Załącznik nr 1 do swz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/6/21

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 10** – Defibrylator modułowy ze stymulacją oraz torbami transportowymi - 3 szt. (od jednego producenta)

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji: ......................................................

Klasa wyrobu medycznego- II b

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| Wymagania ogólne | | | |
|  | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym, łyżkami dla dorosłych i dzieci, kompletem akumulatorów i kabli. | Tak |  |
|  | Ekran min. 8,4” TFT, kolorowy, z podświetleniem LED, min. 170x127 mm, z możliwością ustawienia kontrastów w 8 poziomach. | Tak |  |
|  | Kardiowersja, stymulacja,, monitorowanie EKG z 5 pięciożyłowego kabla EKG | Tak |  |
|  | Tryb ekranu z wysokim kontrastem zapewniający dobrą widoczność w świetle słonecznym. | Tak |  |
|  | Możliwość wyświetlania min. 4 krzywych | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany kolorów wyświetlanych wartości. | Tak |  |
|  | Selektor terapii umożliwiający włączenie urządzenia z jednoczesnym wyborem trybu pracy oraz w przypadku defibrylacji ręcznej, wyboru poziomu energii. | Tak |  |
|  | Ciężar max. 10 kg razem z łyżkami dla dzieci i dorosłych, kompletem akumulatorów i kabli | Tak |  |
|  | Aparat odporny na zalanie wodą - min. klasa IP55 | Tak |  |
|  | Automatyczne testy podczas włączenia i pracy defibrylatora. Możliwość wykonania testu ręcznie. Niedopuszczalne automatyczne testy bez udziału użytkownika, zaprogramowane o wyznaczonej porze. | Tak |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia wewnętrznego testu wyładowania podczas pracy defibrylatora oraz w trybie konfiguracji | Tak |  |
|  | Znajdujący się z przodu urządzenia, wskaźnik statusu informujący o ogólnym stanie defibrylatora . Wyświetla wszelkie błędy, gotowość do pracy, ładowanie baterii, rozładowanie baterii oraz brak źródła energii w przypadku braku akumulatora oraz podłączenia do źródła zasilania AC/DC. | Tak |  |
|  | Tryb demonstracyjny — stosowany w celu demonstrowania sposobu działania urządzenia; wyświetlane symulowane kształty fal | Tak |  |
|  | Wartości progowe alarmów zależne od skonfigurowanego typu pacjenta (dorosły lub pediatryczny), ikona informująca na ekranie. | Tak |  |
|  | Tryb AED z funkcją doradczą w formie komunikatów głosowych i grafik | Tak |  |
|  | Budowa modułowa typu Plug&Play, umożliwiająca rozbudowę defibrylatora o dodatkowe moduły (SpO2/ SpMet/ SpCO/ PVI/ SpHb/ SpOC, NIBP, IBP, TEMP, EtCO2) w siedzibie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Trendy: funkcja pokazująca mierzone parametry na osi czasu i w formie tabeli | Tak |  |
| **ZASILANIE** | | | |
| 18. | Zasilanie z instalacji prądu stałego 10-16 V DC, zasilacz zintegrowany | Tak |  |
| 19. | Zasilanie akumulatorowe - czas pracy na jednym akumulatorze:  - minimum 160 min. ciągłego monitorowania EKG,  -ponad 140 min. monitorowania EKG, SpO2, CO2 i pomiary NIBP co 15 min.  -minimum 150 defibrylacji z maksymalną energią  -ponad 150 min. monitorowania wraz ze stymulacją nieinwazyjną (100 mA i 100 ppm)  -60 minut drukowania z prędkością 25mm/s (rejestrator 106 mm) | Tak |  |
| 20. | Zasilacz sieciowy 230 V/50 Hz, integralny lub zewnętrzny moduł | Tak |  |
| 21. | Akumulatory Ni-MH lub równoważne | Tak |  |
| 22. | Możliwość szybkiej wymiany akumulatora lub zasilacza przez użytkownika | Tak |  |
| 23. | Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności – maksymalnie 3 godziny | Tak |  |
| **DEFIBRYLACJA** | | | |
| 24. | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa z kompensacją impedancji pacjenta | Tak |  |
| 25. | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna | Tak |  |
| 26. | Kardiowersja | Tak |  |
| 27. | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej. | Tak |  |
| 28. | Energia defibrylacji w zakresie min. 1-360 J | Tak |  |
| 29. | Czas ładowania do energii maksymalnej max 8 sekund, gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym | Tak |  |
| 30. | Czas ładowania do 200 J max 5 sekund | Tak |  |
| 31. | Automatyczna kompensacja impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek i elektrod jednorazowych | Tak |  |
| 32. | Min. 23 dostępnych poziomów energii przy defibrylacji zewnętrznej | Tak |  |
| 33. | Ładowanie, wyzwolenie energii i wydruk za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu | Tak |  |
| 34. | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych – zintegrowane łyżki dla dzieci / pediatryczne , podlączone do defibrylatora za pomocą jednego kabla | Tak |  |
