**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP16/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część Nr 1 - DEFIBRYLATOR DWUFAZOWY – szt. 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| DEFIBRYLATOR DWUFAZOWY – 1 szt. | |
| Oferent/ Producent (podać) |  |
| Nazwa i typ respiratora(podać) |  |
| Kraj pochodzenia (podać) |  |
| Fabrycznie nowy, rok produkcji (podać) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | Certyfikat CE | Tak |  |
|  | Defibrylator dwufazowy z możliwością wykonania defibrylacji i kardiowersji | Tak |  |
|  | Defibrylacja dorosłych i dzieci | Tak |  |
|  | Ekran monitora: kolorowy, przekątna min. 6,5 cala, wykonana w technologii LCD TFT | Tak, podać |  |
|  | Rozdzielczość min..: 640 x 480 pikseli | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie z sieci 230 V/50Hz | Tak |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | Tak |  |
|  | 1. Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J | Tak |  |
|  | Energia dostępna na min. 19 poziomach | Tak |  |
|  | 1. Czas ładowania do pełnej energii < 10 sek | Tak, opisać |  |
|  | 1. Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i zintegrowane mniejsze łyżki dla dzieci | Tak, podać |  |
|  | 1. Defibrylacja synchroniczna (kardiowersji), prowadzona przy użyci łyżek defibrylatora | Tak |  |
|  | Monitorowanie EKG –  poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający obserwację 6 odprowadzeń EKG jednocześnie (I, II, III, aVr, aVl, aVf), | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru HR min. od 15 do 300 u./min. | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany w zakresie min. od 15 do 300 u./min | Tak |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy z możliwością zawieszenia i wyłączenia alarmu. | Tak |  |
|  | Pomiar oddechu w zakresie min. 5-120 oddechów/min. z prezentacją krzywej oddechu. | Tak |  |
|  | Alarm bezdechu w zakresie min. 10-40 s. | Tak |  |
|  | Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości min. 50 mm | Tak |  |
|  | Automatyczny auto-test wykonywany bez udziału użytkownika | Tak |  |
|  | Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali EKG i krzywej pletyzmograficznej z ostatnich 6 godzin monitorowania oraz min. 500 zdarzeń defibrylator z możliwością kopiowania tych danych na pamięci zewnętrznej i odtwarzania w komputerze użytkownika | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego z możliwością min. 1,5 godzinnego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego. | Tak |  |
|  | Możliwość nieograniczonego w czasie monitorowania i wykonania dowolnej liczby defibrylacji z zasilania sieciowego. | Tak |  |
|  | Ciężar samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych poniżej 7 kg | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy defibrylatora o:  - moduł pomiaru SpO2 - moduł pomiaru NIBP  - moduł stymulacji przezskórnej | Tak |  |
|  | Gwarancja na sprzęt min. 24 miesiące | Tak |  |
|  | Instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu OIT | Tak |  |
|  | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
|  | serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz  podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
|  | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
|  | Serwis dostępny na terenie Polski | Tak |  |
|  | Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. | Tak, podać |  |
|  | Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca. | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP16/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część Nr 2 - MONITOR FUNKCJI ŻYCIOWYCH – 7 SZTUK**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| MONITOR FUNKCJI ŻYCIOWYCH – 7 SZTUK | |
| Producent (podać) |  |
| Kraj pochodzenia (podać) |  |
| Oferowany model (podać) |  |
| Rok produkcji (podać) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | Aparat dopuszczony do użytkowania na terytorium RP. | Tak |  |
|  | Kardiomonitor stacjonarno-transportowy, kompaktowy z uchwytem do przenoszenia, waga do 4 kg | Tak |  |
|  | Ekran TFT LCD min. 12” | Tak |  |
|  | Obsługa poprzez gałkę i przyciski funkcyjne | Tak |  |
|  | Praca na zasilaniu sieciowym 230V oraz akumulatorowym min. 2 godziny | Tak |  |
|  | Wymiana akumulatora bez rozkręcania obudowy | Tak |  |
|  | Oprogramowanie i wyświetlane komunikaty w języku polskim | Tak |  |
|  | Trendy graficzne i tabelaryczne dla mierzonych parametrów min. 96 godzin | Tak |  |
|  | Zapis min. 400 pomiarów NIBP | Tak |  |
|  | Możliwość wyłączenia alarmów dźwiękowych na określony czas i bezterminowo | Tak |  |
|  | Wybór ekranów: standardowy, duże znaki | Tak |  |
|  | **Parametry monitorowane:** |  |  |
|  | EKG – przebieg EKG , pomiar HR 15-300 | Tak |  |
|  | RESP – pomiar oddechu 0-100 dla dorosłych, alarm bezdechu 10-40s | Tak |  |
|  | SpO2 – pomiar sturacji 0-100% | Tak |  |
|  | NIBP – nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi; tryb pracy ręczny, ciągły oraz automatyczny z możliwością ustawienia przez użytkownika przedziałów czasowych w zakresie od 1 do 240 minut, zakres pomiarowy 10-270mmHg ,  Programowe i sprzętowe zabezpieczenie przed przepompowaniem | Tak |  |
|  | Moduł EtCO2 –możliwość dodania | Tak |  |
|  | Drukarka termiczna, min. 2 kanałowa | Tak |  |
|  | TEMP – pomiar temperatury z 2 kanałów | Tak |  |
|  | **Wyposażenie:** |  |  |
|  | Kabel EKG 3 odprowadzenia | Tak |  |
|  | Czujnik saturacji na palec | Tak |  |
|  | Mankiety NIBP 3 rodzaje w różnych rozmiarach dla dorosłych | Tak |  |
|  | Czujnik do pomiaru temperatury: powierzchniowy | Tak |  |
|  | Na wyposażeniu statyw jezdny z koszykiem na akcesoria i półką umożliwiającą również zamocowanie na ścianie lub szynie | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu pracującego w systemie zmianowym, w cenie dostawy.  Min 2 szkolenia | Tak |  |
|  | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
|  | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny (na terenie Polski) zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz  podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
|  | Okres gwarancji min. 2 lata | Tak |  |
|  | Gwarancja dostępności części zużywalnych, zamiennych min. 5 lat od daty dostawy | Tak |  |
|  | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h (w dni robocze) wraz z opcją aparatu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 48h | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)