### **Załącznik 2 do zapytania**

 **TZPiZI-ZO.264/07/D/21**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

**Zakup respiratorów i defibrylatorów dla SP ZOZ WSPRiTS w Płocku do walki ze skutkami pandemii SARS-CoV2”**

Postępowanie nr **TZPiZI-ZO.264/07/D/21**

**Część 1 – zakup respiratorów**

**Część 1: zakup respiratorów**

|  |
| --- |
| **Respirator transportowy – 3 szt.****Marka …………………. Model …………………….**  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami aktualnej normy PN-EN 794-3 lub równoważnej.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła np. zasilanie pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów pod warunkiem iż brak jego zasilania nie ma wpływu na pracę zasadniczą respiratora).
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Maksymalna waga respiratora ≤ 3 kg.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Tryb wentylacji IPPV lub CMV.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci

- częstość oddechowa regulowana w zakresie min. 8-40 cykli/min- objętość oddechowa regulowana w zakresie min. 70-1500 ml. | **TAK/NIE** |  |
| 1. Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta).
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Tryb wentylacji biernej 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem zależnym od podciśnienia w układzie oddechowym.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji 0-20 cmH2O.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji do max. 16cmH2O.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):

- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia)- stałego ciśnienia w układzie pacjenta- niskiego ciśnienia gazu zasilającego. | **TAK/NIE** |  |
| 1. Układ oddechowy pacjenta – min 5 szt. + min 6 szt. kpl układów oddechowych do CPAP-u.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 + A 2 lub równoważnej.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Dodatkowy zestaw ciśnieniowy do manualnej wentylacji noworodków.
 | **TAK/NIE** |  |
| 1. Przenośny zestaw tlenowy:

torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniui na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/ noszy, butla tlenowa aluminiowa o poj 2,7 l z reduktorem ciśnienia z manometrem i z przepływomierzem. | **TAK/NIE** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | **Zakup** trzech respiratorów transportowych | szt. | 3 |  |  | 8% |  |  |
| 23% |  |

Płock, dnia ……………. czerwca 2021 r.

………………………………………….

(podpis osoby uprawnionej)