**Znak sprawy: EZ/3/2026/RŁ**

**Załącznik nr 2.6 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 6 – Defibrylator**

**Rok produkcji : /sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / min. 2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | Nazwa produktu | podać |  |
|  | Model/typ | podać |  |
|  | Producent | podać |  |
|  | Defibrylator z pomiarem SpO2/EtCO2/NIBP/ | Tak |  |
|  | Aparat przenośny z torbą transportową, testerem wyładowań | Tak |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci i możliwe z zasilacza 230V AC. | Tak |  |
|  | Ładowarka akumulatorów dwustanowiskowa | Tak |  |
|  | Defibrylator kompaktowy, przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym (konstrukcja uniemożliwiająca rozłączanie poszczególnych elementów głównych defibrylatora poza akcesoriami). | Tak |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J, w zestawie 2 akumulatory z podglądem stanu naładowania | Tak, podać |  |
|  | Czas ładowania (przy całkowicie rozładowanych akumulatorach): poniżej 190 minut | Tak, podać |  |
|  | Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy wraz z akumulatorami, kompletem kabli, torbą na akcesoria nie większa niż 15kg | Tak, podać |  |
|  | Codzienny o stałej godzinie autotest bez udziału użytkownika, autotesty bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na automatycznym wydruku po przeprowadzonym teście | Tak |  |
|  | Autotesty działające również w trybie akumulatorowym przy wyłączonym urządzeniu bez ograniczeń przy stopniu naładowania akumulatorów. Dla bezpieczeństwa brak możliwości przestawiania godzin i wyłączania autotestów | Tak |  |
|  | Norma IP 44 | Tak |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak |  |
|  | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych | Tak |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii od od 2 do 360 J szeroki zakres zwiększa efektywność defibrylacji | Tak |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej min. 15 | Tak, podać |  |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane radiotransparentne, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | Tak |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia | Tak |  |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | Tak |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | Tak, podać |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji 0-200 mA | Tak |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru tętna min od 20-300 u/min | Tak, podać |  |
|  | Zakres rozmiarów zapisu sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, min. 6 rozmiarów zapisu ułatwiający interpretację | Tak, podać |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak, podać |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. Minimum dwa tryby wyświetlacza wybierane przez użytkownika w zależności od warunków zewnętrznych ułatwiający odczyt | Tak, podać |  |
|  | Moduł pomiaru SpO2 Masimo w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych | Tak |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości 100 mm | Tak |  |
|  | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem wielorazowym dla dorosłych, oraz dodatkowym mankietem o większej długości i szerokości dla pacjentów otyłych (rozmiar- długość maksymalna minimum 44 cm), oraz dużym mankietem dla dorosłych (rozmiar- długość maksymalna minimum 42 cm | Tak, podać |  |
|  | Wydruk trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | Tak |  |
|  | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika. | Tak, podać |  |
|  | Na wyposażeniu 50 par elektrod jednorazowych nalepianych Stymulacja/defibrylacja/EKG | Tak |  |
|  | Na wyposażeniu kaniule do pomiaru EtCO2 dla pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych z podłączeniem O2- przynajmniej po 25 szt. każdego rodzaju | Tak, podać |  |
|  | Dedykowana, usztywniana, wodoodporna: torba transportowa z min 2 kieszeniami bocznymi na akcesoria, oraz kieszeń tylna na akcesoria, całość przykręcana do obudowy defibrylatora | Tak, podać |  |
| **POZOSTAŁE** | | | |
|  | 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. |
|  | Instrukcja obsługi w języku *polskim (załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | Tak |  |
|  | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | Tak |  |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi aparatu w siedzibie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Przedmiot umowy jest **wyrobem medycznym** wrozumieniu **ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U. 2024 poz. 1620) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.  W przypadku, gdy **komponenty, akcesoria lub elementy zestawu** nie stanowią wyrobu medycznego w rozumieniu ww. ustawy, **Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia stosownego oświadczenia** wskazując, **które elementy nie są wyrobami medycznymi** | Tak | *Szczegółową kalkulację cenową dotyczącą wyrobów niemedycznych Wykonawca winien podać w formie odrębnej tabeli stanowiącej załącznik do formularza ofertowego* |

**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.