**Pakiet nr 1 Zał. nr 2.1 do SWZ**

**Aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego – 1 szt.**

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Nr katalogowy :

Rok produkcji minimum : 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Nazwa, model, typ | podać |  |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 r. | TAK |  |
| 3. | Nazwa producenta/kraj pochodzenia | podać |  |
| 4. | Aparat do ciągłej terapii nerkozastępczej z regionalną antykoagulacją cytrynianową lub ogólnoustrojową | TAK |  |
| 5. | Kasetowy, jednorazowy system filtra i drenów, bez możliwości oddzielenia filtra od drenów; | TAK |  |
| 6. | Graficzne monitorowanie wszystkich ciśnień podczas zabiegu; | TAK |  |
| 7. | Pomiar ciśnień: napływu krwi żylnej, zwrotu krwi do żyły, płynu odprowadzanego, na wejściu do filtra oraz przezbłonowego filtra (TMP); | TAK |  |
| 8. | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim, pomoc kontekstowa na ekranie; | TAK |  |
| 9. | Możliwość ręcznego wprowadzenia danych identyfikacyjnych pacjenta, masy ciała, hematokrytu; | TAK |  |
| 10. | Możliwość wprowadzenia danych pacjenta za pomocą czytnika kodów kreskowych; | TAK |  |
| 11. | Najwyższy stopień ochrony przeciwporażeniowej (CF) umożliwiający bezpieczną defibrylację pacjenta podczas zabiegu; | TAK / podać |  |
| 12. | Możliwość automatycznego odprowadzania efluentu bez ręcznej wymiany worków ściekowych; | TAK |  |
| 13. | Pamięć zdarzeń min.: 96 godz. | TAK |  |
| **Rodzaje terapii** | | | |
| 14. | Hemodializa (CVVHD); | TAK |  |
| 15. | Hemofiltracja (CVVH); | TAK |  |
| 16. | Hemodiafiltracja (CVVHDF); | TAK |  |
| 17. | Powolna ultrafiltracja (SCUF); | TAK |  |
| 18. | Plazmafereza (TPE); | TAK |  |
| 19. | Hemoperfuzja (HP); | TAK |  |
| 20. | Możliwość wykonywania terapii CRRT (CVVH, CVVHD, CVVHDF) z filtrami dla chorych septycznych, umożliwiających jednoczesny wychwyt cytokin i endotoksyn; | TAK |  |
| 21. | Możliwość wykonywania terapii CRRT (CVVHD, CVVH i CVVHDF) z zestawami dla dorosłych (filtr i dreny) o pojemności wypełnienia do 200 ml; | TAK |  |
| 22. | Możliwość wykonywania terapii CRRT (CVVHD, CVVH i CVVHDF) z zestawami pediatrycznymi (filtr i dreny) o objętości wypełnienia do 60 ml; | TAK |  |
| 23. | Możliwość wykonywania terapii usuwania dwutlenku węgla ECCO2R oddzielnie lub łącznie z terapiami CRRT (CVVH, CVVHD, CVVHDF); | TAK |  |
| 24. | Możliwość zapisywania parametrów zabiegu jako gotowych profili terapii; | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budowa aparatu** | | | |
| 25. | Pompa krwi i minimum cztery pompy płynów z systemem bilansującym: | TAK / podać |  |
| ultrafiltratu, |  |  |
| płynu substytucyjnego PBP, |  |  |
| płynu dializacyjnego, |  |  |
| płynu substytucyjnego; |  |  |
| 26. | Minimum cztery niezależne wagi płynów z zakresem ważenia: 0 – 11 kg; | TAK |  |
| 27. | Zintegrowana pompa strzykawkowa do podaży heparyny lub wapnia, przystosowana do stosowania ogólnodostępnych strzykawek o poj. 50/60 ml z zakończeniem Luer Lock; | TAK |  |
| 28. | Układ podgrzewający krew powracającą do pacjenta; | TAK |  |
| 29. | Sterujący, kolorowy ekran dotykowy, o przekątnej min. 15”, możliwość regulacji położenia ekranu w min. 2 płaszczyznach; | TAK |  |
| 30. | Jeden detektor przecieku krwi; | TAK |  |
| 31. | Jeden detektor obecności powietrza w krwi powracającej; | TAK |  |
| 32. | Zacisk bezpieczeństwa na drenie powrotnym; | TAK |  |
| 33. | Automatyczna regulacja poziomu płynu w komorze odpowietrzającej; | TAK |  |
| 34. | Taca ociekowa wbudowana w jezdną podstawę wraz z detektorem przecieku; | TAK |  |
| 35. | Identyfikacja założonego filtra za pomocą czytnika kodów kreskowych; | TAK |  |
| 36. | Mechanizm uziemienia potencjałów powracających podczas pracy pompy perystaltycznej na linii krew/płyn dla wyeliminowania zakłóceń sygnału EKG; | TAK |  |
| 37. | Złącza: RS232, PCMCIA lub USB 1.0/2.0 oraz Ethernet do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi; | TAK |  |
| 38. | Bateria, która w przypadku braku zasilania sieciowego 230V, zapewni pracę aparatu (pompa krwi i pompy płynowe) przez co najmniej 30 min. | TAK |  |
| 39. | Zużycie energii lub maksymalny pobór mocy lub łączna moc wyjściowa: <400VA | TAK |  |
| **Zakresy regulacja dla terapii CRRT** | | | |
| 40. | Regulacja przepływu pompy krwi w zakresie: 10 - 450 ml/min; | TAK |  |
| 41. | Przepływ płynu PBP w zakresie: 0 - 4000 ml/h; | TAK |  |
| 42. | Przepływ płynu dializacyjnego w zakresie: 0 - 8000 ml/h; | TAK |  |
| 43. | Przepływ płynu substytucyjnego w zakresie: 0 - 8000 ml/h; | TAK |  |
| 44. | Usuwanie płynu z ciała pacjenta w zakresie: 0 - 2000 ml/h; | TAK |  |
| 45. | Możliwość regulacji temperatury podgrzewacza w zakresie min.: 35 - 38 ºC; | TAK / podać |  |
| 46. | Kompensacja usuwania płynu z ciała pacjenta, następująca po przerwach w działaniach aparatu; | TAK |  |
| 47. | Na wyposażeniu każdego aparatu filtr do terapii ECCO2R i 2 zestawy do CVVHDF z filtrem do terapii usuwającej cytokiny i endotoksyny | TAK |  |
| 48. | Aparat musi współpracować z Centralnym Systemem Klinicznym (CIS) | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymagania dodatkowe:** | | | |
| 49. | Szkolenie w zakresie obsługi dla wszystkich użytkowników i pracowników w/w sprzętu potwierdzone imiennymi certyfikatami. | TAK |  |
| 50. | Przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części objętych przeglądem gwarancyjnym (w ilości, zakresie - zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy dokonywane w siedzibie użytkownika i z własnej inicjatywy po uprzednim ustaleniu terminu wizyty | TAK |  |
| 51. | Udokumentowanie wpisanych w tabeli parametrów załączonymi w oryginale katalogami i materiałami technicznymi producenta z czytelnym zaznaczeniem odniesień do zaoferowanych parametrów i wyposażenia (zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach) | TAK |  |
| 52. | Częstotliwość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu | podać |  |
| 53. | **Parametr oceniany:** Okres gwarancji: minimum 36 miesięcy - Okres gwarancji 36 miesięcy – 0pkt. - okres gwarancji 48 miesięcy- 10 pkt. - okres gwarancji 60 miesięcy lub więcej - 20 pkt. | podać |  |

**UWAGA! W kolumnie „Parametry oferowane” jest zapis „TAK” w przypadku parametru obligatoryjnego, niepodlegającego ocenie jakościowej. W pozycji oferowany okres gwarancji - wykonawca wpisze oferowany parametr.**