**zał. nr 2**

**PARAMETRY TECHNICZNE I POZOSTAŁE WYMAGANIA**

**Zadanie nr 1 - pompy insulinowe dla dzieci – 50 szt.**

Nazwa i typ: ..........................................

Producent *(pełna nazwa i adres)* ..........................................

Kraj pochodzenia: ..........................................

Rok produkcji 2021/2022r. ..........................................

**PARAMETRY WYMAGANE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY**  **OFEROWANE** |
| I Parametry techniczne | | | |
| 1. | Stopień wodoodporności minimum IPX8 | TAK |  |
| 2. | Alarm informujący o zatrzymaniu pompy | TAK |  |
| 3. | Blokada pompy | TAK |  |
| 4. | Zabezpieczenia – zachowanie ustawień użytkownika przy braku zasilania | TAK |  |
| 5. | **Programowanie bolusa :** | | |
| * prostego/standard - dokładność 0,1 j/bolus | TAK |  |
| * przedłużonego - dokładność 0,1 j/bolus * - czas podania co najmniej 7 godzin | TAK |  |
| * złożonego - dokładność 0,1 j/bolus | TAK |  |
| 6. | **Czasowa zmiana bazy/dawki podstawowej:** | | |
| * ustawienia procentowe lub jednostki na godzinę możliwe zwiększanie lub zmniejszanie ≤30 min. | TAK |  |
| * likwidowanie czasowej zmiany bazy/dawki podstawowej – samoistna lub z alarmem | TAK |  |
| * czas do 24 godzin | TAK |  |
| 7. | **Programowanie bazy:** | | |
| - wprowadzenie przepływów godzinowych *(ilość jednostek na godzinę)* - baza 0,05j /godzinę  - minimum dwa dodatkowe profile bazy do wcześniejszego przygotowania z możliwością przywołania z pamięci i zastosowania | TAK |  |
| 8. | **Kalkulator bolusa** | TAK |  |
| * Kalkulator bolusa posiłkowego z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | TAK |  |
| * Kalkulator bolusa korygującego z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | TAK |  |
| * Możliwość ręcznego wprowadzania pomiaru glikemii do kalkulatora bolusa lub komunikacja z glukometrem, do którego paski są refundowane w dniu ogłoszenia przetargu | TAK |  |
| * Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | TAK |  |
| 9. | **Pamięć pompy –**minimum do 90 dni  - historia bolusów, alarmów, dawki dobowej bezpośrednio z pompy: aktualne dawki w bazie min. 20 bolusów i całkowite dawki dobowe z ostatnich 30 dni | TAK |  |
| 10. | Możliwość korzystania z ciągłego monitorowania glikemii za pomocą transmitera z odczytem na ekranie pompy oraz funkcja automatycznego czasowego zatrzymania infuzji insuliny przed niskim poziomem glikemii | TAK |  |
| 11. | Długość drenu – co najmniej dwie długości | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12. | **Alarmy:** | | |
| * tonowy | TAK |  |
| * wibracyjny | TAK |  |
| * historia alarmów: minimum 30 ostatnich | TAK |  |
| * brak podawania insuliny | TAK |  |
| * spadku zasilania | TAK |  |
| * kończącej się insuliny | TAK |  |
| * ukończenia czasowej zmiany bazy | TAK |  |
| 13. | Program komputerowy do analizy danych:  - zapis z ostatnich 30 dni pracy pompy  - czytnik do odczytywania danych z pompy | TAK |  |
| 14. | Menu w pełnym zakresie w języku polskim | TAK |  |
| 15. | Temperatura pracy pompy +5° do +40°C | TAK |  |
| **II. Dodatkowe wyposażenie dla każdej pompy** | | | |
| 1. | * **Zestaw infuzyjny - 3 szt.** * wszystkie modele pozwalające utrzymać limit refundacyjny *(10 sztuk za maksymalnie 300PLN)* * metalowe i teflonowe o różnej długości, rozłączane * możliwość zakupu zestawów infuzyjnych przynajmniej w czterech punktach sprzedaży na terenie kraju * **Zbiornik na insulinę – 3 szt.** * **Etui** * **Klips** * **Baterie** * **Serter** | TAK |  |
| **III. Zasilanie pompy** | | | |
| 1. | Zasilanie pompy przez: powszechnie dostępna, standardowa bateria alkaliczna 1,5 V AAA lub 1,5 V AA | TAK |  |
| 2. | Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70% | TAK |  |
| **IV. Pozostałe warunki** | | | |
| 1. | Dostępność na rynku polskim - 4 lata. | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi wyłącznie w j. polskim z opisem wszystkich komunikatów wyświetlanych przez pompę*(z dostawą).* | TAK |  |
| 3. | Gwarancja min. 4 lata. | TAK |  |
| 4. | Karta gwarancyjna *(z dostawą).* | TAK |  |
| 5. | W okresie gwarancji dowóz urządzenia do naprawy lub przyjazd serwisanta do siedziby Zamawiającego na koszt Wykonawcy. | TAK |  |
| 6. | Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji: maksymalnie 24 godziny. | TAK |  |
| 7. | Wykonawca, *(w czasie gwarancji)* gwarantuje wymiany pompy w ciągu 24 godzin *(przesyłka na koszt wykonawcy)* | TAK |  |
| 8. | Wykonawca posiada stronę internetową zawierającą:   * formę kontaktu z firmą *(telefony lokalnych przedstawicieli firm z godzinami ich pracy)*, * zasady obsługi pompy insulinowej, * dane dotyczące osprzętu do pomp *(rodzaje wkłuć, strzykawek, baterii itp.)* | TAK |  |
| 9. | Serwis pogwarancyjny min. 4 lata. | TAK |  |
| 10. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczone urządzenie jest fabrycznie nowe, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych. | TAK |  |
| 11. | Dostawa pompy nastąpi w ciągu 2 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.  Edukacja użytkowników odbywać się będzie w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
| 12. | Wykaz punktów serwisowych autoryzowanych na terenie Polski *(podać adresy, telefony).* | TAK |  |

**PARAMETRY OCENIANE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Parametry techniczne** | **Ilość punktów możliwa do zdobycia** | **Parametr oferowany**  ***(zaznaczyć X)*** |
| 1. | Możliwość wielokrotnej wymiany ampułki w ciągu doby. | | Nie, 0 pkt |  |
| Tak, 20 pkt |  |
| 2. | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby bez potrzeby resetowania pompy. | | Nie, 0 pkt |  |
| Tak, 20 pkt |  |

Powyższe parametry zawarte w tabeli **„Parametry wymagane”** - stanowią wymagania minimalne. Niespełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji *(poza materiałami eksploatacyjnymi).*

Dnia……………… ......……………………………..

Podpis osoby upoważnionej

**zał. nr 2**

**PARAMETRY TECHNICZNE I POZOSTAŁE WYMAGANIA**

**Zadanie nr 2 - pompy insulinowe dla dzieci – 25 szt.**

Nazwa i typ: ..........................................

Producent *(pełna nazwa i adres)* ..........................................

Kraj pochodzenia: ..........................................

Rok produkcji 2021/2022r. ..........................................

**PARAMETRY WYMAGANE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY**  **OFEROWANE** |
| I Parametry techniczne | | | |
| 1. | Stopień wodoodporności minimum IPX8. | TAK |  |
| 2. | Alarm informujący o zatrzymaniu pompy. | TAK |  |
| 3. | Blokada pompy. | TAK |  |
| 4. | Zabezpieczenia – zachowanie ustawień użytkownika przy braku zasilania. | TAK |  |
| 5. | **Programowanie bolusa :** | | |
| * prostego/standard - dokładność 0,1 j/bolus, | TAK |  |
| * przedłużonego - dokładność 0,1 j/bolus, * - czas podania co najmniej 7 godzin, | TAK |  |
| * złożonego - dokładność 0,1 j/bolus, | TAK |  |
| 6. | **Czasowa zmiana bazy/dawki podstawowej:** | | |
| * ustawienia procentowe lub jednostki na godzinę możliwe zwiększanie lub zmniejszanie ≤30 min., | TAK |  |
| * likwidowanie czasowej zmiany bazy/dawki podstawowej – samoistna lub z alarmem, | TAK |  |
| * czas do 24 godzin, | TAK |  |
| 7. | **Programowanie bazy:** | | |
| - wprowadzenie przepływów godzinowych *(ilość jednostek na godzinę)* - baza 0,05 j /godzinę,  - minimum dwa profile bazy do wcześniejszego przygotowania z możliwością przywołania z pamięci i zastosowania, | TAK |  |
| 8. | **Kalkulator bolusa** | TAK |  |
| * Kalkulator bolusa posiłkowego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych, | TAK |  |
| * Kalkulator bolusa korygującego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych, | TAK |  |
| * Możliwość ręcznego wprowadzenia pomiaru glikemii do kalkulatora bolusa lub komunikacja z glukometrem, do którego paski są refundowane w dniu ogłoszenia przetargu. | TAK |  |
| 9. | **Pamięć pompy –**minimum do 90 dni  - historia bolusów, alarmów , dawki dobowej bezpośrednio z pompy: aktualne dawki w bazie min. 20 bolusów i całkowite dawki dobowe z ostatnich 30 dni. |  |  |
| 10. | Długość drenu – co najmniej dwie długości | TAK |  |
| 11. | **Alarmy:** | | |
| * Tonowy, | TAK |  |
| * Wibracyjny, | TAK |  |
| * historia alarmów: minimum 30 ostatnich, | TAK |  |
| * brak podawania insuliny, | TAK |  |
| * spadku zasilania, | TAK |  |
| * kończącej się insuliny, | TAK |  |
| * ukończenia czasowej zmiany bazy, | TAK |  |
| 12. | Program komputerowy do analizy danych:  - zapis z ostatnich 30 dni pracy pompy,  - czytnik do odczytywania danych z pompy, | TAK |  |
| 13. | Menu w pełnym zakresie w języku polskim. | TAK |  |
| 14. | Temperatura pracy pompy +5° do +40°C. | TAK |  |
| **II. Dodatkowe wyposażenie dla każdej pompy** | | | |
| 1. | * **Zestaw infuzyjny - 3 szt.** * wszystkie modele pozwalające utrzymać limit refundacyjny (10 sztuk za maksymalnie 300PLN), * metalowe i teflonowe o różnej długości, rozłączane, * możliwość zakupu zestawów infuzyjnych przynajmniej w czterech punktach sprzedaży na terenie kraju, * **Zbiornik na insulinę – 3 szt.** * **Etui,** * **Klips,** * **Baterie,** * **Serter.** | TAK |  |
| **III. Zasilanie pompy** | | | |
| 1. | Zasilanie pompy przez: powszechnie dostępna, standardowa bateria alkaliczna 1,5 V AAA lub 1,5 V AA. | TAK |  |
| 2. | Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70%. | TAK |  |
| **IV. Pozostałe warunki** | | | |
| 1. | Dostępność na rynku polskim - 2 lata. | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi wyłącznie w j. polskim z opisem wszystkich komunikatów wyświetlanych przez pompę*(z dostawą).* | TAK |  |
| 3. | Gwarancja min. 4 lata. | TAK |  |
| 4. | Karta gwarancyjna *(z dostawą).* | TAK |  |
| 5. | W okresie gwarancji dowóz urządzenia do naprawy lub przyjazd serwisanta do siedziby Zamawiającego na koszt Wykonawcy. | TAK |  |
| 6. | Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji: maksymalnie 24 godziny. | TAK |  |
| 7. | Wykonawca, *(w czasie gwarancji)* gwarantuje wymiany pompy w ciągu 24 godzin *(przesyłka na koszt wykonawcy)* | TAK |  |
| 8. | Wykonawca posiada stronę internetową zawierającą:   * formę kontaktu z firmą *(telefony lokalnych przedstawicieli firm z godzinami ich pracy),* * zasady obsługi pompy insulinowej, * dane dotyczące osprzętu do pomp *(rodzaje wkłuć, strzykawek, baterii itp.)*. | TAK |  |
| 9. | Serwis pogwarancyjny min. 4 lat. | TAK |  |
| 10. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczone urządzenie jest fabrycznie nowe, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych. | TAK |  |
| 11. | Dostawa pompy nastąpi w ciągu 2 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.  Edukacja użytkowników odbywać się będzie w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
| 12. | Wykaz punktów serwisowych autoryzowanych na terenie Polski *(podać adresy, telefony).* | TAK |  |

**PARAMETRY OCENIANE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Parametry techniczne** | **Ilość punktów możliwa do zdobycia** | **Parametr oferowany**  ***(zaznaczyć X)*** |
| 1. | Możliwość wielokrotnej wymiany ampułki w ciągu doby. | | Nie - 0 pkt |  |
| Tak - 20 pkt |  |
| 2. | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby bez potrzeby resetowania pompy. | | Nie - 0 pkt |  |
| Tak - 20 pkt |  |

Powyższe parametry zawarte w tabeli **„Parametry wymagane”** - stanowią wymagania minimalne. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji *(poza materiałami eksploatacyjnymi).*

Dnia……………… ......……………………………..

Podpis osoby upoważnionej