**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**53/DEG/SP/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Część 1 - Aparat EKG wraz z wózkiem – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| SYSTEM | | | |
|  | Producent/kraj | PODAĆ |  |
|  | Model/Typ | PODAĆ |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe-fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Zapis 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
|  | Odrzucanie sygnałów powszechnych >125 dB | TAK |  |
|  | 24 bitowa akwizycja sygnału EKG | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości od 0,04 do 300Hz | TAK |  |
|  | Możliwość pracy w trybie Auto, Manual, lub Arytmia (z definiowalnym czasem pomiaru) | TAK |  |
|  | Możliwość wydruku raportu z biorczego z tryby arytmii w formie tabeli jak i epizodu. | TAK |  |
|  | Automatyczny tryb monitorowania arytmii z detekcją i analizą zdarzeń: Asystolia, Para, pobudzenie wtrącone komorowe, pauza, przedwczesny skurcz nadkomorowy i komorowy, błąd kardiostymulatora, wstawka pobudzeń komorowych, migotanie, trzepotanie komór, częstoskurcz komorowy. | TAK |  |
|  | Rozpoczęcie akwizycji sygnału poprzez jeden przycisk | TAK |  |
|  | Detekcja stymulatora serca z możliwością włączenia/wyłączenia tej opcji | TAK |  |
|  | Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej, Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i mięśniowych | TAK |  |
|  | Pomiar akcji serca w zakresie minimum 30 – 300/min | TAK |  |
|  | Możliwość uaktualniania oprogramowania w razie konieczności, za pośrednictwem nośników danych | TAK |  |
|  | Analiza i interpretacja wyników EKG. | TAK |  |
|  | Obwody wejściowe odporne na impuls defibrylujący | TAK |  |
|  | Próbkowanie stymulatora serca minimum 75 000Hz | TAK |  |
|  | Filtry dolnoprzepustowe 20/40/100/150 Hz | TAK |  |
|  | Korekcja QT wedle Bazett, Framingham, Fridericia | TAK |  |
|  | Możliwość włączenia drukowania diagnoz prawidłowych w automatycznym opisie badania. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia standardu odprowadzeni:  • Standard  • Cabrera  • NEHB  • SEQ4 | TAK |  |
| DRUKARKA | | | |
|  | Prędkość zapisu 5, 12,5, 25, 50 mm/s | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądu zapisu EKG przed wydrukiem w celu wizualnej inspekcji jakości zapisu | TAK |  |
|  | Wydruk na wbudowanej drukarce na papierze termicznym A5 (do 12 krzywych) z automatycznym opisem parametrów rejestracji, datą i godziną badania | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji wydruku 12 kanałowego EKG w formacie 2 x A5 do formatu A4/12 kanałów | TAK |  |
|  | Możliwość trwałego odłączenia w systemie opcji wydruku i automatycznego zapisu badań tylko do pamięci aparatu | TAK |  |
| EKRAN | | | |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy dotykowy ekran umożliwiający jednoczesny podgląd 12 kanałów EKG | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy o przekątnej minimum 8,7 cali, rozdzielczość, minimum 890x550px | TAK |  |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczne dane demograficzne pacjenta: nazwisko, numer identyfikacyjny | TAK |  |
|  | Informacja na ekranie o stanie naładowania akumulatora oraz o podłączeniu do sieci | TAK |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych sygnałów na ekranie (min 3 stopniowa) | TAK |  |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczna wartość częstości serca (w uderzeniach na minutę) | TAK |  |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczny komunikat tekstowy o awarii odprowadzenia | TAK |  |
| WYPOSAŻENIE TECHNICZNE | | | |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe. Zasilanie akumulatorowe, pozwalające na pracę minimum 180 minut | TAK |  |
|  | Pamięć minimum 300 pomiarów | TAK |  |
|  | Export danych poprzez SFTP oraz folder współdzielony do formatu PDF | TAK |  |
|  | Łatwy dostęp i wymiana akumulatora bez potrzeby używania narzędzi | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia kabla pacjenta z wymiennymi przewodami elektrod na wypadek uszkodzenia jednego przewodu | TAK |  |
|  | Masa urządzenia gotowego do pracy (bez papieru) max. 4,5 kg | TAK |  |
