**Defibrylator – 4 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry (funkcje) wymagane (minimalne)** | **Wartość** **Wymagana**  | **Wartość oferowana** |
| 1 | Typ/Model | Tak/Podać |  |
| 2 | Producent | Tak/Podać |  |
| 3 | Rok produkcji 2021 | Tak/Podać |  |
| 4 | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) w szczególności:1. spełniać tzw. Wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów;
2. posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;

 c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać( jeśli dotyczy) |  |
| 5 | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) | Tak/Podać( jeśli dotyczy) |  |
| 6 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. ( Dz. U. z 2019r. poz. 175 ) | Tak/Podać( jeśli dotyczy) |  |
| **Ogólne parametry techniczne** |
| **1** | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym | **TAK** | - |
| **2** | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (dotyczy również opisów na panelu sterowania, oraz wydawanych przez aparat komunikatów głosowych) | **TAK** |  |
| **3** | Zasilanie akumulatorowe: wbudowany akumulator litowo- jonowy | **TAK** |  |
| **4** | Zasilanie akumulatorowe - czas pracy na 1 akumulatorze: ~~do 150~~ minimum 120 min. ciągłego monitorowania EKG lub 100 defibrylacji z maksymalną energią | **TAK/Podać** |  |
| **5** | Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności ~~do~~ maksymalnie 5 godzin | **TAK/Podać** |  |
| **6** | Zasilacz sieciowy 230V/50 Hz, integralny lub zewnętrzny moduł | **TAK/Podać** |  |
| **7** | Temperatura pracy: od 5 do +40 stopni Celsjusza | **TAK/Podać** |  |
| **8** | Funkcje codziennego auto testu, bez potrzeby włączania urządzenia i bez udziału użytkownika, z wydrukiem potwierdzającym jego wykonanie, zawierającym: datę, numer seryjny aparatu, wynik testu | **TAK** |  |
| **9** | Auto test: wykonywany na zasilaniu akumulatorowym, akumulatorowo – sieciowym i sieciowym. | **TAK** |  |
| **10** | Defibrylator wyposażony w moduł do pomiaru saturacji w technologii Masimo | **TAK** |  |
|  | **DEFIBRYLACJA** |  |  |
| **11** | Rodzaj fali defibrylacyjnej- dwufazowa | **TAK** |  |
| **12** | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna | **TAK** |  |
| **13** | Możliwość wykonania kardiowersji | **TAK** |  |
| **14** | Energia defibrylacji w zakresie co najmniej 2-360 J | **TAK/Podać** |  |
| **15** | Dostępnych 25 różnych poziomów energii defibrylacji | **TAK/Podać** |  |
| **16** | Defibrylacja półautomatyczna, możliwość programowania energii 1,2,3 wyładowania min w przedziale od 150 do 360 J | **TAK/Podać** |  |
| **17** | Algorytm wykrywający ruch pacjenta w trybie półautomatycznym | **TAK** |  |
| **18** | Ładowanie i wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu | **TAK** |  |
| **19** | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych - zintegrowane łyżki dla dorosłych/pediatryczne. | **TAK** |  |
| **20** | Czas ładowania do energii 360J~~: do 8 sekund~~ w czasie nie dłuższym niż 10 sekund | **TAK/Podać** |  |
| **21** | Wspomaganie RKO: metronom działający w trybie manualnym i półautomatycznym pracujący w czterech trybach- pacjent dorosły zaintubowany- pacjent dorosły niezaintubowany- pacjent pediatryczny zaintubowany- pacjent pediatryczny niezaintubowany | **TAK/Podać** |  |
| **22** | Ekran kolorowyLCD o przekątnej minimum ~~5,7 ‘’~~ 5” | **TAK/Podać** |  |
|  | **REJESTRACJA** |  |  |
| **23** | Możliwość wyświetlania 2 krzywych dynamicznych jednocześnie | **TAK/Podać** |  |
| **24** | Wbudowany rejestrator termiczny na papier o szerokości 50 mm ± 5 mm | **TAK/Podać** |  |
| **25** | Szybkość wydruku 25 mm/sek. lub 50 mm/sek | **TAK/Podać** |  |
|  | **MONITOROWANIE EKG** |  |  |
| **26** | Monitorowanie EKG z minimum 3 odprowadzeń | **TAK/Podać** |  |
| **27** | Wzmocnienie sygnału EKG na minimum 8 poziomach. | **TAK/Podać** |  |
| **28** | Zakres pomiaru częstości akcji serca co najmniej 20-300/min | **TAK/Podać** |  |
| **29** | Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora | **TAK/Podać** |  |
|  | **STYMULCJA PRZEZSKÓRNA** | **TAK** |  |
| **30** | Stymulacji w trybach na ,,żądanie” i asynchronicznym | **TAK/Podać** |  |
| **31** | Wyjściowe natężenie prądu, w zakresie co najmniej od ~~0~~ 10 do ~~150~~ 140 mA | **TAK/Podać** |  |
| **32** | Częstość stymulacji: co najmniej od 50-150 impulsów na minutę | **TAK/Podać** |  |
|  | **WYPOSAŻENIE** |  |  |
| **33** | Przewód EKG 3 odprowadzeniowy | **TAK** |  |
| **34** | Przewód EKG 5 odprowadzeniowy | **TAK** |  |
| **35** | Łyżki twarde dla dorosłych/pediatryczne zintegrowane | **TAK** |  |
| **36** | Przewód do stymulacji przezskórnej i defibrylacji z elektrod naklejanych | **TAK** |  |
| **37** | 1 komplet elektrod jednorazowych do defibrylacji/stymulacji dla dorosłych | **TAK** |  |
| **38** | 1 komplet elektrod jednorazowych do defibrylacji/stymulacji dla dzieci | **TAK** |  |
| **39** | Czujnik saturacji wielorazowy klips dla dorosłych | **TAK** |  |
| **40** | Czujnik saturacji wielorazowy klips dla dzieci | **TAK** |  |
| **41** | Możliwość rozbudowy o moduł kapnografii w dowolnym momencie | **TAK** |  |
| **42** | Możliwość rozbudowy o moduł do przesyłania danych technicznych | **TAK** |  |
| **Warunki serwisu** |
| 1 | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy  | Tak/Podać |  |
| 2 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotów zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak/Podać |  |
| 3 | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| 4 | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| 5 | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| 6 | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| 7 | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| 8 | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak/Podać |  |