ZOZ.V.260-144/ZP/24

**Opis przedmiotu zamówienia - wymagania**

**Defibrylator z wyposażeniem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry wymagane** | Parametr wymagany | **Parametr oferowany (*proszę wpisać*)\*\*****dla wyposażenia dodatkowego (ponad standardowego niż wymagane)**  |
| **L.p.** | **DEFIBRYLATOR Z WYPOSAŻENIEM**  |  |  |
|  | Defibrylator przenośny z torbą transportową instalowaną na defibrylatorze, testerem wyładowań i certyfikowanym uchwytem karetkowym. Defibrylator oraz mocowanie/uchwyt defibrylatora ma spełniać wymagania aktualnej normy zharmonizowanej PN-EN 1789. | TAK/NIE\* |  |
|  | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą ładowarki zewnętrznej 12V-230V spełniającej wymagania aktualnej normy PN-EN 1789 | TAK/NIE\* |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci i potrzeby rekondycjonowania, min. 3 sztuki akumulatorów w komplecie | TAK/NIE\* |  |
|  | Zasilanie wszystkich funkcji i modułów defibrylatora możliwe z jednego zainstalowanego akumulatora | TAK/NIE\* |  |
|  | Akumulatory wyposażone we wskaźnik poziomu naładowania lub orientacyjnego czasu pracy | TAK/NIE\* |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | TAK/NIE\* |  |
|  | Norma IP min. 43 | TAK/NIE\* |  |
|  | Możliwość wykonania auto testu na życzenie i codziennego auto testu poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na automatycznym wydruku lub automatyczny wydruk i przesłane/transmisja danych do koordynatora medycznego | TAK/NIE\* |  |
|  | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych oraz dla dorosłych i dzieci | TAK/NIE\* |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – min. 20 | TAK/NIE\* |  |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta z min. jednorazowych elektrod przyklejanych | TAK/NIE\* |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | TAK/NIE\* |  |
|  | 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/NIE\* |  |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | TAK/NIE\* |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK/NIE\* |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK/NIE\* |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | TAK/NIE\* |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK/NIE\* |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta umieszczona na wydruku lub wydruku i ekranie | TAK/NIE\* |  |
|  | Podczas wykonywania interpretacji i diagnozy 12-odprowadzeniowego badania EKG możliwość podglądu min. jednego odprowadzenia na ekranie | TAK/NIE\* |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca z funkcją wyciszenia do 15 minut bez możliwości wyłączenia systemu alarmowego z poziomu użytkownika | TAK/NIE\* |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 25-250 u/min | TAK/NIE\* |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, min. 7 poziomów wzmocnienia | TAK/NIE\* |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – min. 3 kanały na ekranie | TAK/NIE\* |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej min. 8 cali | TAK/NIE\* |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości min. 80 mm | TAK/NIE\* |  |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | TAK/NIE\* |  |
|  | Bezpieczna, szyfrowana transmisja wybranych lub wszystkich danych przez wbudowany lub zewnętrzny modem GSM do min. trzech pracowni kardiologii na terenie woj. warmińsko- mazurskiego. Transmisja musi działać na dzień składania oferty. Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji ww. informacji.  | TAK/NIE\* |  |
|  | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem wielorazowym dla dorosłych 1 szt.i dla dzieci 1 szt.  | TAK/NIE\* |  |
|  | Moduł saturacji SpO2 z klipsem dla dorosłych 1 szt. i dla dzieci 1 szt.  | TAK/NIE\* |  |
|  | Moduł SpMET, SpCO z klipsem dla dorosłych 1 szt. i dla dzieci 1 szt.  | TAK/NIE\* |  |
|  | Moduł kapnometrii z wyświetlaniem krzywej kapnograficznej na ekranie urządzenia | TAK/NIE\* |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności serwisu, oprogramowania i części zamiennych przez co najmniej 8 lat od daty dostawy | TAK/NIE\* |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK/NIE\* |  |
|  | Paszport techniczny, karta gwarancyjna i deklaracja zgodności z aktualną normą 1789 przy dostawie | TAK/NIE\* |  |
|  | Uruchomienie i szkolenie z obsługi urządzenia dla personelu medycznego w cenie oferty | TAK/NIE\* |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące obejmująca min. 1 przegląd okresowy w okresie wskazanym przez producenta | TAK/NIE\* |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 | TAK/NIE\* |  |
|  | Defibrylator przenośny z torbą transportową instalowaną na defibrylatorze, testerem wyładowań i certyfikowanym uchwytem karetkowym. Defibrylator oraz mocowanie/uchwyt defibrylatora ma spełniać wymagania aktualnej normy zharmonizowanej PN-EN 1789. | TAK/NIE\* |  |

UWAGA:

 \* W kolumnie parametr wymagany, należy zaznaczyć TAK/NIE\* zgodnie ze stanem faktycznym.
 Kolumnę wypełnia Wykonawca - podanie odpowiedzi **„NIE” spowoduje odrzucenie oferty**

\*\* Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia, jeżeli parametr jest lepszy niż wymagany

Zaoferowanie urządzenia o parametrach gorszych,/niższych niż opisane powyżej parametry wymagane, niezbędne, spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z wymaganiami Opisu Przedmiotu Zamówienia.

 ……………………………………………………..

 data, podpis Wykonawcy