**PCZ/II-ZP/11/2020 Załącznik nr 2.2 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet 2 – RESPIRATOR TRANSPORTOWY**

**Ilość: 2 sztuki**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji (nie starszy niż 2020r.) podać: ….………………………………………….........................

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie realizacji zamówienia: ………………………………………

……………………………………………………………………tel. ………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | **Parametry ogólne** |
|  | Respirator do ratunkowej terapii oddechowej (wewnątrz i zewnątrzszpitalny) | TAK |  |
|  | Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu szpitalnego | TAK |  |
|  | Odporny na wstrząsy | TAK |  |
|  | Odporny na zmiany temp. w zakresie minimum od -20 do 50ºC | TAK |  |
|  | Zasilanie gazowe w tlen z butli lub centralnej instalacji o ciśnieniu roboczym  min. od 2,8 do 6,0 bar | TAK  |  |
|  | Zasilanie z wewnętrznego akumulatora na min. 8 godz.  | TAK |  |
|  | Możliwe zasilanie z zewnętrznego źródła DC o napięciu 12 lub 24 V | TAK |  |
|  | Zasilanie AC 220 /230V | TAK |  |
|  | Waga maksymalna respiratora (podstawowej jednostki z akumulatorem) do 4 kg. | TAK  |  |
|  | Kompletny system do podłączenia butli z ochroną reduktora, torba na akcesoria, pasek do przenoszenia | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o dedykowany system zawieszenia respiaratora wraz z uchwytem na ścianie budynku lub jednostki transportu sanitarnego | TAK |  |
|  | **Tryby wentylacji** | TAK |
|  | CMV - objętościowo kontrolowana | TAK |  |
|  | VC-AC - objętościowo kontrolowana | TAK |  |
|  | VC-SIMV/PS- objętościowo kontrolowana | TAK |  |
|  | SPN-CPAP/PS | TAK |  |
|  | Możliwość wentylacji w trybach objętościowych VT w zakresie od 50 ml do 2000 ml | TAK |  |
|  | Tryb RKO dostępny bezpośrednio z ekranu głównego lub wydzielonego klawisza | TAK |  |
|  | Możliwość aktywacji pauzy w trybie RKO | TAK |  |
|  | Wentylacja bezdechu w trybie SPN-CPAP | TAK |  |
|  | **Alarmy** |
|  | Alarm niskiego ciśnienia gazów zasilających | TAK |  |
|  | Alarm rzeczywistej częstości oddechów – Tachyppnoe | TAK |  |
|  | Alarm za wysokiego ciśnienia szczytowego wdechu | TAK |  |
|  | Alarm rozłączenia | TAK |  |
|  | Alarm niskiej/ wysokiej wentylacji minutowej | TAK |  |
|  | Alarm przecieku w układzie pacjenta | TAK |  |
|  | Alarm bezdechu | TAK |  |
|  | **Inne wymagania** |
|  | Tryb gotowości do pracy (natychmiastowe uruchomienie wentylacji z ustawionymi uprzednio parametrami) | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zintegrowane w respiratorze pomiar CO2 wraz z prezentacją parametrów na ekranie respiratora | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o transmisję danych (bezprzewodowo i przez USB)  | TAK |  |
|  | Kompletny uchwyt do zamocowania i przenoszenia respiratora, ewentualnej butli z reduktorem i akcesoriów | TAK |  |
|  | Reduktor do butli z tlenem typu Alduk z drenem O2 do podłączenia do respiratora | TAK |  |
|  | Dren gazowy O2 długości 3 m do podłączenia do centralnej instalacji (AGA) z końcówką typu Quick do podłączenia do respiartora | TAK |  |
|  | Układ oddechowy dla dorosłych: 5 kompletów jednorazowych  | TAK |  |
|  | 1 układ oddechowy dla dorosłych dł 1,5 metra | TAK |  |
|  | Informacja o aktualnym zużyciu gazu napędowego (O2) na ekranie respiratora | TAK |  |
|  | Polski interfejs i oprogramowanie aparatu. | TAK |  |
|  | Montaż sprzętu, uruchomienie i oddanie do eksploatacji oraz szkolenie personelu | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Dokumenty dopuszczające oferowany przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie RP, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 poz. 186) - Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | **PODAĆ** |  |

**UWAGI:**

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

........................................................................

 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy