***ZAŁĄCZNIK A po zm. z dn. 18.10.2016***

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część I przedmiotu zamówienia**

**Aparat EKG – 3 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/

………………………………......................................................................................................................

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Aparat do wykonywania zapisów EKG: standardowych 12-odprowadzeniowych lub odprowadzenia Cabrera. |  |
| 2 | Praca w trybie ręcznym lub automatycznym z możliwością automatycznej analizy i interpretacji zapisu EKG. |  |
| 3 | Parametry zapisu: czułość 2,5-20mV, prędkość zapisu 5/10/25/50 mm/s. |  |
| 4 | Aparat wyposażony w dotykowy ekran lub szczelną i odporną na dezynfekcję klawiaturę funkcyjną umożliwiający/cą łatwą obsługę poprzez menu oraz obserwację zapisów do 12 odprowadzeń jednocześnie. |  |
| 5 | Możliwość wydruku zapisu (szerokość papieru min. 100mm). |  |
| 6 | Funkcje detekcji złego podłączenia elektrody (niezależna dla każdego kanału), detekcja stymulatora serca, cyfrowej filtracji zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego. |  |
| 7 | Interfejs komunikacyjny: co najmniej 1 port USB  |  |
| 8 | Możliwość eksportu zapisu badań na komputer |  |
| 9 | Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna. |  |
| 10 | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. |  |
| 11 | Waga <3,5 kg |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |
| **II. Parametry i warunki punktowane** |
| Lp. | **Parametr DODATKOWO PUNKTOWANY:** | **Opis parametrów i warunków oferowanych**(wypełnia Wykonawca)**:** | **Sposób oceny:** |
| 1 | 2 | **3** | **4** |
| 1 | Podczas zapisu ciągły pomiar częstości rytmu serca (HR) widoczny na ekranie z sygnalizacją dźwiękową wykrytych pobudzeń |  | **TAK - 100 pkt****NIE – 0 pkt** |

*Miejscowość .................................................. dnia ........................................... 2016 roku.*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

***ZAŁĄCZNIK D po zm. z dn. 18.10.2016***

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część IV przedmiotu zamówienia**

**Defibrylator manualny ze stymulacją przez skórną - 2 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :

…………………………………....................................................................................................................

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji |  |
| 2 | Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 7,5kg |  |
| 3 | Ekran o przekątnej minimum 6,5 ‘’ |  |
| 4 | Możliwość wyświetlania na ekranie minimum 2 krzywych dynamicznych |  |
| 5 | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej |  |
| 6 | Monitorowanie EKG min. z 3 odprowadzeń |  |
| 7 | Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie minimum 16-300 u./m |  |
| 8 | Wzmocnienie sygnału  |  |
| 9 | Dwufazowa fala defibrylacji |  |
| 10 | Defibrylacja ręczna w zakresie minimum 1-200 J |  |
| 11 | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci |  |
| 12 | Urządzenie wyposażone w kabel umożliwiający podłączenie jednorazowych elektrod do defibrylacji, kardiowersji i stymulacji |  |
| 13 | Czas ładowania do energii maksymalnej max. 10 s. |  |
| 14 | Możliwość wyboru jednego spośród min. 19 poziomów energii defibrylacji |  |
| 15 | Ustawienie ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych |  |
| 16 | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta na ekranie defibrylatora lub na łyżkach do defibrylacji |  |
| 17 | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodnym z aktualnymi wytycznymi ERC. |  |
| 18 | Energia defibrylacji w trybie AED min. do 200 J. |  |
| 19 | W trybie AED możliwość programowania przez użytkownika wartości energii dla 1,2 i 3 defibrylacji z energią minimum do 200 J  |  |
| 20 | Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych |  |
| 21 | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej. |  |
| 22 | Możliwość wykonania kardiowersji |  |
| 23 | Możliwość stymulacji zewnętrznej nieinwazyjnej |  |
| 24 | Tryby stymulacji: sztywny i na żądanie |  |
| 25 | Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 20-180 mA |  |
| 26 | Zakres częstości stymulacji w zakresie co najmniej 40 - 170 imp/min. |  |
| 27 | Minimum ręczne ~~i automatyczne~~ ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów |  |
| 28 | Wbudowana drukarka termiczna. Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm |  |
| 29 | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym z min. 2 krzywych |  |
| 30 | Archiwizacja danych: min. ~~100 pacjentów~~ 55 zdarzeń, minimum 6 godzin zapisu EKG |  |
| 31 | Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive lub SD |  |
| 32 | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V |  |
| 33 | Aparat posiada moduł umożliwiający ciągły pomiar saturacji wraz z odpowiednim czujnikiem |  |
| 34 | Wzmocnienie sygnału |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |
| **II. Parametry i warunki punktowane** |
| **1** | **Parametr DODATKOWO PUNKTOWANY:** | **Opis parametrów i warunków oferowanych**(wypełnia Wykonawca)**:** | **Sposób oceny:** |
| 1 | 2 | **3** | **4** |
| 1 | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej |  | **TAK - 20 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 2 | Możliwość wykonania min. 200 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach |  | **TAK - 20 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 3 | Uchwyt na ramę łóżka |  | **TAK - 20 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 4 | Urządzenie wyposażone w kabel umożliwiający połączenie defibrylatora z końcówkami symulatora pacjenta przeznaczonymi do defibrylacji |  | **TAK - 20 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 5 | Programowanie automatycznie codziennie wykonywanych testów bez włączenia defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej |  | **TAK - 20 pkt****NIE – 0 pkt** |

*Miejscowość ......................... dnia ....................2016 roku.*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

***ZAŁĄCZNIK E po zm. z dn. 18.10.2016***

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część V przedmiotu zamówienia**

**Panel medyczny nadłóżkowy - 4 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :

…………………………………....................................................................................................................

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Panel odporny na płynne środki dezynfekcyjne |  |
| 2 | Panel wieszany na ścianie |  |
| 3 | Panel 1 - stanowiskowy o długości min. 150cm |  |
| 4 | Panel o wymiarach gł.X wys. (80 - 115,5)mm x (256,5 - 288) mm |  |
| 5 | Urządzenie łatwe w utrzymaniu czystości - gładkie powierzchnie bez wystających elementów obudowy, front bez widocznych śrub lub nitów mocujących, bez ostrych krawędzi i kantów. |  |
| 6 | Konstrukcja profili z aluminium, zapewniająca sztywność i rozdział oprzewodowania elektrycznego i teletechnicznego |  |
| 7 | Wyposażenie w oświetlenie elektryczne: oświetlenie nocne w górnej części panelu, oświetlenie w dolnej części panelu |  |
| 8 | Kanał rozprowadzający media elektryczne tj. instalację 230V i instalację niskoprądowe poniżej lub powyżej gazów medycznych ~~w dolnej części panelu~~ |  |
| 9 | Kanał zasilający z instalacją 230 V i teletechniczną ściennej jednostki medycznej wyposażony w gniazda w modułach. |  |
| 10 | Gniazda nachylone do podłogi lub usytuowane prostopadle do podłogi |  |
| 11 | Gniazda zlicowane z powierzchnią panelu - 3xgniazdo elektryczne 230V/50Hz, 3x gniazdo ekwipotencjalne, 1xwolne teletechniczne |  |
| 12 | Kanał zasilający w gazy medyczne ścienną jednostkę medyczną wyposażony w punkty poboru gazów medycznych (standard AGA). Gniazda usytuowane prostopadle do podłogi. |  |
| 13 | 1x punkt poboru gazów med., 1x próżnia VAC. Punkty poboru gazów będą służyć celom szkoleniowym i nie będą podłączone do instalacji gazów medycznych. |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |

*Miejscowość ......................... dnia ....................2016 roku.*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| ***ZAŁĄCZNIK F po zm. z dn. 18.10.2016*****FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE****ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE** **– część VI przedmiotu zamówienia****Pompa infuzyjna/strzykawkowa - 12 szt.**Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ : …………………………………....................................................................................................................Producent / kraj : .........................................................................................................................Rok produkcji : ............................................................................................................................. |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Stosowanie strzykawek min. 5, 10, 20, 30, 50 ml.  |  |
| 3 | Strzykawki montowane od czoła a nie od góry pompy. |  |
| 4 | Ramię pompy nie wychodzące poza obudowę pompy lub ramie popychacza wychodzi poza obudowę pompy, ale pompa posiada mechanizm zabezpieczający przed przypadkowym wciśnięciem tłoka strzykawki |  |
| 5 | Szybkość dozowania w zakresie min. 0,1-1500 ml/h |  |
| 6 | Szybkość dozowania Bolus-a do min. 1500 ml/h |  |
| 7 | Bolus manualny i automatyczny |  |
| 8 | Programowanie parametrów podaży Bolus-a:* objętość / dawka
* czas lub szybkość podaży
 |  |
| 9 | Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymywania infuzji |  |
| 10 | Możliwość programowania podaży dawki indukcyjnej:* objętość / dawka
* czas lub szybkość podaży
 |  |
| 11 | Programowanie parametrów infuzji w różnych jednostkach minimum:* ng, μg, mg,
* IU
* na kg wagi ciała
* na min., godz.,
 |  |
| 12 | Klawiatura numeryczna lub kursorowa do wprowadzania wartości parametrów infuzji |  |
| 13 | Biblioteka leków – możliwość zapisania w pompie procedur dozowania leków. Pojemność biblioteki co najmniej 120 leków |  |
| 14 | Możliwość programowania biblioteki leków bezpośrednio z klawiatury pompy (bez konieczności stosowania zewnętrznego urządzenia) |  |
| 15 | Dostępność oprogramowania komputerowego do tworzenia i przesyłania do pompy biblioteki leków (pod systemem Windows) |  |
| 16 | Regulowane progi ciśnienia w zakresie od min 150 do 975 mm Hg , min. 10 poziomów okluzji |  |
| 17 | Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji |  |
| 18 | Automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego. |  |
| 19 | System alarmów |  |
| 20 | Historia obejmująca min. 2000 wpisów z datą i godziną zdarzenia |  |
| 23 | Mocowanie pojedynczej pompy do statywów oraz stacji dokujących nie wymaga odłączania lub dołączania uchwytu mocującego lub jakichkolwiek innych części. |  |
| 24 | Instalacja pompy w stacji dokującej:* mocowanie z automatyczną blokadą, bez konieczności przykręcania.
* alarm nieprawidłowego mocowania.
* pompy mocowane niezależnie, jedna nad drugą,
* automatyczne przyłączenie zasilania ze stacji dokującej,
* automatyczne przyłączenie portu komunikacyjnego ze stacji dokującej,
 |  |
| 25 | Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny. |  |
| 26 | Czytelny wyświetlacz z możliwością wyświetlenia następujących informacji jednocześnie: nazwa leku, dawka, prędkość infuzji, stan naładowania akumulatora, aktualne ciśnienie w drenie, stan infuzji (w toku lub zatrzymana). |  |
| 27 | Waga do 3 kg |  |
| 28 | Zasilanie 230 V AC, 50 Hz +10% , -15% oraz 12 VDC |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |
| **II. Parametry i warunki punktowane** |
| **1** | **Parametr DODATKOWO PUNKTOWANY:** | **Opis parametrów i warunków oferowanych**(wypełnia Wykonawca)**:** | **Sposób oceny:** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Wysokość pompy maks. 12 cm |  | **TAK - 50 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 2 | Możliwość komunikacji pomp umieszczonych w stacjach dokujących poprzez sieć LAN z oprogramowaniem zewnętrznym, służącym do:- podglądu przebiegu infuzji dla każdej pompy w formie graficznego wykresu (trendu),- podglądu parametrów infuzji dla każdej pompy,- prezentacji alarmów w pompach oraz wyświetlania ich przyczyny,- archiwizacji informacji o przeprowadzonych infuzjach |  | **TAK - 50 pkt****NIE – 0 pkt** |

*Miejscowość ......................... dnia ....................2016 roku.*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

***ZAŁĄCZNIK H po zm. z dn. 18.10.2016***

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część VIII przedmiotu zamówienia**

**Respirator- 1 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :

…………………………………....................................................................................................................

