Załącznik Nr 2/1

**Wymagania i parametry techniczne**

**Przedmiot zamówienia: Kardiowerter-defibrylator jednojamowy (część 1, poz.1 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Masa kardiowertera poniżej 92 gramów. | TAK, podać |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Dostarczona energia defibrylacji minimum 35 [J] od pierwszej terapii. | TAK |  |
|  | Terapia antyarytmiczna minimum 3 typy. | TAK, podać |  |
|  | Rozpoznawanie arytmii minimum 2 typy (VF i VT). | TAK, podać |  |
|  | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego – minimum 2. | TAK, podać |  |
|  | Elektrody do defibrylacji pasywne/aktywne – do wyboru. | TAK |  |
|  | Elektrody jedno- i dwukilowe do wyboru. | TAK |  |
|  | Automatyczny opis stanu baterii i oporności elektrody. | TAK |  |
|  | Żywotność przy nastawach standardowych – minimum 5 lat. | TAK, podać |  |
|  | Zapis przebiegów EGM w czasie rejestrowanych epizodów VT/VF lub zapis IEGM. | TAK, podać |  |
|  | Czas ładowania kondensatorów poniżej 12,5 s przez cały okres pracy urządzenia. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF. | TAK |  |
|  | Możliwość dostarczenia terapii ATP przed i w trakcie ładowania kondensatorów. | TAK |  |
|  | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołu QRS do różnicowania arytmii nadkomorowych od komorowych. | TAK |  |
|  | Elektrody defibrylujące bipolarne. | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja urządzenia z programatorem. | TAK |  |
|  | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody poprzez sygnał dźwiękowy lub wibracje emitowane przez urządzenie. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Masa kardiowertera poniżej 80 gramów. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Dostarczona energia defibrylacji > 35 [J]. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Czas ładowania kondensatorów poniżej 10 s przez cały okres pracy urządzenia. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Funkcja dyskryminacji załamka T bez zmian i programowania czułości urządzenia nominalnie włączona. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Ilość szoków w jednej interwencji ≥ 5. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczna optymalizacja terapii ATP. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Elektrody współpracujące z dowolnym introducerem 8F. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość zmiany parametrów wyczuwania w kanale komorowym oprócz minimalnej czułości. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołu QRS do różnicowania arytmii nadkomorowych od komorowych. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość programowalnego wyłączenia obudowy urządzenia z obwodu wysokonapięciowego. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Możliwość programowalnego wyłączenia dodatkowego koila wysokoenergetycznego (np. SVC) z obwodu wysokonapięciowego. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość zaprogramowania strefy FVT w strefie VF oraz w strefie VT. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość softwareowej zmiany parametrów wyczuwania. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Dwa typy impulsu dwufazowego. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Zapis IEGM ≥ 30 minut. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Algorytm optymalizujący zarządzanie pamięcią zapisu IEGM. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody (sygnał dźwiękowy emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta). | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczna sygnalizacja ERI (sygnał dźwiękowy emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta). | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość automatycznego wyłączenia nieskutecznej terapii ATP. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |

**Przedmiot zamówienia:**

**Kardiowerter-defibrylator dwujamowy (część 1, poz. 3 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Masa kardiowertera poniżej 94 gramów. | TAK, podać |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Dostarczona energia defibrylacji minimum 35 [J] od pierwszej terapii. | TAK |  |
|  | Terapia antyarytmiczna minimum 3 typy. | TAK, podać |  |
|  | Rozpoznawanie arytmii minimum 2 typy (VF i VT). | TAK, podać |  |
|  | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego – minimum 2. | TAK, podać |  |
|  | Elektrody do defibrylacji pasywne/aktywne – do wyboru. | TAK |  |
|  | Elektrody jedno- i dwukilowe do wyboru. | TAK |  |
|  | Automatyczny opis stanu baterii i oporności elektrody. | TAK |  |
|  | Żywotność przy nastawach standardowych – minimum 5 lat. | TAK, podać |  |
|  | Zapis przebiegów EGM w czasie rejestrowanych epizodów VT/VF lub zapis IEGM. | TAK, podać |  |
|  | Czas ładowania kondensatorów poniżej 12 s przez cały okres pracy urządzenia. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF. | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja urządzenia z programatorem. | TAK |  |
|  | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody poprzez sygnał dźwiękowy lub wibracje emitowane przez urządzenie. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Masa kardiowertera poniżej 80 gramów. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Dostarczona energia defibrylacji > 35 [J]. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Czas ładowania kondensatorów poniżej 12,5 s przez cały okres pracy urządzenia. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF w czasie ładowania kondensatorów. | TAK |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Ilość szoków w jednej interwencji ≥ 5. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczna optymalizacja terapii ATP. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Elektrody współpracujące z dowolnym introducerem 8F. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość zmiany parametrów wyczuwania w kanale komorowym oprócz minimalnej czułości. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołu QRS do różnicowania arytmii nadkomorowych od komorowych. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość programowalnego wyłączenia obudowy urządzenia z obwodu wysokonapięciowego. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Możliwość programowalnego wyłączenia dodatkowego koila wysokoenergetycznego (np. SVC) z obwodu wysokonapięciowego. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość zaprogramowania strefy FVT w strefie VF oraz w strefie VT. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość softwareowej zmiany parametrów wyczuwania. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Dwa typy impulsu dwufazowego. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Zapis IEGM ≥ 40 minut. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Algorytm optymalizujący zarządzanie pamięcią zapisu IEGM. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody (sygnał dźwiękowy emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta). | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczna sygnalizacja ERI (sygnał dźwiękowy emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta). | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość automatycznego wyłączenia nieskutecznej terapii ATP. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołu QRS do różnicowania arytmii nadkomorowych od komorowych | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Funkcja rozpoznawania zakłóceń na elektrodzie RV nominalnie włączona pozwalająca na dźwiękową sygnalizację detekcji zakłóceń przez wszczepione urządzenie. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Funkcja dyskryminacji załamka T bez zmian i programowania czułości urządzenia nominalnie włączona. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Programowanie obecności arytmii po naładowaniu kondesatorów i przed pierwszą defibrylacją/ kardiowersją (reconfirmation) | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 - Tak |

**UWAGA:** W kolumnie *„*Opis parametrów wymaganych*”* wpisano minimalne wymagane parametry. Nie spełnienie jednego z parametrów minimalnych będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

W pozycjach, w których Zamawiający dał możliwość odpowiedzi „NIE” opisane są parametry fakultatywne, których spełnienie wiązało się będzie z otrzymaniem dodatkowych punktów w kryterium „Czynniki oceniane”.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. **Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.**
2. **Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

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

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 5b

**Wymagania i parametry techniczne**

**Przedmiot zamówienia:**

**Kardiowerter-defibrylator jednojamowy, zaawansowany z możliwością zdalnego monitorowania urządzenia przez Internet (Część 2 poz. 1 i 2 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Masa kardiowertera poniżej 94 gramów. | TAK, podać |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Dostarczona energia defibrylacji 35 [J]. | TAK |  |
|  | Terapia antyarytmiczna minimum 3 typy. | TAK, podać |  |
|  | Rozpoznawanie arytmii minimum 2 typy (VF i VT). | TAK, podać |  |
|  | Algorytm różnicujący częstoskurcz komorowy od nadkomorowego na podstawie porównania częstości rytmu A i V. | TAK |  |
|  | Elektrody do defibrylacji aktywne, pasywne, jednokoilowe, dwukoilowe, pięciopolowe do wyboru. | TAK |  |
|  | Automatyczne monitorowanie progu stymulacji. | TAK |  |
|  | Automatyczny opis stanu baterii i oporności elektrody. | TAK |  |
|  | Żywotność przy nastawach standardowych – minimum 5 lat. | TAK, podać |  |
|  | Zapis przebiegów EGM w czasie rejestrowanych epizodów VT/VF lub zapis IEGM. | TAK, podać |  |
|  | Czas ładowania kondensatorów poniżej 12 s przez cały okres pracy urządzenia. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF. | TAK |  |
|  | Wyposażone w złącze DF1 lub DF4, do wyboru. | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania stymulacji w trybie VDD. | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa łączność wszczepionego urządzenia z programatorem. | TAK |  |
|  | Możliwość zdalnego monitorowania pacjenta przez Internet . | TAK |  |
|  | Wyposażone w funkcję wczesnego wykrywania arytmii przedsionkowych (dla kardiowerterów-defibrylatorów). | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Masa kardiowertera poniżej 84 gramów. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Dostarczona energia defibrylacji 36 [J] lub więcej. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Żywotność przy nastawach standardowych 9 lat. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Czas ładowania kondensatorów poniżej 10 s przez cały okres pracy urządzenia. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF przed ładowaniem kondensatorów. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Ilość szoków w jednej interwencji ≥ 6. | Proszę podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczna optymalizacja terapii ATP. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Elektrody współpracujące z dowolnym introducerem 8F. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość zmiany parametrów wyczuwania w kanale komorowym oprócz minimalnej czułości. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Pomiar poziomu płynów w tkankach pacjenta. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Zapis IEGM powyżej 60 min. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Możliwość programowania minimum 9 parametrów czułości w kanale komorowym. | TAK/NIE,  podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Minimum 2 typy impulsu dwufazowego. | TAK/NIE,  opisać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość softwareowej zmiany parametrów wyczuwania. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Widoczna w skopi stopa elektrody aktywnej. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość automatycznego zapisywania danych z kontroli w programatorze. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Algorytm optymalizujący zarządzanie pamięcią zapisu IEGM. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |

**UWAGA:** W kolumnie *„*Opis parametrów wymaganych*”* wpisano minimalne wymagane parametry. Nie spełnienie jednego z parametrów minimalnych będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

W pozycjach, w których Zamawiający dał możliwość odpowiedzi „NIE” opisane są parametry fakultatywne, których spełnienie wiązało się będzie z otrzymaniem dodatkowych punktów w kryterium „Czynniki oceniane”.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. **Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.**
2. **Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

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

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 5c

**Wymagania i parametry techniczne**

**Przedmiot zamówienia: Stymulator jednojamowy – SSIR (część 3, poz. 1 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Żywotność stymulatora minimum 8 lat (nastawy nominalne). | TAK, podać |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Masa stymulatora – poniżej 30 g. | TAK, podać |  |
|  | Wyposażony w elektrodę o typie fiksacji biernej. | TAK |  |
|  | Amplituda impulsu o minimalnym zakresie 0,5-7,0 V. | TAK, podać |  |
|  | Szerokość impulsu (A/V) minimum 0,2-1,5 ms. | TAK, podać |  |
|  | Czułość komorowa o minimalnym zakresie 1,0-10,0 [mV]. | TAK, podać |  |
|  | Czułość przedsionkowa o minimalnym zakresie 0,25-4,0 [mV]. | TAK, podać |  |
|  | Minimalny okres refrakcji A/V 200-400 ms. | TAK, podać |  |
|  | Program nocny. | TAK |  |
|  | Histereza częstości rytmu. | TAK |  |
|  | Funkcja dostosowania częstości stymulacji do zapotrzebowania metabolicznego pacjenta. | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznie określająca komorowy próg stymulacji oraz automatycznie dostosowująca parametry stymulacji komorowej do zmierzonego progu stymulacji. | TAK |  |
|  | Rejestrowanie trendów oporności elektrod przez cały okres życia urządzenia. | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznego przełączenia polarności w przypadku przekroczenia zaprogramowanego zakresu impedancji elektrod. | TAK |  |
|  | Elektrody A i V pasywne i aktywne. | TAK |  |
|  | Elektrody A i V sterydowe. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Możliwość zaprogramowania refrakcji V powyżej 400. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 1 - tak |
|  | Możliwość zaprogramowania refrakcji V poniżej 200. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 1 - tak |
|  | Automatyczna optymalizacja funkcji rate response. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 1 - tak |
|  | Test określający próg stymulacji z możliwością wykreślenia krzywej zależności amplitudy od szerokości impulsu – wykres graficzny. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 5 - tak |
|  | Możliwość wykonania stymulacji antyarytmicznej EPS wszczepionym stymulatorem bez użycia dodatkowych urządzeń. | Proszę podać ilość typów |  | 1 - do 2 typów  5 - trzy typy i więcej |
|  | Dostępne histogramy:  - częstości,  - aktywności pacjenta. | Proszę podać  który(-e) |  | Po 1 pkt za histogram |
|  | Rejestracja epizodów wysokiej częstości. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 1 - tak |
|  | Algorytm wspomagający programowanie rozrusznika w zależności od stanu klinicznego pacjenta. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 5 - tak |

**Przedmiot zamówienia:**

**Stymulator dwujamowy – DDDR (część 3. poz. 3 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Żywotność stymulatora minimum 8 lat (nastawy nominalne). | TAK |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Masa stymulatora – poniżej 30 g. | TAK, podać |  |
|  | Amplituda impulsu o minimalnym zakresie 0,5-7,0 V. | TAK, podać |  |
|  | Szerokość impulsu (A/V) minimum 0,2-1,5 ms. | TAK, podać |  |
|  | Czułość komorowa o minimalnym zakresie 1,0-10,0 [mV]. | TAK, podać |  |
|  | Czułość przedsionkowa - co najmniej w zakresie 0,18 - 4,0 [mV]. | TAK, podać |  |
|  | Odstęp AV programowany w zakresie minimum 30-325 (PAV i SAV). | TAK, podać |  |
|  | Automatyczny PVARP. | TAK |  |
|  | Okres refrakcji A/V minimum zakres 200-400 ms. | TAK, podać |  |
|  | Algorytm promujący własne przewodzenie przedsionkowo-komorowe. | TAK |  |
|  | Program nocny. | TAK |  |
|  | Histereza częstości rytmu. | TAK |  |
|  | Funkcja dostosowania częstości stymulacji do zapotrzebowania metabolicznego pacjenta. | TAK |  |
|  | Funkcje antyarytmiczne (minimum 3). | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna zmiana trybu stymulacji w obecności szybkich rytmów przedsionkowych. | TAK |  |
|  | Rejestrowanie trendów oporności elektrod przez cały okres życia urządzenia. | TAK |  |
|  | Elektrody A i V pasywne i aktywne. | TAK |  |
|  | Elektrody A i V sterydowe. | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznego przełączenia polarności w przypadku przekroczenia zaprogramowanego zakresu impedancji elektrod. | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznie określająca komorowy próg stymulacji oraz automatycznie dostosowująca parametry stymulacji komorowej do zmierzonego progu stymulacji. | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznie określająca przedsionkowy próg stymulacji oraz automatycznie dostosowująca parametry stymulacji przedsionkowej do zmierzonego progu stymulacji. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Automatyczna zmiana wartości czułości w zależności od amplitudy wykrywanych potencjałów w przedsionku i komorze. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 10 - tak |
|  | Możliwość zaprogramowania odstępu AV w algorytmie promującym własne przewodzenie przedsionkowo-komorowe do wartości powyżej 350 ms. | Proszę podać |  | 0 - do 300 ms, 1 - do 360 ms, 5 - powyżej 360 ms |
|  | Algorytmy aktywacji funkcji Mode Switch (minimum 1 algorytm). | Proszę podać |  | 1 - 1 algorytm, 5 - 2 i więcej |
|  | Test określający próg stymulacji z możliwością wykreślenia krzywej zależności amplitudy od szerokości impulsu – wykres graficzny. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 5 - tak |
|  | Możliwość wykonania stymulacji antyarytmicznej EPS wszczepionym stymulatorem bez użycia dodatkowych urządzeń. | Proszę podać |  | 1 – do 2 typów, 5 - trzy typy i więcej |
|  | Dostępne histogramy:  - częstości,  - przewodzenia AV,  - aktywności pacjenta. | Proszę podać  który(-e) |  | Po 1 pkt za histogram |
|  | Rejestracja epizodów:  - wysokiej częstości komorowej i przedsionkowej,  - częstości komorowej w czasie trwania arytmii przedsionkowej,  - czas trwania arytmii przedsionkowych. | Proszę podać  który(-e) |  | Po 1 pkt za funkcję |
|  | Algorytm wspomagający programowanie rozrusznika w zależności od stanu klinicznego pacjenta. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 5 - tak |

**Przedmiot zamówienia:**

**Zaawansowany stymulator dwujamowy – DDDR (część 3, poz. 5 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Żywotność stymulatora minimum 8 lat (nastawy nominalne). | TAK |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Masa stymulatora ≤ 30 g. | TAK, podać |  |
|  | Rok produkcji 2016. | TAK |  |
|  | Amplituda impulsu o minimalnym zakresie 0,5-7,0 V. | TAK, podać |  |
|  | Szerokość impulsu (A/V) minimum 0,2-1,5 ms. | TAK, podać |  |
|  | Czułość komorowa o minimalnym zakresie 1,0-10,0 [mV]. | TAK, podać |  |
|  | Czułość przedsionkowa - co najmniej w zakresie 0,18 - 4,0 [mV]. | TAK, podać |  |
|  | Odstęp AV programowany w zakresie minimum 30-325 (PAV i SAV). | TAK, podać |  |
|  | Automatyczny PVARP. | TAK |  |
|  | Okres refrakcji A/V minimum zakres 200-400 ms. | TAK, podać |  |
|  | Algorytm promujący własne przewodzenie przedsionkowo-komorowe. | TAK |  |
|  | Przedsionkowy tryb pracy rozrusznika z zabezpieczającą stymulacją komorową w przypadku wystąpienia zaburzeń przewodzenia A/V. | TAK |  |
|  | Algorytm wspomagający programowanie stymulatora w oparciu o dane kliniczne na podstawie danych z historii choroby wprowadzonych przez lekarza do rozrusznika. | TAK |  |
|  | Funkcja dostosowania częstości stymulacji do zapotrzebowania metabolicznego pacjenta. | TAK |  |
|  | Funkcje antyarytmiczne (minimum 3). | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna zmiana trybu stymulacji w obecności szybkich rytmów przedsionkowych. | TAK |  |
|  | Rejestrowanie trendów oporności elektrod przez cały okres życia urządzenia. | TAK |  |
|  | Elektrody A i V pasywne i aktywne. | TAK |  |
|  | Elektrody A i V sterydowe. | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznego przełączenia polarności w przypadku przekroczenia zaprogramowanego zakresu impedancji elektrod. | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznie określająca komorowy próg stymulacji oraz automatycznie dostosowująca parametry stymulacji komorowej do zmierzonego progu stymulacji. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Automatyczna zmiana wartości czułości w zależności od amplitudy wykrywanych potencjałów w przedsionku i komorze. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 5 - tak |
|  | Funkcja automatycznie określająca przedsionkowy próg stymulacji oraz automatycznie dostosowująca parametry stymulacji przedsionkowej do zmierzonego progu stymulacji. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 10 - tak |
|  | Granica częstości stymulacji komorowej sterowanej przedsionkami. | Proszę podać |  | 0 - do 180 ppm  1 - do 210 ppm  5 - powyżej 210 ppm |
|  | Możliwość zaprogramowania odstępu AV w algorytmie promującym własne przewodzenie przedsionkowo-komorowe. | Proszę podać |  | 0 - do 300 ms  1 - do 360 ms  5 - powyżej 360 ms |
|  | Algorytmy aktywacji funkcji Mode Switch (minimum 1 algorytm). | Proszę podać |  | 1 - 1 algorytm, 5 - 2 i więcej |
|  | Test określający próg stymulacji z możliwością wykreślenia krzywej zależności amplitudy od szerokości impulsu – wykres graficzny. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 5 - tak |
|  | Możliwość wykonania stymulacji antyarytmicznej EPS wszczepionym stymulatorem bez użycia dodatkowych urządzeń. | Proszę podać |  | 1 – do 2 typów, 5 - trzy typy i więcej |
|  | Dostępne histogramy:  - częstości,  - przewodzenia AV,  - aktywności pacjenta. | Proszę podać  który(-e) |  | Po 1 pkt za histogram |
|  | Rejestracja epizodów:  - wysokiej częstości komorowej i przedsionkowej,  - częstości komorowej w czasie trwania arytmii przedsionkowej,  - czas trwania arytmii przedsionkowych,  - gwałtownego spadku częstości. | Proszę podać  który(-e) |  | Po 1 pkt za funkcję |
|  | Algorytm wspomagający programowanie rozrusznika w zależności od stanu klinicznego pacjenta. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 5 - tak |
|  | Algorytm promujący własny rytm zatokowy pacjenta. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 1 - tak |
|  | Algorytmy przeciwdziałające wzbudzaniu się arytmii przedsionkowych. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 1 - tak |
|  | Algorytm stabilizujący rytm komorowy w czasie trwania arytmii przedsionkowej. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 1 - tak |
|  | Algorytm reagujący na gwałtowny spadek częstości serca. | TAK/NIE |  | 0 - nie, 1 - tak |
|  | Algorytmy aktywacji odpowiedzi urządzenia na gwałtowny spadek częstości pracy serca (min. 1). | Proszę podać |  | 1 - 1 algorytm, 2 - dwa i więcej algorytmów |

**UWAGA:** W kolumnie *„*Opis parametrów wymaganych*”* wpisano minimalne wymagane parametry. Nie spełnienie jednego z parametrów minimalnych będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

W pozycjach, w których Zamawiający dał możliwość odpowiedzi „NIE” opisane są parametry fakultatywne, których spełnienie wiązało się będzie z otrzymaniem dodatkowych punktów w kryterium „Czynniki oceniane”.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. **Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.**
2. **Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

