**EZ/99/2025/MZ Załącznik nr 2.3 do SWZ**

***Załącznik nr 1 do Umowy***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 3 Urządzenie do kompresji klatki piersiowej – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wykonawca/Producent | Podać |   |
| 2. | Nazwa-model/typ/nr katalogowy | Podać |   |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji | 2025, fabrycznie nowy |  |
| 5. | Gwarancja minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | TAK, podać | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Opis parametrów oferowanych** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe  | TAK |  |
| 2. | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka w trybie 30 ucisków / 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym. | TAK |  |
| 3. | Cykl pracy urządzenia: 50% kompresja / 50 % dekompresja (+/- 5%)  | TAK, podać |  |
| 4. | Częstość kompresji zawarta w zakresie od 102 – 120 (+/- 2) uciśnięć na minutę. | TAK, podać |  |
| 5. | Możliwość regulacji przynajmniej 3 prędkości uciśnięć w zakresie zgodnym z wytycznymi. | TAK, podać |  |
| 6. | System uciśnięć oparty na ramionach dla lepszej stabilizacji podczas reanimacji, nie dopuszcza się urządzeń leżących bezpośrednio na klatce piersiowej. | TAK |  |
| 7. | Ładowanie urządzenia wraz z widocznym wskaźnikiem stanu naładowania baterii bez otwierania całego plecaka/torby i/lub wyjmowania urządzenia z plecaka/torby. | TAK |  |
| 8. | Plecak/torba lekka ze sztywną obudową z poliwęglanu dla wyższej odporności, odporna na uszkodzenia. | TAK |  |
| 9. | Na wyposażeniu deska pod plecy grubości max 15 mm wykonana z jednolitego odlewu bez łączeń/ skręceń, łatwa do dezynfekcji. | TAK, podać |  |
| 10. | Deska stabilizująca pod plecy posiadająca na brzegach wytrzymałe metalowe miejsca przyczepu dla głównego urządzenia, szer. każdego z miejsc przyczepu min.10 cm, umożliwiająca stabilny chwyt i możliwość szybkiego, łatwego przesuwania i wycentrowania deski do prawidłowej pozycji pod plecami pacjenta. | TAK, podać |  |
| 11. | Deska pod plecy wygięta na końcach i umożliwiająca personelowi pełen chwyt po obu stronach i wykorzystanie jej podczas przenoszenia pacjenta jako wsparcie pleców | TAK |  |
| 12. | Głębokość kompresji: w zakresie między 4 - 6 cm praca zgodna z wytycznymi AHA i ERC  | TAK, podać |  |
| 13. | Możliwość konfiguracji stałej wartości głębokości ucisku pomiędzy 45 do 53 (+/- 2 mm) | TAK, podać |  |
| 14. | Czasomierze dźwiękowe | TAK |  |
| 15. | Tryby kompresji (wybór przez operatora)• Tryb AKTYWNY 30:2: stosunek uciskówdo wentylacji 30:2 (fabryczne ustawieniedomyślne) lub 50:2 (opcja ustawienia)• Tryb AKTYWNY ciągły | TAK, podać |  |
| 16. | Alerty dot. wentylacji• Tryb AKTYWNY 30:2: przed przerwąw wentylacji miga wskaźnik LED iemitowane są sygnały dźwiękowe• Tryb AKTYWNY ciągły: miga wskaźnikLED. Konfiguracja w zakresie 6 do 10alertów na minutę | TAK, podać |  |
| 17. | Automatyczny autotest każdorazowopodczas uruchamiania | TAK |  |
| 18. | Kontrola głębokości i częstości ucisków oraz cyklu pracy,alarm bezpieczeństwa. | TAK |  |
| 19. | Miękki start na początku ucisków | TAK |  |
| 20. | Automatyczna regulacja siły ucisku w celu zapewnienia ustawionej głębokości indywidualnie dla każdego pacjenta | TAK |  |
| 21. | Urządzenie umożliwiające bezproblemowe i bezpieczne prowadzenie terapii u pacjentów otyłych, bez dodatkowego wspomagania stabilności pracy urządzenia lub zmiany położenia pacjenta. | TAK |  |
| 22. | Urządzenie umożliwiające bezproblemowe i bezpieczne prowadzenie terapii u kobiet z implantami piersi. | TAK |  |
| 23. | Możliwość uniesienia klatki piersiowej powyżej pozycji wyjściowej. | TAK |  |
| 24. | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | TAK |  |
| 25. | Waga samego urządzenia gotowego do pracy poniżej 11kg | TAK, podać |  |
| 26. | Bezprzewodowa (przez sieć WIFI ) transmisja danych medycznych z przebiegu RKO do komputerów typu PC z możliwością jednoczesnego powiadomienia (.pdf) wysyłanego automatycznie na dedykowany adres email | TAK |  |
| 27. | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) częstości uciśnięć klatki piersiowej za pomocą tłoka w zakresie 102 - 111 - 120 (+/- 2) uciśnięć na minutę | TAK, podać |  |
| 28. | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) głębokości uciśnięć klatki piersiowej, umożliwiająca dostosowanie głębokości do obowiązujących wytycznych ERC/AHA. | TAK |  |
| 29. | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) czasu przeznaczonego na wentylację w zakresie od 3 do 5 sekund | TAK, podać |  |
| 30. | Opcja czasomierza RKO z sygnałem dźwiękowym i możliwością konfiguracji przynajmniej dwóch jego trybów | TAK |  |
| 31. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC i 12 V DC). | TAK |  |
| 32. | Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzenie) lub w ładowarce zewnętrznej. Czas ładowania akumulatora od 0 do 100% max. 150 min. | TAK, podać |  |
| 33. | Wyposażenie aparatu:1. Sztywny, lekki plecak przenośny z poliwęglanu –1 szt
2. deska pod plecy pacjenta - 1 szt.
3. podkładka stabilizująca pod głowę pacjenta - 1 szt.
4. pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia - 1 szt.
5. akumulator – 1 szt.
6. min. 1 wymienny elementy do uciskania klatki piersiowej
7. Zasilacz 230V - 1szt.,
8. Kabel zasilający 12-28 V DC – 1 szt.
 | TAK, opisać |  |
| 34. | Wymiary urządzenia po złożeniu (wys.x szer. x gł.): 56 x 52 x 24 cm (+/- 3 cm) | TAK, podać |  |
| 35. | Wymiary urządzenia podczasprzechowywania w przenośnym futerale(wys. x szer. x gł.): 58 x 33 x 26 cm (+/- 3 cm) | TAK, podać |  |
| 36. | Wymiary akumulatora (wys. x szer. x gł.):13,0 × 8,8 × 5,7 cm (+/- 3 cm) | TAK, podać |  |
| 37. | Ciężar akumulatora: max 0,8 kg | TAK, podać |  |
| 38. | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 39. | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |

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.