**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 1 – KARDIOMONITOR - MONITOR FUNKCJI ŻYCIOWYCH – 5 SZTUK**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Kardiomonitor przeznaczony dla noworodków dzieci, dzieci starszych i dorosłych posiadający komplet sond, czujników, kabli, mankietów itp. (dla noworodków, dzieci, dzieci starszych i dorosłych) potrzebnych do użytkowania przedmiotu zamówienia w zakresie wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie sieciowe 230V | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość automatycznego ładowania akumulatora z sieci | TAK | TAK/NIE\* |
|  | W stanie czuwania max. czas ładowania akumulatora 3 godz. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Alarm stanu rozładowania akumulatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czas pracy przy zasilaniu akumulatorowym min. 12 godz. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **I. NIBP** |
|  | Oscylometryczna metoda pomiaru | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Technologia szybkiego pomiaru NIBP max. 30 min | TAK | TAK/NIE\*  |
|  | Zakres ciśnienia: min. 10-270 mmHg  | TAK | TAK/NIE\*  |
|  | Dokładność pomiaru: +/-5mmHg  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **II. SpO2** |  |
|  | Zakres pomiaru: min. 0-100% | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dokładność pomiaru +/- 1 bpm | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Sposób wyświetlania w postaci cyfrowej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zakres pulsu: min. 25-250 bpm | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **III. TEMPERATURA** |  |
|  | Zakres pomiaru: min. 20-42 °C | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dokładność pomiaru: +/- 0,3 °C | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rozdzielczość pomiaru: +/- 0,1 °C | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Sposób wyświetlania - wartości cyfrowe | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pomiar przy użyciu termometru dousznego, bezprzewodowego, metoda pomiarowa na podczerwień | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlanie wyniku pomiaru na termometrze i na ekranie monitora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Max. czas pomiaru 3 sekundy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **IV. EKRAN** |  |
|  | Typ: TFT min. 6” | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dane wyświetlane cyfrowo:- częstość akcji serca- średnie ciśnienie tętnicze- ciśnienie skurczowe- ciśnienie rozkurczowe- wartość saturacji- temperatura | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **V. WARUNKI PRACY** |  |
|  | Temperatura pracy min 15-36˚ C | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **VI. INNE PARAMETRY** |  |
|  | Szybka gotowość monitora do pracy po włączeniu max. 2 sekundy  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Waga z akumulatorem: max 1,5 kg | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wymiary max. dł. 130 mm x szer. 125 mm x wys. 300 mm | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Przycisk szybkiego przełączania grup wiekowych pacjentów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Stopień ochrony obudowy IPX1  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Min. 50 grup zapamiętanych danych pomiarowych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **VII. AKCESORIA** |  |
|  | Akcesoria (dla 1 monitora):- mankiet do pomiaru NIBP, rozmiar średni dla dorosłych - 1 szt- wąż NIBP - 1 szt- wkładki jednorazowe do czujnika temperatury - 20 szt- przedłużka do czujnika SPO2 - 1 szt - wielorazowy czujnik SPO2 typu klips dla dorosłych - 1 szt | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **VIII. Inne**  |  |
|  | Instrukcja obsługi (pisemna) w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Usługa serwisu gwarancyjnego realizowana jest przez autoryzowany serwis producenta – podać adres i telefon kontaktowy | TAK | TAK/NIE\*…………………. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 2 – DEFIBRYLATOR – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/ model Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji, nie wcześniej niż 2018 r. | TAK, podać | TAK, podać ……….. |
|  | Defibrylacja dwufazowa | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zakres wyboru energii min. 5 – 360 J | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ilość stopni dostępności energii defibrylacji zewnętrznej min. 23 poziomy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czas ładowania do energii 200 J max. 5 sek. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ekran monitora - kolorowy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Przekątna ekranu monitora min. 5 cali | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Praca z zasilania akumulatorowego: Min. 3,5 godz monitorowanie lubMin. 140 defibrylacji z energia 360 J | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wykonania kardiowersji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ciężar max. 7,0 kg | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w j. polskim (komunikaty na ekranie i tryb doradczy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Metronom do podawania akustycznie częstości tempa uciskania klatki piersiowej podczas reanimacji według min. 4 procedur (wiek pacjenta i intubacja lub brak jej) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość bezprzewodowego przekazywania danych o stanie aparatu i badań pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **Monitorowanie EKG** |  |  |
|  | Monitorowanie EKG min. 3 odprowadzenia. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zakres pomiaru tętna min. 20 -300 u./min. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wzmocnienie EKG w zakresie min. 0,25 – 4 cm/mV na min 7 poziomach | TAK | TAK/NIE\* |
|  | + Stymulacja przezskórna |  |  |
|  | Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40 – 170 imp./min. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. 10 – 200 mA | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **+ Saturacja Krwi Tętniczej (SpO2)** |  |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji min. 1 – 100 % | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Krzywa pletyzmograficzna na ekranie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czujnik wielorazowego użytku typu „klips na palec” | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (wersja papierowa) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Usługa serwisu gwarancyjnego realizowana jest przez autoryzowany serwis producenta – podać adres i telefon kontaktowy | TAK | TAK/NIE\*…………………. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

UWAGI:

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 3 - RESPIRATOR – 2 SZTUKI**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Aparat nowy, rok produkcji aparatu wymagany ,dostarczony przez autoryzowanego dystrybutora producenta. | 2018 r. | TAK/NIE\* |
| 1 | Respirator transportowo- stacjonarny dla dzieci i dorosłych (≥5 kg)  | TAK | TAK/NIE\* |
| 2 | Respirator zaopatrzony w wygodny, składany uchwyt transportowy  | TAK | TAK/NIE\* |
| 3 | Kolorowy ekran  | TAK | TAK/NIE\* |
| 4 | Respirator o napędzie elektrycznym | TAK | TAK/NIE\* |
| 5 | Zasilanie energią elektryczną 100-240VAC, 50 /60Hz  | TAK | TAK/NIE\* |
| 6 | Wewnętrzny akumulator na min. 3 godz. pracy | TAK | TAK/NIE\* |
| 7 | Odłączalny akumulator rezerwowy (łączny czas pracy na akumulatorach min 5 godz.) | TAK | TAK/NIE\* |
| 8 | Możliwość prowadzenia wentylacji nieinwazyjnej i inwazyjnej  | TAK | TAK/NIE\* |
| 9 | Kompensacja przecieków  | TAK | TAK/NIE\* |
| 10 | Zasilanie w sprężony tlen z układu centralnego lub z butli | TAK | TAK/NIE\* |
| 11 | FiO2 regulowane płynnie 21-100% | TAK | TAK/NIE\* |
| 12 | Waga max 6,5 kg wraz z akumulatorami | TAK | TAK/NIE\* |
| 13 | Możliwość stosowania różnych układów oddechowych pasywnych i aktywnych (z zastawką wydechową) | TAK | TAK/NIE\* |
| 14 | Możliwość zastosowania nebulizacji w trybie wentylacji nieinwazyjnej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **Cechy i tryby wentylacji** |  |  |
|  | **Tryb objętościowy** |  |  |
| 15 | Wentylacja kontrolowana (CV) | TAK | TAK/NIE\* |
| 16 | Wentylacja wspomagana (AC) | TAK | TAK/NIE\* |
| 17 | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **Tryb ciśnieniowy:** |  |  |
| 18 | Wentylacja w trybie kontroli ciśnienia (PC) | TAK | TAK/NIE\* |
| 19 | Wentylacja spontaniczna -synchronizowana (S/T) | TAK | TAK/NIE\* |
| 20 | Wentylacja spontaniczna (S) | TAK | TAK/NIE\* |
| 21 | Funkcja liniowego zwiększania ciśnienia- zmniejsza, a następnie stopniowo (liniowo) zwiększa ciśnienie do ustawionego przepisanego ciśnienia, pozwalając pacjentowi na aklimatyzację do terapii w ciągu dłuższego okresu czasu. | TAK | TAK/NIE\* |
| 22 | Czas wzrostu liniowego min. 5-45 min. | TAK | TAK/NIE\* |
| 23 | Funkcja wspierająca oddechy spontaniczne pacjenta przez uwzględnienie niewielkiej dekompresji w trakcie poźniejszych etapow wdechu oraz w trakciepoczątkowej fazy wydechu. | TAK | TAK/NIE\* |
| 24 | SIMV (PC-SIMV) | TAK | TAK/NIE\* |
| 25 | Wentylacja synchronizowana (T) | TAK | TAK/NIE\* |
| 26 | Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych (CPAP) | TAK | TAK/NIE\* |
| 27 | Wentylacja dwufazowa BiLEVEL , BIPAP | TAK | TAK/NIE\* |
| 28 | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem z docelową objętością | TAK | TAK/NIE\* |
| 29 | Możliwość generowania przepływu wdechowego min 200 l/min celem skutecznej kompensacji niezamierzonych przecieków podczas wentylacji nieinwazyjnej | TAK | TAK/NIE\* |
| 30 | Funkcja rozpoznawania oraz kompensacji niezamierzonych nieszczelności systemu i automatycznegodostosowywania wentylacji w celu uzyskania optymalnej wydajności przy występowaniu nieszczelności. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **Parametry regulowane** |  |  |
| 31 | IPAP min 4-50 cmH2O | TAK | TAK/NIE\* |
| 32 | EPAP/PEEP min 4- 25 cmH2O | TAK | TAK/NIE\* |
| 33 | CPAP (obwody pasywne) min 4-20 cmH2O | TAK | TAK/NIE\* |
| 34 | Wspomaganie ciśnieniowe  | TAK | TAK/NIE\* |
| 35 | Objętość oddechowa min 50-2000 ml | TAK | TAK/NIE\* |
| 36 | Częstość oddechowa min. 1-60 1/min. | TAK | TAK/NIE\* |
| 37 | Czas wdechu min. 0,3-5,0 s | TAK | TAK/NIE\* |
| 38 | Płynnie regulowany czas narastania  | TAK | TAK/NIE\* |
| 39 | Czułość wyzwalania przepływu (Trigger) min. 1-9 l/min | TAK | TAK/NIE\* |
| 40 | Zastosowanie automatycznego „triggera” wyzwalającego zmiany ciśnienia pomiędzy fazami oddechowymi (wdech – wydech oraz wydech – wdech) reagującego na spontaniczny wysiłek oddechowy pacjenta, bez konieczności manualnego dostosowania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **Parametry wyświetlane i monitorowane przez** **Respirator** |  |  |
| 41 | Objętość oddechowa  | TAK | TAK/NIE\* |
| 42 | Wentylacja minutowa  | TAK | TAK/NIE\* |
| 43 | Szacowana szybkość przecieku  | TAK | TAK/NIE\* |
| 44 | Częstość oddechu | TAK | TAK/NIE\* |
| 45 | Szczytowy przepływ wdechowy  | TAK | TAK/NIE\* |
| 46 | Szczytowe ciśnienie wdechowe  | TAK | TAK/NIE\* |
| 47 | Średnie ciśnienie w drogach oddechowych  | TAK | TAK/NIE\* |
| 48 | Procentowy udział oddechów wyzwalanych przez pacjenta  | TAK | TAK/NIE\* |
| 49 | Stosunek I:E  | TAK | TAK/NIE\* |
| 50 | W komplecie kompletny układ oddechowy jednorazowy dla dzieci  | TAK | TAK/NIE\* |
| 51 | Karta pamięci SD o pojemności 1 GB zintegrowana z oprogramowaniem respiratora | TAK | TAK/NIE\* |
| 52 | Deklaracja CE wpis do Rejestru Urzędu Wyrobów Medycznych- Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
| 53 | Usługa serwisu gwarancyjnego realizowana jest przez autoryzowany serwis producenta – podać adres i telefon kontaktowy | TAK | TAK/NIE\*…………………. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 4 - APARAT USG – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane** **parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rok produkcji aparatu wymagany ,dostarczony przez autoryzowanego dystrybutora producenta. | 2018 r. | TAK/NIE\* |
|  | **JEDNOSTKA GŁOWNA** |  |  |
|  | Aparat ze zintegrowaną stacją roboczą, systemem archiwizacji oraz videoprinterem B&W sterowanymi z panelu operatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Cztery koła skrętne z centralną blokadą min 2 kół do jazdy kierunkowej i pozycji parkingowej  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Fabrycznie wbudowany monitor LED, kolorowy, bez przeplotu | Przekątna ≥ 23caleRozdzielczość monitora≥1920x1080x24 bity | TAK/NIE\* |
|  | Aparat wyposażony w panel dotykowy z możliwością regulacji nachylenia wyzwalaną sensorem dotykowym | TAK opisać | TAK/NIE\*…………………………….. |
|  | Wysuwana klawiatura lub wirtualna klawiatura numeryczna dostępna na ekranie dotykowym. | Tak | TAK/NIE\* |
|  | Elektryczna regulacja wysokości panelu sterowania z pamięcią (możliwość ustawienia aparatu tak aby przy wyłączeniu wracał do pozycji parkingowej a po włączeniu wracał do pozycji zadanej przez operatora. | TAK opisać | TAK/NIE\*……………………………… |
|  | Panel sterowania z możliwością obrotu lewo/prawo oraz regulacji pozycji przód/tył. Blokada pozycji panelu realizowana w sposób elektromechaniczny. | TAKLewo/prawoPrzód/tyłopisać | TAK/NIE\*………………………… |
|  | Dedykowany, wbudowany podgrzewacz żelu z możliwością regulacji temperatury. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Cyfrowa regulacja TGC dostępna na panelu dotykowym, z funkcją zapamiętywania kilku preferowanych ustawień | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Skala szarości:  | TAKmin. 256 odcieni | TAK/NIE\* |
|  | Cyfrowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej  | TAKmin. 3 000 000 kanałów procesowych | TAK/NIE\* |
|  | Maksymalna dynamika systemu | TAKMin. 360 dB | TAK/NIE\* |
|  | Zakres pracy dostępnych głowic obrazowych  | TAKmin. 1-18 MHz | TAK/NIE\* |
|  | Ilość aktywnych, równoważnych gniazd do podłączenia głowic obrazowych, plus jedno gniazdo parkingowe | ≥4 aktywne + 1 parking | TAK/NIE\* |
|  | Ilość obrazów pamięci dynamicznej CINE  | ≥ 12700 | TAK/NIE\* |
|  | Maksymalny czas zapisywanych pętli filmowych w trybie „w czasie badania” (prospective) | Min. 500 sek. | TAK/NIE\* |
|  | Dysk twardy SSD | ≥500 GB | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość zarządzania uprawnieniami użytkowników nim. export obrazów, usuwanie badań  | TAKopisać | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja umożliwiająca automatyczne usuwanie badań konfigurowalne przez użytkownika | TAK opisać | TAK/NIE\* |
|  | Fabrycznie zainstalowany system ochrony antywirusowej. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Archiwizacja sekwencji filmowych na dysku twardym w czasie badania (równoległe nagrywanie) i po zamrożeniu (pętli CINE). | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość exportu obrazów i pętli obrazowych na dyski CD, DVD, pamięci Pen-Drive w formatach min. BMP, JPG, TIFF, DICOM, AVI, (dla pętli obrazowych) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **TRYBY OBRAZOWANIA** |  | TAK/NIE\* |
|  | Tryb B | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Głębokość penetracji  | ≥2-30 cm | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlany zakres pola obrazowego | ≥0-30 cm | TAK/NIE\* |
|  | Obrazowanie trapezowe na głowicach liniowych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Maksymalna prędkość obrazowania (frame rate)  | ≥1900 fps | TAK/NIE\* |
|  | Zoom dla obrazów „na żywo” i zatrzymanych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rotacji obrazu o 360° w skoku co 90° | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zmiana wzmocnienia obrazu zamrożonego i obrazu z pamięci CINE | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obrazowanie harmoniczne | ≥ 3 częstotliwości dla każdej oferowanej głowicy obrazowej | TAK/NIE\* |
|  | Obrazowanie harmoniczne z odwróconym impulsem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja automatycznej optymalizacji obrazu B przy pomocy jednego przycisku. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obrazowanie elastograficzne typu Strain dostępne na głowicach: linia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja poprawiająca wizualizację igły.  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Tryb M | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Tryb M z Dopplerem Kolorowym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Tryb Doppler Kolorowy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zakres PRF dla Dopplera kolorowego | Min. od 0,01KHz do 18KHz | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja automatycznie dostosowujące wzmocnienie w trybie Dopplera kolorowego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Maksymalny kąt pochylenia bramki Kolorowego Dopplera  | ≥ +/- 20° | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja automatycznej optymalizacji dla trybu Dopplera kolorowego min. automatyczne ustawienie i pochylenie bramki ROI realizowane po przyciśnięciu dedykowanego przycisku. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obrazowanie złożeniowe (B+B/CD) w czasie rzeczywistym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Spektralny Doppler Pulsacyjny | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Maksymalna prędkość obrazowania w trybie PWD  | ≥1000 fps | TAK/NIE\* |
|  | Zakres PRF dla Dopplera kolorowego | Min. od 1KHz do 29KHz | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja wielkości bramki w Dopplerze Pulsacyjnym | ≥0,5-20 mm | TAK/NIE\* |
|  | Tryb Triplex (B+CD/PD+PWD) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja automatycznej optymalizacji parametrów przepływu dla trybu spektralnego Dopplera pulsacyjnego min. dopasowanie skali i poziomu linii bazowej, po przyciśnięciu dedykowanego przycisku. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Jednoprzyciskowa funkcja automatycznie umieszczająca bramkę SV w trybie PWD w środku naczynia wraz z automatycznym ustawieniem kąta korekcji. | Tak | TAK/NIE\* |
|  | **INNE FUNKCJE** |  |  |
|  | Obrazowanie krzyżowe na głowicach liniowych i convex | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja powiększenia obrazu diagnostycznego - zoom | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zaawansowany filtr do redukcji szumów specklowych polepszający obrazowanie w trybie 2D z jednoczesnym uwydatnieniem granic tkanek o różnej echogeniczności. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Oprogramowanie służące do szczegółowego obrazowania drobnych obiektów (w niewielkim stopniu różniących się echogenicznością od otaczających tkanek), umożliwiające dokładną wizualizację włókien mięśniowych, przyczepów, ścięgien jak także innych struktur anatomicznych znacznie, poprawiające rozdzielczość uzyskanych obrazów. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zaawansowany tryb Dopplerowski dedykowany do obrazowania wysokiej czułości i rozdzielczości do wykrywania bardzo wolnych przepływów. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł komunikacji DICOM 3.0Obsługa Worklisty | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Oprogramowanie pomiarowe do badań min:* brzusznych
* kardiologicznych
* ginekologicznych
* położniczych
* echo płodu
* mięśniowoszkieletowych
* pediatrycznych
* małych narządów
* transkranialnych
* urologicznych
* tętnice szyjne
* żyły kończyn górnych
* tętnice kończyn górnych
* żyły kończyn dolnych
* tętnice kończyn dolnych
 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pomiary podstawowe na obrazie:* pomiar odległości,
* obwodu,
* pola powierzchni,
* objętości

Możliwość przypisania kolejności wykonywania pomiarów do danego użytkownika, funkcja automatycznego rozpoczynania kolejnego pomiaru po wykonaniu uprzedniego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość stworzenia własnych pomiarów i formuł obliczeniowych. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja obrazująca powiększenie znacznika pomiarowego (lupa), pozwalająca wykonywać pomiary z bardzo dużą precyzją bez konieczności powiększania obszaru zainteresowania. Okno powiększenia wyświetlone poza obrazem diagnostycznym. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość tworzenia protokołów badań – sekwencje następujących po sobie zdarzeń min. pomiary, zmiana trybów obrazowania.Obrazowanie panoramiczne dostępne na głowicach liniowych oraz convex | TAKTAK | TAK/NIE\* |
