**Pakiet 8 Infant Flow sztuk 2 załącznik 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/warunek** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, 2017 rok produkcji  Producent  Model/typ  Kraj pochodzenia | TAK  podać |  | |
|  | Aparat do wspomagania oddechu metodą nCPAP u noworodków i wcześniaków | TAK |  | |
|  | Aparat zamocowany na wózku, z blokadą min. dwóch kół | TAK  podać |  | |
|  | Może być stosowany u wcześniaków o wadze od 0,5 kg | TAK  podać |  | |
|  | Wykorzystuje efekt Coanda dla zmiany kierunku przepływu gazów (generator z przerzutnikiem strumieni). | TAK  opisać |  | |
|  | **Zasilanie** |  |  | |
|  | 230V, 50Hz ±10% (zasilacz wbudowany w aparat) | TAK |  | |
|  | 12 i 24 VDC | TAK |  | |
|  | Z wbudowanego akumulatora zapewniające min. 170 minut pracy | TAK  podać |  | |
|  | Zasilanie gazowe powietrze i tlen ze źródła sprężonych gazów w zakresie 2-6,5 BAR | TAK |  | |
|  | Pobór mocy max. 70W | TAK |  | |
|  | Wymiary maksymalne: 25x27x35 cm | TAK |  | |
|  | Waga aparatu max. 10 kg | TAK |  | |
|  | Wbudowany port komunikacji min. RS232 oraz USB | TAK |  | |
|  | Wbudowany mieszalnik gazów – elektroniczny (nie dopuszcza się rotametrów ręcznych) | TAK |  | |
|  | Automatyczna kalibracja czujnika tlenu (bez ingerencji użytkownika) | TAK |  | |
|  | Możliwość kalibracji czujnika tlenu w trakcie prowadzonej terapii | TAK |  | |
|  | Temperatury pracy min. 10-40ºC | TAK |  | |
|  | Poziom głośności w decybelach w czasie pracy ≤42 dB | TAK |  | |
|  | **Tryby oddechowe** |  |  | |
|  | nCPAP | TAK |  | |
|  | Wentylacja metodą nCPAP na dwóch poziomach ciśnienia | TAK |  | |
|  | **Parametry oddechowe regulowane** |  |  | |
|  | Funkcja automatycznej kompensacji nieszczelności układu  oddechowego do 40% | TAK |  | |
|  | Stężenie tlenu 21 do 100% (regulacja płynna) | TAK |  | |
|  | Funkcja preoksygenacji regulowana w zakresie od 23-100% oraz jej czas | TAK |  | |
|  | Czas wdechu od 0,15 do 15 sekund, regulowany płynnie co 0,1 sek. | TAK |  | |
|  | Czas wydechu od 0,3 do 25 sekund | TAK |  | |
|  | Częstość oddechowa 2-60 odd/min | TAK |  | |
|  | PEEP/CPAP min. 2-13 cmH2O | TAK |  | |
|  | Ciśnienie podwyższonego poziomu min. 5-15 cmH20 | TAK |  | |
|  | Ciśnienie Ręczne min. 5-15 cmH2O | TAK |  | |
|  | Oddech manualny w zakresie 2-30 sekund, podawany osobnym przyciskiem umieszczonym na aparacie | TAK |  | |
|  | **Obrazowane parametry oddechowe** |  |  | |
|  | Stężenie tlenu w % | TAK |  | |
|  | Ciśnienie średnie, szczytowe i końcowo wydechowe | TAK |  | |
|  | **Ekran** |  |  | |
|  | Wbudowany kolorowy ekran dotykowy LCD o przekątnej min. 5,5” | TAK |  | |
|  | Możliwość przełączenia podświetlenia ekranu w tryb nocny | TAK |  | |
|  | Możliwość rozbudowy o zapamiętywanie i obrazowanie Trendów monitorowanych parametrów z min. ostatnich 5 dni z możliwością ich zapisu na zewnętrznej pamięci USB | TAK |  | |
|  | Możliwość zapisu historii alarmów na zewnętrznej pamięci USB | TAK |  | |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku POLSKIM | TAK |  | |
|  | Możliwość wprowadzenia danych pacjenta | TAK |  | |
|  | Blokada ekranu dotykowego: ręczna i automatyczna | TAK |  | |
|  | Funkcja STANDBY (stan gotowości) | TAK |  | |
|  | Schemat graficzny z lokalizacją uszkodzeń prezentowany na ekranie aparatu | TAK |  | |
|  | **Alarmy** |  |  | |
|  | Wyposażony w alarmy akustyczne i optyczne | TAK  podać |  | |
|  | Alarm spadku ciśnienia w układzie oddechowym | TAK |  | |
|  | Alarm przekroczenia ciśnienia w układzie oddechowym | TAK |  | |
|  | Alarm stężenia tlenu | TAK |  | |
|  | Automatyczne ustawienia granic alarmowych | TAK |  | |
|  | Regulacja opóźnienia wyzwolenia alarmu spadku ciśnienia w zakresie 1-10 sekund | TAK |  | |
|  | Regulacja głośności alarmów min. 3 stopnie | TAK |  | |
|  | **Wyposażenie dla każdego aparatu** | TAK |  | |
|  | Stojak na kółkach z uchwytem do mocowania nawilżacza, koszykiem na akcesoria i prętem do zawieszenia butli/worków z wodą do nawilżacza. Blokada min dwa kółek - *dla każdego aparatu* | TAK  podać |  | |
|  | Nawilżacz z automatyczną kontrolą temperatury i nawilżania:  - wyświetlanie aktualnej temperatury płytki grzewczej,  - wyświetlanie aktualnej temperatury gazów na wyjściu z komory nawilżacza,  - wyświetlanie aktualnej temperatury gazów w układzie oddechowym pacjenta,  - wyświetlacz LED czterocyfrowy,  - waga 2,9 kg (bez komory),  - zasilanie 230V, 50Hz,  - moc max. 210W. - 1 szt. *dla każdego aparatu* | TAK |  | |
|  | Układ oddechowy z podgrzewanym ramieniem wdechowym (jednorazowy) zawierający jony srebra  W skład zestawu wchodzi:  - odcinek wdechowy podgrzewany dł. 1,2 m, średnica wew. 10mm -odcinek wydechowy niepodgrzewany  - odcinek łączący nawilżacz z aparatem 0,6 m -końcówka donosowa (3 szt.) -odcinek pomiarowy - **generator**  min.5 szt. *dla każdego aparatu* | TAK  podać |  | |
|  | Adapter do układu Infant Flow - złączka do funkcji nCPAP, dł. 0,1 m - *min. 5 szt. dla każdego aparatu* | TAK  podać |  | |
|  | Maseczka donosowa w rozmiarach:  mały, średni, duży, po min. 5 szt. z każdego rozmiaru *dla każdego aparatu* | TAK  podać |  | |
|  | Komora nawilżacza jednorazowa dla noworodków z wbudowanym systemem utrzymania wilgotności na stałym poziomie – nadająca się do używana przez okres min. 7 dni u jednego pacjenta (komory wraz z informacją o terminie ważności, pakowane pojedynczo) – min. 5 szt. *dla każdego aparatu* | TAK  podać |  | |
|  | Czapeczka dostępne rozmiary 000-9, po min. 2 szt. *każdego rozmiaru dla każdego aparatu* | TAK  podać |  | |
| **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 min 24 miesiące- podać  24 miesiące- 0 pkt.  25-36 miesięcy- 10 pkt.  37 i więcej miesięcy – 20 pkt. podać | |  |
| 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** | | | | |
| 1 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak | |  |

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 SIWZ, 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 i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*