

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

|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do Zadania nr 5 |
|  |

**OŚWIADCZAMY, ŻE OFERUJEMY:**Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.***Kolumnę 4 wypełnia Wykonawca.*** |  |
| **1. Defibrylator z wyposażeniem - 1 szt.** |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  |
| **Producent: .........................................................................**  |
| **Kraj produkcji: ...................................................................**  |
| **Rok produkcji: ...................................................................**  |
| **Lp.** | **OPIS** | **POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA****WYMAGANYCH PARAMETRÓW****I WARUNKÓW** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|   | **Defibrylator : (rok produkcji nie wcześniej niż 2021, fabrycznie nowy, niepowystawowy)** | **Tak** |   |
| **Zasilanie** |  |   |
| 1. | akumulatorowe i AC 230 V 50 Hz +/- 10% | Tak |  |
| 2. | średni czas pracy z baterii (przy monitorowaniu) min. 6 godz. | Tak |  |
| 3. | ilość defibrylacji z energią 200 J przy pracy z baterii 400 lub więcej | Tak |  |
| 4. | możliwość ładowania akumulatorów z AC 220 V 50 Hz +/- 10% lub ładowarką zewnętrzną  | Tak |  |
| **Funkcje / cechy** |  |   |
| 5. | urządzenie przenośne  | Tak |  |
| 6. | ciężar monitora z możliwością defibrylacji max. 10 kg | Tak |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych: EKG** |  |   |
| 7. | ilość kanałów ekg: min. 12 | Tak |  |
| 8. | interpretacja i analiza przebiegu ekg w zależności od wieku pacjenta | Tak |  |
| 9. | Pomiar uniesienia odcinka S-T na każdym odprowadzeniu ekg | Tak |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych: SpO2** **Pomiar saturacji krwi tętniczej** |  |   |
| 10. | zakres pomiaru min. 50 -100% | Tak |  |
| 11. | czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec  | Tak |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych: NIBP** **Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** |  |   |
| 12. | zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg | Tak |  |
| 13. | tryb ręczny i automatyczny | Tak |  |
| 14. | metoda pomiaru : oscylometryczna | Tak |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych: EtCO2****Pomiar stężenia CO2 w powietrzu wydychanym** |  |   |
| 16. | zakres pomiaru EtCO2 min. 0 - 99 mm Hg | Tak |  |
| 17. | zakres częstości oddechów min. 0 - 80 odd./min. | Tak |  |
| **Defibrylacja** |  |   |
| 18. | łyżki defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci | Tak |  |
| 19. | elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 2 kpl. | Tak |  |
| 20. | defibrylacja ręczna | Tak |  |
| 21. | defibrylacja półautomatyczna AED | Tak |  |
| 22. | zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J  | Tak |  |
| 23. | ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 24 | Tak |  |
| 24. | dwufazowa fala defibrylacji  | Tak |  |
| 25. | kardiowersja | Tak |  |
| **Stymulacja przezskórna serca** |  |   |
| 26. | tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | Tak |  |
| 27. | zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 50 – 150 / min. | Tak |  |
| 28. | zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10 -180 mA | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |  |
| **Ekran** |  |   |
| 29. | przekątna ekranu min. 8 cala | Tak |  |
| 30. | Kolorowy LCD TFT | Tak |  |
| 31. | Funkcja typu „sun view” – dobrej widoczności w dużym oświetleniu  | Tak |  |
| **Reanimacja krążeniowo - oddechowa** |  |   |
| 32. | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) | Tak |  |
| **Alarmy** |  |   |
| 33. | alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | Tak |  |
| **Drukarka** |  |   |
| 34. | Drukarka wbudowana będąca elementem oferowanego zastawu (stawka VAT jak dla wyrobu medycznego) | Tak |  |
| 35 | szerokość papieru 100 mm lub więcej | Tak |  |
| 36. | ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 | Tak |  |
| 37. | prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) | Tak |  |
| **Inne wymagania** |  |   |
| 38. | archiwizacjia przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | Tak |  |
| 39. | transmitowanie badań ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do stacji odbiorczych powszechnie używanych w Polsce - Lifenet System | Tak |  |
| 40. |  Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania  | Tak |  |
| 41. | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44  | Tak |  |
| 42. | Impregnowana torba/plecak do noszenia na ramieniu z kieszeniami na akcesoria i materiały zużywalne | Tak |  |
| 43. | Gwarancja min. 24 m-ce bezpłatne przeglądy sprzętu w okresie gwarancji wg zaleceń Producenta | Tak |  |

UWAGA!

Parametry, których wartość określona jest w rubryce „wartość wymagana” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Do oferty na wezwanie Zamawiającego należy dołączyć materiały informacyjne (np. katalog,) potwierdzające spełnienie wymagań opisanych w OPZ.

Oferent gwarantuje, że urządzenie jest nowe, kompletne i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

**Oświadczam, że urządzenie jest zgodne z opisem i posiada wymagane certyfikaty i dopuszczenia do stosowania.**

……………………………..

(miejscowość, data) (podpis oferenta )