**Pakiet nr 9 – zakup wraz z dostawą diatermii chirurgicznej dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i typ: | ……………………………………….. |
| Producent: | ……………………………………….. |
| Kraj produkcji: | ……………………………………….. |
| Rok produkcji  Aparat nowy, nie regenerowany. | 2017  TAK |
| Klasa wyrobu medycznego: | ……………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | |
| **1** | | | **2** | **3** | **4** | |
| I. | | | APARAT ELEKTROCHIRURGICZNY Z MODUŁEM DO BIPOLARNEGO ZAMYKANIA DUŻYCH NACZYŃ | | | |
|  | | | Aparat mono i bipolarny wyposażony w funkcję zamykania naczyń o średnicy do 7 [mm] z automatycznym dopasowaniem mocy wyjściowej do właściwości fizykochemicznych tkanek | **Tak** |  | |
|  | | | Możliwość integracji poszczególnych urządzeń chirurgicznych (diatermia, przystawka argonowa, odsysacz dymu z pola operacyjnego) w jednolity system sterowany z tej samej jednostki sterującej | **Tak** |  | |
|  | | | Możliwość podłączenia odsysacza dymu z pola operacyjnego również w zabiegach laparoskopowych. | **Tak** |  | |
|  | | | Możliwość utworzenia min. 80 różnych konfiguracji nastaw (programów) i zapisania ich pod nazwą zabiegu lub nazwiskiem lekarza | **Tak** |  | |
|  | | | Wielokolorowy wyświetlacz obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji między aparatem a użytkownikiem | **Tak** |  | |
|  | | | Odporność urządzenia na impuls defibrylacji | **Tak** |  | |
|  | | | Układ monitorowania jakości przylegania elektrody neutralnej z graficznym lub cyfrowym wskaźnikiem stopnia przylegania elektrody | **Tak** |  | |
|  | | | Wykrywanie nieprawidłowej pracy, sygnalizacja wizualna i dźwiękowa w połączeniu z wyświetlaniem komunikatów zapisanych w języku polskim | **Tak** |  | |
|  | | | Minimalna liczba i rodzaj gniazd przyłączeniowych:   * monopolarne – 2 [szt.], * bipolarne –2 [szt.], * elektrody neutralnej – 1 [szt.]. | **Tak** |  | |
|  | | | Aparat umożliwia bezpośrednie podłączenie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek jednopinowym oraz trzypinowym | **Tak** |  | |
|  | | | Możliwość uruchamiania funkcji monopolarnych  i bipolarnych przy użyciu jednego włącznika nożnego | **Tak** |  | |
|  | | | Max. moc znamionowa cięcia monopolarnego min 320W | **Tak** |  | |
|  | | | Minimum 5 rodzajów cięcia monopolarnego, w tym: papilektomia i polypektomia. | **Tak** |  | |
|  | | | Aktywacja funkcji cięcia monopolarnego przez włącznik nożny  i przycisk na uchwycie | **Tak** |  | |
|  | | | Max. moc znamionowa koagulacji monopolarnej min. 200W | **Tak** |  | |
|  | | | Minimum 3 rodzaje koagulacji monopolarnej w tym natryskowa | **Tak** |  | |
|  | | | Aktywacja funkcji koagulacji monopolarnej przez włącznik nożny i /lub przycisk na uchwycie | **Tak** |  | |
|  | | | Możliwość równoległej koagulacji przez dwóch operatorów | **Tak** |  | |
|  | | | Max. moc znamionowa cięcia bipolarnego min. 100W | **Tak** |  | |
|  | | | Max. moc znamionowa koagulacji bipolarnej min. 100W | **Tak** |  | |
|  | | | Możliwość aktywacji pęset bipolarnych w trybie mikro z regulacją mocy koagulacji 0,1[W] –50 [W] | **Tak** |  | |
|  | | | Aktywacja funkcji bipolarnej przez włącznik nożny  i dodatkowo dla pęset bipolarnych za pomocą funkcji auto-start | **Tak** |  | |
|  | | | Możliwość regulacji czasu zwłoki początku koagulacji funkcji auto-start. | **Tak** |  | |
|  | | | Funkcja automatycznego zakończenia koagulacji, nie dopuszczająca do przesuszenia tkanek (auto-stop) | **Tak** |  | |
|  | | | Moduł do preparowania i zamykania dużych naczyń do 7 [mm].  Praca odbywa się w cyklu automatycznym, tzn. aparat dozuje prąd w zależności od tkanki i użytego narzędzia, zakończenie procesu sygnalizuje dźwiękowo i wyłącza prąd. Ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się możliwości ręcznego ustawiania parametru mocy w tym programie | **Tak** |  | |
|  | | | Automatyczne rozpoznawanie narzędzi do zamykania naczyń, z jednoczesnym automatycznym ustawieniem parametrów pracy. | **Tak** |  | |
|  | | | **Wyposażenie:** |  |  | |
|  | | | Wielorazowy klem do zamykania naczyń:   * z rozpoznawaniem narzędzi, * z automatycznym doborem właściwego programu do zamykania naczyń; * na min. 50 zabiegów, * długość 220 [mm] +/- 10 [mm] | **Tak** |  | |
|  | | | Wózek pod aparat elektrochirurgiczny | **Tak** |  | |
|  | | | Włącznik nożny, podwójny CIĘCIE-KOAGULACJA oznaczone dwoma różnymi kolorami, kabel dł. 5 m | **Tak** |  | |
|  | | | Kabel elektrody neutralnej, dł. 4 m - 1 szt | **Tak** |  | |
|  | | | Elektroda neutralna jednorazowego użytku dla dorosłych i dla dzieci – 100 szt. | **Tak** |  | |
|  | | | Rękojeść elektrochirurgiczna Ø 4 mm z dwoma przyciskami, kabel dł. 4 m - 6 szt | **Tak** |  | |
|  | | | Zestaw elektrod, trzpień Ø 4 mm:  lancetowa, nożowa, igłowa oraz kulkowe: Ø 2 mm i Ø 4 mm – 6 kpl | **Tak** |  | |
| **Warunki gwarancji** | | | | | | |
| 1. | | | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | | Tak |  |
| 2. | | | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | | Tak |  |
| 3. | | | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | | Tak |  |
| 4. | | | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | | Tak |  |
| 5. | | | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | | Tak |  |
| 6. | | | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | | Tak |  |
| 7. | | | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | Tak |  |
| 8. | | | Adres najbliższego serwisu | | Tak podać |  |
| 9. | | | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | | Tak, podać |  |
| 10. | | | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | | | | |
| 11. | | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | | | Tak |  |