**Załącznik nr 4c do Specyfikacji Warunków Zamówienia**

##### Opis przedmiotu zamówienia – część 3

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowych defibrylatorów przenośnych z torbą transportową instalowaną na defibrylatorze, testerem wyładowań i certyfikowanym uchwytem karetkowym (2 szt. ), do stosowania w karetkach pogotowia,oraz przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi, eksploatacji i konserwacji przedmiotu zamówienia – jeśli jest wymagane.
2. **Szkolenie personelu:**

Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzenia szkolenia personelu Zamawiającego z zakresu prawidłowej eksploatacji przedmiotu zamówienia.

Wykonawca zobowiązany jest zapewnić niezbędny sprzęt do przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego, jak również materiały eksploatacyjne (tzw. Pakiet rozruchowy – jeśli jest wymagany). Zamawiający ze swojej strony zapewni wyłącznie miejsce do przeprowadzenia szkoleń.

1. **Wymagane parametry przedmiotu zamówienia.**

Niniejszy załącznik wraz z tabelą z parametrami wymaganymi, Wykonawca zobowiązany jest wypełnić i dołączyć do oferty.

Parametry podane w tabelistanowią **minimalne** wymagania graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak wpisu w rubryce **„Parametry oferowane”** zostanie potraktowany jako niespełnienie parametru skutkujące odrzuceniem oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry**  | Parametr wymagany  | **Parametry oferowane (wypełnia wykonawca)** |
|  | **Defibrylator przenośny z torbą transportową instalowaną na defibrylatorze, testerem wyładowań i certyfikowanym uchwytem karetkowym.**  |  | *Podać model, markę:* |
|  | **Rok produkcji** | Min. 2021 |  |
|  | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE | TAK/NIE |  |
|  | Defibrylator oraz mocowanie/uchwyt defibrylatora spełnia wymagania aktualnej normy 1789:2007+A2:2014 lub równoważnej | TAK/NIE |  |
|  | urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych  |  |  |
|  | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą ładowarki zewnętrznej 12V-230V spełniającej wymagania aktualnej normy PN-EN 1789 lub równoważnej | TAK/NIE |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci i potrzeby rekondycjonowania, min. 3 sztuki akumulatorów w komplecie  | TAK/NIE |  |
|  | Akumulatory wyposażone we wskaźnik poziomu naładowania lub orientacyjnego czasu pracy | TAK/NIE |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J  |  |  |
|  | Norma IP min. 43 lub równoważna  |  |  |
|  | Ciężar defibrylatora z kompletem akumulatorów i nową rolką papieru w kg max. 12 kg |  |  |
|  | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika i bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na automatycznym wydruku lub automatyczny wydruk i przesłane/transmisja danych do działu technicznego, koordynatora medycznegoWykonanie auto testu z wydrukiem i przesłaniem danych  | TAK/NIE |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK/NIE |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED od 8 roku życia | TAK/NIE |  |
|  | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych oraz dla dorosłych i dzieci | TAK/NIE |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii min. od 2 do 200 J |  |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – min. 20 |  |  |
| 1.
 | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta z min. jednorazowych elektrod przyklejanych | TAK/NIE |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | TAK/NIE |  |
|  | Łyżki defibrylacyjne z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek defibrylacyjnych bezpośrednio w obudowie urządzenia, spełniające normę PN-EN 1789 lub równoważna  | TAK/NIE |  |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | TAK/NIE |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK/NIE |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK/NIE |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-140 mA | TAK/NIE |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK/NIE |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta umieszczona na wydruku lub wydruku i ekranie | TAK/NIE |  |
|  | Podczas wykonywania interpretacji i diagnozy 12-odprowadzeniowego badania EKG możliwość podglądu min. jednego odprowadzenia na ekranie | TAK/NIE |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca z funkcją wyciszenia do 15 minut bez możliwości wyłączenia systemu alarmowego z poziomu użytkownika | TAK/NIE |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 25-250 u/min | TAK/NIE |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, min. 7 poziomów wzmocnienia | TAK/NIE |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – min. 3 kanały na ekranie | TAK/NIE |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej min. 8” | TAK/NIE |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości min. 80 mm | TAK/NIE |  |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | TAK/NIE |  |
|  | Bezpieczna, szyfrowana transmisja wybranych lub wszystkich danych przez wbudowany lub zewnętrzny modem GSM | TAK/NIE |  |
|  | Wbudowany moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem wielorazowym dla dorosłych 1 szt. i mankietem wielorazowym dla dzieci 1 szt. | TAK/NIE |  |
|  | Wbudowany moduł pomiarowy SpCO, SpMET, SpO2 z czujnika typu klips – w komplecie czujnik klips wielorazowy, wielopomiarowy SpCO, SpMET, SpO2 dla dorosłych 1 szt., czujnik klips wielorazowy, wielopomiarowy SpCO, SpMET, SpO2 dla dzieci 1 szt. oraz czujnik klips SpO2 dla dorosłych 1 szt. | TAK/NIE |  |
|  | W zestawie min.:- przewód EKG odp. kończynowe x 2 szt.- przewód EKG odp. przedsercowe x 2 szt.- przedłużacz do klipsów pomiarowych x 2szt. | TAK/NIE |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące zawierająca min. jeden przegląd techniczny w okresie obowiązywania gwarancji  |  | *Podać ilość m-cy:* |

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***