**

Załącznik nr 2 do SIWZ

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Karetka neonatologiczną z wyposażeniem ujętym pod nazwą „Regionalne Centrum Południowego Podkarpacia Kobieta i Dziecko – wysokospecjalistyczna opieka zdrowotna”.

Parametry wymagane użytkowo – techniczne pojazdu i wyposażenia:

Ambulans typ C wg aktualnej normy PN-EN 1789 +A2: 2015-1 z wyposażeniem medycznym umożliwiającym transport inkubatora noworodkowego (tzw. ambulans noworodkowy).

1. Zamawiający wymaga by oferowany pojazd był fabrycznie nowy, nie eksploatowany, z roku produkcji 2017 r. z min. 2 letnią pełną gwarancją - bez limitu kilometrów.
2. Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu kompletnego, czyli przed wykonaniem adaptacji

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………….………………………………………………………………………………………...........................................

1. Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu skompletowanego, czyli po wykonaniu adaptacji

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………..………………………………

1. Ambulans ma spełniać wymagania określone w aktualnej polskiej normie PN-EN 1789 +A2: 2015-1 typ ambulansu C (lub normy równoważnej) w zakresie odpowiednim do przedmiotu zamówienia.
2. Wykonawca zobowiązany jest to zaoferowania następujących warunków gwarancji ambulansu:
3. **minimalne** okresy gwarancji od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego: 24 miesiące na pojazd bazowy bez limitu przebiegu km, 24 miesiące na zabudowę specjalistyczną, 24 miesiące na aparaturę i sprzęt medyczny, 120 miesięcy na perforację nadwozia,
4. wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia dokonywania w okresie gwarancji, nieodpłatniewszystkich wymaganychprzeglądów zgodnych z instrukcją obsługi producenta ambulansu oraz napraw w siedzibie Zamawiającego za wyjątkiem przeglądów i napraw pojazdu bazowego.
5. Zamawiający wymaga w okresie gwarancyjnym od Wykonawcy przeprowadzenia wszystkich niezbędnych dla utrzymania gwarancji producentów:
* na pojazd bazowy bez limitu przebiegu km
* na zabudowę specjalistyczną
* na wyposażenie medyczne, aparatura i sprzęt medyczny

przeglądów technicznych wymaganych, w terminach określonych przez producentów urządzeń, wraz ze wszystkimi materiałami eksploatacyjnymi, zużywającymi się i zestawami serwisowymi, jeżeli są wymagane, na koszt wykonawcy.

Dla pojazdu bazowego zakładany roczny przebieg wyniesie ok. 45 000 km.

1. wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin od momentu telefonicznego lub e-mail zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
2. **Pojazd bazowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry wymagane** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany przez Wykonawcę** **(*proszę wpisać*)\*\*** | **Punktacja** |
|  | **NADWOZIE** |  | **-----------------------------------------** | **……………………………..** |
|  | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. Zamawiający wymaga dokonania ważenia pojazdu gotowego do eksploatacji z całkowitym wyposażeniem i maksymalnym obciążeniem (inkubator z wyposażeniem, kompletem pełnych butli z gazami, ponadto przy obliczaniu DMC należy uwzględnić ciężar urządzenia do dozowania tlenku azotu ( ok 8 kg) i 2 szt. butli aluminiowych z tlenkiem azotu (łącznie waga butli z tlenkiem azotu wynosi 13 kg) nie ujętych jako przedmioty zamówienia, wraz z czterema osobami załogi, pełnym zbiornikiem paliwa itd.) nie może przekroczyć 3.5 tony zgodnie z przepisami o dopuszczeniu pojazdów do ruchu o DMC do 3,5 t. Zamawiający wymaga obowiązkowego zważenia całości przed podpisaniem protokołu odbioru i płatnością.  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z łatwo zmywalną tapicerką, fotele regulowane (regulacja wzdłużna, nachylenia oparcia, pochylenia siedziska, wysokości oraz podparcia lędźwiowego) z podłokietnikami | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260o  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Elektrycznie domykane lewe i prawe drzwi przesuwne (do zewnętrznego schowka i przedziału medycznego) – rozwiązanie fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Stopień wejściowy przy prawych przesuwnych do przedziału ładunkowego, wewnętrzny lub zewnętrzny | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu. Zamawiający wymaga min. 2 kompletnych zestawów kluczy i pilotów. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Reflektory przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Kolor nadwozia biały. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **SILNIK** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Wysokoprężny (turbo-diesel) z elektronicznym sterowanym wtryskiem bezpośrednim paliwa (Common Rail) o maksymalnym zużyciu paliwa poniżej 20l/100 km. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Moc silnika min. 160 KM, max. moment obrotowy nie mniejszy niż 360 Nm  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Spełniający wymogi normy emisji spalin EURO 6 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Napęd rozrządu realizowany łańcuchem. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Skrzynia biegów manualna min. 6 biegów do przodu i jeden wsteczny. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Napęd na koła przednie lub tylne | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **ZAWIESZENIE** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Zawieszenie ze wzmocnionymi stabilizatorami osi przedniej i tylnej lub zawieszenie hydropneumatyczne (pneumatyczne) ze stabilizacją oferowane zawieszenie ma być fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni (wzmocnione przednie resory i amortyzatory) oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta (np. poprzez zastosowanie tylnych resorów dwustopniowych, tłumika drgań – opisać oferowane rozwiązanie). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **UKŁAD HAMULCOWY** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania,  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół w trakcie hamowania  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Z elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy np. ESP | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Z systemem wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Alternator o wydajności min. 180 A | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dwa akumulatory, każdy o pojemności min. 90 Ah | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Czołowe poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulowana kolumna kierownicy w co najmniej dwóch płaszczyznach tj. góra-dół, przód-tył | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Klimatyzacja kabiny kierowcy | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pojazd dostarczony na oponach letnich  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowy komplet kół zimowych (opony + felgi). Komplet tzn. cztery szt. Opony zimowe mają być tego samego producenta co opony letnie. Dodatkowy zestaw kół ma być gotowy do założenia w pojeździe.  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Fabryczny aktywny system serwisowy automatycznie obliczający na podstawie sposobu i warunków eksploatacji (np. na podstawie lepkości oleju silnikowego – podać sposób) i wskazujący użytkownikowi w każdym momencie eksploatacji ilość kilometrów do następnego przeglądu serwisowego | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75 l. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zestaw naprawczy koła, apteczka, gaśnica, trójkąt ostrzegawczy. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy tzw. asystent bocznego wiatru lub system równoważny, - **parametr nie wymagany lecz punktowany.** | TAK/NIE podać |  | TAK- 2 PktNIE- 0 pkt |
|  | **NADWOZIE** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Minimalne wymiary przedziału medycznegow mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1800  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych aluminiowych 10 L o wys. min. 114 cm, 2 szt. butli aluminiowych ze sprężonym powietrzem 10 L o wys. min. 114 cm, kompresora ze zbiornikiem, filtrem dolotowym, odwadniaczem i regulatorem ciśnienia do zasilania w sposób ciągły sprzętu medycznego. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik – podać markę i model.  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230 V z dedykowanego gniazda, min. moc grzewcza 2000 W. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego. Podać markę, typ wentylatora i wydajność. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy i na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa).  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Niezależne od pracy i układu chłodzenia silnika ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5.0 kW tzw. powietrzne (proszę podać markę i model urządzenia). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W przedziale medycznym otwierany szyberdach o minimalnych wymiarach 500 mm x 500 mm, zamontowany zgodnie z zaleceniami producenta (proszę podać markę i model, wymiary, sposób montażu). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Instalacja elektryczna 230 V: - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka), przewód o długości min. 10 m. - min. 3 gniazda w przedziale medycznym wewnętrznym - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - zabezpieczenie przeciwporażeniowe. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna ładowarka z kontrolą stanu naładowania akumulatorów, umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki).  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Instalacja elektryczna 12V:- min. 5 gniazd 12 V w przedziale medycznym do podłączenia urządzeń medycznych (w tym jedno 25A dla inkubatora). - gniazda zabezpieczone przed zalaniem / zabrudzeniem, wyposażone we wtyki. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Grzałka w bloku silnika (układzie chłodzenia silnika) zasilana z sieci 230V (dodatkowe gniazdo zewnętrzne z przewodem zasilającym od długości min. 10,0 m) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Inwertor prądu stałego 12V na zmienny 230V o mocy min. 1500W (prąd w „sinusie”), w trakcie jazdy pojazdu w gniazdach 230V ma być dostępne napięcie do obsługi sprzętu medycznego wymagającego zasilania 230V, z możliwością wyłączania napięcia (wyłącznik inwertora). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | W przedniej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu.W komorze silnika lub w pasie przednim zmontowany głośnik z sygnałem dźwiękowym modulowanym, o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem,  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Na wysokości podszybia lub pasa przedniego dwie niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED oraz na przednich błotnikach niebieskie lampy pulsacyjne niebieskie typu LED | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W tylnej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania pola za pojazdem oraz światła . | TAK |   | Bez punktacji |
|  | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik , umieszczony w widocznym , łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu drzwi . | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Oznakowanie pojazdu: - pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.1. pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli ,
2. pas odblaskowy z foli typu 1 lub 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachu,

pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. ,.a) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | 1. Napis lustrzany „AMBULANS” barwy czerwonej z przodu pojazdu zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wzór graficzny systemu „PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE” z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu - zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne . | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Oznaczenie Zespołu Ratownictwa Medycznego „S/N” po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych - zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Nazwa dysponenta jednostki – po obu stronach pojazdu, oraz na drzwiach tylnych (wielkość liter oraz treści do uzgodnienia po podpisaniu umowy). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Reflektory zewnętrzne typu LED, po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego.Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 30 km/h.Reflektory mają mieć możliwość zdalnego gaszenia z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu bazowego . | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowe sygnały niskotonowe (min. 2 głośniki) lub sygnały dźwiękowe pneumatyczne. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA / GPS** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następujące wymogi:- zakres częstotliwości -168-170 MHz- współczynnik fali stojącej -1,6- polaryzacja pionowa- charakterystyka promieniowania –dookólna- odporność na działanie wiatru 55 m/s | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W przedziale medycznym głośnik z możliwością podłączenia do radiotelefonu. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Montaż system monitoringu pojazdu GPS dostarczony przez Zamawiającego (firmy Tecom Technologia Sp. z o.o. www.tekom.pl) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Oświetlenie sufitowe rozproszone typu LED w kolorze naturalnym. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Co najmniej 4 sufitowe skupione punkty świetlne typu LED nad noszami, inkubatorem z regulacją kąta padania światła.  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Oświetlenie punktowe typu LED blatu roboczego. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wzmocnione ściany boczne umożliwiające montaż sprzętu medycznego. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W przedziale medycznym min. dwa fotele obrotowe, ze zintegrowanymi pasami trzypunktowymi, ze składanymi do pionu siedziskami, zagłówkami, podłokietnikami oraz regulowanymi oparciami (regulowany kąt oparcia).Podać markę model oferowanych foteli. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi lub okno spełniające wymagania normy PN-EN 1789 +A2: 2015-1 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego- szafka z zamkiem szyfrowym- półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.).Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany zabudowy meblowej po podpisaniu umowy z Wykonawcą bez zwiększenia kosztów przedmiotu zamówienia.  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną( blat roboczy na wysokości min. 100 cm ±10) - z szufladami (min. 2 szt.)- kosz na śmieci  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Miejsce na 2 torby lekarskie lub plecaki, wraz z ich mocowaniem - zaczepy, paski do mocowania toreb, plecaków  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Na ścianie lewej szyny wraz z trzema panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator, respirator, pompa infuzyjna. Panele mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego Uwaga - Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Szyna typu Modura o długości min. 30 cm | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Uchwyt do montażu butli z tlenkiem azotu i mocowanie butli aluminiowej 5 i/lub 2 litrowej z tlenkiem azotu.(miejsce i mocowanie butli aluminiowej 5 litrowej z możliwością zamontowania w tym miejscu butli 2 litrowej zamiast 5 litrowej) miejsce do ustalenia). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Centralna instalacja tlenowa:- zamontowany na ścianie lewej panel z minimum 2 gniazdami poboru tlenu typu AGA - sufitowy punkt poboru typu AGA - 2 reduktory z szybkozłączką i manometrem służące do włączenia butli tlenowych 10 L do instalacji tlenowej,- 2 butle aluminiowe 10 l | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Centralna instalacja sprężonego powietrza:- dwa pojedyncze gniazda typu AGA (jedno podłączone do kompresora, drugie do butli ze sprężonym powietrzem)- przeznaczony do używania w ambulansach, kompresor do sprężania powietrza zasilany z sieci 12V ze stalowym rezerwuarem powietrza o pojemności min. 4l, z przepływem min. 70 l/min, filtrem dolotowym, odwadniaczem i regulatorem ciśnienia do zasilania w sposób ciągły sprzętu medycznego (podać markę i model)- 2 reduktory z szybkozłączką i manometrem służące do włączenia aluminiowych butli powietrznych 10 L do instalacji sprężonego powietrza,- 2 butle aluminiowe 10 l | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Podstawa (laweta) pod transporter (nosze główne) posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu oraz regulacji wysokości , z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd transportera (podstawy inkubatora) na lawetę. Podstawa (laweta) z amortyzacją  hydropneumatyczną.  Podstawa (laweta) z automatycznym doborem stopnia amortyzacji do wagi przewożonego zestawu transportowego. Podstawa (laweta) musi być kompatybilna z noszami (podstawą inkubatora) oraz mieć możliwość łatwego mycia i dezynfekcji.Ładowność min. 280 kg.Podać markę i model. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych.  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Lodówka sprężarkowa o pojemności min. 7,0 l (podać markę i model). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **WYMAGANIA DODATKOWE** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Przedział medyczny ma być wyposażony w: - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa- gaśnicę- panel sterujący:* + informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu
	+ z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)
	+ informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu
	+ sterujący oświetleniem przedziału medycznego
	+ sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego

zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego (zależnego od pracy silnika, niezależnego od pracy silnika, postojowego z sieci 230V) i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Kabina kierowcy ma być wyposażona w:- panel sterujący:* + informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych
	+ informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V
	+ informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy
	+ informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego
 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | * + Radioodbiornik.
	+ Dodatkowa nawigacja GPS z wyświetlaczem min 7” wyposażona w mapę co najmniej Polski, z roczną aktualizacją oraz uchwytem do mocowania w pojeździe.
 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Kamera cofania wraz z wyświetlaczem w formie lusterka wstecznego zamontowanego w kabinie kierowcy. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Sygnalizator cofania | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Nakładki zabezpieczające progi wejściowe przy drzwiach lewych i prawych do kabiny kierowcy | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Lamka typu „copilot” (na giętkim przewodzie) zamontowana w kabinie kierowcy po stronie pasażera | TAK |  | Bez punktacji |
|  | TRANSPORTER WIELOPOZIOMOWY DO PLATFORMY Z INKUBATOREM  | ------- | ----------------------------------------- | ……………………. |
|  | Nazwa producenta i model oferowanego urządzenia (podać) | TAK |  |  |
|  | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu inkubatora z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie inkubatora nawet przez jedną osobę. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | System szybkiego i bezpiecznego połączenia z platformą inkubatora  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wysokości w min sześciu poziomach; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych tzn. /Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia/; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min.150 mm i szerokości 50 mm na pełnej feldze, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenia transportera bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach na otwartych przestrzeniach. (podać średnicę kółek w mm); | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Min. dwa kółka wyposażone w hamulce | TAK |  | Bez punktacji |
|  | System mocowania transportera na podstawie (lawecie) musi być zgodny z wymogami aktualnej normy PN-EN 1789 +A2: 2015-1 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowe uchylne uchwyty transportera ułatwiające manewrowanie z możliwością odblokowania goleni | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Rama transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia). Obciążenie dopuszczalne transportera min 225 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg);Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Waga transportera max 28 kg. Dopuszcza się wyższą wagę transportera do max. 36 kg przy ładowności przekraczającej 225 kg, pod warunkiem potwierdzenia zgodności z wymogami normy PN EN 1789 i PN EN 1865, poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC-dostarczyć przy dostawie. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Transporter musi posiadać trwale oznakowane (najlepiej graficznie) elementy związane z jego obsługąPrzyciski blokady goleni kodowane kolorami. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie go z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi, ponadto transporter musi być stabilny, niewywrotny i łatwy w obsłudze. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności z normą PN-EN 1789 +A2: 2015-1 i PN EN 1865-1 +A1:2015-08 załączyć przy dostawie ; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodne z wymogami PN EN 1789(Transporter kompatybilny z lawetą/ podstawą) | TAK |  | Bez punktacji |

1. **Inkubator transportowy z wyposażeniem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Opis | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*** |
|  | Producent - podać | TAK |  |
|  | Nazwa i typ- podać | TAK |  |
|  | Kraj pochodzenia - podać | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2017 r.  | TAK |  |
|  | Wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | TAK |  |
|  | Zgodny z wymogami aktualnej normy PN-EN 13976-1:2011, PN-EN 13976-2:2011 oraz PN- EN 60601-2-20:2010/A1:2017-02 | TAK |  |
|  | PARAMETRY OGÓLNE |  |  |
|  | Inkubator przeznaczony do transportu wewnętrznego i zewnętrznego noworodków. | TAK |  |
|  | Inkubator o stabilnej konstrukcji zawiera: - kapsułę transportową, w której umieszczony jest noworodek – waga kapsuły max. 40 kg, - moduł zasilania elektrycznego 230V, akumulatorowego 12V i w gazy medyczne,- wózek transportowy,- platformę nośną do wózka. Na platformie ma być zamontowana listwa zasilająca 12V i 230V do podłączenia wszystkich urządzeń zamontowanych na platformie.-wyposażenie do podtrzymania i kontroli funkcji życiowych noworodka według spisu podanego w rozdziale wyposażenie. | TAK |  |
|  | Kapsuła transportowa jest mocowana do modułu zasilającego w sposób rozłączny bez użycia narzędzi. | TAK |  |
|  | Waga kapsuły transportowej max. 40 kg | TAK |  |
|  | Kapsuła transportowa wraz z modułem zasilania gazowego i elektrycznego jest mocowana do platformy nośnej w sposób stabilny, gwarantujący bezpieczeństwo. (Nie dopuszcza się mocowania za pomocą pasków). | TAK |  |
|  | Platforma nośna jest mocowana do wózka jezdnego w sposób rozłączny gwarantujący bezpieczeństwo | TAK |  |
|  | **KAPSUŁA TRANSPORTOWA INKUBATORA Z MODUŁEM ZASILANIA** |  |  |
|  | Konstrukcja kopuły dwuścienna | TAK |  |
|  | Kopuła zapewnia dobrą widoczność noworodka z czterech stron | TAK |  |
|  | Płyta czołowa kopuły otwierana w sposób bezkolizyjny przy umieszczeniu inkubatora w karetce i przy otwartych fotelach personelu | TAK |  |
|  | Otwory manipulacyjne rozmieszczone z trzech stron inkubatora min. 4 otwory. | TAK |  |
|  | Zamknięcia otworów manipulacyjnych np. mankiety irysowe  | TAK |  |
|  | Leże noworodka wysuwane na bok inkubatora na odległość zapewniającą możliwość intubacji noworodka. | TAK |  |
|  | Niski poziom hałasu pod kopułą inkubatora max. 47dB | TAK |  |
|  | Materacyk dla noworodka o wymiarach min. 58 x 30 cm z możliwością dezynfekcji (wielorazowy) | TAK |  |
|  | Blokada panelu sterującego przed przypadkową zmianą nastaw w trakcie transportu | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE KAPSUŁY TRANSPORTOWEJ** |  |  |
|  | - wbudowany elektroniczny układ regulacji temperatury, | TAK |  |
|  | - układ nawilżania, | TAK |  |
|  | - wbudowany oksymetr do pomiaru koncentracji tlenu pod kopułą inkubatora z układem alarmów przekroczenia nastawionej granicy stężenia O2. | TAK |  |
|  | - lampa oświetlająca wnętrze min. 1000 lux, | TAK |  |
|  | - słupek do mocowania osprzętu np. pompy infuzyjnej | TAK |  |
|  | - materacyk dla noworodka, z możliwością dezynfekcji (wielorazowy) | TAK |  |
|  | - miernik temperatury skóry noworodka | TAK |  |
|  | - filtr wejściowy powietrza z możliwością łatwej wymiany, ( 10 szt ) | TAK |  |
|  | Wbudowany pulsoksymetr w technologii Massimo | TAK |  |
|  | **ZASILANIE ELEKTRYCZNE INKUBATORA** |  |  |
|  | - akumulator własny wbudowany w module zasilania,12V min 60 min pracy. | TAK |  |
|  | zasilanie sieciowe inkubatora z wbudowana ładowarką 230V, 50 HZ | TAK |  |
|  | kabel zasilający do akumulatora samochodowego | TAK |  |
|  | zasilanie akumulatorowe kapsuły transportowej na okres rozłączenia od modułu zasilania min. 15 min. | TAK |  |
|  | **ALARMY** |  |  |
|  | Alarm akustyczny i optyczny | TAK |  |
|  | Alarm przekroczenia nastawionej temperatury | TAK |  |
|  | Alarm spadku napięcia zasilającego | TAK |  |
|  | Alarm przekroczenia stężenia tlenu | TAK |  |
|  | Aktywacja alarmu przekroczenia temperatury powoduje wyłączenie układu grzewczego. | TAK |  |
|  | Alarm mierzonej temperatury na skórze | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE** |  |  |
|  | Butla aluminiowa z tlenem 2 litrowa 1szt. | TAK |  |
|  | Butla aluminiowa z powietrzem 2 litrowa 1szt. | TAK |  |
|  | Miejsce i mocowanie butli aluminiowej 5 i/lub 2 litrowej z tlenkiem azotu.(miejsce i mocowanie butli aluminiowej 5 litrowej z możliwością zamontowania w tym miejscu butli 2 litrowej zamiast 5 litrowej). | TAK |  |
|  | Miejsce i mocowanie dozownika tlenku azotu z analizatorem NO i NO2. Wymiary minimalne i parametry dozownika tlenku azotu: waga max 8 kg, szer.-350 mm/głębokość-260 mm/wys-300 mm, mocowanie do rurki fi 30 mm za pomocą uchwytu uniwersalnego (np. jak system pomp infuzyjnych). Dozownik i butle aluminiowe tlenku azotu nie są ujęte jako przedmioty zamówienia. | TAK |  |
|  | Możliwość wymiany wszystkich butli gdy zestaw znajduje się w ambulansie i bez konieczności demontażu któregokolwiek z urządzeń zamontowanych w zestawie. | TAK |  |
|  | Reduktor do butli tlenowej z szybkozłączką z możliwością stosowania tlenoterapii 1 szt. | TAK |  |
|  | Reduktor do butli powietrznej z szybkozłączką 1 szt. | TAK |  |
|  | Rogal do ułożenia noworodka (3 szt -każda z innego rozmiaru) | TAK |  |
|  | Pokrowiec na inkubator typu „Cicha Noc” | TAK |  |
|  | Nawilżacz do respiratora z układem automatycznej regulacji temperatury, mocowany w sposób rozłączny do platformy nośnej (opis w pozycji: Respirator transportowy) | TAK |  |
|  | Ssak z własnym akumulatorem (opis w poz. Ssak) | TAK |  |
|  | Respirator transportowy (opis w pozycji: Respirator transportowy), | TAK |  |
|  | Pompa infuzyjna jeddnostrzykawkowa strzykawkowa - 4szt (opis w pozycji: Pompa infuzyjna) | TAK |  |
|  | Kardiomonitor transportowy – 1 szt. (opis w pozycji: Kardiomonitor transportowy). | TAK |  |
|  | GWARANCJE |  |  |
|  | Okres gwarancji na inkubator transportowy noworodka z wyposażeniem min. 24 miesiące. Przegląd techniczny bezpłatny w ramach gwarancji (1 na rok – ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji). | TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt36 miesięcy- 3 pkt48 miesięcy – 5 pkt |  |
|  | Instrukcja obsługi i oprogramowanie w języku polskim. | TAK |  |
|  | Zagwarantowanie szkolenia w miejscu instalacji inkubatora tj. w siedzibie Zamawiającego w zakresie jego obsługi. | TAK |  |
|  | Ilość punktów serwisowych na terenie Polski – min. 5 - Podać | TAK |  |
|  | Cały zestaw (inkubator, kardiomonitor, ssak, respirator, pompy infuzyjne 4 szt. ze stacją dokującą, listwa zasilająca, butle 2 szt.) należy zamontować na podstawie (noszach) i wraz z podstawą (stołem) zamontowaną w karetce musi stanowić jeden zestaw. | TAK |  |
|  | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu .Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy,  | TAK |  |
|  | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączjąc dni wolne ustawowo od pracy | TAK |  |
|  | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia do zakończenia naprawy. | TAK |  |
|  | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | TAK |  |
|  | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | TAK |  |
|  | 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), podać adres serwisu, nr. telefonu- e-mail na który maja być zgłaszane awarie | TAK |  |
|  | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | TAK |  |
|  | Odpłatny Serwis pogwarancyjny i dostępność części zamiennych dla całości przedmiotu zamówienia przez min 10 lat. | TAK |  |

1. **Respirator transportowy – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*** |
|  | Producent - Podać | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2017 r. Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane. | TAK |  |
|  | Wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, deklaracje zgodności CE | TAK |  |
|  | Nazwa i typ - Podać | TAK |  |
|  | **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Aparat transportowy (do transportu w karetce) o konstrukcji gdzie elementy obsługowe i podłączenia do pacjenta dostępne są od jednej strony. | TAK |  |
|  | Respirator przeznaczony do wentylacji wcześniaków, noworodków i dzieci z wagą od 0,5 kg | TAK |  |
|  | Funkcja wspomagania oddechu metodą nCPAP i wentylacją nieinwazyjną u noworodków i wcześniaków - wykorzystuje efekt Coanda dla zmiany kierunku przepływu gazów.  | TAK |  |
|  | Zasilanie elektryczne 230V, 50 Hz  | TAK |  |
|  | Zasilanie z wbudowanego akumulatora wystarczające na min. 180 minut pracy. | TAK |  |
|  | Zasilanie gazowe w tlen i powietrze ze źródła sprężonych gazów o ciśnieniu 2,0 – 6,0 bar | TAK |  |
|  | Respirator stałoprzepływowy z regulowanym czasem wdechu z limitowaną objętością. | TAK |  |
|  | Waga respiratora – bez podstawy ≤ 9,5 kg | TAK |  |
|  | Wymiary maksymalne: 35 x 30 x 25 cm | TAK |  |
|  | Pobór mocy - max. 70 W | TAK |  |
|  | Wbudowany port komunikacji min. RS232 oraz USB | TAK |  |
|  | Automatyczna kalibracja czujnika tlenu (bez ingerencji użytkownika) | TAK |  |
|  | Współpraca z systemem PDMS/HIS | TAK |  |
|  | **METODY WENTYLACJI** |  |  |
|  | IPPV  | TAK |  |
|  | CPAP/PEEP – regulowane płynnie | TAK |  |
|  | SIMV, SIPPV | TAK |  |
|  | PSV | TAK |  |
|  | SIMV + PSV | TAK |  |
|  | Limit objętości oddechowej (VL) | TAK |  |
|  | Objętość gwarantowana (VG) | TAK |  |
|  | Oddech manualny w zakresie 0-30 sekund, podawany osobnym przyciskiem umieszczonym na aparacie | TAK |  |
|  | NCPAP z przełączaniem przepływu gazów oddechowych do płuc zgodnie z fazą oddechu – wdech i wydech (generator z przerzutnikiem strumieni). | TAK |  |
|  | Wentylacja nieinwazyjna na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, DuoPAP, BiLevel | TAK |  |
|  | Automatyczna kompensacja nieszczelności min. 35% | TAK |  |
|  | **PARAMETRY NASTAWIALNE** |  |  |
|  | Częstość oddechów 3- 165odd./min. | TAK |  |
|  | Przepływ bazowy regulowany płynnie z możliwością odczytu nastawionego przepływu od 2 l/min | TAK |  |
|  | Czas wdechu regulowany od 0,15sek. | TAK |  |
|  | Regulacja czasu wydechu do 25 sek. | TAK |  |
|  | Objętościowe wyzwalanie oddechu z kompensacją nieszczelności i obrazowaniem objętości wyzwalania w ml. | TAK |  |
|  | Niezależna regulacja przepływu wdechowego i wydechowego | TAK |  |
|  | Przepływ wdechowy regulowany do 30 l/min | TAK |  |
|  | Regulacja przepływu dla CPAP od 5 do 10 L/min | TAK |  |
|  | Regulacja stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej 21-100% | TAK |  |
|  | Funkcja preoksygenacji regulowana w zakresie od 23-100%  | TAK |  |
|  | PEEP/CPAP 0-30 cmH2O | TAK |  |
|  | Szczytowe ciśnienie wdechu regulowane do 55 cmH2O | TAK |  |
|  | **MONITOROWANIE I OBRAZOWANIE PARAMETERÓW WENTYLACJI** |  |  |
|  | Wbudowany łącznie z respiratorem w jednej obudowie kolorowy ekran dotykowy LCD - min. 5,5”. | TAK |  |
|  | Możliwość przełączenia podświetlenia ekranu w tryb nocny. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zapis 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 |  |
|  | Obrazowanie przebiegów falowych w czasie rzeczywistym dla ciśnienia, przepływu i objętości. | TAK |  |
|  | Możliwość zatrzymania przebiegu krzywych. | TAK |  |
|  | Obrazowanie pętli:przepływ/objętość,objętość/ciśnienie | TAK |  |
|  | Możliwość porównania pętli zapisanych w różnym czasie | TAK |  |
|  | Ciśnienie szczytowe PIP | TAK |  |
|  | Ciśnienie średnie MAP | TAK |  |
|  | Ciśnienie PEEP | TAK |  |
|  | Nieszczelność rurki intubacyjnej, | TAK |  |
|  | Oporność dróg oddechowych (R), | TAK |  |
|  | Pomiar podatności dynamicznej (C), | TAK |  |
|  | Proksymalny pomiar przepływu | TAK |  |
|  | Pomiar FiO2 | TAK |  |
|  | Objętość minutowa | TAK |  |
|  | Objętość oddechowa - wydechowa | TAK |  |
|  | Przepływ bazowy w ml | TAK |  |
|  | Przepływ wdechowy w ml | TAK |  |
|  | **ALARMY** |  |  |
|  | Alarmu ustawiane automatycznie i ręcznie | TAK |  |
|  | Bezdechu | TAK |  |
|  | Ciśnienia za dużego i za małego w układzie oddechowym | TAK |  |
|  | Ciśnienia CPAP | TAK |  |
|  | Braku zasilania gazowego i elektrycznego | TAK |  |
|  | Alarm za dużej i za małej objętości oddechowej | TAK |  |
|  | Alarm za dużej i za małej objętości minutowej | TAK |  |
|  | Alarm za dużej nieszczelności | TAK |  |
|  | Alarm zbyt dużej ilości oddechów. | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE** |  |  |
|  | Kompletny układ oddechowy, jednorazowy z podgrzewanym ramieniem wdechowym (10 szt.). | TAK |  |
|  | Ramię podtrzymujące układ oddechowy | TAK |  |
|  | Ssak z własnym akumulatorem– 1 sztukaProducentNazwa i typRok produkcji- 2017 , urządzenie fabrycznie nowe, nieużywaneŁadowarka akumulatorowa, , zbiornik wielokrotnego użytku, regulacja podciśnienia 0-800 mmHg, wydajność regulowana, układ odcinający przy przepełnieniu, filtr bakteryjny, wskaźnik naładowania akumulatora, zbiornik jednorazowy 2 szt, wąż ssący min. 150 cm, łącznik do węża ssania 2 szt. | TAK |  |
|  | 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 - waga max. 2,9 kg (bez komory),- zasilanie 230V, 50Hz,- moc max. 210W. | TAK |  |
|  | 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) – 10szt. | TAK |  |
|  | Czujnik przepływu wielorazowy - 2 sztuki. | TAK |  |
|  | Układ oddechowy z podgrzewanym ramieniem wdechowym (jednorazowy) zawierający jony srebra - 10 kpl.W skład zestawu wchodzi:- odcinek wdechowy podgrzewany dł. 1,2 m, średnica wew. 10 mm- odcinek wydechowy niepodgrzewany - odcinek łączący nawilżacz z respiratorem 0,6 m- końcówka donosowa (3 szt.)- odcinek pomiarowy- generator  | TAK |  |
|  | Końcówka donosowa w trzech rozmiarach po 3 z każdego rozmiaru. | TAK |  |
|  | Maseczka donosowa w pięciu rozmiarach po 3 z każdego rozmiaru. | TAK |  |
|  | Czapeczka do mocowania układu oddechowego noworodka w min. 10 rozmiarach. Z każdego rozmiaru po 3 szt. | TAK |  |
|  | **GWARANCJA I SERWIS** |  |  |
|  | Okres gwarancji na Respirator noworodkowy wyposażeniem min. 24 miesiące. Przegląd techniczny bezpłatny w ramach gwarancji (1 na rok – ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji). Instrukcja obsługi i oprogramowanie w języku polskim. | TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt36 miesięcy- 3 pkt48 miesięcy – 5 pkt |  |
|  | Ilość punktów serwisowych na terenie Polski min. 5 punktów. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i oprogramowanie w języku polskim. | TAK |  |
|  | Zagwarantowanie szkolenia w miejscu instalacji respiratora tj. w siedzibie zamawiającego w zakresie obsługi  | TAK |  |
| 88. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu .Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy,  | TAK |  |
| 89. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączjąc dni wolne ustawowo od pracy | TAK |  |
| 90. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia do zakończenia naprawy. | TAK |  |
| 91. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | TAK |  |
| 92. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | TAK |  |
| 93. | 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), podać adres serwisu, nr. telefonu- e-mail na który maja być zgłaszane awarie | TAK |  |
| 94. | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | TAK |  |
| 95. | Odpłatny Serwis pogwarancyjny i dostępność części zamiennych dla całości przedmiotu zamówienia przez min 10 lat. | TAK |  |

1. **Pompy infuzyjne jednostrzykawkowe -4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagania do przedmiotu zamówienia** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*** |
|  | Producent - podać | TAK |  |
|  | Nazwa i typ - podać | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2017 r.  | TAK |  |
|  | **Ogólne** |  |  |
|  | Spełnia wymagania „CE”, nr certyfikatu, wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce, AC 230 V 50 Hz.  | TAK |  |
|  | Ochrona przed wilgocią wg EN 6060529 min IP 22 | TAK |  |
|  | Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1 : Klasa II, typ CF | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane | TAK |  |
|  | **Wymagania podstawowe** |  |  |
|  | Pompa strzykawkowa do podawania dożylnego, dotętniczego sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | TAK |  |
|  | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla niedopuszczalny zasilacz zewnętrzny | TAK |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 10 godz. pracy przy przepływie 5 ml/godz. | TAK |  |
|  | Masa pompy wraz z uchwytem do mocowania na stojaku lub szynie maksymalnie 2,2 kg. | TAK |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny przy pomocy uchwytu na stałe wbudowanego w pompę. | TAK |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie w opcjonalnej stacji dokującej wraz z zaciskiem i uchwytem do przenoszenia. | TAK |  |
|  | Zintegrowana z obudową rączka do przenoszenia urządzenia. | TAK |  |
|  | **Mocowanie strzykawki** |  |  |
|  | Mocowanie strzykawki do czoła pompy | TAK |  |
|  | Cała strzykawka stale widoczna podczas pracy pompy – możliwość odczytania objętości ze skali oraz wizualnej kontroli procesu infuzji. | TAK |  |
|  | Pełne mocowanie strzykawki możliwe za równo przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie. | TAK |  |
|  | Osłona tłoka strzykawki uniemożliwiająca wciśnięcie tłoka strzykawki zamontowanej w pompie. | TAK |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 5, 10, 20, 30/35 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów (minimum 4 producentów strzykawek dostępnych na rynku polskim). | TAK |  |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki. | TAK |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji, ograniczenie bolusa < 0,2 ml. | TAK |  |
|  | **Programowanie infuzji** |  |  |
|  | Zakres szybkości infuzji 0,1 – 1200 ml/godz. | TAK |  |
|  | Funkcja programowania infuzji co 0,01 w zakresie min. 0,1 – 9,99 ml/godz. | TAK |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu. | TAK |  |
|  | Możliwość programowania infuzji w jednostkach masy: ng, μg, mg, U, kU, mmol, mol, Kmol, cal i kcal – na kg masy ciała pacjenta lub nie, na czas (na 24godziny, godzinę oraz minutę). | TAK |  |
|  | Bolus podawany na żądanie bez konieczności wstrzymywania trwającej infuzji. | TAK |  |
|  | Trzy rodzaje bolusa:* Ręczny - szybkości podaży 50 – 1200 ml/h
* Programowany - dawka lub objętość/czas: 0,1-99,9 jednostek / 0,1 - 1200 ml, automatyczne wyliczenie czasu
* Z ręki manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania podanej objętości EMERGENCY
 | TAK |  |
|  | Dokładność mechanizmu pompy +/- 1% | TAK |  |
|  | Wypełnienie lini 3 tryby* Obowiązkowy
* Nieobowiązkowy
* Zalecany
 | TAK |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 999,9 ml | TAK |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 96 godzin | TAK |  |
|  | Dawka inicjująca. Dawka lub objętość/ czas: 0,1-99,9 jednostek /1- 59 minut, automatyczne obliczanie infuzji. | TAK |  |
|  | Ciągły pomiar ciśnienia w linii zobrazowany w postaci piktogramu na ekranie pompy. | TAK |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – przynajmniej 20 poziomów | TAK |  |
|  | Funkcja KVO (Keep Vein Open) | TAK |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO z możliwością programowania szybkości:* od 0,1 do 5 ml/h
* zapis ustawień
 | TAK |  |
|  | Sygnalizacja wahań ciśnienia w linii. Pozwalająca przewidzieć niebezpieczeństwo pojawienia się okluzji lub nieszczelności. | TAK |  |
|  | Rejestr na 1500 zdarzeń zapisywany w czasie rzeczywistym. | TAK |  |
|  | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godzin programowany co 1 minutę z funkcją automatycznego startu infuzji po zaprogramowanej przerwie. | TAK |  |
|  | **Panel sterowania** |  |  |
|  | Specjalny sposób wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu (tzw. Tryb nocny) | TAK |  |
|  | Wskaźnik pracy pompy dobrze widoczny | TAK |  |
|  | Komunikaty tekstowe w języku polskim | TAK |  |
|  | Funkcja wyświetlania trendów objętości, szybkości infuzji oraz ciśnienia | TAK |  |
|  | Wbudowana w pompę możliwość dopasowana ustawień oraz zawartości menu do potrzeb oddziału | TAK |  |
|  | Biblioteka leków, min. 100 leków wraz z protokołami infuzji (domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.)  | TAK |  |
|  | **Układ alarmów** |  |  |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | TAK |  |
|  | Alarm pustej strzykawki | TAK |  |
|  | Alarm przypominający–zatrzymana infuzja | TAK |  |
|  | Alarm okluzji | TAK |  |
|  | Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia | TAK |  |
|  | Alarm rozładowanego akumulatora | TAK |  |
|  | Alarm braku lub źle założonej strzykawki | TAK |  |
|  | Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki | TAK |  |
|  | Alarm informujący o uszkodzeniu urządzenia | TAK |  |
|  | Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Alarm wstępny przed opróżnieniem strzykawki. | TAK |  |
|  | Alarm wstępny przed końcem infuzji. | TAK |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
|  | Stacja dokująca pozwalająca na jednoczesne zasilanie 4 oferowanych pomp strzykawkowych , możliwość ładowania akumulatorów bez konieczności wyjmowania pompy ze stacji | TAK |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie oferowanych pomp w stacji dokującej wraz z umieszczonym na pompie uchwytem mocującym do stojaka lub szyny oraz uchwytem transportowym | TAK |  |
|  | Dowolna zmiana miejsca pomp strzykawkowych i objętościowych w stacji bez konieczności wyjmowania innych pomp – możliwość niezależnego umieszczania i wyjmowania pomp w stacji i ze stacji | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i oprogramowanie w języku polskim(z dostawą) | TAK |  |
|  |  Możliwość komunikacji przez port USB bezpośrednio z pompą. | TAK |  |
|  | Możliwość transmisji danych z pompy, możliwość połączenia w sieć z komputerem centralnym.  | TAK |  |
|  | Okres gwarancji na Pompy strzykawkowe wyposażeniem min. 24 miesiące. Przegląd techniczny bezpłatny w ramach gwarancji (1 na rok – ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji). Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia do zakończenia naprawy. | TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt36 miesięcy- 3 pkt48 miesięcy – 5 pkt |  |

