**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 | TAK  TAK  TAK |  |  |
|  | 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 | TAK  TAK  TAK |  |  |
|  | 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 | TAK  TAK  TAK  TAK |  |  |
|  | Stacja robocza:   1. zainstalowane oprogramowanie sterujące, analizujące i archiwizujące dane pomiarowe 2. monitor o przekątnej co najmniej 15,6” | TAK  TAK |  |  |
|  | 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 | TAK  podać |  |  |
|  | 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 | | | | |