**SP ZOZ/DZ/9/2019**

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**PAKIET NR XV**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**KARDIOWERTER/DEFIBRYLATOR - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia:...................................................................

Nazwa producenta: ...................................................................

Kraj produkcji: ...................................................................

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Warunek** | **Potwierdzenie warunku**  **oraz opis** |
| 1 | Defibrylator dwufazowy | TAK |  |
| 2 | Rok produkcji: 2019 | TAK |  |
| 3 | Defibrylacja dorosłych i dzieci | TAK |  |
| 4 | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |
| 5 | Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J | TAK |  |
| 6 | Energia dostępna na min. 22 poziomach | TAK |  |
| 7 | Czas ładowania do maksymalnej energii < 9 s | TAK |  |
| 8 | Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i mniejsze dla dzieci | TAK |  |
| 9 | Defibrylacja półautomatyczna (AED)  Komunikaty głosowe i ekranowe w języku polskim. Elektrody do AED – 1 komplet | TAK |  |
| 10 | Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja)  Możliwość wykonania kardiowersji także bez kabla ekg (wtedy odczyt sygnału EKG do synchronizacji z łyżek twardych defibrylatora) oraz zapewniona możliwość wykonania kardiowersji z wykorzystaniem kabla ekg 3 żyłowego | TAK |  |
| 11 | Kolorowy ekran o przekątnej min. 6,5 cala, LCD TFT z aktywną matrycą, rozdzielczość ekranu nie gorsza niż 640 x 480 pikseli | TAK |  |
| 12 | Oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |
| 13 | Zasilanie z sieci 230 V/50Hz i z akumulatora wewnętrznego.  Możliwość min. 100-tu minutowego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 70 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego.  Nieograniczone w czasie monitorowanie i nieograniczone co do liczebności defibrylacje z zasilania sieciowego | TAK |  |
| 14 | Ciężar samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami (defibrylacja, kardiowersja, AED, EKG/Resp, saturacja, ciśnienie nieinwazyjne, stymulacja przezskórna, rejestrator) z wbudowanym akumulatorem, łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych – poniżej 7 kg | TAK |  |
| 15 | Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości ≥ 50mm  Wydruk min. 3 odprowadzeń EKG jednocześnie  Wyposażenie do rejestratora: 4 rolki papieru termicznego | TAK |  |
| 16 | EKG  Monitorowanie EKG poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający jednoczesną obserwację min. 6 odprowadzeń EKG (I, II, III aVr, aVl, aVf).  Możliwość monitorowania także odprowadzenia przedsercowego V po zakupie kabla ekg 5 żyłowego  Min. 5 wartości wzmocnienia dla 1mV: x0,25; x0,5; x1; x2; x4  Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany  Wyposażenie wymagane: kabel ekg 3 żyłowy | TAK |  |
| 17 | Pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 5-150 oddechów/min. z prezentacją krzywej oraz z alarmem bezdechu w zakresie min. 5-45 s  Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany | TAK |  |
| 18 | Pomiar saturacji krwi (SpO2) także przy niskiej perfuzji oraz w sytuacji artefaktów ruchowe w technologii Nellcor OxiMax w zakresie min. od 1 do 100 % z pomiarem pulsu obwodowego w zakresie min. od 20 do 300/min  Prezentacja krzywej pletyzmograficznej na ekranie  Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany Wyposażenie: czujnik wielorazowy typu klips na palec wraz z przedłużaczem | TAK |  |
| 19 | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi w min. zakresie 20-250 mmHg  Pomiar na żądanie oraz w trybie automatycznym w przedziale min. od 1 do 240 min.  Pomiar i prezentacja wartości skurczowej, rozkurczowej i średniej  Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany  Wyposażenie: wężyk i wielorazowy mankiety dla dorosłych | TAK |  |
| 20 | Alarmy wizualne i dźwiękowe z możliwością ich zawieszania i wyłączania dla EKG, Resp, SpO2, ciśnienia nieinwazyjnego | TAK |  |
| 21 | Stymulacja przezskórna.  Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym  Częstotliwość stymulacji w zakresie co najmniej 40-170 imp./min  Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 20-180 mA  Wyposażenie: 1 komplet elektrod do stymulacji | TAK |  |
| 22 | Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora jednocześnie fali ekg, fali saturacji i fali oddechu z ostatnich min. 6 h oraz wszystkich danych liczbowych (wraz z pomiarami ciśnienia) z min. 6 godzin monitorowania oraz min. 800 zdarzeń defibrylatora z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika | TAK |  |
| 23 | Zapewnienie możliwości wykonania defibrylacji testowej przy użyciu łyżek twardych z wydrukiem wydatkowanej energii bez zewnętrznych testerów (tester wbudowany w defibrylator) | TAK |  |
| 24 | Funkcja autotesu: defibrylator załącza się, testuje, drukuje raport z autotesu i się wyłącza.  Użytkownik ma możliwość ustawienia dowolnej godziny autotestu. | TAK |  |
| 25 | Możliwość rozbudowy m. in. o opcję temperatury i kapnometrii | TAK |  |

Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

**Uwaga.**

1. **W rubryce tabeli: ,,wartość oferowana” – wpisać: TAK lub NIE oraz potwierdzić spełnienie warunków przez: złożenie poniżej podpisu i opieczętowanie lub podpisanie się czytelnie – przez uprawnionego przedstawiciela wykonawcy, tj. imię i nazwisko tej osoby.**
2. Brak wypełnienia tej rubryki lub wpisanie ,,NIE spełnia” spowoduje odrzucenie oferty jako nie spełniającej wymaganych warunków.

***Potwierdzam oferowane jw. parametry:***

*…………………………….………… dnia: ……………………..…… .*

*(miejscowość)*

*.................................................................*

*Uprawniony przedstawiciel wykonawcy –*

*pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię*