**EZ/ZP/198/2020/MW**

Załącznik nr 2a do SIWZ

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 2**

**Aparat do hemofiltracji – 3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Aparat do hemofiltracji - 3 szt.** |
| 1 | Wykonywane zabiegi: SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, TPE, HP | Tak |  |
| 2 | Funkcja wykonania zabiegu hemofiltracji z równoczesną PRE i POST dylucją z wykorzystaniem antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej | Tak |  |
| 3 | Funkcja wykonania zabiegu hemodiafiltracji z równoczesną PRE i POST dylucją z wykorzystaniem antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej  | Tak |  |
| 4 | Funkcja wyboru dylucji: przed filtrem lub za filtrem  | Tak |  |
| 5 | Pompa krwi  | Tak |  |
| 6 | Pompa i waga antykoagulantu cytrynianowego lub dodatkowego płynu suplementującego | Tak, podać |  |
| 7 | Pompa i waga dializatu | Tak |  |
| 8 | Pompa i waga substytucji | Tak |  |
| 9 | Pompa i waga ściekowa | Tak |  |
| 10 | Pamięć zdarzeń co najmniej 90 godzin | Tak |  |
| 11 | Układ podgrzewający krew wracającą do pacjenta, zakres temp. 33-43 st. C | Tak |  |
| 12 | Graficzne monitorowanie wszystkich ciśnień podczas zabiegu | Tak |  |
| 13 | Funkcja wprowadzenia danych pacjenta (imię, nazwisko, waga, hematokryt) | Tak |  |
| 14 | Pomiar ciśnień: pobierania krwi, filtra, zwrotu krwi, odpływu, z filtra, spadku ciśnienia na filtrze oraz TMP | Tak |  |
| 15 | Automatyczna identyfikacja założonego filtra | Tak |  |
| 16 | Automatyczna identyfikacja punktu pracy (dostępu naczyniowego) - praca na dodatnim lub ujemnym ciśnieniu dostępu | Tak |  |
| 17 | Zacisk bezpieczeństwa na drenie powrotnym | Tak |  |
| 18 | Czujnik przecieku krwi | Tak |  |
| 19 | Czujnik obecności powietrza we krwi | Tak |  |
| 20 | Kolorowy ekran dotykowy min. 12’’ | Tak, podać |  |
| 21 | Złącza RS232/ Ethernet lub USB do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi | Tak, podać |  |
| 22 | Zintegrowana pompa strzykawkowa do podaży heparyny bądź wapnia wbudowana w aparat | Tak, podać |  |
| 23 | Uniwersalny zestaw dla dorosłych umożliwiający wykonanie wszystkich rodzajów terapii CRRT przy antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej, objętość krwi w drenach i filtrze max 210 ml | Tak, podać |  |
| 24 | Dostępność pediatrycznych zestawów do zabiegów nerkozastępczych o wypełnieniu max 70 ml | Tak, podać |  |
| 25 | Zabezpieczenie przed zakłócaniem przez aparat sygnału EKG i EEG | Tak |  |
| 26 | Współpraca urządzenia z aparatem do sztucznego wspomagania wątroby metodą albuminową MARS | Tak |  |
| 27 | Możliwość zastosowania zestawu z filtrem powleczonym heparyną, umożliwiającym eliminację endotoksyn | Tak |  |
| 28 | Regulacja poziomu w komorze odpowietrzającej | Tak |  |
| 29 | Hamulec bądź blokowane koła aparatu | Tak, podać |  |
| 30 | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | Tak |  |
| **POZOSTAŁE WARUNKI** |
| Karta gwarancyjna | TAKzałączyćprzy dostawie |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim | TAKzałączyć przy dostawie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 Wzoru Umowy |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

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

..................................

Wykonawca