* + 1. **Kardiomonitor transportowy -1 szt**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kardiomonitor transportowy – 1 szt.** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*** |
|  | Producent, podać | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2017 r. podać | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane | TAK |  |
|  | Nazwa urządzenia, typ, podać | TAK |  |
|  | **Wymagania ogólne** | T |  |
|  | Kardiomonitor o budowie kompaktowej, waga kardiomonitora monitorującego EKG/oddech, NBP, SpO2, z akumulatorem maksymalnie ≤ 5,5 kg | TAK |  |
|  | Kardiomonitor przystosowany do transportu pacjenta – spełniający następujące normy:- test odporności na upadki zgodnie z IEC TR 60721-4-7, klasa 7M3; procedura testowa zgodna z IEC/EN 60068-2-27- odporność na wibracje losowe zgodnie z IEC TR 60721-4-7, klasa 7M3; procedura testowa zgodna z IEC/EN 60068-2-64- odporność na wibracje sinusoidalne zgodnie z IEC TR 60721-4-7, klasa 7M3; procedura testowa zgodna z IEC/EN 60068-2-6- test odporności na uderzenia zgodnie z IEC/EN60068-2-29- test swobodnego upadku zgodnie z EN1789 (obejmuje również IEC TR 60721-4-7 i klasę 7M3); procedura testowa zgodnie z EN 60068-2-32- stopień ochrony zapewniany przez obudowę zgodnie z normą IEC/EN 60529 – min. IP 32- zgodność z EN 1789 +A1:2003: Pojazdy medyczne i ich wyposażenie - Ambulansy | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy, kolorowy LCD TFT o przekątnej w zakresie od ≥ 8 do ≤ 10’’, rozdzielczość min. 800 x 600 | TAK |  |
|  | Obsługa za pomocą ekranu dotykowego | TAK |  |
|  | Jednoczesna prezentacja co najmniej 3 przebiegów dynamicznych różnych parametrów; w przypadku monitorowania 12 odprowadzeń EKG wyświetlenie zapisu ze wszystkich 12 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Zintegrowany uchwyt do przenoszenia | TAK |  |
|  | Dodatkowy zintegrowany zaczep umożliwiający zamocowanie na ramie wózka transportowego, na rurze fi 30 mm | TAK |  |
|  | Fabrycznie zaprogramowane profile dla wszystkich grup wiekowych pacjentów (noworodki, dzieci, dorośli); możliwość definiowania własnych profili | TAK |  |
|  | Tryby pracy:- monitorowanie,- konfiguracja (możliwość zmiany domyślnych ustawień fabrycznych i zapamiętania nowych),- tryb demo pozwalający na prezentację zapisów dynamicznych i parametrów liczbowych w celach szkoleniowych bez podłączania pacjenta,- tryb gotowości (oczekiwania) umożliwiający szybkie rozpoczęcie pracy. | TAK |  |
|  | 3 stopniowy system alarmów - alarmy dźwiękowe i wizualne wszystkich monitorowanych parametrów z funkcją wyciszenia i zmian granic alarmowych | TAK |  |
|  | Funkcja szybkiego, automatycznego nastawienia jednocześnie wszystkich granic alarmowych w odniesieniu do aktualnych wartości parametrów monitorowanych | TAK |  |
|  | Pamięć min. 200 ostatnich komunikatów alarmowych z dokładnym czasem wystąpienia. | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V 50Hz | TAK |  |
|  | Zintegrowane zasilanie akumulatorowe – czas pracy min. 3h (monitorowanie EKG / oddechu, SpO2, ciśnienie IBP/temperatura, CO2, pomiar NIBP co 15 minut) | TAK |  |
|  | Akumulator litowo-jonowy, wymiana akumulatora niewymagająca ingerencji serwisu lub personelu technicznego | TAK |  |
|  | Wyświetlanie w sposób ciągły na ekranie przewidywanego czasu pracy do rozładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Trendy wszystkich monitorowanych parametrów w postaci tabelarycznej i graficznej z ostatnich minimum 48 godzin, rozdzielczość ustawiana w zakresie co najmniej od 10 sekund do 5 minut | TAK |  |
|  | Komunikacja monitora z użytkownikiem przez menu w języku polskim z systemem podpowiedzi, informacji, komunikatów | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia danych demograficznych pacjenta (imię , nazwisko, nr ID itp.) | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji i zapisania własnego profilu pacjenta oraz sposobu prezentacji danych na ekranie | TAK |  |
|  | Dopasowanie zawartości menu ekranowego do potrzeb użytkownika w zakresie zmiany kolejności przycisków na pasku menu ekranowego oraz ukrycia niewykorzystywanych pozycji / funkcji. | TAK |  |
|  | Konstrukcja zapewniająca bezgłośną pracę  | TAK |  |
|  | **Pomiar EKG** |  |  |
|  | Wielodprowadzeniowe monitorowanie EKG w zależności od zastosowanego kabla EKG | TAK |  |
|  | Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 15-350 bpm, dokładność ± 1%. | TAK |  |
|  | Analiza odcinka ST z zakresem pomiarowym od min. -20 do +20 mm | TAK |  |
|  | Graficzna prezentacja zmian w odcinku ST w postaci kołowych wykresów wieloosiowych | TAK |  |
|  | Alarm przekroczenia ustalonego zakresu wartości zmian ST w wybranym odprowadzeniu z możliwością definiowania tego zakresu | TAK |  |
|  | Pomiar odcinka QT w zakresie od min. 200-800 ms – mierzona wartość wyświetlana na ekranie kardiomonitora | TAK |  |
|  | Funkcja zliczania PVC (przedwczesnych skurczów komorowych) - mierzona wartość wyświetlana na ekranie kardiomonitora | TAK |  |
|  | Wieloodprowadzeniowa analiza zaburzeń rytmu (arytmii), funkcja nauki arytmii, klasyfikacja min. 15 rodzajów zaburzeń rytmu (w tym migotanie przedsionków) | TAK |  |
|  | Automatyczne zastąpienie odprowadzenia głównego innym w przypadku jego odłączenia | TAK |  |
|  | Wyjście sygnału EKG do synchronizacji defibrylatora | TAK |  |
|  | **Pomiar częstości oddechu (RR)** |  |  |
|  | Pomiar metodą impedancyjną, wyświetlanie krzywej oddechowej oraz wartości cyfrowej częstości oddechów | TAK |  |
|  | Funkcja wyboru odprowadzenia do pomiaru oddechu | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru min. 0 -170 rpm, dokładność pomiaru +/-2 rpm | TAK |  |
|  | Alarm bezdechu regulowany w zakresie od 10 do 40 sekund | TAK |  |
|  | **Pomiar saturacji (SpO2)** |  |  |
|  | Zakres pomiarowy min. 0-100% | TAK |  |
|  | Algorytm pomiarowy wykluczający artefakty ruchowe (technologia z certyfikatem: Masimo, Nellcor lub równoważne) | TAK |  |
|  | Wyświetlane wartości cyfrowej saturacji i tętna, krzywej pletyzmograficznej oraz liczbowego i graficznego wskaźnika perfuzji | TAK |  |
|  | Modulacja wysokości dźwięku pulsu w zależności od poziomu saturacji | TAK |  |
|  | Pomiar tętna w zakresie min. 25-240 bpm | TAK |  |
|  | Opóźnienie alarmu SpO2 zależne od szybkości zmian i wartości o jaką został przekroczony próg alarmowy | TAK |  |
|  | **Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NiBP)** |  |  |
|  | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi metodą oscylometryczną | TAK |  |
|  | Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego, zakres pomiarowy min.: 10 – 260 mmHg. | TAK |  |
|  | Pomiar w trybie ręcznym, automatycznym, sekwencyjnym i pilnym. | TAK |  |
|  | Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie co najmniej od 1 min. do 24 h | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania ciśnienia w mankiecie | TAK |  |
|  | Funkcja utrzymywania ciśnienia w mankiecie (tzw. stazy) ułatwiająca wykonanie wkłucia | TAK |  |
|  | **Pomiar inwazyjnego ciśnienia (IBP)** |  |  |
|  | Prezentacja krzywej dynamicznej ciśnienia na ekranie kardiomonitora, pomiar w 1 kanale | TAK |  |
|  | Możliwość pomiaru ciśnienia tętniczego i żylnego | TAK |  |
|  | Możliwość przypisania nazwy pomiaru (np. PAP, ICP, RA, LA) z automatycznym dostosowaniem skali wyświetlanej krzywej | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy min.: – 40 ÷360 mmHg | TAK |  |
|  | **Pomiar temperatury** |  |  |
|  | Pomiar temperatury w jednym kanale. | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy min.: 0 – 45 stopni; dokładność ± 0,1ºC | TAK |  |
|  | **Akcesoria pomiarowe** |  |  |
|  | Kabel główny EKG umożliwiający podłączenie 3 zakończeń pacjenta – 1 szt. / kardiomonitor | TAK |  |
|  | Jednorazowe elektrody EKG zintegrowane z przewodem, rozmiar dostosowany dla noworodków / niemowląt – 60 szt.  | TAK |  |
|  | Wielorazowy czujnik SpO2 dla pacjentów o masie: 1 - 4 kg, długość – min. 1,5 m – 1 szt. / kardiomonitor | TAK |  |
|  | Wielorazowy czujnik SpO2 dla pacjentów o masie: 4 – 15 kg, mocowany na palec, długość – min. 1,5 m – 1 szt. / kardiomonitor | TAK |  |
|  | Kabel przedłużający do wielorazowych czujników SpO2, długość – min. 2 m – 1 szt. / kardiomonitor | TAK |  |
|  | Wielorazowy mankiet pomiarowy NiBP na ramię o obwodzie 10 – 15 cm, +/- 1 cm – 2 szt.  | TAK |  |
|  | Przewód do podłączenia wielorazowego mankietu pomiarowego NBP z kardiomonitorem, zakończony szybkozłączką – 1 szt.  | TAK |  |
|  | Jednorazowy mankiet pomiarowy NiBP na ramię o obwodzie 3 – 5 cm +/- 1 cm – 10 szt.  | TAK |  |
|  | Jednorazowy mankiet pomiarowy NiBP na ramię o obwodzie 4 – 8 cm +/- 1 cm – 10 szt.  | TAK |  |
|  | Jednorazowy mankiet pomiarowy NiBP na ramię o obwodzie 6 – 10 cm +/- 1 cm – 20 szt.  | TAK |  |
|  | Jednorazowy mankiet pomiarowy NiBP na ramię o obwodzie 7 – 13 cm +/- 1 cm – 10 szt.  | TAK |  |
|  | Jednorazowy mankiet pomiarowy NiBP na ramię o obwodzie 10 – 15 cm +/- 1 cm – 10 szt.  | TAK |  |
|  | Przewód do podłączenia jednorazowych mankietów pomiarowych NBP z kardiomonitorem – 1 szt. / kardiomonitor | TAK |  |
|  | Wielorazowa sonda temperatury do pomiaru temperatury powierzchniowej – 1 szt. / kardiomonitor | TAK |  |
|  | **Inne** |  |  |
|  | Okres gwarancji na Kardiomonitor transportowy wyposażeniem min. 24 miesiące. Przegląd techniczny bezpłatny w ramach gwarancji (1 na rok – ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji). Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia do zakończenia naprawy. | TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt36 miesięcy- 3 pkt48 miesięcy – 5 pkt |  |
|  | Okres gwarancji na akcesoria pomiarowe wielorazowe - min. 24 miesięcy  | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce – podać adres | TAK |  |
|  | Certyfikat CE i deklaracja zgodności CE Instrukcja obsługi i oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |

* + 1. **Pulsoksymetr – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Pulsoksymetr – 1 szt.** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*** |
|  | Producent, podać | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2017 r. urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane | TAK |  |
|  | Wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, deklaracje zgodności CE | TAK |  |
|  | Nazwa urządzenia, typ, podać | TAK |  |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | Pulsoksymetr dla noworodków, dzieci i dorosłaych , stacjonarno transportowy, w technologii Masima, Nelcor | TAK |  |
|  | Pomiar mimo ruchu przy niskiej perfuzji | TAK |  |
|  | Aparat prezentuje dane: Spo2, częstość pulsu, wykres krzywej pletyzmograficznej, indeks perfuzji w postaci cyfrowej , komunikaty alarmowe , trendy czułość | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 47/50Hz oraz akumulatorowe z wewnętrznego akumulatora litowego do 7 godzin ciągłego monitorowania, ładowanie baterii 3 godziny | TAK |  |
|  | Waga max 1,5 kg | TAK |  |
|  | Uchwyt do przenoszenia urządzenia | TAK |  |
|  | Zaktres pomiaru saturacji 0-100 % | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70%- 100 % +/- 2 cyfry | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu 25-240 udzerzeń na minutę | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru w całym zakresie +/-3 bpm | TAK |  |
|  | Ciągły tryb monitorowania parametrów | TAK |  |
|  | Wysokiej rozdzielczości ekran LCD, kolorowy , dotykowy z regulacjją kontrastu ekranu oraz regulacją podświetlenia ekranu | TAK |  |
|  | Automatyczne dostosowanie jasności wyświetlacza w zależności od panujących warunków | TAK |  |
|  | Opcje komunikacji : WiFi, przywołanie pielęgniarki, posrt USB | TAK |  |
|  | 96 godzinne trendy SpO2 i pulsu z rozdzielczością 2 sekundy, możliwością wydrukowania na zewnetrzej drukarce lub przesłania do innego urządzenia szeregowego. | TAK |  |
|  | Granice alarmów stale widoczne na ekranie | TAK |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i wizualny dla wszystkich mierzonych parametrów | TAK |  |
|  | Indywidualne ustawienia granic alarmów i zapamiętywanie ich przez urządzenie | TAK |  |
|  | Zmienna wysokość tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalajaca na śledzenia zmian SpO2 bez podchodzenia do monitora | TAK |  |
|  | Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika | TAK |  |
|  | Alarm dźwiękowy wyładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji głośności alarmu, regulacji wyciszenia alarmu | TAK |  |
|  | Czas uśredniania 2,4,8,10,12,14 lub 16 sekund | TAK |  |
|  | Wskaźnik pomiaru perfuzji (PI), oceniający perfuzję w miejscu pomiaru, wyświetlany w sposób cyfrowy | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru perfuzji 0,02%-20 % | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia czułości pomiaru w 3 zakresach : NORM, MAX, i APOD | TAK |  |
|  | Instrukcja w jezyku polskim | TAK |  |
|  | Okres gwarancji na pulsoksymetr min. 24 miesiące. Przegląd techniczny bezpłatny w ramach gwarancji (1 na rok – ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji).  | TAK |  |

**UWAGA:**

**Wszystkie urządzenie medyczne muszą posiadać dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r.**

**\* W kolumnie oznaczonej Parametr wymagany należy wpisać zgodnie ze stanem faktycznym, kolumnę wypełnia Wykonawca, podanie odpowiedzi „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

**\*\* Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia.** D**la wyposażenia dodatkowego (ponad standardowego dla danego modelu) podać kody producenta np. klimatyzacja kod XX00, dla wyposażenia standardowego proszę wpisać „standard”.**

**Zaoferowanie urządzenia o parametrach gorszych, niższych niż opisane powyżej parametry wymagane, spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z wymaganiami SIWZ**

 **……………………………………………………**

 **Pieczęć i podpis wykonawcy**