Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części I – defibrylatory

Marka, typ, nazwa handlowa oferowanego przedmiotu zamówienia (należy wskazać)

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wymagane i oferowane parametry techniczne

Instrukcja wypełnienia:

1. W kolumnie „Parametry oferowane” w miejscach wykropkowanych należy wpisać (skonkretyzować) parametry oferowanego defibrylatora, natomiast w kolumnie „**TAK/NIE**” należy wpisać jedną z podanych odpowiedzi.
2. Wszystkie pozycje w kolumnie „Parametry wymagane” określają parametry wymagane przez Zamawiającego, zatem zaznaczenie odpowiedzi ,,nie” lub nieuzupełnienie wykropkowanych miejsc będzie skutkowało uznaniem, że oferta nie odpowiada wymaganiom Zamawiającego, a tym samym zostanie odrzucona.

**Wymagane i oferowane parametry techniczne**

**defibrylatorów z możliwością transmisji danych medycznych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagania Zamawiającego** | **Parametry wymagane**  | **Parametry oferowane****( Wpisać TAK/NIE, podać zakres, opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024 | TAK |  |
|  | Przenośny, transportowy, stosowany przez zespoły ratownictwa medycznego, wraz z torbą transportową z wbudowanym uchwytem transportowym  | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci. | TAK |  |
|  | Minimum 3 sztuki akumulatorów | TAK |  |
|  | Ładowanie akumulatorów z sieci 230V AC i 12V DC  | TAK |  |
|  | Ładowarka minimum dwustanowiskowa zasilana z sieci 230V AC i 12V DC lub integralna (wbudowana) ładowarka akumulatorów, umożliwiająca ładowanie akumulatorów w aparacie bezpośrednio z instalacji elektrycznej ambulansu, pod warunkiem zaoferowania zewnętrznej ładowarki minimum dwustanowiskowej zasilanej z sieci 230V AC i 12V DC (o której mowa wyżej) kompatybilnej z akumulatorami, o których mowa w pkt 4. | TAK |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 120 minut monitorowania  | TAK |  |
|  | Ciężar defibrylatora z bateriami poniżej 10 kg | TAK |  |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia lub automatyczny test sprawności przeprowadzony bezpośrednio po włączeniu aparatu oraz okresowo w czasie jego pracy. | TAK |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | TAK |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum 5 - 360 J w trybie normalnym | TAK |  |
|  | Dostępne poziomy energii defibrylacji – minimum 15 | TAK |  |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji pacjenta | TAK |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki twarde i elektrody naklejane, widoczne w RTG | TAK |  |
|  | W wyposażeniu komplet łyżek umożliwiających defibrylację dorosłych i dzieci oraz min. 2 komplety elektrod naklejanych wraz z niezbędnym okablowaniem do monitorowania i elektroterapii | TAK |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, posiadające przycisk umożliwiający drukowanie | TAK |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-200 mA lub regulacja prądu stymulacji w zakresie 0-140 mA ze skokiem regulacji 2 mA | TAK |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
|  | Automatyczna interpretacja 12-odprow. badania EKG  | TAK |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min | TAK |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 3 cm/Mv | TAK |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | TAK |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 5” | TAK |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 50 mm | TAK |  |
|  | Kardiowersja | TAK |  |
|  | Saturacja (SpO2) | TAK |  |
|  | Czujnik Massimo do SpO2 dla dorosłych | TAK |  |
|  | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia | TAK |  |
|  | Kapnometria etCO2 | TAK |  |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych  | TAK |  |
|  | Urządzenie posiada aplikację nadawczą umożliwiającą współpracę z tabletami działającymi w środowisku Windows (XP, 7) stanowiącymi wyposażenie Zespołów Ratownictwa Medycznego województwa małopolskiego | TAK |  |
|  | Zainstalowana oraz uruchomiona na tabletach działających w środowisku Windows (XP, 7) stanowiących wyposażenie Zespołów Ratownictwa Medycznego województwa małopolskiego aplikacja nadawcza nie może przekroczyć 10% obciążenia procesora, jak również nie może wykorzystać więcej niż 10 MB pamięci operacyjnejSprawdzenia spełnienia w/w wymogów dokona Zamawiający Wspólnie w obecności Wykonawcy w systemie Windows (XP,7) w „Menadżerze zadań Windows” na tabletach, na których zainstalowana zostanie zaoferowana aplikacja nadawcza. | TAK |  |
|  | Urządzenie posiada moduł Bluetooth umożliwiający współpracę z tabletami działającymi w środowisku Windows (XP, 7) stanowiącymi wyposażenie Zespołów Ratownictwa Medycznego województwa małopolskiego | TAK |  |
|  | Urządzenie umożliwia transmisję danych medycznych za pośrednictwem tabletu działającego w środowisku Windows (XP, 7) do SYSTEMU LIFENET, który dalej przesyła je do aplikacji odbiorczych znajdujących się w Pracowniach Hemodynamiki w województwie małopolskim  | TAK |  |
|  | Moduł GSM 4G do teletransmisji | TAK |  |
|  | Torba transportowa | TAK |  |
|  | Wieszak karetkowy | TAK |  |
| 42. | Wszystkie opisy pokręteł, przycisków funkcyjnych na urządzeniu oraz komunikaty dźwiękowe, drukowane na wydruku i wyświetlane na ekranie w języku polskim  | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
| 43. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą defibrylatorów | TAK |  |
|  | Dostawa defibrylatorów do 60 dni od daty obowiązywania umowy. | TAK podać |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie obsługi w siedzibie każdego Zamawiającego Wspólnie do 90 dni od daty obowiązywania umowy. | TAK |  |
|  | Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) dotyczące oferowanych defibrylatorów oraz ich zdjęcie (fotografię) | TAK |  |
|  | Gwarancja, bezpłatne przeglądy okresowe zgodnie z wymaganiami zawartymi w instrukcji obsługi urządzeń oraz bezpłatny serwis w okresie min. 24 miesięcy od daty protokolarnego odbioru uruchomionych defibrylatorów i przez cały okres licencji w przypadku aplikacji. | TAK podać |  |
|  | 5-letnia licencja na aplikację wraz ze wszystkimi aktualizacjami dostępnymi w tym okresie | TAK |  |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia usterki w zakresie defibrylatorów oraz w zakresie aplikacji maksymalnie do 24 godzin.  | TAK |  |
|  | Gwarantowany czas od zgłoszenia usterki do jej usunięcia w zakresie defibrylatorów maksymalnie do 5 dni roboczych, w zakresie aplikacji maksymalnie do 2 dni roboczych | TAK |  |
|  | Wstawienie urządzenia zastępczego w przypadku naprawy trwającej powyżej 5 dni roboczych | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji dowóz urządzenia do naprawy lub przyjazd serwisanta do siedziby Zamawiającego na koszt Wykonawcy.  | TAK |  |

**Niespełnienie wyżej wyszczególnionych parametrów spowoduje odrzucenie oferty**

........................................................................................................................

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy