***Załącznik 1 a parametry techniczne***

**Pakiet nr 1 poz. 1 Inkubator Otwarto Zamknięty – 4 szt**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | **Parametry ogólne** |  |  |
|  | Inkubator zapewniający pełną funkcjonalność inkubatora zamkniętego i inkubatora otwartego przeznaczony do intensywnej opieki nad noworodkiem. | Tak |  |
|  | Inkubator stacjonarny o stabilnej konstrukcji umieszczony na ruchomej podstawie | Tak |  |
|  | Dostęp do wnętrza inkubatora z 4 stron | Tak |  |
|  | Wysokość od podłogi do materacyka elektrycznie regulowana. | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości dostępna po obu stronach inkubatora | Tak |  |
|  | Kółka i jezdne podstawy wyposażone w hamulce.  | Tak |  |
|  | Dotykowy wyświetlacz kolorowy | Tak |  |
|  | Wyposażony w zintegrowane oświetlenie obserwacyjne z regulowanym natężeniem światła | Tak |  |
|  | **Kopuła inkubatora** |  |  |
|  | Konstrukcja kopuły ograniczająca parowanie | Tak |  |
|  | Po podniesieniu kopuły praca jak inkubator otwarty | Tak |  |
|  | Materacyk (leże dla noworodka) o podstawie wysuwanej obustronnie. | Tak |  |
|  | Ogrzewany materacyk  | Tak |  |
|  | Manewr podniesienia kopuły i przejścia pomiędzy trybami otwartym i zamkniętym lub zamkniętym i otwartym w czasie nie dłuższym niż 2 sek | Tak |  |
|  | Szuflada do wprowadzania kasety RTG - pełna dostępność, z obydwu stron inkubatora bez konieczności przemieszczania noworodka. | Tak |  |
|  | Poziom głośności wewnątrz kopuły inkubatora 44 dB. | Tak |  |
|  | **Regulacja nawilżania** |  |  |
|  | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji nawilżania | Tak |  |
|  | Zbiornik na wodę umieszczony poza przedziałem pacjenta. | Tak |  |
|  | Funkcja autoczyszczenia nawilżacza | Tak |  |
|  | Praca w oparciu o jednorazowe worki wody sterylnej | Tak |  |
|  | **Regulacja temperatury** |  |  |
|  | Inkubator posiada układ ręcznej i automatycznej regulacji temperatury. | Tak |  |
|  | **Tlenoterapia** |  |  |
|  | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji stężenia tlenu pod kopułą. | Tak |  |
|  | Dreny zasilające w tlen i powietrze wtyk do gniazda AGA | Tak |  |
|  | **Monitorowanie** |  |  |
|  | Inkubator wyposażony w układ monitorowania, który mierzy i podaje w formie cyfrowej parametry | Tak |  |
|  | Inkubator rozbudowany o pomiar natężenia światła przy pacjencie | Tak |  |
|  | Inkubator rozbudowany o pomiar natężenia dźwięku przy pacjencie | Tak |  |
|  | Funkcja kangurowania ułatwiająca prowadzenie kontaktu skóra-do-skóry | Tak |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
|  | Inkubator posiada alarmy akustyczno – optyczne | Tak |  |
|  | Automatyczne nastawy alarmów dostępne dla różnych trybów | Tak |  |
|  | **Testy i pozostałe parametry** |  |  |
|  | Inkubator wykonuje automatycznie test sprawdzający po włączeniu do sieci | Tak |  |
|  | **Eksploatacja** |  |  |
|  | Ścianki boczne kopuły odchylane do mycia i dezynfekcji. | Tak |  |
|  | **Wyposażenie** |  |  |
|  | Czujnik temperatury skóry centralnej do układu regulacji co najmniej 5 szt. / inkubator (jednorazowy). | Tak |  |
|  | Czujnik temperatury skóry obwodowej do układu regulacji co najmniej 5 szt. / inkubator (jednorazowy). | Tak |  |
|  | Plasterki mocujące czujniki temperatury – odblaskowe, z hydrożelem | Tak |  |
|  | Przewód pneumatyczny do gazów medycznych. | Tak |  |
|  | Inkubator ma wbudowany zegar Apgar i minutnik | Tak |  |
|  | Waga zintegrowana z leżem noworodka gwarantująca ważenie bez wyjmowania dziecka z inkubatora | Tak |  |
|  | 2 szyny typu GCX do mocowania dodatkowego wyposażenia | Tak |  |
|  | Pokrowiec na kopułę umożliwiający prowadzenie fototerapii | Tak |  |
|  | Ramię do podtrzymywania rur oddechowych mocowane do materacyka | Tak |  |
|  | Szyna uniwersalna uchylana mocowana z boku | Tak |  |
|  | Diagnostyczna lampa diodowa zintegrowana mocowana na szynie inkubatora. Wyposażona w funkcję doboru barwy światła w celu wykonywania różnych procedur medycznych oraz regulację natężenia światła. | Tak |  |
|  | **Paramtery**  |  |  |
|  | Dostęp do wnętrza inkubatora z 5 stron | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja nachylenia materacyka, dostępna z obydwu stron inkubatora | Tak |  |
|  | Konstrukcja kopuły ograniczająca parowanie, rozwiązanie zapewniające zewnętrzne ogrzewanie kopuły celem ograniczenia kondensacji  | Tak |  |
|  | Tryb przejściowy zapewniający ciągłe ogrzewanie pacjenta i minimalizujący straty cieplne – ciągła praca promiennika również podczas pracy jako inkubator zamknięty | Tak |  |
|  | Funkcja wykrywania otwartej ścianki i automatycznego uruchamiania kurtyny cieplnej | Tak |  |
|  | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji nawilżania, wartość nastawiana co 1% | Tak |  |
|  | Tryb autoregulacji nawilżania optymalizujący poziom wilgotności do zadanej temperatury powietrza w inkubatorze | Tak |  |
|  | Inkubator wyposażony w zintegrowany głośnik do dowolnej audiostymulacji – ograniczenie dźwiękowe do 55dB | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego odzwyczajania od inkubatora | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego stopniowego ogrzewania pacjenta | Tak |  |
|  | Widok ułatwiający prowadzenie Developmental Care | Tak |  |
|  | Możliwość wprowadzenia imienia pacjenta, oraz włączenia ekranu przystępnego dla rodziny | Tak |  |
|  | Alarm różnicy pomiędzy temperaturami centralną i obwodową | Tak |  |
|  | Gniazdo USB zapewniające szybkie przeniesienie ustawień do nowego urządzenia w czasie wymiany na potrzebę czyszczenia | Tak |  |
|  | Funkcja korygowania zmierzonej masy ciała | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 1 poz. 2 Respirator Noworodkowy – 4 szt**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | **Parametry ogólne** |  |  |
|  | Respirator dla wcześniaków i noworodków, oznaczony znakiem CE | Tak |  |
|  | Respirator zamontowany do kolumny lub mostu. | Tak |  |
|  | Wyposażony w boczne szyny do mocowania dodatkowych akcesoriów | Tak |  |
|  | Możliwość swobodnego obrotu ekranu i zmiany kąta nachylenia w celu dopasowania do wymagań stanowiska do intensywnej terapii bez użycia narzędzi | Tak |  |
|  | Możliwość oddzielnego zamocowania ekranu sterowania nastawami i wyświetlającego parametry wentylacji od jednostki podającej mieszaninę oddechową w odległości do minimum 2,5 m | Tak |  |
|  | Możliwość umiejscowienia układu pacjenta po obu stronach jednostki zasilającej w gazy  | Tak |  |
|  | Zasilanie w tlen i powietrze z sieci centralnej o ciśnieniu w zakresie minimum od 2,8 do 5,5 bar | Tak |  |
|  | Awaryjne zasilanie z wewnętrznego akumulatora do podtrzymania pracy urządzenia – minimalny czas pracy na akumulatorze 30 minut (podać) | Tak |  |
|  | **Tryby wentylacji** |  |  |
|  | CMV, AC (CMVAssist) | Tak |  |
|  | SIMV | Tak |  |
|  | PEEP/CPAP | Tak |  |
|  | Wentylacja z wymuszoną objętością minutową typu MMV | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o wentylację APRV | Tak |  |
|  | Praca jako przepływomierz tlenu do terapii typu high-flow  | Tak |  |
|  | Oddech ręczny | Tak |  |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV z zabezpieczającą wentylacją wymuszoną | Tak |  |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem objętością VS z zabezpieczającą wentylacją wymuszoną | Tak |  |
|  | PEEP/CPAP | Tak |  |
|  | Oddech z gwarantowaną objętością z możliwością stosowania w trybach wentylacji synchronizowanej AC i SIMV, HFO oraz spontanicznej | Tak |  |
|  | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę lub kaniule donosowe (NIV) możliwa w trybach CPAP i CMV | Tak |  |
|  | **Wentylacja HFO** |  |  |
|  | Wentylacja z wysokimi częstościami HFO | Tak |  |
|  | Regulacja częstości HFO - zakres minimalny od 5 do 20 Hz |  |  |
|  | Regulacja amplitudy HFO - zakres minimalny od 5 do 90 cm H2O | Tak |  |
|  | Regulacja I:E przy HFO | Tak |  |
|  | Wentylacja z wysokimi częstościami HFO z automatyczną regulacją amplitudy w celu utrzymania nastawionej objętości oddechów  | Tak |  |
|  | Możliwość automatycznego zadawania westchnień w trakcie wentylacji HFO | Tak |  |
|  | **Funkcje automatyczne** |  |  |
|  | Automatyczne programowanie parametrów wentylacji i granic alarmowych na podstawie wprowadzonej wagi pacjenta | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego natlenowania pacjenta do toalety oskrzeli z regulacją stężenia tlenu  | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznej kompensacji przecieków | Tak |  |
|  | **Parametry regulowane** |  |  |
|  | Częstość oddechów przy wentylacji CMV - zakres minimalny 5-150 min. | Tak |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu - zakres minimalny od 3 - 200 ml. |  |  |
|  | Regulowane ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych - zakres minimalny od 5 do 60 cm H2O | Tak |  |
|  | Ciśnienie wspomagania PSV - zakres minimalny od 5 do 60 cm H2O | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia PEEP/CPAP - zakres minimalny od 0 do 30 cm H2O | Tak |  |
|  | Regulowany czas wdechu - zakres minimalny od 0,1 do 1,0 s | Tak |  |
|  | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie - zakres minimalny od 21-100% | Tak |  |
|  | Przepływowy trigger oddechowy z automatyczną adaptacją do występujących przecieków- zakres minimalny triggera 0,3 1/min-5,0 1/min.  | Tak |  |
|  | **Obrazowanie parametrów mierzonych** |  |  |
|  | Częstość oddechów wymuszonych  | Tak |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu VTi | Tak |  |
|  | Objętość wydechowa pojedynczego oddechu VTe | Tak |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu spontanicznego | Tak |  |
|  | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV | Tak |  |
|  | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej spontanicznej  | Tak |  |
|  | Wentylacja minutowa, objętość lub frakcja przecieku | Tak |  |
|  | Ciśnienie PEEP | Tak |  |
|  | Szczytowe ciśnienie wdechowe PIP |  |  |
|  | Ciśnienie średnie | Tak |  |
|  | Podatność i oporność dynamiczna płuc | Tak |  |
|  | Indeks szybkiego płytkiego oddechu RSB | Tak |  |
|  | Częstość oddechów spontanicznych  | Tak |  |
|  | Prezentacja na ekranie respiratora trendu DCO2 | Tak |  |
|  | Integralny pomiar stężenia tlenu | Tak |  |
|  | Pomiar przepływu czujnikiem proksymalnym | Tak |  |
|  | **Prezentacja graficzna** |  |  |
|  | Kolorowy ekran respiratora o przekątnej roboczej ekranu minimum 17 cali  | Tak |  |
|  | Prezentacja na ekranie respiratora krzywych oddechowych: ciśnienie/czas, przepływ/czas, objętość/czas – z możliwością jednoczesnej obserwacji minimum trzech krzywych na ekranie  | Tak |  |
|  | Prezentacja na ekranie respiratora pętli oddechowych minimum ciśnienie/objętość, przepływ/objętość  | Tak |  |
|  | Możliwość jednoczesnej prezentacji dwóch pętli oddechowych | Tak |  |
|  | Możliwość zapamiętania pętli referencyjnej  | Tak |  |
|  | Możliwość jednoczesnej prezentacji krótkich trendów i krzywych dynamicznych  | Tak |  |
|  | Prezentacja trendów mierzonych parametrów – 5000 wpisów lub z ostatnich 168 godzinnych pracy | Tak |  |
|  | Graficzne obrazowanie podatności i oporności płuc | Tak |  |
|  | Polski interfejs i oprogramowanie aparatu | Tak |  |
|  | Instrukcja Obsługi respiratora w języku polskim na ekranie respiratora | Tak |  |
|  | Funkcja pomocy wyświetlana na ekranie z czytelnymi komunikatami - pomoc kontekstowa | Tak |  |
|  | Graficzna prezentacja proporcji samodzielnych wysiłków oddechowych pacjenta i wsparcia respiratorowego | Tak |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
|  | Kategorie alarmów według ważności | Tak |  |
|  | Specjalny system alarmowy dostosowany do wentylacji nieinwazyjnej | Tak |  |
|  | Alarm wadliwej pracy elektroniki aparatu  | Tak |  |
|  | Braku zasilania w energię elektryczną | Tak |  |
|  | Niskiego ciśnienia gazów zasilających | Tak |  |
|  | Za wysokiego i za niskiego stężenia tlenu | Tak |  |
|  | Całkowitej objętości minutowej za wysokiej i za niskiej  | Tak |  |
|  | Za niskiej objętości oddechowej TV | Tak |  |
|  | Za wysokiej częstości oddechów –tachypnea | Tak |  |
|  | Alarm bezdechu z automatycznym uruchomieniem wentylacji zastępczej i czasem bezdechu regulowanym w zakresie minimum 5-50 sekund | Tak |  |
|  | Zapamiętywanie historii alarmów  | Tak |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie instrukcji pomocniczych do występującego alarmu - w postaci przyczyna alarmu i środek zaradczy | Tak |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** |  |  |
|  | Nawilżacz aktywny z podgrzewaniem ramienia wdechowego i serwokontrolą temperatury i przepływu oraz przewodami do podłączenia do jednorazowych układów pacjenta | Tak |  |
|  | Dreny zasilające w tlen i powietrze wtyk do gniazda AGA  | Tak |  |
|  | 2 czujniki proksymalnego pomiaru przepływu | Tak |  |
|  | 1 płuco testowe | Tak |  |
|  | 2 zastawki wydechowe | Tak |  |
|  | Ramię podtrzymujące układy oddechowe | Tak |  |
|  | 10 sztuk kompletnych jednorazowych układów oddechowych dla noworodków do współpracy z  nawilżaczem aktywnym z podgrzewanym ramieniem wdechowym i wydechowym | Tak |  |
|  | Zestaw startowy do wspomagania oddechowego nCPAP obejmujący generatory ciśnienia min. 3, czapeczki lub opaski min.2, maski nosowe min.2, kaniule donosowe min.2 oraz miękkie łączniki do podłączenia z układem jednorazowym | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pak. 2 Monitor napięcia układu przywspółczulnego dla noworodków i niemowląt – 1 szt**

**Nazwa i typ:**  ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. 1.
 | Urządzenie/monitor mierzący w sposób obiektywny i nieinwazyjny aktywność układu przywspółczulnego na podstawie zmienności rytmu serca.  | Tak |  |
| 1. 2.
 | Prezentacja wartości liczbowej oraz zmian w postaci trendu graficznego na wbudowanym ekranie dotykowym o przekątnej min 8 cali, rozdzielczość min 800 x 600 | Tak |  |
| 1. 3.
 | Urządzenie przeznaczone do wykorzystania w oddziale intensywnej terapii noworodka oraz na sali operacyjnej. | Tak |  |
| 1. 4.
 | Możliwość stosowania u pacjentów przytomnych, w sedacji i w znieczuleniu ogólnym, dzieci do drugiego roku życia. | Tak |  |
| 1. 5.
 | Możliwość oceny wpływu ostrego bólu na autonomiczny układ nerwowy a tym samym na poziom komfortu. | Tak |  |
| 1. 6.
 | Skale komfortu odpowiadające:Możliwe bezpieczne obniżenie dawki opioidów.Optymalny zakres komfortu i/lub adekwatny poziom znieczulenia.Silny dyskomfort, ból. (Zwiększone prawdopodobieństwo hemodynamicznej reakcji na ból w ciągu kilku minut) | Tak |  |
| 1. 7.
 | Prosta obsługa, menu i instrukcja w języku polskim | Tak |  |
| 1. 8.
 | Możliwość wykorzystania sygnałów fizjologicznych z kardiomonitora podłączonego do pacjenta. Synchronizacja sygnałem EKG z kardiomonitora. Kabel do synchronizacji sygnału z kardiomonitorem Drager oraz Philips.  | Tak |  |
| 1. 9.
 | Konstrukcja monitora umożliwiająca pracę bez konieczności zakupu dedykowanych materiałów zużywalnych tj. elektrod, sond, czujników.  | Tak |  |
| 1. 10.
 | Możliwość exportu danych. Zapis danych w pamięci wewnętrznej z możliwością skopiowania na nośnik USB. Format plików umożliwiający edycję w ogólnodostępnym oprogramowaniu typu Office np. XLS, TXT, DOC | Tak |  |
|  | Możliwość oznaczania w trakcie pracy różnych zdarzeń klinicznych np. podanie leków, intubacja, stymulacja itp. Wprowadzone zdarzenia zapisywane w pamięci wraz z innymi danymi typu data, czas itd. Możliwość edycji listy i tworzenia własnych nazw zdarzeń. | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V/50Hz | Tak |  |
|  | Certyfikat EC nr 1144624-0 | Tak |  |
|  | Klasa urządzenia II  | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pak. 3 Aparat aEEG / CFM 5-kanałowy do monitorowania neurologiczno-kardiologicznego** **– 1 szt**

