Nr ref. FP-Z.17.2019 *Załącznik Nr 2 do SIWZ*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH**

**Pakiet 2**

**DEFIBRYLATOR - szt. 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana**  **(tak, podać/opis)** |
|  | **INFORMACJE OGÓLNE** | | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 2. | Producent | Podać |  |
| 3. | Rok produkcji (min. 2018, fabrycznie nowy, nieużywany, niepowystawowy) | Podać |  |
|  | **DEFIBRYLATOR** | | |
| 4. | Defibrylator dwufazowy | Tak |  |
| 5. | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci | Tak |  |
| 6. | Możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu  pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | Tak |  |
| 7. | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | Tak |  |
| 8. | Metronom do podawania akustycznie częstości tempa uciskania klatki piersiowej podczas reanimacji według min.4 procedur  ( wiek pacjenta i intubacja lub jej brak) | Tak |  |
| 9. | Automatycznie wykonywany codzienny autotest urządzenia | Tak |  |
| 10. | Możliwość transmitowania badań EKG i innych dostępnych danych medycznych z defibrylatora do stacji odbiorczych – Lifenet System | Tak |  |
| 11. | Zasilanie sieciowe 230 V, 50 Hz oraz akumulatorowe  - ładowanie akumulatora w czasie pracy urządzenia  - czas pracy z baterii przy monitorowaniu min. 5 godzin  - min. 150 defibrylacji z energią 200 J przy pracy z baterii | Tak |  |
| 12. | Kolorowy wyświetlacz LCD TFT | Tak |  |
| 13. | Wbudowana drukarka | Tak |  |
|  | **DEFIBRYLACJA** | | |
| 14. | Łyżki defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci | Tak |  |
| 15. | Defibrylacja ręczna | Tak |  |
| 16. | Defibrylacja półautomatyczna AED | Tak |  |
| 17. | Zakres dostarczanej energii: minimum 5 – 360 J | Tak |  |
| 18. | Ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej:  minimum 20 | Podać |  |
| 19. | Dwufazowa fala defibrylacji | Tak |  |
|  | MONITOROWANIE EKG |  | |
| 20. | Ilość kanałów EKG: minimum 12 | Tak |  |
| 21. | Interpretacja i analiza przebiegu EKG w zależności od wieku pacjenta | Tak |  |
| 22. | Pomiar uniesienia odcinka S-T na każdym odprowadzeniu EKG  z wydrukiem wyników | Tak |  |
|  | STYMULACJA PRZEZSKÓRNA SERCA |  | |
| 23. | Tryb stymulacji: na żądanie i asynchroniczna | Tak |  |
| 24. | Zakres regulacji częstości impulsów stymulujących:  minimum 50 – 150 imp./ min. | Tak |  |
| 25. | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących: minimum 10 -200 mA | Tak |  |
|  | **Wyposażenie defibrylatora** |  | |
| 26. | Kabel EKG | Tak |  |
| 27. | Łyżki twarde dla dzieci i dorosłych | Tak |  |
| 28. | Elektrody jednorazowe do elektrostymulacji/defibrylacji/EKG - szt. 10 | Tak |  |
| 29. | Kabel do elektrod jednorazowych minimum 1,5 m | Tak |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** | | |
| 30. | Oferowane urządzenie posiada dokumenty dopuszczające do obrotu na terytorium RP i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.  Certyfikat CE  Deklaracja zgodności  Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych | Tak |  |
| 31. | Paszport techniczny | Tak |  |
| 32. | Oprogramowanie w języku polskim  Opis techniczny i instrukcja obsługi w języku polskim szt. 2 – dostarczone wraz ze sprzętem w wersji papierowej i elektronicznej | Tak |  |
| 33. | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | Tak |  |
| 34. | Okres gwarancji w miesiącach od daty uruchomienia sprzętu (min. 24 miesiące) - parametr oceniany | Tak |  |
| 35. | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | Tak |  |
| 36. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | Tak |  |
| 37. | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacją producenta | Tak |  |
| 38. | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | Tak |  |
| 39. | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | Tak |  |
| 40. | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach  i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | Tak |  |
| 41. | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych | Tak |  |
| 42. | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | Tak |  |
| 43. | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | Tak |  |
| Lokalizacja punktu/ów serwisowych zapewniający/ch serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zgodnie z Rozdziałem 11 - ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2017 poz. 211 ze zm.) - wymienić: | | | |

*Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (> lub > lub < lub <) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia.*

*Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.*

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:  Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem  bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

*……………………………………………………………….*

*(data i podpis Wykonawcy)*