**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 ERCGłębokość w zakresie – od 5 do 6 cmCzęstość 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 |  |  |