Załącznik nr 2 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet 14 Pulsoksymetr (4 sztuki)**

Nazwa Producenta ………………………………

Nazwa/Model/Typ Wyposażenia ………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis/****oferowany parametr/****odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |
|  | Pulsoksymetr fabrycznie nowy – rok produkcji 2020  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Pulsoksymetr stacjonarno-przenośny z odłączanym modułem transportowym posiadającym niezależne zasilanie akumulatorowe | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Waga zestawu z akumulatorem max 2 kg  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wymiary: szerokość x głębokość x wysokość: 215mm x 180mm x 82 mm (+/- 20 mm dla każdego wymiaru ) | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Zasilanie sieciowe 230V AC 50/60 Hz | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Zasilanie z wewnętrznego akumulatora na minimum 5 godzin | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Czas ładowania akumulatora do pełnej mocy: maksymalnie 6 godzin | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Panel z przyciskami funkcyjnymi i wskaźnikami parametrów na przedniej płycie aparatu | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Pomiar saturacji w zakresie min. 0-100% | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Pomiar tętna w zakresie min. 30-250 bpm | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Dokładność pomiaru saturacji w minimalnym zakresie: Dzieci/dorośli Od 70% do 100%: ±2 cyfry[%] Od 50% do 69%: ±3 cyfry[%]  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Noworodki Od 70% do 100%: ±3 cyfry[%] Od 50% do 69%: ±4 cyfry[%] | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wyświetlaczem LCD lub LED min. 4,3”  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Regulacja jasności wyświetlacza min. 4 poziomów | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Min. 4 trybów wyświetlania.  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Możliwość pracy w płaszczyźnie poziomej i pionowej | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Selektywne włączane/wyłączane alarmy dla wszystkich parametrów | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Ustawianie granic alarmów wszystkich parametrów | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Możliwość min. 3 stopniowego zawieszania alarmów: min. 30 sekund, 1min., 2 min., | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Alarmy wizualne oraz dźwiękowe SpO2 oraz częstości tętna | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 5 poziomów | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | 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\*podać………….. |
|  | Częstość pulsu  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Procentowy pomiar SpO2  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wskaźnik perfuzji | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wskaźnik stanu pracy – sieć/akumulator | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Sygnalizacja odłączenia czujnika saturacji | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Krótki trend SpO2 oraz PR z ostatnich min.30 min. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy rozładowania wewnętrznego akumulatora | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Uchwyt w obudowie do przenoszenia aparatu | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | System eliminacji wpływu efektów ruchowych oraz możliwość pomiaru przy niskiej perfuzji | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wyświetlane komunikaty w języku polskim | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Instrukcja pisemna w języku polskim | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Oprogramowanie pulsoksymetru w języku polskim | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych i dzieci starszych - 2 szt. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dzieci młodszych - 2 szt. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Przedłużka do czujników wielorazowych  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Wartość/opis/oferowany parametr/odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów, a oferta Wykonawcy podlegać będzie odrzuceniu
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, fabrycznie nowy z min. 2020 roku 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
* Oświadczamy, iż przy dostawie przedmiotu zamówienia zostanie dostarczona instrukcja obsługi w języku polskim

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy