**Znak sprawy: EZ/7/2026/MW**

**Załącznik nr 2.5 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 5 – Defibrylator -1 kpl.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | Aparat z pełną polską wersją językową – oprogramowanie, komunikaty wyświetlane na ekranie | Tak, podać |  |
|  | Waga urządzenia z akumulatorem poniżej 6,5 kg z wyłączeniem łyżek i pozostałych podzespołów. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary: 350mm x 310mm x 200mm (szerokość x wysokość x głębokość) +/- 10mm razem z akumulatorem bez łyżek defibrylacyjnych i akcesoriów. | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w intuicyjne pokrętło do nawigacji, wybóru trybu pracy w zakresie: wyłączony, tryb AED, tryb manualny, stymulacja, monitorowanie (swobodne przełączanie pomiędzy trybami pracy urządzenia – bez konieczności jego wyłączania). Min. 11 przycisków funkcyjnych oraz min. 5 przycisków pomocniczych. | Tak, podać |  |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą (klasa minimum IP34 wg IEC529) | Tak, podać |  |
|  | Automatyczny codzienny test prawidłowości funkcjonowania defibrylatora (nie wymagający od użytkownika włączania urządzenia), możliwość przeprowadzenia pełnego testu manualnego / możliwość wydruku raportu za pomocą wewnętrznej drukarki defibrylatora. | Tak, podać |  |
|  | **Zasilanie** |  |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe - akumulator litowo-jonowy lub równoważny, czas pracy: min. 5 godz. ciągłego monitorowania EKG lub min. 200 defibrylacji z energią 200 J | Tak, podać |  |
|  | Minimum dwa gniazda akumulatorów: możliwość wymiany akumulatora bez przerywania pracy urządzenia (na zasilaniu akumulatorowym oraz na zasilaniu sieciowym) | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie sieciowe – moduł zasilacza 230V 50 Hz z funkcją ładowania akumulatora | Tak, podać |  |
|  | Wskaźnik poziomu naładowania akumulatora stale widoczny na monitorze lub panelu czołowym | Tak |  |
|  | Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności max. 5 godzin | Tak, podać |  |
|  | **Defibrylacja manualna** |  |  |
|  | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna AED | Tak, podać |  |
|  | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa. Zakres energii 1‑360J | Tak, podać |  |
|  | Min. 23 dostępne poziomy energii defibrylacji | Tak, podać |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna – kardiowersja | Tak, podać |  |
|  | Czas ładowania do energii maksymalnej ≤. 8 sekund | Tak, podać |  |
|  | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych – łyżki dla dzieci i dorosłych zintegrowane | Tak, podać |  |
|  | **Tryb AED** |  |  |
|  | Automatyczna analiza rytmu serca po naklejeniu elektrod defibrylacyjnych | Tak |  |
|  | Poziom energii wstrząsu od 1 do 360J | Tak |  |
|  | Praca w cyklu analiza/ defibrylacja / uciskanie klatki piersiowej – zgodnie z aktualnymi wytycznymi algorytmu BLS/AED | Tak, podać |  |
|  | Komendy głosowe i komunikaty na ekranie prowadzące przez protokół RKO | Tak, podać |  |
|  | Metronom częstości uciśnięć klatki piersiowej (sygnały akustyczne i wizualne wyświetlane na ekranie defibrylatora) | Tak, podać |  |
|  | Możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min. w przedziale od: 1 do 360 J i na min. 23 poziomach energii defibrylacji | Tak, podać |  |
|  | **Moduł EKG** |  |  |
|  | Monitorowanie 3/5 odprowadzeniowego EKG | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca HR min. 1-300 /min. | Tak, podać |  |
|  | Wzmocnienie sygnału EKG min. 0,5; 1,0; 1,5; 2,0; 3,0 cm/mV | Tak, podać |  |
|  | Wykrywanie elektrostymulatora | Tak |  |
|  | Tłumienie sygnału współbieżnego 90 dB lub więcej | Tak, podać |  |
|  | **Moduł stymulatora** |  |  |
|  | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | Tak |  |
|  | Częstość stymulacji w zakresie min. 30-180 imp/min | Tak, podać |  |
|  | Szerokość impulsu stymulatora min. 40 msek. | Tak, podać |  |
|  | Prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 0-140 mA | Tak, podać |  |
|  | **Pomiar oddechu** |  |  |
|  | Podać technikę pomiaru | Tak, podać |  |
|  | Zakres min. od 2 do 120 oddechów/min, prędkość wyświetlania min. 25mm/s | Tak, podać |  |
|  | Nadzór bezdechu: min. od 10 do 60 s. | Tak, podać |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna alarmów dla wszystkich monitorowanych parametrów życiowych oraz alarmów technicznych | Tak, podać |  |
|  | Możliwość czasowego zawieszenia z regulacją w zakresie od 30 do 120 sekund oraz wyłączenia alarmów | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie górnych i dolnych progów alarmowych monitorowanych parametrów życiowych | Tak, podać |  |
|  | **Rejestracja** |  |  |
|  | Ekran kolorowy LCD / TFT o przekątnej min. 8 cali o wysokim kontraście, rozdzielczość min. 800x600 pixeli | Tak, podać |  |
|  | Prezentacja na ekranie min. 4 kanałów dynamicznych | Tak, podać |  |
|  | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm z możliwością wydruku min. 3 kanałów | Tak, podać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna oraz możliwość rozbudowy pamięci za pomocą kart SD oraz port USB  Parametry pamięci wewnętrznej: archiwizacja danych numerycznych i graficznych min. 100 pacjentów lub min. 250 zdarzeń EKG z możliwością transferu danych do komputera | 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 z obsługi 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.