**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 10 –Defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………………….…

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

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis/****oferowany parametr/****odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Urządzenie przenośne - waga max 10 kg (z łyżkami dla dzieci i dorosłych i kompletem akumulatorów), wbudowany uchwyt do przenoszenia | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą przy zasilaniu bateryjnym oraz sieciowym 230VAC - klasa minimum IP22 wg IEC529) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczny codzienny test gotowości nie wymagający włączania defibrylatora – na panelu czołowym wskaźnik / kontrolka informująca o stanie aparatu (sprawny / niesprawny) oraz automatyczny wydruk wyników autotestu.  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Urządzenie przenośne - waga max 10 kg (z łyżkami dla dzieci i dorosłych i kompletem akumulatorów), wbudowany uchwyt do przenoszenia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rozpoczęcie akwizycji sygnału poprzez jeden przycisk | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Detekcja stymulatora serca z możliwością włączenia/wyłączenia tej opcji | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej, Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i mięśniowych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pomiar akcji serca w zakresie minimum 30 – 300/min | TAK | TAK/NIE\* podać………….. |
|  | Możliwość uaktualniania oprogramowania w razie konieczności, za pośrednictwem nośników danych | TAK | TAK/NIE\*  |
|  | Obwody wejściowe odporne na impuls defibrylujący | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Próbkowanie stymulatora serca minimum 75 000Hz | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Próbkowanie sygnału EKG min. 16 000Hz | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Filtry dolnoprzepustowe 20/40/100/150HZ | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Korekcja QT wedle Bazett, Framingham, Fridericia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość włączenia drukowania diagnoz prawidłowych w automatycznym opisie badania. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość ustawienia standardu odprowadzeni: • Standard• Cabrera• NEHB• SEQ4 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość ustawienia drukowania automatycznych kopi raportu do 5 sztuk | TAK | TAK/NIE\* |
| **DRUKARKA** |
|  | Prędkość zapisu 5, 12,5, 25, 50 mm/s | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość przeglądu zapisu EKG przed wydrukiem w celu wizualnej inspekcji jakości zapisu  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wydruk na wbudowanej drukarce na papierze termicznym A4 (do 12 krzywych) z automatycznym opisem parametrów rejestracji, datą i godziną badania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość trwałego odłączenia w systemie opcji wydruku i automatycznego zapisu badań tylko do pamięci aparatu | TAK | TAK/NIE\* |
| **EKRAN** |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy ekran umożliwiający jednoczesny podgląd 12 kanałów EKG | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ekran o przekątnej minimum 7 cali, rozdzielczość, minimum 800x480 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczne dane demograficzne pacjenta: nazwisko, numer identyfikacyjny | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Informacja na ekranie o stanie naładowania akumulatora oraz o podłączeniu do sieci | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych sygnałów na ekranie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczna wartość częstości serca (w uderzeniach na minutę)  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczny komunikat tekstowy o awarii odprowadzenia | TAK | TAK/NIE\* |
| **KLAWIATURA** |
|  | Pełna klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych demograficznych badanych pacjentów z możliwością wpisywania wielkich liter, wyposażona w definiowalne klawisze funkcyjne do bezpośredniego dostępu do: zmiana trybu pracy systemu, zapis EKG, stop zapisu EKG, zmiana krzywych EKG na ekranie, manualne ustawienia zapisu EKG | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Klawiatura odporna na mycie wodą i detergentami bez konieczności użycia specjalnych przyrządów, podejmowania dodatkowych czynności (demontaż) | TAK | TAK/NIE\* |
| **WYPOSAŻENIE TECHNICZNE** |
|  | Ergonomiczna konstrukcja przewodów pacjenta składających się z dwóch części: multi-link i 10-odprowadzeń, sposób konstrukcji umożliwiający wymianę tylko pojedynczych uszkodzonych przewodów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe. Zasilanie akumulatorowe, pozwalające na wykonanie minimum 90 badań EKG lub 3 godzin ciągłego monitorowania pacjenta. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łatwy dostęp do akumulatora. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość podłączenia kabla pacjenta z wymiennymi przewodami elektrod na wypadek uszkodzenia jednego przewodu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Masa urządzenia gotowego do pracy (bez papieru) max. 5,5 kg | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | System operacyjny urządzenia oparty na Windows | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Urządzenie wyposażone w minimum 1 port USB do bezpośredniego podłączenia zewnętrznej klawiatury, lub opcjonalnego czytnika kodów kreskowych | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Urządzenie wyposażone w wbudowany czytnik kart SD | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Interfejs komunikacyjny: RS 232 i LAN | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję wysiłkową oraz sterowanie bieżnią i ergometrem rowerowym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Komunikacja z aparatem w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Aparat wyposażony w dedykowany wózek z wysięgnikiem na przewody pacjenta, koszykiem na akcesoria | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Z aparatem zestaw akcesoriów – przewód pacjenta, elektrody klamrowe oraz przyssawkowe, karton papieru. | TAK | TAK/NIE\* |

\* 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.
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. 2017 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