

PARAMETRY TECHNICZNE – DEFIBRYLATOR

L.p.	Parametr/Warunek graniczny	Wymagania	Potwierdzenie lub opis Wykonawcy
INFORMACJE OGÓLNE			
1.	Producent / Firma	Podać	
2.	Kraj pochodzenia	Podać	
3.	Urządzenie typ / model	Podać	
4.	Numer katalogowy	Podać	
5.	Rok produkcji 2019	Podać	
6.	Pobór mocy	Podać	
PARAMETRY OGÓLNE			
7.	Aparat fabrycznie nowy	TAK	
8.	Dwufazowa fala defibrylacji	TAK	
9.	Zakres wyboru energii minimum 5 – 360 J	TAK Podać	
10.	Minimum 20 stopni dostępności energii defibrylacji zewnętrznej	TAK Podać	
11.	Ładowanie defibrylatora do energii 200 J w czasie nie dłuższym niż 5 sek.	TAK Podać	
12.	Defibrylacja ręczna	TAK	
12.	Defibrylacja półautomatyczna	TAK	
13.	Kolorowy ekran monitora, ekran o przekątnej minimum 5 cali	TAK Podać	
14.	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe	TAK	
15.	Praca z zasilania akumulatorowego: minimum 3,5 godz. Monitorowanie lub minimum 140 defibrylacji z energią 360 J	TAK Podać	
16.	Defibrylator z opcją kardiowersji	TAK	

17.	Defibrylator z opcją stymulacji przezskórnej. Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym	TAK Podać	
18.	Częstotliwość stymulacji w zakresie minimum 40 – 170 imp./min.	TAK Podać	
19.	Nateżenie prądu stymulacji w zakresie minimum 10 – 180 mA	TAK Podać	
20.	Ciężar aparatu max. 7 kg	TAK Podać	
21.	Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci	TAK	
22.	Menu użytkownika w języku polskim (komunikaty na ekranie i tryb doradczy)	TAK	
23.	Monitorowanie EKG – minimum 3 odpr.	TAK Podać	
24.	Zakres pomiaru tętna minimum 20 – 300 bpm	TAK Podać	
25.	Wzmacniacz toru EKG w zakresie minimum 0,25 – 4 cm/Mv z co najmniej 7-oma poziomami	TAK Podać	
26.	Defibrylator w komplecie z niezbędnym okablowaniem oraz twardymi łyżkami do defibrylacji	TAK	
27.	Możliwość ręcznego przenoszenia defibrylatora	TAK	
PARAMETRY OCENIANE			
28.	Ładowanie defibrylatora do energii 200 J w czasie nie krótszym niż 5 sek.	TAK	
29.	Ekran o przekątnej powyżej 5 cali	TAK	
30.	Praca z zasilania akumulatorowego: powyżej 140 defibrylacji z energią 360 J	TAK	
31.	Ciężar aparatu (z łyżkami do defibrylacji, bez papieru i okablowania) poniżej 6,5 kg	TAK	
WYMAGANE WARUNKI GWARANCJI ORAZ ŚWIADCZENIA SERWISU			

32.	Okres gwarancji min. 24 miesiące	TAK Podać	
33.	W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotu 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 (Określić wymagania producenta)	
34.	Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumie się jako dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	TAK	
35.	Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max 5 dni roboczych od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	TAK Podać	
36.	Okres dostępności części zamiennych od daty produkcji min 10 lat	TAK Podać	
37.	W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych	TAK	
38.	Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu, w przypadku napraw gwarancyjnych	TAK	
39.	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	
40.	Możliwość wstawienia sprzętu zastępczego w przypadku przekroczenia czasu przeznaczonego na skuteczne usunięcie usterki pkt 35	TAK	