| 35. | Wskaźnik na łyżce defibrylacji, prawidłowego kontaktu z ciałem pacjenta |  |  |
| 36. | Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii. Dodatkowo Możliwość rozładowania energii za pomocą przycisków do defibrylacji znajdujących się na łyżkach, nie dociskając łyżek do klatki piersiowej pacjenta. | Tak |  |
| 37. | Możliwość zmiany energii po załadowaniu energii defibrylacji, bez rozbrajania ładunku. | Tak |  |
| **DEFIBRYLACJA AED** | | | |
| 38. | Wybór energii od 150 do 360 J dla dorosłych | Tak |  |
| 39. | Wybór energii od 40 do 90 J dla dzieci | Tak |  |
| 40. | Defibrylacja półautomatyczna, możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min w przedziale od: 150 do 360 J dla pacjentów dorosłych oraz od 40 do 90 J dla pacjentów pediatrycznych. | Tak |  |
| 41. | Asystent CPR zgodny z wytycznymi 2010 ERC/AHA w postaci animacji wyświetlanych na ekranie defibrylatora oraz komendy głosowe w j. polskim. | Tak |  |
| 42. | Metronom | Tak |  |
| 43. | Wskaźnik informujący o poprawności wykonywania częstotliwości ucisków klatki piersiowej. | Tak |  |
| **REJESTRACJA** | | | |
| 44. | Wbudowany rejestrator termiczny na papier o szerokości min. 50 mm | Tak |  |
| 45. | Szybkość wydruku: 10 mm/sek; 25 mm/sek; 50 mm/ sek. | Tak |  |
| 46. | Wewnętrzna pamięć z możliwością archiwizacji odcinków krzywych EKG oraz przebiegu pracy: minimum 300 minut ciągłego EKG. | Tak |  |
| 47. | Slot z kartą pamięci minimum 512 MB = 128 godzin nieprzerwanego sygnału EKG wraz z dźwiękiem | Tak |  |
| **STYMULACJA** | | | |
| 48. | Tryby pracy: stały i "na żądanie" | Tak |  |
| 49. | Prąd stymulacji w zakresie min. 0-200 mA | Tak |  |
| 50. | Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 30-180 imp./min. | Tak |  |
| **EKG** | | | |
| 51. | Monitorowanie 3 lub 5 odprowadzeń EKG | Tak |  |
| 52. | Prezentacja częstości akcji serca z wartościami progowymi alarmów. | Tak |  |
| 53. | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 bpm dla pacjentów dorosłych oraz między 30-350 bpm dla pacjentów pediatrycznych. | Tak |  |
| 54. | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 4,0 cm/mV (min. 5 ustawień) | Tak |  |
| 55. | Alarm informujący o odłączeniu lub poluzowaniu kabla EKG po stronie pacjenta sygnalizowany dźwiękiem i ikoną na ekranie. | Tak |  |
| 56. | Alarm rytmów VT/VF, dźwiękowe i sygnalizowane ikoną na ekranie | Tak |  |
| 57. | Możliwość zastosowania filtru w celu wyeliminowania zakłóceń EKG pochodzących z aktywności mięśni. | Tak |  |
| 58. | Możliwość przypisania do monitorowania typu pacjenta, wieku, płci, rasy. | Tak |  |
| 59. | Informacja o pacjencie: dorosły, małoletni - prezentowana na ekranie defibrylatora w postaci ikony. | Tak |  |
| 60. | Prezentacja częstości akcji serca z wartościami progowymi alarmów. | Tak |  |
| **Wyposażenie jednostkowe** | | | |
| 61. | Kabel EKG 5-odprow., 1 szt. | Tak |  |
| 62. | Akumulator - 1 sztuka | Tak |  |
| 63. | Zasilacz sieciowy 230 V/50 Hz, integralny lub zewnętrzny moduł - 1 szt. | Tak |  |
| 64. | Łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i pediatryczne - 1 szt. | Tak |  |
| 65. | Elektrody wielofunkcyjne samoprzylepne w technologii Quik-Combo dla dorosłych -2 szt. | Tak |  |
| 66. | Torba na akcesoria - 1 szt. | Tak |  |
| 67. | Torba transportowa - 1 szt. | Tak |  |
| **INNE** | | | |
| 68. | Defibrylator gotowy do pracy bez dodatkowych nakładów (zawiera wszystkie kable, czujniki, torbę na akcesoria, łączniki potrzebne do uruchomienia wszystkich jego funkcji). | Tak |  |
| 69. | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, kopia zgłoszenia/powiadomienia dokonania zgłoszenia/powiadomienia o wyrobie do Prezesa Urzędu na podstawie art. 58 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 896). | Tak |  |
| 70. | Autoryzacja producenta na serwis gwarancyjny i pogwarancyjny oferowanej aparatury w Polsce lub umowa z autoryzowanym serwisem | Tak |  |
| 71. | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych, przez co najmniej 8 lat. | Tak |  |
| 72. | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak |  |
| 73. | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii do 48 godz., czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw max. 72 godz., czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów z zagranicy max. 7 dni. | Tak |  |

Całkowity koszt: ……………. zł netto, …………….. zł brutto

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego**

**parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**