Załącznik nr 2 do SWZ

**Mobilny robot rehabilitacyjny górnych partii ciała- 1 szt.**.

**PAKIET NR1**

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametry techniczne** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana\*** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | Tak, podać |  |
| 2 | Jeden robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z pełnym wyposażeniem do ćwiczeń kończyn górnych  | TAK |  |
| 3 | Robot umożliwiający wykonywanie m.in. ćwiczeń biernych, siłowych. | TAK |  |
| 4 | Ćwiczenia z oporem dynamicznym: izokinetyczne, izotoniczne, elastyczne | TAK |  |
| 5 | Integralne oprogramowanie z grami rehabilitacyjnymi | TAK |  |
| 6 | Wbudowana funkcjonalność generowania zrobotyzowanego ruchu wspomaganego lub czynnego wyzwalanego poprzez aktywność elektryczną mięśni wykrywaną powierzchniowo - elektromiografię (reaktywna elektromiografia) | TAK |  |
| 7 | Wbudowana możliwość przeprowadzenia diagnostyki: dynamometrycznej oceny spastyczności, dynamometrycznej oceny siły mięśniowej, elektromiograficznej oceny unerwienia | TAK |  |
| 8 | Posiada możliwość przeprowadzenia rehabilitacji: barku, łokcia, ręki dzięki odpowiednim integralnym końcówkom.  | TAK |  |
| 9 | Umożliwia przeprowadzanie treningu z użyciem biofeedbacku w postaci gier rehabilitacyjnych, realizowanego zarówno poprzez pozycje kończyny pacjenta (sterowaną poprzez opór dynamiczny) jak i sygnał elektromiograficzny | TAK |  |
| 10 | Wbudowana możliwość generowania raportów z treningu dostosowanych do każdego pacjenta; | TAK |  |
| 11 | Wbudowana możliwość prowadzenie dokumentacji treningów pacjenta w oprogramowaniu (kartoteki pacjentów); | TAK |  |
| 12 | Wbudowana możliwość połączenia robota z siecią internet oraz dostępność systemu operacyjnego, | TAK |  |
| 13 | Integracja z fotelem rehabilitacyjnym, który umożliwia dostosowanie do każdej pozycji ćwiczeniowej stawów: kolanowego, biodrowego, łokcia, barku, nadgarstkowego i skokowego  | TAK |  |
| 14 | Wbudowany elektromiograf w minimalnych parametrach pomiarowych:Ilość kanałów elektromiograficznych co najmniej 4, próbkowane jednoczesneSzum linii podstawowej:<0,5 μV RMSSzum odniesienia na wejściu: 10 μVpp (10 sekund danych surowych)Częstotliwość próbkowania elektromiografii: 1 000 próbek na sekundę na kanałRozdzielczość wewnętrzna:24 bityWspółczynnik CMRR elektromiografii: -73dBImpedancja wejściowa elektromiografii: 10MΩCzułość elektromiografii: 1μV RMS | TAK, podać |  |
| 15 | Dokładność pomiarowa czujników siły lub dynamometrów:Dokładność pomiaru momentu obrotowego ± 0,2 Nm | TAK/ podać |  |
| 16 | Dokładność pozycji obrotu głowicy ± 2°Maksymalna prędkość obrotowa: co najmniej 50 °/s | TAK/ podać |  |
|  | **II. Wyposażenie robota:** |  |  |
| 17 | Końcówka do kończyny górnej | TAK |  |
| 18 | Końcówka do kończyny dolnej | TAK |  |
| 19 | Końcówka do stopy | TAK |  |
| 20 | Końcówka do przedramienia | TAK |  |
| 21 | Końcówka do barku  | TAK |  |
| 22 | Kierownica  | TAK |  |
| 23 | Zatrzymanie awaryjne pacjenta i kontroler | TAK |  |
| 24 | Przewód zasilający dł. Min. 10 m (IEC C13, 250V) | TAK/podać |  |
| 25 | 2-kanałowy kabel powierzchniowy EMG o dł. Min. 1,5m | TAK/podać |  |
| 26 | Gry rehabilitacyjne | TAK |  |
| 27 | Tablet z przekątną ekranu powyżej 12 “ wraz z integralnym uchwytem oraz kompatybilnym oprogramowaniem | TAK |  |
| 28 | Rozdzielacz USB 4 gniazda USB | TAK |  |
| 29 | 5 paczek Elektrod EKG/EMG (50 szt.) | TAK |  |
