**Załącznik nr 2 do SIWZ**

 Nr referencyjny nadany w sprawie przez Zamawiającego: **DOZP.240.9.2019**

 **ZAMAWIAJĄCY:** WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BYDGOSZCZY

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

|  |
| --- |
| **model (należy podać) -** |
| **producent (należy podać) -** |

 |
| **Lp.** | **Parametry techniczne wymagane/ graniczne** | **TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
|  | Przenośny defibrylator z monitorowaniem funkcji życiowych pacjenta przeznaczony do intensywnego użytkowania z drukarka dedykowaną do urządzenia |  |  |
|  | Aparat przeznaczony do pracy ze wszystkimi grupami pacjentów: dorośli, dzieci, noworodki |  |  |
|  | Defibrylator wyposażony w zintegrowane torby na akcesoria oraz uchwyt transportowy z dodatkowym pasem na ramię. |  |  |
|  | Wydruk: zrejestrowane EKG z: danymi pacjenta, parametrami życiowymi |  |  |
|  | Masa kompletnego urządzenia gotowego do pracy, ze wszystkimi akcesoriami koniecznymi do defibrylacji i monitorowania pacjenta max. 5 kg |  |  |
|  | Stopień ochrony: min IP44 |  |  |
|  | Urządzenie odporne na wstrząsy  |  |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe – rok produkcji 2019  |  |  |
|  | **ZASILANIE** |  |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe - akumulator litowo-jonowy |  |  |
|  | Akumulator w defibrylatorze + 1 akumulator zapasowy |  |  |
|  | Aparat wyposażony w baterię podtrzymującą, zapewniającą ciągłe monitorowanie na czas wymiany akumulatora przez ok. 30 sekund |  |  |
|  | Czas pracy na akumulatorze: min. 300 minut ciągłego monitorowania pacjenta lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią |  |  |
|  | Dwumiejscowa ładowarka do akumulatorów, stacjonarna |  |  |
|  | **DEFIBRYLACJA** |  |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji |  |  |
|  | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna |  |  |
|  | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna wykonywane za pomocą elektrod naklejanych, które mogą być przechowywane w temp. (-) 40OC do ( + ) 75OC |  |  |
|  | Energia defibrylacji w zakresie min. 1 do 200J |  |  |
|  | Tryby pracy w funkcji defibrylacji: zsynchronizowany (kardiowersja), niezsynchronizowany i AED |  |  |
|  | Funkcja bezpiecznego rozładowania zgromadzonej energii |  |  |
|  | Elektrody defibrylacyjno/stymulacyjne samoprzylepne: dla dorosłych min. 8 kpl., dla dzieci min. 2 kpl. |  |  |
|  | **MONITOROWANIE I REJESTRACJA** |  |  |
|  | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 7'' o wysokim kontraście, rozdzielczość min. 800x480 pixeli |  |  |
|  | Możliwość wyświetlenia 4 różnych krzywych dynamicznych jednocześnie oraz 12 krzywych EKG w trybie monitorowania 12-odprowadzeniowego EKG |  |  |
|  | Tryb doradczy w zakresie umieszczenia elektrod z sygnalizacją słabego sygnału lub źle podłączonych elektrod |  |  |
|  | Możliwość prezentacji trendów  |  |  |
|  | Prezentacja zapisu 12 odprowadzeniowego na ekranie z siateczką milimetrową |  |  |
|  | Wewnętrzna pamięć z możliwością archiwizacji: danych pacjenta, parametrów życiowych pacjenta, zrzutów ekranowych, informacji zwrotnych RKO, krzywych defibrylacji, krzywych EKG, impedancji, zdarzeń oraz przebiegu pracy. |  |  |
|  | **EKG** |  |  |
|  | Monitorowanie 3 odprowadzeń EKG  |  |  |
|  | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą i interpretacją |  |  |
|  | Monitorowanie EKG z 12 odprowadzeń z funkcją doradczą biorącą pod uwagę podczas analizy: wiek i płeć pacjenta |  |  |
|  | Wyświetlanie wybranych odprowadzeni od 1 do 12 |  |  |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 20-350 /min.  |  |  |
|  | Szybka diagnoza za pomocą sygnału EKG z klatki piersiowej pacjenta za pomocą elektrod defibrylacyjnych |  |  |
|  | Wykrywanie impulsów stymulatora |  |  |
|  | Kabel EKG 3-odprow., 1 szt. |  |  |
|  | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt. |  |  |
|  | **STYMULACJA ZEWNĘTRZNA** |  |  |
|  | Tryb pracy: stymulacja na żądanie i ze stałą częstotliwością  |  |  |
|  | Kabel do stymulacji/defibrylacji łyżkami miękkimi |  |  |
|  | **PULSOKSYMETRIA** |  |  |
|  | Pomiar SpO2 w technologii Masimo SET odpornej na zakłócenia |  |  |
|  | Wielorazowy czujnik SpO2 z nielaserową diodą LED – klips palcowy dla dorosłych 1 szt.+ dziecięcy 1szt. + noworodkowy 1 sz. |  |  |
|  | **NIBP** |  |  |
|  | Tryb pomiarów ręczy, automatyczny |  |  |
|  | Zakres mierzonego ciśnienia min. 30 do 255 mmHg |  |  |
|  | Metoda oscylometryczna |  |  |
|  | Wskaźnik ekranowy prezentujący rosnące ciśnienie w mankiecie |  |  |
|  | Prezentowanie ostatnich czterech pomiarów w ekranowym oknie pomiaru NIBP  |  |  |
|  | W komplecie standardowy mankiet wielorazowy dla pacjentów dorosłych – 1 szt. + dziecięcy 1 szt.  |  |  |
|  | **Temperatura** |  |  |
|  | Czujnik temperatury głębokiej  |  |  |
|  | **Komunikacja/ transmisja danych** |  |  |
|  | Bezprzewodowa transmisja danych za pomocą GPRS/3G lub WiFi |  |  |
|  | Gniazdo USB |  |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Funkcja autotestu, przeprowadzanego przez aparat w skonfigurowanych odstępach czasowych ( ustawiane dni i godziny) bez potrzeby angażowania personelu medycznego z możliwością zgrania na nośnik USB |  |  |
|  | Konfiguracja domyślnego widoku ekranu wyświetlanego po uruchomieniu aparatu |  |  |
|  | System alarmowy z funkcją konfiguracji |  |  |
|  | Alarmy techniczne i fizjologiczne z ustawieniem priorytetów |  |  |
|  | Aktualizacja oprogramowania aparatu w ramach działających w nim opcji defibrylacyjnych i funkcji monitorowania bez konieczności inwestowania w dodatkowe wyposażenie aparatu przeprowadzana w miarę ukazywania się nowych wersji oprogramowania. |  |  |
|  | Pełne oprogramowanie w języku polskim |  |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |  |
|  | Łącze Bluetooth |  |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące |  |  |
|  | W przypadku konieczności wysłania do serwisu sprzętu medycznego udostępnienie urządzenia zastępczego w następnym dniu roboczym po zgłoszeniu takiej potrzeby przez Zamawiającego  |  |  |
|  | Atesty i certyfikaty wymagane obowiązującym prawem dopuszczające urządzenie do pracy w Polsce |  |  |
|  | **Parametry oferowane dodatkowo oceniane** | **tak/nie** | **Waga punktowa parametrów dodatkowo ocenianych** |
|  | 5 bezpłatnych przeglądów okresowych |  | 30 |
|  | Przedłużony okres gwarancji (powyżej 24 miesięcy) |  | 10 |

*Oświadczam, że podane parametry odpowiadają wymogom SIWZ*

 *……………………………………………. ……………………………………………..*

 miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy