***Załącznik nr 1a do SWZ***

***na dostawę urządzeń medycznych***

***Nr sprawy ZP/TP-07/2022***

**Zadanie nr 1**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**(Opis Przedmiotu Zamówienia)**

Przedmiot zamówienia – **APARAT DO RESUSCYTACJI NOWORODKA – 1 szt**

Nazwa własna …………………………………………………………........................……

Oferowany model ………………………………………………………….........................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………...............

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

**Wspólny Słownik Zamówień:**  33100000-1 - Urządzenia medyczne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *LP.* | Wymagane parametry i funkcje | **Parametr wymagany**  | **Parametr oferowany** |
| *1* | 2 | **3** | **4** |
|  |  Inkubator otwarty umieszczony na podstawie jezdnej na kołach wyposażonych w hamulce | TAK |  |
|  | Ścianki boczne przezierne, wykonane z materiału odpornego na UV, odporne na zmywanie w środkach dezynfekcyjnych, zabezpieczone przed przypadkowym otwarciem, | TAK |  |
|  | Ścianki boczne opuszczane oraz w celu dostępu do dziecka demontowane przez użytkownika bez użycia narzędzi | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości położenia materacyka względem poziomu podłogi - płynna, realizowana za pomocą podnośnika elektrycznego | TAK |  |
|  | Podstawa materacyka zapewniająca płynną regulację pochylenia materacyka do pozycji Trendelenburga i anty Trendelenburga, dokonywana przy użyciu jednej ręki w zakresie min. ±12° | TAK |  |
|  | Materacyk wielkością przystosowany do inkubatora | TAK |  |
|  | Szuflada lub prowadnice do wprowadzenia kasety RTG pod materacyk bez konieczności przemieszczania dziecka. Kaseta wysuwana po obu stronach inkubatora | TAK |  |
|  | Szuflady lub pojemniki min. 2 szt., dostępne po obu stronach inkubatora | TAK |  |
|  | Szyny min. 2 szt. do mocowania dodatkowych akcesoriów | TAK |  |
|  | Promiennik grzejny umożliwiający wykonanie zdjęcia rtg | TAK |  |
|  | Promiennik grzejny z regulacją mocy grzania z poziomu panelu sterującego, w zakresie regulacji mocy od 0 do min. 330 W | TAK |  |
|  | Promiennik grzejny zapewniający równomierne nagrzewanie powierzchni materacyka | TAK |  |
|  | Automatyczna i ręczna regulacja temperatury bazująca na pomiarach temperatury skóry noworodka w zakresie min.: od 35 do 37,5 °C ze skokiem 0,1°C | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy temperatury skóry pacjenta min. od 32°C do 41°C z dokładnością czujnika ±0,1 °C | TAK |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz na panelu sterującym, typu LCD, min. 6 cali | TAK |  |
|  | Moduł do oceny dotlenienia noworodka i pomiaru częstotliwości rytmu serca | TAK |  |
|  | Panel sterujący umożliwia prezentację parametrów nastawnych i monitorowanych oraz prezentację graficzną cyklu pomiarowego, co najmniej:trendy do 60-minut, w postaci krzywych, zapamiętywane i prezentowane na ekranie co najmniej: -temperatura nastawiona, -moc grzewcza,-temperatura noworodka. | TAK |  |
|  | Wbudowany w panel główny moduł do resuscytacji składający się z manometrów, przepływomierzy oraz mieszalnika. Precyzyjne nastawy stężenia tlenu w mieszance realizowane za pomocą mieszalnika wbudowanego w panel główny. Regulacja wartości ciśnienia gazów dostarczanych pacjentowi z zabezpieczeniem podaży powyżej 30 cmH2O (prezentacja aktualnej wartości ciśnienia w drogach oddechowych na manometrze). Regulowany PIP oraz PEEP. | TAK |  |
|  | Zintegrowana lampa zabiegowa, min. 2000 lux, o regulowanym natężeniu, umożliwiająca podświetlanie wybranego obszaru pacjenta, stanowiąca integralną część urządzenia, bez konieczności dołączania jej do szyny akcesoryjnej urządzenia | TAK |  |
|  | Zintegrowane oświetlenie ogólne: pojedyncze lub podwójne źródło światła o regulowanej mocy, oświetlające całe pole pacjenta | TAK |  |
|  | Gniazda elektryczne, min. 2 szt. wbudowane w inkubator umożliwiające podłączenie innego sprzętu | TAK |  |
|  | Alarmy akustyczne i optyczne co najmniej: * przekroczenia nastawionej temperatury pracy (przegrzania)
* spadku temperatury (niedogrzania)

- zaniku napięcia zasilającego | TAK |  |
|  | Test po włączeniu do sieci - wykonywany automatycznie | TAK |  |
| L |

|  |  |
| --- | --- |
| **Serwis** | **TAK/NIE** |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **TAK/NIE** | **TAK/NIE** |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TAK/NIE** |

 |
| 1 | Autoryzowany serwis na terenie Polski (potwierdzenie od producenta) | TAK |  |
| 2  | Czas reakcji serwisu na zgłoszoną awarię – do 48h w dni robocze, 72h w dni wolne od pracy. | TAK |  |
| 3 | Czas naprawy przedmiotu umowy liczony od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez Zamawiającego: 3 dni (robocze, od poniedziałku do piątku bez sobót i niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy), a w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych z zagranicy: 7 (roboczych) | TAK |  |
| 4 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |
| 5 | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego (wraz z wystawieniem stosownych certyfikatów) w zakresie podstawowych czynności sprawdzenia stanu technicznego urządzenia i podstawowej konserwacji technicznej. Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |
| 6 | Paszport techniczny z wpisem przez autoryzowany serwis | TAK |  |
| 7 | Dostawa do siedziby Zamawiającego, montaż i uruchomienie w terminie – do 30 dni od dnia podpisania umowy | TAK |  |
|  | Niezbędna ilość przeglądów sprzętu, zgodnie z harmonogramem, w ramach kosztów zakupu | TAK |  |
| 9 | Gwarancja obejmująca całkowicie bezpłatne wykonanie usługi przeglądu, naprawy lub wymiany wadliwych części/podzespołów przez minimum 24 m-ce wg zaleceń producenta |  ≥ 2 lata – 0 pkt≥ 3 lata – 10 pkt≥ 4 lata – 20 pkt |  |

Kolumna nr 2 „**Parametry wymagane**” – zawiera parametry wymagane przez Zamawiającego, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

 Kolumna nr 3 „**Parametry graniczne**" – zawiera graniczne wartości parametrów z kolumny nr 2.

 Kolumna nr 4 „**Parametry oferowane**” – brak opisu w tej kolumnie będzie traktowany jako nie spełnienie danego parametru