**EZ/ZP/12/2021/EK**

Załącznik nr 2h do SWZ

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 8**

**Pompy infuzyjne - 22 sztuki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / pożądany** | **Punktacja** | **Parametr oferowany – proszę opisać/podać.** |
| **I.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** |  |  |  |
|  | **Model/Typ/Producent** | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | **Rok produkcji min. 2020**  | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | **Urządzenie fabrycznie nowe** | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie przeznaczona do stosowania u dorosłych, dzieci i noworodków do tymczasowego lub ciągłego podawania roztworów pozajelitowych i dojelitowych za pośrednictwem standardowych, medycznychdróg dostępu. Do tych dróg należą m.in.: droga dożylna, dotętnicza, podskórna, zewnątrzoponowa i dojelitowa. | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Zasilanie 230V 50 Hz, bezpośrednio z sieci | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Waga pompy gotowej do użycia wraz z zasilaczem i uchwytem poniżej 2,5 kg | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Stopień ochrony IP34 | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz czytelny pod kątem 80 stopni | PUNKTOWANY | Tak - 2pktNie - 0 pkt |  |
|  | Interaktywna instrukcja obsługi zaimplementowana w menu pompy, ułatwiająca pracę na każdym etapie programowania i obsługi | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Wbudowany uchwyt umożliwiający mocowanie pompy do stojaków infuzyjnych, oraz szyn poziomych | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy na jednym uchwycie.  | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Strzykawka mocowana od przodu | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Pełne programowanie pompy za pomocą fizycznej klawiatury nawigacyjnej (symbolicznej) | PUNKTOWANY | Tak - 1pktNie - 0 pkt |  |
|  | Menu pompy w języku polskim | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Napęd strzykawki półautomatyczny z zabezpieczeniem przed niekontrolowaną podażą | PUNKTOWANY | Tak - 5pktNie - 0 pkt |  |
|  | Możliwość zatrzaskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Komunikacja pomiędzy pompą a stacja dokującą za pośrednictwem IrDA | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości min. 5, 10, 20, 30 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów, w tym minimum jednego polskiego | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Praca ze strzykawkami 2/3 ml | PUNKTOWANY | Tak - 3pktNie - 0 pkt |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki  | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h  | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Prędkość infuzji w zakresie od 0,01 - 999,99ml/h programowana, co 0,01ml/godz.  | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Automatyczna kalkulacja prędkości podaży po wprowadzeniu objętości i czasu | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji min. w jednostkach: mg, mcg, ng, IE, mmol,z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)  | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Zmiana prędkości podaży bez przerywania infuzji | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | System automatycznej redukcji bolusa po alarmie ciśnienia okluzji | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Wstępnie wybierana objętość w zakresie 0,10 - 9999 ml programowana co 0,01 ml | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Wstępnie wybierany czas w zakresie 00h01min - 99h59min | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Prędkość bolusa 1-1800 ml/h programowana co 0,01 ml/h | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Bolus na żądanie | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Bolus programowany z automatyczną kalkulacją prędkości po wprowadzeniu objętości i czasu | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Możliwość podaży bolusa w jednostkach mg, mcg, mmol, mEq oraz jednostkach wagowych | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Tryb stand-by w zakresie od 1 min do 24 godzin z programowaniem co 1 minutę | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Tryb nocny z redukcją intensywności podświetlenia | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Tryb nocny z możliwość włączenia ręcznego lub zaprogramowania automatycznego przełączania | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Możliwość wprowadzenia do pompy biblioteki leków bezpośrednio z komputera, lub zdalnie poprzez sieć szpitalną z centralnego serwera | PUNKTOWANY | Tak - 3pktNie - 0 pkt |  |
|  | Biblioteka zawiera min. 200 leków, z możliwością podzielenia na 30 kategorii i 15 profili pacjentów | WYMAGANY | 5 pkt za największą ilość leków |  |
|  | Ciśnienie okluzji możliwe do ustawienia na min. 9 poziomach w zakresie od 75mmHg do 900mmHg | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Wskaźnik ciśnienia okluzji stale widoczny na wyświetlaczu pompy | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Wbudowany akumulator litowo - jonowy | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Zasilanie z wbudowanego akumulatora min.5 godz. przy przepływie 5 ml/h | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Czas ponownego ładowania max. 4 godz. | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Na wyświetlaczu widoczna informacja o pozostałym czasie pracy akumulatora wyrażona precyzyjnie w godzinach i minutach | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Automatyczne ładowanie akumulatora w pompie podłączonej do zasilania sieciowego | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Pobór mocy < 20 W | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | System alarmów wizualnych i dźwiękowych | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Regulowany na 9 poziomach sygnał alarmowy | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
|  | Historia pracy dostępna z menu pompy, z możliwością zapisania do 1000 zdarzeń | WYMAGANY | Nie dotyczy |  |
| **POZOSTAŁE WARUNKI** |
|  | Karta gwarancyjna | TAKzałączyć do dostawy | Nie dotyczy |  |
|  | Instrukcja obsługi | TAKzałączyć do dostawy | Nie dotyczy |  |
|  | Nieodpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi w miejscu instalacji. | TAK | Nie dotyczy |  |
|  | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące ) | **Dodatkowy okres** gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ.)* |

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.