Załącznik nr 2-N-7 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych Częścią 7 zamówienia**

**Dostawa 3 sztuk inkubatora hybrydowego**

**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 |  |
|  | **Parametry ogólne inkubatora hybrydowego** |  |  |
|  | Inkubator zapewniający pełną funkcjonalność inkubatora zamkniętego i inkubatora otwartego przeznaczony do intensywnej opieki nad noworodkiem. | TAK |  |
|  | Inkubator stacjonarny o stabilnej konstrukcji umieszczony na ruchomej podstawie. | TAK |  |
|  | Dostęp do wnętrza inkubatora z min. 5 stron. | TAK |  |
|  | Wysokość od podłogi do materacyka elektrycznie regulowana, zakres regulacji min. 40 cm | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości dostępna po obu stronach inkubatora. | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja nachylenia materacyka, dostępna z obydwu stron inkubatora, bez ingerencji w przedział pacjenta. | TAK |  |
|  | Podwójne kółka jezdne podstawy wszystkie wyposażone w hamulce. | TAK |  |
|  | Kolorowy dotykowy wyświetlacz, dostępny z obu stron inkubatora. | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru między 4 różnymi widokami ekranu. | TAK |  |
|  | Widok ekranu ułatwiający prowadzenie Developmental Care. | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia imienia pacjenta, oraz włączenia ekranu przyjaznego rodzicom. | TAK |  |
|  | Wyposażony w zintegrowane oświetlenie obserwacyjne (robocze) z trzystopniowym regulowanym natężeniem światła. | TAK |  |
|  | Wyposażony w zintegrowane oświetlenie nastrojowe, z możliwością wyboru koloru przez Użytkownika. | TAK |  |
|  | Wyposażony w zintegrowawne delikatne światło nocne umieszczone w przedziale pacjenta. | TAK |  |
|  | 5 bezuszczelkowych otworów dostępowych (w tym jeden z przepustem na kable lub/i obwody oddechowe) oraz w sumie 10 przepustów. | TAK |  |
|  | Gniazdo USB umożliwiające szybkie przeniesienie ustawień do innego tożsamego urządzenia. | TAK |  |
|  | Dzwonek pielęgniarski, przekazujący po podłączeniu, komunikaty alarmowe o średnim i wysokim priorytecie do centralnego systemu alarmowego szpitala. | TAK |  |
|  | Elektrostatyczny filtr powietrza. | TAK |  |
|  | Możliwość połączenia inkubatora z dedykowanym respiratorem przy pomocy sztywnego, łatwo demontowalnego i rozpinanego łącznika celem otrzymania zestawu do transportu wewnątrzszpitalnego. | TAK |  |
|  | Cztery uchwyty (nie wgłębienia) umożliwiające stabilny chwyt przy przemieszczaniu urządzenia. | TAK |  |
|  | **Kopuła inkubatora** | TAK |  |
|  | Inkubator wyposażony w funkcję ClearView ograniczającą kondensację wilgoci na wewnętrznej stronie pokrywy. | TAK |  |
|  | Po podniesieniu kopuły praca w trybie inkubatora otwartego. | TAK |  |
|  | Łóżeczko pacjenta o podstawie wysuwanej obustronnie, min. po 14 cm w jedną i w drugą stronę. | TAK, podać |  |
|  | Zintegrowany, zsynchronizowany z innymi źródłami ciepła ogrzewany materacyk, sterowany z pulpitu inkubatora. | TAK |  |
|  | Manewr podniesienia kopuły i przejścia pomiędzy trybami otwartym/zamkniętym lub zamkniętym/otwartym w czasie nie dłuższym niż 2 sek. | TAK |  |
|  | Tryb przejściowy zapewniający ciągłe ogrzewanie pacjenta i minimalizujący straty cieplne – ciągła praca promiennika również podczas pracy w trybie inkubatora zamkniętego. | TAK |  |
|  | Szuflada do wprowadzania kasety RTG - pełna dostępność, z obydwu stron inkubatora bez konieczności przemieszczania noworodka. | TAK |  |
|  | Poziom głośności wewnątrz kopuły inkubatora < 44 dB. | TAK |  |
|  | Funkcja wykrywania otwartej ścianki i automatycznego uruchamiania kurtyny cieplnej. | TAK |  |
|  | **Wilgotność** | TAK |  |
|  | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji nawilżania | TAK |  |
|  | Zbiornik na wodę umieszczony poza przedziałem pacjenta. | TAK |  |
|  | Funkcja autoczyszczenia nawilżacza. | TAK |  |
|  | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji nawilżania, wartość nastawiana co 1%. | TAK |  |
|  | Praca w oparciu o jednorazowe worki wody sterylnej w układzie zamkniętym - woda doprowadzana do systemu nawilżania za pomocą linii grawitacyjnej. | TAK |  |
|  | Tryb AUTO zapewniający automatyczny dobór poziomu nawilżania do zadanej temperatury powietrza w inkubatorze. | TAK |  |
|  | **Regulacja temperatury** | TAK |  |
|  | Inkubator posiada układ ręcznej i automatycznej regulacji temperatury. | TAK |  |
|  | Regulacja temperatury w trybie temperatury powietrza w zakresie 20 do 39 °C w krokach co 0,1 °C. | TAK |  |
|  | Regulacja temperatury w trybie temperatury skóry w zakresie 34 do 38 °C w krokach co 0,1 °C. | TAK |  |
|  | **Tlenoterapia** | TAK |  |
|  | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji stężenia tlenu pod kopułą. | TAK |  |
|  | Dreny zasilające w tlen i powietrze wtyk do gniazda AGA | TAK |  |
|  | **Monitorowanie** | TAK |  |
|  | Inkubator wyposażony w układ monitorowania, który mierzy i podaje w formie cyfrowej parametry | TAK |  |
|  | Inkubator rozbudowany o pomiar natężenia światła w przedziale pacjenta. |  |  |
|  | Inkubator rozbudowany o pomiar natężenia dźwięku w przedziale pacjenta. |  |  |
|  | Funkcja automatycznego odzwyczajania pacjenta od inkubatora. | TAK |  |
|  | Funkcja akceptacji chłodzenia. | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznego stopniowego ogrzewania pacjenta. | TAK |  |
|  | Funkcja kangurowania ułatwiająca prowadzenie kontaktu skóra-do-skóry. | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy temperatury skóry 13 - 43 °C. | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy temperatury powietrza 13 - 45 °C. | TAK |  |
|  | **Alarmy** | TAK |  |
|  | Inkubator posiada alarmy akustyczno – optyczne. | TAK |  |
|  | Automatyczne nastawy alarmów dostępne dla różnych trybów. | TAK |  |
|  | Alarm różnicy pomiędzy temperaturami centralną i obwodową. | TAK |  |
|  | **Testy i pozostałe parametry** | TAK |  |
|  | Inkubator wykonuje automatycznie test sprawdzający po włączeniu do sieci | TAK |  |
|  | **Eksploatacja** | TAK |  |
|  | Ścianki boczne kopuły odchylane do czyszczenia i dezynfekcji. | TAK |  |
|  | Wymiana filtru powietrza bez użycia narzędzi. | TAK |  |
|  | Ograniczona liczba elementów do demontażu podczas czyszczenia inkubatora. Max 22. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ręcznego włączenia blokady ekranu, wysokości inkubatora oraz usatwień tacy materacyka. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia automatycznej blokady ekranu. | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawień. Zmiana większości parametrów wymaga potwierdzenia pokrętłem. | TAK |  |
|  | **Wyposażenie** | TAK |  |
|  | Czujnik temperatury skóry centralnej do układu regulacji co najmniej 5 szt. / inkubator (jednorazowy). | TAK |  |
|  | Czujnik temperatury skóry obwodowej do układu regulacji co najmniej 5 szt. / inkubator (jednorazowy). | TAK |  |
|  | Plasterki mocujące czujniki temperatury – odblaskowe, z hydrożelem. | TAK |  |
|  | Zegar Apgar i stoper będące integralnymi elementami inkubatora. | TAK |  |
|  | Waga zintegrowana z leżem noworodka gwarantująca ważenie bez wyjmowania dziecka z inkubatora. | TAK |  |
|  | Funkcja korygowania zmierzonej masy ciała pacjenta. | TAK |  |
|  | Inkubator wyposażony w zintegrowany głośnik do dowolnej audiostymulacji – ograniczenie dźwiękowe do 55 dB. | TAK, podać |  |
|  | 2 szyny typu GCX do mocowania dodatkowego wyposażenia. | TAK |  |
|  | Zaopatrzony w silikonowe taśmy, pokrowiec na kopułę umożliwiający prowadzenie fototerapii. | TAK |  |
|  | Ramię do podtrzymywania rur oddechowych mocowane do tacy materacyka, z możliwością umiejscowienia w każdym narożniku. | TAK |  |
|  | Szyna uniwersalna uchylana mocowana z boku. | TAK |  |
|  | Gwarancja 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*