**Zestawienie parametrów Załącznik nr 9 do SIWZ**

**Zadanie 1**

**Aparat EKG 12 kanałowy**

 Nazwa: ..............................................................

 Producent: ..............................................................

 Typ, model: ..............................................................

 **Rok produkcji: min. 2019 r. …………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | **Parametry techniczne wymagane**  |  |  |
|  | Kanały wyjściowe – Jednoczesna akwizycja wszystkich 12 odprowadzeń  | TAK PODAĆ |  |
|  | Standard Odprowadzeń – I, II, III, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6 | TAK PODAĆ |  |
|  | Wyświetlacz graficzny – Ciekłokrystaliczny, kolorowy wyświetlacz LCD ¼ VGA (320x240) prezentacja 4+4 lub 6+6 kanałów | TAK PODAĆ |  |
|  | Impedancja Wejściowa Dynamika Wejściowa Napięcie Niezrównoważenia CMRR – Spełnia lub przewyższa wymagania normy ANSI/AAMI EC1  | TAK PODAĆ |   |
|  | Prąd upływu pacjenta – Spełnia lub przewyższa wymagania normy ANSI/AAMI ES1Prąd upływu odbudowy | TAK PODAĆ |  |
|  | Częstotliwość próbkowania – 40.000 próbek/s/kanał do wykrywania impulsów stymulatora; 1.000 próbek/s/kanał do rejestracji i analizy | TAK PODAĆ |  |
|  | Rozdzielczość – 1.875 uV LSB | TAK PODAĆ |  |
|  | Przetwarzanie A/C – 20 bitów | TAK PODAĆ |  |
|  | Pasmo przenoszenia -0.05 do 300 Hz | TAK PODAĆ |  |
|  | Filtry – Wysokiej jakości filtr lini izoelektrycznej, filtr sieciowy 50/60 Hz, filtry dolnoprzepustowe 40 Hz, 150 Hz lub 300 Hz | TAK PODAĆ |  |
|  | Funkcje specjalne – Algorytm VERITAS interpretacji EKG uwzględniający wiek i płeć osoby badanej | TAK PODAĆ |  |
|  | Rodzaj papieru – papier termiczny w rolce; szerokość 210 mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Drukarka termiczna – sterowana komputerowo matryca 8 pkt/mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Przesuw papieru – 5,10,25 lub 50 mm/s | TAK PODAĆ |  |
|  | Czułość – 5,10 lub 20 mm/mV  | TAK PODAĆ |  |
|  | Format wydruku – standardowy lub Cabrera; 12,6 lub 3+1 kanałów  | TAK PODAĆ |  |
|  | Wydruk w trybie ręcznym – 3,6 kanałów z konfigurowalną grupą odprowadzeń lub 12 odprowadzeń | TAK PODAĆ |  |
|  | Klasa urządzenia – klasa I, Typ CF – urządzenie odporne defibrylację | TAK PODAĆ |  |
|  | Waga – max 3.63 kg z baterią (bez papieru) | TAK PODAĆ |  |
|  | Wymiary – 29.2 x 20.3 x 10.2 cm (+/- 10%) | TAK PODAĆ |  |
|  | Zasilanie – uniwersalne zasilanie sieciowe 100-240 VAC przy 50/60 Hz; bezobsługowy akumulator wewnętrzny | TAK PODAĆ |  |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK PODAĆ |  |
|  | Instrukcja pisemna w języku polskim | TAK PODAĆ |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK PODAĆ |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK PODAĆ |  |
|  | Czas reakcji serwisu max. 48 godz. | TAK PODAĆ |  |
|  | Adres i siedziba serwisu technicznego oraz tel i fax | TAK PODAĆ |  |

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

........................................................................... Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie**

**Pompy Strzykawkowe (szt. 10)**

 Nazwa: ..............................................................

 Producent: ..............................................................

 Typ, model: ..............................................................

 **Rok produkcji: min. 2019 r. …………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | Stosowanie strzykawek 2, 5, 10, 20, 30, 50 ml. Podać typ i producenta | TAK PODAĆ |  |
|  | Strzykawki montowane od czoła a nie od góry pompy | TAK PODAĆ |  |
|  | Klawiatura numeryczna umożliwiająca szybkie i bezpieczne programowanie pompy. | TAK PODAĆ |  |
|  | Wysokość pompy zapewniająca wygodną obsługę do 8 pomp, zamocowanych jedna nad drugą - maks 12 cm | TAK PODAĆ |  |
|  | Szybkość dozowania w zakresie 0,1-2000 ml/h | TAK PODAĆ |   |
|  | Programowanie parametrów infuzji w jednostkach:* ml,
* ng, μg, mg,
* μEq, mEq, Eq,
* mIU, IU, kIU,
* mIE, IE, kIE,
* cal, kcal, J, kJ
* jednostki molowe

z uwzględnieniem wagi pacjenta lub nie,z uwzględnieniem powierzchni pacjenta lub nie,na min, godz. dobę. | TAK PODAĆ |  |
|  | Wymagane tryby dozowania:* Infuzja ciągła,
* Infuzja bolusowa (z przerwą),
* Infuzja profilowa (min 12 faz infuzji),