|  | **GŁOWICE** |  |  |
|  | Głowica convex wykonana w technologii Single Cristal lub matrycowej do badań brzusznych oraz ginekologiczno-położniczych- zakres częstotliwości pracy min. 1-7 MHz- ilość elementów: min. 160- kąt skanowania: min. 70°- głowica umożliwiająca pracę w trybie elastografii akustycznej - możliwość pracy z przystawką biopsyjną | TAK, opisać | TAK/NIE\*……………………………… |
|  | Głowica micro-convex do badań naczyniowych oraz pediatrycznych-Zakres częstotliwości pracy min. 4-9 MHz-Ilość elementów: min. 128-Kąt skanowania: min. 92 ° | TAK, opisać | TAK/NIE\*……………………………… |
|  | Głowica liniowa do badań mięśniowo szkieletowych, małych narządów, naczyniowych- zakres częstotliwości pracy min. 3-12 MHz- ilość elementów: min. 256- szerokość skanu: min 50 mm- możliwość pracy z przystawką biopsyjną | TAK, opisać | TAK/NIE\*……………………………… |
|  | Głowica liniowa do badań mięśniowo szkieletowych, małych narządów, naczyniowychZakres częstotliwości pracy min. 4-18 MHz-Ilość elementów: min. 288-możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej | TAK, opisać | TAK/NIE\*……………………………… |
|  | Videoprinter medyczny cyfrowy B/W | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **Możliwości rozbudowy aparatu dostępne na dzień składania ofert:** |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę endokawitarną do badań urologicznych oraz ginekologiczno-położniczych  Zakres częstotliwości pracy min. 3-12 MHz- możliwość pracy z przystawką biopsyjną  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę convex do badań pediatrycznych, brzusznych oraz ginekologiczno-położniczych-Zakres częstotliwości pracy min. 3-10 MHz-Ilość elementów: min. 192-Kąt skanowania: min. 58°-możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową do badań mięśniowo-szkieletowych, małych narządów, naczyniowychZakres częstotliwości pracy min. 3-16 MHz-Ilość elementów: min. 190-szerokość skanu: max 40 mm-możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową wykonana w technologii matrycowej do badań mięśnioszkieletowych, małych narządów, naczyniowych oraz brzusznych- zakres częstotliwości pracy min. 4-15 MHz- ilość elementów: min. 1000- szerokość skanu: min. 50 mm | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Mozliwosć rozbudowy o głowicę liniową typu „hockey” do badań mięśnioszkieletowychZakres częstotliwości pracy min. 3-16 MHz-Ilość elementów: min. 128-szerokość skanu: max 26 mm | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową do badań mięśniowo-szkieletowych, małych narządów, naczyniowych oraz brzusznych- zakres częstotliwości pracy min. 2-9 MHz- ilość elementów: min. 190- szerokość skanu: min 44 mm- możliwość pracy z przystawką biopsyjną- głowica umożliwiająca pracę w trybie elastografii akustycznej  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie z użyciem środków kontrastujących w trybie Low MI z możliwością analizy napływu środka kontrastującego w czasie, wewnątrz zaznaczonego obszaru. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł: Elastografia akustyczna typu Shearwave umożliwiająca wykonanie pomiarów prędkości rozchodzenia się fali poprzecznej, działająca na głowicach: liniowej i convex. Wynik podany w m/s lub kPa wraz ze współczynnikiem jakości wykonanego pomiaru (w polu wyniku). Raport z możliwością oddzielnego wyświetlenia min. 4 różnych obszarów badania po min. 10 wykonanych pomiarów w każdym z nich. Możliwość manualnej edycji (usunięcie) błędnego pomiaru zarówno w polu raportu jak i na ekranie głównym w trakcie badania, możliwość automatycznej oraz półautomatycznej edycji (usunięcia błędnych pomiarów) w polu raportu wraz z możliwością powrotu do wykonania kolejnych pomiarów. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie 3D/4D | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję poprawiającą jakość obrazowania wolumetrycznego np. HDVI lub VSRI | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o Dicom Q/R | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję oprogramowania elastograficznego dedykowanego do badań piersi – obliczanie „strain ratio” na podstawie wybranego jednego obszaru zainteresowania (ROI). System automatycznie wykrywa tkankę referencyjną i automatycznie kalkuluje „strain ratio” | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję oprogramowania elastograficznego dedykowanego do badania tarczycy, elastografia bezuciskowa z wykorzystaniem pulsacji tętnicy szyjnej. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniowa wolumetryczna pracującą w zakresie min. 3-14 MHz- zakres częstotliwości pracy min. 4-15 MHz- ilość elementów: min. 1000- szerokość skanu: min. 50 mm | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **Inne wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Integracja z funkcjonującymi w Pracowni systemami RIS i PACS | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Usługa serwisu gwarancyjnego realizowana jest przez autoryzowany serwis producenta – podać adres i telefon kontaktowy | TAK | TAK/NIE\*…………………. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 5 - APARAT DO PODGRZEWANIA PŁYNÓW IFNUZYJNYCH – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane** **parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
|  | Aparat fabrycznie nowy; rok produkcji, nie wcześniej niż 2018 r. | TAK, podać | TAK/NIE\* ……………….. |
|  | Przepływowy podgrzewacz krwi i płynów infuzyjnych. | TAK, podać | TAK/NIE\* ……………….. |
|  | System składający się ze sterownika z przewodem zasilającym i ogrzewacz.  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Do systemu dedykowane wkłady jednorazowe dla jednego pacjenta o czasie użycia 24 godziny.  | TAK, podać  | TAK/NIE\* ……………………………… |
|  | Temperatura grzania ustalona na stałym poziomie 40°C (+/-5°C) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Temperatura pracy od -5°C (+/-5°C) do 50°C (+/-5°C) |  |  |
|  | Przepływ maksymalny 200 ml/min. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czas ogrzewania do osiągnięcia zadanej temperatury do 18 sekund (+/-5 s.) od wypełnienia wkładu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość umieszczenia ogrzewacza w odległości kilkunastu centymetrów od miejsca wlewu w celu zminimalizowania utraty temperatury podawanych płynów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Stopień ochrony ogrzewacza minimum IP67 zapewniający możliwość zanurzenia w wodzie do 30 minut, na głębokość do 91 cm. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zgodność wkładu jednorazowego z zestawami infuzyjnymi według normy ISO 8536-5 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ogrzewacz o wymiarach: 12 cm x 6 cm x 3 cm (+/- 2 cm)  | TAK, podać  | TAK/NIE\*…………………………… |
|  | Sterownik o wymiarach: 23 cm x 16 cm x 9 cm (+/- 2 cm) | TAK, podać  | TAK/NIE\*…………………………… |
|  | Waga max. 2 kg. Waga bez wkładu max. 400 g. | TAK, podać  | TAK/NIE\*…………………………… |
|  | W zestawie jednorazowy, sterylny wkład (10 szt.) z przedłużaczem o długości min. 7,5 cm: wkład dedykowany dla jednego pacjenta do ogrzewacza.. Możliwość podłączenia do dowolnego zestawu infuzyjnego ze standardowym łącznikiem luer. Wkład może pozostawać w obwodzie i być transportowany razem z pacjentem przez 24 godziny. Objętość wstępnego wypełniania min. 4 ml. Sterylizowany radiacyjnie, niepirogenny, wykonany z materiałów niezawierających lateksu, kauczuku naturalnego, ftalanu DEHP.  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona w momencie dostawy | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 6 - APARAT DO SZYBKIEGO PRZETACZANIA PŁYNÓW - POMPA INFUZYJNA OBJĘTOŚCIOWA – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp**. | **Parametry i funkcje** | **Wymagane** **parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| 1 | Pompa perystatyczna, objętościowa fabrycznie nowa; rok produkcji, nie wcześniej niż 2017 r. | TAK | TAK/NIE\* |
| 2 | Możliwość pracy w trybie objętościowym i wagowym  | TAK | TAK/NIE\* |
| 3 | Minimalny zakres, szybkość dozowania  | Min. 1-1000ml/h, programowanie co 0,1ml | TAK/NIE\* |
| 4 | Szybkości podania dawki uderzeniowej  | Maks.1500ml/h | TAK/NIE\* |
| 5 | Możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji | TAK | TAK/NIE\* |
| 6 | Możliwość bezpiecznego podania dawki uderzeniowej w dowolnym momencie infuzji z dowolną prędkością | TAK | TAK/NIE\* |
| 7 | Alarm dźwiękowy  | TAK | TAK/NIE\* |
| 8 | Czas pracy pompy przy szybkości 5ml/h | Min. 10 h | TAK/NIE\* |
| 9 | Czas ładowania akumulatora od 0 do 100% | Maks. 24h | TAK/NIE\* |
| 10 | Komunikaty w języku polskim.  | TAK | TAK/NIE\* |
| 11 | Konwersacyjny system obsługi | TAK | TAK/NIE\* |
| 12 | Wielostopniowy pomiar okluzji  | TAK | TAK/NIE\* |
| 13 | Informacja o stanie naładowania akumulatora | TAK | TAK/NIE\* |
| 14 | Funkcja wypełnienia drenu | TAK | TAK/NIE\* |
| 15 | Funkcja Stand-By | TAK | TAK/NIE\* |
| 16 | Testy użytkownika | TAK | TAK/NIE\* |
| 17 | Programowanie nazwy leku | TAK | TAK/NIE\* |
| 18 | Historia zdarzeń dostępna z pulpitu pompy i w postaci pliku XML | TAK | TAK/NIE\* |
| 19 | Uchwyt do przenoszenia (ultrdziwiękowy) | TAK | TAK/NIE\* |
| 20 | Możliwość mocowania na statywie, szynie | TAK | TAK/NIE\* |
| 21 | Detektor powietrza | TAK | TAK/NIE\* |
| 22 | Zasilanie | 50Hz | TAK/NIE\* |
| 23 | 50szt drenów jednorazowych | TAK | TAK/NIE\* |
| 24 | Instrukcja obsługi (pisemna) w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
| 25 | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
| 26 | Usługa serwisu gwarancyjnego realizowana jest przez autoryzowany serwis producenta – podać adres i telefon kontaktowy | TAK | TAK/NIE\*…………………. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 7 – PULSOKSYMETR – 9 SZTUK**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
|  | Rok produkcji – urządzenie fabrycznie nowe |  2018 r. | TAK/NIE\* |
|  | Pulsoksymetr przenośny z alarmami | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czujnik SpO2 klips na palec dla dorosłych i dzieci | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dokładność pomiaru saturacji w minimalnym zakresie: Dzieci/dorośli Od 70% do 100%: ±2 cyfry[%] Od 50% do 69%: ±3 cyfry[%] Noworodki Od 70% do 100%: ±3 cyfry[%] Od 50% do 69%: ±4 cyfry[%] | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pomiar pulsu- zakres pomiaru pulsu od 30 do 250 uderzeń na minutę.- rozdzielczość 1 ud/min.- alarm wizualny i dźwiękowy z regulowanymi granicami, możliwość wyciszenia alarmu (czasowe lub stałe). | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pamięć mierzonych parametrów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie:- sieciowe 230V, 50 Hz- baterie profesjonalne lub akumulatory- czas pracy do 10godzin.- zasilanie akumulatorowe na min. 8 godzin | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Waga do 400 g | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Oprogramowanie pozwalające na przesyłanie danych do komputera | TAK | TAK/NIE\* |
|  | czujniki spO2 – wielorazowego użytku dla dorosłych i dzieci | TAK | TAK/NIE\* |
|  | komunikaty wyświetlane w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Przeznaczony dla wszystkich kategorii wiekowych, wyposażony w odpowiednie algorytmy pomiarowe.Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do wybranej kategorii wiekowej pacjenta  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlane parametry: SpO2, krzywa pletyzmograficzna, wskaźnik pulsuDopuszcza się wyświetlanie wartości pulsu i saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej w postaci wykresu słupkowego, tzw. SIQ, Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wysoka dokładność i jakość odczytu przy ruchach pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |

**UWAGI:**

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 8 - ANALIZATOR PARAMETRÓW KRYTYCZNYCH – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji analizatora parametrów krytycznych, nie wcześniej niż 2017r. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Analizator parametrów krytycznych do ocenyrównowagi kwasowo- zasadowej, elektrolitów i metabolitów.Parametry mierzone: pH, pCO2, pO2, Na ⁺, K ⁺, Cl ⁻, Ca ²⁺, ctHb, O2Hb, sO2, COHb, MetHb, Hb, HHb,Glukoza, Mlecznany, Bilirubina całkowita. Pomiar HbF jako dodatkowy atut analizatora, nie jest wymagany. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Uzyskanie wyników wszystkich parametrów mierzonych z objętości próbki nie większej niż 150 ul dla krwi kapilarnej.Zamawiający jako równoważne rozwiązanie dopuszcza:Uzyskanie wyników wszystkich parametrów mierzonych z objętości próbki nie większej niż 100 ul dla krwi kapilarnej lubUzyskanie wyników dla parametrów „pełnego panelu” mierzonych z objętości próbki nie większej niż 150 ul dla krwi kapilarnej, jak i tętniczej oraz parametrów dla panelu gazometria, hematokryty, elektrolity, glukoza, mleczany dla krwi kapilarnej nie większej niż 100 ul. | TAK, podać, opisać  | TAK /NIE\*…………………… |
|  | Czas uzyskania wyniku nie dłuższy niż 2 minuta. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podawanie próbki bezpośrednio ze strzykawki lub kapilary. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wykonania analizy z krwi pełnej heparynizowanej i z surowicy. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Prosta komunikacja z operatorem za pomocą przejrzystego oprogramowania w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wpisywania szczegółowych danych pacjenta. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowana drukarka. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowany czytnik kodów kreskowych. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowany akumulator umożliwiający pracę analizatora przez minimum 30 minut. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowane mieszadło strzykawek, mile widziane. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wszystkie odczynniki, materiały kalibracyjne, walidacyjne, kontrolne, oraz pojemnik na ścieki zintegrowane w postaci jednej kasety lub pakietu. Ważność po zainstalowaniu na pokładzie analizatora min. 30 dni.Zamawiający dopuszcza jako rozwiązanie równoważne:Wykonanie kalibracji za pomocą zewnętrznego kalibratora w odstępach nie dłuższych niż 6 miesięcy. Zamawiający wymaga, aby sposób przeprowadzenia kalibracji i czas jej trwania nie utrudniał pracy personelu, tym samym kalibracja winna trwać nie dłużej niż 5 minut, a Wykonawca zobowiązany jest w ramach wartości oferty uwzględnić pracę inżyniera serwisowego.  | TAK, podać, opisać | TAK/NIE\*…………………… |
|  |  Wszystkie elektrody, sensory pomiarowe zintegrowane w postaci łatwo wymienialnej kasety/kardridża, z możliwością wielokrotnej deinstalacji i ponownej instalacji w celu usunięcia niedrożności, bez utraty testów. Ważność po zainstalowaniu na pokładzie analizatora min. 30 dni lub do wyczerpania testów. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowany program automatycznej kontroli jakości, wykonujący kontrolę jakości codziennie na 3 poziomach (łącznie 3 wyniki kontroli dziennie). | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość dwukierunkowej współpracy z siecią LIS/HIS | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podpięcie do systemu laboratoryjnego i szpitalnego.(aktualnie InfoMedica f. Asseco ) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rzeczywisty kontakt z inżynierem serwisowym 24 godz. /dobę | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kapilary z heparyną litową balansowane jonami Ca²⁺ objętość nie mniej niż 175 ul (+/- 5 ul) – 50 sztuk  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ilość wykonywanych oznaczeń ok.25/dzień , 800 / miesiąc. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łatwy i szybki sposób przenoszenia analizatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Data ważności wszystkich odczynników minimum 9 miesięcy od daty dostawy.  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zapewnienie aktualizacji oprogramowania  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Usługa serwisu gwarancyjnego realizowana jest przez autoryzowany serwis producenta – podać adres i telefon kontaktowy | TAK | TAK/NIE\*…………………. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 9 - ZESTAW DO TRUDNEJ INTUBACJI – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Video laryngoskop bezprzewodowy ze zintegrowanym kolorowym wyświetlaczem LCD o przekątnej nie mniejszej niż 2,5 ‘’ | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlacz LCD obrotowy w płaszczyźnie pionowej z zakresemregulacji min 45 stopni | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kamera CMOS | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Źródło światła: LED | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wskaźnik pozostałego czasu działania baterii | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Urządzenie zasilane baterią litową o standardowym czasie działania nie krótszym niż 250 min. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wizualny wskaźnik konieczności wymiany baterii | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Waga urządzenia nie większa niż 250g | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dostępne łyżki sterylne jednorazowego użytku w rozmiarze: 2,3,4 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dostępne łyżki przeznaczone do stosowania w trudnych i bardzo trudnych intubacjach w rozmiarze 3 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Na wyposażeniu łyżki sterylne wykonane z polimeru optycznego do zastosowań medycznych rozmiar 1,2,3,4 | TAK 1 op. (50 szt.) rozm. 3  | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja obsługi (pisemna) w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Usługa serwisu gwarancyjnego realizowana jest przez autoryzowany serwis producenta – podać adres i telefon kontaktowy | TAK | TAK/NIE\*…………………. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

 **Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 10 - ZESTAW DO INTUBACJI I WENTYLACJI – 6 SZTUK**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji  | 2018 r. | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wentylacji pacjentów o masie ciała powyżej 15 kg | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość podłączenia zaworu PEEP na zaworze pacjenta bez potrzeby stosowania dodatkowych złączek | TAK,  | TAK/NIE\* |
|  | Zastawka PEEP z regulacją do 10 cmH2O | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dodatkowa powłoka worka zabezpieczająca przed wytworzeniem zbyt wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych bez skokowej utraty objętości | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość podłączenia rezerwuaru tlenu bezpośrednio do zaworu pacjenta w celu umożliwienia prowadzenia wentylacji spontanicznej 100% tlenem  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Maski z miękkim pompowanym mankietem, dobrze przylegające do twarzy o rozmiarach 2, 3/4, 5  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zabezpieczenie przed wypadaniem z ręki w postaci paska | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość sterylizacji wszystkich elementów resuscytatora w autoklawie w temp 134°C(włącznie z rezerwuarem tlenu)  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Objętość worka *minimum* 1200 ml | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

UWAGI:

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów za wyjątkiem pozycji 6 (opcjonalnie)

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 11 - APARAT DO POWIERZCHOWNEGO OGRZEWANIA PACJENTA - MATERAC DO OGRZEWANIA PACJENTA – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji | 2018 r. | TAK/NIE\* |
| 2. | - urządzenie grzewcze pracujące w temperaturze w zakresie minimum od 30 ÷ 37 oC do 40oC | TAK | TAK/NIE\* |
| 3.  | - długość 120÷150 cm - 200 cm | TAK | TAK/NIE\* |
| 4.  | - czujnik wyłączający urządzenie, | TAK | TAK/NIE\* |
| 5.  | - sensor odczytujący temperaturę ciała – opcjonalnie | TAK, opcjonalnie  | TAK/NIE\* |
| 6.  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów za wyjątkiem pozycji 6 (opcjonalnie)

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy