**EZ/99/2025/MZ Załącznik nr 2.4 do SWZ**

***Załącznik nr 1 do Umowy***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 4 Respirator transportowy – 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** |
| **Parametry techniczne** | | | |
| 1. | Urządzenie przenośne, fabrycznie nowe | TAK |  |
| 2. | Sterowanie pracą respiratora zasilane elektronicznie | TAK, |  |
| 3. | Temperatura pracy w zakresie -20 oC do +50oC +/- 5 oC | TAK, podać |  |
| 4. | Temperatura przechowywania w zakresie -40°C do +75°C +/- 5 oC | TAK, podać |  |
| 5. | Klasa odporności na wnikanie ciał stałych / cieczy min: IP44 | TAK, podać |  |
| 6. | Zasilanie gazu O2: 2,7 do 6,9 bar (zużycie gazu poniżej 0,1 l/min) | TAK, podać |  |
| 7. | Waga modułu respiratora: max 1,4 kg z akumulatorami | TAK, podać |  |
| 8. | Wymiary: 227 x 125 x 65 mm +/- 5 mm | TAK, podać |  |
| 9. | Kolorowy ekran TFT o przekątnej max: 4,5 cala | TAK, podać |  |
| 10. | Ekran TFT z trybem nocnym w trudnych warunkach | TAK |  |
| 11. | Komunikacja: Bluetooth, WiFi | TAK |  |
| 12. | Czas pracy akumulatora min. 4 godziny | TAK, podać |  |
| **Parametry kliniczne** | | | |
| 1. | Tryby wentylacji: min.VCV, VCV-ACV, VCV-SIMV, PCV, PCV-ACV, PCV-SIMV, Manual, CPR, CPAP | TAK |  |
| 2. | Tryb CPR assist - zgodny z wytycznymi ERC / AHA, umożliwiajacy synchronizację w trakcie RKO respiratora z Ratownikiem/Lekarzem oraz urządzeniami do automatycznej kompresji klatki piersiowej | TAK |  |
| 3. | Wentylacja nieinwazyjna NIV oraz manualna | TAK |  |
| 4. | Zintegrowana zastawka PEEP, zakres regulacji 0-15 cmH2O | TAK, podać |  |
| 5. | Wyświetlanie krzywej oddechowej: Ciśnienie/czas, Przepływ/czas, Objętość/czas, CO2/czas. | TAK |  |
| 6. | Wyświetlanie pętli oddechowej: Objętość/przepływ (V-F), Ciśnienie/objętość (P-V), Przepływ/ciśnienie (F-P). | TAK |  |
| 7. | Trendy oddechowe: PIP; VMe, VTe, EtCO2 | TAK |  |
| 8. | Poziom naładowania akumulatora | TAK |  |
| 9. | FiO2 (szacowane) | TAK |  |
| 10. | Moduł alarmowy, alarmy optyczne i dźwiękowe | TAK |  |
| 11. | Tryb CPAP | TAK |  |
| **Parametry regulowane** | | | |
| 1. | Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej/ objętości oddechowej | TAK |  |
| 2. | Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych, dzieci i noworodków od 5 kg. m.c.: | TAK, podać |  |
|  | częstość oddechowa 3-80 cykli/min |  |  |
|  | objętość oddechowa od 5 do 3000 ml (50 do 1500 ml w trybach objętościowych) |  |  |
| 3. | Czułość wyzwalania od 1 do 15 l/min | TAK, podać |  |
| 4. | Ciśnienie maksymalne (Pmax) 5 do 60 mbar | TAK, podać |  |
| 5. | Ciśnienie wdechowe (Pinsp): 5 do 60 mbar | TAK, podać |  |
| 6. | Stosunek I:E: od 2:1 do 1:8 | TAK, podać |  |
| 7. | Czas wdechu (Ti): 0,4 do 5,0 s | TAK, podać |  |
| 8. | Pauza wdechowa (Pauza): 0 do 60 % | TAK, podać |  |
| 9. | Czas narastania (Rampa): 0,1 do 2,0 s | TAK, podać |  |
| 10. | Możliwość regulacji stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w zakresie 40-100% skokowo co 10% | TAK, podać |  |
| **Akcesoria** | | | |
| 1. | Wielorazowy układ oddechowy dla dorosłych | TAK |  |
| 2. | Jednorazowy przewód pacjenta dla dorosłych | TAK |  |
| 3 | Zasilacz karetkowy | TAK |  |
| 4. | Akumulator | TAK |  |
| 5. | Adapter do tlenoterapii | TAK |  |
| 6. | Przewód tlenowy | TAK |  |
| **Serwis** | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 2. | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 3. | Dwa przeglądy okresowe zgodnie z harmonogramem ustalonym przez producenta | 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.