| 30 | **Wielofunkcyjny fotel z elektryczną regulacją, do badań i zabiegów w pozycji siedzącej lub leżącej** | TAK |  |
| 31 | Regulowane podnóżki (prawy i lewy), z możliwością całkowitego złożenia. Kąt nachylenia podnóżka min.: 15⁰ - 90⁰ | TAK/ podać |  |
| 32 | 5-cio punktowy, magnetyczny system pasów stabilizujących pacjenta | TAK |  |
| 33 | Szybkie odpinanie systemu pasów za pomocą dwóch ruchów | TAK |  |
| 34 | Uchwyt dłoni z możliwością regulowania wysokości i kąta | TAK |  |
| 35 | Stabilizujący pas udowy | TAK |  |
| 36 | Boczne barierki, z możliwością całkowitego złożenia | TAK |  |
| 37 | Łatwe dostosowanie do różnych pozycji pacjenta | TAK |  |
| 38 | Podłokietnik - podpórka przedramienia z pasami stabilizującymi | TAK |  |
| 39 | Regulowana głębokość siedziska min. 450-570 mm | TAK/ podać |  |
| 40 | Szerokość siedziska: minimum 580-650 mm | TAK/ podać |  |
| 41 | Elektryczna regulacja nachylenie oparcia min. 87⁰ - 0⁰ | TAK/ podać |  |
| 42 | Elektryczna regulacja nachylenia siedziska min.: 0⁰- 20⁰ | TAK/ podać |  |
| 43 | Elektryczna regulacja wysokości siedziska min. 490-890 mm | TAK/ podać |  |
| 44 | Pilot do sterowania fotelem  | TAK |  |
| 45 | Możliwość rozłożenia całego fotela tak aby stanowił on stół terapeutyczny | TAK |  |
| 46 | Centralny system jezdny – opuszczany lub chowany w celu pełnej stabilności urządzenia | TAK |  |
| 47 | masa ciała pacjenta: 120kg-135 kg | TAK/ podać |  |
| 48 | Wysokość całkowita: 1320 -1720 mm | TAK/ podać |  |
| 49 | Długość całkowita: 1200 mm (złożone podnóżki), 1900 mm w trybie stołu terapeutycznego | TAK/ podać |  |
| 50 | Gwarancja min.24 miesiące | TAK/ podać |  |
| 51 | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny).  | TAK |  |
| 52 | **Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 1 dzień roboczy**  | TAK |  |
| 53 | Czas naprawy aparatu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max.5 dni roboczych  | TAK |  |
| 54 | Możliwość zgłaszania awarii telefon, email | TAK |  |
| 55 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego urządzenia | TAK |  |
| 56 | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) | TAK |  |
| 57 | Paszport techniczny (przy dostawie) | TAK |  |
| 58 | **Dostawa do 30.11.2023 r.** | TAK |  |
| 59 | Uruchomienie i szkolenie dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia do 29.04.2024 r. | TAK |  |
| 60 | Deklaracja zgodności producenta, Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych  | TAK, podać |  |

**\* Uzupełnia Wykonawca**

UWAGA: W tabelach należy wpisaćco najmniej właściwe słowo „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr.

Parametry określone jako "TAK" są parametrami granicznymi stanowią wymagania odcinające, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Wykonawca dokonuje szczegółowego opisu wymaganego parametru, a w przypadku parametru określonego przez Zamawiającego przez podanie wartości "maksymalnie", "minimalnie", "±" lub "≥ ≤", Wykonawca podaje dokładne wartości oferowanych parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego warunku będzie traktowany, jako brak danego parametru / warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia. Zaoferowane powyżej parametry wymagane powinny być niesprzeczne z materiałem informacyjnym. Wykonawca gwarantuje niniejszym, że powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest zgodne z wymogami SWZ, sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, kompletny, i do jego stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.