAK** |  |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych50 Hz, 60 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Filtr izolinii0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja krzywych układ standardowy lub Cabrera | **TAK** |  |  |
|  | Detekcja odpięcia elektrody INOP niezależna dla każdego kanału | **TAK** |  |  |
|  | Wydruk analizy i interpretacji automatycznego badania EKG | **TAK** |  |  |
|  | Impulsy Stymulujące wykrywanie i prezentacja | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja na wyświetlaczu12 przebiegów EKG wyników analizy i interpretacji, badań zapisanych w pamięci | **TAK** |  |  |
|  | Wykryte pobudzenia stymulatora serca dźwiękowa sygnalizacja | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja impulsów stymulujących  | **TAK** |  |  |
|  | Oszczędzanie energii  | **TAK** |  |  |
|  | Zabezpieczenie impuls defibrylujący | **TAK** |  |  |
|  | Eksport badań do pamięci USB, na skrzynkę e-mail lub na inny aparat za pomocą usługi EKG-MAIL | **TAK** |  |  |
|  | Bezprzewodowa i przewodowa komunikacja z siecią ( LAN, WI-FI) | **TAK** |  |  |
|  | Współpraca z programem komputerowym do analiza i odczytu EKG HL7, HIS | **TAK** |  |  |
|  | Protokół HL7 | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary258x199x50 mm ± 20 mm | **TAK** |  |  |
|  | Archiwizacja badań na zewnętrznym nośniku (pamięć USB) | **TAK** |  |  |
|  | Wyposażenie: * kończynowe klipsowe – 2 komplety
* elektrody przyssawkowe -2 komplety
* kabel EKG -2 sztuki
* kabel zasilający – 1 sztuka
* papier - 1 rolka
* żel EKG -1 sztuka
 | **TAK** |  |  |
| 1. **Wspó**
 | Współpraca z programem z zadania 2 pozycja 3  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 2**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**WÓZEK DO EKG – 3 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. **1**
 | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
| 1. **2**
 | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
| 1. **3**
 | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
| 1. **4**
 | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |
|  | Wózek kompatybilny z aparatem EKG z zadania 2 pozycja 1  | **TAK** |  |  |
| 1. **5**
 | Wysięgnik na kabel pacjenta  | **TAK** |  |  |
| 1. **6**
 | Pojemnik na akcesoria pod blatem | **TAK** |  |  |
| 1. **7**
 | Śruby do zabezpieczenia aparatu  | **TAK** |  |  |
|  | 4 kółka w tym minimum 2 kółka z blokadą | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary 460x865x445 mm ± 20 mm  | **TAK** |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie16 – 18 kg  | **TAK** |  |  |
|  | Waga 7kg -9 kg  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 3**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**PROGRAM DO ODCZYTUI Z ANALIZY EKG - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. **1**
 | Dostawa I uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie obsługi. | **TAK** |  |  |
| 1. **2**
 | Gwarancja minimum 24 miesiące. Wtrakcie trwania gwarancji wykonanie aktualizacji jeśli wystąpią | **TAK** |  |  |
| 1. **3**
 | Podgląd on-line zapisu EKG 1, 3, 6 i 12-kanałowego na monitorze komputera z aparatu EKG z zadania 2 pozycja 1 | **TAK** |  |  |
| 1. **4**
 | Archiwizacja danych pacjenta i badań | **TAK** |  |  |
|  | Opis badania  | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość manualnego wykonania pomiarów amplitudowo-czasowych | **TAK** |  |  |
|  | Edycja zarejestrowanych badań i opisów | **TAK** |  |  |
|  | Rejestracja w trybie manualnym i automatycznym | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość automatycznej analizy i interpretacji badania | **TAK** |  |  |
|  | Wspomaganie opisu badania poprzez edycję własnych elementów redakcyjnych | **TAK** |  |  |
|  | Intuicyjne przeszukiwanie bazy danych | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość przesyłania wyników pocztą elektroniczną | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zapisu badania na nośniku zewnętrznym | **TAK** |  |  |
|  | Generowanie badań w formacie PDF | **TAK** |  |  |
|  | Wydruk na drukarce laserowej w formacie A4 | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 3 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**APARAT DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |
|  | Indywidualne, automatyczne bezpieczniki wbudowanych fabrycznie gniazd elektrycznych – minimum 3 gniazda elektryczne. | **TAK** |  |  |
|  | Transformator separacyjny gniazd. | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie awaryjne zapewniające pracę aparatu przy zaniku napięcia sieci elektroenergetycznej przez co najmniej 30 min. w warunkach ekstremalnych i do 90 min w warunkach standardowych. | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie w gazy (O2, N2O, powietrze) z centralnej sieci szpitalnej. | **TAK** |  |  |
|  | Awaryjne zasilanie gazowe z 10 l butli (O2 i N2O). | **TAK** |  |  |
|  | Węże wysokociśnieniowe ( O2, N2O, powietrze), kodowane odpowiednimi kolorami ISO, o dł. min. 5 m. | **TAK** |  |  |
|  | Elektroniczne przepływomierze tlenu, podtlenku azotu i powietrza. | **TAK** |  |  |
|  | Zmiana stężeń O2, przepływu przy pomocy wirtualnych przycisków umieszczonych na ekranie respiratora. | **TAK** |  |  |
|  | Kalibracja przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami gazów. | **TAK** |  |  |
|  | Wbudowany przepływomierz tlenu, niezależny od układu okrężnego, z regulowanym przepływem tlenu minimum do 10 l/min. | **TAK** |  |  |
|  | Pneumatyczny mieszalnik gazów. | **TAK** |  |  |
|  | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie z podtlenkiem azotu na poziomie minimum 25%. | **TAK** |  |  |
|  | Wbudowana regulowana zastawka nadciśnieniowa APL wentylacji ręcznej. | **TAK** |  |  |
|  | Aparat wyposażony w blat do pisania i minimum jedną szufladę na akcesoria zamykaną na kluczyk, wbudowane oświetlenie LED blatu z regulacją natężenia światła. | **TAK** |  |  |
|  | Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dzieci i dorosłych. | **TAK** |  |  |
|  | Układ oddechowy o prostej budowie, do łatwej wymiany i sterylizacji, pozbawiony lateksu. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podłączenia układów bezzastawkowych bez ingerencji w układ okrężny aparatu. | **TAK** |  |  |
|  | Obejście tlenowe o dużej wydajności: minimum: od 25 l/min. do 75 l/min. | **TAK** |  |  |
|  | Pochłaniacz dwutlenku węgla, wielokrotnego użytku, o budowie przeziernej i pojemności maksymalnej do 1,5 l. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość używania zamiennie pochłaniaczy wielorazowych i jednorazowych , wymiana bez stosowania narzędzi. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość używania zamiennie pochłaniaczy wielorazowych i jednorazowych podczas znieczulenia bez rozszczelnienia układu. | **TAK** |  |  |
|  | Usuwanie gazów anestetycznych poza salę operacyjną dostosowane do systemu odprowadzania gazów z kolumny. Wyjście ewakuacji gazów z zabezpieczeniem przed wyssaniem gazów z układu okrężnego. Przewód do podłączenia wyjścia ewakuacji gazów anestetycznych aparatu z odciągiem gazów w kolumnie anestezjologicznej (kompletny przewód o długości min. 5 m z wtyczką do gazów kolumny). | **TAK** |  |  |
|  | Ekonomizer znieczulania: funkcja optymalnego doboru przepływu świeżych gazów i oszczędzania środków wziewnych. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość automatycznej oceny zużycia środka wziewnego w godzinie znieczulenia i/ lub na przypadek, wyświetlanie na ekranie respiratora | **TAK** |  |  |
|  | Zapobieganie powstawaniu mieszaniny hipoksycznej. | **TAK** |  |  |
|  | Układ oddechowy kompaktowy pozbawiony lateksu, nadający się do sterylizacji w autoklawie. | **TAK** |  |  |
| RESPIRATOR ANESTETYCZNY |
|  | Tryb wentylacji ciśnieniowo – zmienny (PC) | **TAK** |  |  |
|  | Tryb wentylacji objętościowo – zmienny (VC). | **TAK** |  |  |
|  | Tryb z gwarantowaną objętością. | **TAK** |  |  |
|  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie objętościowo – zmiennym. | **TAK** |  |  |
|  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie ciśnieniowo – zmiennym. | **TAK** |  |  |
|  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie ciśnieniowo zmiennym z gwarantowaną objętością. | **TAK** |  |  |
|  | Tryb wentylacji wspomaganej ciśnieniem (tzw. Pressure Support) z automatycznym włączeniem wentylacji zapasowej po wystąpieniu alarmu bezdechu respiratora. Czułość wyzwalania przepływowego min. 0,3-10 l/min. | **TAK** |  |  |
|  | Tryb wentylacji CPAP+PSV. | **TAK** |  |  |
|  | Tryb wentylacji ręczny. | **TAK** |  |  |
|  | Pauza w przepływie gazów minimum do 1 min. w trybie wentylacji ręcznej i mechanicznej. | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna wielostopniowa rekrutacja pęcherzyków płucnych programowana i obrazowana na ekranie respiratora z możliwością ustawienia PEEP na wyjściu. | **TAK** |  |  |
|  | Podanie na żądanie dodatkowego jednego oddechu pod określonym ciśnieniem przez określony czas z możliwością ustawienia PEEP na wyjściu , bez wykonania zmian w ustawieniach respiratora – wentylacja mechaniczna. | **TAK** |  |  |
|  | Łatwe przełączanie wentylacji ręcznej na mechaniczną i wentylacji mechanicznej na ręczną. | **TAK** |  |  |
|  | Przełączanie wentylacji ręcznej na mechaniczną i wentylacji mechanicznej na ręczną przy pomocy dźwigni. | **TAK** |  |  |
|  | Zakres regulacji stosunku wdechu do wydechu: minimum 2:1 ÷ 1:4. | **TAK** |  |  |
|  | Zakres regulacji częstości oddechu w trybie wentylacji ciśnieniowo-zmiennej i objętościowo-zmiennej: minimum 4 ÷ 100 oddechów / min. | **TAK** |  |  |
|  | Zakres regulacji objętości oddechowej w trybie wentylacji objętościowo-zmiennej: minimum 20 ÷ 1500 ml. | **TAK** |  |  |
|  | Zakres objętości oddechowej w trybie wentylacji ciśnieniowo-zmiennej lub objętościowo zmiennej: minimum 5 ÷ 1500 ml. | **TAK** |  |  |
|  | Zakres regulacji dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego (PEEP): minimum 4÷25 cm H2O. | **TAK** |  |  |
|  | Zakres regulacji Plateau wdechu: minimum 5 ÷ 60 % czasu wdechu. | **TAK** |  |  |
| ALARMY |
|  | Alarm niskiej objętości minutowej (MV) i / lub objętości oddechowej (TV). | **TAK** |  |  |
|  | Alarmy TV z regulowanymi progami górnym i dolnym. | **TAK** |  |  |
|  | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego. | **TAK** |  |  |
|  | Alarm bezdechu  | **TAK** |  |  |
|  | Alarm braku zasilania w energię elektryczną. | **TAK** |  |  |
|  | Alarm braku zasilania w gazy. | **TAK** |  |  |
| POMIARY I OBRAZOWANIE |
|  | Pomiar stężenia tlenu w gazach oddechowych. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar objętości oddechowej (TV). | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar objętości minutowej (MV). | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar częstości oddechu. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia szczytowego. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia średniego. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia Plateau. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia PEEP. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar stężenia wdechowego i wydechowego tlenu w gazach oddechowych metodą paramagnetyczną. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar stężenia gazów i środków anestetycznych (podtlenku azotu, sevofluranu, desfluranu, isofluranu) w mieszaninie wdechowej i wydechowej. | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego i analiza MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta. | **TAK** |  |  |
|  | Ekran kolorowy LCD, dotykowy, do nastaw i prezentacji parametrów wentylacji i krzywych. | **TAK** |  |  |
|  | Przekątna ekranu: minimum 15". | **TAK** |  |  |
|  | Rozdzielczość: minimum 1024 x 768 pikseli. | **TAK** |  |  |
|  | Ekran główny respiratora niewbudowany w korpus aparatu. | **TAK** |  |  |
|  | Ekran umieszczony na ruchomym wysięgniku z regulacją przesuwu w poziomie i kąta pochylenia. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość konfigurowania i zapamiętania minimum 3-ech niezależnych stron ekranu respiratora. lub możliwość wyboru z wielu zakładek tak aby operator mógł szybko wybrać odpowiedni na daną chwilę sposób prezentacji danych na ekranie. | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja wartości numerycznych i krzywej dynamicznej prężności CO2 w strumieniu wdechowym i wydechowym. | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja koncentracji anestetyku wziewnego na wdechu i wydechu. Możliwość obrazowania krzywe | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja krzywej przepływu w drogach oddechowych. | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja pętli: ciśnienie / objętość przepływ / objętość. | **TAK** |  |  |
|  | Ciągła prezentacja podatności układu oddechowego. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zapisania minimum jednej pętli spirometrycznej i jednej pętli wzorcowej. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zapisania więcej niż jednej pętli wzorcowej. | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja wartości ciśnienia gazów w instalacji szpitalnej na ekranie respiratora. | **TAK** |  |  |
|  | Manometr pomiaru ciśnienia w układzie na ekranie respiratora. | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna kalkulacja parametrów wentylacji po wprowadzeniu masy lub wzrostu pacjenta lub masy należnej pacjenta (IBW) lub masy ciała, wzrostu oraz płci. | **TAK** |  |  |
|  | Moduł pomiarów gazowych wyjmowany z aparatu. | **TAK** |  |  |
|  | Moduł pomiarów gazowych wyjmowany z aparatu, możliwość zastosowania w monitorze. | **TAK** |  |  |
| PODŁACZENIE PAROWNIKÓW |
|  | Uchwyt dla minimum 2-ch parowników | **TAK** |  |  |
|  | Podłączenie parowników typu Selectatec. | **TAK** |  |  |
| SSAK |
|  | Aparat wyposażony w wbudowany ssak inżektorowy z regulacją podciśnienia, z pojemnikami minimum 0,7 l do wymiennych wkładów. | **TAK** |  |  |
|  | Wymienne wkłady: minimum 5 szt.  | **TAK** |  |  |
| SYSTEM TESTOWANIA APARATU |
|  | Automatyczny lub automatyczny z interakcją z personelem test kontrolny aparatu, sprawdzający jego działanie. | **TAK** |  |  |
|  | Test szczelności parowników , wynik prezentowany na ekranie aparatu.  | **TAK** |  |  |
|  | Dziennik testów kontrolnych prezentowany na ekranie aparatu. | **TAK** |  |  |
|  | Konstrukcja aparatu umożliwiająca zainstalowanie kardiomonitora w ergonomicznej dla personelu medycznego pozycji. | **TAK** |  |  |
| KARDIOMONITOR DO APARATU DO ZNIECZULEŃ |
|  | Możliwość integracji z dostępnym klinicznym systemem informatycznym (CIS) w polskiej wersji językowej, umożliwiającym prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i jej ciągłość w zakresie opieki około-intensywnej i około operacyjnej, zapewniającym przynajmniej: automatyczną akwizycję parametrów życiowych z oferowanych monitorów, ale także: respiratorów, aparatów do znieczulania, pomp infuzyjnych i do terapii nerkozastępczej; dokumentację terapii płynowej i lekowej, obliczanie bilansu płynów, ocenę stanu pacjenta wg. znanych skal ocen (m.in.: APACHE II, GCS, TISS-28, SOFA), tworzenie zleceń lekarskich, dokumentację procesu opieki pielęgniarskiej, generowanie raportów (w tym karta znieczulenia). | **TAK** |  |  |
|  | System monitorowania pacjenta o budowie modułowej lub kompaktowo-modułowej, w technologii wymiennych modułów podłączanych podczas pracy przez użytkownika. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor zapewnia monitorowanie pacjenta stacjonarnie i w transporcie: pojedynczy monitor stacjonarno-transportowy lub monitor stacjonarny wyposażony w niewielkich rozmiarów moduł transportowy z ekranem. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor wyposażony we wbudowaną ramę na min. 1 moduł rozszerzeń oraz dodatkową, zewnętrzną ramę do podłączenia min. 2 dodatkowych modułów rozszerzeń. | **TAK** |  |  |
|  | Wszystkie elementy systemu monitorowania pacjenta chłodzone konwekcyjnie, pasywnie - bez użycia wentylatorów. | **TAK** |  |  |
|  | System monitorowania pacjenta przeznaczony do monitorowania pacjentów we wszystkich kategoriach wiekowych: dorosłych, dzieci i noworodków. | **TAK** |  |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor wyposażony w tryb "Standby" - tymczasowe wstrzymanie monitorowania pacjenta oraz sygnalizowania alarmów, np. na czas toalety pacjenta lub badania diagnostycznego. Po wznowieniu monitorowania następuje kontynuacja monitorowania tego samego pacjenta bez utraty zapisanych danych. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor wyposażony w tryb nocny: uruchamiany ręcznie lub automatycznie. Przełączenie w tryb nocny zapewnia min. obniżenie jasności ekranu. | **TAK** |  |  |
|  | Dostęp na ekranie monitora do kompletu dokumentacji: instrukcji obsługi wraz z dodatkami, instrukcji technicznej, opisu interfejsu HL7 oraz kompletnej listy akcesoriów i materiałów zużywalnych. Nawigacja po instrukcji przy użyciu hiperłączy ułatwiających przełączanie pomiędzy dokumentami i rozdziałami. | **TAK** |  |  |
| ZASILANIE |
|  | Zasilanie sieciowe 230V/50Hz. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor wyposażony w zasilanie akumulatorowe zapewniające przynajmniej 180 minut pracy na wypadek zaniku zasilania lub transportu. W czasie pracy na baterii parametry są wyświetlane na dużym ekranie monitora stacjonarno-transportowego lub stacjonarnego. | **TAK** |  |  |
| PRACA W SIECI CENTRALNEGO MONITOROWANIA |
|  | Możliwość pracy w sieci centralnego monitorowania, zgodnej ze standardem Ethernet. | **TAK** |  |  |
|  | Monitory umożliwiają wykorzystanie jednej fizycznej infrastruktury teleinformatycznej, w sieci przewodowej i bezprzewodowej, do celu sieci centralnego monitorowania oraz innych aplikacji szpitalnych, w sposób zapewniający bezpieczeństwo i priorytet przesyłania wrażliwych danych medycznych. | **TAK** |  |  |
|  | Monitory gotowe do współpracy z centralą monitorującą, która umożliwia zdalny nadzór nad oferowanymi monitorami, a także w pełni modułowymi monitorami wysokiej klasy tego samego producenta. Nadzór oznacza podgląd bieżących wartości parametrów, krzywych i stanów alarmowych, możliwość wyciszania alarmów i zmiany granic alarmowych, możliwość retrospektywnej analizy danych (trendów i full disclosure). | **TAK** |  |  |
|  | Monitory wyposażone w funkcję wysyłania parametrów życiowych monitorowanych pacjentów do zewnętrznych systemów, za pośrednictwem protokołu HL7. Funkcja realizowana bezpośrednio przez kardiomonitory lub dedykowany serwer komunikacyjny - ujęty w ofercie. | **TAK** |  |  |
|  | Monitory umożliwiają zdalny podgląd ekranu innego kardiomonitora pracującego w sieci centralnego monitorowania. Funkcjonalność zależy wyłącznie od funkcjonowania sieci monitorowania i nie wymaga obecności dedykowanych komputerów, serwerów, centrali monitorującej, itp. | **TAK** |  |  |
|  | Monitory umożliwiają wyświetlanie informacji o alarmach występujących na pozostałych kardiomonitorach pracujących w sieci centralnego monitorowania. Możliwość konfiguracji stanowisk, pomiędzy którymi mają być wymieniane informacje o alarmach. | **TAK** |  |  |
|  | Monitory zapewniają automatyczne otwarcie ekranu zdalnego monitora w momencie wystąpienia zdarzenia alarmowego. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość drukowania krzywych, raportów, na podłączonej do sieci centralnego monitorowania tradycyjnej drukarce laserowej | **TAK** |  |  |
| WYMOGI FUNKCJONALNE |
|  | Monitor stacjonarny lub stacjonarno-transportowy wyposażony w dotykowy ekran panoramiczny o przekątnej min. 15,5" i rozdzielczości min. 1366 x 768 pikseli. Umożliwia wyświetlanie przynajmniej 12 krzywych dynamicznych jednocześnie i pełną obsługę funkcji monitorowania pacjenta. Nie dopuszcza się realizacji tej funkcjonalności z wykorzystaniem zewnętrznego, dodatkowego ekranu lub innych rozwiązań zależnych od funkcjonowania sieci informatycznej. Rozmiar ekranu dostępny w czasie monitorowania transportowego min. 6,2". | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podłączenia dodatkowego ekranu powielającego o przekątnej min. 19”. Ekran podłączany z wykorzystaniem złącza cyfrowego. | **TAK** |  |  |
|  | Obsługa kardiomonitora poprzez ekran dotykowy.  | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zaprogramowania min. 7 różnych konfiguracji (profili) monitora, zawierających m.in. ustawienia monitorowanych parametrów oraz widoki ekranów. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wyboru spośród przynajmniej 16 różnych układów (widoków) ekranu, z możliwością edycji i zapisu przynajmniej 6 z nich. | **TAK** |  |  |
|  | Dostępny tzw. ekran dużych liczb z możliwością podziału na 4 oraz 6 okien parametrów | **TAK** |  |  |
|  | Monitor stacjonarno-transportowy lub moduł transportowy przystosowany do warunków transportowych, odporny na upadek z wysokości przynajmniej 0,25m. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor stacjonarno-transportowy lub moduł transportowy przystosowany do warunków transportowych, klasa odporności na zachlapanie wodą nie gorsza niż IPX2. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor stacjonarno-transportowy lub monitor stacjonarny odporny przeciwko zachlapaniu i wnikaniu ciał stałych. Klasa odporności nie gorsza niż IP22. | **TAK** |  |  |
|  | Masa monitora stacjonarno-transportowego lub modułu transportowego wraz z wbudowanym ekranem oraz akumulatorem nie przekraczająca 5,5 kg. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor stacjonarno-transportowy lub moduł transportowy umożliwia kontynuację monitorowania w czasie transportu przynajmniej następujących parametrów (zgodnie z ich wymogami opisanymi w dalszej części opisu przedmiotu zamówienia): EKG, SpO2, NIBP, 2x Temp., 2x IBP, z możliwością rozbudowy o pomiar CO2 w strumieniu bocznym, w zależności od podłączonych modułów pomiarowych. | **TAK** |  |  |
| Monitorowane parametry |
| EKG. |
|  | Jednoczesna prezentacja przynajmniej 3 kanałów EKG na ekranie głównym kardiomonitora: 3 różne odprowadzenia lub 1 odprowadzenie w formie kaskady. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar częstości akcji serca w zakresie min. 30 - 300 ud/min. | **TAK** |  |  |
|  | W komplecie do każdego monitora: przewód do podłączenia 5- elektrod dla dorosłych i dzieci. Długość przewodów przynajmniej 3m. | **TAK** |  |  |
|  | Analiza arytmii. | **TAK** |  |  |
|  | Analiza arytmii w przynajmniej 4 odprowadzeniach EKG jednocześnie. | **TAK** |  |  |
|  | Zaawansowana analiza arytmii wg przynajmniej 12 definicji z rozpoznawaniem arytmii komorowych i przedsionkowych, w tym migotania przedsionków. Dopuszcza się realizację tej funkcjonalności przez zewnętrzny aparat EKG z trybem pomiaru ciągłego - w takiej sytuacji należy zaoferować 1 szt. takiego aparatu na każdy oferowany kardiomonitor. | **TAK** |  |  |
|  | Analiza ST. | **TAK** |  |  |
|  | Analiza odcinka ST w min. 7 odprowadzeniach jednocześnie. | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiarowy analizy odcinka ST min. -9,0 -(+) 9,0 mm. | **TAK** |  |  |
| Oddech. |
|  | Pomiar częstości oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 4-120 odd/min. | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja częstości oddechu oraz krzywej oddechowej. | **TAK** |  |  |
| SATURACJA (SPO2). |
|  | Pomiar wysycenia hemoglobiny tlenem, z wykorzystaniem algorytmu odpornego na niską perfuzję i artefakty ruchowe. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar saturacji w zakresie min. 70-100% | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja wartości saturacji, krzywej pletyzmograficznej i wskaźnika perfuzji. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wyboru SPO2 jako źródła częstości rytmu serca. | **TAK** |  |  |
|  | Modulacja dźwięku tętna przy zmianie wartości % SpO2. | **TAK** |  |  |
|  | W komplecie do każdego monitora: przewód podłączeniowy dł. min. 3m oraz wielorazowy, elastyczny czujnik na palec dla dorosłych. Oryginalne akcesoria pomiarowe producenta algorytmu pomiarowego. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną (NIBP). | **TAK** |  |  |
|  | Algorytm pomiarowy wykorzystujący dwutubowy systemem wężyków i mankietów, skokową deflację, odporny na zakłócenia, artefakty i niemiarową akcję serca, skraca czas pomiarów przez wstępne pompowanie mankietu do wartości bezpośrednio powyżej ostatnio zmierzonej wartości ciśnienia skurczowego. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ręczny na żądanie, ciągły przez określony czas oraz automatyczny. Zakres przedziałów czasowych w trybie automatycznym przynajmniej 1 - 120 minut. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zaprogramowania własnych cykli pomiarowych NIBP, składających się z min. 4 kroków zawierających od 1 do 25 powtórzeń w wybranym odstępie czasu.  | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia w zakresie przynajmniej od 10 mmHg dla ciśnienia rozkurczowego do 250 mmHg dla ciśnienia skurczowego. | **TAK** |  |  |
|  | Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej. Możliwość wyświetlania listy ostatnich wyników pomiarów NIBP na ekranie głównym. | **TAK** |  |  |
|  | W komplecie do każdego monitora: wężyk z szybkozłączką dla dorosłych/dzieci oraz 3 mankiety wielorazowe dla dorosłych (w 3 różnych rozmiarach). Dodatkowo na całą instalację 20 szt. mankietów dla pacjentów otyłych. | **TAK** |  |  |
|  | Mankiety dla pacjentów otyłych stożkowe, dedykowane i walidowane do pomiaru na przedramieniu. | **TAK** |  |  |
| TEMPERATURA. |
|  | Pomiar temperatury w 2 kanałach. | **TAK** |  |  |
|  | Jednoczesna prezentacja w polu parametru temperatury na ekranie głównym monitora stacjonarnego min. 2 wartości temperatury jednocześnie: obu zmierzonych lub jednej zmierzonej i różnicy temperatury. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość ustawienia etykiet temperatur wg miejsca pomiaru. | **TAK** |  |  |
|  | W komplecie do każdego monitora: wielorazowy czujnik temperatury skóry dla dorosłych. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (IBP). | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną w 2 kanałach. Możliwość rozbudowy do przynajmniej 3 kanałów. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia w zakresie przynajmniej -20 do 320 mmHg. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość monitorowania i wyboru nazw różnych ciśnień, w tym ciśnienia śródczaszkowego, wraz z automatycznym doborem skali i ustawień dla poszczególnych ciśnień.  | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar parametru PPV: automatyczny lub ręczny. | **TAK** |  |  |
|  | Ciągły, automatyczny pomiar parametrów PPV i SPV na wybranym kanale ciśnienia. Prezentacja wyników pomiarów na ekranie głównym. Parametry zapisywane w trendach. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar zwiotczenia mięśni (NMT). | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar zwiotczenia mięśni przez monitorowanie transmisji nerwowo-mięśniowej NMT z wykorzystaniem elektrosensora lub akcelerometru 3D. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar metodą nie wymagającą detekcji ruchu mięśni na skutek stymulacji bodźcem elektrycznym. Sygnalizacja dźwiękowa impulsów stymulacji oraz ustępowania blokady. | **TAK** |  |  |
|  | Dostępne tryby stymulacji min.: ST, DBS, TET, ToF. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego systemu monitorowania, przenoszonego pomiędzy stanowiskami, zapewniającego wyświetlanie monitorowanych parametrów na ekranie monitora i pełną obsługę funkcji monitorowania i alarmowania za pośrednictwem ekranu monitora pacjenta lub z wykorzystaniem zewnętrznego urządzenia zapewniającego prezentację wartości mierzonych parametrów na ekranie oferowanego kardiomonitora. | **TAK** |  |  |
|  | W komplecie do każdego monitora: przewód i czujnik do stosowania na dłoni i stopie (dla pacjentów dorosłych i pediatrycznych) oraz min. 30 elektrod do stymulacji. W przypadku urządzenia zewnętrznego w komplecie: uchwyt montażowy zapewniający bezpieczne mocowanie na stanowisku pacjenta oraz zestaw przewodów do podłączenia urządzenia do kardiomonitora. | **TAK** |  |  |
| POMIAR GŁĘBOKOŚCI UŚPIENIA. |
|  | Pomiar głębokości uśpienia metodą Entropii lub BIS. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar realizowany przez analizę sygnału EEG, wspomaganego pomiarem elektromiografii mięśni czoła, z obliczaniem parametrów SE, RE i BSR. | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego systemu monitorowania, przenoszonego pomiędzy stanowiskami, zapewniającego wyświetlanie monitorowanych parametrów na ekranie monitora i pełną obsługę funkcji monitorowania i alarmowania za pośrednictwem ekranu monitora pacjenta lub z wykorzystaniem zewnętrznego urządzenia zapewniającego prezentację wartości mierzonych parametrów na ekranie oferowanego kardiomonitora. | **TAK** |  |  |
|  | W komplecie do każdego modułu lub osobnego urządzenia : przewód pośredni i min. 25 czujników. W przypadku urządzenia zewnętrznego w komplecie uchwyt montażowy zapewniający bezpieczne mocowanie na stanowisku pacjenta oraz zestaw przewodów do podłączenia urządzenia do kardiomonitora. | **TAK** |  |  |
| Możliwości rozbudowy. |
|  | Możliwość rozbudowy o monitorowanie gazowe w strumieniu bocznym, min.: CO2, O2, N2O i anestetyków z automatyczną identyfikacją środka znieczulającego oraz prezentacją MAC / MACage. Pomiary możliwe u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych. Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego systemu monitorowania, przenoszonego pomiędzy stanowiskami, zapewniającego wyświetlanie monitorowanych parametrów na ekranie monitora i pełną obsługę funkcji monitorowania i alarmowania za pośrednictwem ekranu monitora pacjenta. Możliwość zamiennego stosowania modułu pomiarowego pomiędzy różnymi monitorami i aparatami do znieczulania tego samego producenta. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pomiar rzutu minutowego serca z wykorzystaniem cewnika Swana-Ganza. Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego systemu monitorowania, przenoszonego pomiędzy stanowiskami, zapewniającego wyświetlanie monitorowanych parametrów na ekranie monitora i pełną obsługę funkcji monitorowania i alarmowania za pośrednictwem ekranu monitora pacjenta. | **TAK** |  |  |
| ALARMY. |
|  | Alarmy przynajmniej 3-stopniowe, sygnalizowane wizualnie i dźwiękowo, z wizualizacją parametru, który wywołał alarm. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zmiany priorytetu alarmów. | **TAK** |  |  |
|  | Alarmy techniczne z podaniem przyczyny. | **TAK** |  |  |
|  | Granice alarmowe regulowane ręcznie - przez użytkownika, i automatycznie (na żądanie) - na podstawie bieżących wartości parametrów. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wyciszenia alarmów. Czas wyciszenia alarmów przynajmniej: 2 minuty oraz bez limitu czasowego. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor wyposażony w pamięć przynajmniej 100 zdarzeń alarmowych zawierających wycinki krzywych dynamicznych. Zdarzenia zapisywane automatycznie - w chwili wystąpienia zdarzenia alarmowego, a także ręcznie - po naciśnięciu odpowiedniego przycisku. | **TAK** |  |  |
| ANALIZA DANYCH. |
|  | Stanowisko monitorowania pacjenta wyposażone w pamięć trendów z ostatnich min. 96 godzin. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wyświetlania trendów w formie graficznej i tabelarycznej. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor wyposażony we wbudowaną pamięć pełnych przebiegów dynamicznych mierzonych parametrów z min. 72 godzin dla przynajmniej: wszystkich przebiegów EKG, SpO2, Oddechu i 2x IBP. Dopuszcza się realizację tej funkcjonalności przez zewnętrzną aplikację uruchamianą na ekranie oferowanego monitora - ujętą w ofercie. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor wyposażony w funkcję wczesnego ostrzegania wg skali NEWS oraz funkcję OxyCRG. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor wyposażony w port USB do przenoszenia konfiguracji oraz trendów. Funkcja eksportu trendów zabezpieczona hasłem, trendy eksportowane w formie zanonimizowanej, zaszyfrowanej w formacie umożliwiającym odczyt z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego. | **TAK** |  |  |
| DODATKOWE AKCESORIA OPRÓCZ STANDARDOWEGO WYPOSAŻENIA |
|  | Zestaw przewodów odprowadzeń EKG, do 3- elektrod, typu grabber, standard IEC, 130 cm kompatybilny z monitorem  | **TAK** |  |  |
|  | Zestaw przewodów odprowadzeń EKG, do 5- elektrod, zgrupowane, typu grabber, standard IEC, mix 74 cm/ 29 in, 130 cm/ 51 in kompatybilny z monitorem  | **TAK** |  |  |
|  | Przewód zbiorczy EKG, 3/5-odprowadzeń,IEC, 3.6 m/12 ft  | **TAK** |  |  |
|  | Przewód interfejsowy ciśnienia nieinwazyjnego dla dorosłych, , dł. 3.6M  | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet wielorazowy rozm. Mały Dorosły (długi rzep), 17-25 cm, 2T, - Op. 5 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet wielorazowy, rozm. Dorosły(długi rzep), 23-33 cm, Op. 5 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet wielorazowy, rozm. Duży Dorosły (długi rzep), 31-40 cm, Op. 5 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet jednopacjentowy, rozm. Mały Dorosły, 17-22 cm, - Op. 20 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet jednopacjentowy , rozm. Dorosły - Op. 20 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet jednopacjentowy SOFT-CUF, rozm. Duży Dorosły - Op. 20 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet jednopacjentowy na przedramię dla pacjentów otyłych - Op. 20 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Wielorazowy czujnik temperatury – przełykowy/rektalny(dorosły) – 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Wielorazowy czujnik temperatury – naskórny(dorosły) 1 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Zestaw przewodów odprowadzeń EKG, do 3- elektrod, typu grabber, standard IEC, 130 cm/ 51 in kompatybilny z monitorem  | **TAK** |  |  |
|  | Zestaw przewodów odprowadzeń EKG, do 5- elektrod, zgrupowane, typu grabber, standard IEC,mix 74 cm/ 29 in, 130 cm/ 51 in kompatybilny z monitorem  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**LAMPA BEZCIENIOWA - 2 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK**  |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK**  |  |  |
|  | Biały stelaż z podstawą wyposażoną w kółka  | **TAK** |  |  |
|  | Źródło światła: LED | **TAK**  |  |  |
|  | Moc łączna 12 W | **TAK** |  |  |
|  | Średnica głowicy 260 mm ± 20 mm | **TAK**  |  |  |
|  | Średnica oświetlanego pola: 20 cm przy 1m | **TAK**  |  |  |
|  | Natężenie światła przy danej odległości46.000 LUX (100 cm)68.000 LUX (60 cm) | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja jasności i barwy temperatury światła | **TAK**  |  |  |
|  | Temperatura 4000-5000K | **TAK** |  |  |
|  | Żywotność LED min 50000 godzin  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 2**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**TORBA NA WAGĘ NIEMOWLĘCĄ – 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 20223 | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary torby: 570 x 150 x 330mm ± 20 mm  | **TAK** |  |  |
|  | Wodoodporne, nylonowe pokrycie | **TAK** |  |  |
|  |  Regulowany pasek | **TAK** |  |  |
|  | Waga netto max.1 kg  | **TAK** |  |  |
|  | Dopasowana do wagi SECA 834 | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 3**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**ZESTAW GUM DO ĆWICZEŃ**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Produkt nowy Produkcja nie starsza niż 2023 rok . | **TAK** |  |  |
|  | Gumowa pętla do ćwiczeń W rozmiarach i mocy oporu :* średni- zielony (105cm x 21mm x 4,5mm) 2-szt
* mocny- czerwony (105cm x 26mm x 4,5mm) – 2 szt.
 | **TAK** |  |  |
|  | Gumowa pętla do ćwiczeń W rozmiarach * opór średni- kolor zielony (50 mm x 0,7 mm x 30 cm)2szt.
* opór mocny- kolor czerwony (50 mm x 0,9 mm x 30 cm) – 2szt.
 | **TAK** |  |  |
|  | Taśma rehabilitacyjna lateksowa 2,5 m o oporze:* Średnim – 2 szt.
* Mocnym – 2 szt.
 | **TAK** |  |  |
|  | Taśma rehabilitacyjna lateksowa 5 m o oporze:* Średnim – 2 szt.
* Mocnym – 2 szt.
 |  |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 4**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**ZESTAW TABLIC DO BADANIA WZROKU DALTONIZM**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji nie starszy 2023 | **TAK**  |  |  |
|  | Tablice pseudoizochromatyczne przeznaczone do badania widzenia barw. | **TAK** |  |  |
|  | Etui zabezpieczające tablice przed zniszczeniem. | **TAK** |  |  |
|  | Zestaw tablic ishihary zawiera 15 testów wykonanych z białego matowego papieru o dużej gramaturze. | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary kart: 10 x 10 cm | **TAK** |  |  |
|  | Na tablicach znajdują się cyfry | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 5**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**APARAT DO BADANIA CRP -1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie starsze niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Analizator przeznaczony do ilościowego oznaczania CRP z krwiwłośniczkowej pobieranej z palca pacjenta. | **TAK** |  |  |
|  | Wynik ilościowy CRP w mg/l | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiaru 2,5 – 3000 mg/l | **TAK** |  |  |
|  | Objętość próbki 10ul. krwi z palca pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Przenośny i kompaktowy | **TAK** |  |  |
|  | Czas odczytu 3 minuty | **TAK** |  |  |
|  | Zestaw testowy 50 sztuk/oznaczeń  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 6**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**PLECAK RATOWNICZY -2 SZT**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Przestronne i praktyczne wnętrze oparte na przejrzystym rozmieszczeniu wyposażenia, 2 kieszenie z przodu3 kieszenie bocznewewnętrzne pasy mocujące | **TAK** |  |  |
|  | Dużo miejsca dla dużych ampułek  | **TAK** |  |  |
|  | Kieszeń na dokumenty | **TAK** |  |  |
|  | Odblaskowe pasy odblaskowe wzdłuż całej powierzchni plecaka | **TAK** |  |  |
|  | Modułowa i przejrzysta koncepcja wnętrza umożliwia bezpieczne i dobrze zorganizowane umieszczenie dużego sprzętu ratunkowego | **TAK** |  |  |
|  | Indywidulana organizacja wnętrza za pomocą transparentnych saszetek modułowych | **TAK** |  |  |
|  | Duża ilość pasków mocujących i użytecznych przegródek | **TAK** |  |  |
|  | Zintegrowany uchwyt na: 0,8 l /1 l /2 l butlę tlenową | **TAK** |  |  |
|  | Wytrzymały pasek mocujący | **TAK** |  |  |
|  | Ergonomiczny uchwyt z wzmocnionym rdzeniem | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość przenoszenia w pionie i poziomie | **TAK** |  |  |
|  | Miękkie, wygodne szelki | **TAK** |  |  |
|  | Schowek na szelki | **TAK** |  |  |
|  | Pasy szybkiego mocowania w pasie- idealna ochrona kręgosłupa | **TAK** |  |  |
|  | Materiał wytrzymały i wodoodporny.  | **TAK** |  |  |
|  | Dodatkowe wzmocnione dno | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary: 52 x 54 x 25 cm ± 2 cm | **TAK** |  |  |
|  | Waga 5 kg± 0,5 kg  | **TAK** |  |  |
|  | Pojemność: max. 55 L  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi i mycia i dezynfekcji w języku polskim  | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 7**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**APARAT DO TERAPII ULTRADŹWIĘKOWEJ - 2 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym 5" ± 1 | **TAK** |  |  |
|  | Jednoczesna praca dwóch głowic SnG, wówczas całkowita powierzchnia czół głowic w trybie dwusekcyjnym wynosi ok. 34,6 cm² | **TAK** |  |  |
|  | Tryb manualny | **TAK** |  |  |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych min. 150  | **TAK** |  |  |
|  | Baza programów użytkownika min. 50  | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość edycji nazw programów użytkownika | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wykonywania terapii LIPUS | **TAK** |  |  |
|  | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | **TAK** |  |  |
|  | Częstotliwość pracy 1 Mhz i 3 Mhz | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary 25,0 x 27,0 x 16,5 cm | **TAK** |  |  |
|  | Masa aparatu max 3 kg | **TAK** |  |  |
|  | Akumulator Li-On | **TAK** |  |  |
|  | Częstotliwość w trybie impulsowym 10 – 150 Hz z krokiem zmiennym dla GU-1, GU-5, SnG1 kHz LIPUS | **TAK** |  |  |
|  | Regulowane wypełnienie w trybie impulsowym |  |  |  |
|  | Kontrola przylegania czoła głowicy (mierzony efektywny czas zabiegu) | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podłączenia głowic : typ GU-1 - 1 cm2; 1/ 3 MHz typ GU-5 - 5 cm2; 1/ 3 MHztyp SnG - 17,3 cm2; 1/ 3 MHz | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie, pobór mocy 100 – 240 VAC, 50/60 Hz,24 VDC, 2,5 A | **TAK** |  |  |
|  | Głowica typu SNG i GU-5 cm2 w zestawie | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 5 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**NAPĘD ORTOPEDYCZNY**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Produkt fabrycznie nowy nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
| **NAPĘD** |
|  | Rękojeść wiertarska pistoletowaposiadająca podłączany od spodu akumulator litowo-jonowy niesterylny | **TAK** |  |  |
|  | Akumulator zamknięty w sterylnej obudowie, klasa IPX4, | **TAK** |  |  |
|  | Rękojeść wyposażona w dwa przyciski sterujące płynnie prędkością obrotów (obroty prawe, lewe, praca oscylacyjna) | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zablokowania przycisków | **TAK** |  |  |
|  | Napęd nie wymagający konserwacji i smarowania | **TAK** |  |  |
|  | Obudowa wykonana z materiału PEEK | **TAK** |  |  |
|  | Waga 0,5 kg ± 0,2 kg | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalne obroty na nasadkach wiertarskich 1300 obr./min | **TAK** |  |  |
|  | Moment obrotowy 3,3Nm | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalne obroty na nasadkach rozwiercających 300 obr/min | **TAK** |  |  |
|  | Moment obrotowy 9Nm | **TAK** |  |  |
|  | Kaniula napędu 3.2mm | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji w myjce – dezynfektorze, temperatura 90°C | **TAK** |  |  |
|  | Metody sterylizacji – autoklaw 134°C (minimalny czas sterylizacji 3 minuty, czas suszenia 15 minut) | **TAK** |  |  |
| **AKCESORIA**  |
|  | NASADKA WIERTARSKA JACOBSzakres 0 – 7,4mm, obroty maksymalne 1300 obr./min | **TAK** |  |  |
|  | NASADKA DO DRUTÓW KIRSCHNERA, O średnicy w zakresie 0,6 – 3,2 mm, Z mechanizmem zapobiegającym wypadaniu drutów przy braku nacisku na dźwignię | **TAK** |  |  |
|  | NASADKA PIŁA OSCYLACYJNAoscylacje maksymalne 23 000 osc./min | **TAK** |  |  |
|  | Uniwersalna przejściówka do ładowarki | **TAK** |  |  |
|  | Akumulator niesterylny litowo – jonowy (LI-ION) | **TAK** |  |  |
|  | Puszka do niesterylnej baterii wykonana z PEEK | **TAK** |  |  |
|  | Osłona do przenoszenia niesterylnej baterii do sterylnej puszki, Wykonana z PEEK | **TAK** |  |  |
|  | Metalowa pojemnik/koszyk do sterylizacji całego zestawu  | **TAK** |  |  |
|  | Akumulatory kompatybilne z ładowarką Arthrex  | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim.  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr5 Pozycja Nr 2**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**RĘKOJEŚĆ SHAVERA -1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Autoklawowalna rękojeść shavera | **TAK** |  |  |
|  | Kompatybilna z konsolą ARTHREX | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim.  | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 6 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**INKUBATOR TESTÓW BIOLOGICZNYCH SZYBKIEGO ODCZYTU - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim.  | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |
|  | Wyposażony w dwa niezależne rzędy na testy | **TAK** |  |  |
|  | W każdym rzędzie można jednocześnie inkubować w tej samej temperaturze wskaźniki o różnych czasach odczytu | **TAK** |  |  |
|  | Dla każdego rzędu cel możliwość wyboru innej temperaturę; | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczny wydruk po zakończonej inkubacji | **TAK** |  |  |
|  | Sygnał dźwiękowy sygnalizujący zakończenie inkubacji | **TAK** |  |  |
|  | Drukarka | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczne przechowywanie przygotowanych do transferu plików z wynikami badań | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość inkubacji testów :Wskaźnik- czas – temperatura :Para -20 minut-60 CPARA- 1 godzina – 60 CPARA -3 godziny 60 CPARA 24 godziny -60 C | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie kompatybilne ze wskaźnikami firmy Bionova  | **TAK**  |  |  |

**Zadanie Nr 6 Pozycja Nr 2**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**WÓZEK DO PRZEWOŻENIA MATERIAŁÓW STERYLNYCH - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Produkt fabrycznie nowy nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim.  | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |
|  | Górny blat płaski | **TAK** |  |  |
|  | Drzwi z uszczelką sylikonową oraz zamkiem  | **TAK** |  |  |
|  | Dwuskrzydłowe drzwi wykładające się na boczną ściankę wózka ok. 270 ° z blokadą drzwi otwartych | **TAK** |  |  |
|  | 2 wysuwane półki regulowane | **TAK** |  |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia na krótszym boku  | **TAK** |  |  |
|  | Odbojniki i bieżniki kół wykonane z materiału anastatycznego, nie brudzącego ścian i posadzki  | **TAK** |  |  |
|  | Wszystkie krawędzie zaokrąglone  | **TAK** |  |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana z rurki o średnicy minimum 25 i blachy o grubości 0,8 – 2,0 mm  | **TAK** |  |  |
|  | Stal nierdzewna odporna na środki chemiczne.  | **TAK** |  |  |
|  | Wózek wyposażony w 4 kółka  | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary: 907mm x 760 mm x 1270 mm ± 20 mm | **TAK** |  |  |
|  | Pojemność: 6 STE 600 mm x 300 mm x 300 mm ± 20  | **TAK** |  |  |