**EZ/15/2025/WS**

**Załącznik nr 2.1 do SWZ**

**Załącznik nr ......... do Umowy**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 1**

**Pompy insulinowe dla dzieci od 0 do 18 roku życia- system zintegrowany z możliwością automatyzacji i włączenia AHCL dla dzieci z niedocukrzeniami i/ lub nie sygnalizującymi objawów niedocukrzenia – 50 sztuk**

**Na cenę ofertową brutto składają się:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość** **szt.** | **Cena jedn.** **brutto** | **Wartość brutto** |
| 1. | Pompy insulinowe dla dzieci od 0 do 18 roku życia- system zintegrowany z możliwością automatyzacji i włączenia AHCL dla dzieci z niedocukrzeniami i/ lub nie sygnalizującymi objawów niedocukrzenia – 50 sztuk | 50 |  |  |
| RAZEM: |  |

Producent …………………………………………………………………………………..

Dostawca ………………………………………………………..

Nazwa produktu / Model / Typ / Nr katalogowy ……………………………………..…………………

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Opis parametrów oferowanych** |
| 1. .
 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie starsze niż 2024 rok | TAK |  |
| 1. .
 | Masa pompy z baterią i pojemnikiem na insulinę [g] | TAK, PODAĆ |  |
| 1. .
 | Zasilanie pompy z baterii ogólnodostępnej w sprzedaży w Polsce (sieć supermarketów, stacje benzynowe, kioski typu „Ruch”, sklepy ze sprzętem AGD i RTV, apteki) | TAK |  |
| 1. .
 | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 7 | TAK, PODAĆ |  |
| 1. .
 | Pełny interfejs użytkownika w j. polskim | TAK |  |
| 1. .
 | **Gwarancja min. 48 m-cy od daty wydania przez Zamawiającego pompy insulinowej hospitalizowanemu pacjentowi.** | TAK | **Dodatkowy okres gwarancji** **ponad minimalny** należy podać w formularzu ofertowym |
| 1. .
 | Programowanie minimalnej wielkości dawki bazy 0,025j | TAK |  |
| 1. 9.
 | Różne rodzaje programowalnych baz, minimum 3 rodzaje | TAK, PODAĆ |  |
| 1. 0
 | Programowanie wielkości bolusa | TAK |  |
| 1. .
 | Różne rodzaje bolusa, minimum 3 rodzaje | TAK, PODAĆ |  |
| 1. 1.
 | Minimalna dokładność dawkowania bolusa dla każdego rodzaj i niezależnie od wielkości bolusa 0,025 jednostki | TAK |  |
| 1. .
 | Alarm dźwiękowy (tonowy) | TAK |  |
| 1. .
 | Alarm wibracyjny | TAK |  |
| 1. .
 | Rodzaje alarmów | TAK |  |
| 1. 1.
 | Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70 % | TAK, PODAĆ |  |
| 1. .
 | Możliwość wyłączenia alarmu dźwiękowego | TAK |  |
| 1. .
 | Automatyczne wypełnienie drenu | TAK |  |
| 1. .
 | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby | TAK |  |
| 1. .
 | Blokada przed przypadkową zmianą parametrów | TAK |  |
| 1. 21.
 | Automatyczna podaż insuliny na podstawie odczytów z sensora. Możliwość automatycznego wstrzymania wlewu podstawowego na podstawie wartości wskazanych przez system ciągłego monitorowania glikemii | TAK |  |
| 1. 2.
 | 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  | TAK |  |
| 1. .
 | Pamięć minimum 1000 zdarzeń (bolusy, alarmy) | TAK, PODAĆ |  |
| 1. .
 | Przegląd raportów, z minimum ostatnich 90 dni | TAK, PODAĆ |  |
| 1. 5.
 | Kalkulator bolusa wewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | TAK |  |
| 1. .
 | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | TAK/NIE |  |
| 1. 7
 | Czasowa zmiana bazy minimum do 12 h | TAK, PODAĆ |  |
| 1. 2.
 | Minimalny okres czasowej zmiany bazy ≤30 min. | TAK, PODAĆ |  |
| 1. 2.
 | Zestawy infuzyjne (dostarczane przy dostawie) min 2 szt., | TAK, PODAĆ |  |
| 1. 3.
 | Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 2 szt., | TAK, PODAĆ |  |
| 1. 3.
 | Baterie zapasowe (dostarczane przy dostawie) min. 2 szt. | TAK, PODAĆ |  |
| 1. .
 | Etui ochronne | TAK |  |
| 1. 33
 | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | TAK/NIE |  |
| 1. 3.
 | Dostępność zestawów infuzyjnych w punktach sprzedaży na terenie całego kraju | TAK |  |
| 1. 35.
 | Dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (konieczność całodobowej infolinii) | TAK |  |
| 1. 36.
 | **Wykonawca zapewni szkolenie techniczne z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia.**  | TAK |  |
| 1. 3.
 | Strona internetowa przedstawiającą formę kontaktu z firmą oraz dane dotyczące pompy i dostępnego osprzętu | TAK, podać |  |
| 1. .
 | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim. | TAK, załączyć do dostawy |  |

**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
* historia alarmów
* udostępnienie programu pacjentom
* 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,
	+ - 1. Wymagane informacje zawarte na stronie internetowej pod adresem ………………. (podać)
			2. Numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informacje dotyczącą problemów technicznych związanych z korzystaniem z pompy insulinowej …………… (podać)
			3. Telefony lokalnych przedstawicieli firm z godzinami ich pracy ……………………….. (podać)
			4. Zasady obsługi pompy insulinowej
			5. Dane dotyczące osprzętu do pomp (rodzaje wkłuć, strzykawek, baterii itp.)

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.