**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