|  |  |
| --- | --- |
|  | **Pakiet 6 Pulsoksymetry sztuk 2 załącznik 2****Parametry wymagane** |
| 1 | Pulsoksymetr dla noworodków, dzieci i dorosłych, stacjonarno-transportowy z automatyczna rotacją ekranu – pion- poziom, w technologii Masimo, z pomiarem NIBP |
| 2 | Technologia saturacji Masimo Masimo SET – pomiar mimo ruchu i przy niskiej perfuzji dzięki eliminacji sygnału z krwi żylnej |
| 3 | Możliwość rozszerzenia o nieinwazyjne pomiary: hemoglobina całkowita, methemoglobina, karboksyhemoglobina, PVI, RRa,  |
| 4 | Aparat prezentuje dane: Spo2, częstość pulsu, wykres krzywej pletyzmograficznej, indeks perfuzji w postaci cyfrowej, komunikaty alarmowe, pomiar ciśnienia, trendy, czułość |
| 5 | Zasilanie sieciowe 110/220 47-63 Hz oraz akumulatorowe z wewnętrznego akumulatora litowego do 7 godzin ciągłego monitorowania, ładowanie baterii 3 godziny |
| 6 | Waga 1,36kg  |
| 7 | Niewielkie wymiary, 22,9 cm x 16,5 cm x 10,2 cm |
| 8 | Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia |
| 9 | Zakres pomiaru saturacji 0-100% |
| 10 | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie70% - 100% +/- 2 cyfry |
| 11 | Zakres pomiaru pulsu 25 -240 uderzeń na minutę |
| 12 | Dokładność pomiaru w całym zakresie +/- 3 bpm |
| 13 | Ciągły tryb monitorowania parametrów |
|  | Pomiar nieinwazyjny ciśnienia metodą oscylometryczną  |
|  | Pomiar nieinwazyjny ciśnienia w następujących trybach:- pomiar wyrywkowy w każdym momencie- pomiar automatyczny w interwałach- pomiary ciągłe w określonym czasie co 5 lub 10 minut |
|  | Pomiar nieinwazyjny ciśnienia krwi :Zakres 0 – 300 mmHg |
|  | Zakresy pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia krwi dla poszczególnych grup pacjentów:* Dorośli:

 - skurczowy – 40 – 260 mmHg- rozkurczowe – 20 -200 mmHg- średnie – 26 – 220 mmHg* Dzieci:

 - skurczowy – 40 – 230 mmHg- rozkurczowe – 20 -160 mmHg- średnie – 26 – 183 mmHg* Noworodki:

 - skurczowy – 40 – 130 mmHg- rozkurczowe – 20 -100 mmHg- średnie – 26 – 110 mmHg |
| 14 | Wysokiej rozdzielczości ekran LCD, kolorowy , dotykowy , z regulacją kontrastu ekranu oraz regulacją podświetlenia ekranu |
| 15 | Automatyczne dostosowanie jasności wyświetlacza w zależności od panujących warunków |
| 16 | Widoczne ikony, kolorystycznie różnicujące wybrany profil badania – dorosły ikona niebieska, dziecko ikona zielona, niemowlę ikona fioletowa |
| 17 | Opcje komunikacji: WiFi, Bluetooth, przywołanie pielęgniarki, Ethernet, port USB  |
| 18 | 96 godzinne trendy SpO2 i pulsu z rozdzielczością 2 sekundy, możliwością wydrukowania na zewnętrznej drukarce lub przesłania do innego urządzenia szeregowego |
| 19 | Granice alarmów stale widoczne na ekranie |
| 20 | Alarmy dźwiękowy i wizualny dla wszystkich mierzonych parametrów  |
| 21 | Indywidualne ustawienia granic alarmów i zapamiętywanie ich przez urządzenie |
| 22 | Zmienna wysokość tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalająca na śledzenia zmian SpO2 bezpodchodzenia do monitora |
| 23 | Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika |
| 24 | Alarm dźwiękowy wyładowania akumulatora |
| 25 | Możliwość regulacji głośności alarmu |
| 26 | Możliwość regulacji czasu wyciszenia alarmu |
| 27 | Czas uśredniania 2,4,8,10,12,14 lub 16 sekund |
| 28 | Wskaźnik pomiaru perfuzji (PI), oceniający perfuzję w miejscu pomiaru, wyświetlany w sposób cyfrowy |
| 29 | Zakres pomiaru perfuzji 0,02% - 20% |
| 30 | Możliwość ustawienie czułości pomiaru w 3 zakresach: NORM, MAX i APO |

|  |
| --- |
| 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- podać24 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*