**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 1 – Łóżko do intensywnej terapii z wagą, materacem zmiennociśnieniowym i akcesoriami**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………………….…

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

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis/**  **oferowany parametr/**  **odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z WAGĄ – 8 szt.** | | | |
|  | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo, oparta na tzw. systemie dwóch ramion wznoszących dla zapewnienia maksymalnej stabilności leża przy maksymalnym obciążeniu i trakcie transportu. Konstrukcja umożliwia skuteczne czyszczenie i dezynfekcję każdego elementu łóżka. Dodatkowo ułatwia i skraca czas prac konserwacyjno- serwisowych. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łóżko w pełni zgodne z normą IEC 60601-2-52 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Liczba ruchomych segmentów leża, min. 3 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Szerokość zewnętrzna łóżka (niezależna od pozycji barierek bocznych) [cm] 102-104 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Długość zewnętrzna łóżka w pozycji krótkiej [cm] 224 +/-2cm | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Możliwość 3 stopniowej regulacji długości leża. Możliwość przedłużenia leża o min [cm] 23 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Platforma leża z wyjmowanymi panelami (bez konieczności użycia narzędzi), ułatwienie czyszczenia i dezynfekcji. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łóżko wyposażone w tworzywowy panel uzupełniający leże po jego wydłużeniu. Przy krótkiej pozycji leża panel umieszczony na leżu łóżka bez wpływu na ułożenie materaca. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja elektryczna wysokości leża, z pozycją ekstra-niską mierzoną od podłoża do górnej powierzchni leża przy kołach 125mm  32-74cm +/- 2cm, zwiększającą bezpieczeństwo pacjenta, zapobiegającą zeskakiwaniu nawet niskich osób oraz ułatwiającą personelowi prowadzenie czynności reanimacyjnych | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Regulacja funkcji autokontur uzyskiwana przy pomocy jednego przycisku na panelu sterującym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja elektryczna segmentu pleców [⁰] min. 0-62 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Regulacja elektryczna segmentu uda min. [⁰] 0-20 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Leże łóżka 4 – sekcyjne | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja autoregresji segmentów pleców i uda zapobiegająca powstawaniu odleżyn | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Elektrycznie regulowana pozycja Trendelenburga [⁰] min. 12 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Elektrycznie regulowana pozycja anty-Trendelenburga [⁰] min. 12 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | * Wszystkie funkcje sterowane elektrycznie (oprócz CPR) zabezpieczone przed przypadkowym uruchomieniem dzięki możliwości selektywnej / całkowitej blokadzie funkcji elektrycznych łóżka | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja elektryczna do położenia krzesła kardiologicznego uzyskiwana jednym przyciskiem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Mechaniczna regulacja funkcji CPR przy pomocy oznaczonych dźwigni znajdujących się po obu stronach łóżka | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Segment pleców wyposażony w sprężynę gazową zapobiegającą zbyt gwałtownemu opuszczeniu segmentu pleców na ramę łóżka przy użyciu mechanicznej funkcji CPR | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Elektryczna regulacja funkcji CPR przy pomocy jednego, oznaczonego przycisku na każdym panelu sterującym. Po wciśnięciu przycisku łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów do osiągnięcia pozycji reanimacyjnej. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Łóżko wyposażone w system elektronicznej kontroli kąta nachylenia segmentu pleców 30⁰ (pozycja terapeutyczna). Działanie systemu polega na chwilowym zatrzymaniu unoszenia segmentu pleców, po uzyskaniu 30⁰ nachylenia. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Łóżko wyposażone w cztery barierki boczne tworzywowe, poruszające się wraz z segmentami leża, zgodne z normą dla łóżek szpitalnych (norma EN 60601-2-52), zapewniające ochronę pacjenta przed zakleszczeniem | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Konstrukcja barierek bocznych umożliwiająca ich bezpieczne opuszczanie i podnoszenie przy użyciu jednej ręki | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Szczyty tworzywowe, wyjmowane od strony głowy i nóg z możliwością wyboru akcentu kolorystycznego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Szczyt łóżka od strony głowy nieruchomy przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Sterowanie elektryczne wybranych funkcji za pomocą co najmniej 4 paneli wbudowanych w barierki boczne – po obu (lewej i prawej) stronach łóżka | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja elektryczna do położenia krzesła kardiologicznego uzyskiwana jednym przyciskiem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dwa panele kontrolne dla pacjenta znajdujące się po wewnętrznej stronie barierek zabezpieczających przy wezgłowiu z ograniczoną ilością funkcji, które mogą być blokowane selektywnie z panelu personelu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Przyciski elementów sterujących - membranowe, łatwe do utrzymania w czystości, wodoodporne. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Leże łóżka wypełnione płytą przezierną dla promieniowania RTG, co najmniej w segmencie oparcia / pleców uchwyt szufladowy na kasetę RTG z dostępem bocznym lub górnym | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Minimum 2 akumulatory. W tym jeden do zasilania podczas transportu i jeden dedykowany wyłącznie dla funkcji CPR w momencie braku zasilania sieciowego. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Zasilanie 230 [V], 50 [Hz] | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łóżko wyposażone w panele do obsługi funkcji pomiaru masy ciała pacjenta, sygnalizacji alarmów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Półka na pościel | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Cztery koła o średnicy 125mm z centralną blokadą umożliwiającą ustawienie hamulca w 3 położeniach:  - pełna blokada  - jazda na wprost  - jazda swobodna | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Drążek centralnego hamulca w części nożnej łóżka. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dodatkowe, obustronne pedały hamulca przy wezgłowiu. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze dla wszystkich segmentów leża nie mniejsze niż 250 [kg], pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy maksymalnym obciążeniu | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Każdy narożnik łóżka wyposażony w odbojnik | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łóżko wyposażone w cztery gniazda na akcesoria w narożnikach od strony głowy oraz dwa gniazda na akcesoria od strony nóg | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyposażenie dodatkowe:  - wieszak na kroplówki łamany  - wysięgnik pacjenta z regulowanym uchwytem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łóżko wyposażone w system ważenia pacjenta min. III klasy certyfikowany przez jednostkę notyfikowaną | TAK | TAK/NIE\* |
|  | System ważenia pacjenta wyposażony w:  - funkcję pozwalającą na dodawanie/odejmowanie akcesoriów na leże bez wpływu na odczyt wagi pacjenta  - możliwość wyświetlania wagi w zaokrągleniu do najbliższych 500g lub 100g  - przycisk zerowania wagi | TAK | TAK/NIE\* |
|  | System wykrywania ruchów pacjenta – z możliwością regulacji czułości lub całkowitej dezaktywacji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łóżko wyposażone w system anty-zgnieceniowy zapobiegający zgnieceniu pod łóżkiem m. in. przewodów aparatury medycznej, cewników itp. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Prześwit między ramą łóżka, a podłożem przy dostępnie bocznym pomiędzy kołami (przy kołach 125mm) nie mniejszy niż 15cm | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| **MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY AKTYWNY – 8 szt.** | | | |
|  | Materac aktywny, do terapii przeciwodleżynowej oraz umożliwiający szybkie leczenie odleżyn u pacjentów, u których powstały już wcześniej odleżyny | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Materac powietrzny, przeciwodleżynowy, zmiennociśnieniowy z pompą o funkcjach terapeutycznych; długość i szerokość materaca dopasowana do leża | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze gwarantujące skuteczność terapeutyczną min. 200[kg]. Skuteczność terapeutyczna rozumiana jako możliwość zapobiegania i leczenia pacjentów z odleżynami każdego stopnia | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Materac automatycznie dostosowujący ciśnienie wewnątrz materaca do wskaźnika masy ciała (BMI) oraz pozycji pacjenta w cyklu 10±3 minut dla trybu naprzemiennego stałego niskiego ciśnienia oraz w cyklu 20±3 minut dla trybu stałego niskiego ciśnienia. Nie dopuszcza się rozwiązań gdzie trzeba wstępnie ustawiać ciśnienie w komorach w zależności od masy ciała pacjenta. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pokrowiec materaca wodoodporny, przepuszczający wilgoć | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Materac powietrzny wyposażony w min. 20 wymiennych komór z wizualnym oznaczeniem kolorystycznym komór przeznaczonych dla stref głowy, bioder i pięt. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Materac wykorzystujący technologię komory w komorze w celu usztywnienia krawędzi materaca celem ułatwienia transferu pacjenta z łózka i na łózko. Małe, kuliste komory powietrzne znajdują się wewnątrz na krawędziach komór podłużnych głównych. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Materac o wysokości min. 17 [cm] | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Konstrukcja materaca ze zintegrowanym wkładem piankowym, na którym spoczywają komory powietrzne, zamknięte w pokrowcu posiadającym część górną paroprzepuszczalną połączoną zamkiem błyskawicznym z pokrowcem dolnym zaopatrzonym w paski mocujące do ramy leża, min. 8 pasków. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Materac wyposażony w system pozwalający na odprowadzenie wilgoci i ciepła z wnętrza materaca, co pozwala osuszyć powietrze otaczające komory ora zapewnić pacjentowi większy komfort | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zawór natychmiastowego spustu powietrza tzw. CPR | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wypuszczenia powietrza z materaca  nawet w trakcie transportu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pompa materaca pracująca w dwóch trybach zmiennym oraz statycznym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pompa wyposażona w przyciski lub pokrętło do regulacji komfortu pacjenta celem zmiany twardości lub miękkości materaca celem lepszego dostosowania do potrzeb pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pompa materaca wyposażona w przycisk natychmiastowego utwardzenia powierzchni dla czynności pielęgniarskich. Maksymalny czas utwardzenia z możliwością regulacji od 15-30min w zależności od czasu trwania procedur medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Masa pompy nie przekracza 4 kg | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Pompa materaca z alarmem wizualnym i akustycznym niewłaściwego ciśnienia informującym personel o awarii bez konieczności manualnego sprawdzenia szczelności materaca | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zestaw rur łączących pomiędzy pompą, a materacem powietrznym o konstrukcji z zabezpieczeniem przed złamaniem dzięki któremu nie dojdzie do zgniecenia i zahamowania przepływu powietrza | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczny tryb transportowy po odłączeniu zestawu rur łączących od pompy (zawór zamyka automatycznie odpływ powietrza bez konieczności stosowania zatyczki) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pompa wyposażona w filtr wtłaczanego do materaca powietrza | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pokrowiec z możliwością przeprowadzenia mycia oraz dezynfekcji wysokotemperaturowej do 95° | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Na wyposażeniu dodatkowe, zasilane elektrycznie, pokrycie materaca do zaawansowanego zarządzania mikroklimatem pacjenta, redukujące nadmierną potliwości oraz zmniejszające podatność tkanek na siły ścinające i tarcie, pokrycie wspomagające zapobieganie oraz leczenie istniejących już odleżyn. Przepuszczalności pary wodnej (MVTR) na poziomie min. 130 (g/m2)/godz.). Uwaga: (1szt. w. w. pokrycia na 8 łóżek) | 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