Załącznik nr 2d do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZADANIE 4**

|  |
| --- |
| **PLATFORMA DO MECHANICZNEGO UCISKU KLATKI PIERSIOWEJ – 1szt.** |
| Lp. | **CECHY APARATU** |  | Poniżej należy **wypełnić** tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego |
| 1. | Urządzenie typ, model  | Podać |  |
| 2. | Producent/Firma | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji-fabrycznie nowe | TAK |  |
| 5. | Oznakowanie CE | TAK |  |
| **I** | **PODSTAWOWE PARAMETRY** |
| 6. | Urządzenie przeznaczone do mechanicznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej osób dorosłych o wadze do min. 130 kg za pomocą pasa piersiowego lub bez ograniczeń wagowych za pomocą mechanizmu tłoka zakończonego ssawką | TAK | **do 130 kg – 0 pkt****131 – 150 kg – 1 pkt****151-170 kg – 2 pkt****171-190 kg – 3 pkt****191-210 kg – 4 pkt****Powyżej 210 kg lub bez limitu wagi – 5 pkt** |
| 7. | Możliwość zastosowania dla pacjentów o obwodzie klatki piersiowej w zakresie min. 78 do 130 cm i szerokości klatki piersiowej w zakresie min. 25 do 35 cm lub u pacjentów z wysokością mostka od 17 do 30,3 cm i max. szerokością klatki piersiowej 45 cm | TAK |  |
| 8. | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą taśmy piersiowej – ucisk obwodowy lub za pomocą mechanizmu tłoka zakończonego ssawka – ucisk punktowy | TAK |  |
| 9. | Częstość uciśnięć: min. 80 / minutę ( ± 5 ucisków na minutę)  | TAK |  |
| 10. | Głębokość uciśnięć dla pacjentów dorosłych: min. 20% (+0.6/-1.3 cm) głębokości klatki piersiowej lub 53 mm ± 2 mm u pacjentów z wysokością mostka ponad 185 mm. | TAK |  |
| 11. | Prowadzenie ucisków klatki piersiowej w trybie 30 ucisków / 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym | TAK |  |
| 12. | Automatyczne lub ręczne dopasowanie aktywnego elementu urządzenia do rozmiarów klatki piersiowej pacjenta  | TAK |  |
| 13. | Automatyczne dostosowanie siły uciśnięć do elastyczności klatki piersiowej pacjenta | TAK |  |
| 14. | Automatyczne zatrzymanie uciśnięć w przypadku wykrycia niebezpiecznej pozycji pacjenta (przesunięcia klatki piersiowej względem elementu prowadzącego uciski) lub w przypadku przekroczona maksymalnej granicy ucisku — zbyt głęboki lub zbyt płytki. | TAK |  |
| 15. | Możliwość wykonania defibrylacji bez zdejmowania urządzenia z pacjenta,  | TAK |  |
| 16. | Zasilanie akumulatorowe, w komplecie minimum 3 akumulatory Li-Ion,lub 1 akumulator dla urządzeń zasilanych dodatkowo z zewnętrznego źródła zasilania 100-240 VAC i 10-28 VDC wraz z ładowarką | TAK |  |
| 17. | Możliwość szybkiej wymiany akumulatora bez użycia dodatkowych narzędzi | TAK |  |
| 18. | Czas pracy z 1 akumulatora minimum 30 minut  | TAK |  |
| 19. | Możliwość transportu pacjenta w trakcie uciskania klatki piersiowej na wykorzystywanych w działaniach ratowniczych środkach transportu bez przerywania pracy urządzenia | TAK |  |
| 20. | Na wyposażeniu min. 6 kpl. pasów piersiowych lub 6 kpl przyssawek | TAK |  |
| **DEFIBRYLATOR z SPO2 – 2 szt.** |
| Lp. | **CECHY APARATU** |  | Poniżej należy **wypełnić** tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego |
| 1. | Urządzenie typ, model  | Podać |  |
| 2. | Producent/Firma | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji-fabrycznie nowe | TAK |  |
| 5. | Oznakowanie CE | TAK |  |
| 6. | Defibrylator przenośny dla dorosłych i dzieci z wbudowanym uchwytem transportowym o wadze do 10 kg z kpl akumulatorów  | TAK | **Do 6 kg – 5 pkt****6,1 - 7 kg – 4 pkt****7,1 - 8 kg – 3 pkt****8,1 - 9 kg – 2 pkt** **Do 10 kg – 0 pkt** |
| 7. | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP55 lub IP 44 | TAK |  |
|  | ZASILANIE |  |  |
| 8. | Na wyposażeniu ładowarka sieciowa - karetkowa 3 szt. |  |  |
| 9. | Czas pracy na jednym lub dwóch akumulatorach: min. 6 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z max energią | TAK |  |
| 10. | Akumulator litowo-jonowy lub równoważne, ze zminimalizowanym efektem pamięci , czas ładowania do max 5 godzin | TAK |  |
|  | DEFIBRYLACJA |  |  |
| 11. | Defibrylacja dwufazowa w trybie ręcznym i automatycznym , regulacja energii w zakresie min. 2-200J , dostępne 20 poziomów energii zew , gotowość do defibrylacji max energią w max 7 s. 10s , możliwość wykonania kardiowersji  | TAK |  |
|  | REJESTRACJA |  |  |
| 12. | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min 6,5'' , Możliwość wyświetlenia min. 3 krzywych dynamicznych jednocześnie | TAK |  |
| 13. | Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych | TAK |  |
| 14. | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | TAK |  |
| 15. | Pamięć wewnętrzna min. 800 zdarzeń i 32 zrzutów ekranowych (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne).lub łączna pojemność 360 minut ciągłego monitorowania EKG, 90 minut ciągłego monitorowania danych na wszystkich kanałach lub 400 pojedynczych zdarzeń krzywych z krzywymi. | TAK |  |
|  | EKG/ RESPIRACJA |  |  |
| 16. | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i możliwością transmisji przez telefon komórkowy lub zewnętrzny modem. Transmisja na wskazaną komputerową stację odbiorczą | TAK |  |
