|  |  |
| --- | --- |
| ZOZ.V-260-68ZP/20 | Załącznik nr 6 do SIWZ |

**Formularz parametrów wymaganych i ocenianych dla części nr 1**

**defibrylator**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane podstawowe** | **Wartość wymagana** | **Potwierdzenie spełnienia** |
|  | Wykonawca/Producent | Podać |  |
|  | Rok produkcji: 2020 | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Wyrób fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Nazwa, typ, model urządzenia | Podać |  |
|  | Wyrób posiada dokumenty dopuszczające do użytkowania, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| **Parametry techniczne** | | | |
|  | Defibrylator przenośny z torbą transportową instalowaną na defibrylatorze, testerem wyładowań i certyfikowanym uchwytem karetkowym | Tak |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci min. 3 sztuki w komplecie | Tak |  |
|  | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą ładowarki zewnętrznej 12V – 230V (parametr punktowany) | Tak, podać | **Ładowarka jednostanowiskowa - 0 pkt.**  **Ładowarka dwustanowiskowa – 2 pkt.** |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | Tak, podać |  |
|  | Ciężar defibrylatora w kg max. 12kg | Tak, podać |  |
|  | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika oraz bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na automatycznym wydruku lub automatyczny wydruk i przesłane/transmisja danych do działu technicznego szpitala/koordynatora medycznego pogotowia | Tak | **Wykonanie auto testu z wydrukiem – 0 Pkt**  **Wykonanie auto testu z wydrukiem i przesłaniem danych – 15 pkt.** |
|  | Norma IP min. 43 | Tak |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Tak |  |
|  | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 200 J | Tak, podać |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | Tak, podać | **Do 20 poziomów – 0pkt**  **Powyżej 20 poziomów – 5 pkt** |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | Tak |  |
|  | Łyżki defibrylacyjne z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek defibrylacyjnych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789 | Tak |  |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | Tak, opisać |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | Tak |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | Tak |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 25-250 u/min | Tak |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia. | Tak | **Do 7 poziomów wzmocnienia – 0 Pkt**  **Powyżej 7 poziomów wzmocnienia – 10 pkt** |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | Tak, podać | **Ekran do 8” – 0pkt**  **Powyżej 8” – 5pkt** |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 80mm. | Tak, podać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | Tak |  |
|  | Transmisja danych przez wbudowany lub zewnętrzny modem | Tak, opisać |  |
|  | Moduł pomiaru SpO2, SpCO i SpMET za pomocą czujnika wielorazowego typu klips dla dorosłych 2 szt. | Tak |  |
|  | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem wielorazowym dla dorosłych 1 szt. | Tak |  |
|  | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika; w komplecie min. 20 szt. kaniul pomiarowych | Tak |  |
|  | Urządzenie nowe, nie powystawowe, rok produkcji 2020 | Tak |  |
| **Wymagania pozostałe** | | | |
| 1. | Czas reakcji serwisu od zgłoszenia awarii (podjęcie naprawy)  nie dłuższy niż 48 godzin ( w dni robocze) | TAK, podać |  |
| 2. | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | TAK, podać |  |
| 3. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez Zamawiającego czas reakcji serwisu | TAK, podać lokalizację serwisu |  |
| 4. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | TAK, podać |  |
| 5. | Dokumentacja techniczna urządzenia, Deklaracja zgodności, paszport (dostawa ze sprzętem) | TAK |  |
| 6. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 7. | Montaż i szkolenie pracowników | TAK |  |