***Załącznik nr 1.5 do SWZ***

***na dostawę sprzętu robotycznego do rehabilitacji***

***Szp-241/ZP-091/2023***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 5**

Przedmiot zamówienia **– mobilny robot do mobilizacji ręki i nadgarstka, pozwalający na terapię przedramienia, nadgarstka, kciuka i palców – 1 szt.,**

Nazwa własna…………………………………………………………...........................

Oferowany typ /model ………………………………………………………….............

Nazwa producenta ………………………………………………………………………

Nr katalogowy…………………………………………………………………...............

Kraj pochodzenia / rok produkcji ……………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |
|  | Robot do mobilizacji ręki i nadgarstka, pozwalający na terapię przedramienia, nadgarstka, kciuka i palców  | TAK, podać |  |
|  | Ruch zapewniający przeciwstawność kciuka | TAK, podać |  |
|  | Pilot pozwalający na zaprogramowanie każdego ruchu, zapewniając zwiększenie bezpieczeństwa i dostosowanie programu do schorzenia pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Dwuosiowość ułatwiająca zmianę na prawą i lewą stronę | TAK, podać |  |
|  | Równoczesny ruch trzech paliczków, odpowiadający fizjologicznemu spiralnemu zgięciu oraz umożliwia zaciśnięcie pięści | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie na CD zawierające : instrukcję użytkownika, opis technik chirurgicznych, opis anatomii funkcjonalnej dłoni i nadgarstka | TAK, podać |  |
|  | Zakresy ruchu min.:- pięść (stawy MCP - PIP - DIP) [º]: min. -30 do 225- zgięcie nadgarstka [º]: min. 0 do 90- wyprost nadgarstka [º]: min. 0 do 90- zgięcie / wyprost nadgarstka + stawów MCP [º]: min. -50 do 140- pronacja / supinacja [º]: min. -90 do 90- odwodzenie kciuka [º]: min. 0 do 90- odchylenie w stronę kości łokciowej [º]: min. 0 do 90- odchylenie w stronę kości promieniowej [º]: min. 0 do 90- selektywna mobilizacja stawu DIP [º]: min. 0 do 70 | TAK, podać |  |
|  | Elektroniczna regulacja ROM | Min. 50-140 (min. 9 poziomów) |  |
|  | Liczba programów  | min.16 |  |
|  | Pauza w wyproście / zgięciu | Min. 0-900 s |  |
|  | Tryb MANUAL pozwala na wprowadzenie wartości granicznych dla ruchu przed rozpoczęciem sesji | TAK, podać |  |
|  | Tryb BYPASS umożliwia dostosowanie zakresu ruchomości do tolerancji pacjenta (progu bólu) w trakcie sesji | TAK, podać |  |
|  | Na wyposażeniu moduł do pracy z robotem w pozycji leżącej:• 7-sekcyjny blat (stół) z pivotem• Regulowany zagłówek w zakresie min. -70º do +40º za pomocą sprężyny gazowej• Boczki podgłówka opuszczane• Sekcja środkowa regulowana elektrycznie w zakresie min. 0-30 stopni• Podstawa z systemem 4 unoszonych kół kierunkowych oraz 4 stopkami• Wymiary (dł x szer.) min. 2050x690 mm• Wysokość regulowana elektrycznie min. 510÷990 mm• Maksymalne obciążenie dynamiczne min. 225 kg | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja | Min. 24 miesiące |  |

\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać zakresy

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.