**Pakiet 9 Pompa infuzyjna strzykawkowa sztuk 2 załącznik 2**

Producent:

Nazwa typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | ZESTAWIENIE PARAMETRÓW POMPY STRZYKAWKOWEJ | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | Współpraca ze strzykawkami 5, 10, 20, 30, 50 ml. Minimum 5 typów strzykawek występujące na rynku polskim, w tym min. trzech polskich producentów. | TAK |  |
|  | Możliwość skalibrowania min. dwóch dodatkowych typów strzykawek | TAK |  |
|  | Szybkość dozowania: minimum w zakresie 0,1-1500 ml/h | TAK |  |
|  | Programowanie szybkości dla zakresu 0,1 – 99,99 ml/h ze skokiem 0,01 ml/h | TAK |  |
|  | Dokładność szybkości dozowania ≤ +/-2% | TAK |  |
|  | Bolus manualny i automatyczny | TAK |  |
|  | Szybkość bolusa programowana w zakresie 0,1-1500 ml/h | TAK |  |
|  | Objętość bolusa programowana w zakresie 0,1 - 9999 | TAK |  |
|  | Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymywania infuzji | TAK |  |
|  | Programowanie parametrów infuzji w jednostkach:* ml
* ng, μg, mg,
* na kg wagi ciała lub nie,
* na min, godz.
 | TAK |  |
|  | Regulowane progi ciśnienia w zakresie od 150 do 975 mm Hg  | TAK |  |
|  | Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji. - minimum 11 progów . | TAK |  |
|  | Stałe wyświetlanie poziomu ciśnienia w formie graficznej oraz wartości liczbowych. | TAK |  |
|  | Automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego, tzw. Antybolus | TAK |  |
|  | Rozbudowany system alarmów:* 5 min do opróżnienia strzykawki
* 5 min do końca infuzji
* pusta strzykawka
* koniec infuzji
* okluzja
* nieprawidłowe mocowanie strzykawki
* czas do rozładowania akumulatora
* akumulator rozładowany
* pompa uszkodzona
 | TAK |  |
|  | Czas pracy z akumulatora minimum 8 h przy infuzji 5ml/h | TAK |  |
|  | Ładowanie akumulatora do 100% pojemności ≤6h | TAK |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz LCD o przekątnej 3,5” ; format 16:9 | TAK |  |
|  | Wyświetlacz z możliwością wyświetlenia następujących informacji jednocześnie: * nazwa leku,
* prędkość infuzji,
* objętość do podania VTBI ,
* łączna objętość podana,
* stan naładowania akumulatora,
* wartość limitu ciśnienia
* aktualne ciśnienie w drenie podane w formie numerycznej i piktogramu ,
* stan infuzji (w toku lub zatrzymana).
 | TAK |  |
|  | Napisy na wyświetlaczu w języku polskim | TAK |  |
|  | Proces programowania wspomagany podpowiedziami ekranowymi | TAK |  |
|  | Możliwość łączenia dwóch pomp w zestaw , bez stosowania dodatkowych elementów . | TAK |  |
|  | Klawiatura symboliczna | TAK |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz i klawiatura pozwalająca na pracę w bardzo słabym oświetleniu | TAK |  |
|  | Pompa posiada funkcję ręcznego oraz automatycznego blokowania klawiatury- blokada następuje po naciśnięciu właściwego przycisku lub po upływie zaprogramowanego czasu.  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Waga do 2,5 kg | TAK |  |
|  | Zasilanie przez zasilacz wbudowany w urządzenie 230 V AC, 50 Hz oraz 12 V DC ( niedopuszczalny zasilacz zewnętrzny) | TAK |  |
|  | Ochrona przed zalaniem; min IP23; Typ CF; klasa I; odporna na defibrylację | 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- 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*