**Nr postepowania ZP/3/2022 Zał. nr 2 do SWZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 1** | | | |
| **Kardiomonitor-defibrylator – 3 szt.**  **Rok produkcji min. 2022r. (podać): ………………………..**  **Nazwa i adres producenta: ………………………………………..** | | | |
| **Lp.** | **Dwunasto-odprowadzeniowy defibrylator z nieinwazyjnym pomiarem**  **ciśnienia krwi, funkcją pomiaru stężenia: SpO2, kapnografem i teletransmisją (podać producenta i model)** | **Wartość wymagana, ocena punktowa** | **Opis spełnienia**  **(dokładnie podać markę, model, oferowane urządzenia)** |
| 1 | Nie używany, fabrycznie nowy, nie regenerowany, w pełni sprawny, kategorii I, wolny od wad materiałowych, produkcyjnych i prawnych, nie pochodzący z ekspozycji, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2022 r. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 2 | Aparat przenośny | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 3 | Akumulatory litowo-jonowe, bez efektu pamięci | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 4 | Ładowarka do akumulatorów min. dwustanowiskowa, zasilana prądem 12-28 V i 230V: wbudowana w defibrylator lub zewnętrzny moduł | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 5 | Czas pracy na jednym akumulatorze: min. 160 minut lub 180 wyładowań energią 200J | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 6 | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 7 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 8 | Odporność na kurz i wodę: min.: IP 34 | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 9 | Kolorowy ekran LCD o przekątnej min.: 6,5 cala | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 10 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 11 | Defibrylacja manualna i w trybie AED | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 12 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 200 J. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 13 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej: min. 19 | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 14 | Defibrylacja przez łyżki twarde i elektrody naklejane transparentne w RTG, na wyposażeniu łyżki dziecięce. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 15 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 16 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 17 | Częstotliwość stymulacji min.: od 40 do 140 impulsów na minutę | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 18 | Regulacja prądu stymulacji w zakresie min.: od 0 do 140 mA | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 19 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 20 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 21 | Alarmy częstości akcji serca | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 22 | Zakres pomiaru akcji serca min.: od 20 do 300 uderzeń/minutę | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 23 | Zakres wzmocnienia EKG min.: od 0,5 do 3,0 mV | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 24 | Prezentacja zapisu EKG: min.: 3 kanały na ekranie | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 25 | Wydruk EKG na papierze o szerokości min.: 65 mm | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 26 | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych (imię i nazwisko, wiek, badane parametry życiowe) | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 27 | Moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia SpO2 we krwi w zakresie min.: od 50 do 100% | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 28 | Moduł nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 29 | Moduł pomiaru EtCO2 w strumieniu bocznym w zakresie min.: 0-99 mmHg | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 30 | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 31 | Możliwość rozbudowy o moduł inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 32 | Mocowanie ścienne w przedziale medycznym | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 33 | Wspomaganie resuscytacji:  a/ Metronom RKO pracujący w czterech trybach: dorosły niezaintubowany, dorosły zaintubowany, dziecko zaintubowane, dziecko niezaintubowane  **LUB**  b/ Wskaźnik prezentujący głębokość i częstotliwość uciśnięć na ekranie defibrylatora wraz z podpowiedziami. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 34 | Wyposażenie dodatkowe defibrylatora:  - akumulatory litowo-jonowe, bez efektu pamięci: 3 sztuki,  - kompletny kabel EKG 12 odprowadzeniowy (wiązka przedsercowa plus wiązka kończynowa): 2 sztuki,  - kabel do defibrylacji/stymulacji/ kardiowersji przez elektrody naklejane: 1 sztuka,  - elektrody do defibrylacji/stymulacji/kardiowersji: 2 sztuki,  - łyżki twarde do defibrylacji zintegrowane lub z nakładkami pediatrycznymi: 1 komplet,  - torba transportowa z paskiem na ramię: 1 sztuka,  - certyfikowane mocowanie do zawieszenia defibrylatora w ambulansie: 1 sztuka  - wężyk do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi: 1 sztuka,  - mankiet do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi dla dorosłych: 1 sztuka  - czujnik do pomiaru SpO2 dla dorosłych: 1 sztuka,  - telefon lub modem do teletransmisji: 1 sztuka  - kaniule do pomiaru EtCO2 dla pacjentów dorosłych: 25 sztuk. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 35 | Teletransmisja 12 odprowadzeniowego EKG **z wykorzystaniem obecnie użytkowanego przez Zamawiającego systemu teletransmisji t.j. „LIFENET”.** | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 36 | Przeglądy, zgodnie z instrukcja obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia (minimum jeden przegląd po pierwszym roku użytkowania).Autoryzowany serwis na terenie Polski (podać nazwę i siedzibę serwisu). Dostępność serwisu, oprogramowania i części zamiennych, przez co najmniej 8 lat od daty dostawy. | Tak – 1 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **Zadanie nr 2** | | | |
| **Urządzenie do wspomagania kompresji klatki piersiowej - 1 szt.**  **Rok produkcji min. 2022r. (podać): ………………………..**  **Nazwa i adres producenta: ………………………………………..** | | | |
| **III.** | **Urządzenie do kompresji klatki piersiowej**  (podać producenta i model) -szt.1 | | |
|  | Marka (podać) |  |  |
|  | Model (podać) |  |  |
| 1. | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej,  fabrycznie nowe - rok produkcji min. 2020 rok. |  |  |
| 2. | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja |  |  |
| 3. | Działanie urządzenia w pełni elektryczne |  |  |
| 4. | Głębokość i częstotliwość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC  Głębokość w zakresie – od 5 do 6 cm  Częstość uciśnięć regulowana manualnie w zakresie od 100 do 120 uc./min. |  |  |
| 5. | Źródło zasilania:  - akumulator wewnętrzny i  - zasilanie z instalacji elektrycznej ambulansu DC 12 V i  - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V |  |  |
| 6. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego  podczas pracy urządzenia (RKO) z zewnętrznego źródła zasilania  (230 V AC lub 12 V DC) |  |  |
| 7. | Ładowarka wbudowana wewnątrz urządzenia |  |  |
| 8. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie  transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 min. |  |  |
| 9. | Możliwość wykonania defibrylacji za pomocą tzw. manualnych łyżek  defibrylacyjnych bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta |  |  |
| 10. | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą lub plecakiem < 12 kg |  |  |
| 11. | Funkcja bezprzewodowej WIFI lub/i Bluetooth (nie pendrive, nie karta pamięci) automatycznej **parametr dodatkowo punktowany**  transmisji danych z wbudowanej pamięci, obejmującej raportowanie  parametrów zakończonej resuscytacji tj. godzina włączenia, czas pracy,  ilość wykonanych przerw, ich długość oraz głębokość i prędkość uciśnięć.  Dane przesyłane automatycznie i bezpośrednio z urządzenia na  konfigurowalne adresy na e-mail np.: dyrektora medycznego lub/i  koordynatora medycznego pogotowia. | 0 **pkt**.- brak opisanej funkcji  10 **pkt.** - Dane przesyłane automatycznie bezprzewodowo |  |
| 12. | Bezprzewodowa (nie pendrive, nie karta pamięci) zdalna konfiguracja  parametrów pracy urządzenia/urządzeń za pomocą komputera, tabletu,  telefonu np.: Dyrektora medycznego lub/i koordynatora medycznego. **parametr dodatkowo punktowany** | 0 **pkt**. brak opisanej funkcji,  10 **pkt**. **-** konfiguracja za pomocą komputera, tabletu, telefonu |  |
| 13. | Wyposażenie urządzenia:  • torba lub plecak  • deska / podkładka pod plecy  • pasy do mocowania rąk pacjenta  • jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 2 szt.)  • akumulator  • zasilacz sieciowy AC 210 - 250 V  • przewód zasilający do ambulansu DC 12 V  • inne (jeśli występują proszę opisać) |  |  |
| 14. | Wszystkie dostarczone z urządzeniem akcesoria muszą być wyszczególnione  w deklaracji zgodności oraz opisane w instrukcji obsługi urządzenia |  |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej |  |  |
| Deklaracja zgodności lub certyfikat CE |  |  |
| Oferowane urządzenie musi spełniać wymagania określone w ustawie o  wyrobach medycznych oraz posiadać Deklarację Zgodności z Normą  PN-EN 1789:2007+A2:2014 lub równoważną, potwierdzającą możliwość przewożenia i pracy urządzenia w ambulansie medycznym – deklaracja zgodności z normą lub normą równoważną wystawiona przez podmiot trzeci, na który wykonawca nie może wywierać decydującego wpływu, oraz karta katologowa produktu proponowanego urządzenia załączyć do oferty |  |  |
| Okres gwarancji min.24 miesiące, w okresie obowiązywania gwarancji min. jeden przegląd w cenie po 12 miesiącach użytkowania |  |  |