**Pakiet nr 6 - zakup wraz z dostawą pulsoksymetru dla Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodków**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | PARAMETRY/WARUNEK/WARTOŚĆ GRANICZNA | Wymóg przedmiotowy do spełnienia (warunek graniczny) | PARAMETRY WYMAGANEOpis, potwierdzenie spełniania warunków, nr stron katalogowych, nr katalogowe itp. |
| 1 | Nazwa | Podać |  |
| 2 | Model/typ | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj produkcji | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji | 2017 |  |
| 6 | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| 7 | Dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie RP | Tak, dołączyć do oferty |  |
| Wymagane paramery: |
| 1 | Pulsoksymetr dla noworodków, dzieci i dorosłych, stacjonarno-trnsportowy, w technologii Masimo, Nelcor | TAK |  |
| 2 | Pomiar mimo ruchu przy niskiej perfuzji | TAK |  |
| 3 | Aparat prezentuje dane:- SpO2,- częstość pulsu- wykres krzywej pletyzmograficznej- indeks perfuzji w postaci cyfrowej- komunikaty alarmowe- trendy- czułość | TAK |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 50Hz oraz akumulatorowe z wewnętrznego akumulatora litowego do 7 godzin ciągłego monitorowania, ładowanie baterii 3 godziny | TAK |  |
| 5 | Waga: max 1,5 kg | TAK |  |
| 6 | Uchwyt do przenosznia urządzenia | TAK |  |
| 7 | Zakres pomiarowy saturacji: 0-100% | TAK |  |
| 8 | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70%-100% +/- 2 cyfry | TAK |  |
| 9 | Zakres pomiaru pulsu 25-240 uderzeń na minutę | TAK |  |
| 10 | Dokładność pomiaru w całym zakresie +/-3 bpm | TAK |  |
| 11 | Ciągły tryb monitorowania parametrów | TAK |  |
| 12 | Wysokiej rozdzielczości ekran LCD, kolorowy, dotykowy, z regulacją kontrastu ekranu oraz regulacją podświetlenia ekranu | TAK |  |
| 13 | Automatyczne dostosowanie jasności wyświetlacza w zależności od panujących warunków | TAK |  |
| 14 | Opcje komunikacji: WiFi, przywołanie piekęgniarki, port USB | TAK |  |
| 15 | 96-godzinne trendy SpO2 i pulsu z rozdzielczością 2 sekundy, z możliwością wydrukowania na zewnętrznej drukarce lub przesłania do innego urządzenia szeregowego | TAK |  |
| 16 | Granice alarmów stale widoczne na ekranie | TAK |  |
| 17 | Alarmy dźwiękowy i wizualny dla wszystkich mierzonych parametrów | TAK |  |
| 18 | Indywidualne ustawienia granic alarmów i zapamiętywanie ich przez urządzenie | TAK |  |
| 19 | Zmienna wysokość tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalająca na śledzenie zmian SpO2 bez podchodzenia do monitora | TAK |  |
| 20 | Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika | TAK |  |
| 21 | Alarm dźwiękowy wyładowania akumulatora | TAK |  |
| 22 | Możliwość regulacji głośności alarmu | TAK |  |
| 23 | Możliwość regulacji czasu wyciszenia alarmu | TAK |  |
| 24 | Czas uśredniania 2,4,8,10,12,14 lub 16 sekund | TAK |  |
| 25 | Wskaźnik pomiaru perfuzji (PI), oceniający perfuzję w miejscu pomiaru, wyświetlany w sposób cyfrowy | TAK |  |
| 26 | Zakres pomiaru perfuzji 0,02%-20% | TAK |  |
| 27 | Możliwość ustawienia czułości pomiaru w 3 zakresach: NORM, MAX, APOD | TAK |  |
| 28 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| Warunki gwarancji |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | Tak |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak, podać |  |
| 10. |  Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| Serwis pogwarancyjny |
| 11. | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

…………………………………….. …………………………………………

Data podpis osoby uprawnionej+pieczęć