**ZMODYFIKOWANY dnia 25.07.2019r. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 5 - Łóżka elektryczne z panelem sterowania dla dorosłych**

**(5 sztuk dla oddziału neurologicznego)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Komplet łóżko elektryczne „wzmożonego nadzoru”** **z panelem sterowania dla dorosłych oraz szafką przyłóżkową. Ilość: 5 kompletów**.Wyposażenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
| **Parametry i funkcje łóżka elektrycznego z panelem sterowania dla dorosłych** |
|  | Zasilanie 230V/50Hz z sygnalizacją włączenia łóżka do sieci. Kabel zasilający na przewodzie skręcanym, rozciągliwym. Sygnalizacja włączenia / wyłączenia z prądu działająca w sytuacji wyrwania kabla z gniazdka, uszkodzenia łóżka lub awarii gniazdka. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | **Modyfikacja:**Układ elektryczny wyposażony w akumulator z funkcją zachowania energii umożliwiającej włączenie funkcji CPR podczas rozładowywania dla pozostałych regulacji w przypadku niepodpięcia do sieci.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Akumulator ze wskaźnikiem naładowania i diagnozowaniem żywotności baterii. **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania łóżka** **z akumulatorem bez diagnozowania jego żywotności)** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła z centralną blokadą kół oraz funkcją jazdy na wprost i obrotu.Średnica kół 15 cm (+/- 3 cm).Koła jezdne wykonane z tworzywa niebrudzącego podłóg bieżnikiem.Dźwignie blokady dostępne przy kołach minimum od strony nóg pacjenta. Graficzne oznaczenie użytkowanej funkcji blokady. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Bezpieczne (nie narażające bezpieczeństwa pacjenta) obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów łóżka minimum 250 kg. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia poprzez wyłączenie regulacji łóżka w przypadku przekroczenia obciążenia.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | System elektryczny łóżka wyposażony w pamięć min. 500 funkcji, przeciążeń oraz błędów **Modyfikacja - Zamawiający nie wymaga ww. funkcji, ale należy podać czy system elektryczny łóżka jest wyposażony w pamięć zdarzeń.** **Jeżeli tak – należy podać ile zdarzeń rejestruje pamięć.** | Należy podać | podać……. |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:* Długość całkowita: nie większa niż 225 cm
* Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami: nie większa 100 cm
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Wymiary leża minimum 90 x 200 cm.Możliwość wydłużenia leża mechanizmem samozatrzaskowym o min. 15 cm  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Szczyty łóżka tworzywowe z jednego odlewu. Szczyty wyjmowane bez użycia narzędzi, posiadające blokadę oraz wizualne oznaczenie pozycji blokady. Blokada poprzez pojedynczy przycisk zlokalizowany w dolnej części szczytu.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe, w tym 3 segmenty ruchome. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Leże łóżka oparte na kolumnach cylindrycznych | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Panele leża z otworami wentylacyjnymi i systemem odprowadzania płynów pod łóżko. Leże wypełnione panelami tworzywowymi, gładkimi i montowanymi w sposób umożliwiający ich łatwy demontaż (bez śrub i elementów łączących, bez użycia narzędzi). Panele odporne na środki dezynfekcyjne.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | **Panel sterowniczy dla personelu:**- podzielony na min. 3 strefy kolorystyczne ułatwiające szybką, intuicyjną obsługę,**(Zamawiający dopuszcza łóżko z panelem centralnym bardzo intuicyjnym w obsłudze, bez trzech stref kolorystycznych.)**- zawierający wszystkie regulacje i funkcje pozycji zaprogramowanych, - przewodowy, z możliwością powieszenia na szczycie łóżka od strony nóg pacjenta oraz z możliwością schowania na półce na pościel pod leżem,- selektywna blokada funkcji przyciskami na panelu oraz kontroli informujące o zablokowanych funkcjach, - sygnał dźwiękowy przy próbie użycia zablokowanej funkcji.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | System bezpieczeństwa chroniący przed nieumyślnym uruchomieniem funkcji elektrycznych poprzez konieczność wciśnięcia przycisku aktywującego.  Przycisk bezpieczeństwa powodujący natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych łóżka poza funkcjami ratunkowymi w przypadku wystąpienia zagrożenia oraz w przypadku braku podłączenia do sieci tj. podczas pracy na akumulatorze. Przycisk aktywujący wszystkie funkcje elektryczne dostępny na każdym sterowniku łóżka. **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania łóżka bez przycisków aktywujących – realizacja odbywa się przez naciśniecie (aktywacji) przycisku wybranej funkcji elektrycznej łóżka. Zamawiający wymaga, aby łóżko posiadało jeden przycisk odłączający wszystkie funkcje elektryczne.)** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Stan uśpienia łóżka (tj. odłączenie wszelkich regulacji poza funkcjami ratunkowymi) po 3-5 minutach nieużywania regulacji. **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania łóżka bez stanu uśpienia)** | Należy podać  | podać……. |
|  | Pilot dla pacjenta: - wbudowany w barierki boczne, minimum 4 sterowniki po obu stronach łóżka, od wewnętrznej i zewnętrznej strony barierek, - z podstawowymi funkcjami: wysokość, zmiana nachylenia segmentu pleców i segmentu uda oraz autokontur, - posiadający podświetlane przyciski ułatwiające sterowanie łóżkiem w nocy, **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania pilota przewodowego bez podświetlanych przycisków)**- bez regulacji pozycji zaprogramowanych.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Łóżko z funkcjami zaprogramowanymi w pojedynczych przyciskach.Funkcje:- Trendelenburga- antyTrendelenburga - reanimacyjna (CPR), - krzesło kardiologiczne, - antyszokowa, - egzaminacyjna.Funkcje dostępne z panelu sterowniczego dla personelu.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Elektryczna regulacja autokonturu. Jednoczesne podnoszenie lub opuszczanie segmentów pleców i uda.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga 15 st. (+/- 3 stopnie) i anty – Trendelenburga 15 st. (+/- 3 stopnie) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od 35 cm (+/- 5 cm) do 75 cm, (+/- 5 cm) **Zamawiający dopuszcza regulację w zakresie 38 - 84 cm**  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Elektryczna regulacja oparcia pleców Kąt segmentu oparcia pleców: regulacja w zakresie od 0 do 65° (+/-5°)**(Zamawiający dopuszcza elektryczną regulację oparcia pleców w zakresie 0-72° )** | TAK  | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Elektryczna regulacja **segmentu uda**Kąt segmentu uda: regulacja w zakresie od 0 do 30° (+/-5°)**(Zamawiający dopuszcza łóżko z regulacją segmentu uda w zakresie 0-43°, tym samym zakres min. oczekiwanego ruchu segmentu wynosi 0° ÷ 43°, czyli zakres min. 0° ÷ 25° max. do 43°)** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Funkcja automatycznego zatrzymania oparcia pleców pod kątem 30° przy regulacji w dowolnym kierunku. Zatrzymanie przy regulacji segmentu pleców z każdego sterownika.**(Modyfikacja - Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania łóżka bez automatycznego zatrzymania oparcia pleców pod kątem 30°. Należy opisać rozwiązanie równoważne spełniające funkcję automatycznego zatrzymania oparcia pleców.)** | Należy podać  | podać……. |
|  | Funkcja CPR mechaniczna dostępna niezależnie od ułożenia barierek bocznych.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Funkcja autoregresji (niwelująca ryzyko powstania odleżyn) w segmencie:- pleców: min. 10 cm, - uda: min. 5 cm. **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania łóżka z autoregresją w części lędźwiowej (autoregresja tylko oparcia pleców) w zakresie 9 cm bez uda oraz dopuszcza łóżka z funkcją „podwójnej autoregresji” 16,5 cm lub 18 cm (jednoczesna autoregresja oparcia pleców oraz segmentu uda podczas podnoszenia segmentów)** | TAK, podać | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Funkcja podwójnej autoregresji, czyli system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów. **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania łóżka bez podwójnej autoregresji)** | Należy podać | podać……. |
|  | **Komplet barierek bocznych** tworzywowych, dzielonych i poruszających się z segmentami leża, zabezpieczające pacjenta w pozycji leżącej oraz siedzącej. Barierki boczne:- zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, - z uchwytami służącymi do podparcia podczas mobilizacji pacjenta, - składane bez potrzeby zwiększania powierzchni manipulacyjnej wokół łóżka czyli ponad 5 cm (+/- 2 cm), - składane wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku, mechanizm zwalniania, pozycjonowania barierek jedną ręką umieszczony w miejscu łatwo dostępnym, wspomagany sprężyną gazową,**(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania łóżka z barierkami bocznymi składanymi przy udziale dwóch rąk)**- opuszczane poniżej poziomu materaca i nie powodujące poszerzania łóżka niezależnie od ich ułożenia, - zabezpieczone przed nieświadomym otwarciem poprzez mechanizm otwierania w dwóch ruchach (tj. odwiedzenie/ dociśnięcie/ podniesienie barierki w celu zwolnienia mechanizmu blokującego),- spełniające normy bezpieczeństwa EN 60601-2-52 (komplet barierek do każdego z łóżek).  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Barierki boczne posiadające wbudowany cieczowy wskaźnik kąta nachylenia leża oraz segmentu pleców z zaznaczeniem katów min. 30 i 60 stopni; Wskaźnik kąta z kolorową cieczą informujący poprzez zmianę koloru podświetlenia o trybie:- czuwania,- gotowości do użycia, - najniższej pozycji leża. **(Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia oferty na łóżko bez wbudowanego cieczowego wskaźnika w barierkach bocznych – należy podać rozwiązanie równoważne. )****(Zamawiający** **dopuszcza wbudowane kątomierze w barierkach bocznych zamiast indykatorów świetlnych)** | Należy podać  | podać……. |
|  | W każdym z narożników łóżka tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki. **(Zamawiający dopuszcza cztery haczyki do zawieszenie np. woreczków na płyny fizjologiczne – po dwa haczyki na każdą stronę)** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe chroniące ściany i łóżko przed uderzeniami i otarciami. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | **Pozostałe wyposażenie łóżka** (każdego z zamawianych łóżek):* Wysuwana spod szczytu łóżka od strony nóg rozkładana półka na pościel lub torbę pacjenta,

**(Zamawiający dopuszcza półkę nierozkładaną)*** Uchwyt na worki urologiczne zintegrowany z barierkami bocznymi.
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
| **Parametry i funkcje szafki przyłóżkowej** |
|  | Szafa przyłóżkowa o wymiarach: wysokość 90 cm (+/- 3 cm),szerokość 50 cm (+/- 3 cm), głębokość 50 cm (+/- 3 cm)Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania szafki przyłóżkowej o wymiarach:- wysokość: 84cm ÷ 93 cm,- szerokość: 47cm ÷ 60 cm, - głębokość: 40cm ÷ 53 cm.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Konstrukcja szafki wykonana ze stali ocynkowanej i malowanej proszkowo. Szafka odporna na działanie promieni UV oraz środków dezynfekcyjnych **(Zamawiający dopuszcza szafkę przyłóżkową z korpusem wykonanym z profili aluminiowych, z ramkami szuflad oraz bokami szafki wykonanymi z ocynkowanej blachy stalowej malowanej proszkowo oraz frontami szuflad wykonanymi z tworzywa hpl)** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Blat szafki wykonany z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę. Uwaga: możliwość wyboru koloru blatu przed realizacją dostawy. **(Zamawiający dopuszcza szafkę przyłóżkową z blatami wykonanymi z tworzywa hpl)** | TAK, podać  | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Blat górny oraz blat boczny z obrzeżem zabezpieczającym przed zsuwaniem się przedmiotów.**(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania szafki, gdzie blat górny posiada na 2 bocznych krawędziach listwy aluminiowe w kształcie litery C oraz na tylnej krawędzi aluminiowy reling i blat boczny wyposażony w 2 listwy aluminiowe w kształcie litery C przy spełnieniu pozostałych parametrów OPZ w tym możliwości chowania blatu bocznego zgodnie z pkt. 40 OPZ)** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Szafka wyposażona w blat boczny z regulacją wysokości wspomaganą za pomocą sprężyny gazowej w zakresie 70-110 cm (+/- 5 cm), czyli 65 cm ÷ 115 cm. (Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania szafki wyposażonej w blat boczny z regulacją wysokości wspomaganą za pomocą sprężyny gazowej w zakresie 74 - 104 cm)(Zamawiający dopuszcza regulację wysokości blatu bocznego 845 – 1115 mm) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Blat boczny chowany w korpus szafki niewystający poza obrys. Regulacja kąta pochylenia blatu o min. 60 stopni z możliwością zatrzymania pochylenia w pozycjach pośrednich. Zamawiający modyfikuje OPZ:Regulacja kąta pochylenia blatu o min. 30 stopni.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Szafka wyposażona w uchwyty typu litera „C”:- dwa na blacie szafki służące do przetaczania szafki, - na boku szafki służące do przesuwania szafki lub jako uchwyty np. na ręcznik. Uchwyty metalowe lakierowane proszkowo lub powlekane tworzywem. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Szafka wyposażona w dwie szuflady wykonane z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego lub równoważnego, odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Szuflady wysuwane na prowadnicach suwnych.**(Zamawiający dopuszcza szafkę przyłóżkową z szufladami przesuwanymi na prowadnicach rolkowych)** | TAK, podać | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Dwustronna tworzywowa półka pomiędzy szufladami.**(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania szafki przyłóżkowej z półką między szufladami otwartą tylko od frontu szafki)** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Dwustronna metalowa półka pod dolną szufladą przeznaczona na obuwie pacjenta. **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania szafki przyłóżkowej z półką na obuwie wykonaną z ABS.)** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Szafka przejezdna wyposażona w 4 podwójne kółka o średnicy min. 8 cm (+/- 2 cm). Koła blokowane centralnie.Koła szafki blokowane układem hamulcowym z pokrętłem lub przyciskiem dostępnym na wysokości górnej szuflady lub blatu górnego. (Zamawiający dopuszcza:- możliwość zaoferowania proponowanej w pytaniu szafki przyłóżkowej z kołami o średnicy 5 cm i posiadającymi indywidualną blokadą znajdującą się bezpośrednio przy kołach;- szafkę przejezdną, wyposażoną w 4 podwójne kółka o średnicy 50 mm, w tym dwa koła z blokadą uruchamianą stopą;- szafkę przejezdną z blokadą dwóch kół wykonanych z tworzywa. Szafka wyposażona w blokadę diagonalną.) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Mechanizm blokujący wbudowany w konstrukcję szafki (niewystający poza obrys co zmniejsza ryzyko uszkodzenia) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
| **Pozostałe wymagania** |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:*** Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych,

**W pakiecie 5 Zamawiający dopuszcza deklarację zgodności bez znaku CE przy zastrzeżeniu, iż produkt został oznaczony znakiem CE, a z dokumentów (czyli deklaracji zgodności lub innego dokumentu) wynika, jakie normy spełnia wyposażenie*** Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie
* Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | **GWARANCJA, SZKOLENIE I SERWIS:**1. Szkolenie z obsługi urządzenia i serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw i przeglądów serwisowych.
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Autoryzowane punkty serwisowe (podać adres i telefon, co najmniej jednego punktu).
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego wyposażenia w okresie trwania gwarancji, które zostały wliczone w cenę oferty (obejmujących dojazd i robociznę), które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie wyposażenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następny przegląd – zgodnie z zaleceniami producenta. Zamawiający wymaga, w przypadku gdy kolejny przegląd zgodnie z zaleceniami producenta wypada już poza okresem gwarancji, by Wykonawca przeprowadził taki przegląd przed upływem terminu gwarancji (np. przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji, jeżeli gwarancja wynosi 2 lata).
 | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
| 1. Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:
* nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia,
* nazwa producenta,
* typ urządzenia i numer seryjny,
* data rozpoczęcia eksploatacji.

W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:* uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu,
* poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu,
* datę wykonania powyższych czynności,
* datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia.
 | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

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

* 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 potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy