**Zał. nr 2a**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-EKSPLOATACYJNYCH**

**Do Pakietu nr 2 poz. nr 2**

**Przedmiot oferty: Defibrylator**

**Wykonawca:…………………………………………………………………………..**

**Nazwa aparatu/Producent:………………………………………………………..**

**Rok produkcji: ………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | PARAMETRY | WYMOGI  (warunki/parametry graniczne) | ODPOWIEDŹ WYKONAWCY:  TAK/NIE  (parametry w oferowanej aparaturze - opisać) |
| **I** | **Parametry ogólne** |  |  |
|  | **Aparat fabrycznie nowy rok produkcji min. 2016** |  |  |
| 1 | Zasilanie AC 230 V 50 Hz sieciowo – akumulatorowe (zasilacz wbudowany) | Tak/podać |  |
| 2 | Czas ładowania akumulatorów do pełnej pojemności maksymalnie 5 godzin | Tak/podać |  |
| 3 | Akumulator bez efektu pamięci | Tak/podać |  |
| 5 | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (opis na panelu i komunikaty ekranowe) | Tak/podać |  |
| **II** | **Defibrylacja** |  |  |
| 1 | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa | Tak/podać |  |
| 2 | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna (komunikaty głosowe w trybie AED w języku polskim) | Tak/podać |  |
| 3 | Wykonywanie kardiowersji | Tak/podać |  |
| 4 | Energia maksymalna defibrylacji min 360J | Tak/podać |  |
| 5 | Czas ładowania do energii maksymalnej  max 7sekund | Tak/podać |  |
| 6 | Automatyczna kompensacja impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek i elektrod jednorazowych | Tak/podać |  |
| 7 | Zakres regulacji poziomu energii od 2 do 360 J  Min 24 poziomy energii | Tak/podać |  |
| 8 | Defibrylacja dzieci i dorosłych - zintegrowane łyżki dla dzieci i dorosłych | Tak /podać |  |
| 9 | Pełna obsługa defibrylacji za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach (ładowanie, rozładowanie) | Tak/podać |  |
| 10 | Algorytm wykrywający w trybie AED ruch pacjenta | Tak/podać |  |
| **III** | **Monitorowanie EKG** |  |  |
| 1 | Ekran o przekątnej min 5.5 ‘’ kolorowy | Tak/podać |  |
| 2 | Monitorowanie min 3 odprowadzeniami  wraz z kpl. kabli | Tak/podać |  |
| 3 | Min 5 wartości wzmocnienia sygnału | Tak/podać |  |
| 4 | Zakres pomiaru częstości pracy serca  hr min 20 -300/min | Tak/podać |  |
| **IV** | **Rejestracja** |  |  |
| 1 | Rejestrator EKG na papierze minimum 50 mm | Tak/podać |  |
| 2 | Szybkość wydruku min 25mm/sek. | Tak/podać |  |
| 3 | Pamięć wewnętrzna epizodów i fragmentów EKG | Tak/podać |  |
| 4 | Możliwość wprowadzenia do pamięci danych pacjenta oraz nazw wykonywanych procedur i podawanych leków | Tak/podać |  |
| **V** | **Stymulacja zewnętrzna** |  |  |
| 1 | Tryb asynchroniczny i ,,na żądanie’’ | Tak/podać |  |
| 2 | Częstotliwości stymulacji w zakresie min 40 -170 imp/min | Tak/podać |  |
| 3 | Prąd stymulacji w zakresie min 10-140 mA | Tak/podać |  |
| 4 | W komplecie 3 komplet elektrod pediatrycznych do stymulacji | Tak/podać |  |
| **VI** | **Pomiar saturacji** |  |  |
| 1 | Przedział saturacji: 1 to 100% | Tak/podać |  |
| 2 | Przedział częstości tętna: 25 do 240 uderzeń na minutę | Tak/podać |  |
| 3 | Krzywa SpO2 z kontrolą automatycznego wzmocnienia | Tak/podać |  |
| **VII** | **INNE** |  |  |
| 1. 1 | Przeglądy techniczne (należy podać częstotliwość przeglądów w przypadku wymaganych przeglądów technicznych ) | Podać/opisać. |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce w formie pisemnej i elektronicznej(PDF) na podstawie ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK/PRZEDSTAWIĆ DOKUMENT AUTORYZACJI (wraz z dostawą urządzenia) |  |
|  | Gwarancja na aparat 36 miesięcy | TAK |  |

**Tabela nr 2. Zestawienie parametrów ocenianych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Parametr** | Parametr wymagany | Parametr oferowany | Punktacja |
|  | Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym minimum 120 min lub 40 defibrylacji z maksymalną energią | TAK |  | 210 min monitorowania lub 140 defibrylacji 10pkt  Poniżej-0 |
|  | Ciężar max do10 kg razem z łyżkami z kablami i akumulatorem | TAK |  | Do 7,0 kg-10 pkt  Powyżej 7 kg – 0pkt |
|  | Czas ładowania do energii 200 J  max 7sekund | TAK |  | do 200J -  <5 sekund 10 pkt  Powyżej 5 sekund -0 |

**UWAGA!**

**Wykonawca w kolumnie „Parametr oferowany” jest zobowiązany powtórzyć „TAK” w przypadku parametru niepodlegającego ocenie jakościowej. Jest to wymagany parametr minimalny. W pozycjach podlegających ocenie jakościowej wykonawca wpisze parametry sprzętu oferowanego.**

………………………. Dnia…………………… ……………………….

Podpis osoby upoważnionej