**Załącznik nr 3 do SWZ**

**PAKIET 4**

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia ………………………………………………….Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: …………….. |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **SZCZEGÓŁOWY OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA** | **PUNKTACJA** |
| **I.** | **Urządzenie do nieinwazyjnej oceny mikrokrążenia** | TAK |  |  |
|  | Nieinwazyjne diagnozowanie i monitorowanie:1. zaburzeń mikrokrążenia
2. regulacji metabolicznej
3. ryzyka powikłań naczyniowych w cukrzycy
 | TAKTAKTAK |  |  |
|  | Metodyka badania oparta na technologii fotodiodowej | TAK |  |  |
|  | Pomiar zmian intensywności fluorescencji NADH z komórek naskórka przedramienia w funkcji czasu w odpowiedzi na wymuszoną okluzją ischemię i następującą po zniesieniu okluzji hiperemię | TAK |  |  |
|  | Ocena stanu pacjenta na podstawie interpretacji otrzymanych w badaniu wyników i parametrów kształtu krzywej zmian fluorescencji NADH w czasie | TAK |  |  |
|  | Kluczowe parametry podlegające ocenie:1. IRmax i IRindex (dla odpowiedzi ischemicznej), stanowiące miarę wrażliwości komórek na niedotlenienie w wyniku zamknięcia przepływu krwi w tętnicy ramiennej
2. HRmax i HRindex (dla odpowiedzi hiperemicznej), określające zmiany poziomu NADH głównie w keratynocytach naskórka i odzwierciedlające reaktywność naczyń krwionośnych i metaboliczną reakcję komórek skóry na przekrwienie i reperfuzję
3. HS, będący miarą intensywności miogennych oscylacji mikrokrążenia na niedotlenienie
 | TAKTAKTAK |  |  |
|  | Moduł pomiarowy:1. opaska okluzyjna
2. pozycjoner przedramienia, umożliwiający prawidłowe umiejscowienie łokcia, części pomiarowej ręki oraz dłoni pacjenta
3. moduł optyczny
4. złącze USB, umożliwiające eksport danych pomiarowych
 | TAKTAKTAKTAK |  |  |
|  | Stacja robocza:1. zainstalowane oprogramowanie sterujące, analizujące i archiwizujące dane pomiarowe
2. monitor o przekątnej co najmniej 15,6”
 | TAKTAK |  |  |
|  | Zasilanie 230 V / 50 Hz | TAK |  |  |
|  | Stolik z regulowaną wysokością blatu | TAK |  |  |
| **II.** | **WARUNKI SERWISU GWARANCYJNEGO** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **OPISAĆ OFEROWANE WARUNKI** |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 m-ce od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo – odbiorczego  | TAKpodać |  |  |
|  | Serwis gwarancyjny (nazwa i adres firmy) | podać |  |  |
|  | Forma zgłoszeń: 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 i pieczątka imienna osoby/ób upoważnionej/nych  do występowania w imieniu wykonawcy |