OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA- wymagania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Opis parametru | **parametr wymagany- TAK/parametr dodatkowo oceniany** | **parametr oferowany** | **punktacja parametrów dodatkowo ocenianych** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **CZĘŚĆ I RESPIRATOR** | | | | |
|  | **Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu**  - podać nazwę, model, typ, rok produkcji (2017), producent.  - certyfikat zgodności CE na oferowany respirator,  - oznakowanie respiratora znakiem CE,  - zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych oferowanego respiratora. | TAK  podać |  |  |
|  | Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła zasilania - pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu | TAK  podać |  |  |
|  | Maksymalna waga respiratora ≤ 2,5 kg | TAK |  |  |
|  | Tryb wentylacji IPPV lub CMV | TAK |  |  |
|  | Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej | TAK |  |  |
|  | Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej | TAK |  |  |
|  | Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej | TAK |  |  |
|  | Zakres regulacji częstości oddechowej min. 8-40 cykli/min. | TAK |  |  |
|  | Zakres regulacji objętości oddechowej min. 80 - 1300 ml | TAK |  |  |
|  | Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O | TAK |  |  |
|  | Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji 0-20 cmH2O | TAK |  |  |
|  | Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji do max 15cmH2O, zintegrowany z respiratorem przepływomierz z zakresem regulacji przepływu min. 1-30 l/min. | TAK |  |  |
|  | Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu | TAK |  |  |
|  | Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O | TAK |  |  |
|  | Min 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60%  (podać wartość znamionową stężenia O2 oferowanego urządzenia) | TAK  podać |  |  |
|  | Przepływ w trybie wentylacji biernej (na żądanie) regulowany automatycznie w zakresie od 0 do 100L/min w funkcji podciśnienia w układzie pacjenta, | TAK |  |  |
|  | Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator | TAK |  |  |
|  | Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):  - wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu  - niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia)  - stałego ciśnienia w układzie pacjenta  - niskiego ciśnienia gazu zasilającego | TAK |  |  |
|  | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego | TAK |  |  |
|  | Respirator przystosowany do pracy w urządzeniach MRI (rezonans magnetyczny) o indukcji min. 3 Tesla | TAK/ NIE |  | TAK- 20 pkt  NIE- 0 pkt |
|  | układ oddechowy pacjenta – min 3 szt. + min 3 szt. kpl. układów oddechowych do CPAP-u | TAK |  |  |
|  | Wyposażony w dodatkowy zestaw do manualnej wentylacji ciśnieniowej noworodków | TAK/NIE |  | TAK- 20 pkt.  NIE- 0 pkt. |
|  | Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami normy PN EN 1789 | TAK |  |  |
|  | Przenośny zestaw tlenowy w konfiguracji:  - torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenie torby na ramie łóżka/ noszy  - reduktor tlenowy z gniazdem AGA O2 i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min, ciśnienie robocze 200 atm, przepływ z gniazda AGA powyżej 120 l/min., manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem  - butla tlenowa aluminiowa, DIN min. 2,7l – pusta | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi respiratora w formie papierowej lub elektronicznej w języku polskim | TAK |  |  |
|  | Przeszkolenie personelu w zakresie obsługi i eksploatacji respiratora | TAK |  |  |
|  | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji, min. 1 przegląd rocznie | TAK |  |  |
|  | Bezpłatne naprawy w okresie gwarancji wynikające z warunków gwarancji | TAK |  |  |
|  | Czas naprawy gwarancyjnej [dni robocze : od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych pracy] | Max. 3 dni |  |  |
|  | Czas naprawy powyżej trzech dni roboczych, powoduje konieczność zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy | TAK |  |  |
|  | Każda naprawa powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia z eksploatacji | TAK |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK  Podać ile |  |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze, następujących dokumentów, w szczególności:  -karty gwarancyjnej,  -paszportu technicznego,  -instrukcji obsługi w języku polskim | TAK |  |  |
|  | Odbiór przedmiotu umowy protokołem zdawczo- odbiorczym dostawy, szkolenia pracowników, i przekazania dokumentów, o których mowa w pkt.33. | TAK |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Opis parametru | **parametr wymagany- TAK/parametr dodatkowo oceniany** | **parametr oferowany** | **punktacja parametrów dodatkowo ocenianych** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **CZĘŚĆ II URZĄDZENIE DO MECHANICZNEGO UCISKU KLATKI PIERSIOWEJ** | | | | |
|  | **Urządzenie przenośne przeznaczone do mechanicznego ucisku klatki piersiowej osób dorosłych podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej**  **-** podać nazwę, model, typ, producent, rok produkcji (2017).  - certyfikat zgodności CE na oferowane urządzenie,  - oznakowanie urządzenia do mechanicznego ucisku klatki piersiowej znakiem CE,  - zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych oferowanego urządzenia. | TAK  podać |  |  |
|  | Prowadzenie ucisków w trybie 30 ucisków/ 2 oddechy oraz możliwość pracy w trybie ciągłym za pomocą:  - taśmy piersiowej  lub  - mechanicznego tłoka | TAK  podać |  | -taśma piersiowa- 20 pkt  - mechaniczny tłok- 0 pkt |
|  | Parametry ucisku klatki piersiowej osób dorosłych:   * dla urządzenia prowadzącego ucisk za pomocą taśmy piersiowej: głębokość uciśnięć: 20% głębokości klatki piersiowej (przód – tył) , częstość uciśnięć min. 80 ± 5 /minutę, * dla urządzenia pracującego w technologii mechanicznego tłoka : głębokość uciśnięć min. 5 do 6 cm, częstość uciśnięć w zakresie min.100/minutę do 120 /minutę | TAK |  |  |
|  | Automatyczne dopasowanie, przed rozpoczęciem uciskania, położenia elementu uciskającego do indywidualnego rozmiaru klatki piersiowej pacjenta   * bez konieczności wstępnych ustawień ręcznych   lub   * z koniecznością wstępnych ustawień ręcznych | TAK  podać |  | -bez konieczności wstępnych ustawień ręcznych - 10 pkt  -z koniecznością wstępnych ustawień ręcznych - 0 pkt |
|  | Automatyczne dostosowanie siły uciśnięć do podatności klatki piersiowej, zapewniające oczekiwane parametry ucisku klatki piersiowej. | TAK |  |  |
|  | Możliwość podnoszenia, przekładania i przenoszenia urządzenia wraz z pacjentem na urządzenia transportowego (nosze, płachta ratownicza, deska ortopedyczna):   * bez konieczności wstrzymania uciskania klatki piersiowej   lub   * z koniecznością wstrzymania uciskania klatki piersiowej | TAK  podać |  | - bez konieczności wstrzymania uciskania klatki piersiowej - 20 pkt  - z koniecznością wstrzymania uciskania klatki piersiowej - 0 pkt |
|  | Możliwość transportu pacjenta bez przerywania uciskania klatki piersiowej, przy przechyleniu urządzenia do min. 45o w każdej płaszczyźnie, przy użyciu dedykowanych przez producenta akcesoriów mocujących pacjenta. | TAK |  |  |
|  | Zabezpieczenie w przypadku wykrycia niebezpiecznej pozycji pacjenta (przesunięcia klatki piersiowej względem elementu prowadzącego uciski)   * automatyczne zatrzymanie uciśnięć i sygnał/ komunikat alarmowy   lub   * sygnał/komunikat alarmowy | TAK  podać |  | - automatyczne zatrzymanie uciśnięć i sygnał/ komunikat alarmowy – 10 pkt  - sygnał/ komunikat alarmowy – 0 pkt |
|  | Bezprzewodowa transmisja danych o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie, z pamięci urządzenia do komputera. | TAK |  |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe, w komplecie min 3 akumulatory ze wskaźnikiem poziomu naładowania, czas pracy na jednym akumulatorze minimum 30 minut, możliwość szybkiej wymiany akumulatora bez użycia dodatkowych narzędzi, | TAK |  |  |
|  | Waga urządzenia gotowego do pracy do 12 kg | TAK |  |  |
|  | W komplecie:  - urządzenie do mechanicznego ucisku klatki piersiowej  - akcesoria jednorazowego użytku do kompresji klatki piersiowej - min. 3 szt.  - akcesoria mocujące pacjenta w trakcie transportu  - torba/ plecak transportowy z funkcją płachty do przenoszenia pacjenta  - ładowarka akumulatorów z funkcją testowania i rekondycjonowania | TAK |  |  |
|  | Warunki środowiskowe:   * temperatura pracy min. 0-40 oC * wilgotność wzgl. min. 5-95% | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi urządzenia do mechanicznego uciskania klatki piersiowej w formie papierowej lub elektronicznej w języku polskim | TAK |  |  |
|  | Przeszkolenie personelu w zakresie obsługi i eksploatacji urządzenia do mechanicznego uciskania klatki piersiowej | TAK |  |  |
|  | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji, min. 1 przegląd rocznie | TAK |  |  |
|  | Bezpłatne naprawy w okresie gwarancji wynikające z warunków gwarancji | TAK |  |  |
|  | Czas naprawy gwarancyjnej [dni robocze : od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych pracy] | Max.5 dni |  |  |
|  | Każda naprawa powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia z eksploatacji | TAK |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK  Podać ile |  |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze, następujących dokumentów, w szczególności:  -karty gwarancyjnej,  -paszportu technicznego  -instrukcji obsługi w języku polskim | TAK |  |  |
|  | Odbiór przedmiotu umowy protokołem zdawczo- odbiorczym dostawy, szkolenia pracowników i przekazania dokumentów, o których mowa w pkt. 21. | TAK |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)