**Nazwa i typ:**  ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. 1.
 | Zestaw komputerowy:Komputer typu All-in-One: - przekątna monitora min. 19” - procesor min. Core i5 lub równoważny- karta nVidia min 2GB- twardy dysk min 500 GB - pamięć RAM min 6 GB - min. 2 porty USB 3.0- system operacyjny Windows 10 | Tak |  |
| 1. 2.
 | Klawiatura komputerowa typu EasyClean z podświetlanymi klawiszami, wodoodporna, dezynfekowalna, możliwa do mycia mechanicznego (w zmywarce) i do dezynfekcji chlorem. | Tak |  |
| 1. 3.
 | Mysz komputerowa typu EasyClean, wodoodporna, dezynfekowalna, możliwa do mycia mechanicznego (w zmywarce) i do dezynfekcji chlorem | Tak |  |
| 1. 4.
 | Ilość kanałów pomiarowych głowicy | Tak |  |
| 1. 5.
 | Ilość kanałów EEG | Tak |  |
| 1. 6.
 | Możliwość zapisu 1 kanału EKG równocześnie z min. 2 kanałami EEG | Tak |  |
| 1. 7.
 | Kanał Sp02 | Tak |  |
| 1. 8.
 | A/D-C (bit) | Tak |  |
| 1. 9.
 | Impedancja wejściowa EEG (GΩ) | Tak |  |
| 1. 10.
 | Szumy (µVrms) | Tak |  |
|  | DC napięcie wejściowe (zakres) (mV) | Tak |  |
|  | Częstotliwość próbkowania (Hz) | Tak |  |
|  | Rodzaje filtrów:- górnoprzepustowe (s)- dolnoprzepustowe (Hz) | Tak |  |
|  | Pasmo (Hz) | Tak |  |
|  | CMRR (dB) | Tak |  |
|  | Zasilanie przez złącze USB | Tak |  |
|  | Interfejs komunikacji z PC | Tak |  |
|  | **PARAMETRY OPROGRAMOWANIA** |
|  | Pomiar impedancji w czasie rzeczywistym (on-line) | Tak |  |
|  | Sygnalizacja zmian impedancji elektrod kolorami | Tak |  |
|  | Zsynchronizowany wykres krzywej (mapy) impedancji elektrod na zapisie | Tak |  |
|  | Zsynchronizowany zapis krzywej pletyzmografii | Tak |  |
|  | Zsynchronizowany zapis krzywej saturacji | Tak |  |
|  | Wyświetlanie wartości saturacji i rytmu serca w postaci liczbowej | Tak |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i wizualne sygnalizujące:- wzrost impedancji- zmianę amplitudy- zmianę poziomu saturacji- zmianę częstotliwości rytmu serca | Tak |  |
|  | Możliwość samodzielnego ustawienia parametrów alarmów przez użytkownika | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie oprogramowania przed niepowołanym dostępem za pomocą klucza sprzętowego USB | Tak |  |
|  | Oprogramowanie systemu EEG CFM do wielogodzinnego monitorowania EEG z lewej i prawej półkuli mózgu oraz ocenę jego stanu w trakcie zdarzeń, takich jak: desaturacja, bradykardia czy tachykardia, drgawki, sen, wybudzenie i innych | Tak |  |
|  | Automatyczne zaznaczanie kolorami zdarzeń klinicznych, takich jak: zapis typu wyładowania-depresje (burst-supression), wyładowania (epileptic like activity), depresja zapisu (depression) oraz zapis prawidłowy (normal) | Tak |  |
|  | Możliwość przeglądania trwającego badania i wykonywania analiz podczas akwizycji sygnału | Tak |  |
|  | Dostępne analizy:- EEG z cyfrową linijką i automatycznym pomiarem fal i częstotliwości dominującej- CFM trend oznaczany kolorami- CSA - Compressed Spectral Array- DSA - Density Spectral Array- FFT – Fast Fourier Transform- TPM – Time Potential Mapping- mapping 3D - uśrednianie wsteczne (back averaging) | Tak |  |
|  | Możliwość analizy dowolnie wybranego zapisu EEG z lewej i prawej półkuli lub wybranego kanału pod względem częstotliwości poszczególnych fal, określenie fali dominującej, oraz napięcia elektrycznego fal w zakresie określonych częstotliwości | Tak |  |
|  | Możliwość wyboru w oprogramowaniu pozycji elektrody odniesienia (Cz, Goldmana) | Tak |  |
|  | Baza Danych Pacjentów zgodna z **RODO**, umożliwiające rejestrację pacjentów, gromadzenie badań, tworzenie opisów, eksportowanie i archiwizowanie wyników i zapisów na nośniki CD/DVD/USB | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy aparatu do pracy w sieci wielu kompatybilnych aparatów oraz w przyszłości możliwość integracji z siecią szpitalną wg standardu HL7 | Tak |  |
|  | Możliwość automatycznej synchronizacji bazy danych poprzez sieć LAN między oferowanym aparatem a pozostałymi aparatami EEG obecnie pracującymi w placówce, bez użycia serwera danych (tzw. baza rozproszona) | Tak |  |
|  | Możliwość przesyłania badań bez konwersji pomiędzy oferowanym aparatem a pracującym w placówce aparatem typu EEGDigiTrack  | Tak |  |
|  | **MAPPING 2D/3D** |
|  | - mapowanie 2D i 3D- mapowanie potencjałów- mapowanie gęstości pola (SCD)- mapowanie prędkości zmian potencjału (pochodna po czasie)- mapowanie widma mocy względnej %- mapowanie widma mocy bezwzględnej (RMS)- mapowanie asymetrii potencjałowej- mapowanie koherencji i jej fazy dla odprowadzeń- mapowanie częstotliwości dominujących i środka ciężkości- podgląd wartości elektrod i dowolnego punktu mapy- automatyczne dostosowywanie skali kolorystycznej wartości- mapowanie z zastosowaniem referencji do uszu, Goldmana (średniej), Cz, Fz albo laplasjanu- wyświetlanie wielu map (z zadanego zakresu)- zastosowanie różnych metod interpolacji wartości- mapowanie trójwymiarowe na czaszce i modelu mózgu- trójwymiarowa prezentacja rozkładu wartości mapy- możliwość drukowania map w kolorze i odcieniach szarości- prezentacja izolinii mapy | Tak |  |
|  | **ZESTAW DO WIDEOMONITOROWANIA** |
|  | 1. kamera wideo pracująca w sieci LAN
2. zsynchronizowana rejestracja obrazu i dźwięku z kamery wideo oraz zapisu EEG,
3. przeglądanie i analiza zapisu EEG wraz z jednoczesnym podglądem zarejestrowanego obrazu pacjenta,
4. archiwizacja zapisu badania wraz z obrazem na CD/DVD

Montaż kamery do wózka za pomocą ruchomego ramienia | Tak |  |
|  | **AKCESORIA I WYPOSAŻENIE DODATKOWE** |
|  | Głowica oraz kamera wideo zainstalowane na ruchomych ramionach | Tak |  |
|  | Aparat zainstalowany na wózku medycznym na kółkach. | Tak |  |
|  | Zestaw elektrod miseczkowych (min.12 szt.) | Tak |  |
|  | Sonda pulsoksymetru, nonatologiczna zgodna ze standardem NONIN X-Pod | Tak |  |
|  | Paski samoprzylepne do sondy pulsoksymetru (50 szt.) | Tak |  |
|  | Pasta przewodząco-klejąca do mocowania elektrod (min. 3 szt.) | Tak |  |
|  | Gaziki do dezynfekcji elektrod z zawartością 70% alkoholu i 2% chlorcheksydyny, pakowane w pojedyncze saszetki, opakowanie zbiorcze min. 200 szt. – 2 opakowania | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 4 - Profesjonalny Laktator Szpitalny – 4 szt**

Producent: …………………………………………

Kraj pochodzenia ……………………………….

Oferowany model ………………………………

Rok produkcji ……………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Laktator najnowocześniejszy profesjonalny odciągacz szpitalny, dwufazowy. Dostosowany do pracy na oddziałach szpitalnych.  | TAK |  |
|  | Zasilanie 230-240V, 50/60 Hz. | TAK PODAĆ |  |
|  | Unikalny program odciągania pokarmu, zapisany na karcie magnetycznej .  | TAK PODAĆ |  |
|  | * Do wyboru dwa programy: **Program INICJACJA** – przeznaczony stymulacji laktacji (dla mam wcześniaków, mam z opóźnioną laktacją, matek po szczególnie trudnych porodach)
* **Program UTRZYMANIE** – dla mam dzieci donoszonych, do podtrzymania laktacji na odpowiednim poziomie
 | TAK PODAĆ |  |
|  | Rytm pracy naśladujący rytm ssania niemowlęcia | TAK |  |
|  | Płynna regulacja siły ssania. | TAK PODAĆ |  |
|  | Przystosowany do pracy ciągłej 24h/dobę.Bardzo cicha praca. | TAK |  |
|  | * Trwała obudowa zapewniająca utrzymanie urządzenia w czystości.
* Statyw na butelki
* Konstrukcja urządzenia zabezpieczająca przed przedostaniem się mleka do środka modułu (separacja mediów)
* Wyposażony w wózek jezdny
* Gwarancja min. 24 miesiące
 | TAK |  |
|  | Zestaw osobisty 1x użytku opakowanie 54 szt | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 5 - Łóżeczko niemowlęce - 4 szt.**

Producent: …………………………………………

Kraj pochodzenia ……………………………….

Oferowany model ………………………………

Rok produkcji ……………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
|  | Konstrukcja wykonana z giętych rurek stalowych, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:* Długość całkowita: 1000 mm (± 20 mm)
* Szerokość całkowita: 600 mm (± 20 mm)
 | TAK PODAĆ |  |
|  | Regulacja wysokości dokonywana bezstopniowo za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie:700 – 930 (± 20 mm) | TAK PODAĆ |  |
|  | Możliwość uzyskania pozycji wzdłużnych wanienki - Trendelenburga: 170 (± 20)- anty-Trendelenburga: 170 (± 20) regulowane za pomocą sprężyn gazowych z blokadą – regulacja płynna | TAK PODAĆ |  |
|  | Wyjmowana wanienka wykonana z wysokiej jakości przezroczystego tworzywa | TAK |  |
|  | Podstawa jezdna wyposażona w cztery kółka jezdne z blokadą z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem o średnicy min. 60 mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Konstrukcja umożliwiająca najazd nad łóżko matki | TAK |  |
|  | Łóżeczko wyposażone w materac w pokrowcu z tkaniny oddychającej, zmywalnej, paroprzepuszczalnej | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 6 poz. 1 Wózek funkcyjny – anestezjologiczny - 3 szt.**

Producent: …………………………………………

Kraj pochodzenia ……………………………….

Oferowany model ………………………………

Rok produkcji ……………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału charakteryzującego się wysoką wytrzymałością i trwałością: stal nierdzewna lub wysokoodporne tworzywo wytrzymałe na działanie środków dezynfekcyjnych. | TAK podać |  |
|  | Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad – zamykany na klucz.  | TAK podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne wózka:- Wysokość : 100 cm, +/-5 cm- Głębokość : 50 cm, +/-5 cm- Szerokość: 65 cm, +/-5cm | TAK podać |  |
|  | Wózek wyposażony w:- trzy szuflady o wysokości 100mm- dwie szuflady o wysokości 150 mm |  |  |
|  | Czoła szuflad z przezroczystymi pojemnikami z możliwością umieszczenia opisu identyfikującego zawartość szufladyPojemniki szuflad jednoczęściowe - odlane w formie bez elementów łączenia, bez miejsc narażonych na kumulacje brudu ognisk infekcji | TAK  |  |
|  | Układ jezdny wysoce mobilny: 4 koła jezdne w tym 2 z blokadą, o średnicy min. 65mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem rozmieszczone w równych odległościach od siebie (kwadracie) zwiększające zwrotność wózka  | TAK |  |
|  | Wyposażenie podstawowe wózka :blat zabezpieczony przed zsuwaniem się przedmiotów, uchwyt do przetaczania pojemnik do zużytych igieł, pojemnik na cewniki, pojemnik na butelki, kosz na odpadki , dwa przezroczyste umożliwiające identyfikację tego co znajduje się w środku, zintegrowane dwie boczne szuflady wysuwane.Wyposażenie dodatkowe: nadstawka z przeźroczystymi pojemnikami, podwójny uchwyt na rękawice.Wymienione wyposażenie nie powodujące zwiększenia gabarytów wózka i nie narażające na ich uszkodzenie – zintegrowane w budowie wózka  | TAK |  |
|  | Kolorystyka szafki do wyboru , podać możliwości | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności  | TAK  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 6 poz. 2** – **Wózek zabiegowy - opatrunkowy– 1 szt.**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Stabilna konstrukcja wózka oparta na czterech kolumnach aluminiowych, wymiary:Szerokość około 650 mm,Głębokość 475 mm,Wysokość 970 mm | TAK |  |
| 2 | Trzy uchwyty górne do przetaczania wózka umieszczone na blacie głównym, stanowiące również zabezpieczenie przed zsuwaniem się pojemników z blatu roboczego | TAK |  |
| 3. | 5 szuflad z uchwytami wykonanymi z ABS, 3 szuflady wyposażone w wyciągane podziałki do odpowiedniej segregacji sprzętu i leków, maksymalna nośność szuflady 50 kg, szuflady zamykane centralnym zamkiem umieszczonym z prawej strony wózka | TAK |  |
| 4. | Całkowita ładowność wózka około 200 kg | TAK |  |
| 5. | Dodatkowo wysuwany blat roboczy boczny, nośność blatu bocznego około 10 kg, | TAK |  |
| 6. | Wysokość szuflad od dołu około: 23 cm, 11 cm, 11, cm, 11cm, 11 cm | TAK |  |
| 7. | Wózek wykonany z materiału odpornego na korozję, oraz częste stosowanie środków dezynfekcyjnych | TAK |  |
| 8. | Wózek wyposażony w cztery cichobieżne kółka o średnicy około 100 mm, dwa kółka z blokadą jazdy | TAK |  |
| 9. | Dwa kosze plastikowe z prawej strony wózka, | TAK |  |
| 10. | Druciany koszyk na akcesoria medyczne | TAK |  |
| 11. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

…...................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 7 – Ssak elektryczny na wózku – 1szt.**

Producent: …………………………………………

Kraj pochodzenia ……………………………….

Oferowany model ………………………………

Rok produkcji ……………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Ssak medyczny umieszczony na wygodnym statywie jezdnym, który zapewnia łatwe przemieszczanie i ergonomię pracy. | TAK |  |
| 2 | Urządzenie wyposażone w zabezpieczenie przed przepełnieniem, dwie butle 2l z poliwęglanu, wskaźnik ciśnienia, regulację siły ssania oraz włącznik. | TAK |  |
| 3. | Obudowa wykonana z najwyższej jakości plastików, które czynią urządzenie bardzo trwałym. | TAK |  |
| 4. | Napięcie zasilania: 230 V / 50 HzMoc: 110WMaksymalny przepływ: 40 L / minMaksymalne ciśnienie: 80 kPaWymiary: ok. 320x900x300mmWaga: ok. 6,2 kg (wózek 13,6 kg) | TAK |  |
| 5. | **WYPOSAŻENIE :**- dwie butle 2L z poliwęglanu (sterylizacja w 120stopniach C)- wskaźnik i regulator podciśnienia- wózek jezdny na kółkach- dreny silikonowe, filtr bakteryjny, łącznik drenów | TAK |  |
| 6. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 8 - Lampa diagnostyczna statywowa – 1 szt.**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Lampa zabiegowa na statywie jezdnym wyposażona w oprawę oświetleniową z 8 diodami LED | TAK, PODAĆ |  |
| 2. | Płaska i gładka powierzchnia kopuły ułatwiająca dezynfekcję | TAK |  |
| 3. | Ergonomiczny uchwyt zapewniający łatwość regulacji lampy | TAK |  |
| 4. | Elastyczne ramię zapewniające duży zakres ruchowy | TAK |  |
| 5. | Ilość źródeł światła – min. 8 | TAK, PODAĆ |  |
| 6. | Zastosowanie techniki diodowej eliminujące nagrzewanie się lampy | TAK |  |
| 7. | Natężenie światła w odległości 1 m: 30.000 lux | TAK, PODAĆ |  |
| 8. | Promieniowe rozmieszczenie soczewek w celu zapewnienia eliminacji cieni i oświetlenia przestrzennego. | TAK |  |
| 9. | Temperatura barwowa – min. 4.400 K | TAK, PODAĆ |  |
| 10. | Współczynnik odwzorowania barw Ra: 96 | TAK, PODAĆ |  |
| 11. | Regulacja natężenia oświetlenia w zakresie min. 15-100% | TAK, PODAĆ |  |
| 12. | Pobór mocy - 12W | TAK, PODAĆ |  |
| 13. | Waga do 12 kg | TAK, PODAĆ |  |
| 14. | Żywotność źródła światła min. 40.000 godz. | TAK, PODAĆ |  |
| 15. | Klasa zabezpieczenia przed porażeniem elektrycznym: I | TAK, PODAĆ |  |
| 16. | Lampa spełniająca wymogi norm PN-EN 60601-1 oraz PN-EN 60601-1-2 | TAK |  |
| 17. | Średnica kopuły min. 16 cm | TAK, PODAĆ |  |
| 18. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK, PODAĆ |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 9 Lampa do fototerapii kocykowa – 4 szt**

Producent: ………………………………………

Kraj pochodzenia ……………………………….

Oferowany model ……………………………….

Rok produkcji ……………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Deklaracja zgodności – CE na aparat | TAK |  |
|  | Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów  | TAK |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji aparatu: 2019 | TAK |  |
|  | Lampa kocykowa, źródło światła z powierzchnią oświetlającą, połączone za pomocą elastycznego węża  | TAK |  |
|  | Źródło światła: 6 niebieskich diód LEDo długości fal 430 nm do 490 nm - pik pomiędzy 455 i 465 nm | TAK |  |
|  | Zasilanie: Napięcie 230 V~ 50-60Hz | TAK |  |
|  | Moc: 90 W max. | TAK |  |
|  | Hałas w paśmie akustycznym < 34 dB | TAK |  |
|  | Szczytowe natężenie na powierzchni skóry pacjenta - 35 μW/cm2/nm; +/- 15% | TAK |  |
|  | Obszar emisji światła 2 X 20 cm x 30 cm | TAK |  |
|  | Obszar efektywnego naświetlania 1200 cm2 | TAK |  |
|  | Szerokość x długość x wysokość (panel lampy):21 cm x 20 cm x 16 cm | TAK |  |
|  | Waga (panel lampy): 1,4 kg | TAK |  |
|  | Żywotność diód LED > 50000 h | TAK |  |
|  | Żywotność materacyka > 8000 h | TAK |  |
|  | Lampa zawierająca 50 szt. pokrowców jednorazowego użytku | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 14 poz. 1 – Krzesło toaletowe prysznicowe– 1 szt.**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Krzesło toaletowe - prysznicowe | TAK |  |
| 2.  | Wyposażone w system składania podłokietników i podnóżków zapewniający równowagę a jednocześnie łatwość przechowywania i transportowania | TAK |  |
| 3. | Wykonane z wysokiej jakości konstrukcji aluminiowej | TAK |  |
| 4. | Udźwig do 150 kg | TAK |  |
| 5. | Waga około 12 kg | TAK |  |
| 6. | Siedzisko i oparcie pokryte wodoodpornym obiciem | TAK |  |
| 7. | Wyposażony w kółka, z możliwością blokady  | TAK |  |
| 8. | Pojemnik z pokrywą | TAK |  |
| 9. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 14 poz. 2- Wózek inwalidzki – 3 szt**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Wózek wykonany z aluminium | TAK |  |
|  | Oparcie z taśmami do regulacji napięcia | TAK |  |
|  | Zmienny kat nachylenia oparcia w zakresie 0°-30° | TAK |  |
|  | Przedłużenie oparcia | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany wysokości siedziska w zakresie 44 cm do 53 cm -4 poziomy | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany głębokości siedziska w zakresie 44 cm do 52 cm | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany kąta siedziska -5 poziomów | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany kąta widelca kół przednich | TAK |  |
|  | Podnóżki z regulowanym na głębokość i wysokość podparciem pod łydki i regulowanym kątem | TAK |  |
|  | Podłokietnik z regulacją wysokości w zakresie 22 cm do 24 cm | TAK |  |
|  | Podnóżki regulowane w zakresie 30-47 cm | TAK |  |
|  | Płyta podnóżka z ustawialnym kątem | TAK |  |
|  | Podnóżki demontowalne | TAK |  |
|  | Podłokietniki demontowalne | TAK |  |
|  | Koła tylne z mechanizmem szybkozłącznym | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany środka ciężkości | TAK |  |
|  | Możliwość przy składaniu wózka położenia rączek do pchania na przedniej ramie w celu zminimalizowania wymiarów podczas transportu | TAK |  |
|  | Szerokości całkowita wózka 57 do 70 cm | TAK |  |
|  | Długość wózka 102-104 cm | TAK, PODAĆ |  |
|  | Waga wózka max do 20 kg | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wytrzymałość min.130 kg | TAK, PODAĆ |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

 ......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 15 - Fotel ginekologiczny – 1 szt**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Fotel 3 segmentowy składający się z segmentu głowy, pleców, segmentu siedziska z możliwością dołączenia 4 segmentu nożnego dla uzyskania pozycji leżanki.  | TAK |  |
|  | Bezszwowe materace segmentów fotela wykonane z materiału odpornego na promienie UV oraz środki dezynfekcyjne | TAK |  |
|  | Podstawa, kolumna zabezpieczona tworzywową, gładką osłoną w kolorze białym , gwarantująca brak przestrzeni zamkniętych i trudno dostępnych, oraz łatwość i szybkość dezynfekcji. Podstawa, kolumna oraz spodnie części segmentów fotela obudowane łatwą w utrzymaniu czystości obudową z tworzywa sztucznego w kolorze białym  | TAK |  |
|  | Zintegrowany uchwyt na ręcznikijednorazowe w rolce za segmentem pleców , zawieszany możliwy do szybkiego demontażu. Możliwość poprowadzenia podkładu papierowego w rolce między segmentem pleców i głowy oraz między segmentem siedziska i segmentu pleców | TAK |  |
|  | Podpory pod ręce pacjenta z tworzywa sztucznego w kolorze białym 1 para  | TAK |  |
|  | Wyposażony w uchylną owalną miskę kwasoodporną szt 1  | TAK |  |
|  | Schodek nasuwany na podstawę fotela pokryty białą obudową z tworzywa sztucznego z możliwością demontażu; | TAK |  |
|  | Podpórki podudzia typu Goepela w kolorystyce blatów fotela  | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w jezdną podstawę – kółka z indywidualną blokadą hamulcami | TAK |  |
|  | Pozostałe niezbędne wyposażenie fotela: lampa LED na 0,5m wyginanym ramieniu mocowana do sztycy podpórki podudzia;  | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie min 150 kg. | TAK |  |
|  | Szerokość leża i oparcia pleców 610 mm  | TAK |  |
|  | Elektromechaniczna regulacja wysokości fotela w zakresie 640-940mm sterowanie za pomocą przycisków wbudowanych w podstawę fotela | TAK |  |
|  | Długość x szerokość podstawy fotela 900x600mm | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu plecowego 0-80o  elektromechaniczna uzyskiwana za pomocą przycisków wbudowanych w podstawę fotela;  | TAK |  |
|  | Stała pozycja segmentu siedzenia  | TAK |  |
|  | Stała pozycja segmenty głowy | TAK |  |
|  | Wybór przynajmniej 20 różnych kolorów tapicerki | TAK |  |
|  | CE- Deklaracja zgodności, | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Gwarancja min 24 miesiące, przeglądy okresowe sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta sprzętu | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 17 – Aparat USG– 1 szt**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
|  | **JEDNOSTKA GŁOWNA** |  |  |
|  | Aparat ze zintegrowaną stacją roboczą, systemem archiwizacji oraz videoprinterem B&W sterowanymi z panelu operatora | TAK |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2019 dostarczony przez autoryzowanego dystrybutora producenta. | TAK |  |
|  | Cztery koła skrętne z możliwością blokowania wszystkich kół | TAK |  |
|  | Fabrycznie wbudowany monitor LED, kolorowy, bez przeplotu | Przekątna ≥ 23”Rozdzielczość monitora≥1920x1080x24 bity |  |
|  | Aparat wyposażony w panel dotykowy | TAK,Min. 10”rozdzielczość≥1280x800 |  |
|  | Wirtualna klawiatura numeryczna dostępna na ekranie dotykowym. | Tak |  |
|  | Fizyczna klawiatura numeryczna wysuwana spod pulpitu sterowania. | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości panelu sterowania. | TAKRegulacja Góra /dół min.18,5 cm |  |
|  | Panel sterowania z możliwością obrotu lewo/prawo. | TAKLewo/prawo≥ +/- 30° |  |
|  | Cyfrowa regulacja TGC dostępna na panelu dotykowym, z funkcją zapamiętywania kilku preferowanych ustawień | TAK |  |
|  | Skala szarości: min. 256 odcieni | TAK |  |
|  | Cyfrowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej min. 1 500 000 kanałów procesowych | TAK |  |
|  | Maksymalna dynamika systemu | TAK, Min. 250dB |  |
|  | Zakres pracy dostępnych głowic obrazowych min. 1-18 MHz | TAK |  |
|  | Ilość aktywnych, równoważnychbezpinowych gniazd do podłączenia głowic obrazowych | ≥3 aktywne |  |
|  | Ilość obrazów pamięci dynamicznej CINE  | ≥ 12500 |  |
|  | Archiwizacja sekwencji filmowych na dysku twardym w czasie badania (równoległe nagrywanie) i po zamrożeniu (pętli CINE). | TAK |  |
|  | Dysk twardy SSD | ≥500 GB |  |
|  | Możliwość exportu obrazów i pętli obrazowych na dyski CD, DVD, pamięci Pen-Drive w formatach min. BMP, JPEG, TIFF, DICOM, AVI | TAK |  |
|  | **TRYBY OBRAZOWANIA** |  |  |
|  | **Tryb B** | **TAK** |  |
|  | Głębokość penetracji  | ≥2-38 cm |  |
|  | Wyświetlany zakres pola obrazowego | ≥0-38 cm |  |
|  | Obrazowanie trapezowe na głowicach liniowych | TAK |  |
|  | Maksymalna prędkość obrazowania (framerate)  | ≥2100 fps |  |
|  | Zoom dla obrazów „na żywo” i zatrzymanych | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne z odwróconym impulsem | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznej optymalizacji obrazu B przy pomocy jednego przycisku. | TAK |  |
|  | Obrazowanie wieloczęstotliwościowe wykorzystujące technologię obrazowania na min. dwóch częstotliwościach jednocześnie. | TAK |  |
|  | Funkcja poprawiająca wizualizację igły. | TAK |  |
|  | **Tryb M** | **TAK** |  |
|  | Tryb M z Dopplerem Kolorowym | TAK |  |
|  | **Tryb Doppler Kolorowy** | **TAK** |  |
|  | Zakres PRF dla Dopplera kolorowego | Min. od 0,1KHz do 14 KHz |  |
|  | Funkcja automatycznej optymalizacji dla trybu Dopplera kolorowego min. automatyczne ustawienie pozycji względem naczynia i pochyleniebramki ROI realizowane po przyciśnięciu dedykowanego przycisku. | TAK |  |
|  | Obrazowanie złożeniowe (B+B/CD) w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | **Tryb Power Doppler** | **TAK** |  |
|  | Zakres PRF dla trybu Power Doppler  | Min. od 0,1KHz do 14KHz |  |
|  | Tryb Power Doppler z detekcją kierunku | TAK |  |
|  | **Spektralny Doppler Pulsacyjny** | **TAK** |  |
|  | Zakres PRF dla Dopplera pulsacyjnego | Min. od 1KHz do 23KHz |  |
|  | Regulacja wielkości bramki w Dopplerze Pulsacyjnym | ≥0,5-15 mm |  |
|  | Tryb Triplex (B+CD/PD+PWD) | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznej optymalizacji parametrów przepływu dla trybu spektralnego Dopplera pulsacyjnego min.dopasowanie skali i poziomu linii bazowej, po przyciśnięciu dedykowanego przycisku. | TAK |  |
|  | Jednoprzyciskowa funkcja automatycznie umieszczająca bramkę SV w trybie PWD we wnętrzu naczynia wraz z automatycznym ustawieniem kąta korekcji. | Tak |  |
|  | **INNE FUNKCJE** |  |  |
|  | Obrazowanie krzyżowe na głowicach: linia, convex | TAK |  |
|  | Funkcja powiększenia obrazu diagnostycznego - zoom | TAK |  |
|  | Zaawansowany filtr do redukcji szumów specklowych polepszający obrazowanie w trybie 2D z jednoczesnym uwydatnieniem granic tkanek o różnej echogeniczności. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie pomiarowe do badań min:* brzusznych
* ginekologicznych
* położniczych
* echo płodu
* mięśniowo-szkieletowych
* pediatrycznych
* małych narządów
* transkranialnych
* urologicznych
* tętnice szyjne
* żyły kończyn górnych
* tętnice kończyn górnych
* żyły kończyn dolnych
* tętnice kończyn dolnych
 | TAK |  |
|  | Pomiary podstawowe na obrazie:* pomiar odległości,
* obwodu,
* pola powierzchni,
* objętości

Funkcja automatycznego rozpoczynania kolejnego pomiaru po wykonaniu uprzedniego | TAK |  |
|  | Możliwość stworzenia własnych pomiarów i formuł obliczeniowych. | TAK |  |
|  | Funkcja obrazująca powiększenie znacznika pomiarowego (lupa), pozwalająca wykonywać pomiary z bardzo dużą precyzją bez konieczności powiększania obszaru zainteresowania. Okno powiększenia wyświetlone poza obrazem diagnostycznym. | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia protokołów badań – sekwencje następujących po sobie zdarzeń min. pomiary, zmiana trybów obrazowania. | TAK |  |
|  | Obrazowanie 3D/4D | TAK |  |
|  | Zaawansowane obrazowanie 4D umożliwiające wykonanie bardzo realistycznych projekcji płodu, co pozwala na dokładniejszą i szybszą diagnostykę wad płodu. Oprogramowanie wyposażone w funkcjęoświetlania struktur z dowolnego kąta. | TAK |  |
|  | **Głowice** |  |  |
|  | Głowicaconvex wolumetryczną wykonaną w technologii Single Cristal lub matrycowej do badań brzusznych oraz ginekologiczno-położniczych- zakres częstotliwości pracy min. 1-8 MHz- ilość elementów: min. 192- kąt skanowania: min. 70°-możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej | TAK |  |
|  | Głowica endokawitarna do badań ginekologicznych, położniczych i urologicznychZakres częstotliwości pracy min. 5-9 MHz- ilość elementów: min. 190- kąt skanowania: min. 150°- możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej | TAK |  |
|  | Głowica liniowa do badań mięśniowo szkieletowych, małych narządów, naczyniowych- zakres częstotliwości pracy min. 3-12 MHz- ilość elementów: min. 256- szerokość skanu: min 50 mm- możliwość pracy z przystawką biopsyjną | TAK |  |
|  | **Głowica convex wykonana w technologii Single Cristal lub matrycowej do badań brzusznych oraz ginekologiczno – położniczych****- zakres częstotliwości pracy min. 1 – 7 MHz****- ilość elementów: min. 160****- kąt skanowania: min. 70o** **- możliwość pracy z przystawką biopsyjną** | TAK |  |
|  | Integracja z systemem PACS Alteris | TAK |  |
|  | **Urządzenia peryferyjne** |  |  |
|  | Videoprinter B&W | TAK |  |
|  | **Inne wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim | TAK |  |
|  | Gwarancja zapewniona przez autoryzowanego dystrybutora producenta min. 36 miesięcy | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

......................................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)