Załącznik nr 2-6 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**dla urządzeń objętych częścią 6 zamówienia**

1. **Inkubator hybrydowy 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** |
| **1.** | **Parametry ogólne** | xxx |  |
| 1.1 | Inkubator hybrydowy przeznaczony do intensywnej opieki nad noworodkiem w 2 trybach: zamkniętym i otwartym (opisać co zapewnia inkubator) | TAK |  |
| 1.2 | Inkubator stacjonarny o stabilnej konstrukcji umieszczony na ruchomej podstawie | TAK |  |
| 1.3 | Wymiary inkubatora (długość x szerokość)  - pole nie większe jak 8100 cm2 | TAK |  |
| 1.4 | Wysokość od podłogi do materacyka regulowana elektrycznie w min. zakresie 38 cm | TAK |  |
| 1.5 | Wymiary łóżeczka (materacyka) (długość x szerokość x grubość) min. długość 65 cm +/- 3% | TAK |  |
| 1.6 | Zasilanie AC 230V ±10%, 50 Hz | TAK |  |
| 1.7 | Pobór mocy max. 600 W | TAK |  |
| 1.8 | Kółka jezdne podstawy wyposażone w hamulec min. 2 | TAK |  |
| 1.9 | Zewnętrzny, dotykowy i kolorowy wyświetlacz o przekątnej min. 8 cali | TAK |  |
| **2.0** | **Kopuła inkubatora** | xxx |  |
| 2.1 | Konstrukcja kopuły dwuścienna | TAK |  |
| 2.2 | Czasza kopuły inkubatora podnoszona elektrycznie z funkcją reagowania na przeszkody. | TAK |  |
| 2.3 | Otwierana dłuższa ścianka kopuły o kąt min. 180 stopni powoli i bezszmerowo, mechanizm otwierania wyposażony w specjalny tłumik zabezpieczający przed nagłym opadaniem ścianki. | TAK |  |
| 2.4 | Trzy ścianki inkubatora uchylne o min. 180 stopni do pozycji w pełni otwartej w celu dobrego dostępu do noworodka przy pracy w trybie otwartym. Otwieranie ścianek powoli i bezszmerowo, mechanizm otwierania wyposażony w specjalny tłumik zabezpieczający przed nagłym opadaniem ścianki. | TAK |  |
| 2.5 | Materacyk otoczony wewnętrznymi, demontowalnymi ściankami zabezpieczającymi pacjenta przed wypadnięciem z inkubatora w trybie otwartym | TAK |  |
| 2.6 | Zespół grzewczy dla trybu otwartego inkubatora niezintegrowany z kopułą | TAK |  |
| 2.8 | Elektrostatyczny filtr powietrza z funkcją wyświetlania informacji o konieczności jego wymiany . | TAK |  |
| 2.9 | Podwójne zabezpieczenie przedniej ścianki przed przypadkowym otwarciem . | TAK |  |
| 2.10 | Otwory pielęgnacyjne z trzech stron kopuły wyposażone w kurtynę ciepłego powietrza – min. 5 sztuk. | TAK |  |
| 2.11 | Zamknięcia otworów pielęgnacyjnych ciche, otwierane łokciem. | TAK |  |
| 2.12 | Uszczelnione otwory (przepusty) na rury, przewody monitorowania, cewniki, umożliwiające wyjęcie dziecka z inkubatora bez odłączania - Min 7 sztuk.  Umieszczone na dwóch krótszych bokach inkubatora. | TAK |  |
| 2.13 | Szuflada do wprowadzenia kasety rtg pod materacyk bez konieczności otwierania ścianki bocznej | TAK |  |
| 2.14 | Dostęp do szuflady dla kaset RTG z obu stron kopuły inkubatora | TAK |  |
| 2.15 | Regulacja kąta nachylenia materacyka (podać zakres w stopniach) | TAK |  |
| 2.16 | Sposób regulacji kąta nachylenia materacyka: płynny i cichy powyżej ±12º | TAK |  |
| 2.17 | Pokrętła regulacji kąta nachylenia materacyka dostępne z obu stron kopuły inkubatora | TAK |  |
| 2.18 | Możliwość wysunięcia materacyka na zewnątrz inkubatora w obu kierunkach (podać o ile cm), z zabezpieczeniem przed przechyleniem materacyka przy wysunięciu. | TAK |  |
| 2.19 | Dwustrumieniowy system cyrkulacji powietrza pod kopułą | TAK |  |
| 2.20 | Skuteczna kurtyna ciepłego powietrza zapobiegająca wychłodzeniu wnętrza uruchamiana w pełni automatycznie po otwarciu ścianki przedniej kopuły. | TAK |  |
| 2.21 | Poziom głośności wewnątrz kopuły w decybelach w czasie pracy inkubatora ≤ 44 dB | TAK |  |
| 3.0 | **Regulacja nawilżania** | xxx |  |
| 3.1 | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji nawilżania (servo) | TAK |  |
| 3.2 | Zakres regulacji nawilżania (podać w % przy założeniu wilgotności otoczenia 50%) do 90% | TAK |  |
| 3.3 | Pomiar wilgotności względnej w % metodą elektroniczną z cyfrowym wyświetlaczem wartości | TAK |  |
| 3.4 | Zbiornik na wodę umieszczony poza przedziałem pacjenta. Nie dopuszcza się bezpośredniego kontaktu wody w zbiorniku z powietrzem obiegającym przedział noworodka – zmniejszenie ryzyka zakażeń | TAK |  |
| 3.5 | Wszystkie elementy nawilżacza wyjmowane bez użycia narzędzi w celu dezynfekcji. | TAK |  |
| 3.6 | Aktywne nawilżanie – podgrzewanie wody do temperatury zbliżonej do temperatury wrzenia. | TAK |  |
| 4.0 | **Regulacja temperatury** | xxx |  |
| 4.1 | Inkubator posiada układ ręcznej regulacji temperatury (manual control) powietrza pod kopułą nastawiany w zakresie min. :24 -37 stopni C w trybie inkubatora zamkniętego. | TAK |  |
| 4.2 | Inkubator posiada układ automatycznej regulacji temperatury (servo) bazujący na pomiarach temperatury skóry noworodka w zakresie min. 34.5–37,0°C w trybie inkubatora zamkniętego. | TAK |  |
| 4.3 | Układ regulacji temperatury skóry w trybie otwartym w zakresie min. 34-37 stopni C metoda servo regulacji | TAK |  |
| 5.0 | **Tlenoterapia** | xxx |  |
| 5.1 | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji stężenia tlenu (servo) pod kopułą. Układ ogranicza stężenie tlenu pod kopułą do max. 65% | TAK |  |
| 5.2.. | Oxymetr do pomiaru stężenia tlenu pod kopułą z układami regulowanych alarmów zintegrowany z inkubatorem (wbudowany). | TAK |  |
| 6.0 | **Monitorowanie** | xxx |  |
| 6.1 | Inkubator wyposażony w układ monitorowania, który mierzy i podaje w formie cyfrowej parametry: | TAK |  |
| 6.2 | Temperaturę na skórze noworodka w zakresie min. 30-41°C | TAK |  |
| 6.3 | Temperaturę w powietrzu pod kopułą inkubatora w zakresie min 20-41°C | TAK |  |
| 6.4 | Temperaturę dziecka w dwóch punktach ciała. | TAK |  |
| 6.5 | Informacja o wykorzystaniu mocy grzałki w stopniach lub % | TAK |  |
| 6.6 | Jednoczesne cyfrowe wyświetlanie temperatury nastawionej i rzeczywistej (zmierzonej). | TAK |  |
| 6.7 | Monitorowanie wilgotności względnej w % | TAK |  |
| 6.8 | Monitorowanie stężenia tlenu w % | TAK |  |
| 6.9 | Czujniki pomiarowe zintegrowane w jednej głowicy | TAK |  |
| 6.10 | Funkcja wyświetlania i zapisywania trendów identyfikujących zmiany stanu pacjenta oraz środowiska wewnątrz inkubatora – bez konieczności podłączania zewnętrznych monitorów pacjenta. | TAK |  |
| 7.0 | **Alarmy** | xxx |  |
| 7.1 | Alarmy akustyczno-optyczne. | TAK |  |
| 7.2 | Temperatury powietrza pod kopułą inkubatora | TAK |  |
| 7.3 | Temperatury skóry w układzie regulacji automatycznej (servo) | TAK |  |
| 7.4 | Przekroczenia maksymalnej dopuszczalnej temperatury | TAK |  |
| 7.5 | Zakłócenia w przepływie wewnętrznym powietrza | TAK |  |
| 7.6 | Uszkodzenia lub brak czujników temperatury. | TAK |  |
| 7.7 | Zaniku napięcia zasilającego | TAK |  |
| 7.8 | Stężenia tlenu | TAK |  |
| 7.9 | Brak lub niski poziom wody w nawilżaczu | TAK |  |
| 7.10 | Zabezpieczenie przed niekontrolowanym wzrostem temperatury poza obszar nastaw przez automatycznie odłączenie grzałki | TAK |  |
| 8.0 | **Testy i pozostałe parametry** | xxx |  |
| 8.1 | Inkubator wykonuje automatycznie test sprawdzający po włączeniu do sieci | TAK |  |
| 8.2 | Inkubator posiada pamięć nastawionych parametrów, które ustawiają się automatycznie po ponownym włączeniu zasilania | TAK |  |
| 9.1 | **Eksploatacja** | xxx |  |
| 9.2 | Ścianki wewnętrzne kopuły wyjmowane do mycia i dezynfekcji | TAK |  |
| 9.3 | Wszystkie elementy łączące ze szczególnym uwzględnieniem nawilżacza i głowicy pomiarowej można w łatwy sposób (bez użycia narzędzi) wyjąć z inkubatora w celu mycia i dezynfekcji. | TAK |  |
| **10.0** | **Wyposażenie** | xxx |  |
| 10.1 | Filtr wejściowy powietrza pobieranego z otoczenia - 2 sztuki | TAK |  |
| 10.2 | Czujnik temperatury skóry do układu regulacji - 1 sztuka | TAK |  |
| 1 0.3 | Czujnik temperatury do układu pomiarowego - 1 sztuka | TAK |  |
| 10.4 | Wąż do tlenu z końcówką dopasowaną do instalacji szpitalnej | TAK |  |
| 10.5 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 10.6 | Pokrowce bawełniane na materacyk - 2 sztuki | TAK |  |
| 10.7 | Rogal do ułożenia noworodka 3 sztuki | TAK |  |
| 10.8 | Przylepce do mocowania czujnika temperatury - 8 sztuk | TAK |  |
| 10.9 | Inkubator ma wbudowany zegar Apgar z możliwością wyboru przez użytkownika zakresów czasu oceny oraz zegar CPR | TAK |  |
| 10.10 | Waga zintegrowaną z leżem noworodka: zakres min. 300-7000 g | TAK |  |
| 10.11 | Szuflada na drobne akcesoria – 1 szt. | TAK |  |
| 10.12 | Wbudowany w aparat pulsoksymetr w technologii Nellcor | TAK |  |
| 10.12 | **Lampa do fototerapii z promiennikiem diodowym LED i oświetleniem ogólnym – 1 szt.** | TAK |  |
| 10.12.1 | Lampa mocowana do ramienia inkubatora | TAK |  |
| 10.12.2 | Zasilanie elektryczne | TAK |  |
| 10.12.3 | Maksimum promieniowania w zakresie 450 - 470 nm | TAK |  |
| 10.12.4 | Natężenie promieniowania w odległości 30 cm min 40 μW/cm2nm | TAK |  |
| 10.12.5 | Efektywne pole naświetlania min. 20 x 30 cm | TAK |  |
| 10.12.6 | Wbudowany licznik aktualnego czasu naświetlania, całkowitej ilości przepracowanych godzin | TAK |  |
| 10.12.7 | Żywotność diod min. 10000 godzin | TAK |  |
| 11. | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Respirator stacjonarny 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** |
| **A.** | **Parametry ogólne** | **xxx** | |  |
| 1. | Aparat przewoźny o ergonomicznej konstrukcji tzn. elementy obsługowe i podłączenia do pacjenta dostępne są od jednej strony | | TAK |  |
| 2. | Respirator przeznaczony do wentylacji wcześniaków, noworodków i dzieci z wagą od 0,5 kg | | TAK |  |
| 3. | Funkcja wspomagania oddechu metodą nCPAP i wentylacją nieinwazyjną u noworodków i wcześniaków - wykorzystuje efekt Coanda dla zmiany kierunku przepływu gazów | | TAK |  |
| 3. | Zasilanie elektryczne 230V, 50 Hz | | TAK |  |
| 4. | Zasilanie z wbudowanego akumulatora wystarczające na min. 140 minut pracy | | TAK  podać |  |
| 5. | Zasilanie gazowe w tlen i powietrze ze źródła sprężonych gazów o ciśnieniu co najmniej 2,0 – 6,0 bar | | TAK  podać |  |
| 6. | Respirator stałoprzepływowy z regulowanym czasem wdechu z limitowaną objętością. | | TAK |  |
| 7. | Waga respiratora – bez podstawy | | TAK  ≤ 9,5 kg |  |
| 8. | Wymiary maksymalne | | TAK  40 x 30 x 25 cm |  |
| 9. | Pobór mocy | | TAK  max. 100 W |  |
| B | **METODY WENTYLACJI** | | xxx |  |
| 1. | IPPV , C/A | | TAK |  |
| 2. | CPAP/PEEP – regulowane płynnie | | TAK |  |
| 3. | SIMV, SIPPV | | TAK |  |
| 4. | PSV | | TAK |  |
| 5. | Limit objętości oddechowej | | TAK |  |
| 6. | Oddech ręczny wyzwalany przyciskiem na respiratorze | | TAK |  |
| 7. | NCPAP z przełączaniem przepływu gazów oddechowych do płuc zgodnie z fazą oddechu – wdech i wydech | | TAK |  |
| 8. | Wentylacja nieinwazyjna na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, DuoPAP, BiLevel | | TAK |  |
| C | **PARAMETRY NASTAWIALNE** | | xxx |  |
| 1. | Częstość oddechów 3- 165odd./min. | | TAK |  |
| 2. | Przepływ bazowy regulowany płynnie z możliwością odczytu nastawionego przepływu od 2 l/min | | TAK |  |
| 3. | Czas wdechu regulowany od 0,1sek. | | TAK |  |
| 4. | Regulacja czasu wydechu do 25 sek | | TAK |  |
| 5. | Objętościowe wyzwalanie oddechu z kompensacją nieszczelności i obrazowaniem objętości wyzwalania w ml. | | TAK |  |
| 6. | Niezależna regulacja przepływu wdechowego i wydechowego | | TAK |  |
| 7. | Przepływ wdechowy regulowany do 30 l/min | | TAK |  |
| 7.1 | Regulacja przepływu dla CPAP od 5 do 10 L/min | | TAK |  |
| 8. | Regulacja stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej 21-100% | | TAK |  |
| 9. | PEEP/CPAP 0-20 cmH2O | | TAK |  |
| 10. | Szczytowe ciśnienie wdechu regulowane do 55 cmH2O | | TAK |  |
| D | **MONITOROWANIE I OBRAZOWANIE PARAMETERÓW WENTYLACJI** | | xxx |  |
| 1. | Wbudowany łącznie z respiratorem w jednej obudowie monitor LCD - min. 5” | | TAK |  |
| 2. | Obrazowanie przebiegów falowych w czasie rzeczywistym dla ciśnienia, przepływu i objętości | | TAK |  |
| 3. | Możliwość zatrzymania przebiegu krzywych. | | TAK |  |
| 4. | Obrazowanie pętli:  przepływ/ciśnienie,  objętość/ciśnienie | | TAK |  |
| 4.1 | Możliwość porównania pętli zapisanych w różnym czasie | | TAK |  |
| 5. | Ciśnienie szczytowe PIP | | TAK |  |
| 6. | Ciśnienie średnie MAP | | TAK |  |
| 7. | Ciśnienie PEEP | | TAK |  |
| 8. | Nieszczelność rurki intubacyjnej, | | TAK |  |
| 9. | Oporność dróg oddechowych (R), | | TAK |  |
| 10. | Pomiar podatności dynamicznej (C), | | TAK |  |
| 11. | Proksymalny pomiar przepływu | | TAK |  |
| 12. | Pomiar FiO2 | | TAK |  |
| 13. | Objętość minutowa | | TAK |  |
| 14. | Objętość oddechowa - wydechowa | | TAK |  |
| 15. | Przepływ bazowy w ml | | TAK |  |
| 16. | Przepływ wdechowy w ml | | TAK |  |
| **E** | **ALARMY** | | **xxx** |  |
| 1. | Alarmu ustawiane automatycznie i ręcznie | | TAK |  |
| 2. | Bezdechu | | TAK |  |
| 3. | Ciśnienia za dużego i za małego w układzie oddechowym | | TAK |  |
| 4. | Ciśnienia CPAP | | TAK |  |
| 5. | Braku zasilania gazowego i elektrycznego | | TAK |  |
| 6. | Alarm za dużej i za małej objętości oddechowej | | TAK |  |
| 7. | Alarm za dużej i za małej objętości minutowej | | TAK |  |
| 8. | Alarm za dużej nieszczelności | | TAK |  |
| 9. | Alarm zbyt dużej ilości oddechów | | TAK |  |
| F | **WYPOSAŻENIE** | | xxx |  |
| 1. | Kompletny układ oddechowy, jednorazowy z podgrzewanym ramieniem wdechowym | | TAK  3 sztuki |  |
| 2. | Ramię podtrzymujące układ oddechowy | | TAK |  |
| 3. | Nawilżacz z automatyczną kontrolą temperatury i nawilżania:  - wyświetlanie aktualnej temperatury płytki grzewczej,  - wyświetlanie aktualnej temperatury gazów na wyjściu z komory nawilżacza,  - wyświetlanie aktualnej temperatury gazów w układzie oddechowym pacjenta,  - wyświetlacz LED czterocyfrowy,  - waga 2,9 kg (bez komory),  - zasilanie 230V, 50Hz,  - moc max. 210W. | | TAK  1 sztuka |  |
| 4. | Komora nawilżacza jednorazowa dla noworodków z wbudowanym systemem utrzymania wilgotności na stałym poziomie – nadająca się do używana przez okres min. 7 dni u jednego pacjenta (komory wraz z informacją o terminie ważności, pakowane pojedynczo) – 3 szt. | | TAK |  |
| 5. | Stojak jezdny | | TAK |  |
| 6. | Czujnik przepływu wielorazowy | | TAK  2 sztuki |  |
| 7. | Kompletny układ oddechowy do NCPAP i dwupoziomowej wentylacji nieinwazyjnej | | TAK  3 sztuki |  |
| 8. | Końcówka donosowa w trzech rozmiarach | | TAK  po 3 z każdego rozmiaru |  |
| 9. | Maseczka donosowa w pięciu rozmiarach | | TAK  po 2 z każdego rozmiaru |  |
| 10. | Czapeczka do mocowania układu oddechowego noworodka w min. 10 rozmiarach | | TAK  10 szt. różnych rozmiarów |  |
| 11. | 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** |
| **A.** | **Parametry podaży** | xxx |  |
|  | Minimalny zakres szybkości podaży ml/h 1,0-999 ml/h | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji prędkości podaży co 0,1 ml/zakresie w zakresie min. od 1,0 do 99,9 ml/h. | TAK |  |
|  | Praca pompy w minimum dwóch trybach:  - wybór prędkości podaży,  - wybór objętości do podania i czasu, w jakim ma być ona podana (automatyczne wyliczanie prędkości podaży) | TAK |  |
|  | Dokładność podaży min. ± 5% przy szybkości 25 ml/h | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany szybkości podaży bez konieczności zatrzymania pracy pompy | TAK |  |
|  | Programowanie objętości całej infuzji | TAK |  |
|  | Ciśnienie okluzji – podać wartości [mm Hg] – min 3 poziomy | TAK |  |
|  | Możliwość ręcznego ustawiania ciśnienia okluzji | TAK |  |
|  | Możliwość pracy z detektorem kropli | TAK |  |
|  | Możliwość zablokowania ustawionych parametrów podaży | TAK |  |
|  | Możliwość monitorowania objętości całej infuzji | TAK |  |
|  | Możliwość podaży krwi i preparatów krwiopochodnych oraz cytostatyków - TAXOLU | TAK |  |
|  | Możliwość pracy z zestawami do leków światłoczułych | TAK |  |
|  | Możliwość pracy z zestawami do podaży lipidów. | TAK |  |
|  | Szybkość podaży dawki uderzeniowej (bolus) [ml/h] programowana przez użytkownika – zakres min 1,0-999 ml/h | TAK |  |
|  | Objętość dawki uderzeniowej (bolusa) od 0 do min 99 ml/h co 1 ml. | TAK |  |
|  | Kontrola osiągniętej dawki uderzeniowej (bolusa) w czasie infuzji | TAK |  |
|  | Maksymalna objętość antybolusa po zwolnieniu okluzji – 0,6 ml | TAK |  |
|  | Wykrywanie pęcherzyków powietrza w drenie | TAK |  |
|  | Ustawianie przez użytkownika wielkości wykrywanych pęcherzyków powietrza – min.4 wielkości, w zakresie od 50 do 500 µl | TAK |  |
|  | Uruchamianie alarmu powietrza w drenie w przypadku przekroczenia zakumulowanej objętości pęcherzyków powietrza nie więcej niż 500 µl w czasie nie dłuższym niż 15 minut | TAK |  |
|  | Możliwość programowania infuzji podstawowej i dodatkowej | TAK |  |
|  | Funkcja wypełniania i przepłukiwania przewodu infuzyjnego | TAK |  |
|  | Funkcja KVO (utrzymania drożności naczyń po zakończeniu infuzji) | TAK |  |
|  | Autokontrola urządzenia w trakcie pracy | TAK |  |
|  | Alarm wyczerpania baterii | TAK |  |
|  | Rozróżniane alarmy okluzji  - drożności drenu między pojemnikiem z płynem infuzyjnym a pompą  - okluzji pomiędzy pompą a pacjentem | TAK |  |
|  | Alarm zatrzymania pompy | TAK |  |
|  | Alarm wykrywanie pęcherzyków powietrza w drenie | TAK |  |
|  | Alarm niewłaściwego zamocowania zestawu do przetoczeń i użycia niewłaściwego zestawu | TAK |  |
|  | Regulacja głośności alarmów | TAK |  |
|  | Podtrzymywanie pamięci zdarzeń w pompie nie podłączonej do zasilania 220-240 V przez okres min 6 m-cy | TAK |  |
|  | **Parametry ogólne** | xxx |  |
|  | Masa - do 1,6 kg | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie układu mechanicznego i sterującego przed przypadkowym zalaniem | TAK |  |
|  | Wbudowany zasilacz sieciowy | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne – praca min 10h przy prędkości podaży 25 ml/h | TAK |  |
|  | Wbudowany, nie odłączalny uchwyt do mocowania pompy do statywu | TAK |  |
|  | Wbudowany, nie odłączalny uchwyt ułatwiający przenoszenie pompy | TAK |  |
|  | Wbudowany, nie odłączalny zatrzaskowy system mocowania do stacji dokującej | TAK |  |
|  | Możliwość współpracy pompy z systemami zarządzania infuzją | TAK |  |
|  | Wbudowany interfejs na podczerwień IrDA oraz RS232 do dwustronnej komunikacji z systemem zarządzającym infuzją oraz innym pompami | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Pompa strzykawkowa sztuk 12**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Zwarta budowa uniemożliwiająca zalanie | TAK |  | |
|  | Strzykawka mocowana od frontu, niewychodząca poza obrys pompy przy pełnym wysunięciu tłoka. Mocowanie strzykawki manualne. | TAK |  | |
|  | Zasilanie – 230V; 50 Hz | TAK |  | |
|  | Zasilanie bateryjne – praca min 6h przy prędkości podaży 5 ml/h w temp.20o C dla standardowego trybu pracy | TAK |  | |
|  | Dokładność podaży nie gorsza niż +/- 2% | TAK |  | |
|  | Bateria o krótkim czasie ładowania – dla standardowego trybu ładowania | TAK |  | |
|  | Funkcja STAND-BY bez ograniczenia czasu | TAK |  | |
|  | Możliwość blokady ustawienia prędkości infuzji | TAK |  | |
|  | Wbudowany, nie demontowany uchwyt do mocowania pompy do statywu | TAK |  | |
|  | Wbudowany, nie demontowany uchwyt umożliwiający przenoszenie pompy | TAK |  | |
|  | Wbudowany, zatrzaskowy, nie demontowany system mocowania do stacji dokującej lub szyny poziomej. | TAK |  | |
|  | Wbudowany interfejs na podczerwień IrDA do dwustronnej komunikacji z systemem zarządzającym infuzją oraz innym pompami | TAK |  | |
|  | Wbudowane gniazdo RS232 | TAK |  | |
|  | Waga urządzenia nie więcej niż 3,0 kg | TAK |  | |
|  | Duży czytelny wyświetlacz o przekątnej min 16 cm. | TAK |  | |
|  | Minimum 19 znaków w nazwie leku wyświetlanych na ekranie pompy | TAK |  | |
|  | Rejestr zdarzeń obejmujący wszystkie zdarzenia min z 12 miesięcy, przechowywany w pamięci pompy min 6 miesięcy bez zasilania. | TAK |  | |
|  | Oddzielny rejestr naciśnięć klawiszy pompy dostępny w menu serwisowym | TAK |  | |
|  | Licznik czasu pracy pompy:  - całkowitego czasu pracy bez możliwości zerowania,  - bieżącego czasu pracy z możliwością zerowania | TAK |  | |
|  | W przypadku stosowanie oddzielnego oprogramowania do wprowadzania danych i konfiguracji pomp minimum dwie licencje – jedna dla Użytkownika, druga dla działu techniki medycznej | TAK |  | |
|  | Skuteczne zabezpieczenie wprowadzonych do pompy danych umożliwiające ich zmianę tylko key-userowi. | TAK |  | |
|  | Możliwość stosowania strzykawek o różnych objętościach producentów krajowych i zagranicznych - od 5 do 50 ml | TAK |  | |
|  | Możliwość wprowadzanie, po skalibrowaniu, dodatkowych strzykawek wg życzenia Użytkownika | TAK |  | |
|  | Możliwość pracy w min pięciu n/w trybach:  -szybkość dozowania – w ml/godz.,  - dawkowanie – w jednostkach masowych w stosunku do wagi pacjenta, i w jednostkach masowych w stosunku do wagi pacjenta i czasu  -szybkość dozowania + objętość infuzji do podania  - objętość do podania + czas podaży (automatyczne wyliczanie prędkości podaży)  - z kalkulatorem lekowym automatycznie obliczającym dawkowanie | TAK |  | |
|  | Możliwość programowania prędkości podaży w zakresie min.: od 0,1 do 1200 ml/h | TAK |  | |
|  | Możliwość zmiany prędkości podaży leku w trakcie pracy bez konieczności wyłączenia pompy | TAK |  | |
|  | Możliwość wyboru trybów pracy po zakończeniu infuzji:  - zatrzymanie infuzji  - tryb KVO (utrzymanie drożności wlewu/naczynia – zapobieganie obturacji) z regulacją prędkości podaży przez Użytkownika w zakresie nie mniejszym niż 0,1-2,0 ml/h  - kontynuacja infuzji z poprzednią prędkością | TAK |  | |
|  | Tryb BOLUS z podaniem dawki uderzeniowej bez zatrzymania infuzji:  - automatyczny (hands off) z konfigurowaną przez użytkownika prędkością podaży w zakresie min 10 – 1200 ml/h, co 10 ml/h oraz objętością dawki w zakresie min 0,1 – 25 ml.  - ręczny (hands on) z konfigurowaną przez użytkownika prędkością podaży w zakresie min 10 – 1200 ml/h i kontrolą objętości podanego bolusa | TAK |  | |
|  | Automatyczne cofanie tłoka strzykawki po wystąpieniu alarmu okluzji | TAK |  | |
|  | Programowanie min. 10 progów ciśnienia okluzji przez Użytkownika w zakresie nie mniejszym niż 50-1000 mm Hg | TAK |  | |
|  | Funkcja wypełnienia drenu z wyborem przez Użytkownika prędkości w zakresie nie mniejszym niż 100-500 ml/godz. i objętości wypełnienia drenu w zakresie nie mniejszym niż 0,5-5 ml | TAK |  | |
|  | Funkcja szybkiego startu po rozpoczęciu infuzji i ręcznym wypełnieniu drenu – do kasowania luzów mechanizmie pompy bez używania funkcji wypełniania drenu | TAK |  | |
|  | Biblioteka leków zawierająca min 100 leków, wprowadzanych przez Użytkownika, z ich stężeniami i parametrami podaży. | TAK |  | |
|  | Możliwość rozbudowy biblioteki leków do min 3000 leków ze stężeniami i protokołami podaży zawierającymi limity miękkie i twarde dawkowania oraz podziałem leków na co najmniej 30 protokołów podaży. | TAK |  | |
|  | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie pompy niżej podanych parametrów infuzji i stanu pompy:  - informacja o trwającej infuzji/ informacja o wstrzymaniu infuzji/ informacja o trybie KVO,  - typ zainstalowanej strzykawki,  - nazwa leku,  - szybkość podaży:  \* w ml/h  \* w jednostkach masowych (jeśli wprowadzone). *Obie informacje wyświetlane równocześnie.*  - objętość do podania,  - objętość podana,  - czas pozostały do końca infuzji,  - poziom ciśnienia w linii,  - wybrane ciśnienie alarmu okluzji,  - ikona stanu naładowania baterii. | TAK |  | |
|  | Praca pompy w systemie zarządzającym infuzjami poprzez stację dokującą | TAK |  | |
|  | Zróżnicowany dwustopniowy system ostrzeżeń i alarmów akustycznych i optycznych (wizualnych) z wstrzymaniem infuzji dla alarmów – co najmniej poniższych: | TAK |  | |
|  | Okluzji - z automatycznym wstrzymaniem infuzji | TAK |  | |
|  | Bliskiego końca infuzji z możliwością regulacji przez użytkownika jego parametrów:  - czasu do końca infuzji od min 1 do 15 min.  - do 10% pozostałej infuzji  w zależności od tego, która co nastąpi wcześniej. | TAK |  | |
|  | Końca infuzji z możliwością wyboru przez Użytkownika objętości leku pozostającej w strzykawce w zakresie 0,1-5% jej objętości – w tym zakresie pompa MUSI przechodzić w tryb KVO. | TAK |  | |
|  | O przejściu w tryb KVO, zatrzymania lub kontynuacji infuzji | TAK |  | |
|  | Złego zamocowania strzykawki ze wskazaniem miejsca, w którym ono nastąpiło i z automatycznym wstrzymaniem infuzji | TAK |  | |
|  | Wstępny rozładowania baterii – na 30 min przed jej wyczerpaniem | TAK |  | |
|  | Rozładowania baterii | TAK |  | |
|  | Awarii urządzenia | TAK |  | |
|  | Przypominający o konieczności dokonania przeglądu | TAK |  | |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  | |

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

1. **Inkubator do intensywnej opieki nad wcześniakiem i noworodkiem 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.** | **Parametry ogólne** | xxx |  |
| 1.1 | Inkubator przeznaczony do intensywnej opieki nad wcześniakiem i noworodkiem | TAK |  |
| 1.2 | Inkubator stacjonarny o stabilnej konstrukcji umieszczony na ruchomej podstawie, pole zajmowane przez inkubator nie większe jak 8100 cm2 | TAK |  |
| 1.3 | Zasilanie AC 230V ±10%, 50 Hz | TAK |  |
| 1.4 | Zewnętrzny, dotykowy wyświetlacz kolorowy LCD o przekątnej min. 8 cali, z możliwością regulacji wysokości oraz kąta odchylenia (regulacja wielopłaszczyznowa) umożliwiającą obserwację i obsługę ekranu z lewej i prawej strony inkubatora. | TAK |  |
| 1.5 | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 40 cm | TAK |  |
| 2.0 | **Kopuła inkubatora** | xxx |  |
| 2.1 | Konstrukcja kopuły dwuścienna | TAK |  |
| 2.2 | Otwierane 2 długie ścianki kopuły z lewej i prawej strony o kąt min. 180 stopni powoli i bezszmerowo, mechanizm otwierania wyposażony w specjalny tłumik zabezpieczający przed nagłym opadaniem ścianki. | TAK |  |
| 2.3 | Otwory pielęgnacyjne min. 6 sztuk | TAK |  |
| 2.4 | Uszczelnione otwory (przepusty) min. 7 sztuk, na rury w kopule inkubatora, przewody monitorowania, cewniki, umożliwiające wyjęcie dziecka z inkubatora bez odłączania. | TAK |  |
| 2.5 | Elektrostatyczny filtr powietrza z funkcją wyświetlania informacji o konieczności jego wymiany . | TAK |  |
| 2.6 | Szuflada do wprowadzenia kasety RTG pod materacyk bez konieczności otwierania kopuły inkubatora. Dostęp do szuflady dla kaset RTG z obu stron kopuły inkubatora. | TAK |  |
| 2.7 | Regulacja kąta nachylenia materacyka w sposób płynny i cichy w zakresie min. 13 stopni, dostępna na zewnątrz inkubatora. | TAK |  |
| 2.8 | System cyrkulacji powietrza pod kopułą inkubatora - dwustrumieniowy | TAK |  |
| 2.9 | Skuteczna kurtyna ciepłego powietrza zapobiegająca wychłodzeniu wnętrza działa w pełni automatycznie po otwarciu ściek kopuły lub otworów pielęgnacyjnych. | TAK |  |
| 2.10 | Swobodny dostęp do inkubatora z 4 stron | TAK |  |
| 2.11 | Poziom głośności wewnątrz kopuły w decybelach w czasie pracy inkubatora ≤ 44 dB | TAK |  |
| 3.0 | **Regulacja nawilżania** | xxx |  |
| 3.1 | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji nawilżania (servo) w zakresie min. do 95% ustawiany z rozdzielczością 1% | TAK |  |
| 3.2 | Zbiornik na wodę umieszczony poza przedziałem pacjenta. Nie dopuszcza się bezpośredniego kontaktu wody w zbiorniku z powietrzem obiegającym przedział noworodka – zmniejszenie ryzyka zakażeń | TAK |  |
| 3.3 | Aktywne nawilżanie – podgrzewanie wody do temperatury wrzenia | TAK |  |
| 4.0 | **Regulacja temperatury** |  |  |
| 4.1 | Inkubator posiada układ ręcznej regulacji temperatury (manual control) powietrza pod kopułą nastawiany w zakresie min. 24 – 38°C | TAK |  |
| 4.2 | Inkubator posiada układ automatycznej regulacji temperatury (servo) bazujący na pomiarach temperatury skóry noworodka w zakresie min. 35–38,0°C | TAK |  |
| 5.0 | **Tlenoterapia** | xxx |  |
| 5.1 | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji stężenia tlenu (servo) pod kopułą. Układ ogranicza stężenie tlenu pod kopułą do max. 65% | TAK |  |
| 5.2.. | Oxymetr do pomiaru stężenia tlenu pod kopułą z układami regulowanych alarmów zintegrowany z inkubatorem (wbudowany). | TAK |  |
| 6.0 | **Monitorowanie** | xxx |  |
| 6.1 | Inkubator wyposażony w układ monitorowania, który mierzy i podaje w formie cyfrowej parametry:  - temperaturę na skórze noworodka,  - temperaturę w powietrzu pod kopułą inkubatora  - stężenie tlenu pod kopułą inkubatora,  - wilgotność względna,  - informacja o wykorzystaniu mocy grzałki w stopniach lub %. | TAK |  |
| 6.2 | Czujniki pomiarowe zintegrowane w jednej wyjmowanej głowicy | TAK |  |
| 6.3 | Funkcja wyświetlania i zapisywania trendów, bez konieczności podłączania zewnętrznych monitorów pacjenta:  - temperatury z obu czujników,  - wilgotności,  - stężenia tlenu,  - moc grzałki. | TAK |  |
| 7.0 | **Alarmy** | xxx |  |
| 7.1 | Inkubator posiada alarmy akustyczno-optyczne dla następujących sytuacji: | TAK |  |
| 7.1.1 | Przekroczenia lub spadku nastawionej temperatury w powietrzu pod kopułą inkubatora | TAK |  |
| 7.1.2 | Przekroczenia lub spadku nastawionej temperatury na skórze w układzie regulacji automatycznej (servo) | TAK |  |
| 7.1.3 | Przekroczenia maksymalnej dopuszczalnej temperatury | TAK |  |
| 7.1.4 | Przekroczenia górnej i dolnej granicy ustawionego stężenia tlenu | TAK |  |
| 7.1.5 | Brak lub niski poziom wody w nawilżaczu | TAK |  |
| 8.0 | **Wyposażenie** |  |  |
| 8.1 | Filtr wejściowy powietrza pobieranego z otoczenia | TAK  2 sztuki |  |
| 8.2 | Czujnik temperatury skóry do układu regulacji | TAK  1 sztuka |  |
| 8.3 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 8.4 | Pokrowce bawełniane na materacyk | TAK  2 sztuki |  |
| 8.5 | Rogal do ułożenia noworodka | TAK  3 sztuki  (każda z innego rozmiaru) |  |
| 8.6 | Przylepce do mocowania czujnika temperatury | TAK  8 sztuk |  |
| 8.7 | Wbudowany Pulsoksymetr w technologii Massimo | TAK |  |
| 8.8 | Wbudowana waga umożliwiające ważenie bez wyjmowania dziecka z inkubatora – zakres pomiaru 300-6500 g | TAK |  |
| 8.9 | Szuflada na drobne akcesoria z dostępem z obu stron – 1 szt. | TAK |  |
| 9. | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Pulsoksymetr 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** |
|  | Pulsoksymetr –system monitowania saturacji SpO2 oraz tętna noworodków, dzieci i dorosłych | TAK |  |
|  | Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z wbudowanym akumulatorem i zasilaczem sieciowym | TAK |  |
|  | Zasilanie 100-240 VAC, 50/60 Hz, 45VA | TAK |  |
|  | Pojemność akumulatora minimum 5 godzin przy użyciu nowego, w pełni naładowanego akumulatora, bez alarmów z możliwością wymiany na akumulator 10-godzinny | TAK |  |
|  | Waga maksymalna 1,7 kg | TAK |  |
|  | Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Nawigacja i sterowanie za pomocą pokrętła wielofunkcyjnego | TAK |  |
|  | **MIERZONE WARTOŚCI** | xxx |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji: 1-100% | TAK |  |
|  | Zakres częstości pulsu min.: 20-250min -1 | TAK |  |
|  | Wskaźnik perfuzji: 0,03-20% | TAK |  |
|  | **DOKŁADNOŚĆ POMIARU** | TAK |  |
|  | Saturacja (%SpO2+/-1SD) | TAK |  |
|  | Dorośli: 70-100% +/- 2 cyfry | TAK |  |
|  | Noworodki: 70-100% +/- 3 cyfry | TAK |  |
|  | Niska perfuzja: 70-100% +/-2 cyfry | TAK |  |
|  | Częstość pulsu: 20-250 min-1 +/- 3 cyfry | TAK |  |
|  | Częstość pulsu dla niskiej perfuzji: 20-250 min -1 +/-3 cyfry | TAK |  |
|  | **WYŚWIETLACZ – ELEMENTY WYŚWIETLACZA** | xxx |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz TFT LCD prezentujący wszystkie graficzne i numeryczne informacje pacjenta oraz komunikaty ostrzegawcze. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie krzywej pletyzmografu | TAK |  |
|  | Wyświetlanie SpO2 — bieżąca wartość | TAK |  |
|  | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla saturacji | TAK |  |
|  | Wyświetlanie amplitudy tętna | TAK |  |
|  | Wyświetlanie częstości tętna - bieżąca wartość | TAK |  |
|  | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla tętna | TAK |  |
|  | Wyświetlanie czasu | TAK |  |
|  | Wyświetlanie ikony aktywnego alarmu | TAK |  |
|  | Wskaźnik zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Ikona stanu baterii informująca o stopniu naładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Wskaźnik zakłóceń | TAK |  |
|  | Wskaźnik czujnik zdjęty | TAK |  |
|  | Wskaźnik czujnik odłączony | TAK |  |
|  | Wskaźnik komunikat czujnika | TAK |  |
|  | 96 godzinna pamięć rejestrowana co 4 s. wszystkich monitorowanych parametrów pod postacią tabelaryczną i graficzną | TAK |  |
|  | **TRANSMISJA DANYCH** | xxx |  |
|  | Interfejs przywołania pielęgniarki | TAK |  |
|  | Złącze USB | TAK |  |
|  | Złącze Mini USB | TAK |  |
|  | **ALARMY** | xxx |  |
|  | Regulacja czasu opóźnienia reakcji alarmu na zmianę saturacji w zakresie: 10s, 25s, 50s, 100s dla zmian o 1%. | TAK |  |
|  | Regulacja czasu opóźnienia reakcji na zmianę saturacji wyższą niż 1% według algorytmu: (10s, 25s, 50s, 100s) / wartość zmiany saturacji = czas opóźnienia reakcji alarmu. | TAK |  |
|  | Alarmy dźwiękowe o wysokim, średnim i niskim priorytecie | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla częstość pulsu poniżej dolnej granicy. | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla częstość pulsu powyżej górnej granicy. | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla SpO2 powyżej górnej granicy | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla SpO2 poniżej dolnej granicy | TAK |  |
|  | Alarm dla odłączenia SpO2 Kabla/Sensora | TAK |  |
|  | Alarm dla SpO2 zdjęcie czujnika | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla całkowicie rozładowanej baterii | TAK |  |
|  | Możliwość zawieszenia dźwięków alarmowych na 30, 60, 90, 120 s. z jednoczasowym generowaniem alarmów wizualnych | TAK |  |
|  | Regulacja głośności dla alarmu, przycisku, pulsu | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE STANDARDOWE/DODATKOWE** | xxx |  |
|  | Przewód łączący urządzenie z czujnikiem pomiarowym | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Lampa do fototerapii nadstawna 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** |
|  | Źródło światła - Niebieskie i żółte diody LED | TAK |  |
|  | Długość fali - Niebieskie: Pik pomiędzy 450 i 470 nm  Żółte: Pik pomiędzy 585 i 595 nm | TAK |  |
|  | Natężenie - Średnie natężenie w centrum w odległości 30,5 cm (12 cali) | TAK |  |
|  | Ustawienie niskie - 12-15 µW/cm2/nm | TAK |  |
|  | Ustawienie wysokie - 30-35 µW/cm2/nm | TAK |  |
|  | Odchylenie natężenia po 6 h - < 10% (w zakresie naświetlania) | TAK |  |
|  | Zakres skutecznego naświetlania – ok. 50 x 25 cm (20 x 10 cali) | TAK |  |
|  | Emisja ciepła (w odległości 11,8 cali przez 6 h) temperaturę otoczenia (przy 30 cm przez 6 godzin) - > 0,4 (minimum do maksimum) | TAK |  |
|  | Zasilanie - 85–264 V (prąd przemienny), 47 do 63 Hz | TAK |  |
|  | Maksymalna wysokość< 1,83 m | TAK |  |
|  | Ciężar < 18 kg | TAK |  |
|  | Wysokość dyfuzora nad podłożem modyfikowana od 42 do 59 59 ± 3 cali (1.07 m do 1.50 m ± 7.6 cm) | TAK |  |
|  | Środek dyfuzora od stojaka - modyfikowany do 9 do 13 ± 1 cal (22.9 cm do 33 cm ± 2.5 cm) | TAK |  |
|  | Korekta nachylenia obudowy - 0º (poziomo) do około 40º | TAK |  |
|  | Odstęp między podstawą a podłożem - < 10,2 cm (4 cale) | TAK |  |
|  | Podstawa - 5 nóg z kółkami samonastawczymi (2 blokady) | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Lampa do fototerapii łóżeczkowa sztuk 6**

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Źródło światła - Niebieskie diody LED | TAK |  |
|  | Długość fali - Niebieskie: Pik pomiędzy 450 i 470 nm | TAK |  |
|  | Natężenie - Szczytowe natężenie na powierzchni pacjenta 30-35 µW/cm2/nm | TAK |  |
|  | Odchylenie natężenia po 6 h ± 10% (w zakresie naświetlania) | TAK |  |
|  | Zakres skutecznego naświetlania - >Ok. 44.5 cm (17,5 cala) x 21,6 cm ( 8,5 cala), >613 cm2 (95 cali2**)** | TAK |  |
|  | Obszar pacjenta min. - 27,18 cm (10,7 cala) x 55,85 cm (22 cale) | TAK |  |
|  | Współczynnik natężenia - > 0,4 (minimum do maksimum) | TAK |  |
|  | Emisja ciepła - 40° C (104° F) maksymalna temperatura na powierzchni | TAK |  |
|  | Napięcie - 100 – 240 V~ | TAK |  |
|  | Natężenie prądu - 2.0 A maks @ 100 – 240 V ~ | TAK |  |
|  | Częstotliwość - 50 – 60 Hz | TAK |  |
|  | Napięcie - 12 V | TAK |  |
|  | Zasilanie - maks. 65 W | TAK |  |
|  | Natężenie prądu - 5.4 A @ maks @ 12 V | TAK |  |
|  | Wymiary szer x dł..x wys.(+/- 5%) – 30.5 cm x 64.8 cm x 10.2 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga - < 5,0 kg (obudowa + zasilacz) | TAK, podać |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Ciepłe gniazdko 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** |
|  | Skład systemu: kontroler grzewczy, koc grzewczy, łóżeczko noworodkowe | TAK |  |
|  | Kontroler grzewczy z możliwością równoczesnego, niezależnego ogrzewania dwóch kocy grzewczych (dwa gniazda). | TAK |  |
|  | Wyświetlacz cyfrowy pokazujący zadaną i aktualną temperaturę. | TAK |  |
|  | Regulacja temperatury w zakresie co najmniej 32-39ºC  w krokach co 0,5ºC. | TAK |  |
|  | Koc grzewczy o wymiarach max  680 x 480 x 30 mm, przezierny dla promieni RTG. | TAK |  |
|  | Temperatura koca grzewczego monitorowana przez  8 czujników rozmieszczonych na jego powierzchni. | TAK |  |
|  | Czas nagrzewania koca grzewczego  od temp. 20ºC do 37ºC 5 min. ( +/- 3 min.). | TAK |  |
|  | Poszewka koca nadająca się do prania (95ºC) i dezynfekcji, wielorazowego użytku. | TAK |  |
|  | Zabezpieczenia w postaci akustycznych i wizualnych alarmów: nadtemperaturowych, niedogrzania maty, czasu, kabla oraz zaniku zasilania. | TAK |  |
|  | Uchwyt umożliwiający zamocowanie kontrolera do stojaka na płyny infuzyjne. | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Worek AMBU dla noworodków sztuk 6**

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
| 1. | Worek wielorazowego użytku | Tak |  |
| 2 | Worek wykonany z silikonu, przeźroczysty | Tak |  |
| 3 | Maksymalna ilość wdechów na minutę – 45 | Tak |  |
| 4 | Zawór bezpieczeństwa pacjenta 40 cm H2O lub 60 cm H2O | Tak |  |
| 5 | Mocowanie drenu tlenowego stożkowe | Tak |  |
| 6 | Możliwość sterylizacji w autoklawie lub w płynach | Tak |  |
| 7 | Odporność na detergenty i środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 8 | Objętość rezerwuaru tlenu 600ml (+/- 5%) | Tak |  |
| 9 | Objętość worka samorozprężalnego 280ml (+/- 5%) | Tak |  |
| 10 | Objętość dostarczanego tlenu przy wentylacji jedną ręką min. 800 ml | Tak |  |
| 11 | Temperatura przechowywania min. : -40'C do + 60'C | Tak |  |
| 12 | Temperatura pracy min: -15'C do +50'C | Tak |  |
| 13 | Konstrukcja worka uniemożliwiająca niewłaściwy montaż | Tak |  |
| 14 | Możliwość obrotu założonej maski na worek o 360o | Tak |  |
| 15 | Rezerwuar tlenu, maska twarzowa i wężyk tlenowy w komplecie | Tak |  |
| 16. | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

1. **Respirator transportowy 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** |
|  | Wymagania ogólne | xxx |  |
|  | Maksymalne wymiary respiratora 22x25x8 cm | Tak |  |
|  | Waga respiratora mx. 2,5 kg | Tak |  |
|  | Manometr wskazujący ciśnienie w drogach oddechowych | Tak |  |
|  | Respirator przenośny o zwartej konstrukcji | Tak |  |
|  | Zasilanie respiratora tylko gazowe tlen i powietrze – respirator musi pracować bez zasilania elektrycznego. | Tak |  |
|  | Respirator zapewnia prowadzenie wentylacji w trybie: IMV IPPV CPAP | Tak |  |
|  | **Parametry oddechowe regulowane:** | xxx |  |
|  | Stężenie tlenu – płynna regulacja | Tak |  |
|  | Czas wdechu od 0,2 sek . | Tak |  |
|  | Czas wydechu od 0,3 sek. | Tak |  |
|  | Ciśnienie w drogach oddechowych | Tak |  |
|  | PEEP/CPAP | Tak |  |
|  | Nawilżacz aktywny z serwokontrola temperatury | Tak |  |
|  | Układ oddechowy (jednorazowego użytku) – 10 kpl | Tak |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Laryngoskop z krótką rękojeścią 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** |
|  | Laryngoskop światłowodowy | TAK |  |
|  | Łopatka wykonana ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Łopatka z łamaną końcówką ułatwiającą intubację dotchawiczą rozmiar 2,3,4 | TAK |  |
|  | Rękojeść z pojemnikiem na baterie typu R14 z kompletem baterii | TAK |  |
|  | Żarówka ksenonowo-halogenowa | TAK |  |
|  | Możliwość sterylizacji w autoklawie | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

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

*miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego*

*przedstawiciela wykonawcy*