……………………………………..

 Nazwa Wykonawcy

**FORMULARZ**

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**Urządzenia objętego częścią 3 zamówienia**

**Dostawa pomp infuzyjnych objętościowych**

**do podawania cytostatyków– 10 sztuk**

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

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

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

Urządzenie fabrycznie nowe, **rok produkcji 2025 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 kompletne i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. | Tak |  |
|  | Pompa objętościowa do dożylnej podaży leków i płynów, krwi i produktów krwiopochodnych, żywienia pozajelitowego, leków onkologicznych | Tak |  |
|  | Zakres prędkości podaży: 0,1 – 2000 ml/h | Tak |  |
|  | Zakres prędkości podania bolusa: 0,1 – 2000 ml/h | Tak |  |
|  | Regulacja objętości podanej w zakresie 0,1 – 9999,99 ml | Tak |  |
|  | Zakres objętości bolusa: 0.1-50 ml (minimalny przyrost: 0.01 ml) | Tak |  |
|  | Maksymalna masa pompy wraz z baterią 1,4 kg | Tak, podać |  |
|  | Dokładność infuzji wynosi ±5%, uzyskiwana przy prędkości infuzji ≥1ml/h | Tak |  |
|  | Pompa posiada 6 trybów infuzji:* ml/h,
* protokoły lekowe,
* tryb wieloetapowy,
* TPN,
* dawka początkowa
* tryb przekazania
 | Tak |  |
|  | Pompa posiada funkcje:* bolusa manualnego,
* bolusa bezdotykowego,
* bolusa automatycznego
 | Tak |  |
|  | Urządzenie posiada funkcje napełniania i/lub przepłukiwania | Tak, podać |  |
|  | Możliwość zmiany prędkości bez zatrzymywania infuzji  | Tak |  |
|  | Oprogramowanie i komunikaty o błędach w języku polskim | Tak |  |
|  | Wyświetlanie objętości podanej (VI) | Tak |  |
|  | Pompa posiada:* tryb „czuwania”
* tryb nocny
 | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w blokadę ekranu (ochrona przed przypadkową zmianą ustawień) | Tak |  |
|  | Pompa wyposażona w alarmy:* alarm przy przekroczeniu limitu ciśnienia (okluzja),
* alarm odłączenia zestawu od kaniuli pacjenta,
* alarm pęcherzyków powietrza (monitorowanie przez 15 min)
 | Tak |  |
|  | Regulacja poziomu alarmu pęcherzyków powietrza w zakresie 10–1000 µl | Tak |  |
|  | Regulacja wielkości pojedynczego alarmu pęcherzyka powietrza min. 8 poziomów | Tak, podać |  |
|  | Minimalny zakres regulacji limitów ciśnienia okluzji 50–1125 mmHg | Tak, podać |  |
|  | Możliwość regulacji poziomów alarmu ciśnienia min 15 poziomów  | Tak, podać |  |
|  | Pompa posiada funkcje antybolusa (back-off) | Tak |  |
|  | Tryb objętość + czas (automatyczne obliczanie szybkości) | Tak |  |
|  | Ograniczenie objętości | Tak |  |
|  | Funkcja KVO (utrzymanie drożności żyły), regulowana w zakresie 0,1–30 ml/h | Tak |  |
|  | Adaptacyjna funkcja KVO zależna od szybkości infuzji | Tak |  |
|  | Obliczanie dawki na podstawie masy ciała (np. mg/kg/min) dla min. 90 pozycji | Tak, podać |  |
|  | Zakres masy ciała do obliczeń dawek: 0,1–300 kg | Tak |  |
|  | Profile lekowe wg obszaru opieki min 30 profili | Tak, podać |  |
|  | Biblioteka nazw leków – min. 100 leków/profil | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru profilu na pompie | Tak |  |
|  | Liczba możliwych do zapisania zdarzeń min. 20 000 | Tak, podać |  |
|  | Dziennik 24h z podziałem na godziny | Tak |  |
|  | Czas przechowywania dziennika zdarzeń min. 12 miesięcy | Tak, podać |  |
|  | Identyfikacja nazw leków – min. 10 znaków | Tak, podać |  |
|  | Liczba możliwych do zapisania ustawień leków min 3000 | Tak |  |
|  | Wyświetlacz: kolorowy, dotykowy (oporowy) | Tak |  |
|  | Jednoczesne wyświetlanie min. 7 parametrów | Tak |  |
|  | Regulacja parametrów infuzji za pomocą przycisków strzałek | Tak |  |
|  | Pompa posiada zasilacz sieciowy | Tak |  |
|  | Zasilanie bateryjne przy 25ml/h min. 8h | Tak, podać |  |
|  | Czas ładowania baterii min. 3h | Tak, podać |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i wizualne | Tak |  |
|  | Alarm niskiego poziomu baterii | Tak |  |
|  | Alarm zakończenia infuzji | Tak |  |
|  | Alarm błędu systemu | Tak |  |
|  | Możliwość aktualizacji oprogramowania | Tak |  |
|  | Stopień ochrony: IP34 | Tak |  |
|  | Komunikacja: USB, Ethernet, Wi-Fi | Tak |  |
|  | Temperatura pracy w zakresie 10–40°C | Tak |  |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWIS** |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
|  | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
|  | Warunki gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

 …………………. …………………………….

(miejscowość i data) (podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)