**Defibrylator na potrzeby ZRM – 10 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY Z FUNKCJĄ TRANSMISJI DANYCH**  | **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** |
|  | Defibrylacja dwufazowa, tryb pracy AED, tryb ręczny, z zakresem regulacji energii co najmniej od 2 do min. 200 J – funkcją kardiowersji | Tak/Podać |  |
|  | Przenośny, transportowy, odporny na drgania i wstrząsy; waga kompletnego defibrylatora poniżej 10 kg | Tak/Podać |  |
|  | Posiadający opakowanie transportowe zabezpieczające aparat przed uszkodzeniem, posiadający uchwyt pozwalającym na montaż i transport aparatu w karetce (uchwyt zgodny z normą PN EN 1789 , podać markę i model uchwytu , załączyć potwierdzenie przeprowadzenia badań na zgodność z normą PN EN 1789 ); | Tak/Podać |  |
|  | Czas ładowania defibrylatora do energii maksymalnej poniżej 7 sek.( do min. 200J), gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym.  | Tak/Podać |  |
|  | Regulacja parametrów defibrylacji : wybór energii, ładowanie , wyzwolenie wstrząsu - z łyżek zewnętrznych i płyty czołowej aparatu. | Tak/Podać |  |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą na poziomie min. IP 44. | Tak/Podać |  |
|  | Defibrylacja dorosłych i dzieci – łyżki twarde dla dorosłych i dzieci w komplecie, „zainstalowane” na defibrylatorze; | Tak/Podać |  |
|  | Automatyczna kompensacja prądowa lub napięciowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek zewnętrznych i elektrod samoprzylepnych. | Tak/Podać |  |
|  | Pełne sterowanie za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach defibrylacyjnych (wybór energii , ładowanie , wyzwolenie wstrząsu , wydruk); | Tak/Podać |  |
|  | Zasilanie defibrylatora akumulatorowe. Akumulatory ładowanie z instalacji ambulansu 12V  | Tak/Podać |  |
|  | Stymulacja zewnętrzna z trybem pracy sztywnym i na żądanie, w komplecie kabel do stymulacji; | Tak/Podać |  |
|  | Prąd stymulacji regulowany w zakresie co najmniej 10 do 140 mA. | Tak/Podać |  |
|  | Częstość impulsów regulowana w zakresie co najmniej ~~40~~ 50 do 150 imp./min. | Tak/Podać |  |
|  | Minimum 3 odprowadzeniowe monitorowanie EKG – w komplecie kabel do monitorowania. | Tak/Podać |  |
|  | 12 odprowadzeniowe monitorowanie EKG z funkcją analizy i transmisją przez modem GSM | Tak/Podać |  |
|  | Monitorowanie SpO2 w technologii Masimo SET, pomiar SpO2 i pulsu, w kpl. czujnik klips palcowy | Tak/Podać |  |
|  | Możliwość nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi (NIBP)u pacjentów, pomiary ręczne i automatyczne w określonych odstępach czasu.W kpl. mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji: standardowy dla dorosłych 1szt., dla dzieci 1szt. | Tak/Podać |  |
|  | Wbudowany moduł monitorowania etCO2 u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, zakres pomiarów etCO2 min. 0-99mmHg, zakres częstości oddechów min. 5-80 /minutę | Tak/Podać |  |
|  | Bezpłatna, nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych i 12-odprowadzeniowego zapisu EKG oraz mierzonych parametrów przez dedykowany modem , transmisja GSM 3G /bez karty sim operatora sieci komórkowej/ do szpitalnych systemów odbiorczych województwa Łódzkiego. | Tak/Podać |  |
|  | Ekran kolorowy LCD zapewniający dobrą widoczność pod różnym kątem w warunkach silnego oświetlenia. | Tak/Podać |  |
|  | Przekątna ekranu min 6”z możliwością wyświetlania min trzech krzywych dynamicznych jednocześnie. | Tak/Podać |  |
|  | Akumulatory bez efektu pamięci z możliwością doładowywania w aparacie lub zewnętrznej ładowarce bez konieczności pełnego rozładowywania, min 3 szt. | Tak/Podać |  |
|  | Czas pracy na akumulatorze/ach min 4 godz. ciągłego monitorowania EKG lub min 50 defibrylacji z maksymalną energią | Tak/Podać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna min 200 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). | Tak/Podać |  |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca min 30-300/min  | Tak/Podać |  |
|  | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie pomiędzy 0,25 do 2,0 cm/mV | Tak/Podać |  |
|  | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | Tak/Podać |  |
|  | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z wytycznymi ERC | Tak/Podać |  |
|  | Kabel EKG 12-odprow. 1 szt. | Tak/Podać |  |
|  | Kabel do stymulacji 1 szt. | Tak/Podać |  |
|  | Elektrody uniwersalne dla dorosłych i dla dzieci po min 1 szt. | Tak/Podać |  |
| **Warunki serwisu** |
|  | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy  | Tak/Podać |  |
|  | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
|  | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
|  | 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 |  |