**EZ/ZP/29/2020/MW**

**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 - pompy z regulacją**

**dawki bazy 0,1j./godzinę w ilości 40 szt.**

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: 2019/2020 | 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) |  | Największa ilość – 5 pkt, najmniejsza ilość – 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 |
| 14 | Możliwość sterowania wszystkimi podstawowymi funkcjami pompy z poziomu glukometru -pilota :bolus standardowy ,przedłużony ,złożony :tymczasowa dawka podstawowawybór dawki podstawowejprogramowanie każdego profilu dawki podstawowej, ustawienie przypomnień ,ustawienie daty i godziny,ustawienia pompyzatrzymanie pompy | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 15 | Zmiana układu ekranu: możliwość odwrócenia ekranu o 180 stopni – udogodnienie dla osób leworęcznych | dodatkowy | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Alarmy** |
|  |  |
| 16. | Alarm dźwiękowy (tonowy) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 17. | Alarm wibracyjny | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 18. | Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70 % | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 19. | Możliwość wyłączenia alarmu dźwiękowego | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Funkcje dodatkowe pompy** |
| 20. | Automatyczne wypełnienie drenu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 21. | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 22. | Blokada przed przypadkową zmianą parametrów | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 23. | Możliwość anulowania podaży bolusa jednym przyciskiem | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 24. | 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 |
| 25. | Pamięć minimum 1000 zdarzeń (bolusy, alarmy) | wymagany | TAK(podać ilość) |  | Bez punktacji |
| 26. | Przegląd raportów, z minimum ostatnich 90 dni | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 27. | Kalkulator bolusa posiłkowego będący integralnym elementem systemu do podawania insuliny- wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 28. | Kalkulator bolusa korygującego będący integralnym elementem systemu do podawania insuliny- wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych, | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 29. | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | dodatkowy | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt, NIE – 0 pkt. |
| 30 | Czasowa zmiana bazy minimum do 24 h | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 31. | Minimalny okres czasowej zmiany bazy ≤30 min. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Wyposażenie pompy** |
| 32. | Zestawy infuzyjne (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK(parametr oceniany) |  | Największa ilość zestawów infuzyjnych – 3pkt, najmniejsza ilość – 0 pkt. |
| 33. | Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK(parametr oceniany) |  | Największa ilość zbiorników na insulinę – 3pkt, najmniejsza ilość – 0 pkt. |
| 34. | Baterie zapasowe (dostarczane przy dostawie) min. 4 szt. | wymagany | TAK(parametr oceniany) |  | Największa ilość baterii zapasowych – 3pkt, najmniejsza ilość – 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. |
|  | **Koszty eksploatacji** |
| 37. | Możliwość stosowania zestawów infuzyjnych z uniwersalną złączką Luer co pozwala na używania wkłuć innych producentów w pompach biorących udział w ofercie. | dodatkowy | TAK |  | Bez punktacji |
| 38. | Koszt zakupu 10 zestawów infuzyjnych (minimum jednego rodzaju do 300 zł) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 39. | Koszt zakupu osprzętu:- 10 zestawów infuzyjnych a) metalowych b) tworzyw sztucznych- strzykawek | dodatkowy | TAK(podać koszt) |  | Bez punktacji |
|  | **Szkolenia/informacje dla pacjentów** |
| 40. | Wykonawca zapewnia dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (konieczność całodobowej infolinii) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 41. | 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 |
| 42. | Wykonawca posiada stronę internetową przedstawiającą formę kontaktu z firmą oraz danymi dotyczącymi pompy i osprzętu  | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 43. | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim, w instrukcji muszą być opisane wszystkie komunikaty wyświetlane przez pompę | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
|  | **Warunki gwarancji** |
| 44. | 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 |

**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/29/2020/MW**

**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, dla dzieci z niedocukrzeniami i/ lub nie sygnalizującymi objawów niedocukrzenia - pompy z regulacją dawki bazy 0,1j./godzinę w ilości 50 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: 2019/2020 | 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 |
| 8. | 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 |
|  | **Parametry programowalne** |
| 9. | Programowanie wielkości dawki bazy | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 10. | Różne rodzaje programowalnych baz, minimum 3 rodzaje | wymagany |  TAK(podać, parametr oceniany) |  | Największa ilość – 5 pkt, najmniejsza ilość - 0 pkt. |
| 11. | Dokładność dawkowania bazy mniejsza niż 0,1j./godzinę, (każdy rodzaj bazy) | wymagany | TAK(podać dokładność) |  | Bez punktacji |
| 12. | Programowanie wielkości bolusa | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 13. | Różne rodzaje bolusa, minimum 3 rodzaje | wymagany | TAK(podać, parametr oceniany) |  | Bez punktacji |
| 14. | Minimalna dokładność dawkowania bolusa 0,1 jednostki (każdy rodzaj bolusa) niezależnie od wielkości bolusa | wymagany | TAK(podać dokładność) |  | Bez punktacji |
|  | **Alarmy** |
| 15. | Alarm dźwiękowy (tonowy) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 16. | Alarm wibracyjny | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 17. | Rodzaje alarmów | wymagany | TAK (podać parametr oceniany) |  | Bez punktacji |
| 18. | Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70 % | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 19. | Możliwość wyłączenia alarmu dźwiękowego | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Funkcje dodatkowe pompy** |
| 20. | Automatyczne wypełnienie drenu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 21. | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 22. | Blokada przed przypadkową zmianą parametrów | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 23. | Możliwość anulowania podaży bolusa jednym przyciskiem | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 24. | 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 |
| 25. | Pamięć minimum 1000 zdarzeń (bolusy, alarmy) | wymagany | TAK(podać ilość) |  | Bez punktacji |
| 26. | Przegląd raportów, z minimum ostatnich 90 dni | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 27. | Kalkulator bolusa posiłkowego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 28. | Kalkulator bolusa korygującego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 29. | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | dodatkowy | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt, NIE – 0 pkt. |
| 30. | Czasowa zmiana bazy minimum do 24 h | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 31. | Minimalny okres czasowej zmiany bazy ≤30 min. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 32. | Ciągłe monitorowanie glikemii zintegrowane z pompą insulinową | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Wyposażenie pompy** |
| 33. | Zestawy infuzyjne (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK(parametr oceniany) |  | Największa ilość zestawów infuzyjnych – 3 pkt, najmniejsza ilość – 0 pkt |
| 34. | Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK(parametr oceniany) |  | Największa ilość zbiorników na insulinę – 3 pkt, najmniejsza ilość – 0 pkt |
| 35. | Baterie zapasowe (dostarczane przy dostawie) min. 4 szt. | wymagany | TAK(parametr oceniany) |  | Największa ilość baterii zapasowych – 3 pkt, najmniejsza ilość – 0 pkt |
| 36. | Etui ochronne | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 37. | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | dodatkowy | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt, NIE – 0 pkt. |
| 38. | Sensory do ciągłego monitorowania glikemii (dostarczane przy dostawie) min. 2 szt | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 39. | 1 transmiter na 5/10 pomp | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Koszty eksploatacji** |
| 40. | Możliwość używania wkłuć innych producentów w pompach biorących udział w ofercie | dodatkowy | TAK |  |  Bez punktacji |
| 41. | Koszt zakupu 10 zestawów infuzyjnych (minimum jednego rodzaju do 300 zł) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 42. | Koszt zakupu osprzętu:- 10 zestawów infuzyjnycha) metalowychb) tworzyw sztucznych- strzykawek | dodatkowy | TAK(podać koszt) |  | Bez punktacji |
|  | **Szkolenia/informacje dla pacjentów** |
| 43. | Wykonawca zapewnia dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (konieczność całodobowej infolinii) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 44. | 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. Ośrodek udostępni bezpłatnie pomieszczenie do przeprowadzenia szkolenia z obsługi technicznej pompy insulinowej. Szkolenie przeprowadzone będzie przez członka zespołu diabetologicznego (Certyfikowanego trenera pompowego). | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 45. | Wykonawca posiada stronę internetową przedstawiającą formę kontaktu z firmą oraz dane dotyczące pompy i dostępnego osprzętu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 46. | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim, w instrukcji muszą być opisane wszystkie komunikaty wyświetlane przez pompę | wymagany | TAK |  | 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