**Znak sprawy: EZ/150/2025/EK**

**Załącznik nr 2.7 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 7 – System identyfikacji nerwów w chirurgii endokrynologicznej i kolorektalnej – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| 1 | Aparat służący do neuromonitoringu nerwów czaszkowych w chirurgii endokrynologicznej, chirurgii naczyniowej, chirurgii laryngologicznej oraz chirurgii kolorektalnej | TAK |  |
| 2 | Intuicyjny interfejs pacjenta z gniazdami touchproof do podłączenia elektrod w chirurgii endokrynologicznej i laryngologicznej, wielorazowy, nieautoklawowalny, przewód o dł. min. 4m – 1 szt. | TAK |  |
| 3 | Intuicyjny interfejs pacjenta z gniazdami touchproof do podłączenia elektrod w chirurgii kolorektalnej, wielorazowy, nieautoklawowalny, przewód o dł. min. 4m – 1 szt. | TAK |  |
| 4 | Interfejs pacjenta, służący do podłączenia elektrod odbiorczych i stymulacyjnych z możliwością zawieszenia na szynie stołu operacyjnego. Podłączenie elektrod do interfejsu pacjenta bez konieczności bezpośredniego łączenia elektrod z monitorem. | TAK |  |
| 5 | Monitor wyposażony w min. 8 kanałów roboczych | TAK, podać |  |
| 6 | Urządzenie wyposażone w 2 stymulatory stałoprądowe z zakresem stymulacji od 0,01 do 25mA. Zakres regulacji częstotliwości impulsów od 1 do 60 Hz, skok co 1 Hz – do wybory przy pomocy oprogramowania. | TAK, podać |  |
| 7 | Urządzenie posiadające kolorowy ekran LCD min. 12 cali, multidotykowy | TAK, podać |  |
| 8 | Procedury zdefiniowane dla różnych specjalności, nie wymagające nanoszenia zmian w ustawionych parametrach. Możliwość stworzenia nowych; indywidualnych procedur według potrzeb użytkownika. | TAK |  |
| 9 | Regulacja stymulacją przy pomocy pokrętła nawigacyjnego oraz panelu dotykowego | TAK |  |
| 10 | Automatyczna kontrola elektrod potwierdzająca ich integralność, prezentacja kontroli na ekranie monitora. Alarm o nieprawidłowym połączeniu elektrody lub jej wypięciu –wizualny lub dźwiękowy | TAK |  |
| 11 | Obrazowanie potencjałów wolnobiegnących i wywołanych EMG | TAK |  |
| 12 | Potencjały wywołane EMG zapisywane automatycznie do pamięci wewnętrznej aparatu | TAK |  |
| 13 | Komentarze w języku polskim odpowiedzi wywołanej EMG wprowadzane w momencie uzyskania lub dowolnym późniejszym | TAK |  |
| 14 | Menu obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 15 | Wybór sygnału dźwiękowej odpowiedzi EMG: analogowy proporcjonalny do amplitudy odpowiedzi oraz cyfrowy | TAK |  |
| 16 | Automatyczne wykrywanie oraz eliminowanie artefaktów, zakłóceń w zakresie min. 0,5 – 4 ms. po impulsie stymulacyjnym lub wyłączenie funkcji tłumienia | TAK, podać |  |
| 17 | Sygnalizacja dźwiękowa dla każdej stymulacji elektrodą stymulującą. Różnorodne dźwięki podczas stymulacji tkanki nerwowej oraz stymulacji obszarów, w których nerwy się nie znajdują. | TAK |  |
| 18 | Urządzenie wyposażone w pamięć wewnętrzną min. 10GB do przechowywania rekordów danych pacjenta z zapisanymi krzywymi EMG z możliwością odczytu zapisanego rekordu w dowolnym czasie po zabiegu | TAK, podać |  |
| 19 | Wydruk raportu z zabiegu do pliku min. PDF | TAK, podać |  |
| 20 | Eksportu do komputera całej bazy danych. Możliwość analizy graficznej w specjalnym programie zalecanym przez producenta urządzenia. | TAK |  |
| 21 | Raportowanie w formie wykresów odpowiedzi EMG i wartości liczbowych amplitudy i latencji przy wykresach | TAK |  |
| 22 | Pomiar amplitudy i latencji przy odpowiedzi mięśniowej EMG - przypisywanie wartości liczbowych na życzenie operatora | TAK |  |
| 23 | Możliwość zatrzymania widoku ekranu za pomocą funkcji freezy | TAK |  |
| 24 | Potencjalne zagrożenie uszkodzenia nerwu sygnalizowane alarmem wizualnym kodowanym kolorystycznie i dźwiękowym- przy zastosowaniu elektrody do ciągłej stymulacji nerwów | TAK |  |
| 25 | Automatyczne dodanie numeru pacjenta przy pomocy wbudowanego skanera kodów kreskowych i kodów QR | TAK |  |
| 26 | Praca w sieci szpitalnej poprzez port Ethernet – aparat posiadający złącze internetowe (możliwość drukowania raportu na drukarce sieciowej) | TAK |  |
| 27 | Aparat wyposażony w min. 3 gniazda USB | TAK, podać |  |
| 28 | Przewód przyłączeniowy do elektrody odbiorczej naklejanej na rurkę intubacyjną min. czterokanałową. Przewód wielorazowy – 1 szt. | TAK, podać |  |
| 29 | Wielorazowa sonda bipolarna widelecowa prosta. Długość robocza 45mm, długość całkowita 150mm. Produkt wielorazowy, autoklawowalny - 1 szt. | TAK, podać |  |
| 30 | Wielorazowy przewód przyłączeniowy do sond stymulacyjnych zakończony wtyczkami  touchproof od strony stymulatora, dł.4m. Produkt wielorazowy, autoklawowalny – 1 szt. | TAK, podać |  |
| 31 | Kaseta sterylizacyjna z tworzywa sztucznego. Produkt wielorazowy, autoklawowalny– 1 szt. | TAK, podać |  |
| 32 | Zestaw do monitorowania w chirurgii kolorektalnej z elektrodą rektalną - 1 kpl. | TAK, podać |  |
|  | Uniwersalne lupy operacyjne do wyboru w dniu zakupu: powiększenie 2,5x; dystans roboczy min. 450 mm –1 szt. | TAK, podać |  |
| 33 | **Pozostałe:** | | |
| 34 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
| 35 | Instrukcja obsługi w języku polskim (*załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | TAK |  |
| 36 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | TAK |  |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

Serwis gwarancyjny prowadzi…………………..………..…………………..…....... (uzupełnić)

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.