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |
| --- |
| **Część 8. Respirator- 1 szt.**  |
| **Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ : ……………………………………..** |
| **Producent / kraj : ………………………………………………………………….** |
| **Rok produkcji : ……………………………………………………………………..** |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Respirator dla dorosłych i dzieci  |  |
| 2 | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonych gazów medycznych 3,0-6,0 bar lub z butli < 15 l/min. |  |
| 3 | Respirator stacjonarno – transportowy na podstawie jezdnej  |  |
| 4 | Zasilanie 100-240 V 50 Hz+/-10%. |  |
| 5 | Awaryjne zasilanie respiratora z wewnętrznego akumulatora min 45 minut |  |
| 6 | Wewnętrzna turbina pozwalająca na pracę respiratora bez elektrycznego zasilania zewnętrznego |  |
| 7 | Monitor z kolorowym ekranem, dotykowym min 8”. |  |
| 8 | Tryby wentylacji: CMV, wentylacja spontaniczna wspomagana ciśnieniem, SIMV, NIV/NIV-ST |  |
| 9 | Parametry nastawialne minimum: częstość oddechów 4-80 odd/min, objętość wdechowa 50 - 2000 ml, PEEP/CPAP 0-20 cmH2O, stężenie tlenu 21-100%, , czas wdechu 0.2 do 8,0 sek, wyzwalanie przepływem 1 do 15 l/min, przepływ szczytowy spontaniczny >160 l/min. |  |
| 10 | Monitorowanie i obrazowanie parametrów wentylacji, minimum: szczytowe ciśnienie , średnie ciśnienie, ciśnienie plateau, ciśnienie PEEP/CPAP, całkowita objętość wydechowa i wdechowa, wydechowa objętość minutowa, wydechowa objętość minutowa oddechów spontanicznych, % objętość przecieku, stosunek wdechu do wydechu, całkowita częstość oddechów, całkowita częstość oddechów spontanicznych, index dyszenia RSB, obrazowanie krzywych w czasie rzeczywistym –wizualizacja pracy płuc w czasie rzeczywistym. |  |
| 11 | Możliwość komunikacji poprzez złącze USB lub kartę SD |  |
| 12 | Wielopacjentowa, pełnotwarzowa maska do wentylacji nieinwazyjnej |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |
| **II. Parametry i warunki punktowane** |
| **1** | **Parametr DODATKOWO PUNKTOWANY:** | **Opis parametrów i warunków oferowanych**(wypełnia Wykonawca)**:** | **Sposób oceny:** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Tryby wentylacji: ~~CMV,~~ PCV, ~~wentylacja spontaniczna wspomagana ciśnieniem~~  |  | **TAK - 50 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 2 | Waga do 10 kg (bez podstawy jezdnej) |  | **TAK - 50 pkt****NIE – 0 pkt** |

*Miejscowość ......................... dnia ....................2016 roku.*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

***ZAŁĄCZNIK J po zm. z dn. 18.10.2016***

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część X przedmiotu zamówienia**

**Ssak elektryczny- 6 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :

…………………………………....................................................................................................................

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Ssak przeznaczony do pracy ciągłej na podstawie jezdnej z czterema kołach, w tym co najmniej dwa z blokadą  |  |
| 2 | Zasilanie elektryczne 230 V/50Hz |  |
| 3 | Wydajność ssaka min. 28 l/min |  |
| 4 | Podciśnienie maksymalne min. 80 kPaz dokładnością ± 5% |  |
| 5 | Wskaźnik i regulator podciśnienia |  |
| 6 | Waga ssaka nie więcej niż 12 kg (z podstawą jezdną nie więcej niż 21 kg) |  |
| 7 | Obudowa wykonana z trwałego, odpornego na uszkodzenia materiału.  |  |
| 8 | Praca ssaka oparta na wbudowanej bezolejowej membranowej pompie próżniowej lub praca ssaka oparta na wbudowanej bezolejowej tłokowej pompie próżniowej. |  |
| 9 | Minimum dwustopniowe zabezpieczenie przeciwprzelewowe |  |
| 10 | Możliwość stosowania jednorazowych worków na wydzielinę przystosowanych do zbiorników wielorazowych  |  |
| 11 | Wyposażenie:- filtr bakteryjny- minimum jeden zbiornik podstawowy o poj. min.1 l., nietłukący( z poliwęglanu) z możliwością zastosowania pokrywy zakręcanej lub wciskanej, z zabezpieczeniem przed przelaniem - komplet przewodów silikonowych- stojak jezdny ssaka szt. 1- kabel zasilający min. 2m szt. 1 |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |

*Miejscowość ......................... dnia ....................2016 roku.*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

***ZAŁĄCZNIK K po zm. z dn. 18.10.2016***

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część XI przedmiotu zamówienia**

**Stanowisko resuscytacji noworodków – 2 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :.......................................................................................

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Wielkość leża noworodka min 73 x 53 cm |  |
| 2 | Stabilna konstrukcja osadzona na podstawie w której zamontowane są 4 kółka w tym 2 z blokadą |  |
| 3 | Ogrzewanie promiennikiem podczerwieni z kwarcowym źródłem iRUkład automatycznej regulacji temperatury skóry |  |
| 4 | Elektryczna regulacja wysokości stolika zabiegowego ± 100 mm  |  |
| 5 | Promiennik nagrzewający odchylany w celu wykonania zdjęcia Rtg |  |
| 6 | Regulacja temperatury nastawiana ręcznie (regulacja mocy grzania) |  |
| 7 | Wyłączenie wstępnego podgrzewania po uzyskaniu ustawionej temperatury (tryb serwo). |  |
| 8 | Czujnik temperatury  |  |
| 9 | Rozdzielczość ustawiania temperatury 0,1°C |  |
| 10 | Regulowane położenie leża noworodka do pozycji Trendelenburga i anty/ Trendelenburga w sposób płynny bezstresowo minimum zakres ± 15º |  |
| 11 | Ścianki boczne leża:a) każda ścianka może być oddzielnie odchylana i wyjmowanab) zabezpieczenie przed przypadkowym otwarciem ścianek |  |
| 12 | Oświetlenie ogólne żarowe, luminescencyjne lub diodowe o mocy równoważnej oświetleniu żarowemu równej 100 W lub urządzenie o mocy oświetlenia niższej niż opisana przy zapewnieniu przez nie natężenia oświetlenia mierzonego na poziomie materaca na stanowisku zabiegowym o wysokości minimum 500 lx |  |
| 13 | Szuflady na dodatkowe akcesoria wysuwane do przodu urządzenia - min.2 szt. |  |
| 14 | Możliwość wprowadzenia kasety RTG pod leże noworodka – bez ruszania noworodka |  |
| 15 | Wyświetlanie temperatury, stanu urządzenia i komunikatów alarmowych na ekranie |  |
| 16 | Równoczesne wyświetlanie temperatury nastawionej i rzeczywistej (zmierzonej) w °C oraz mocy grzałki za pomocą bargrafu  |  |
| 17 | Alarm przekroczenia nastawionej temperatury pracy (przegrzania) |  |
| 18 | Alarm spadku temperatury (niedogrzania) |  |
| 19 | Alarm zaniku napięcia zasilającego |  |
| 20 | Alarmy techniczne – awaria grzałki , uszkodzenie czujnika temp |  |
| 21 | Komunikaty o załączonych alarmach oraz o załączonych funkcjach, wyświetlane na ekranie. |  |
| 22 | Po włączeniu aparat przeprowadza automatycznie test poprawnego działania |  |
| 23 | Zintegrowany z inkubatorem statyw do mocowania pomp i innych urządzeń z możliwością powieszenia pojemnika z płynem infuzyjnym dla pompy objętościowej |  |
| 24 | Krążki odblaskowe do mocowania czujnika naskórnego |  |
| 25 | Wąż silikonowy do odsysania |  |
| 26 | Przepływomierz do tlenu, zakres regulacji do 15 l/min z nawilżaniem |  |
| 27 | Wąż do podłączenia tlenu i powietrza zaopatrzony we wtyczkę do gniazd DIN/AGA  |  |
| 28 | Stojak do pomp infuzyjnych z wysięgnikiem do kroplówki |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |
| **II. Parametry i warunki punktowane** |
| **1** | **Parametr DODATKOWO PUNKTOWANY:** | **Opis parametrów i warunków oferowanych**(wypełnia Wykonawca)**:** | **Sposób oceny:** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Równoczesne wyświetlanie temperatury rzeczywistej (zmierzonej) w °C oraz mocy grzałki w % i za pomocą bargrafu w trybie regulacji mocy |  | **TAK - 100 pkt****NIE – 0 pkt** |

*Miejscowość ......................... dnia ....................2016 roku.*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

***ZAŁĄCZNIK L po zm. z dn. 18.10.2016***

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część XII przedmiotu zamówienia**

**Urządzenie do przepływowego podgrzewania krwi i płynów infuzyjnych - 2szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :

…………………………………....................................................................................................................

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Zasilanie 220V - 240V 50Hz ±10% |  |
| 2 | Metoda podgrzewania: ciepła woda krążąca w linii na całej długości do pacjenta lub metoda sucha wykorzystująca lampy podczerwieni |  |
| 3 | Dokładność podgrzewania w punkcie wyjścia z kasety maks. ± 2,5 °C |  |
| 4 | System zabezpieczeń przed przegrzaniem |  |
| 5 | Wyświetlacz z cyfrowym wskaźnikiem temperatury |  |
| 6 | Monitorowanie bieżącej pracy urządzenia na wyświetlaczu |  |
| 7 | Mocowanie do stojaka |  |
| 8 | Technologia oferowanego urządzenia musi uniemożliwiać powstanie punktów o temperaturze powyżej 46 st .C |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |

*Miejscowość ......................... dnia ....................2016 roku.*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*