**Załącznik nr 2.4 do SWZ**

*Załącznik nr 1 do umowy*

**EZ/116/2025/WS**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 4**

***Zestaw do przerywanego pneumatycznego ucisku kończyn dolnych – 10 szt.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany/punktowany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ/model:Rok produkcji: min. 2025 | TAK PODAĆ |  |
| 2. | System pneumatycznego ucisku sekwencyjnego wyposażony w układ wykrywania powtórnego wypełnienia naczyń (VRD), tech­nologię pozwalającą dopasować ucisk do potrzeb każdego pacjenta i przemieścić więcej krwi w tym samym czasie. | TAK  |  |
| 3. | System skutecznie ograniczający ryzyko zakrzepicy żył głębokich (ZŻG) i zatorowości płucnej (ZP) poprzez wpływ na co najmniej dwa z trzech czynników triady Virchowa | TAK PODAĆ |  |
| 4. | Kontroler mierzący czas potrzebny do ponownego wypełnienia się krwią żył opróżnionych po cyklu ucisku, zapewniający automatyczną kontrolę sekwencyjnego, gradientowego i obwodowego ucisku na kończyny dolne | TAK  |  |
| 5. | Kontroler wyposażony w kolorowy ekran LCD o przekątnej powyżej 3 cali, | TAK PODAĆ |  |
| 6. | Kontroler wyposażony samodociskający (automatyczny) uchwyt mocujący do łóżka | TAK  |  |
| 7. | Kontroler zabezpieczony przed przedostaniem sięwody do środka - stopień ochrony IPX3 – możliwość dezynfekcji. | TAK PODAĆ |  |
| 8. | Ciężar kontrolera: max: 2,5kg | TAK PODAĆ |  |
| 9. | Sekwencyjny, obwodowy ucisk na podudzie i udo z zachowaniem predefiniowanego, automatycznego gradientu ciśnień: dolna część podudzia – 50mmHg (+/- 5); łydka – 40mmHg(+/- 5); udo – 30mmHg(+/- 5);  | TAK PODAĆ |  |
| 10. | Czas trwania przerw pomiędzy kompresjami regulowany automatycznie za pomocą sytemu wykrywającego ponowne wypełnienie naczyń, umożliwiającego dostosowanie częstotliwości kompresji do fizjologii pacjenta. Automatyczna rekalkulacja czasu trwania przerw – co 30 min. | TAK PODAĆ  |  |
| 11. | Automatyczny pomiar czasu potrzebnego do ponownego wypełnienia się krwią żył opróżnionych po cyklu ucisku | TAK  |  |
| 12. | Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla uda i podudzia w zakresie: 20-60s | TAK PODAĆ |  |
| 13. | Równomierny ucisk na stopę z predefiniowanym ciśnieniem 130mmHg. Czas trwania cyklu kompresji – 5s | TAK PODAĆ  |  |
| 14. | Dźwiękowy alarm wystąpienia awarii  | TAK  |  |
| 15. | Dostępne mankiety uciskowe udowe, goleniowe, stopowe, w minimum 2 rozmiarach każdego rodzaju | TAK PODAĆ |  |
| 16. | Mankiety wykonane z materiału odpornego na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. | TAK  |  |
| 17 | W pakiecie startowym z mankietami: Mankiety na stopę – 5 par Mankiety goleniowe 34.0 cm – 53.0 cm (+/- 0,5cm) – 5 parMankiety goleniowe, 53.0 cm – 66.0 cm (+/- 0,5cm) – 5 parMankiety udowe, 31.0 cm – 56.0 cm (+/- 0,5cm) – 5 parMankiety udowe, 56,0 cm - 71.0 cm (+/- 0,5cm) – 5 parMankiety udowe, 71.0 cm – 90,0 cm (+/- 0,5cm) – 3 pary | TAK PODAC |  |
| 18 | Bateria – akumulator litowo-jonowy, czas działania min 7 godz. | TAK PODAĆ |  |
| 19 | Wykaz środków czyszczących i ich składniki chemiczne – minimum 5 środków dostępnych w otwartej sprzedaży | TAK PODAC |  |
| 20 | Gwarancja na urządzenie min. 24 miesiące | TAK 24 miesiące gwarancjiDodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.* |

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.