**

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 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 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. 220 A | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dwa akumulatory, każdy o pojemności min. 90 Ah | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | **-------** | **-----------------------------------------** |  |
|  | Czołowe i boczne 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 |
|  | Elektrycznie podgrzewana szyba przednia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Czujnik zmierzchu i deszczu | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Klimatyzacja kabiny kierowcy | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowe ogrzewanie wodne o mocy min. 5,0 kW działające niezależnie od pracy silnika.  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pomocnicze zależne od silnika ogrzewanie elektryczne (12V) o maksymalnej mocy grzewczej min. 1,5 kW uzyskiwanej w czasie max. 0,5 min od momentu uruchomienia silnika, współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury w kabinie kierowcy. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pojazd dostarczony na oponach letnich z czujnikami ciśnienia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowy komplet kół zimowych (opony + felgi + czujniki ciśnienia). 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 |
|  | Podnośnik samochodowy hydrauliczny, klucz do kół, pełnowymiarowe koło zapasowe, 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- 10 PktNIE- 0 pkt |
|  | Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) – **parametr nie wymagany lecz punktowany.**  | TAK/NIE podać |  | TAK- 10 PktNIE- 0 pkt |
|  | System ostrzegający o możliwości kolizji (wizualnie i dźwiękowo ostrzega o zbyt małym odstępie od innego pojazdu lub przeszkody i za pomocą systemu wspomagania nagłego hamowania wspomaga kierowcę w gwałtownym hamowaniu)- **parametr nie wymagany lecz punktowany.**  | TAK/NIE podać |  | TAK- 10 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 na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa). Nawiew powietrza przez urządzenie uzdatniające wydmuchiwane powietrze. Uzdatnianie powietrza ma polegać na zmniejszeniu poziomu bakterii, wirusów, zarodników pleśni np. poprzez system promieniowej jonizacji katalitycznej. | 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 |
|  | Otwierany szyber – dach fabrycznie przystosowany do pełnienia funkcji wyjścia ewakuacyjnego o minimalnych wymiarach 800 mm x 500 mm, zamontowany zgodnie z zaleceniami producenta szyber dachu (proszę podać markę i model, wymiary, sposób montażu względem osi pojazdu dłuższego boku, załączyć do oferty instrukcję użycia jako wyjście ewakuacyjne). | 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 oraz wyświetlacz LED-owy z napisem „AMBULANS” (podać markę i model). W komorze silnika lub w pasie przednim zmontowany głośnik z sygnałem dźwiękowym modulowanym, o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem Zamawiający nie dopuszcza sygnalizacji świetlnej realizowanej przez belki zespolone lub lampy np. typu kogut lub lampy kierunkowe; sygnalizacja świetlna (wraz z reflektorami) ma być wbudowana w nadwozie pojazdu (zespolona z nadwoziem) tworząc jedną bryłę. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Na wysokości podszybia 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Na przednich błotnikach niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej 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 (podać markę i model)Zamawiający nie dopuszcza sygnalizacji świetlnej realizowanej przez belki zespolone lub lampy np. typu kogut lub lampy kierunkowe; sygnalizacja świetlna ma być wbudowana w nadwozie pojazdu (zespolona z nadwoziem) tworząc jedną bryłę. | 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,
3. pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. ,.a)
 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | 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) – podać markę i model. | 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 |
|  | System monitoringu pojazdu GPS współpracujący z posiadanym 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 (minimalne wymiary mierzone w świetle : wysokość 1800 mm , szerokość 400 mm - podać wartość oferowaną) spełniające normę PN EN 1789. | 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 nosze główne z funkcją amortyzacji umożliwiającą transport inkubatora. Podstawa z automatycznym doborem stopnia amortyzacji do wagi przewożonego zestawu transportowego. Podstawa musi mieć możliwość łatwego mycia i dezynfekcji.Ładowność min. 300 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 z nawigacja wyposażoną w mapę co najmniej Polski, z roczną aktualizacją | 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 |  |  |
|  | System automatycznego składania/rozkładnia podwozia transportera przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskania przycisków itp. – dotyczy transportera - **parametr nie wymagany lecz punktowany.**  | TAK/ NIE podać |  | TAK- 10 PktNIE- 0 pkt |
|  | 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 powyżej 150 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenia noszy 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 |
|  | Transporter wyposażony w system rozpraszający elektryczne ładunki statyczne zapewniający uziemienie zestawu transportowego , załączyć potwierdzenie producenta potwierdzające spełnienie oferowanego parametru | 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; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowy system zabezpieczający przed złożeniem się podwozia transportera w trakcie załadunku do ambulansu w przypadku, gdy kółka najazdowe nie opierają się na lawecie a zwolniony jest mechanizm składający podwozie - dotyczy transportera noszy - **parametr nie wymagany lecz punktowany..**  | TAK /NIE podać |  | TAK- 10 PktNIE- 0 pkt |
|  | Dodatkowy system zabezpieczający przed wyjazdem transportera z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i braku zablokowania podwozia transportera;  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowa blokada podwozia zabezpieczająca przed samoczynnym lub niekontrolowanym złożeniem się i opadnięciem transportera w dół po przypadkowym naciśnięciu lub pociągnięciu mechanizmu zwalniającego składanie podwozia **–** dotyczy transportera noszy **-parametr nie wymagany lecz punktowany.**  | TAK /NIE podać |  | TAK- 10 PktNIE- 0 pkt |
|  | System serwisowy wskazujący konieczność wykonania przeglądu okresowego uzależniony od natężenia eksploatacyjnego zestawu transportowego (opisać i załączyć materiały producenta potwierdzające oferowany parametr) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Obciążenie dopuszczalne transportera min 250 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg); | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Waga transportera do max. 28 kg zgodnie z norma PN EN 1865-1 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Transporter musi posiadać trwale oznakowane (najlepiej graficznie) elementy związane z jego obsługą | 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 i PN EN 1865-1 załączyć przy dostawie ; | 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 |  |
|  | PARAMETRY OGÓLNE | TAK |  |
|  | 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  | 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 danychz pompy, możliwość połączenia w sieć z komputerem centralnym samodzielnie lub przez stację dokującą | 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. 30-300 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 24,8,10,12,14 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**