|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **respiratory dla wcześniaków szt 2** | | | |
|  | | | **Parametry** | **wymagane** | | **podać** |
|  | | | Oznaczenie znakiem CE | Tak | |  |
|  | | | Respirator dla wcześniaków, noworodków i dzieci | Tak | |  |
|  | | | Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia na wózku jezdnym | Tak | |  |
|  | | | Wyposażony w boczne szyny do mocowania dodatkowych akcesoriów | Tak | |  |
|  | | | Możliwość oddzielnego zamocowania ekranu sterowania nastawami i wyświetlającego parametry wentylacji od jednostki podającej mieszaninę oddechową w odległości do minimum 2,5 m | Tak | |  |
|  | | | Możliwość swobodnego obrotu ekranu i zmiany kąta nachylenia w celu dopasowania do wymagań stanowiska do intensywnej terapii bez użycia narzędzi | Tak | |  |
|  | | | Możliwość umiejscowienia układu pacjenta po obu stronach jednostki zasilającej w gazy | Tak | |  |
|  | | | Zasilanie w tlen i powietrze z sieci centralnej o ciśnieniu w zakresie minimum od 2,8 do 5,5 bar | Tak | |  |
|  | | | Zasilanie sieciowe 230 V AC , 50/60 Hz | Tak | |  |
|  | | | Awaryjne zasilanie z wewnętrznego akumulatora do podtrzymania pracy urządzenia – minimalny czas pracy na akumulatorze 30 minut (podać) | Tak | |  |
|  | | | **Tryby wentylacji** | | | |
|  | | | CMV, AC (CMVAssist) | Tak | |  |
|  | | | SIMV | Tak | |  |
|  | | | PEEP/CPAP | Tak | |  |
|  | | | Oddech ręczny | Tak | |  |
|  | | | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV z zabezpieczającą wentylacją wymuszoną | Tak | |  |
|  | | | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem objętością VS z zabezpieczającą wentylacją wymuszoną | Tak | |  |
|  | | | PEEP/CPAP | Tak | |  |
|  | | | Oddech z gwarantowaną objętością z możliwością stosowania w trybach wentylacji synchronizowanej AC i SIMV, HFO oraz spontanicznej | Tak | |  |
|  | | | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę lub kaniule donosowe (NIV) możliwa w trybach CPAP i CMV | Tak | |  |
|  | | | Możliwość rozbudowy o wentylację w trybie APRV lub funkcję sterowania stężeniem tlenu na podstawie pomiarów saturacji krwi pacjenta | Tak | |  |
|  | | | **Wentylacja HFO** | | | |
|  | | | Wentylacja z wysokimi częstościami HFO | Tak | |  |
|  | | | Regulacja częstości HFO - zakres minimalny od 5 do 20 Hz | Tak | |  |
|  | | | Regulacja amplitudy HFO - zakres minimalny od 5 do 90 cm H2O | Tak | |  |
|  | | | Regulacja I:E przy HFO | Tak | |  |
|  | | | Wentylacja z wysokimi częstościami HFO z automatyczną regulacją amplitudy w celu utrzymania nastawionej objętości oddechów | Tak | |  |
|  | | | Możliwość automatycznego zadawania westchnień w trakcie wentylacji HFO | Tak | |  |
|  | | | **Funkcje automatyczne** | | | |
|  | | | Funkcja automatycznej kompensacji przecieków | Tak | |  |
|  | | | **Parametry regulowane** | | | |
|  | | | Częstość oddechów przy wentylacji CMV - zakres minimalny 6-150 min. | Tak | |  |
|  | | | Objętość pojedynczego oddechu - zakres minimalny od 3 - 100 ml. | Tak | |  |
|  | | | Regulowane ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych - zakres minimalny od 5 do 60 cm H2O | Tak | |  |
|  | | | Ciśnienie wspomagania PSV - zakres minimalny od 6 do 60 cm H2O | Tak | |  |
|  | | | Możliwość ustawienia PEEP/CPAP - zakres minimalny od 0 do 30 cm H2O | Tak | |  |
|  | | | Regulowany czas wdechu - zakres minimalny od 0,1 do 1,0 s | Tak | |  |
|  | | | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie - zakres minimalny od 21-100% | Tak | |  |
|  | | | Przepływowy trigger oddechowy z automatyczną adaptacją do występujących przecieków- zakres minimalny triggera 0,3 1/min-5,0 1/min. | Tak | |  |
|  | | | **Obrazowanie parametrów mierzonych** | | | |
|  | | | Częstość oddechów wymuszonych | Tak | |  |
|  | | | Objętość pojedynczego oddechu VTi | Tak | |  |
|  | | | Objętość wydechowa pojedynczego oddechu VTe | Tak | |  |
|  | | | Objętość pojedynczego oddechu spontanicznego | Tak | |  |
|  | | | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV | Tak | |  |
|  | | | Ciśnienie PEEP | Tak | |  |
|  | | | Szczytowe ciśnienie wdechowe PIP | Tak | |  |
|  | | | Ciśnienie średnie | Tak | |  |
|  | | | Podatność i oporność dynamiczna płuc | Tak | |  |
|  | | | Indeks szybkiego płytkiego oddechu RSB | Tak | |  |
|  | | | Monitorowanie objętości na masę ciała VT/kgBW | Tak | |  |
|  | | | Integralny pomiar stężenia tlenu | Tak | |  |
|  | | | Pomiar przepływu czujnikiem proksymalnym | Tak | |  |
|  | | | **Prezentacja graficzna** | | | |
|  | | | Kolorowy ekran respiratora o przekątnej roboczej ekranu minimum 17 cali | Tak | |  |
|  | | | Prezentacja na ekranie respiratora krzywych oddechowych: ciśnienie/czas, przepływ/czas, objętość/czas – z możliwością jednoczesnej obserwacji minimum trzech krzywych na ekranie | Tak | |  |
|  | | | Prezentacja na ekranie respiratora pętli oddechowych minimum ciśnienie/objętość, przepływ/objętość | Tak | |  |
|  | | | Możliwość jednoczesnej prezentacji dwóch pętli oddechowych | Tak | |  |
|  | | | Możliwość zapamiętania pętli referencyjnej | Tak | |  |
|  | | | Możliwość jednoczesnej prezentacji krótkich trendów i krzywych dynamicznych | Tak | |  |
|  | | | Prezentacja trendów mierzonych parametrów – 5000 wpisów lub z ostatnich 168 godzinnych pracy | Tak | |  |
|  | | | Polski interfejs i oprogramowanie aparatu | Tak | |  |
|  | | | **Alarmy** | | | |
|  | | | Kategorie alarmów według ważności | Tak | |  |
|  | | | Specjalny system alarmowy dostosowany do wentylacji nieinwazyjnej | Tak | |  |
|  | | | Alarm wadliwej pracy elektroniki aparatu | Tak | |  |
|  | | | Braku zasilania w energię elektryczną | Tak | |  |
|  | | | Niskiego ciśnienia gazów zasilających | Tak | |  |
|  | | | Za wysokiego i za niskiego stężenia tlenu | Tak | |  |
|  | | | Całkowitej objętości minutowej za wysokiej i za niskiej | Tak | |  |
|  | | | Za niskiej objętości oddechowej TV | Tak | |  |
|  | | | Za wysokiej częstości oddechów –tachypnea | Tak | |  |
|  | | | Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego | Tak | |  |
|  | | | Alarm bezdechu z automatycznym uruchomieniem wentylacji zastępczej i czasem bezdechu regulowanym w zakresie minimum 5-50 sekund | Tak | |  |
|  | | | Zapamiętywanie historii alarmów | Tak | |  |
|  | | | **Wyposażenie dodatkowe** | | | |
|  | | | Nawilżacz aktywny z podgrzewaniem ramienia wdechowego i serwokontrolą temperatury i przepływu oraz przewodami do podłączenia do jednorazowych układów pacjenta | Tak | |  |
|  | | | 2 czujniki proksymalnego pomiaru przepływu | Tak | |  |
|  | | | 1 płuco testowe | Tak | |  |
|  | | | 2 zastawki wydechowe | Tak | |  |
|  | | | Ramię podtrzymujące układy oddechowe | Tak | |  |
|  | | | 10 sztuk kompletnych jednorazowych układów oddechowych dla noworodków do współpracy z nawilżaczem aktywnym z podgrzewanym ramieniem wdechowym | Tak | |  |
|  | | | Zestaw startowy do wspomagania oddechowego nCPAP obejmujący generatory ciśnienia min. 3, czapeczki lub opaski min.2, maski nosowe min.2, kaniule donosowe min.2 oraz miękkie łączniki do podłączenia z układem jednorazowym | 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 min 24 miesiące- podać  24 miesiące- 0 pkt.  25-36 miesięcy- 10 pkt.  37 i więcej miesięcy – 20 pkt. podać | |  |
| 2. | | | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | | Tak | |  |
| 3. | | | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | | Tak | |  |
| 4. | | | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | | Tak | |  |
| 5. | | | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | | Tak | |  |
| 6. | | | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | | Tak | |  |
| 7. | | | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | Tak | |  |
| 8. | | | Adres najbliższego serwisu | | Tak podać | |  |
| 9. | | | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | | Tak podać | |  |
| 10. | | | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | | Tak | |  |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | | | | | |
| 1 | | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | | | | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie(sprzęt)spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów   
i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych

..........................................................

*podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*