|  | Wymiary urządzenia zamykające się w bryle o rozmiarach 120 mm x 325 mm x 270 mm | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w minimum 2 port USB do bezpośredniego podłączenia zewnętrznej klawiatury lub opcjonalnego czytnika kodów kreskowych | TAK |  |
|  | Współpraca i export badań do nośników USB typu PenDrive | TAK |  |
|  | Export badań do pamięci USB – Pendrive | TAK |  |
|  | Interfejs komunikacyjny: i LAN | TAK |  |
|  | Wbudowana obsługa LDAP | TAK |  |
|  | Komunikacja z aparatem w języku polskim | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w dedykowany wózek z wysięgnikiem na przewody pacjenta, koszykiem na akcesoria wraz z zestawem startowym papieru termicznego | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o minimum: komunikacja w standardzie WiFI, DICOM, HL7, zapis do pamięci badania Full Disclosure, opcje automatycznego EKG z automatycznym wybraniem najlepszego fragmentu do pamięci i analizy | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK, PODAĆ |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instruktaż personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | TAK |  |
|  | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres minimum 10 lat. | TAK |  |
|  | Najbliższy siedziby Zamawiającego serwis na terenie Polski wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi | TAK |  |
|  | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |
|  | Wykonawca dostarczy wraz ze sprzętem 40 rolek papieru do aparatu EKG, kompatybilnego z oferowanym urządzeniem | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**53/DEG/SP/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Część 2 - Skaner naczyń krwionośnych ze stojakiem – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Producent/kraj | PODAĆ |  |
| 2. | Model/typ | PODAĆ |  |
| 3. | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe, nie powystawowe, nierekondycjonowane | TAK |  |
|  | Skaner naczyń krwionośnych emitujący promieniowanie podczerwone, które wykorzystane jest do lokalizacji naczyń podskórnych oraz podświetlenia ich pozycji na skórze pacjenta bezpośrednio nad żyłami. Lokalizacja naczyń krwionośnych dokonywana jest poprzez wchłanianie promieniowania podczerwieni przez hemoglobinę we krwi – brak bezpośredniego kontaktu urządzenia z pacjentem. | TAK |  |
|  | Obudowa ze specjalnym otworem pozwalającym na zamocowanie smyczy na nadgarstek zapobiegającej upadkowi urządzenia po wypadnięciu z ręki. | TAK |  |
|  | Emisja promieniowania podczerwonego z dwóch niezależnych źródeł o długości fali 850nm każdy (2x850nm). | TAK |  |
|  | Drugie niezależne źródło światła podczerwonego zwiększające jakość wyświetlanej mapy żylnej. | TAK |  |
|  | Możliwość pracy w trybach wyświetlania minimum: pozytyw, negatyw, pomiar głębokość naczyń | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar głębokości żył z trójstopniowym wskazaniem jego wyniku poprzez projekcję trójkolorowej mapy żył wskazującej ich głębokość: żyły czerwone do 2 mm, żyły niebieskie 2-4 mm, żyły zielone powyżej 4 mm. | TAK |  |
|  | Min 5 kolorów wyświetlania | TAK, PODAĆ |  |
|  | Min. 4 poziomy jasności wyświetlania | TAK, PODAĆ |  |
|  | Min. 3 rozmiary okna wyświetlania | TAK, PODAĆ |  |
|  | Rozdzielczość wyświetlanej mapy naczyń krwionośnych minimum 414 500 pikseli | TAK |  |
|  | Skaner wyświetlający informację o rozdzielczości okna wyświetlania w pikselach | TAK |  |
|  | Wbudowany wyświetlacz o wielkości minimum 1,3 cala wskazujący wszystkie uruchomione na urządzeniu funkcje, minimum: rozdzielczość wyświetlanej mapy naczyń w pikselach, poziom jasności, kolor, stan baterii, tryb pomiaru głębokości. | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w klawiaturę składającą się z przycisków niewystających w żadnym z kierunków poza płaszczyznę ściany obudowy, ułatwiających czyszczenie urządzenia. | TAK |  |
|  | Przyciski jednofunkcyjne oznaczone graficznie, zgodnie z funkcją przeznaczenia | TAK |  |
|  | Kolorowe Diody LED wyświetlające na obudowie urządzenia informacje o włączeniu urządzenia, stanie baterii oraz ładowaniu baterii | TAK |  |
|  | Wbudowana bateria litowo-jonowa | TAK |  |
|  | Możliwość pracy na zasilaniu sieciowym przy rozładowanej baterii | TAK |  |
|  | Wymiary urządzenia w mm (dł. x szer. x gł.): 224 x 68 x 64 mm (+/- 2%) | TAK |  |
|  | Waga urządzenia: 485g (+/- 2%) | TAK |  |
