**EZ/219/2022/EK**

**Załącznik nr 2.4 do SWZ**

(Załącznik nr …… do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**Pakiet nr 4 – Defibryltor / monitor – 1 szt.**

**Producent**  ........................................................................................................

**Nazwa-model/typ** ............................................................................................

**Kraj pochodzenia** .............................................................................................

**Rok produkcji** **min. 2022 r**...............................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru wymaganego/ granicznego** | **Wartość wymagana / graniczna** | **Wartość oferowana**  **(podać / opisać)** |
|  | **Zasilanie** | X |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci | Podać |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | Podać, podać |  |
|  | Ilość defibrylacji z maksymalną energią na dwóch akumulatorach – minimum 380 | Podać, podać |  |
|  | Możliwość ładowania akumulatorów z AC 220 V 50 Hz +/- 10% lub zewnętrznej ładowarki 230 V AC | TAK, podać |  |
|  | **Funkcje / cechy** | **X** |  |
|  | Urządzenie przenośne z testerem wyładowań | TAK |  |
|  | Ciężar defibrylatora w kg. max.13kg | TAK, podać |  |
|  | **Monitorowanie funkcji życiowych: EKG** | TAK |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | TAK |  |
|  | Wydruku trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | TAK |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia | TAK, podać |  |
|  | **Monitorowanie funkcji życiowych:**  **SpO2 - Pomiar saturacji krwi tętniczej** | TAK |  |
|  | Technologia Masimo | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru min. 50 -100% | TAK, podać |  |
|  | Czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec | TAK |  |
|  | **Monitorowanie funkcji życiowych:**  **NIBP - Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg | TAK, podać |  |
|  | Tryb ręczny i automatyczny | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru : oscylometryczna | TAK |  |
|  | **Defibrylacja** | TAK |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne oraz jednorazowe elektrody naklejane dla dorosłych | TAK |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789. | TAK |  |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | TAK |  |
|  | Elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 10 kpl. | TAK, podać |  |
|  | Defibrylacja ręczna | TAK |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna AED | TAK |  |
|  | Zakres dostarczanej energii 2 – 360 J | TAK, podać |  |
|  | Ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 24 | TAK, podac |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |
|  | Kardiowersja | TAK |  |
|  | Stymulacja przezskórna serca | TAK |  |
|  | Tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | TAK |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK, podać |  |
|  | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 0 -170 mA | TAK, podać |  |
|  | **Ekran** | TAK |  |
|  | Przekątna ekranu min. 8 cala | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy LCD TFT | TAK |  |
|  | Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu | TAK |  |
|  | **Reanimacja krążeniowo – oddechowa** | TAK |  |
|  | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) | TAK |  |
|  | **Alarmy** | TAK |  |
|  | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | TAK |  |
|  | Drukarka | TAK |  |
|  | Szerokość papieru min. 95 mm | TAK, podać |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | TAK, podać |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) | TAK, podać |  |
|  | **Inne wymagania** | TAK |  |
| 1. **L** | Możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | TAK |  |
|  | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania | TAK |  |
|  | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44 | Tak, Podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o akcesoria komunikacyjne do transmisji badań będącej systemem odbioru sygnału przez jednostkę zewnętrzną | TAK |  |
|  | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia.  Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku. | TAK |  |
|  | **Pozostałe warunki** | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | TAK |  |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.36 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.