**Załącznik nr 3 do SWZ**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 1**  **ZESTAWIENIE PARAMETRÓW** |

Modyfikacja z dnia 22.11.2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPIS  parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **Defibrylator do nauki zaawansowanych procedur ratowniczych** | | | |  |
| **I** | **Defibrylator – 1 szt** | | |  |
| Producent: …….….…………………………………………………  Typ aparatu………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | |  |
| 1 | Defibrylator przenośny, z wbudowanym uchwytem transportowym | TAK |  |  |
| 2 | Funkcje realizowane przez aparat:   1. Defibrylacja 2. Kardiowersja 3. AED 4. Monitorowanie EKG 5. Stymulacja | TAK  TAK  TAK  TAK  TAK |  |  |
| 3 | Wydzielony na defibrylatorze przycisk /pokrętło rozładownia energii | TAK |  |  |
| 4 | Wyświetlacz o przekątnej minimum ~~7,0”~~ 5,7 | TAK/Podać |  |  |
| 5 | Wbudowana drukarka termiczna: Szerokość papieru – minimum 50 mm | TAK/Podać |  |  |
| 6 | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym minimum 3 krzywych | TAK/Podać |  |  |
| 7 | System autotestów sprawności defibrylatora | TAK |  |  |
| 8 | Pamięć danych: minimum 100 pacjentów, , minimum 72 godzinne trendy, 24 godzinny ciągły zapis EKG | TAK/Opisać |  |  |
| 9 | Możliwość eksportu danych za pomocą pamięci typu pendrive | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową | TAK/NIE |  | TAK = 5 pkt, NIE=0pkt |
| 11 | Możliwość rozbudowy o moduł kapnometrii | TAK/NIE |  | TAK = 6 pkt, NIE=0pkt |
| 12 | Ciężar (z akumulatorem): maksimum ~~6,5~~ 7,2 kg | TAK |  |  |
| **Defibrylacja** | | | |  |
| 13 | Defibrylacja ręczna z zakresie minimum od ~~1~~ 2 do 360J | TAK |  |  |
| ~~14~~ | ~~Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej~~ |  |  |  |
| 15 | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |  |
| 16 | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta na ekranie defibrylatora |  |  |  |
| 17 | Automatyczna kompensacja parametrów wyładowania z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | TAK |  |  |
| 18 | Ilość dostępnych poziomów energii do defibrylacji zewnętrznej: minimum 20 | TAK |  |  |
| 19 | Energia wyładowania programowalna również w trybie półautomatycznym – przynajmniej 3 poziomy (energia programowalna w zakresie minimum 10-360J) | TAK/NIE |  | TAK = 10 pkt, NIE=0pkt |
| 20 | Czas ładowania do energii 200J maksimum ~~3s~~ 5s | TAK/Podać |  |  |
| 21 | Możliwość wykonania AED za pomocą elektrod jednorazowych | TAK |  |  |
| 22 | Defibrylacja AED z systemem doradczym w języku polskim | TAK |  |  |
| 23 | Możliwość rozbudowy o czujnik monitorowania jakości uciśnięć z wyświetlaniem krzywej głębokości uciśnięć na ekranie. | TAK/NIE |  | TAK = 5 pkt, NIE=0pkt |
| **Monitorowanie EKG** | | | |  |
| 24 | Monitorowanie EKG z 3/7 odprowadzeń | TAK/Podać |  |  |
| 25 | Wyświetlanie przynajmniej ~~3~~ 2 krzywych dynamicznych jednocześnie | TAK/Podać |  |  |
| 26 | Wskaźnik częstości akcji serca w zakresie minimum: ~~15-350~~ 20 – 300 uderzeń/min | TAK/Podać |  |  |
| 27 | Wzmocnienie sygnału (minimum): x0,25,x0,5,x1,x2,x4, auto | TAK/Podać |  |  |
| **Stymulacja** | | | | |
| 28 | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna | TAK |  |  |
| 29 | Tryby stymulacji:   1. Sztywny 2. Na żądanie | TAK  TAK |  |  |
| 30 | Natężenie prądu stymulacji w zakresie minimum od 1 do 200 mA | TAK/Podać |  |  |
| 31 | Zakres częstości stymulacji w zakresie minimum od ~~30~~ 40do ~~210~~ 170imp/min | TAK/Podać |  |  |
| **Łyżki** | | | | |
| 32 | Uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci | TAK |  |  |
| 33 | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylatora/funkcja ładowania i wstrząsu | TAK |  |  |
| **Zasilanie** | | | |  |
| 34 | Zasilanie:   1. 230V, 50Hz 2. Akumulatorowe | TAK  TAK |  |  |
| 35 | Akumulator:   1. Pozwalający na wykonanie minimum 300 defibrylacji z energią 200J/200 defibrylacji z energią 360J 2. Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności – maksimum 4h | TAK  TAK |  |  |
| **II** | **Warunki serwisu gwarancyjnego** | | |  |
| 1 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo - odbiorczego | TAK  Podać |  |  |
| 2 | Czas reakcji serwisu rozumiany jako przystąpienie do naprawy: maksimum 72h | Punktacja:  72h-0 pkt  60h-1 pkt  48h-2 pkt  36h-3 pkt  24h-4 pkt |  |  |
| 3 | Serwis Gwarancyjny | Podać nazwę i adres firmy |  |  |
| 4 | Forma zgłoszeń:telefonicznie, e-mail, pisemnie | Podać |  |  |

Oświadczamy, że oferowany powyżej sprzęt – jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

………………………………………

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)