

ZP/220/89/19

**Załącznik nr 2 do formularza oferty**

Lp.	Parametr/warunek	Warunek graniczny	Ocena punktowa	Parametry oferowane (wypełnia Wykonawca)
1.	2.	3.	4.	5.
<b>Defibrylator - 4 szt.</b>				
<b>I</b>	<b>PARAMETRY OGÓLNE</b>			
1	Urządzenie do monitorowania i defibrylacji	TAK		
2	Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej minimum 7"	TAK, podać		
3	Możliwość wyświetlania na ekranie min. 3 krzywych dynamicznych.	TAK, podać		
4	Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie wartości liczbowych	TAK		
5	Dwufazowa fala defibrylacji	TAK		
6	Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J	TAK, podać		
7	Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej	TAK		
8	Czas ładowania do energii maksymalnej 200J max. 3 sekund	TAK, podać		
9	Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji	TAK, podać		
10	Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi AHA/ERC z 2015 r.	TAK		
11	Energia defibrylacji w trybie AED min. od 10 do 360 J	TAK, podać		
12	W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią min. od 10 do 360J	TAK, podać		
13	Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych	TAK		
14	Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej	TAK		
15	Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii	TAK		
16	Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych	TAK		
17	Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta	TAK, podać	na ekranie – 10 pkt. na łyżkach – 0 pkt.	
18	Możliwość wykonania kardiowersji	TAK		
19	Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń	TAK		
20	a. Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-350 B/min.	TAK		
21	b. Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; auto	TAK		
22	Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna	TAK		
23	a. tryby stymulacji: sztywny i na żądanie	TAK		
24	b. natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA	TAK, podać		
25	c. zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp/min	TAK, podać		
26	Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych	TAK		
27	a. Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie	TAK		
28	Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów	TAK		
29	Wbudowana drukarka termiczna	TAK		
30	Papier do drukarki termicznej o szerokości min. 50 mm - 3 rolki na każdy aparat	TAK		
31	Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych	TAK, podać		
32	Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG	TAK		
33	Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive	TAK		
34	Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową	TAK		
35	Możliwość rozbudowy o czujnik monitorowania jakości uciśnień z wyświetlaniem krzywej głębokości uciśnień na ekranie	TAK		
36	Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 4 godzin	TAK, podać	≤ 3 godz. – 5 pkt. ≤ 4 godz. – 0 pkt.	

37	Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci, 10 rolek papieru, 2 kpl. elektrod defibrylacyjnych dla dorosłych.	TAK		
38	Akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci	TAK		
39	Możliwość wymiany akumulatora bez użycia dodatkowych narzędzi	TAK/NIE	Wymiana bez użycia narzędzi – 10 pkt. Z użyciem narzędzi – 0 pkt.	
40	Czas pracy na bateriach dla urządzenia min. 300 minut monitorowania	TAK, podać		
41	Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V	TAK		
42	Możliwość wykonania min. 300 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach	TAK, podać		
43	Programowanie automatycznie codziennie wykonywanego testów bez włączenia defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test). Możliwość ustawienia wydruku raportu z testu.	TAK		
44	Uchwyt na ramę łóżka	TAK		
45	Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 7 kg	TAK, podać	≤ 6kg – 5 pkt. ≤ 7kg – 0 pkt.	
46	Wózek:	TAK		
47	Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowanego proszkowo, umożliwiający dowolną regulację umieszczenia szuflady oraz mocowanie wyposażenia dodatkowego.	TAK		
48	Szuflada, 2 uchwyty do prowadzenia z boku wózka	TAK		
49	Błat, szuflada i podstawa stalowe, lakierowane proszkowo, blat z pogłębieniem zapobiegającym zsuwaniu się sprzętu.	TAK		
50	Podstawa wyposażona w koła o średnicy min. 75 mm, w tym min. 2 z blokadą.	TAK		
51	Wysokość 800 mm +/- 5%, wymiar blatu: dostosowany do wymiarów defibrylatora.	TAK		
<b>II INNE WYMAGANIA</b>				
1	Autoryzacja producenta na prowadzenie przez Wykonawcę serwisu oferowanego aparatu w Polsce lub umowa z autoryzowanym serwisem	Tak, załączyć		
2	Dostawca wskaże serwis gwarancyjny i pogwarancyjny dostarczonego sprzętu – podać nazwę, adres, tel. fax	TAK, Podać		
3	Dostarczenie podczas odbioru oświadczenia potwierdzającego, że pracownicy serwisu sprzętu medycznego posiadają odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie oraz posiadają imienne certyfikaty wystawione przez producenta ze szkolenia w zakresie obsługi serwisowej przedmiotu umowy	TAK, załączyć		
4	Przeglądy techniczne w terminach wymaganych przez producenta	TAK, podać częstotliwość		
<b>III DODATKOWE INFORMACJE O OFEROWANYM SPRZĘCIE:</b>				
1	Producent	Tak, podać		
2	Model*	Tak, podać		
3	Nazwa katalogowa*	Tak, podać		
4	Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2019 roku	Tak		

„\*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

**Wykonawca zobowiązany jest podać numer strony w ofercie, na której znajduje się potwierdzenie w materiałach informacyjnych punktów: pkt: I ppkt. 6, 8, 11, 17, 24, 25, 36, 39, 40, 42, 45!**

.....  
/podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

..... dn., .....