Załącznik nr 5 do SIWZ

**Formularz parametrów wymaganych**

**Zadanie nr 1: dostawa dwóch sztuk defibrylatorów**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1. | Urządzenie / typ / model | Podać |  |
| 2. | Producent / Firma | Podać |  |
| 3. | Rok produkcji - urządzenie fabrycznie nowe 2018 r. | Podać |  |
| 4. | Certyfikat - deklaracja CE | TAK / Podać |  |
| 5. | Aparat przenośny | TAK |  |
| 6. | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci | TAK |  |
| 7. | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC lub 12V DC – ładowarka minimum dwustanowiskowa | TAK |  |
| 8. | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | TAK |  |
| 9. | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg | TAK |  |
| 10. | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | TAK |  |
| 11. | Norma IP min 44 | TAK |  |
| 12. | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK |  |
| 13. | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | TAK |  |
| 14. | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 360 J | TAK |  |
| 15 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum. 21 | TAK |  |
| 16. | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | TAK |  |
| 17. | Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane w obudowie defibrylatora i elektrody naklejane transparentne w RTG, w wyposażeniu łyżki dziecięce. | TAK |  |
| 18. | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia | TAK |  |
|
| 19. | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK |  |
| 20. | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK |  |
| 21. | Regulacja prądu stymulacji min. 0-200 mA | TAK |  |
| 22. | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
| 23. | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | TAK |  |
| 24. | Alarmy częstości akcji serca | TAK |  |
| 25 | Zakres pomiaru tętna 20-300 u/min | TAK |  |
| 26. | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv, minimum 8 poziomów wzmocnienia | TAK |  |
| 27. | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | TAK |  |
| 28. | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 7”. | TAK |  |
| 29. | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 70mm. | TAK |  |
| 30. | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | TAK |  |
| 31. | Transmisja danych przez modem do stacji odbiorczych | TAK |  |
| 32. | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych (1 sztuka) | TAK |  |
| 33. | Moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips | TAK |  |
| 34. | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | TAK |  |
| 35. | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika | TAK |  |
| 36. | Możliwość rozbudowy o moduł IBP | TAK |  |
| 37. | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury | TAK |  |
| 38. | Torba na defibrylator | TAK |  |

