

7-SPMED/2022 Załącznik 2 do SWZ

**FORMULARZ-OFERTOWY** ( strona druga)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Wymagane minimalne parametry – **defibrylatora transportowego – 1 szt.** | **Wpisać**  | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Producent | wpis w kol.nr 4 |  |
|  | Nazwa i typ | wpis w kol.nr 4 |  |
|  | Kraj pochodzenia | wpis w kol.nr 4 |  |
|  | Wymagane minimalne parametry: W kolumnie nr 3 wpisać **TAK** jeżeli spełnia lub **NIE** jeżeli nie spełnia, w kolumnie nr 4 opisać parametry | wpisać **TAK** lub **NIE** | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż w 2022 r. |  |  |
|  | Aparat przenośny z torbą transportową i uchwytem karetkowym (ściennym) |  |  |
|  | Zasilanie:1. z akumulatorów bez efektu pamięci. Czas pracy z akumulatorów zainstalowanych w aparacie – min. 180 minut monitorowania lub minimum 40 defibrylacji energią maksymalną - wymagane
2. z instalacji elektrycznej karetki 12 V DC **.**
 |  |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna |  |  |
|  | Tryb manualny i półautomatyczny defibrylacji |  |  |
|  | Kardiowersja |  |  |
|  |  Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii co najmniej od 5 do 200 J |  |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej minimum 20 | w kol.4 podać ile poziomów | **20 poziomów -0pkt.****Powyżej 20 – 10 pkt.** |
|  | Automatyczna kompensacja napięciowa lub prądowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji przy pomocy łyżek i elektrod naklejanych  |  |  |
|  |  Możliwość wyboru poziomu energii, ładowania, wyzwolenia impulsu defibrylacyjnego i sterowania wydrukiem za pomocą łyżek twardych, jak również za pomocą panelu czołowego. |  |  |
|  |  Defibrylacja przez łyżki twarde i elektrody naklejane, w wyposażeniu łyżki dziecięce. |  |  |
|  |  Elektrostymulacja przezskórna |  |  |
|  |  Częstość impulsów/minutę min. 40 do 170 |  |  |
|  |  Regulacja prądu stymulacji min. 10 do 140 mA |  |  |
|  |  Monitorowanie 12 -odprowadzeniowe EKG |  |  |
|  | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego NIBP  |  |  |
|  | Pulsoksymetria |  |  |
|  | Kapnografia |  |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG |  |  |
|  |  Alarmy częstości akcji serca  |  |  |
|  | Prezentacja zapisu na ekranie kolorowym LCD |  |  |
|  | Przekątna ekranu minimum 8” cali  | w kol.4 podać przekątną ekranu | **8” – 0 pkt.****Powyżej 8”- 10 pkt.** |
|  |  Wydruk EKG , szerokość minimum 75 mm |  |  |
|  |  Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych |  |  |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia lub automatyczny test sprawności przeprowadzony bezpośrednio po włączeniu aparatu oraz okresowo w czasie jego pracy |  |  |
|  | Defibrylator posiadający kartę Bluetooth umożliwiający współpracę z tabletami działającymi w środowisku Windows XP10 |  |  |
|  | Karta Bluetooth typu PCMCIA lub moduł bluetooth w postaci wewnętrznej (integralnej) karty zainstalowanej w defibrylatorze umożliwiający bezprzewodową komunikację pomiędzy defibrylatorem a tabletem działającym w środowisku Windows XP10 |  |  |
|  | Defibrylator posiadający aplikacje nadawczą umożliwiającą współpracę z tabletami działającymi w środowisku Windows XP10 |  |  |
