**EZ/15/2025/WS**

**Załącznik nr 2.2 do SWZ**

**Załącznik nr ......... do Umowy**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 2**

**Pompy insulinowe bezdrenowe dla dzieci do 18 roku życia** - **30 sztuk**

**Na cenę ofertową brutto składają się:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość** **szt.** | **Cena jedn.** **brutto** | **Wartość brutto** |
| 1 | **Pompy insulinowe bezdrenowe dla dzieci do 18 roku życia** - **30 sztuk** | 30 |  |  |
| RAZEM: |  |

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

Dostawca ………………………………………………………..

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

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany/dodatkowy** | **Opis parametrów oferowanych** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, nie starsze niż 2024 rok | TAK |  |
| 2. | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 3 | TAK, PODAĆ |  |
| 3. | Pełny interfejs użytkownika w j. polskim | TAK |  |
| 4. | **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 |
| 5. | Programowanie wielkości dawki bazy | TAK |  |
| 6. | Różne rodzaje programowalnych baz, minimum 3 rodzaje | TAK, PODAĆ |  |
| 7. | Dokładność dawkowania bazy nie większa niż 0,1j./godzinę, (każdy rodzaj bazy) | TAK, PODAĆ |  |
| 8. | Programowanie wielkości bolusa | TAK |  |
| 9. | Różne rodzaje bolusa, minimum 3 rodzaje | TAK, PODAĆ |  |
| 10. | Minimalna dokładność dawkowania bolusa dla każdego rodzaju bolusa niezależnie od wielkości bolusa- 0,025 jednostki | TAK, PODAĆ |  |
| 11. | Alarm dźwiękowy (tonowy) | TAK |  |
| 12. | Alarm wibracyjny | TAK |  |
| 13. | Automatyczne wypełnienie kaniuli | TAK |  |
| 14. | Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pilota mikropompy o zużyciu baterii większym niż 70 % lub możliwy podgląd stanu baterii | TAK, PODAĆ |  |
| 15. | 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 |  |
| 16. | Pamięć około 1000 zdarzeń (bolusy, alarmy) | TAK, PODAĆ |  |
| 17. | Kalkulator bolusa posiłkowego wewnętrzny lub zewnętrzny zmożliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych | TAK |  |
| 18 | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | TAK/NIE |  |
| 19. | Czasowa zmiana bazy minimum do 12h | TAK, PODAĆ |  |
| 20. | Minimalny okres czasowej zmiany bazy ≤30 min. | TAK, PODAĆ |  |
| 21. | Zestaw infuzyjny (dostarczane przy dostawie) min 2 szt. | TAK, PODAĆ |  |
| 22. | Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 2 szt. | TAK, PODAĆ |  |
| 23. | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | TAK/NIE |  |
| 24 | Zestaw do sczytywania pomp insulinowych – 1 zestaw na 30 pomp | TAK, PODAĆ |  |
| 25. | Dostępność zestawów infuzyjnych w punktach sprzedaży na terenie całego kraju | TAK |  |
| 26 | Telefoniczna pomoc techniczna przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (konieczność całodobowej infolinii) | TAK |  |
| 27. | **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 |  |
| 28. | Strona internetową przedstawiająca formę kontaktu z firmą oraz dane dotyczące pompy i dostępnego osprzętu | TAK, PODAĆ |  |
| 29. | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim, w instrukcji muszą być opisane wszystkie komunikaty generowane przez system mikropompy a wyświetlane na ekranie pilota do mikropompy. | TAK, dołączyć 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 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,
* 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-rodzaje kaniuli , zbiorników na insulinę, 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.