Załącznik nr 2-N-1 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych Częścią 1 zamówienia**

**Dostawa aparatu do hipotermii leczniczej – 1 sztuka**

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

**Typ:** .......................................**Model**: ..........................................

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów lub cech urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Podać wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** |
|  | Rok produkcji 2024, urządzenie fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| **I. Wymagania ogólne** | | | |
| 1. | Zasilanie systemu nieinwazyjnego zarządzania temperaturą pacjenta bezpośrednio z sieci za pomocą kabla.  Zasilanie sieciowe AC 230 V 50 Hz, | TAK |  |
| 2. | Klasa ochronności urządzenia | Podać |  |
| 3. | System pozwalający na prowadzenie nieinwazyjnej, kontrolowanej hipotermii i normotermii dzieci i noworodków | TAK |  |
| 4. | System wykorzystujący sterylną wodę jako medium przenoszenia temperatury | TAK |  |
| 5. | System mogący być stale wypełniony wodą (medium chłodzącym) z zabezpieczeniem przed namnażaniem się drobnoustrojów chorobotwórczych (grzybów i bakterii) w wodzie chłodzącej | TAK |  |
| 6. | System składający się z jednostki centralnej, drenów oraz elementów przekazujących energię termiczną w postaci materacyka. | TAK |  |
| 7. | Moduł sterujący, zapewniający sterowanie wszystkimi funkcjami systemu do hipotermii, wraz z pompą próżniową, zainstalowany na podstawie jezdnej z kołami wyposażonymi w hamulce | TAK |  |
| 8. | Ciekłokrystaliczny ekran dotykowy, wymiar minimum 21x17cm | TAK |  |
| 9. | Objętość wody w systemie nie większa niż 3,5 litra w celu zminimalizowania bezwładności cieplnej systemu | TAK |  |
| 10. | Przepływ wody w systemie co najmniej 5 litrów na minutę w celu jak najszybszego ogrzewania lub chłodzenia pacjenta | TAK |  |
| 11. | **Woda w jednorazowych padach hydrożelowych krążąca pod ujemnym ciśnieniem w celu uniemożliwienia jej wycieku w przypadku mechanicznego uszkodzenia okładu.** | TAK |  |
| 12. | Zakres wskazań temperatury pacjenta 10-44º C, skok co 0,1º C | TAK |  |
| 13. | Pomiar temperatury pacjenta co 1sekunda | TAK |  |
| 14. | Automatyczna zmiana temperatury cieczy chłodzącej na skutek zmian temperatury pacjenta minimum co 2 min, mająca bezpośredni wpływ na skuteczność utrzymania temperatury w danej fazie leczenia | TAK |  |
| 15. | Górna granica temperatury wody w zakresie od 36 do 42ºC | TAK |  |
| 16. | System zdolny do kontroli temperatury pacjenta w przedziale od 32 do 38,5° C | TAK |  |
| 17. | Dolna granica temperatury wody w zakresie od 4 do 25ºC | TAK |  |
| 18. | Praca urządzenia w temperaturze od 10-27º C, przechowywanie od -30 do 50º C | TAK |  |
| 19. | Moc nagrzewnicy 750W | TAK |  |
| 20. | Wskaźnik „trendu” zmian temperatury pacjenta - indykacja termoneutralności, wytwarzania ciepła i przejścia do chłodzenia pacjenta | TAK |  |
| 21. | Minimum 4 programowalne protokoły leczenia, możliwość zmiany nastawień każdego z protokołu. | TAK |  |
| 22. | Wyjścia czujnika temperatury min. 2 szt. | TAK |  |
| 23. | Możliwość manualnego lub automatycznego nastawienia wygrzewania pacjenta po procesie hipotermii | TAK |  |
| 24. | Kompatybilność z jednorazowymi materacykami i padami hydrożelowymi przez hydrożelową powłokę celem zwiększenia transferu energii | TAK |  |
| 25 | Na wyposażeniu 6 jednorazowych materacyków do prowadzenia hipotermii terapeutycznej | TAK |  |
| 25. | System dopuszczający założenie elektrod do defibrylacji pod padami hydrożelowymi (okładami) w trakcie pracy urządzenia | TAK |  |
| 26. | Kompatybilność z jednorazowymi materacykami i padami hydrożelowymi (okładami) radioprzeziernymi w celu umożliwienia diagnostyki pacjenta (RTG, MRI, TK) bez ich zdejmowania podczas badania | TAK |  |
| 27. | System wyposażony w elektroniczny miernik przepływu wody informujący o pracy urządzenia | TAK |  |
| 28. | Automatyczna wizualna notyfikacja o opróżnieniu padów hydrożelowych z cieczy chłodzącej po zatrzymaniu terapii w celu uniknięcia zalania pola po skończonej terapii. | TAK |  |
| 29. | Oprogramowanie urządzenia w języku polskim zawierające system alarmów, alertów informujących o jego pracy, pomocy i szkolenia z użytkowania z piktogramami | TAK |  |
| 30. | **Komendy głosowe w języku polskim informujące m.inn. o rozpoczęciu i przerwaniu zadanej terapii** | TAK |  |
| 31. | Wygaszacz ekranu włączający się automatycznie po 2 minutach terapii – wyświetlanie najważniejszych danych pacjenta, terapii | TAK |  |
| 32. | System archiwizujący dane terapii min. 10 ostatnich pacjentów oraz umożliwiający poprzez port USB, ich przenoszenie na zewnętrz systemu w celu archiwizacji dokumentacji i analizy prowadzonej terapii z użyciem dedykowanego oprogramowania do analizy | TAK |  |
| 33. | Waga systemu 43kg bez chłodziwa, 47kg po zalaniu, wymiary 89 cm x 47cm x 36cm | TAK |  |
| 34. | System zalewany cieczą chłodzącą z substancją grzybobójczą raz na 6 miesięcy, nie wymagane opróżnianie i zalewanie systemu po każdym użyciu | TAK |  |
| 35. | **Gwarancja i serwis** |  |  |
| 1. | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
| 2. | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
| 3. | Warunki gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

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

*miejscowość i data podpis upoważnionego* *przedstawiciela wykonawcy*