|  | Aplikacja umożliwia będzie wysyłanie zapisu 12- odprowadzeń EKG oraz innych danych medycznych poprzez tablet Xplore działający w środowisku Windows XP 10 - Centralnego Serwera Systemu.Aplikacja nie może przekroczyć 10% obciążenia procesora, jak również nie może wykorzystać więcej niż 10MB pamięci operacyjnej. |  |  |
|  | Defibrylator umożliwiający transmisję danych medycznych ( zapisu 12-odprowadzeniowego )  |  |  |
|  | Aparat wyposażony w moduł umożliwiający transmisję danych zapisu 12-odprowadzęń EKG za pośrednictwem sieci telefonii komórkowej do aplikacji odbiorczych znajdujących się w Pracowniach Hemodynamiki - w ramach istniejącego jednolitego systemu telemedycznego w ostrych zespołach wieńcowych w Małopolsce |  |  |
|  | Defibrylator umożliwiający transmisję danych medycznych ( zapisu 12-odprowadzeniowego EKG ) za pośrednictwem tabletu do aplikacji odbiorczych znajdujących się w Pracowniach Hemodynamiki - w ramach istniejącego jednolitego systemu telemedycznego w ostrych zespołach wieńcowych w Małopolsce |  |  |
|  | Aparat z zabezpieczeniem w zakresie min. IP x4 |  |  |
|  | **Wyposażenie:** |  |  |
|  | Kabel pacjenta 12-odpr.- 1 szt.  |  |  |
|  | Łyżki twarde dla dorosłych i łyżki ( nakładki) dziecięce |  |  |
|  | Czujnik klips na palec wielorazowego użytku dla dorosłych do pomiaru saturacji |  |  |
|  | Mankiet wielorazowego użytku z pompką dla dorosłych do pomiaru ciśnienia |  |  |
|  | Czujnik EtCO2 |  |  |
|  | Akumulatory wymienne szt.3 bez efektu pamięci |  |  |
|  | Elektrody do //defibrylacji/stymulacji 2 kpl. dla dorosłych  |  |  |
|  | Papier do drukarki szt. 2 |  |  |
|  |  Ładowarka akumulatorów min. dwustanowiskowa |  |  |
|  | Uchwyt do zawieszenia aparatu w karetce posiadający certyfikat CE potwierdzający zgodność z Normą PN-EN 1789  |  |  |
|  |  Torba transportowa z kieszeniami na kable i elektrody |  |  |
|  |  Komunikacja i opisy na panelu sterującym w języku polskim |  |  |
|  | Certyfikat CE potwierdzający zgodność  z Dyrektywą UE nr 93/42/EWG na defibrylator  |  |  |
|  |  Folder z opisem parametrów urządzenia  |  |  |
|  |  Instrukcja obsługi w języku polskim – dołączona do dostawy |  |  |
|  |  Karta gwarancyjna z min 24 miesięczną gwarancją -dołączona do dostawy |  |  |
|  |  5-letnia licencja na aplikację wraz ze wszystkimi aktualizacjami dostępnymi w tym okresie- dołączona do dostawy |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji użytkowania |  |  |
|  | Wykonanie konfiguracji dostarczonych aparatów do pracy w - w ramach istniejącego jednolitego systemu telemedycznego w ostrych zespołach wieńcowych w Małopolsce |  |  |
|  | Bezpłatny przegląd techniczny wykonany zgodnie z zaleceniami producenta po 12-tu i 24-rech miesiącach użytkowania sprzętu, w miejscu eksploatacji aparatu – w siedzibie Zamawiającego |  |  |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia awarii w zakresie defibrylatora oraz w zakresie aplikacji max. do 24 godz.  |  |  |
|  | Gwarantowany czas od zgłoszenia awarii do jej usunięcia w zakresie defibrylatora do 7 dni roboczych, w zakresie aplikacji max. do 2 dni roboczych |  |  |
|  | Zapewnienie defibrylatora zastępczego na czas naprawy trwającej dłużej niż 7 dni roboczych |  |  |
|  |  W okresie gwarancji przesłania defibrylatora do naprawy lub przyjazd serwisanta będzie na koszt Wykonawcy.  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie
z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

 …………………………….

 podpis Wykonawcy