ZAŁĄCZNIK NR 2 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – OFEROWANE PARAMETRY TECHNICZNE**

**Defibrylator z wyposażeniem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | **WYMAGANE PARAMETRY****TAK/NIE** | **Parametr oferowany****(PROSZĘ OPISAĆ)** |
| 1 | Nazwa | **Podać** |  |
| 2 | Typ/model | **Podać** |  |
| 3 | Producent | **Podać** |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | **Podać** |  |
| 5 | Rok produkcji: (nie wcześniej niż 2021, fabrycznie nowy, niepowystawowy) | **Podać** |  |
| **I** | **Parametry ogólne** |  |  |
| 6 | Aparat z pełną polską wersją językową – oprogramowanie, komunikaty wyświetlane na ekranie | **Tak** |  |
| 7 | Waga urządzenia z akumulatorem poniżej 6,5 kg z wyłączeniem łyżek i pozostałych podzespołów. | **Tak** |  |
| 8 | Urządzenie wyposażone w intuicyjne pokrętło do nawigacji, wybóru trybu pracy w zakresie: wyłączony, tryb AED, tryb manualny, stymulacja, monitorowanie (swobodne przełączanie pomiędzy trybami pracy urządzenia – bez konieczności jego wyłączania).  | **TAK** |  |
| 9 | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą (klasa minimum IP34 wg IEC529) | **Tak** |  |
| 10 | Automatyczny codzienny test prawidłowości funkcjonowania defibrylatora (nie wymagający od użytkownika włączania urządzenia), możliwość przeprowadzenia pełnego testu manualnego / możliwość wydruku raportu za pomocą wewnętrznej drukarki defibrylatora. | **Tak** |  |
|  | **Zasilanie** |  |  |
| 11 | Zasilanie akumulatorowe - akumulator litowo-jonowy lub równoważny, czas pracy: min. 5 godz. ciągłego monitorowania EKG lub min. 200 defibrylacji z energią 200 J | **Tak** |  |
| 12 | Minimum dwa gniazda akumulatorów: możliwość wymiany akumulatora bez przerywania pracy urządzenia (na zasilaniu akumulatorowym oraz na zasilaniu sieciowym) | **Tak** |  |
| 13 | Zasilanie sieciowe – moduł zasilacza 230V 50 Hz z funkcją ładowania akumulatora | **Tak** |  |
| 14 | Wskaźnik poziomu naładowania akumulatora stale widoczny na monitorze lub panelu czołowym | **Tak** |  |
| 15 | Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności max. 5 godzin | **Tak** |  |
|  | **Defibrylacja manualna** |  |  |
| 16 | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna AED  | **Tak** |  |
| 17 | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa. Zakres energii 1‑360J | **Tak** |  |
| 18 | Defibrylacja synchroniczna – kardiowersja | **Tak** |  |
| 19 | Czas ładowania do energii maksymalnej ≤. 8 sekund  | **Tak** |  |
| 20 | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych – łyżki dla dzieci i dorosłych zintegrowane  | **Tak** |  |
|  | **Tryb AED** |  |  |
| 21 | Automatyczna analiza rytmu serca po naklejeniu elektrod defibrylacyjnych | **Tak** |  |
| 22 | Poziom energii wstrząsu od 1 do 360J | **Tak** |  |
| 23 | Praca w cyklu analiza/ defibrylacja / uciskanie klatki piersiowej – zgodnie z aktualnymi wytycznymi algorytmu BLS/AED  | **Tak** |  |
| 24 | Komendy głosowe i komunikaty na ekranie prowadzące przez protokół RKO  | **Tak** |  |
| 25 | Metronom częstości uciśnięć klatki piersiowej (sygnały akustyczne i wizualne wyświetlane na ekranie defibrylatora) | **Tak** |  |
| 26 | Możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min. w przedziale od: 1 do 360 J i na min. 23 poziomach energii defibrylacji | **Tak** |  |
|  | **Moduł EKG** |  |  |
| 27 | Monitorowanie EKG z 3/5 odprowadzeń | **Tak** |  |
| 28 | Zakres pomiaru częstości akcji serca HR min. 0,2-300 /min. | **Tak** |  |
| 29 | Wzmocnienie sygnału EKG min. 0,5; 1,0; 1,5; 2,0; 3,0 cm/mV  | **Tak** |  |
| 30 | Wykrywanie elektrostymulatora | **Tak** |  |
| 31 | Tłumienie sygnału współbieżnego 90 dB lub więcej  | **Tak** |  |
|  | **Moduł stymulatora** |  |  |
| 32 | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | **Tak** |  |
| 33 | Częstość stymulacji w zakresie min. 30-180 imp/min | **Tak** |  |
| 34 | Szerokość impulsu stymulatora min. 40 msek. | **Tak** |  |
| 35 | Prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 0-140 mA  | **Tak** |  |
|  | **Pomiar oddechu** |  |  |
| 36 | Technika pomiaru: pomiar oscylometryczny | **Tak**  |  |
| 37 | Zakres min. od 0,3 do 120 oddechów/min, prędkość wyświetlania min. 25mm/s | **Tak** |  |
| 38 | Nadzór bezdechu: min. od 10 do 60 s. | **Tak** |  |
|  | **Moduł pulsoksymetrii SpO2** |  |  |
| 39 | Pomiar SpO2 w technologii Nellcor  | Tak |  |
| 40 | Zakres pomiaru SpO2 min. 1-100% | Tak |  |
| 41 | Zakres pomiaru pulsu min. 20-300/min | Tak |  |
| 42 | Dokładność pomiaru pulsu 20 do 250/min +/-3 cyfryDokładność saturacji SpO2 70 do 100% +/-2 cyfry,  | Tak |  |
| 43 | Zakres perfuzji 0,03 do 20% | Tak |  |
| 44 | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej na ekranie | Tak |  |
| 45 | Czujnik wielorazowy typu klips w komplecie | Tak |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
| 46 | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna alarmów dla wszystkich monitorowanych parametrów życiowych oraz alarmów technicznych  | Tak |  |
| 47 | Możliwość czasowego zawieszenia z regulacją w zakresie od 30 do 120 sekund oraz wyłączenia alarmów | Tak |  |
| 48 | Wyświetlanie na ekranie górnych i dolnych progów alarmowych monitorowanych parametrów życiowych | Tak |  |
|  | **Rejestracja** |  |  |
| 49 | Ekran kolorowy LCD / TFT o przekątnej min. 8 cali o wysokim kontraście, rozdzielczość min. 800x600 pixeli | Tak |  |
| 50 | Prezentacja na ekranie min. 4 kanałów dynamicznych  | Tak |  |
| 51 | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm z możliwością wydruku min. 3 kanałów  | Tak |  |
| 52 | Pamięć wewnętrzna oraz możliwość rozbudowy pamięci za pomocą kart SD oraz port USBParametry pamięci wewnętrznej: archiwizacja danych numerycznych i graficznych min. 100 pacjentów lub min. 250 zdarzeń EKG z możliwością transferu danych do komputera | Tak |  |
|  | **Inne** |  |  |
| 53 | Instrukcja obsługi w języku polskim, przy dostawie | Tak |  |
| 54 | Dokumenty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski. | Tak |  |
| **II** | **SERWIS** |  |  |
| 55 | Serwis na terenie Polski (nazwa firmy, adres, nr tel., e-mail) | Tak |  |
| 56 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/2021 r.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*podpis i pieczątka imienna*

*osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*