|  | Warunki pracy:  - temperatura – od 50C do 400C  - wilgotność – od 20% do 90% (+/- 2%) wilgotności względnej bez kondensacji | TAK |  |
|  | Warunki transportu i przechowywania:  - temperatura – od -20°C do 55°C  - wilgotność – od 10% do 95% (+/- 2%) wilgotności względnej bez kondensacji | TAK |  |
|  | Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny Klasy I | TAK |  |
|  | Statyw jezdny do skanera naczyń krwionośnych z elastycznym ramieniem oraz blokadą zapobiegającą upadkowi urządzenia | TAK |  |
|  | Konstrukcja statywu niewymagająca przykręcania urządzenia do statywu | TAK |  |
|  | Statyw wyposażony w blokadę kół, uchwyt na ładowarkę a także rączkę z możliwością regulacji wysokości oraz kierunku jej zamocowania | TAK |  |
|  | Samozatrzaskowa głowica pozwalająca na montaż urządzenia w 3 sekundy | TAK |  |
|  | Podstawa statywu o kształcie umożliwiającym ustawienie statywu w taki sposób, aby wystawała maksymalnie 12 cm spod mebla (łóżka, fotela, biurka, stołu) | TAK |  |
|  | W zestawie mobilna ładowarka ze standardowym, wytrzymałym złączem DC umożliwiająca używanie jej wraz ze statywem i bez niego. | TAK |  |
| 29. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK, PODAĆ |  |
| 30. | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
| 31. | Instruktaż personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | TAK |  |
| 32. | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
| 33. | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
| 34. | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 35. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres minimum 10 lat. | TAK |  |
| 36. | Najbliższy siedziby Zamawiającego serwis na terenie Polski wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi | TAK, PODAĆ |  |
| 37. | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**53/DEG/SP/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Część 3 - Pompa strzykawkowa wielomodułowa ze statywem – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Producent/ Kraj | PODAĆ |  |
|  | Model/typ | PODAĆ |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi wraz ze statywem | TAK |  |
|  | Pompa do stosowania u dorosłych, dzieci i noworodków do tymczasowego lub ciągłego podawania roztworów pozajelitowych i dojelitowych za pośrednictwem dróg dostępu: droga dożylna, dotętnicza, podskórna, zewnątrzoponowa. | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V 50 Hz, bezpośrednio z sieci | TAK |  |
|  | Waga pompy gotowej do użycia maks. 2.3 kg | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wymiary maks. ( szer. X wys. X głęb.) 290 x 100 x 220 mm. +/- 20 mm dla każdej wartości granicznej | TAK,PODAĆ |  |
|  | Stopień ochrony min. IP22. (Ochrona przed wnikaniem ciał stałych i cieczy). | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wyświetlacz czytelny pod kątem 80 stopni. | TAK |  |
|  | Graficzny interfejs z sposobem obsługi pompy w postaci rysunków i krótkich komunikatów tekstowych w języku polskim. | TAK/NIE |  |
|  | Wbudowany uchwyt do mocowania pompy do stojaków infuzyjnych oraz szyn poziomych | TAK |  |
|  | Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy | TAK |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej. Podać liczbę pomp do łączenia na jednym uchwycie. | TAK / NIE |  |
|  | Strzykawka mocowana od przodu | TAK |  |
|  | Klawiatura symboliczna | TAK |  |
|  | Menu pompy w języku polskim | TAK |  |
|  | Napęd strzykawki półautomatyczny lub automatyczny z zabezpieczeniem przed niekontrolowaną podażą | TAK |  |
|  | Możliwość zatrzaskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą | TAK |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości min.: 2 ml, 5ml, 10ml, 20ml, 30ml i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów, w tym minimum jednego polskiego | TAK, PODAĆ (objętości strzykawek, typy, producentów, w tym min. 1 polski) |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki | TAK |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h . | TAK, PODAĆ |  |
|  | Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 999,99ml/h programowana, co 0,01ml/godz. | TAK, PODAĆ |  |
|  | Automatyczna kalkulacja prędkości podaży po wprowadzeniu objętości i czasu | TAK |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji min. w jednostkach: mg, mcg, ng, mmol,z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | TAK, PODAĆ |  |
|  | Zmiana prędkości podaży bez przerywania infuzji | TAK |  |
|  | System automatycznej redukcji bolusa po alarmie ciśnienia okluzji | TAK |  |
|  | Wstępnie wybierana objętość w zakresie min. 0,10 - 999 ml programowana co 0,1 ml | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wybierany czas w zakresie minimum 00h01min - 90h | TAK, PODAĆ |  |
|  | Prędkość bolusa min. 1-1000 ml/h programowana co 0,01 ml/h | TAK, PODAĆ |  |
|  | Bolus na żądanie | TAK |  |
|  | Bolus programowany z automatyczną kalkulacją prędkości po wprowadzeniu objętości i czasu | TAK |  |
|  | Możliwość podaży bolusa w jednostkach min.: mg, mcg, mmol, mEq oraz jednostkach wagowych | TAK, PODAĆ |  |
|  | Tryb stand-by w zakresie od 1 min do 24 godzin z programowaniem co 1 minutę | TAK |  |
|  | Tryb nocny z redukcją intensywności podświetlenia | TAK |  |
|  | Tryb nocny z możliwość włączenia ręcznego lub zaprogramowania automatycznego przełączania | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia do pompy biblioteki leków bezpośrednio z komputera, lub zdalnie poprzez sieć szpitalną z centralnego serwera | TAK |  |
|  | Biblioteka zawiera min. 1000 leków, z możliwością podzielenia na kategorie leków. | TAK, PODAĆ |  |
|  | Biblioteka leków z możliwością kodowania nazw i kategorii leków. | TAK |  |
|  | W bibliotece system redukcji błędów. Możliwość wyznaczenia limitów bezpieczeństwa dawkowania. Górnych i dolnych oraz min. 2 stopnie: miękkie ( po potwierdzeniu przez użytkownika) i twarde ( nieprzekraczalne). | TAK / NIE |  |
|  | Nazwa leków z dawką wyświetlająca się także podczas alarmów. | TAK |  |
|  | Ciśnienie okluzji możliwe do ustawienia na min. 9 poziomach w zakresie od 0.1 bara do 1.2 bara | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wskaźnik ciśnienia okluzji stale widoczny na wyświetlaczu pompy | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator litowo - jonowy | TAK |  |
|  | Zasilanie z wbudowanego akumulatora min. 10 godzin przy przepływie 5 ml/h | TAK, PODAĆ |  |
|  | Czas ponownego ładowania max. 6 godz. | TAK, PODAĆ |  |
|  | Na wyświetlaczu widoczna informacja o pozostałym czasie pracy akumulatora | TAK |  |
|  | Automatyczne ładowanie akumulatora w pompie podłączonej do zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Pobór mocy < 20 W | TAK, PODAĆ |  |
|  | System alarmów wizualnych i dźwiękowych | TAK |  |
|  | Historia pracy dostępna z menu pompy, z możliwością zapisania do min. 500 zdarzeń | TAK, PODAĆ |  |
|  | Możliwość podłączenia pompy do informatycznej sieci szpitalnej w tym możliwość użycia programu do kontroli podaży leków. | TAK / NIE |  |
|  | Przeszkolenie personelu w zakresie obsługi sprzętu w miejscu instalacji – przy podpisaniu protokołu (wstępne/ogólne) oraz:  Szkolenie z obsługi dostarczonego sprzętu dla użytkownika w ustalonym przez obie strony terminie, min. dwa terminy. Wykonawca sporządzi protokół ze szkolenia tj. listę osób przeszkolonych.  Możliwość dodatkowych terminów szkolenia w przypadku wystąpienia takiej konieczności – w okresie gwarancyjnym, w wybranym terminie i ustalonym przez obie strony. | TAK |  |
|  | Gwarancja sprzętu min. 24 miesięcy | TAK, PODAĆ |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godziny od chwili zgłoszenia awarii emailem.  Gotowość = Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego  Max 72 godziny w dni robocze od momentu zgłoszenia. Zgłoszenie telefoniczne potwierdzone w wersji pisanej tj. email. Data i godzina wysłania zgłoszenia e-mail do osoby kontaktowej/serwisanta wskazanego przez Dostawcę przedmiotu Zamówienia. | TAK |  |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy sprzętu w siedzibie serwisu, Wykonawca na czas naprawy dostarczy sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż zaoferowany w postępowaniu w terminie 72 godz. od chwili poinformowania Zamawiającego o konieczności dokonania naprawy Sprzętu poza miejscem zainstalowania w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Zapewnienie w trakcie obowiązywania gwarancji w ramach wynagrodzenia umownego usług serwisowych oraz przeglądu gwarancyjnego obejmującego: bezpłatny dojazd pracownika serwisu, bezpłatną usługę, bezpłatną wymianę części wskazanych przez producenta zgodnie z zaleceniami producenta dla oferowanego produktu (sprzętu) na rzecz Zamawiającego.  Dodatkowo:  Podać ilość przeglądów zgodnie z oferowanym okresem gwarancji i  podać zalecaną częstotliwość wykonywania przeglądów po okresie gwarancyjnym. | TAK, PODAĆ |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego min. 10 lat od daty dostawy | TAK |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | Produkt (sprzęt) posiada instrukcję obsługi w języku polskim – dostarczona wraz z dostawą.  Produkt (sprzętu) posiada instrukcję mycia i dezynfekcji/sterylizacji wraz z podaniem parametrów procesu/sposobu sterylizacji w języku polskim, – dostarczona wraz z dostawą; w zakresie w jakim dotyczy. W szczególności dla dostarczonych elementów składowych przeznaczonych do sterylizacji. | TAK |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem), wraz z wpisem o instalacji, sprawności i datą kolejnego przeglądu technicznego. | TAK |  |
|  | Lista autoryzowanych serwisów na terenie Polski (w przypadku braku - na terenie UE) wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi.  Podać listę na etapie oferty i jako zał. do umowy. | TAK, PODAĆ |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego po okresie gwarancyjnym\*.  Podczas przeglądu technicznego zostaną wymienione wszystkie części i materiały zalecane do wymiany przez Producenta.  \*Informacja cenowa dla użytkownika, nie wiążąca! | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**53/DEG/SP/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Część 4 - Pompa infuzyjna ze statywem – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | |
|  | Producent/ Kraj | PODAĆ |  | |
|  | Model/typ | PODAĆ |  | |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe | TAK |  | |
|  | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi wraz ze statywem | TAK |  | |
|  | Pompa do stosowania u dorosłych, dzieci i noworodków do tymczasowego lub ciągłego podawania roztworów pozajelitowych i dojelitowych za pośrednictwem dróg dostępu: droga dożylna, dotętnicza, podskórna, zewnątrzoponowa. | TAK |  | |
|  | Zasilanie 230V 50 Hz, bezpośrednio z sieci | TAK |  | |
|  | Waga pompy gotowej do użycia maks. 2.3 kg | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Wymiary maks. ( szer. X wys. X głęb.) 290 x 100 x 220 mm. +/- 20 mm dla każdej wartości granicznej | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Stopień ochrony min. IP22. (Ochrona przed wnikaniem ciał stałych i cieczy). | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Wyświetlacz czytelny pod kątem 80 stopni. | TAK |  | |
|  | Graficzny interfejs z sposobem obsługi pompy w postaci rysunków i krótkich komunikatów tekstowych w języku polskim. | TAK/NIE |  | |
|  | Wbudowany uchwyt do mocowania pompy do stojaków infuzyjnych oraz szyn poziomych | TAK |  | |
|  | Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy | TAK |  | |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej. Podać liczbę pomp do łączenia na jednym uchwycie. | TAK / NIE |  | |
|  | Strzykawka mocowana od przodu | TAK |  | |
|  | Klawiatura symboliczna | TAK |  | |
|  | Menu pompy w języku polskim | TAK |  | |
|  | Napęd strzykawki półautomatyczny lub automatyczny z zabezpieczeniem przed niekontrolowaną podażą | TAK |  | |
|  | Możliwość zatrzaskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą | TAK |  | |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości min.: 2 ml, 5ml, 10ml, 20ml, 30ml i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów, w tym minimum jednego polskiego | TAK, PODAĆ (objętości strzykawek, typy, producentów, w tym min. 1 polski) |  | |
|  | Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki | TAK |  | |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h . | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 999,99ml/h programowana, co 0,01ml/godz. | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Automatyczna kalkulacja prędkości podaży po wprowadzeniu objętości i czasu | TAK |  | |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji min. w jednostkach: mg, mcg, ng, mmol,z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Zmiana prędkości podaży bez przerywania infuzji | TAK |  | |
|  | System automatycznej redukcji bolusa po alarmie ciśnienia okluzji | TAK |  | |
|  | Wstępnie wybierana objętość w zakresie min. 0,10 - 999 ml programowana co 0,1 ml | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Wybierany czas w zakresie minimum 00h01min - 90h | Tak,PODAĆ |  | |
|  | Prędkość bolusa min. 1-1000 ml/h programowana co 0,01 ml/h | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Bolus na żądanie | TAK |  | |
|  | Bolus programowany z automatyczną kalkulacją prędkości po wprowadzeniu objętości i czasu | TAK |  | |
|  | Możliwość podaży bolusa w jednostkach min.: mg, mcg, mmol, mEq oraz jednostkach wagowych | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Tryb stand-by w zakresie od 1 min do 24 godzin z programowaniem co 1 minutę | TAK |  | |
|  | Tryb nocny z redukcją intensywności podświetlenia | TAK |  | |
|  | Tryb nocny z możliwość włączenia ręcznego lub zaprogramowania automatycznego przełączania | TAK |  | |
|  | Możliwość wprowadzenia do pompy biblioteki leków bezpośrednio z komputera, lub zdalnie poprzez sieć szpitalną z centralnego serwera | TAK |  | |
|  | Biblioteka zawiera min. 1000 leków, z możliwością podzielenia na kategorie leków. | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Biblioteka leków z możliwością kodowania nazw i kategorii leków. | TAK |  | |
|  | W bibliotece system redukcji błędów. Możliwość wyznaczenia limitów bezpieczeństwa dawkowania. Górnych i dolnych oraz min. 2 stopnie: miękkie ( po potwierdzeniu przez użytkownika) i twarde ( nieprzekraczalne). | TAK / NIE |  | |
|  | Nazwa leków z dawką wyświetlająca się także podczas alarmów. | TAK |  | |
|  | Ciśnienie okluzji możliwe do ustawienia na min. 9 poziomach w zakresie od 0.1 bara do 1.2 bara | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Wskaźnik ciśnienia okluzji stale widoczny na wyświetlaczu pompy | TAK |  | |
|  | Wbudowany akumulator litowo - jonowy | TAK |  | |
|  | Zasilanie z wbudowanego akumulatora min. 10 godzin przy przepływie 5 ml/h | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Czas ponownego ładowania max. 6 godz. | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Na wyświetlaczu widoczna informacja o pozostałym czasie pracy akumulatora | TAK |  | |
|  | Automatyczne ładowanie akumulatora w pompie podłączonej do zasilania sieciowego | TAK |  | |
|  | Pobór mocy < 20 W | TAK,PODAĆ |  | |
|  | System alarmów wizualnych i dźwiękowych | TAK |  | |
|  | Historia pracy dostępna z menu pompy, z możliwością zapisania do min. 500 zdarzeń | TAK,PODAĆ |  | |
|  | Możliwość podłączenia pompy do informatycznej sieci szpitalnej w tym możliwość użycia programu do kontroli podaży leków. | TAK / NIE |  | |
|  | Przeszkolenie personelu w zakresie obsługi sprzętu w miejscu instalacji – przy podpisaniu protokołu (wstępne/ogólne) oraz:  Szkolenie z obsługi dostarczonego sprzętu dla użytkownika w ustalonym przez obie strony terminie, min. dwa terminy. Wykonawca sporządzi protokół ze szkolenia tj. listę osób przeszkolonych.  Możliwość dodatkowych terminów szkolenia w przypadku wystąpienia takiej konieczności – w okresie gwarancyjnym, w wybranym terminie i ustalonym przez obie strony. | TAK |  |
|  | Gwarancja sprzętu min. 24 miesięcy | TAK,PODAĆ |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godziny od chwili zgłoszenia awarii emailem.  Gotowość = Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego  Max 72 godziny w dni robocze od momentu zgłoszenia. Zgłoszenie telefoniczne potwierdzone w wersji pisanej tj. email. Data i godzina wysłania zgłoszenia e-mail do osoby kontaktowej/serwisanta wskazanego przez Dostawcę przedmiotu Zamówienia. | TAK |  |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy sprzętu w siedzibie serwisu, Wykonawca na czas naprawy dostarczy sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż zaoferowany w postępowaniu w terminie 72 godz. od chwili poinformowania Zamawiającego o konieczności dokonania naprawy Sprzętu poza miejscem zainstalowania w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Zapewnienie w trakcie obowiązywania gwarancji w ramach wynagrodzenia umownego usług serwisowych oraz przeglądu gwarancyjnego obejmującego: bezpłatny dojazd pracownika serwisu, bezpłatną usługę, bezpłatną wymianę części wskazanych przez producenta zgodnie z zaleceniami producenta dla oferowanego produktu (sprzętu) na rzecz Zamawiającego.  Dodatkowo:  Podać ilość przeglądów zgodnie z oferowanym okresem gwarancji i  podać zalecaną częstotliwość wykonywania przeglądów po okresie gwarancyjnym. | TAK,PODAĆ |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego min. 10 lat od daty dostawy | TAK |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | Produkt (sprzęt) posiada instrukcję obsługi w języku polskim – dostarczona wraz z dostawą.  Produkt (sprzętu) posiada instrukcję mycia i dezynfekcji/sterylizacji wraz z podaniem parametrów procesu/sposobu sterylizacji w języku polskim, – dostarczona wraz z dostawą; w zakresie w jakim dotyczy. W szczególności dla dostarczonych elementów składowych przeznaczonych do sterylizacji. | TAK |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem), wraz z wpisem o instalacji, sprawności i datą kolejnego przeglądu technicznego. | TAK |  |
|  | Lista autoryzowanych serwisów na terenie Polski (w przypadku braku - na terenie UE) wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi.  Podać listę na etapie oferty i jako zał. do umowy. | TAK,PODAĆ |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego po okresie gwarancyjnym\*.  Podczas przeglądu technicznego zostaną wymienione wszystkie części i materiały zalecane do wymiany przez Producenta.  \*Informacja cenowa dla użytkownika, nie wiążąca! | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**53/DEG/SP/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Pulsoksymetr kompaktowy – 5 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Producent/kraj | | PODAĆ |  |
|  | Model/typ | | PODAĆ |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe, nie powystawowe, nierekondycjonowane | | TAK |  |
|  | Pulsoksymetr przenośny | | TAK |  |
|  | Aparat z kolorowym wyświetlaczem LCD TFT min. 4,3” | | TAK, PODAĆ |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 100 ~ 240V (50/60 Hz) | | TAK |  |
|  | Wbudowana bateria litowo-jonowa, w komplecie ładowarka | | TAK |  |
|  | Czas ładowania akumulatora do pełnej mocy: maksymalnie 6 godzin | | TAK |  |
|  | Wskaźnik naładowania baterii | | TAK |  |
|  | Aparat do monitorowania saturacji oraz pulsu pacjenta | | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji min. : 1-100% | | TAK, PODAĆ |  |
|  | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70-100%: ±2% dzieci/dorośli, ±3% noworodki | | TAK, PODAĆ |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu: 25-250 bmp (±2 bmp) | | TAK, PODAĆ |  |
|  | Minimalny zakres pomiaru perfuzji: 0,05 do 20% | | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wyświetlanie krzywej pletyzmografu | | TAK |  |
|  | Ustawienia granic alarmów pulsu i saturacji | | TAK |  |
|  | Wyświetlany procentowy pomiar saturacji | | TAK |  |
|  | Wyświetlana częstotliwość pulsu | | TAK |  |
|  | Wyświetlany wskaźnik perfuzji | | TAK |  |
|  | Alarmy wizualne i dźwiękowe dla saturacji, pulsu, odłączenia czujnika, rozładowania baterii | | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji głośności alarmów | | TAK |  |
|  | Możliwość wyciszenia alarmów wraz z możliwością opóźnienia alarmu oraz regulacją czasu ponownego włączenia alarmu | | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia priorytetów alarmów (min. 2 poziomy) | | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia i zapamiętania granic alarmowych dla saturacji SpO2 oraz pulsu, zgodnie z wymaganiami/potrzebami użytkownika | | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądania danych tabelarycznych na urządzeniu | | TAK |  |
|  | Waga z akumulatorem: max 0,5 kg | | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wymiary: szerokość x głębokość x wysokość max: 85 mm x 35 mm x 160 mm | | TAK, PODAĆ |  |
|  | Złącza i porty do komunikacji: slot karty SD | | TAK |  |
|  | Czujnik saturacji klips dla dorosłych – 1 sztuka | | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 12 miesięcy | | TAK, PODAĆ |  |
|  | | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | | Instruktaż personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | TAK |  |
|  | | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
|  | | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu***