Załącznik nr 1A do SWZ

**Przedmiot zamówienia-** *zadanie 1*

**Zadanie 1 . Urządzenie do badań parametrów krytycznych będące przedmiotem najmu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Parametr Wymagany******(Wymagane funkcje)*** | ***Potwierdzenie spełniania*** | ***Potwierdzenie przez Wykonawcę******TAK/NIE lub opisowo***  |
|  | *Analizator nowy lub używany (po pełnym przeglądzie) nie starszy niż z roku 2020 r.*  | ***TAK*** |  |
|  | *Aparat o stałej gotowości do pracy* | ***TAK*** |  |
|  | *Automatyczny analizator parametrów krytycznych pracujący w systemie ciągłym, umożliwiający jednoczesne oznaczenie: pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl)-*  | ***TAK*** |  |
|  | *Analizator pracujący w oparciu o dwa elementy zużywalne tj. wielotestowe kasety pomiarowe oraz pakiety odczynnikowe zawierające odczynniki, kalibratory i płyny kontroli jakości inne niż kalibratory* | ***TAK*** |  |
|  | *Możliwość aspiracji próbki bezpośrednio ze strzykawki i z kapilary* | ***TAK*** |  |
|  | *Możliwość wykonania pełnego panelu oznaczeń (gazometria, oksymetria, metabolity, elektrolity) z próbki o objętości:**• maksymalnie 45µl – z kapilary**• maksymalnie 65 µl – ze strzykawki* | ***TAK*** |  |
|  | *Czas oznaczenia próbki maksymalnie 60 sekund*  | ***TAK*** |  |
|  | *Oprogramowanie i komunikaty w języku polskim.* | ***TAK*** |  |
|  | *Wbudowana codzienna automatyczna kontrola jakości na trzech poziomach. Wyniki kontroli jakości wykonywane na analizatorze przedstawiane jako wartość liczbowa (nominalna).* | ***TAK*** |  |
|  | *Odczynniki zintegrowane z pojemnikiem ściekowym.* | ***TAK*** |  |
|  | *Trwałość kaset pomiarowych oraz pakietów odczynnikowych, liczona od dnia zainstalowania w aparacie, nie mniejsza niż 30 dni.* | ***TAK*** |  |
|  | *Możliwość podglądu mapy równowagi kwasowo-zasadowej zawierającej wykresy wyników pacjenta w odniesieniu do wyników standardowych* | ***TAK*** |  |
|  | *Dobowy czas kalibracji 35 minut (wyłączając pierwszą dobę po zainstalowaniu / wymianie nowej kasety)* | ***TAK*** |  |
|  | *Możliwość re-instalacji pakietu odczynnikowego oraz kasety sensorowej bez utraty pozostałych testów.* | ***TAK*** |  |
|  | *Możliwość wyłączania aparatu bez utraty pozostałych w kasecie sensorowej testów* | ***TAK*** |  |
|  | *Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)* | ***TAK*** |  |
|  | *Automatyczna instalacja kaset, niewymagająca żadnych dodatkowych czynności ze strony operatora np. walidacja czy sprawdzanie zewnętrznymi płynami podawanymi ręcznie, dla wszystkich parametrów mierzonych.* | ***TAK*** |  |
|  | *Brak konieczności kalibracji po każdym oznaczeniu* | ***TAK*** |  |
|  | *Możliwość przechowywania kaset odczynnikowych w temperaturze pokojowej* | ***TAK*** |  |
|  | *Pomiar wszystkich parametrów w jednym torze pomiarowym z jedną elektrodą referencyjną* | ***TAK*** |  |
|  | *Zasilanie awaryjne z wbudowanego akumulatora w wypadku zaniku zasilania sieciowego.* | ***TAK*** |  |
|  | *Wykonawca zapewni nadzór nad aparatem przez serwis, poprzez zdalny dostęp do analizatora bezpośrednio na jego pulpit. Zdalny dostęp ma umożliwić usunięcie awarii, w możliwie krótkim czasie od momentu telefonicznego zgłoszenia. Wykonawca dostarczy opis rozwiązania w momencie składania oferty. Dostęp do infrastruktury sieci szpitalnej, zostanie udzielony Wykonawcy po wcześniejszym uzgodnieniu z działem IT szpitala.* | ***TAK*** |  |

***UWAGA:***

*Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować urządzenie spełniające wszystkie wymagane parametry graniczne.*

*Oświadczenie Wykonawcy:*

*Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.*

*Załącznik 1A do SWZ należy wypełnić i podpisany złożyć wraz z ofertą*

 Podpis Wykonawcy: ........................................