Załącznik nr 2-N-4 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych Częścią 4 zamówienia**

**Dostawa pomp przepływowych – 5 sztuk**

**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** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2024, gotowe do użytku | TAK |  |
|  | Programowana szybkość podaży w zakresie od 1 – 999 ml/h w trybie makro  | TAK |  |
|  | Regulacja prędkości podaży co 0,1 ml/h w zakresie min. od 1,0 do 99,9 ml/h w trybie mikro | TAK/Podać |  |
|  | Zakres objętości podanej w trybie makro i trybie mikro 0,0 – 9999 ml | TAK |  |
|  | Zakres objętości do podania w trybie makro 1-9999 ml i w trybie mikro 0,1 – 999 ml | TAK |  |
|  | Bolus w zakresie od 1 – 999 ml/h | TAK |  |
|  | Objętość dawki uderzeniowej (bolusa) od 0 do min. 99 ml/h co 1 ml | TAK/Podać |  |
|  | Kontrola osiągniętej dawki uderzeniowej (bolusa) w czasie infuzji | TAK |  |
|  | Funkcja BackOff z maksymalną objętością antybolusa po zwolnieniu okluzji – 0,6 ml  | TAK |  |
|  | Rozróżniane alarmy okluzji: drożności drenu między pojemnikiem z płynem infuzyjnym a pompą, okluzji pomiędzy pompą a pacjentem | TAK |  |
|  | Funkcja wypełniania i przepłukiwania drenu regulowana | TAK |  |
|  | Regulowany do 5 ml/h zakres KVO - utrzymywania drożności żyły | TAK/Podać |  |
|  | Ciśnienie okluzji (wybierane przez użytkownika) Niskie - 250 mmHg, Normalne - 350 mmHg, Wysokie - 500 mmHg.  | TAK |  |
|  | Podtrzymywanie pamięci zdarzeń w pompie nie podłączonej do zasilania 220-240 V przez okres min. 6 miesięcy | TAK/Podać |  |
|  | Dokładność podaży min. ± 5 % przy szybkości 25 ml/h | TAK/Podać |  |
|  | Zasilanie 220-240 V AC, 50 Hz zintegrowane w pompie | TAK |  |
|  | Inteligentny system zasilania akumulatorowego typu NiMH gwarantujący pracę min. 10 h przy prędkości 25 ml/h | TAK/Podać |  |
|  | 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 |  |
|  | Możliwość programowania infuzji podstawowej i dodatkowej | TAK |  |
|  | Gwarantowana możliwość pracy z drenami do podawania krwi i preparatów krwiopochodnych, cytostatyków w tym Taxolu, lipidów, leków światłoczułych, leków wymagających podaży przez zestawy typu Low Sorbing | TAK |  |
|  | Wykrywanie pęcherzyków powietrza w drenie z możliwością konfiguracji objętości pęcherzyka 50-100-250-500 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 |  |
|  | Wbudowany w pompie, system mocowania na szynie medycznej oraz na masztach infuzyjnych o Ø 25mm | TAK |  |
|  | Wbudowany, zatrzaskowy system montowania w stacji dokującej  | TAK |  |
|  | Wymiary 137x140x105 mm ±10 mm | TAK, podać |  |
|  | Ciężar max. do 1,5 kg | TAK, podać |  |
|  | Złącze RS232 i port IrDA wbudowane w pompę  | TAK |  |
|  | Szeroki zakres monitorowania różnych alarmów z sygnalizacją | TAK |  |
|  | Praca pompy z systemami zarządzania infuzją PDMS/HIS. Dodatkowa specyfikacja IEC 60601-1-8 (zgodny z trzecią edycją) / IP32 / RS232. Kompatybilna z Alaris™ Gateway™ | TAK |  |
| **29.** | **Gwarancja i serwis** |  |  |
| 29. | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji  | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
|  30. | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji  | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
| 31 | Warunki gwarancji  | Minimum 24 miesiące, podać |  |

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

 *miejscowość i data podpis upoważnionego* *przedstawiciela wykonawcy*