Załącznik nr 2-5 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**dla urządzeń objętych częścią 5 zamówienia**

1. **Ultradźwiękowy detektor tętna płodu sztuk 1**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ......................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
| 1 | Zasilanie: 2 x bateria alkaliczna R6/AA 1,5Vlub 2 x akumulator R6/AA NiMH 1,2V | TAK |  |
| 2 | Automatyczny wyłącznik po 3 minutach przy braku sygnału lub po 10 minutach | TAK |  |
| 3 | Czas pracy ciągłej co najmniej 30 godzin | TAK |  |
| 4 | Moc akustyczna 1W +/- 5% | TAK |  |
| 5 | Regulacja głośności ręczna 10 stopniowa i automatycznamoŜliwość zapamiętania głośności pracy detektora | TAK |  |
| 6 | Głowica BP2MHz, 25 mm przetwornik | TAK |  |
| 7 | Wyświetlacz częstości tętna FHR LED | TAK |  |
| 8 | Zakres pomiaru tętna 50-210 bpm (50-240bpm ) +/- 5% | TAK, podać  |  |
| 9 | Zliczanie tętna automatyczne i ręczne (10 uderzeń) | TAK, podać  |  |
| 10 | Częstotliwość fali ultradźwiękowej 2 MHz +/- 5% | TAK, podać  |  |
| 11 | Wymiary części głównej 45x66x32 mm +/- 5% | TAK, podać  |  |
| 12 | Waga 230g +/- 5% | TAK, podać  |  |
| 13 | Wyposażenie: żel USG 250g, torba, 2x bateria lub 2x akumulator i ładowarka | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Aparat EKG sztuk 1**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ......................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
| 1 | duży (min. 7"), dotykowy wyświetlacz graficzny o rozdzielczości WVGA min. 800x480  | TAK |  |
| 2 | obsługa aparatu przez klawiaturę alfanumeryczną, która pozwala na wprowadzenie niezbędnych danych oraz klawiaturę funkcyjną, która umożliwia łatwe wykonanie badania EKG poprzez naciśnięcie jednego klawisza  | TAK |  |
| 3 | pojemna baza danych, która pozwala na archiwizację min. 1000 badań EKG wraz z opisem badania i danymi pacjenta  | TAK |  |
| 4 | sygnalizacja złego podłączenia poszczególnych elektrod  | TAK |  |
| 5 | wydruk zapisu badania bezpośrednio na drukarce zewnętrznej w formacie A4  | TAK |  |
| 6 | zapis badania do pamięci USB (np. PenDrive) | TAK |  |
| 7 | komunikacja z komputerem osobistym poprzez interfejs USB  | TAK |  |
| 8 | automatyczna analiza i interpretacja | TAK |  |
| 9 | praca w trybie Auto lub Manual  | TAK |  |
| 10 | sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych lub odprowadzenia Cabrera  | TAK |  |
| 12 | klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | TAK |  |
| 13 | kolorowy ekran dotykowy (min. 7") umożliwiający łatwą obsługę aparatu  | TAK |  |
| 14 | prezentacja na ekranie przebiegów z 3, 6 oraz 12 odprowadzeń EKG  | TAK |  |
| 15 | wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów (szerokość papieru: 112 mm)  | TAK |  |
| 16 | wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów bezpośrednio z aparatu na zewnętrznej drukarce: wydruk A4  | TAK |  |
| 17 | czułość co najmniej: 2,5/5/10/20 mm/mV  | TAK |  |
| 18 | prędkość zapisu co najmniej: 5/10/25/50 mm/s  | TAK |  |
| 19 | proste zakładanie papieru (Easy load) | TAK |  |
| 20 | baza pacjentów i badań  | TAK |  |
| 21 | wewnętrzna pamięć min. 1000 badań | TAK |  |
| 22 | zapis badań bezpośrednio z aparatu do pamięci USB (PenDrive) | TAK |  |
| 23 | detekcja złego podłączenia elektrody niezależna dla każdego kanału  | TAK |  |
| 24 | detekcja stymulatora serca  | TAK |  |
| 25 | ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu  | TAK |  |
| 26 | dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń  | TAK |  |
| 27 | cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego  | TAK |  |
| 28 | cyfrowy filtr pływania izolinii  | TAK |  |
| 29 | interfejs komunikacyjny: 3 x port USB (równoczesna komunikacja z PC, drukarką zewnętrzną, pamięcią USB – PenDrive) | TAK |  |
| 30 | interfejs komunikacyjny LAN umożliwiajacy wysyłanie zapisów badań EKG oraz dokumentacji medycznej w formie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu na dowolną skrzynkę odbiorczą | TAK |  |
| 31 | zasilanie sieciowo-akumulatorowe | TAK |  |
| 32 | sygnalizacja stanu naładowania akumulatora  | TAK |  |
| 33 | menu wyświetlane na ekranie  | TAK |  |
| 34 | konfiguracja wyglądu i kompozycji ekranu | TAK |  |
| 35 | konfiguracja ustawień aparatu oraz panelu sterowania | TAK |  |
| 36 | współpraca z oprogramowaniem służącym do zarządzania badaniami EKG  | TAK |  |
| 37 | wysyłanie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu | TAK |  |
| 38 | możliwość wykonania badania spirometrycznego przy zastosowaniu przystawki do protokołu badań SPIRO-31 na posiadanej przez Zamawiającego przystawce | TAK |  |
| 39 | wymiary (+/- 5% )(D x S x W): 258x199x50 mm  | TAK, podać  |  |
| 40 | waga < 1,3 kg  | TAK, podać  |  |
| 41 | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Pompa objętościowa sztuk 2.**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ......................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Zasilanie 230 V AC, 50 Hz oraz 12 V DC | TAK |  |
|  | Ochrona przed porażeniem, klasa I, typ CF, odporność na defibrylację | TAK |  |
|  | Ochrona przed zalaniem; min IP22 | TAK |  |
|  | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym przepływem grawitacyjnym składający się z dwóch elementów – jeden w pompie i jeden na drenie  | TAK |  |
|  | Możliwość odłączania detektora kropli | TAK |  |
|  | Możliwość wykrywania powietrza w drenie | TAK |  |
|  | Zakres szybkości dozowania min. 0.1 – 1200 ml/h | TAK |  |
|  | Zakres szybkości podaży Bolus-a min. 50 – 1200 ml/h | TAK |  |
|  | Bolus manualny i automatyczny (z zaprogramowaną dawką) | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany dawki Bolus-a bez wstrzymywania infuzji, bezpośrednio przed jego podażą | TAK |  |
|  | Możliwość ustawiania parametrów podaży dawki indukcyjnej (wysycającej) przed każdą infuzją:* dawka
* czas lub szybkość podaży
 | TAK |  |
|  | Programowanie parametrów infuzji w jednostkach:* ng, μg, mg, g
* mIU, IU, kIU,
* na kg wagi ciała lub nie,
* na min, godz. dobę.
* jednostki molowe
 | TAK |  |
|  | Klawiatura numeryczna do wprowadzania wartości parametrów infuzji |  |  |
|  | Możliwość wpisania do pompy min. 120 procedur dozowania leków złożonych min. z:* nazwy leku,
* rozcieńczenia leku,
* szybkości dawkowania w wymaganych jednostkach,
 | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania oprogramowania komputerowego do tworzenia oraz przesyłania do pomp biblioteki leków | TAK |  |
|  | Regulowany próg ciśnienia okluzji w zakresie min 75-900 mm Hg  | TAK |  |
|  | Wykrywana okluzja między pojemnikiem a pompą | TAK |  |
|  | Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji. | TAK |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | TAK |  |
|  | Alarmy:* 5 min do końca podaży zaprogramowanej objętości
* podana zaprogramowana objętość
* przepływ za mały / za duży
* powietrze w drenie
* okluzja
* 30 min do rozładowania akumulatora
* akumulator rozładowany
* zanik zasilania sieciowego
* pompa uszkodzona
 | TAK |  |
|  | Historia infuzji – możliwość zapamiętania min. 1500 zdarzeń | TAK |  |
|  | Czas pracy z akumulatora min. 10 h przy infuzji 25 ml/h | TAK |  |
|  | Mocowanie pompy do statywów oraz stacji dokujących nie wymaga odłączania lub dołączania uchwytu mocującego lub jakichkolwiek innych części | TAK |  |
|  | Uchwyt do przenoszenia pompy nie wymagający odłączania przy mocowaniu pomp w stacjach dokujących. | TAK |  |
|  | Pompa wyposażona w wbudowany uchwyt do przenoszenia  | TAK |  |
|  | Możliwość komunikacji pomp umieszczonych w stacjach dokujących poprzez sieć LAN z oprogramowaniem zewnętrznym, służącym do:* podglądu przebiegu infuzji dla każdej pompy w formie graficznego wykresu (trendu),
* podglądu parametrów infuzji dla każdej pompy,
* prezentacji alarmów w pompach oraz wyświetlania ich przyczyny,
* archiwizacji informacji o przeprowadzonych infuzjach.
 | TAK |  |
|  | Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej  | TAK |  |
|  | Napisy na wyświetlaczu w języku polskim | TAK |  |
|  | Duży i czytelny wyświetlacz z możliwością wyświetlenia następujących informacji jednocześnie:- Nazwa leku- Dawka- Szybkość infuzji- Stan naładowania akumulatora- Aktualne ciśnienie w drenie- Stan infuzji (w toku lub zatrzymana) | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Waga do 2.5 kg | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania drenów do podaży:- leków standardowych, płynów infuzyjnych i żywienia pozajelitowego,- leków światłoczułych,- krwi i preparatów krwiopochodnych,- cytostatyków (zestawy nie zawierające DEHP oraz latexu) | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Ssak próżniowy na wózku sztuk 3.**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: .....................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Zestaw ssący do podłączenia do centralnej instalacji próżniowej montowany na szynach przyściennych lub kolumnach anestezjologicznych, łatwy w montażu i demontażu | TAK |  |
|  | Regulator podciśnienia z uchwytem naszynowym, manometrem, zaworem odcinającym oraz drenem zbrojonym i wtykiem do instalacji próżniowej | TAK |  |
|  | Zakres regulacji podcisnienia min. 0- 0,1 Mpa (0-760 mmHg) | TAK, podać |  |
|  | Zabezpieczenie przed przelaniem instalacji – zaoferować zbiornik zabezpieczający z tworzywa nietłukący , autoklawowalny 0,25l÷0,5l | TAK, podać |  |
|  | Dwa zbiorniki 2,5 litrowe wielorazowe z poliwęglanu, nietłukące z tworzywa z podziałką, do wkładów jednorazowych, z blokadą zabezpieczającą wysuwanie się zbiornika z uchwytu w czasie wymiany wkładu oraz opakowanie (min. 40 szt.) wkładów jednorazowych kompatybilnych do tego zbiornika | TAK, podać |  |
|  | Filtry antybakteryjne – min. 5 szt. | TAK, podać |  |
|  | Dren silikonowy z łącznikiem do cewników - 4 /zestaw, | TAK |  |
|  | Wózek na czterech kołach (dwa z blokadami) z dwoma szynami | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

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

*miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego*

*przedstawiciela wykonawcy*