**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.