Załącznik nr 2-8 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**dla urządzeń objętych częścią 8 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 1,5V  lub 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 min. 30 godzin | TAK |  |
| 4 | Moc akustyczna min. 1W | TAK |  |
| 5 | Regulacja głośności ręczna 10 stopniowa i automatyczna  możliwość zapamiętania głośności pracy detektora | TAK |  |
| 6 | Głowica BP2MHz, 25 mm przetwornik | TAK |  |
| 7 | Wyświetlacz częstości tętna FHR LED | TAK |  |
| 8 | Zakres pomiaru tętna min. 50-210 bpm (50-240bpm ) | TAK, podać |  |
| 9 | Zliczanie tętna automatyczne i ręczne (min. 10 uderzeń) | TAK, podać |  |
| 10 | Częstotliwość fali ultradźwiękowej 2 MHz |  |  |
| 11 | Wymiary części głównej (+/- 5%) 45x66x32 mm | TAK, podać |  |
| 12 | Waga 230g (+/- 5%) | TAK, podać |  |
| 13 | Wyposażenie: żel USG 250g, torba, 2x bateria lub 2x akumulator i ładowarka | TAK |  |
| 14 | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Fotel ginekologiczny 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** |
|  | Trzy segmentową powierzchnię roboczą segment głowy, segment pleców, segment siedzenia | TAK |  |
|  | **Szerokość siedziska fotela ginekologicznego** ok. 600mm | TAK, podać |  |
|  | **Długość trzy segmentowej powierzchni roboczej** w pozycji kozetki lekarskiej ok. 1300mm. | TAK, podać |  |
|  | Wyposażony w :  Uchylną miskę  Schodek nadstawny na podstawę fotela  Podpórki pod ręce  Wieszak z wkładem papierowym  Podpórka podudzi Goepela | TAK |  |
|  | elektromechanicznie regulowana wysokość od. ok. 640-ok. 940mm (przyciski nożne),elektromechanicznie regulowany segment pleców ok. 0-80o(przyciski nożne) | TAK |  |
|  | Kolor tapicerki do wyboru przy zamówieniu | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Pompa objętościowa na Patologię ciąży 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** |
|  | 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 |  |  |
|  | 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, plynów 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. **Aparat do pomiaru ciśnienia 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 | Ciśnieniomierz ręczny | TAK |  |
| 2 | Manometr zegarowy | TAK |  |
| 3 | Średnica tarczy manometru min. 50mm | TAK, podać |  |
| 4 | Zakres pomiarowy min. 0 – 300 mmHg | TAK, podać |  |
| 5 | Manometr zintegrowany z pompką i zaworem | TAK |  |
| 6 | Gwarancja kalibracji min. 5 lat | TAK, podać |  |
| 7 | Odporność na wstrząsy | TAK |  |
| 8 | Odporność na upadek na twarde podłoże z wys. Min. 70cm | TAK, podać |  |
| 9 | Mankiet dla dorosłych w komplecie | TAK |  |
| 10 | Zatyczka mankietu stosowana podczas dezynfekcji w komplecie | TAK |  |
| 11 | Zawór spustowy | TAK |  |
| 12 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

1. **Termometr bezdotykowy 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 | Termometr do pomiaru temperatury m.in. na czole, temperatury otoczenia | TAK |  |
| 2 | Czas pomiaru w czasie: 0,5 do 1,0 sekundy | TAK, podać |  |
| 3 | Podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD | TAK |  |
| 4 | Wybór trybu pomiaru temperatury na czole lub powierzchni przedmiotów o temperaturze niższej niż 110°C i emisyjności równej 0,95. | TAK |  |
| 5 | Dwa tryby pomiaru temperatury: skala Fahrenheita i Celsjusza, do wyboru. | TAK |  |
| 6 | Funkcja pamięci z zachowaniem wartości min. 50 ostatnich wyników pomiaru. | TAK |  |
| 7 | Zakres pomiaru: temperatura ciała min.: 35,5°C – 42,9°C / 95,9°F – 109,2°F (+- 2°) | TAK |  |
| 8 | Zakres pomiaru: temperatura powierzchni min.: 0,0°C – 118,0°C / 32,0°F – 244,4°F. (+- 2°) | TAK |  |
| 9 | Margines błędu pomiaru: w standardowych warunkach otoczenia nie gorszy niż: +0,2°C. | TAK |  |
| 10 | Odległość od miejsca dokonywania pomiaru na czole z zakresu: 3cm – 5cm. | TAK |  |
| 11 | Odległość do miejsca dokonywania pomiaru temperatury wybranej powierzchni co najmniej: 5cm – 4m | TAK |  |
| 12 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

1. **Wózek do przewożenia chorych 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** |
|  | Długość całkowita wózka | min.211cm |  |
|  | Szerokość całkowita wózka | 80cm ±1cm |  |
|  | Powierzchnia leża | 66cm x 193cm |  |
|  | Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny materaca | 63cm ±1cm |  |
|  | Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny materaca | 98cm ±1cm |  |
|  | Obustronny nożny pedał do hydraulicznej regulacji wysokości bez użycia rąk z wyraźnym oznaczeniem realizowanej funkcji. | TAK |  |
|  | Segment przezierny dla promieni RTG | TAK |  |
|  | Osłony boczne | Min. 33cm x 140cm |  |
|  | Barierki boczne opuszczane jednym ruchem ręki | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu wezgłowia | TAK |  |
|  | Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga co najmniej | ( - 180 )- (+ 180) |  |
|  | Konstrukcja wózka oparta na dwóch kolumnach hydraulicznych | TAK |  |
|  | Min. 4 pojedyncze antystatyczne, kółka o średnicy min. 200 mm. | TAK, podać |  |
|  | Koło samonastawne ułatwiające pokonywanie zakrętów | TAK |  |
|  | Centralna blokada wszystkich kół jednocześnie uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną od strony nóg i głowy | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze | min. 228kg |  |
|  | Materac niepalny z wysokiej gęstości pianki | TAK |  |
|  | Grubość materaca | 7,5cm ±1cm |  |
|  | 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 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 | komunikacja z komputerem osobistym poprzez interfejs USB | TAK |  |
| 7 | automatyczna analiza i interpretacja | TAK |  |
| 8 | praca w trybie Auto lub Manual | TAK |  |
| 9 | sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych lub odprowadzenia Cabrera | TAK |  |
| 10 | klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | TAK |  |
| 12 | kolorowy ekran dotykowy (min. 7") umożliwiający łatwą obsługę aparatu | TAK |  |
| 13 | prezentacja na ekranie przebiegów z 3, 6 oraz 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
| 14 | wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów (szerokość papieru: 112 mm) | TAK |  |
| 15 | wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów bezpośrednio z aparatu na zewnętrznej drukarce: wydruk A4 | TAK |  |
| 16 | czułość co najmniej: 2,5/5/10/20 mm/mV | TAK |  |
| 17 | prędkość zapisu co najmniej: 5/10/25/50 mm/s | TAK |  |
| 18 | proste zakładanie papieru (Easy load) | TAK |  |
| 19 | baza pacjentów i badań | TAK |  |
| 20 | wewnętrzna pamięć 1000 badań | TAK |  |
| 21 | zapis badań bezpośrednio z aparatu do pamięci USB (PenDrive) | TAK |  |
| 22 | detekcja złego podłączenia elektrody niezależna dla każdego kanału | TAK |  |
| 23 | detekcja stymulatora serca | TAK |  |
| 24 | ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | TAK |  |
| 25 | dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń | TAK |  |
| 26 | cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego | TAK |  |
| 27 | cyfrowy filtr pływania izolinii | TAK |  |
| 28 | interfejs komunikacyjny: 3 x port USB (równoczesna komunikacja z PC, drukarką zewnętrzną, pamięcią USB - PenDrive | TAK |  |
| 29 | interfejs komunikacyjny LAN umożliwiający wysyłanie zapisów badań EKG oraz dokumentacji medycznej w formie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu na dowolną skrzynkę odbiorczą | TAK |  |
| 30 | zasilanie sieciowo-akumulatorowe | TAK |  |
| 31 | sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | TAK |  |
| 32 | menu wyświetlane na ekranie | TAK |  |
| 33 | konfiguracja wyglądu i kompozycji ekranu | TAK |  |
| 34 | konfiguracja ustawień aparatu oraz panelu sterowania | TAK |  |
| 35 | współpraca z oprogramowaniem służącym do zarządzania badaniami EKG– | TAK |  |
| 36 | wysyłanie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu | TAK |  |
| 37 | możliwość wykonania badania spirometrycznego przy zastosowaniu przystawki do protokołu badań SPIRO-31 na posiadanej przez Zamawiającego przystawce | TAK |  |
| 38 | wymiary (D x S x W) +-/ 5%: 258x199x50 mm | TAK, podać |  |
| 39 | waga < 1,3 kg | TAK, podać |  |
| 40 | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Glukometr 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** |
| 1 | Wyświetlacz: duży, podświetlany ekran LCD | TAK |  |
| 2 | Przypomnienie o konieczności wykonania testu poposiłkowego (1 lub 2 godziny po posiłku) | TAK |  |
| 3 | Pomiar powinien być wykonywany przy temperaturze powietrza: od +6oC do 44oC | TAK |  |
| 4 | Glukometr przystosowany do przechowywany w miejscu, gdzie temperatura powietrza wynosi: od -25oC do 70oC | TAK |  |
| 5 | Pomiar wykonywany przy wilgotności powietrza min.: 10% -90% | TAK |  |
| 6 | Pojemność pamięci min.: 500 wyników | Podać |  |
| 7 | Wymiary (+/- 5%): 43 x 69 x 20 mm | Podać |  |
| 8 | Waga (+/- 5%): 40 g z bateriami | TAK |  |
| 9 | Zasada pomiaru: pomiar elektrochemiczny | TAK |  |
| 10 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

1. **Kardiomonitor 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 | Monitory kompatybilne z monitorami posiadanymi przez Zamawiającego mCare 300 Spacelabs | TAK |  |
| 2 | Budowa modułowa – moduły pomiarowe wymienne, przenoszone między monitorami bez udziału serwisu | TAK |  |
| 3 | Wyposażenie każdego monitora w funkcje i akcesoria pomiarowe:  - EKG z kompletem przewodów 3 odprowadzeniowych  - pulsoksymetria z min 1 czujnikiem wielorazowym  - oddech z kompletnym przewodem  - temperatura z czujnikiem powierzchniowym lub głębokim | TAK |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 230V | TAK |  |
| 5 | Prezentacja danych na ekranie o przekątnej min 12’’, możliwość wyboru spośród różnych formatów prezentacji; trendy graficzne, tabelaryczne, układ typu OxyCRG, tylko SpO2 i inne | TAK |  |
| 6 | Proste sterowanie monitorem za pośrednictwem ekranu dotykowego – menu w języku polskim | TAK |  |
| 7 | Możliwość uruchamiania wydruków EKG i innych danych na drukarce sieciowej z poziomu każdego kardiomonitora | TAK |  |
| 8 | Możliwość zaprogramowania automatycznych pomiarów ciśnienia z określoną częstotliwością np. od 1 minuty do 6 godzin | TAK |  |
| 9 | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Stetoskop 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** |
| 1 | Stetoskop dwugłowicowy | TAK |  |
| 2 | Stetoskop przeznaczony do osłuchiwania niemowląt, dzieci i dorosłych | TAK |  |
| 3 | Mosiężna głowica | TAK |  |
| 4 | Stetoskop bez lateksu | TAK |  |
| 5 | Grube, tłumione kanały odsłuchowe | TAK |  |
| 6 | Membrana o średnicy min. 4,80 cm | TAK |  |
| 7 | Lejek o średnicy min. 3,20 cm | TAK |  |
| 8 | Długość przewodów odsłuchowych min. 43 cm | TAK |  |
| 9 | Długość całkowita min. 63 cm | TAK |  |
| 10 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

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

*miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego*

*przedstawiciela wykonawcy*