Pakiet nr 1 Załącznik nr 1.1 - *20.03.2024r.*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH

**densytometr rentgenowski- 1 ZESTAW**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Typ |  |
| Producent |  |
| Kraj pochodzenia |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr wymagany | Wymogi graniczne | | Parametr oferowany  (podać zakresy, opisać potwierdzić) |
| 1. **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |
| 1 | Aparat rentgenowski z metodą DEXA (stacjonarny). | Tak |  | |
| 2 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, rok produkcji 2023-2024 | Tak, podać |  | |
| 3 | Stół skaningowy stacjonarny, nieskładany, ze stałym blatem i z ramieniem typu „L”. | Tak |  | |
| 4 | Napięcie zasilające system: 230 V/50 Hz bez konieczności stosowania dodatkowych urządzeń zasilających. | Tak |  | |
| 5 | Maksymalne wymiary urządzenia:  260 x 110 x 130 cm (Dł x Szer. x Wys) z tolerancją +/-5cm  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak |  | |
| 6 | Aktywny obszar skanowania min. 200 x 60 cm z tolerancją +/- 5 cm | Tak, podać |  | |
| 7 | Stół z materacem pokrytym materiałem z możliwością mycia i dezynfekcji | Tak |  | |
| 8 | Maksymalna waga stołu skaningowego 280 kg  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak, podać |  | |
| 9 | Maksymalne napięcie zasilania lampy RTG 80 kV  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak, podać |  | |
| 10 | Maksymalne natężenie prądu lampy RTG 3 mA | Tak, podać |  | |
| 11 | Maksymalna moc lampy RTG 250 W  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak, podać |  | |
| 12 | Lampa RTG ze stałą anodą, materiał anody: Wolfram | Tak |  | |
| 13 | Maksymalny pobór mocy:  a) W trybie spoczynkowym – 50 W  b) W trybie skanowania – 500 W | Tak, podać |  | |
| 14 | Promieniowanie w wiązce wachlarzowej. Maksymalny kąt rozwarcia 5o (tzw. wąski wachlarz), z dokładnym opisem geometrii wiązki umożliwiającym eliminacje artefaktów znajdujących się poza osią stołu.  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak, podać |  | |
| 15 | Detektor min. 16 elementowy, półprzewodnikowy **-** *zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 20.03.2024r.* | Tak, podać |  | |
| 16 | Maksymalna dawka promieniowania rozproszonego 1 metr od aparatu (lampy) : <8 µSv/hr.  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak, podać |  | |
| 17 | Dawka promieniowania dla pacjenta (pacjent normalny):  a) kręgosłup AP – max 40 µGy,  b) szyjka kości udowej – max 40 µGy,  c) przedramię - max 5 µGy  d) całe ciało – max 1 µGy  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak, podać |  | |
| 18 | Czasy skanowania dla lokalizacji (pacjent normalny):  a) kręgosłup AP- max. 30 s  b) szyjka kości udowej – max. 30 s  c) przedramię – max 25 s  d) całe ciało – max 300 s  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak, podać |  | |
| 19 | Szyjka kości udowej:  a) BMD,  b) BMC,  c) powierzchnia dla krętarza, trzpienia, szyjki, górnej części szyjki kości udowej, oraz dla „Total”,  d) wskaźnik T-Store,  e) wskaźnik Z-Score,  f) zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej,  g) zmiana procentowa w stosunku do rówieśników, | Tak |  | |
| 20 | Kręgosłup lędźwiowy w projekcji AP:  a) BMD,  b) BMC oraz powierzchnia,  c) wskaźnik T-Score,  d) wskaźnik Z-Score,  e) zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej,  f) zmiana procentowa w stosunku do rówieśników. | Tak |  | |
| 21 | Oprogramowanie do pomiaru gęstości w obrębie przedramienia:  a) BMD,  b) BMC oraz powierzchnia,  c) wskaźnik T-Score,  d) wskaźnik Z-Score,  e) zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej,  f) zmiana procentowa w stosunku do rówieśników). | Tak |  | |
| 22 | Oprogramowanie do pomiaru w obrębie całego ciała:  a) BMD,  b) Badanie w celu oceny ilościowej i procentowej rozmieszczenia tkanki kostnej, mięśniowej i tłuszczowej,  c) Badanie całego ciała oraz poszczególnych części ciała: kończyny, tułów, obszar Android i Gynoid  d) Automatyczna kalkulacja BMI  e) Możliwość otrzymania szacunkowego wyniku dla pacjentów nie mieszczących się w aktywnym obszarze skanowania  f) możliwość uzyskania szacunkowego składu ciała na podstawie wyniku skanu kręgosłupa i biodra w jednym badaniu  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak |  | |
| 23 | Pełne oprogramowanie pediatryczne umożliwiające wykonanie skanu w lokalizacjach:  a) kręgosłup AP  b) szyjka kości udowej  c) total body | Tak |  | |
| 24 | Oprogramowanie pozwalające na wykonanie skanu kręgosłupa AP i jednego/dwóch bioder w jednym badaniu bez konieczności repozycjonowania pacjenta | Tak |  | |
| 25 | Oprogramowanie Trabecular Bone Score zintegrowane z oprogramowaniem sterującym densytometru | Tak |  | |
| 26 | Oprogramowanie pozwalające na wykonanie i analizę skanu stawu biodrowego i kolanowego po implantacji, z uwzględnieniem rozszerzonych stref Gruena | Tak |  | |
| 27 | Dowolna konfiguracja wyglądu raportu z badania. | Tak |  | |
| 28 | Maksymalna waga pacjenta dopuszczona przez oprogramowanie aparatu nie mniej niż: 150 kg. | Tak, podać |  | |
| 29 | Oprogramowanie pozwalające na tworzenie wielu baz danych, z przydzieleniem nazwy każdej z nich (nazwa programu badawczego, nazwisko użytkownika, typy schorzeń, itp.). Możliwość transferu danych do arkusza kalkulacyjnego Excel. | Tak |  | |
| 30 | Możliwość obliczania indywidualnego 10-letniego ryzyka złamania (ryzyko jakiegokolwiek złamania oraz ryzyko złamania bkku) na podstawie algorytmu FRAX wg wytycznych WHO, z zastosowaniem metody Johna A. Kanisa (z uwzględnieniem wieku, czynników ryzyka i BMD).  *oraz zgodnie z wyjaśnieniami z dnia 19.03.2024r.* | Tak |  | |
| 31 | Możliwość zdalnego repozycjonowania punktu startu badania z konsoli technika bez konieczności przemieszczania pacjenta na stole skaningowym | Tak |  | |
| 32 | Zestaw niezbędnych fantomów i pozycjonerów w tym fantom kręgosłupa nie wymagający zbiornika z wodą w celu symulacji tkanek miękkich | Tak, podać |  | |
| 33 | System komputerowy stacji roboczej w klasie PC, system operacyjny Windows 10 Professional.  Parametry wymagane:  a) monitor LED min. 24”,  b) HDD/SSD min 1 TB  c) RAM min 8GB  d) drukarka laserowa kolorowa do wydruku raportów | Tak, podać |  | |
| 34 | Oprogramowanie w języku polskim | Tak |  | |
| 35 | Oprogramowanie wyposażone w możliwość komunikacji poprzez protokoły sieciowe DICOM oraz HL7 | Tak |  | |
| **II. OKRES GWARANCJI I SERWISU** | | | | |
| 1 | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak |  | |
| 2 | Termin gwarancji zgodnie z treścią formularza oferty | Tak |  | |
| 3 | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak |  | |
| 4 | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  | |
| 5 | Czas przystąpienia do naprawy max. 72 h. w dni robocze, od chwili zgłoszenie awarii | Tak |  | |
| 6 | Maksymalny czas usuwania awarii od rozpoczęcia diagnostyki:  a) bez konieczności sprowadzania części zamiennych – 5 dni roboczych  b) w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych – 10 dni roboczych. | Tak |  | |
| 7 | Możliwość zgłaszania awarii telefon, email | Tak |  | |
| 8 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | Tak |  | |
| 9 | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji, min. 1 w każdym roku trwania gwarancji | Tak |  | |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) | Tak |  | |
| 11 | Paszport techniczny (przy dostawie) | Tak |  | |
| 12 | Termin dostawy zgodnie z treścią formularza oferty | Tak |  | |
| 13 | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego w placówce użytkownika – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | Tak |  | |
| 14 | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, adres e-mail, fax | Podać |  | |

UWAGA:

Parametry określone jako „TAK” są warunkami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „NIE” lub nie wypełnienie pola oraz niespełnienie któregokolwiek z warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia.

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 nie sprzeczne z materiałem informacyjnym.

Wykonawca gwarantuje niniejszym, że powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest zgodne z wymogami, jest fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, i do jego stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym u producenta. W przypadku wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji sprzętu i jego parametrów technicznych.

podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e

do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Wykonawcy