Infuzja narastanie / ciągła / opadanie. | TAK PODAĆ |  |
|  | Dokładność infuzji 2% | TAK PODAĆ |  |
|  | Programowanie parametrów podaży Bolus-a i dawki indukcyjnej:* objętość / dawka
* czas lub szybkość podaży
 | TAK PODAĆ |  |
|  | Automatyczna zmniejszenie szybkości podaży bolusa, w celu uniknięcia przerwania infuzji na skutek alarmu okluzji | TAK PODAĆ |  |
|  | Możliwość wgrania do pompy biblioteki leków złożonej z procedur dozowania zawierających co najmniej:1. nazwy leku,
2. min. 5 koncentracji leku,
3. szybkości dozowania (dawkowanie),
4. całkowitej objętości (dawki) infuzji,
5. parametrów bolusa, oraz dawki indukcyjnej,
6. limitów dla wymienionych parametrów infuzji:
	1. miękkich, ostrzegających o przekroczeniu zalecanych wartości parametrów,
	2. twardych – blokujących możliwość wprowadzenia wartości z poza ich zakresu.
7. 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 5000 procedur dozowania leków. | TAK PODAĆ |  |
|  | Dostępność polskojęzycznego oprogramowania komputerowego do tworzenia i przesyłania do pompy biblioteki leków. | TAK PODAĆ |  |
|  | Czytelny, kolorowy wyświetlacz z możliwością wyświetlenia następujących informacji jednocześnie: * nazwa leku,
* koncentracja leku,
* nazwa oddziału wybranego w bibliotece,
* prędkość infuzji,
* podana dawka,
* stan naładowania akumulatora,

aktualne ciśnienie w drenie, w formie graficznej | TAK PODAĆ |  |
|  | Ekran dotykowy, przyspieszający wybór funkcji pompy. | TAK PODAĆ |  |
|  | Napisy na wyświetlaczu w języku polskim | TAK PODAĆ |  |
|  | Regulowane progi ciśnienia okluzji, 12 poziomów | TAK PODAĆ |  |
|  | Progi ciśnienia regulowane w zakresie 75-900 mmHg | TAK PODAĆ |  |
|  | Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji | TAK PODAĆ |  |
|  | Automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego | TAK PODAĆ |  |
|  | Priorytetowy system alarmów, zapewniający zróżnicowany sygnał dźwiękowy i świetlny, zależnie od stopnia zagrożenia. | TAK PODAĆ |  |
|  | Możliwość instalacji pompy w stacji dokującej:* Zatrzaskowe mocowanie z automatyczną blokadą, bez konieczności przykręcania.
* Alarm nieprawidłowego mocowania pomp w stacji,
* 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 | TAK PODAĆ |  |
|  | Mocowanie pojedynczej pompy do statywów lub pionowych kolumn niewymagające dołączenia jakichkolwiek części, w szczególności uchwytu mocującego, po bezpośrednim wyjęciu pompy z stacji dokującej. | TAK PODAĆ |  |
|  | Mocowanie pomp w stacji dokującej niewymagające odłączenia jakichkolwiek części, w szczególności uchwytu mocującego, po bezpośrednim zdjęciu pompy ze statywu. | TAK PODAĆ |  |
|  | Uchwyt do przenoszenia pompy na stałe związany z pompą, niewymagający odłączania przy mocowaniu pomp w stacjach dokujących. | TAK PODAĆ |  |
|  | Możliwość komunikacji pomp umieszczonych w stacjach dokujących wyposażonych w interface LAN z oprogramowaniem zewnętrznym | TAK PODAĆ |  |
|  | Historia infuzji – możliwość zapamiętania 2000 zdarzeń oznaczonych datą i godziną zdarzenia | TAK PODAĆ |  |
|  | Klasa ochrony II, typ CF, odporność na defibrylację, ochrona obudowy IP22 | TAK PODAĆ |  |
|  | Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny | TAK PODAĆ |  |
|  | Czas pracy z akumulatora 30 h przy infuzji 5ml/h | TAK PODAĆ |  |
|  | Czas ładowania akumulatora do 100% po pełnym rozładowaniu – poniżej 5 h | TAK PODAĆ |  |
|  | Waga do 2,2 kg. | TAK PODAĆ |  |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK PODAĆ |  |
|  | Instrukcja pisemna w języku polskim | TAK PODAĆ |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK PODAĆ |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK PODAĆ |  |
|  | Czas reakcji serwisu max. 48 godz. | TAK PODAĆ |  |
|  | Adres i siedziba serwisu technicznego oraz tel i fax | TAK PODAĆ |  |

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

........................................................................... Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy