Załącznik nr 1B do SIWZ/ załącznik nr 2 do umowy
DZP.271-8/17

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

1. Przedmiotem zamówienia publicznego jest dostarczenie i przeniesienie na własność Zamawiającego sprzętu medycznego, zwanego dalej sprzętem, transport, wniesienie, rozładunek, ustawienie, instalacja i uruchomienie oraz przeprowadzenie szkolenia personelu w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu.
2. Dostawa przedmiotu umowy zostanie dokonana w dniu roboczym (pn. - pt.) w godz.: 08.00-14.00. Wykonawca poinformuje Zamawiającego z odpowiednim wyprzedzeniem o planowanym terminem dostawy.
3. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych z niniejszym opisie.

Załącznik nr 1B do SIWZ/ załącznik nr 2 do umowy
DZP.271-8/17

PAKIET NR 1			
POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA szt. 1			
Lp.	Opis wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana (graniczna)	Potwierdzić (wpisując „TAK") i podać oferowany parametr (w przypadku wartości granicznych)
Informacje ogólne			
1.	Producent	Podać	
2.	Nazwa i typ	Podać	
3.	Kraj pochodzenia	Podać	
4.	Rok produkcji 2017	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
5.	W cenie oferty bezpłatne przegląd serwisowy w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
6.	Autoryzowany serwis na terenie Polski	Tak, podać (podać dane adresowe)	
7.	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak , podać (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
8.	Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.2 dni robocze od zgłoszenia	Tak	
9.	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
10	W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia	Tak	
11	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	
Opis parametrów			
12	Zasilanie akumulatorowe wraz z dostawą akumulatora	Tak	
13	Czas przy zasilaniu akumulatorowym min. 20 godz. przy przepływie 5ml/h	Tak	
14	Szybkość dozowania min. 0,1 ml/h - 1800 ml/h, programowana co 0,1 ml	Tak	
15	Dokładność dozowania +/-2%	Tak	
16	Szybkość w trybie KVO min. 0,1- 0,5 ml/h, co 0,1 ml	Tak	

Załącznik nr 1B do SIWZ/ załącznik nr 2 do umowy
DZP.271-8/17

17	Programowana objętość infuzji w zakresie 0,1 do 999 ml	Tak	
18	Współpraca ze strzykawkami wielu producentów krajowych i zagranicznych (min 5) – podać nazwy producentów strzykawek	Tak, podać	
19	Współpraca ze strzykawkami w rozmiarach 10,20,30,50,60 ml	Tak	
20	Ustawianie wartości ciśnienia okluzji min. 6 progów	Tak, podać	
21	Możliwość zmiany prędkości podaży bez konieczności zatrzymania pompy	Tak	
22	Programowanie: prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu	Tak	
23	Wyświetlanie nazw min 30 leków (możliwość wymiany wszystkich nazw leków)	Tak	
24	Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (min 3 profile)	Tak	
25	Możliwość programowania pompy w różnych jednostkach: objętości, masy oraz z uwzględnieniem masy ciała pacjenta	Tak	
26	Zasilanie sieciowe 100-240 V; 50/60 Hz	Tak	
27	Zasilacz sieciowy wbudowany w urządzenie	Tak	
28	Czytelny wyświetlacz z tylnym podświetleniem	Tak	
29	Port komunikacyjny RS-232	Tak	
30	Masa (z akumulatorem) max do 3 kg	Tak, podać	
31	Zintegrowany uchwyt do przenoszenia	Tak	
32	Zintegrowany uchwyt do mocowania pompy do rur pionowych	Tak	
33	Stopień ochrony min BF	Tak	
34	Wszystkie komunikaty w języku polskim	Tak	
35	Klawiatura numeryczna, blokada klawiatury	Tak	
36	Alarmy: okluzji, brak przepływu, brak zasilania , rozładowania się baterii, bliskiego końca infuzji, źle zamocowanej strzykawki, KVO, błąd wewnętrzny	Tak	
37	Regulacja głośności alarmu	Tak	

Pozostałe wymagania			
38	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
39	Certyfikat CE	Tak	
40	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
41	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	

PAKIET NR 2			
PULSOKSYMETR PRZENOŚNY szt. 1 (mały)			
Informacje ogólne			
1	Producent/ dostawca	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2017	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 8 lat	Tak	
6	Autoryzowany serwis na terenie Polski	TAK (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
10	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	
Opis parametrów			
Zasilanie			
11	Zasilanie akumulatorowe	Tak	
12	Czas pracy min. 30 h	Tak	
13	Czas ładowania max 4 h		

Załącznik nr 1B do SIWZ/ załącznik nr 2 do umowy
DZP.271-8/17

Mierzone parametry			
14	Saturacja SpO2	Tak	
15	Puls	Tak	
Zakres mierzonych parametrów			
16	Zakres pomiaru SpO2 min 0-100%	Tak	
17	Zakres pomiaru puls min. 25-300 bpm	Tak	
18	Standardowy czujnik dla dorosłych	Tak	
19	Czujnik pediatryczny typu Y	Tak	
Dokładność pomiaru			
20	SpO2 w zakresie 70-100% min +/- 3%	Tak	
21	Puls (bpm) min. +/- 2 bpm	Tak	
Inne			
22	Wyświetlacz graficzny LCD min (128*64)	Tak	
23	Wymiary	Podać	
24	Waga maksymalna max.165 g	Podać	
25	Kompatybilne z czujnikami Nellecor	Tak	
26	Menu w języku polskim	Tak	
Alarmy			
27	Funkcja zmiany tonu w zależności od SPO2(Pitch Tone)	Tak	
28	Niskiego stanu naładowania baterii/akumulatora	Tak	
29	Możliwość włączenia lub wyłączenia alarmów	Tak	
30	Możliwość konfiguracji alarmów	Tak	
Pozostałe wymagania			
31	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
32	Certyfikat CE	Tak	
33	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
34	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	

Załącznik nr 1B do SIWZ/ załącznik nr 2 do umowy
DZP.271-8/17

PAKIET NR 3			
DEFIBLYRATOR KLINICZNY szt.1			
Lp.	Opis wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana (graniczna)	Potwierdzić (wpisując „TAK”) i podać oferowany parametr (w przypadku wartości granicznych)
Informacje ogólne			
1	Producent	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2017	Tak	
Warunki gwarancji i serwisu			
6	W cenie oferty bezpłatny przegląd serwisowy w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	Tak podać (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak podać (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.2 dni robocze od zgłoszenia	Tak	
10	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
11	W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia	Tak	
12	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	
Opis parametrów			
13	Defibrylator dwufazowy	Tak	
14	Defibrylacja dzieci i dorosłych	Tak	
15	Dwufazowa fala defibrylacji	Tak	
16	Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J	Tak	
17	Energia dostępna na min. 22 poziomach	Tak	
18	Czas ładowania do pełnej energii < 9 sek.	Tak	

19	Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i mniejsze łyżki dla dzieci	Tak	
20	Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja) Możliwość wykonania kardiowersji także bez kabla ekg (wtedy odczyt sygnału EKG do synchronizacji z łyżek twardych defibrylatora) oraz zapewniona możliwość wykonania kardiowersji z wykorzystaniem kabla ekg 3 żyłowego	Tak	
22	Kolorowy ekran o przekątnej min. 6,5 cala, LCD TFT z aktywną matrycą, rozdzielczość ekranu nie gorszej niż 640 x 480 pikseli	Tak	
23	Oprogramowanie w języku polskim	Tak	
24	Zasilanie z sieci 230 V/50Hz i z akumulatora wewnętrznego. Możliwość min. 90-cio minutowego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego. Nieograniczone w czasie monitorowanie i nieograniczone co do liczebności defibrylacje z zasilania sieciowego.	Tak	
25	Masa defibrylatora z wbudowanymi parametrami (defibrylacja, kardiowersja, EKG/Resp, rejestrator) wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych) poniżej 7 kg	Tak	
26	Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości > 50mm, Wyposażenie do rejestratora: 2 rolki papieru termicznego Możliwość jednoczesnego wydruku min. 3 odprowadzeń EKG	Tak	
27	EKG Monitorowanie EKG poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający jednoczesną obserwację 6 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVr, aVl, aVf). Możliwość monitorowania także odprowadzenia przedsercowego V po zakupie kabla ekg 5 żyłowego Min. 5 wartości wzmocnienia dla 1mV: x0,25; x0,5; x1; x2; x4 Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany przynajmniej w min. zakresie pomiarowym od 15 do 300 uderzeń/min Wyposażenie: kabel ekg 3 żyłowy	Tak	
28	Pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 5-150 oddechów/min z prezentacją krzywej oraz z alarmem bezdechu w zakresie min. 5-45 s	Tak	

29	Alarmy wizualne i dźwiękowe z możliwością ich zawieszania i wyłączania dla EKG i Resp. Możliwość dowolnego ustawiania wszystkich granic alarmowych przez użytkownika.	Tak	
30	Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali ekg, i fali oddechu z ostatnich min. 6 godzin monitorowania oraz min. 800 zdarzeń defibrylatora z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika	Tak	
31	Zapewnienie możliwości wykonania defibrylacji testowej przy użyciu łyżek twardych z wydrukiem wydatkowanej energii bez zewnętrznych testerów (tester wbudowany w defibrylator)	Tak	
33	Funkcja autotesu: defibrylator załącza się, testuje, drukuje raport z autotesu i się wyłącza. Użytkownik ma możliwość zmiany godziny autotestu	Tak	
34	Możliwość rozbudowy o nieinwazyjny pomiar ciśnienia, saturację i stymulację przezskórną	Tak	
Wyposażenie dodatkowe			
35	Stojak ze stali nierdzewnej, osadzony na podstawie wyposażonej w 6 łożyskowanych kół z blokadą min. dwóch kół, wyposażony w koszyk na akcesoria i półkę posiadającą mechanizm szybkiego montażu defibrylatora bez użycia narzędzi i śrub	Tak	
36	Dwa komplety jednopacjentowych elektrod pediatrycznych do defibrylacji i kardiowersji z możliwością ich zastosowania na życzenie obsługi zamiast łyżek twardych	Tak	
Pozostałe wymagania			
37	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
38	Certyfikat CE	Tak	
39	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	

40	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	