| 17. | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 20-300 /min | TAK |  |
| 18. | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 3,0 cm/mV25. | TAK |  |
|  | STYMULACJA ZEWNĘTRZNA |  |  |
| 19. | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | TAK |  |
| 20. | Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 30-180 imp/min , prąd stymulacji w zakresie min. 10-140 mA | TAK |  |
|  | PULSOKSYMETRIA |  |  |
| 21. | Pomiar SpO2 w technologii Masimo SET  | TAK |  |
| 22. | Zakres pomiaru SpO2: 50-100% i pulsu min 25-240/min | TAK |  |
| 23. | Pomiar ciśnienia w , czas pomiaru do 30 sekund, zakres pomiaru min. 15-250 mmHg | TAK |  |
|  | MONITOROWANIE RKO |  |  |
| 24. | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z Wytycznymi 2010 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej | TAK |  |
|  | WYPOSAŻENIE |  |  |
| 25. | Kabel EKG 3-odprow., 1 szt. | TAK |  |
| 26. | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt | TAK |  |
| 27. | Kabel do stymulacji | TAK |  |
| 28. | Czujnik SpO2 – klips palcowy dla dorosłych 1 szt., klips palcowy dla dzieci 1 szt. | TAK |  |
| 29. | Elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych 8 kpl. i dzieci min. 2 szt. | TAK |  |
| 30. | Mankiet NIBP: standardowy dla dorosłych w trzech rozmiarach po 1 szt. i dzieci 1 szt. | TAK |  |
| 31. | Torba wraz z pasem naramiennym na akcesoria | TAK |  |
| **DEFIBRYLATOR Z EtCO2, NIBP, SpO2, UCHWYTEM ŚCIENNYM -3szt.** |
| **Lp** | **CECHY APARATU** |  | Poniżej należy **wypełnić** tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego |
| 1. | Urządzenie typ, model  | Podać |  |
| 2. | Producent/Firma | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji-fabrycznie nowe | TAK |  |
| 5. | Oznakowanie CE | TAK |  |
| 6. | Defibrylator przenośny dla dorosłych i dzieci z wbudowanym uchwytem transportowym o wadze do 10 kg z kpl akumulatorów  | TAK | **Do 6 kg – 5 pkt****6,1 - 7 kg – 4 pkt****7,1 - 8 kg – 3 pkt****8,1 - 9 kg – 2 pkt** **Do 10 kg – 0 pkt** |
| 7. | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP55 lub IP 44 | TAK |  |
|  | ZASILANIE |  |  |
| 8. | Na wyposażeniu ładowarka sieciowa - karetkowa 3 szt. | TAK |  |
| 9. | Czas pracy na jednym lub dwóch akumulatorach: min. 6 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z max energią  | TAK |  |
| 10. | Akumulator litowo-jonowy lub równoważne, ze zminimalizowanym efektem pamięci , czas ładowania do max 5 godzin  | TAK |  |
|  | DEFIBRYLACJA |  |  |
| 11. | Defibrylacja dwufazowa w trybie ręcznym i automatycznym , regulacja energii w zakresie min. 2-200J , dostępne 20 poziomów energii zew , gotowość do defibrylacji max energią w max 10s , możliwość wykonania kardiowersji | TAK |  |
|  | REJESTRACJA |  |  |
| 12. | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min 6,5'' , Możliwość wyświetlenia min. 3 krzywych dynamicznych jednocześnie | TAK |  |
| 13. | Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych | TAK |  |
| 14. | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | TAK |  |
| 15. | Pamięć wewnętrzna min. 800 zdarzeń i 32 zrzutów ekranowych (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne).lub łączna pojemność 360 minut ciągłego monitorowania EKG, 90 minut ciągłego monitorowania danych na wszystkich kanałach lub 400 pojedynczych zdarzeń krzywych z krzywymi. | TAK |  |
|  | EKG/ RESPIRACJA |  |  |
| 16. | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i możliwością transmisji przez telefon komórkowy lub zewnętrzny modem. Transmisja na wskazaną komputerową stację odbiorczą | TAK |  |
| 17. | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 20-300 /min | TAK |  |
| 18. | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 3,0 cm/mV25. | TAK |  |
|  | STYMULACJA ZEWNĘTRZNA |  |  |
| 19. | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | TAK |  |
| 20. | Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 30-180 imp/min , prąd stymulacji w zakresie min. 10-140 mA | TAK |  |
|  | PULSOKSYMETRIA |  |  |
| 21. | Pomiar SpO2 w technologii Masimo SET | TAK |  |
| 22. | Zakres pomiaru SpO2: 50-100% i pulsu min 25-240/min  | TAK |  |
| 23. | Pomiar ciśnienia , czas pomiaru do 30 sekund, zakres pomiaru min. 15-250 mmHg | TAK |  |
|  | MONITOROWANIE RKO |  |  |
| 24. | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z Wytycznymi 2010 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej | TAK |  |
|  | WYPOSAŻENIE |  |  |
| 25. | Kabel EKG 3-odprow., 1 szt. | TAK |  |
| 26. | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt | TAK |  |
| 27. | Kabel do stymulacji | TAK |  |
| 28. | Czujnik SpO2 – klips palcowy dla dorosłych 1 szt., klips palcowy dla dzieci 1 szt. | TAK |  |
| 29. | Elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych 8 kpl. i dzieci min. 2 szt. | TAK |  |
| 30. | Mankiet NIBP: standardowy dla dorosłych w trzech rozmiarach po 1 szt. i dzieci 1 szt. | TAK |  |
| 31. | Torba wraz z pasem naramiennym na akcesoria | TAK |  |

|  |
| --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
| 39. | Aktualne certyfikaty i/lub deklaracje potwierdzające spełnienie odpowiednich dla wyrobu medycznego norm lub dyrektyw, uwzględniając w szczególności wymagania UE, deklaracja zgodności.Wpis do rejestru Wyrobów Medycznych. Podać numer. Kopia dokumentu na wezwanie Zamawiającego. | TAK |  |
| 40. | Instrukcja obsługi, użytkowania oraz konserwacji i dezynfekcji w języku polskim przy dostawie (w formie wydrukowanej i elektronicznej).Skrócona instrukcja przy aparacie, po 1 egz.  | TAK |  |
| 41. | Dokumentacja techniczna sprzętu w wersji elektronicznej i wydrukowanej w języku polskim | TAK |  |
| 42. | Instruktaż z zakresu obsługi personelu medycznego oraz technicznego w ramach zakupu sprzętu w siedzibie zamawiającego, po bezwzględnym uzgodnieniu terminu szkolenia z kupującym wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu | TAK |  |
| 43. | Instruktaż personelu technicznego w zakresie bieżącej konserwacji oraz podstawowych napraw wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu dla dwóch osób | TAK |  |
| 44. | Okres pełnej gwarancji i obsługi serwisowej na oferowane urządzenia min. 24 miesiące | TAKpunktacja | Min. 24 m-ce Max 48 m-cy Punktacja według SIWZ |
| 45. | Karta gwarancyjna wystawiona na zaoferowany okres gwarancji, wymagana przy dostarczeniu urządzeń | TAK |  |
| 46. | W okresie gwarancji min. 1 nieodpłatny przegląd w roku, zgodnie z zaleceniami producenta | TAK**opisać** |  |
| 47. | Czas naprawy urządzenia w okresie gwarancyjnym max 3 dni lub urządzenie zastępcze | TAK**opisać** |  |
| 48. | Paszport techniczny dla poszczególnych urządzeń przy dostawie | TAK |  |
| 49. | Termin dostawy **30 dni** | TAK |  |
| 50. | Dostawa urządzeń do siedziby zamawiającego wraz z instalacją, konfiguracją i uruchomieniem | TAK |  |
| 51. | Zabezpieczenie autoryzowanego serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym na okres minimum 10 lat | TAK |  |

**UWAGA**

Wypełniając powyższe tabele Wykonawca może je przepisać na komputerze i odpowiednio dostosować wielkość wierszy i kolumn do potrzeb Wykonawcy, zachowując treść poszczególnych wierszy i ich kolejność zapisaną przez Zamawiającego. Zmiana treści lub jej brak a także zmiana kolejności wierszy lub kolumn oraz ich brak spowoduje odrzucenie oferty.

Pytania dotyczące powyższych parametrów i wymagań muszą odnosić się precyzyjnie do poszczególnych punktów w tabeli i przedmiotu zamówienia. Niezastosowanie się przez Wykonawcy do danego wymogu skutkować będzie brakiem odpowiedzi na zadane pytanie.

**Niespełnienie choćby jednego z wymogów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia dotyczących przedmiotu zamówienia stawianych przez Zamawiającego w powyższych tabelach spowoduje odrzucenie oferty.**