**Zadanie nr 2: dostawa dwóch sztuk respiratorów**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1. | Respirator fabrycznie nowy, rok min 2018. Podać markę, model, rok produkcji | TAK |  |
| 2. | Transportowy zestaw medyczny do wentylacji pacjenta. | TAK |  |
| 3. | Urządzenie w zwartej i wytrzymałej obudowie, z możliwością zawieszenia na ramie łóżka, noszy lub na wózku medycznym, z uchwytem do przenoszenia w ręku i paskiem umożliwiającym zawieszenie na ramieniu | TAK |  |
| 4. | Urządzenie wyposażone w torbę ochronną wykonaną z materiału typu PLAN zapobiegającemu dostaniu się zanieczyszczeń lub wody do przestrzeni urządzenia, umożliwiający swobodny dostęp do wszystkich funkcji. | TAK |  |
| 5. | Przednia część torby ochronnej wykonana z przeźroczystego materiału, umożliwiającego swobodne odczytanie wszystkich parametrów wyświetlanych na monitorze, bez potrzeby jej otwierania. | TAK |  |
| 6. | Zestaw składa się z respiratora transportowego, butli min 2l, reduktora o przepływie min 0-15 l/min, przewodu ciśnieniowego umożliwiającego podłączenie respiratora do zewnętrznego źródła tlenu ze złączem AGA min 2 m, kieszeni na akcesoria, maski nr 5, przewodu pacjenta, płuca testowego | TAK |  |
| 7. | Zasilanie respiratora transportowego DC 12V | TAK |  |
| 8. | Płyta ścienna ze zintegrowanym zasilaniem 12V umożliwiająca ładowanie respiratora zaraz po wpięciu, spełniająca normę PN EN 1789 – deklaracja zgodności(dołączyć do oferty) | TAK |  |
| 9. | System kontrolny akumulatora umożliwiający sprawdzenie poziomu naładowania i poprawność działania baterii bez potrzeby włączania urządzenia | TAK |  |
| 10. | Akumulator bez efektu pamięci | TAK |  |
| 11. | Ładowanie baterii od 0 do min 95 % w czasie do 3,5 godziny |  |  |
|  | **Parametry techniczne** | ------------- | **----------------------** |
| 12. | Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt | TAK |  |
| 13. | Waga respiratora max 2,5 kg +/- 5% | TAK |  |
| 14. | Zasilanie w tlen o ciśnieniu min od 2,7 do 6,0 bar | TAK |  |
| 15. | Zasilanie z baterii min 10 h w warunkach pracy ambulansu | TAK |  |
| 16. | Wentylacja 100% tlenem i Air Mix | TAK |  |
| 17. | Możliwość pracy w temperaturze min -18 - + 50˚C | TAK |  |
| 18. | Możliwość przechowywania w temperaturze min -40 - +70˚C | TAK |  |
| 19. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą ustawień parametrów oddechowych w postaci potwierdzenia wyboru parametru po jego ustawieniu | TAK |  |
| 20. | Autotest, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora każdorazowo po włączeniu urządzenia | TAK |  |
| 21. | Wbudowany czytnik kart pamięci wraz z kartą o pojemności min 2 GB do zapisywania monitorowanych parametrów oraz zdarzeń z możliwością późniejszej analizy | TAK |  |
|  | **Tryby wentylacji** | ------------- | **----------------------** |
| 22. | IPPV | TAK |  |
| 23. | CPR | TAK |  |
| 24. | CPAP | TAK |  |
| 25. | SIMV | TAK |  |
|  | **Parametry regulowane** | ------------- | **----------------------** |
| 26. | Częstotliwość oddechowa regulowana w zakresie min. 5-50 oddechów/min | TAK |  |
| 27. | Objętość oddechowa regulowana w zakresie min 50 – 2000 ml | TAK |  |
| 28. | Ciśnienie PEEP regulowane w zakresie min od 0 do 20 cm H2O | TAK |  |
| 29. | Ciśnienie maksymalne w drogach oddechowych regulowane w zakresie min od 10-65 mbar | TAK |  |
|  | **Obrazowanie parametrów** | ------------- | **----------------------** |
| 30. | Ciśnienie PEEP | TAK |  |
| 31. | Maksymalne ciśnienie wdechowe | TAK |  |
| 32. | Objętość oddechowa | TAK |  |
| 33. | Objętość minutowa | TAK |  |
| 34. | Częstość oddechowa | TAK |  |
|  | **Prezentacja graficzna** | ------------- | **----------------------** |
| 35. | Zintegrowany kolorowy wyświetlacz LCD lub TFT o przekątnej min 5 cali do prezentacji parametrów nastawnych oraz manometru | TAK |  |
|  | **Alarmy** | ------------ | **----------------------** |
| 36. | Bezdechu | TAK |  |
| 37. | Nieszczelności układu | TAK |  |
| 38. | Wysokiego/niskiego poziomu ciśnienia w drogach oddechowych | TAK |  |
| 39. | Rozładowanego akumulatora/braku zasilania | TAK |  |
| 40. | Alarmy dźwiękowe, wizualne oraz komunikaty informujące o rodzaju alarmu wyświetlane na ekranie w języku polskim | TAK |  |
|  | **Pozostałe** | ------------- | **----------------------** |
| 41. | Instrukcja obsługi urządzeń w języku polskim wraz z dostawą | TAK |  |
| 42. | Deklaracja zgodności, folder z parametrami technicznymi -załączyć | TAK |  |
| 43. | Okres gwarancji min 24 miesięcy | PODAĆ |  |
| 44. | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury | TAK |  |
| 45. | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów wraz z dostawą aparatury. | TAK |  |

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych warunków spowoduje odrzucenie oferty.**