**Załącznik nr 2.**

**Dostawa Defibrylatora z oraz Videolaryngoskopu dla Pogotowia Ratunkowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie - ZOZ-P-26/2020**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZADANIE 1:**

1. Defibrylator z kardiowersją 1 szt. – minimalne wymagania

Producent:

Model, typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2020 (fabrycznie nowy):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **PARAMETR/WARUNEK** | **Parametr**  **wymagany** | **Parametr**  **oferowany**  **(podać oferowane zakresy parametrów**  **lub opisać funkcje aparatu)** | **Parametr oceniany - punktacja** |
| **I** | **PARAMETRY DEFIBRYLATORA** | | | |
| **1** | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany; **nie dopuszcza się sprzętu demo oraz urządzeń modułowych**; rok produkcji 2020 | **TAK** |  |  |
| **2** | Defibrylator przenośny z torbą transportową instalowaną na defibrylatorze, testerem wyładowań i certyfikowanym uchwytem spełniającym zapisy aktualnej Normy PN-EN 1789 (załączyć do oferty) | **TAK** |  |  |
| **3** | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów  bez efektu pamięci | **TAK** |  |  |
| **4** | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą ładowarki zewnętrznej 12V – 230V, jednostanowiskowej lub dwustanowiskowej. | **TAK**  **(podać)** |  | **Ładowarka dwustanowiskowa**  **– 10 pkt.**  **Ładowarka jednostanowiskowa**  **– 0 pkt.** |
| **5** | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | **TAK (podać)** |  |  |
| **6** | Ciężar defibrylatora max. 12 kg | **TAK (podać)** |  |  |
| **7** | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku lub przytoczony wydruk i przesłane/transmisja danych do działu technicznego szpitala, koordynatora medycznego pogotowia itp. | **TAK (podać)** |  | **Wykonanie auto testu z wydrukiem**  **i przesłaniem danych – 15 pkt.**  **Wykonanie auto testu z wydrukiem – 0 pkt.** |
| **8** | Norma IP min. 43 | **TAK (podać)** |  |  |
| **9** | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | **TAK** |  |  |
| **10** | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED dla pacjentów dorosłych | **TAK** |  |  |
| **11** | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych  oraz dla dorosłych i dzieci | **TAK** |  |  |
| **12** | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 200J | **TAK (podać)** |  |  |
| **13** | Dostępne poziomy energii zewnętrznej  – minimum 20 | **TAK (podać)** |  | **>20 poziomów**  **– 5 pkt.** |
| **14** | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | **TAK** |  |  |
| **15** | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | **TAK** |  |  |
| **16** | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające zapisy Normy PN-EN 1789 | **TAK** |  |  |
| **17** | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | **TAK (opisać)** |  |  |
| **18** | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | **TAK** |  |  |
| **19** | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/min. | **TAK (podać)** |  |  |
| **20** | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | **TAK (podać)** |  |  |
| **21** | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | **TAK** |  |  |
| **22** | Automatyczna interpretacja i diagnoza  12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | **TAK** |  |  |
| **23** | Alarmy częstości akcji serca | **TAK** |  |  |
| **24** | Zakres pomiaru tętna od 25 do 250 ud/min. | **TAK** |  |  |
| **25** | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4 cm/Mv, min. 7 poziomów wzmocnienia | **TAK (podać)** |  | **>7 poziomów – 5 pkt.** |
| **26** | Prezentacja zapisu EKG – min. 3 kanały na ekranie | **TAK (podać)** |  |  |
| **27** | Ekran kolorowy o przekątnej min. 8’ | **TAK (podać)** |  | **>8’ – 5 pkt.** |
| **28** | Wydruk EKG na papierze o szerokości min. 80 mm | **TAK (podać)** |  |  |
| **29** | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | **TAK** |  |  |
| **30** | Transmisja danych przez wbudowany  lub zewnętrzny modem zapewniający transmisję danych do ośrodków kardiologii | **TAK (opisać)** |  |  |
| **31** | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100%  z czujnikiem typu klips wielorazowy dla dorosłych  – 1 szt | **TAK** |  |  |
| **32** | Moduł pomiaru NIBP z mankietem dla dorosłych | **TAK** |  |  |
| **II** |  | | | |
| **33** | Sprzęt medyczny oznaczony znakiem CE, zarejestrowany jako wyrób medyczny | **TAK** |  |  |
| **34** | Sprzęt medyczny spełniający wymagania aktualnej Normy PN-EN 1789 |  |  |  |
| **35** | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia uruchomienia sprzętu medycznego u Zamawiającego, karta gwarancyjna z dostawą sprzętu | **TAK (podać)** |  |  |
| **36** | Dostawca zapewnia min. jeden darmowy przegląd okresowy wskazany przez producenta w okresie obowiązywania gwarancji | **TAK** |  |  |
| **37** | Serwis w okresie gwarancji w siedzibie Zamawiającego | **TAK**  **(podać dane serwisu: adres, tel./fax,**  **e-mail)** |  |  |
| **38** | Czas reakcji serwisu: od przyjęcia zgłoszenia  do podjętej naprawy: max. 72 godziny | **TAK (podać)** |  |  |
| **39** | Czas usunięcia awarii: max. 7 dni roboczych | **TAK (podać)** |  |  |
| **40** | Okres zagwarantowania dostępności serwisu i części zamiennych: min. 10 lat od daty dostawy | **TAK (podać)** |  |  |
| **41** | Instrukcja obsługi w języku polskim  (dostarczona wraz ze sprzętem medycznym) | **TAK** |  |  |
| **42** | Uruchomienie sprzętu medycznego i przeszkolenie personelu medycznego (dopuszcza się szkolenie w postaci wideo rozmowy) | **TAK** |  |  |
| **43** | Protokół uruchomienia, szkolenia i odbioru wypełniony i podpisany przez osobę do tego uprawnioną i kompetentną | **TAK** |  |  |

miejscowość i data podpis i pieczątka imienna osób upoważnionych

**ZADANIE 2**

1. Videolaryngoskop 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR/WARUNEK** | **Parametr Wymagany** | **Spełnia:**  **TAK/NIE** |
| 1 | Videolaryngoskop z możliwością stosowania tradycyjnej metody intubacji | Tak |  |
| 2 | Dedykowana bateria z czasem pracy min. 250 minut będąca częścią rękojeści | Tak |  |
| 3 | Rękojeść i obudowa ogumowana w kolorze kontrastowym (żółty, pomarańczowy, czerwony, zielony) | Tak |  |
| 4 | Wysoka wodoszczelność – klasa odporności IPx7 | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 5 | Możliwość stosowania łyżek/nakładek jednorazowych Macintosh w rozmiarach min. 2-4 z wysokiej przejrzystości materiału termoplastycznego niezawierającego lateksu | Tak – 10 pkt  Nie – 0pkt |  |
| 6 | Możliwość zastosowania łyżki/nakładki jednorazowej Macintosh do trudnej intubacji z wysokiej przejrzystości materiału termoplastycznego niezawierającego lateksu | Tak – 10 pkt  Nie – 0pkt |  |
| 7 | Rdzeń urządzenia, wykonany ze stopów metali, zakończony kamerą i źródłem światła o wysokim natężeniu | Tak |  |
| 8 | Monitor LCD uwidaczniający drogi oddechowe o przekątnej min. 2,5” | Tak |  |
| 9 | Możliwość regulacji monitora pod kątem min. 45ᵒ | Tak |  |
| 10 | Waga urządzenia do 200 g | Tak – 10 pkt  Nie – 0pkt |  |
| 11 | W zestawie:  videolaryngoskop (rękojeść)  bateria szt.1  sterylne nakładki/łyżki intubacyjne Macintosh:  - rozmiar 2 dla pacjentów o wadze ≥ 4.5 kg szt. 10  - rozmiar 3 szt. 10  - rozmiar 4 szt. 10  - rozmiar do trudnej intubacji szt. 10 | Tak |  |
| 12 | Gwarancja min. 12 miesięcy | Tak |  |