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

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 5d

**Wymagania i parametry techniczne**

**Przedmiot zamówienia: Stymulator jednojamowy – SSIR (część 4, poz. 1 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Tryby stymulacji AAI(R); VVI(R); AOO(R); VOO(R). | TAK |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Wymagany czas pracy przy nastawach nominalnych ≥ 120 miesięcy. | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna możliwość przełączania polarności w przypadku przekroczenia zakresu impedancji elektrod z BP na UP. | TAK |  |
|  | Minimum trzy tryby histerez rytmu. | TAK |  |
|  | Masa stymulatora ≤ 25 g. | TAK, podać |  |
|  | Elektrody – polarność UP/BP, pasywne i aktywne – do wyboru. | TAK |  |
|  | Materiał izolacyjny elektrod – silikon, poliuretan. | TAK |  |
|  | Dostępne długości elektrod [cm] przynajmniej 45/53/60 (dopuszczalna tolerancja +/- 2 cm) – do wyboru Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Elektrody A/V sterydowe, wysokooporowe. | TAK |  |
|  | Minimalny zakres amplitudy stymulacji [V]: 0,2-7,5. | TAK, podać |  |
|  | Częstość stymulacji 30-180 ppm. | TAK, podać |  |
|  | Algorytm automatycznie dostosowujący energię impulsu do indywidualnych potrzeb typu „beat to beat”. | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętywania pełnych danych z kontroli w programatorze (statystyki, wyniki testów). | TAK |  |
|  | Minimalny zakres czułości [mV]: 0,5-6,0. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Możliwość wykonania badania elektrofizjologicznego wszczepionym stymulatorem. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Histereza Rytmu ( -5...-50 ppm). | Proszę podać |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Histereza Rytmu ( -5...-90 ppm). | Proszę podać |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Skok progu pomiaru stymulacji 0,1V. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Pamięć zapisów wewnątrzsercowych powyżej 35 s. | Proszę podać |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Automatyczny sensing. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |

**Przedmiot zamówienia:**

**Stymulator dwujamowy – DDDR (część 4, poz. 3 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Tryby stymulacji DDD(R), DDI(R), DOO(R). | TAK |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Minimalna amplituda impulsu [V]: 0,5-7,5. | Tak, podać |  |
|  | Minimalna szerokość impulsu [ms]: 0,2-1,5. | Tak, podać |  |
|  | Minimalny zakres czułości A i V [mV]:  - dla A: 0,1-6,0,  - dla V: 0,5-7,5. | TAK |  |
|  | Algorytm automatycznie dostosowujący energię impulsu do indywidualnych potrzeb pacjenta typu „beat to beat” w komorze. | TAK |  |
|  | Automatyczna możliwość przełączania polarności w przypadku przekroczenia zakresu impedancji elektrod. | TAK |  |
|  | Histereza w obu kanałach stymulatora. | TAK, podać |  |
|  | Program nocny. | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętywania pełnych danych z kontroli w programatorze (statystyki, wyniki testów). | TAK |  |
|  | Materiał izolacyjny elektrod – silikon, poliuretan. | TAK |  |
|  | Elektrody – polarność UP/BP, pasywne i aktywne – do wyboru. | TAK |  |
|  | Dostępne długości elektrod [cm] przynajmniej 45/53/60 (dopuszczalna tolerancja +/- 2 cm) – do wyboru Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Pojemność baterii minimum 1,3 Ah. | TAK, podać |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Histereza przedsionkowo-komorowa minimum 3 rodzaje. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Pamięć zapisów wewnątrzsercowych powyżej 35 sekund. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Minimalny odstęp przedsionkowo-komorowy nie większy niż 25 ms. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Czułość kanału przedsionkowego dla wyczuwania bipolarnego nie większa niż 0,1 mV. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Dostępny tryb stymulacji DDT(R). | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |

**UWAGA:** W kolumnie *„*Opis parametrów wymaganych*”* wpisano minimalne wymagane parametry. Nie spełnienie jednego z parametrów minimalnych będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

W pozycjach, w których Zamawiający dał możliwość odpowiedzi „NIE” opisane są parametry fakultatywne, których spełnienie wiązało się będzie z otrzymaniem dodatkowych punktów w kryterium „Czynniki oceniane”.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. **Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.**
2. **Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

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

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 5e

**Wymagania i parametry techniczne**

**Przedmiot zamówienia:**

**Stymulator dwujamowy – DDDR zaawansowane (część 5, poz. 1 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma:** ………………………… **Urządzenie typ:** …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Tryby stymulacji DDD(R), DDI(R), DOO(R), DDT. | TAK |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Minimalna amplituda impulsu [V]: 0,5-7,5. | TAK, podać |  |
|  | Minimalna szerokość impulsu [ms]: 0,2-1,5. | TAK, podać |  |
|  | Czułość A i V automatyczna. | TAK |  |
|  | Algorytm automatycznie dostosowujący energię impulsu do indywidualnych potrzeb pacjenta typu „beat to beat” w komorze. | TAK |  |
|  | Automatyczna kontrola progu stymulacji z możliwością dostosowania impulsu stymulującego do zmierzonej wartości w przeszłości. | TAK |  |
|  | Algorytm zapobiegający nagłemu spadkowi częstości serca. | TAK |  |
|  | Algorytm promujący własny rytm komorowy. | TAK |  |
|  | Algorytm zabezpieczający rytm komorowy w przypadku bloku przewodzenia przedsionkowo komorowego. | TAK |  |
|  | Możliwość wydłużenia opóźnienia AV powyżej 350 ms. | TAK |  |
|  | Minimalny odstęp AV 15 ms lub 20 ms. | TAK |  |
|  | Automatyczny PVARP. | TAK |  |
|  | Automatyczna możliwość przełączania polarności w przypadku przekroczenia zakresu impedancji elektrod. | TAK |  |
|  | Histereza w obu kanałach stymulatora. | TAK |  |
|  | Program nocny. | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętania pełnych danych z kontroli w programatorze (statystyki, wyniki testów). | TAK |  |
|  | Materiał izolacyjny elektrod – silikon, poliuretan. | TAK |  |
|  | Elektrody – polarność UP/BP, pasywne i aktywne – do wyboru Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Dostępne długości elektrod [cm] przynajmniej 45/53/60 (dopuszczalna tolerancja +/- 2 cm) – do wyboru Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Urządzenie z elektrodami umożliwiające badanie MRI po wszczepieniu. | TAK |  |
|  | Pojemność baterii minimum 1,3 Ah. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Histereza przedsionkowo-komorowa minimum 3 rodzaje. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Pamięć zapisów wewnątrzsercowych powyżej 100 sekund. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Czułość kanału przedsionkowego dla wyczuwania bipolarnego nie większa niż 0,1 mV. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Dostępne minimum dwa algorytmy zmniejszające odsetek stymulacji komorowej. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |

**UWAGA:** W kolumnie *„*Opis parametrów wymaganych*”* wpisano minimalne wymagane parametry. Nie spełnienie jednego z parametrów minimalnych będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

W pozycjach, w których Zamawiający dał możliwość odpowiedzi „NIE” opisane są parametry fakultatywne, których spełnienie wiązało się będzie z otrzymaniem dodatkowych punktów w kryterium „Czynniki oceniane”.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. **Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.**
2. **Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

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

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 5f

**Wymagania i parametry techniczne**

**Przedmiot zamówienia:**

**Stymulator z funkcją terapii resynchronizującej (część 6., poz. 1 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma: ………………………… Urządzenie typ: …………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Żywotność stymulatora min 5 lat (nastawy nominalne). | TAK |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Masa stymulatora ≤ 30 [g]. | TAK, podać |  |
|  | Amplituda impulsu o minimalnym zakresie 0,5-7,0 V. | TAK, podać |  |
|  | Szerokość impulsu (A/V) minimum 0,5-1,0 ms. | TAK |  |
|  | Czułość komorowa co najmniej w zakresie 1,0 - 7,5 [mV] | TAK, podać |  |
|  | Czułość przedsionkowa co najmniej w zakresie 0,5 - 4,0 [mV] | TAK, podać |  |
|  | Elektrody do LV minimum 4 typy. | TAK, podać |  |
|  | Elektrody do LV typu „over-the-wire” uni/bipolarne do wyboru. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość programowania opóźnienia V-V. | TAK |  |
|  | Możliwość niezależnego programowania parametrów stymulacji dla lewej i prawej komory. | TAK |  |
|  | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w obecności własnych pobudzeń serca. | TAK |  |
|  | Dostępna telemetria A/RV/LV. | TAK |  |
|  | Możliwość stymulacji LV bipolarnie pomiędzy końcówką elektrody LV i pierścieniem elektrody RV. | TAK |  |
|  | Możliwość dostarczenia 1 stymulatora DR MRI w przypadku zapotrzebowania w cenie stymulatora z elektrodami wycenionego w poz. 26-28 Formularza oferty. | TAK |  |
|  | Zdalne wykrywanie sygnału EKG bez koniczności podłączenia elektrod do ciała pacjenta. | TAK |  |
|  | Możliwość zdalnego monitorowania pacjenta w domu. | TAK |  |
|  | Stymulacja over drive po ustąpieniu arytmii przedsionkowej. | TAK |  |
|  | Automatyczna konfiguracja polarności elektrod podczas wszczepienia. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Rejestrowanie trendów oporności elektrod przez cały okres życia urządzenia. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Elektroda do zatoki wieńcowej z systemem stabilizującym jej położenie w czasie wszczepiania poprzez zwiększenie średnicy w jej odcinku dystalnym. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |
|  | Automatyczna możliwość przełączenia polarności w przypadku przekroczenia zakresu impedancji elektrod. | TAK/NIE |  | 0 – nie, 1 - tak |

**UWAGA:** W kolumnie *„*Opis parametrów wymaganych*”* wpisano minimalne wymagane parametry. Nie spełnienie jednego z parametrów minimalnych będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

W pozycjach, w których Zamawiający dał możliwość odpowiedzi „NIE” opisane są parametry fakultatywne, których spełnienie wiązało się będzie z otrzymaniem dodatkowych punktów w kryterium „Czynniki oceniane”.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. **Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.**
2. **Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

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

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 5g

**Wymagania i parametry techniczne**

**Przedmiot zamówienia:**

**Kardiowerter-defibrylator z funkcją terapii resynchronizującej (cześć 7, poz. 1 Formularza cenowego)**

**Producent / Firma: ………………………… Urządzenie typ: …………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry wymagane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Masa poniżej 85 gramów. | TAK |  | NIE DOTYCZY. WYMÓG BEZWZGLĘDNY. |
|  | Dostarczona energia defibrylacji 35 [J]. | TAK |  |
|  | Terapia antyarytmiczna minimum 3 typy. | TAK, podać |  |
|  | Rozpoznawanie arytmii minimum 2 typy - VF i VT. | TAK, podać |  |
|  | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego – minimum 2 | TAK, podać |  |
|  | Funkcja dyskryminacji załamka T bez zmian i programowania czułości urządzenia nominalnie włączona. | TAK |  |
|  | Funkcja rozpoznawania zakłóceń na elektrodzie RV nominalnie włączona pozwalająca na dźwiękową sygnalizacje detekcji zakłóceń. | TAK |  |
|  | Automatyczny opis stanu baterii i oporności elektrody. | TAK |  |
|  | Zapis przebiegów EGM w czasie rejestrowanych epizodów VT/VF lub zapis IEGM. | TAK |  |
|  | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF. | TAK |  |
|  | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej. | TAK |  |
|  | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w czasie trwania AF/AT. | TAK |  |
|  | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w obecności PVC oraz gwałtownych przyspieszeń rytmu. | TAK |  |
|  | Pomiar trendów: epizodów VT/VF, HRV, terapii wysokonapięciowych, częstość skurczu komór w czasie epizodów VT/VF. | TAK |  |
|  | Elektrody do defibrylacji podskórne. | TAK |  |
|  | Algorytm zapewniający terapię resynchronizująca w obecności wykrytych pobudzeń komorowych. | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja wszczepionego urządzenia z programatorem. | TAK |  |
| l.p. | Parametry oceniane | Wymagana wartość | Oferowane parametry | Ocena |
|  | Automatyczna sygnalizacja ERI (sygnał dźwiękowy emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta). | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Możliwość programowalnego wyłączenia obudowy urządzenia z obwodu wysokonapięciowego. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 2 – Tak |
|  | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej. | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołu QRS do różnicowania arytmii nadkomorowych od komorowych | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody (sygnał dźwiękowy emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta). | TAK/NIE |  | 0 – Nie, 1 – Tak |
|  | Dostarczona energia defibrylacji 36 [J] lub więcej. | TAK/NIE, podać |  | 0 – Nie, 1 – Tak |

**UWAGA:** W kolumnie *„*Opis parametrów wymaganych*”* wpisano minimalne wymagane parametry. Nie spełnienie jednego z parametrów minimalnych będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

W pozycjach, w których Zamawiający dał możliwość odpowiedzi „NIE” opisane są parametry fakultatywne, których spełnienie wiązało się będzie z otrzymaniem dodatkowych punktów w kryterium „Czynniki oceniane”.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. **Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.**
2. **Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

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

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy