**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**SP ZOZ/DZ/4/2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI graniczne dla analizatora gazometrycznego** | | | |
| **L.p.** | **PARAMETR GRANICZNY** | **WYMÓG** | **Informacja o spełnianiu warunku granicznego - należy wpisać słowo „TAK” lub „NIE”** |
| **Wymagania szczegółowe** | | | |
| **1.** | Analizator fabrycznie nowy, nie starszy niż z 2019 r. | **TAK** |  |
| **2.** | Analizator nie jest odtworzony/regenerowany. | **TAK** |  |
| **3.** | Analizator do oznaczenia parametrów krytycznych pracujący pacjent po pacjencie na bazie wielotestowej kasety (pakietu odczynnikowego) zawierającej odczynniki, kalibratory, pojemnik na ścieki. | **TAK** |  |
| **4.** | Aparat posiadający oddzielną kasetę sensorową/elektrodową. | **TAK** |  |
| **5.** | Oprogramowanie oraz instrukcja obsługi analizatora w języku polskim. | **TAK** |  |
| **6.** | Analizator wykonujący oznaczenia w różnych materiałach m.in. z krwi tętniczej, krwi włośniczkowej, krwi żylnej, krwi pępowinowej oraz materiale kontrolnym. | **TAK** |  |
| **7.** | Automatyczna kalibracja analizatora. | **TAK** |  |
| **8.** | Analizator posiada system automatycznej, wewnętrznej kontroli jakości z możliwością archiwizacji wyników. | **TAK** |  |
| **9.** | Wbudowana drukarka i czytnik kodów kreskowych. | **TAK** |  |
| **10.** | Parametry mierzone min. pH, pCO2, pO2, SO2, COHb, MetHb, O2Hb, Hct, Hb, glukoza, mleczany. | **TAK** |  |
| **11.** | Parametry wyliczane min. HCO3-, BE, luka anionowa, osmolalność. | **TAK** |  |
| **12.** | Automatyczne wykrywanie nieprawidłowości w pracy analizatora np. obecność skrzepu. | **TAK** |  |
| **13.** | Możliwość wykonania badania bezpośrednio z kapilary lub strzykawki. | **TAK** |  |
| **14.** | Wymiana kasety odczynnikowej i sensorowej niezależnie od siebie. | **TAK** |  |
| **15.** | Automatyczne monitorowanie przez aparat poziomu odczynników. | **TAK** |  |
| **16.** | Pełna wymienność kaset odczynnikowych i sensorowych pomiędzy analizatorami tego samego typu (zarówno nowych jak i używanych), bez utraty testów po reinstalacji. | **TAK** |  |
| **17.** | Możliwość podtrzymania pracy analizatora w przypadku awarii zasilania przez minimum 30 min (wbudowany akumulator) i gwarancja bezawaryjnej pracy w przypadku wahania napięcia. | **TAK** |  |
| **18.** | Zbiórka ścieków w analizatorze w sposób zapewniający całkowite bezpieczeństwo dla personelu obsługującego analizator tj. zbierane do pojemnika, który uniemożliwi kontakt personelu ze ściekami, pojemnik jednorazowego użytku bez konieczności wypróżniania go oraz ponownego wstawiania do analizatora. | **TAK** |  |
| **19.** | Zapewnienie wszystkich materiałów zużywalnych do prawidłowego funkcjonowania analizatora. | **TAK** |  |
| **20.** | Objętość próbki potrzebna do wykonania oznaczenia dla wszystkich parametrów max. 100ul | **TAK** |  |
| **21.** | Analizator bez konieczności użycia butli gazowych. | **TAK** |  |
| **Wymagania ogólne** | | | |
| **22.** | Dostarczenie i instalacja analizatora oraz szkolenie personelu laboratorium maksymalnie w ciągu 14 dni od momentu podpisania umowy. | **TAK** |  |
| **23.** | W ramach opłaty dzierżawnej dostawa i montaż analizatora, przeglądy i niezbędne naprawy w przypadku awarii (w trakcie trwania umowy), obsługa serwisowa, deinstalacja i odbiór analizatora po zakończeniu umowy. | **TAK** |  |
| **24.** | Okresowe przeglądy serwisowe zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz w roku. | **TAK** |  |
| **25.** | W ramach opłaty dzierżawnej nieodpłatne szkolenie personelu laboratorium w zakresie obsługi, eksploatacji, konserwacji analizatora oraz zakresu interpretacji wyników badań prowadzonych na analizatorze, według potrzeb Zamawiającego z potwierdzeniem w postaci certyfikatu imiennego dla przeszkolonych pracowników. | **TAK** |  |
| **26.** | W trakcie trwania umowy, w ramach opłaty dzierżawnej zapewnienie nieodpłatnego przeniesienia i reinstalacji analizatora do innego pomieszczenia laboratoryjnego. | **TAK** |  |
| **27.** | Usunięcie awarii analizatora lub aparatury stanowiącej jego integralną część w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia telefonicznego lub pisemnego za pomocą wiadomości sms, fax lub e-mail. | **TAK** |  |
| **28.** | W przypadku nie usunięcia awarii w ciągu 24 godzin Wykonawca pokrywa koszty wykonania badań oraz ich transportu do Podwykonawcy wskazanego przez Zamawiającego lub zapewni analizator zastępczy tego samego typu wraz z odczynnikami i materiałami zużywalnymi do czasu naprawy analizatora podstawowego i uzyskania prawidłowych wyników. W przypadku zapewnienia przez Wykonawcę transportu na czas awarii, Wykonawca pokrywa wyłącznie koszt badań wykonanych u Podwykonawcy wskazanego przez Zamawiającego. | **TAK** |  |
| **29.** | Podłączenie do sieci informatycznej Asseco InfoMedica na koszt Wykonawcy. | **TAK** |  |
| **30.** | Wykonawca zapewnia telefoniczny kontakt z inżynierem serwisowym oferowanego analizatora 7 dni w tygodniu. | **TAK** |  |
| **31.** | Wykonawca wskaże imiennie osobę/y do stałych kontaktów w zakresie obsługi serwisowej. | **TAK** |  |
| **32.** | Możliwość zgłaszania awarii całodobowo, 7dni w tygodniu (zgłoszenie dokonane w formie telefonicznej, e-mail, fax lub wiadomość sms do osoby wskazanej do kontaktu). | **TAK** |  |
| **33.** | Nie ujęcie jakiegokolwiek elementu niezbędnego do wykonania badania na analizatorze lub ujęcie niedostatecznej ilości skutkować będzie dostarczeniem brakujących składników na koszt Wykonawcy w ciągu całego okresu trwania umowy. | **TAK** |  |
| **34.** | Grupa kontrolna dla oferowanych analizatorów w Centralnym Ośrodku Badania Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej nie mniejsza, niż 50 aparatów w 2019 r.  Oferent, którego oferta zostanie oceniona jako najkorzystniejsza zobowiązany będzie dostarczyć poświadczenie w tym zakresie. | **TAK** |  |
| **35.** | W ramach podłączenia analizatora do sieci informatycznej Asseco InfoMedica, Zamawiający wymaga aby wyniki z kontroli jakości wraz z prawidłowymi zakresami wartości dla materiałów kontrolnych były automatycznie wysyłane do systemu laboratoryjnego. | **TAK** |  |

…………………….………………, dnia …………………… 2020 r.

…………………………….…………………

pieczęć i podpis upoważnionego