**ZAŁĄCZNIK NR 1B DO SWZ**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

Przedmiot zamówienia: **System stanowisk resuscytacyjnych - defibrylator – 3 szt.**Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ**:**

Aparat fabrycznie nowy, nie starszy niż 2023 r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
| **System stanowisk resuscytacyjnych - defibrylator – 3 szt.** | | | |
| 1 | Aparat przenośny z torbą transportową, testerem wyładowań, defibrylator kompaktowy, przenośny z  wbudowanym uchwytem transportowym, niemodułowe (urządzenie bez możliwości rozłączania głównych jego elementów). | Tak / podać |  |
| 2 | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci, na wyposażeniu min. 2 akumulatory, oraz z zasilacza 230V AC. | Tak / podać |  |
| 3 | Możliwość opcjonalnego domówienia ładowarki zewnętrznej 12V – 230V dwustanowiskowej | Tak / podać |  |
| 4 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | Tak / podać |  |
| 5 | Ciężar samego defibrylatora ze wszystkimi opcjami, z rolką papieru i dwoma akumulatorami bez akcesoriów i torby max 8,5 kg | Tak / podać |  |
| 6 | Codzienny o stałej godzinie autotest bez udziału użytkownika dla bezpieczeństwa bez możliwości przestawiania godziny testu przez personel, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V, z każdorazowym automatycznym wydrukiem wyniku autotestu z numerem aparatu, datą i godziną wykonania testu | Tak / podać |  |
| 7 | Norma IP min. IP44 | Tak / podać |  |
| 8 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak / podać |  |
| 9 | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Tak / podać |  |
| 10 | W trybie AED Zakres wyboru energii w J min.150J-360J; możliwość pracy w trybie AED przynajmniej od 9 r.ż pacjenta wzwyż bez ograniczeń | Tak / podać |  |
| 11 | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak / podać |  |
| 12 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 360 J | Tak / podać |  |
| 13 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej min. 24 | Tak / podać |  |
| 14 | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak / podać |  |
| 15 | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | Tak / podać |  |
| 16 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia | Tak / podać |  |
| 17 | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | Tak / podać |  |
| 18 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak / podać |  |
| 19 | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | Tak / podać |  |
| 20 | Regulacja prądu stymulacji min. 0-190 mA | Tak / podać |  |
| 21 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak / podać | . |
| 22 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak / podać |  |
| 23 | Alarmy częstości akcji serca | Tak / podać |  |
| 24 | Zakres pomiaru tętna min. od 20-300 u/min | Tak / podać |  |
| 25 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 8 rozmiarów zapisu EKG | Tak / podać |  |
| 26 | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak / podać |  |
| 27 | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | Tak / podać |  |
| 28 | Wydruk EKG na papierze o szerokości min. 100 mm. | Tak / podać |  |
| 29 | Wytrzymałość mechaniczna na szarpnięcia kabli do terapii i EKG potwierdzona w materiałach producenta (podać ilość szarpnięć i siłę na którą kable są odporne) | Tak / podać | . |
| 30 | Wydruk trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | Tak / podać |  |
| 31 | Defibrylator przygotowany do rozbudowy o transmisję danych medycznych przez wbudowany lub zewnętrzny modem do istniejących i funkcjonujących stacji odbiorczych w pracowniach kardiologii inwazyjnej i hemodynamiki w woj. Śląskim (np. Centrum SCCS Zabrze, Kliniki American Heart of Poland) | Tak / podać |  |
| 32 | Możliwość rozbudowy o Pomiar SpO2 w technologii Masimo w zakresie 50-100% z czujnikiem wielorazowym typu klips dla dorosłych | Tak / podać |  |
| 33 | Możliwość rozbudowy o pomiar temperatury, z dokładnością czujnika przynajmniej +/- 0,2 stopni C, pomiar wyświetlany w przedziale min od 25 stopni do 45 stopni C | Tak / podać |  |
| 34 | Możliwość rozbudowy o pomiar nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips | Tak / podać |  |
| 35 | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracją bez udziału użytkownika. | Tak / podać |  |
| 36 | Możliwość rozbudowy o pomiar ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | Tak / podać |  |
| 37 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany; nie dopuszcza się sprzętu demo oraz urządzeń modułowych; rok produkcji 2023 | Tak / podać |  |
| 38 | Dedykowana usztywniana torba transportowa z min 2 kieszeniami na akcesoria, przykręcana do obudowy defibrylatora | Tak / podać |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |  | Tak / podać |
| 39 | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia (min. 24m-ce). | Tak |  |
| 40 | **Wymagane dokumenty:**  • Deklaracja Zgodności ,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych  • certyfikat ISO 9001:2008 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami  • certyfikat ISO 13485:2012 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak |  |
| 41 | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. |  |  |
| 42 | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
| 43 | Termin usunięcia usterki od momentu przyjęcia zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
| 44 | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, w przypadku przekroczenia terminu przeznaczonego na naprawę, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
| 45 | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
| 46 | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
| 47 | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
| 48 | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
| 49 | Wszelkie czynności przeglądowo-konserwacyjne określone w niniejszej instrukcji obsługi, innej dokumentacji producenta oraz w obowiązujących przepisach prawnych, w okresie gwarancji wykonywane będą na koszt Wykonawcy. Dokumentacja z przedmiotowych działań wraz ze stosownym świadectwem Bezpieczeństwa zostanie przekazana Zamawiającemu. | Tak |  |
| 50 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA :**

**Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**