**ZP/21/2025**

**Załącznik Nr 2a**

**Parametry techniczne - Opis przedmiotu zamówienia**

**POZYCJA NR 1**

**System do identyfikacji nerwów w chirurgii tarczycy i odbytnicy – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2025, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | Tak |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | Tak |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | Podać |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Zastosowanie urządzenia w chirurgii tarczycy oraz odbytnicy – opcje dodatkowe zastosowanie w laryngologii, chirurgii dziecięcej, naczyniowej (SEP), ortopedii | Tak, podać |  |
| 2 | 8-kanałowy system EMG do monitorowania nerwów w chirurgii endokrynologicznej | Tak |  |
| 3 | Obrazowanie potencjałów wolnobiegnących i wywołanych EMG | Tak |  |
| 4 | Zapisywanie potencjałów wywołanych EMG do raportu z komentarzami. Wprowadzanie komentarzy odpowiedzi EMG metodą (Drag&Drop) | Tak |  |
| 5 | Potencjały wywołane EMG zapisywane automatycznie | Tak |  |
| 6 | Min. 2 stymulatory stałoprądowe z zakresem regulacji częstotliwości impulsów od min. 1 Hz do min. 60 Hz do pojedynczych impulsów i do min. 500 Hz do sekwencji impulsów, szerokość impulsu od min. 50 us do max. 2000 us – sekwencja impulsów: min 1-10 impulsów | Tak, podać |  |
| 7 | Prąd stymulacji: od min. 0,01 do min. 25mA | Tak, podać |  |
| 8 | Aparat wyposażony w kolorowy, dedykowany ekran LCD min. 12” i dźwiękowy sygnał odpowiedzi EMG | Tak, podać |  |
| 9 | Wybór sygnału dźwiękowej odpowiedzi wywołanej EMG: analogowy proporcjonalny do amplitudy odpowiedzi oraz syntetyczny, głośnik o mocy min 50 W | Tak, podać |  |
| 10 | Aparat wyposażony w interfejsy pacjenta do podłączenia elektrod odbiorczych, sond stymulacyjnych, podłączony z tyłu urządzenia, osobno do chirurgii tarczycy i chirurgii odbytnicy – długość przewodu min 5m – 2 szt. | Tak, podać |  |
| 11 | Intuicyjna obsługa aparatu poprzez przyciski i pokrętła funkcyjne lub dołączoną klawiaturę alfanumeryczną | Tak, podać |  |
| 12 | Oprogramowanie w języku polskim | Tak |  |
| 13 | Aparat wyposażony w pamięć wewnętrzną min. 1000 rekordów danych pacjenta z zapisanymi krzywymi EMG z możliwością odczytu zapisanego rekordu w dowolnym czasie po zabiegu lub zapisem w pamięci USB | Tak, podać |  |
| 14 | Drukowanie raportu z zabiegu do pliku PDF | Tak |  |
| 15 | Metoda nieinwazyjna w chirurgii tarczycy – podłączenie do pacjenta bez użycia igieł | Tak |  |
| 16 | Automatyczne dodanie danych pacjenta przy pomocy kodu kreskowego z historii choroby – skaner wbudowany lub dołączony. Skaner kodów kreskowych odczytujący min. 10 typów kodów | Tak, podać |  |
| 17 | Dostępne programy za pomocą przycisku min. 10 | Tak, podać |  |
| 18 | Praca w sieci Szpitalnej poprzez port Ethernet (możliwość drukowania raportu na drukarce sieciowej oraz przesyłanie raportu do wybranego folderu komputera sieciowego) | Tak |  |
| 19 | Monitoring ciągły do tarczycy z funkcją histogramu wielokolorowych wykresów trendów dla amplitudy i latencji z alarmami wizualnymi i dźwiękowymi | Tak |  |
| 20 | Możliwość pomiaru relaksacji pacjenta TOF | Tak |  |
| 21 | Moduł neuromonitoringu do odbytnicy – pomiar reakcji nerwów układu autonomicznego z min. Zwieraczy wewn. Oraz zmiany ciśnienia pęcherza | Tak, podać |  |
| 22 | Przewód przyłączeniowy do elektrod naklejanych na rurkę intubacyjną dł. min. 3m – 1 szt. | Tak, podać |  |
| 23 | Zestaw powiększający uniwersalny do wizualizacji nerwów, powiększenie min. X2.5 ogniskowa z zakresu 300-500mm, opaska mocująca w komplecie | Tak, podać |  |
| **Wyposażenie** | | | |
| 24 | Elektroda min. 4-kanałowa naklejana na rurki intubacyjne rozm. Zakres 7-9, w komplecie elektroda neutralna nieinwazyjna, produkt sterylny, jednorazowego użytku – 200 szt. | Tak, podać |  |
| 25 | Sonda bipolarna widelec prosta (dł. robocza 4,0 – 5,0 cm, dł. całkowita 15,0- 18,0 cm) do bezpośredniej stymulacji nerwów, produkt jednorazowego użytku, sterylny, 1 szt. | Tak, podać |  |
| 26 | Sonda stymulacyjna bipolarna nakładana na nerw błędny do ciągłej stymulacji z przewodem o dł. min. 2m, produkt sterylny, jednorazowego użytku – 200 szt. | Tak, podać |  |
| 27 | Sonda bipolarna koncentryczna do procedury TOETVA (dł. robocza 23-25cm) do bezpośredniej stymulacji nerwów, produkt jednorazowego użytku – 8 szt. | Tak, podać |  |
| 28 | Zestaw akcesoriów jednorazowych do procedury monitorowania nerwów autonomicznych w chirurgii odbytnicy, w składzie min. Sonda bipolarna, przetwornik ciśnienia z pęcherza, zestaw drenów – 1 komplet | Tak, podać |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | Tak, podać |  |
| 2 | **Czas reakcji serwisu:** **min. 24 godziny - max. 48 godzin w dni robocze (pon. – pt.)** od chwili zgłoszenia awarii.  **Czas reakcji serwisu stanowi kryterium oceny ofert** | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub Pendrive.  *Dostarczyć wraz z dostawa przedmiotu zamówienia.* | Tak |  |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak |  |
| 9 | Paszport techniczny (wypełniony zgodnie z załączoną instrukcją) | Tak |  |

**UWAGA:**

**W przypadku braku wpisu w rubryce ,, Potwierdzenie przez Wykonawcę” lub niedołączenia do oferty niniejszego załącznika, oferta zostanie odrzucona.**

Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach (w tym u producenta). W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji aparatury i jej parametrów technicznych.

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne do opisanych.  
Wykonawca, który powoła się na rozwiązania równoważne do opisywanych przez Zamawiającego, obowiązany jest wykazać, że oferowane przez niego urządzenia i sprzęt spełniają wymagania określone przez Zamawiającego.

Treść oświadczenia Wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowane urządzenia i sprzęt są kompletne i po zainstalowaniu będą gotowe do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

/miejscowość, data /

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy