**EZ/ZP/4/2018/EK**

**Załącznik nr 2a do SIWZ**

**(Załącznik nr 1 do umowy)**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 1**

**Pompy insulinowe dla dzieci od 0 do 18 roku życia, dla dzieci z niedocukrzeniami i/ lub nie sygnalizującymi objawów niedocukrzenia - pompy z regulacją dawki bazy 0,1j./godzinę w ilości 45 sztuk**

Producent / Firma: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Urządzenie typ: . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany/dodatkowy** | **Wymagana odpowiedź**  **Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** | **Zakres punktacji** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 2. | Rok produkcji: 2018 | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Parametry techniczne** | | | | |
| 3. | Masa pompy z baterią i pojemnikiem na insulinę [g] |  | TAK  (podać) |  | Bez punktacji |
| 4. | Zasilanie pompy z baterii ogólnodostępnej w sprzedaży w Polsce (sieć supermarketów, stacje benzynowe, kioski typu „Ruch”, sklepy ze sprzętem AGD i RTV, apteki) | wymagany | TAK  (podać typ baterii) |  | Bez punktacji |
| 5. | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 7 |  | TAK |  | Bez punktacji |
| 6. | Pełny interfejs użytkownika w j. polskim | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 7. | Zakres temperatury pracy, minimalny zakres +5 do + 40  [o C] | wymagany | TAK  (podać zakres) |  | Bez punktacji |
|  | **Parametry programowalne** | | | | |
| 8. | Programowanie wielkości dawki bazy | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 9. | Różne rodzaje programowalnych baz, minimum 3 rodzaje | wymagany | TAK  (podać, parametr oceniany) |  | Powyżej 3 rodzajów – 5 pkt, min. 3 rodzaje – 0 pkt. |
| 10. | Dokładność dawkowania bazy mniejsza niż 0,1j./godzinę, (każdy rodzaj bazy) | wymagany | TAK  (podać dokładność) |  | Bez punktacji |
| 11. | Programowanie wielkości bolusa | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 12. | Różne rodzaje bolusa, minimum 3 rodzaje | wymagany | TAK  (podać, parametr oceniany) |  | Bez punktacji |
| 13. | Minimalna dokładność dawkowania bolusa 0,1 jednostki (każdy rodzaj bolusa) niezależnie od wielkości bolusa | wymagany | TAK  (podać dokładność) |  | Bez punktacji |
|  | **Alarmy** | | | | |
| 14. | Alarm dźwiękowy (tonowy) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 15. | Alarm wibracyjny | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 16. | Rodzaje alarmów | wymagany | TAK podać parametr oceniany) |  | Bez punktacji |
| 17. | Informacja dźwiękowa  i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70 % | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 18. | Możliwość wyłączenia alarmu dźwiękowego | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Funkcje dodatkowe pompy** | | | | |
| 19. | Automatyczne wypełnienie drenu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 20. | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 21. | Blokada przed przypadkową zmianą parametrów | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 22. | Możliwość anulowania podaży bolusa jednym przyciskiem | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 23. | Bezpłatne zapewnienie oprogramowania i interfejsu do sczytywania danych z pompy (m.in. historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej) do komputera na użytek ośrodka diabetologicznego prowadzącego terapię  (wymogi dodatkowe) | wymagany | TAK  (parametr oceniany) |  | 6 pkt |
| 24. | Pamięć minimum 1000 zdarzeń (bolusy, alarmy) | wymagany | TAK  (podać ilość) |  | Bez punktacji |
| 25. | Przegląd raportów, z minimum ostatnich 90 dni | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 26. | Kalkulator bolusa posiłkowego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 27. | Kalkulator bolusa korygującego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 28. | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | dodatkowy | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt, NIE – 0 pkt. |
| 29 | Czasowa zmiana bazy minimum do 24 h | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 30. | Minimalny okres czasowej zmiany bazy ≤30 min. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 31. | Ciągłe monitorowanie glikemii zintegrowane z pompą insulinową | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Wyposażenie pompy** | | | | |
| 32. | Zestawy infuzyjne (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK  (parametr oceniany) |  | Powyżej 4 szt. – 3 pkt, min. 4 szt. – 0 pkt. |
| 33. | Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK  (parametr oceniany) |  | Powyżej 4 szt. – 3 pkt, min. 4 szt. – 0 pkt. |
| 34. | Baterie zapasowe (dostarczane przy dostawie) min. 4 szt. | wymagany | TAK  (parametr oceniany) |  | Powyżej 4 szt. – 3 pkt, min. 4 szt. – 0 pkt. |
| 35. | Etui ochronne | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 36. | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | dodatkowy | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt, NIE – 0 pkt. |
| 37. | Sensory do ciągłego monitorowania glikemii (dostarczane przy dostawie) min. 2 szt | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 38. | 1 transmiter na 5/10 pomp | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Koszty eksploatacji** | | | | |
| 39. | Możliwość używania wkłuć innych producentów w pompach biorących udział w ofercie | dodatkowy | TAK |  | Bez punktacji |
| 40. | Koszt zakupu 10 zestawów infuzyjnych (minimum jednego rodzaju do 300 zł) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 41. | Koszt zakupu osprzętu:  - 10 zestawów infuzyjnych  a) metalowych  b) tworzyw sztucznych  - strzykawek | dodatkowy | TAK  (podać koszt) |  | Bez punktacji |
|  | **Szkolenia/informacje dla pacjentów** | | | | |
| 42. | Wykonawca zapewnia dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (konieczność całodobowej infolinii) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 43. | Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz podłączenie pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 44. | Wykonawca posiada stronę internetową przedstawiającą formę kontaktu z firmą oraz dane dotyczące pompy i dostępnego osprzętu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 45. | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim, w instrukcji muszą być opisane wszystkie komunikaty wyświetlane przez pompę | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Warunki gwarancji** | | | | |
| 46. | Gwarancja min. 48 m-cy od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy | wymagany | TAK  (podać) |  | 48 m-cy – 0 pkt;  54 m-cy – 5 pkt;  60 m-cy – 10 pkt |
| 47. | Wymiana pompy w ciągu max. 24 godzin  (7 dni w tygodniu) od zgłoszenia awarii telefonicznie lub faxem w okresie gwarancyjnym jak i pogwarancyjnym. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 48 | W czasie trwania okresu gwarancyjnego Wykonawcazobowiązuje się do wykonania przeglądów okresowych  w ilościach i terminach wskazanych przez producenta sprzętu medycznego. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 49 | Na czas przeglądów, napraw lub jakichkolwiek interwencji serwisowych Wykonawca zapewni pompę zastępczą, tak aby zapewnić ciągłość korzystania z pompy insulinowej. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 50 | Dostępność autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane teleadresowe i kontaktowe). | wymagany | TAK  (podać) |  | Bez punktacji |

**Wymogi dodatkowe**

1. Wymogi dotyczące programu komputerowego do sczytywania pamięci pompy:

* Aktualne bazy (wszystkie możliwe z jednego sczytania pompy, na wykresach lub w tabelach dokładna dawka – z dokładnością podawania bazy przez pompę)
* Stosowane przeliczniki w kalkulatorach bolusów,
* Historia bolusów (dokładnie podany rodzaj bolusa, dawka, czas podania bolusa przedłużonego)
* Historia wypełnień drenu
* Wykresy dzienne, na których muszą być przedstawione:   
  stosowana w tym dniu baza podstawowa,   
  czasowa zmiana bazy -wskazane oznaczenie innym kolorem,  
  zaznaczenie momentu zatrzymania i włączenia pompy   
  zaznaczenie momentu wypełnień drenu,   
  wszystkie podane bolusy z rozróżnieniem rodzaju i oznaczeniem czasu podania bolusa przedłużonego– wskazane zaznaczenie bolusów innymi kolorami,
* Historia alarmów
* Udostępnienie programu pacjentom

2. Wymagane informacje zawarte na stronie internetowej:

* Numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informacje dotyczącą problemów technicznych związanych z korzystaniem z pompy insulinowej
* Telefony lokalnych przedstawicieli firm z godzinami ich pracy
* Zasady obsługi pompy insulinowej
* Dane dotyczące osprzętu do pomp (rodzaje wkłuć, strzykawek, baterii itp.)

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych

……………………….

Podpis Wykonawcy

**EZ/ZP/4/2018/EK**

**Załącznik nr 2b do SIWZ**

**(Załącznik nr 1 do umowy)**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 2**

**Pompy insulinowe dla dzieci od 0 do 18 roku życia - pompy z regulacją**

**dawki bazy 0,1j./godzinę w ilości 35 sztuk**

Producent / Firma: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Urządzenie typ: . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany/dodatkowy** | **Wymagana odpowiedź**  **Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** | **Zakres punktacji** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 2. | Rok produkcji: 2018 | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Parametry techniczne** | | | | |
| 3. | Masa pompy z baterią i pojemnikiem na insulinę [g] |  | TAK  (podać) |  | Bez punktacji |
| 4. | Zasilanie pompy z baterii ogólnodostępnej w sprzedaży w Polsce (sieć supermarketów, stacje benzynowe, kioski typu „Ruch”, sklepy ze sprzętem AGD i RTV, apteki) | wymagany | TAK  (podać typ baterii) |  | Bez punktacji |
| 5. | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 7 |  | TAK |  | Bez punktacji |
| 6. | Pełny interfejs użytkownika w j. polskim | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 7. | Zakres temperatury pracy, minimalny zakres +5 do + 40 [o C] | wymagany | TAK  (podać zakres) |  | Bez punktacji |
|  | **Parametry programowalne** | | | | |
| 8. | Programowanie wielkości dawki bazy | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 9. | Różne rodzaje programowalnych baz, minimum 3 rodzaje | wymagany | TAK  (podać, parametr oceniany) |  | Powyżej 3 rodzajów – 5 pkt, min. 3 rodzaje – 0 pkt. |
| 10. | Dokładność dawkowania bazy mniejsza niż 0,1j./godzinę, (każdy rodzaj bazy) | wymagany | TAK  (podać dokładność) |  | Bez punktacji |
| 11. | Programowanie wielkości bolusa | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 12. | Różne rodzaje bolusa, minimum 3 rodzaje | wymagany | TAK  (podać, parametr oceniany) |  | Bez punktacji |
| 13. | Minimalna dokładność dawkowania bolusa 0,1 jednostki (każdy rodzaj bolusa) niezależnie od wielkości bolusa | wymagany | TAK  (podać dokładność) |  | Bez punktacji |
|  | **Alarmy** | | | | |
| 14. | Alarm dźwiękowy (tonowy) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 15. | Alarm wibracyjny | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 16. | Informacja dźwiękowa  i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70 % | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 17. | Możliwość wyłączenia alarmu dźwiękowego | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Funkcje dodatkowe pompy** | | | | |
| 18. | Automatyczne wypełnienie drenu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 19. | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 20. | Blokada przed przypadkową zmianą parametrów | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 21. | Możliwość anulowania podaży bolusa jednym przyciskiem | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 22. | Bezpłatne zapewnienie oprogramowania i interfejsu do sczytywania danych z pompy (m. in. historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej) do komputera na użytek ośrodka diabetologicznego prowadzącego terapię  (dodatkowe wymogi) | wymagany | TAK  (parametr oceniany) |  | 6 pkt |
| 23. | Pamięć minimum 1000 zdarzeń (bolusy, alarmy) | wymagany | TAK  (podać ilość) |  | Bez punktacji |
| 24. | Przegląd raportów, z minimum ostatnich 90 dni | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 25. | Kalkulator bolusa posiłkowego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 26. | Kalkulator bolusa korygującego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 27. | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | dodatkowy | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt, NIE – 0 pkt. |
| 28. | Czasowa zmiana bazy minimum do 24 h | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 29. | Minimalny okres czasowej zmiany bazy ≤30 min. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Wyposażenie pompy** | | | | |
| 30. | Zestawy infuzyjne (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK  (parametr oceniany) |  | Powyżej 4 szt. – 3 pkt, min. 4 szt. – 0 pkt. |
| 31. | Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK  (parametr oceniany) |  | Powyżej 4 szt. – 3 pkt, min. 4 szt. – 0 pkt. |
| 32. | Baterie zapasowe (dostarczane przy dostawie) min. 4 szt. | wymagany | TAK  (parametr oceniany) |  | Powyżej 4 szt. – 3 pkt, min. 4 szt. – 0 pkt. |
| 33. | Etui ochronne | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 34. | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | dodatkowy | TAK/Nie |  | TAK – 5 pkt, NIE – 0 pkt. |
|  | **Koszty eksploatacji** | | | | |
| 35. | Możliwość używania wkłuć innych producentów w pompach biorących udział w ofercie | dodatkowy | TAK |  | Bez punktacji |
| 36. | Koszt zakupu 10 zestawów infuzyjnych (minimum jednego rodzaju do 300 zł) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 37. | Koszt zakupu osprzętu:  - 10 zestawów infuzyjnych  a) metalowych  b) tworzyw sztucznych  - strzykawek | dodatkowy | TAK  (podać koszt) |  | Bez punktacji |
|  | **Szkolenia/informacje dla pacjentów** | | | | |
| 38. | Wykonawca zapewnia dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (konieczność całodobowej infolinii) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 39. | Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz podłączenie pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 40. | Wykonawca posiada stronę internetową przedstawiającą formę kontaktu z firmą oraz danymi dotyczącymi pompy i osprzętu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 41. | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim, w instrukcji muszą być opisane wszystkie komunikaty wyświetlane przez pompę | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Warunki gwarancji** | | | | |
| 42. | Gwarancja min. 48 m-cy od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy | wymagany | TAK  (podać) |  | 48 m-cy – 0 pkt;  54 m-cy – 5 pkt;  60 m-cy – 10 pkt |
| 43. | Wymiana pompy w ciągu max. 24 godzin  (7 dni w tygodniu) od zgłoszenia awarii telefonicznie lub faxem w okresie gwarancyjnym jak i pogwarancyjnym. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 44. | W czasie trwania okresu gwarancyjnego Wykonawcazobowiązuje się do wykonania przeglądów okresowych  w ilościach i terminach wskazanych przez producenta sprzętu medycznego. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 45. | Na czas przeglądów, napraw lub jakichkolwiek interwencji serwisowych Wykonawca zapewni pompę zastępczą, tak aby zapewnić ciągłość korzystania z pompy insulinowej. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 46 | Dostępność autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane teleadresowe i kontaktowe). | wymagany | TAK  (podać) |  | Bez punktacji |

**Wymogi dodatkowe**

1.Wymogi dotyczące programu komputerowego do sczytywania pamięci pompy:

* Aktualne bazy (wszystkie możliwe z jednego sczytania pompy, na wykresach lub w tabelach dokładna dawka – z dokładnością podawania bazy przez pompę)
* Stosowane przeliczniki w kalkulatorach bolusów,
* Historia bolusów (dokładnie podany rodzaj bolusa, dawka, czas podania bolusa przedłużonego)
* Historia wypełnień drenu
* Wykresy dzienne, na których muszą być przedstawione:   
  stosowana w tym dniu baza podstawowa,   
  czasowa zmiana bazy -wskazane oznaczenie innym kolorem,  
  zaznaczenie momentu zatrzymania i włączenia pompy   
  zaznaczenie momentu wypełnień drenu,   
  wszystkie podane bolusy z rozróżnieniem rodzaju i oznaczeniem czasu podania bolusa przedłużonego– wskazane zaznaczenie bolusów innymi kolorami,
* Historia alarmów
* Udostępnienie programu pacjentom

2. Wymagane informacje zawarte na stronie internetowej:

* Numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informacje dotyczącą problemów technicznych związanych z korzystaniem z pompy insulinowej
* Telefony lokalnych przedstawicieli firm z godzinami ich pracy
* Zasady obsługi pompy insulinowej
* Dane dotyczące osprzętu do pomp (rodzaje wkłuć, strzykawek, baterii itp.)

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych

……………………….

Podpis Wykonawcy