|  |  |
| --- | --- |
|  | **respiratory dla wcześniaków szt 2** |
|  | **Parametry**  | **wymagane** | **podać** |
|  | Oznaczenie znakiem CE | Tak  |   |
|  | Respirator dla wcześniaków, noworodków i dzieci | Tak  |   |
|  | Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia na wózku jezdnym | Tak  |   |
|  | Wyposażony w boczne szyny do mocowania dodatkowych akcesoriów | 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 swobodnego obrotu ekranu i zmiany kąta nachylenia w celu dopasowania do wymagań stanowiska do intensywnej terapii bez użycia narzędzi | 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  |   |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V AC , 50/60 Hz  | 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 |   |
|  | 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  |   |
|  | Możliwość rozbudowy o wentylację w trybie APRV lub funkcję sterowania stężeniem tlenu na podstawie pomiarów saturacji krwi pacjenta | Tak |  |
|  | **Wentylacja HFO** |
|  | Wentylacja z wysokimi częstościami HFO | Tak  |   |
|  | Regulacja częstości HFO - zakres minimalny od 5 do 20 Hz | Tak  |   |
|  | 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** |
|  | Funkcja automatycznej kompensacji przecieków | Tak  |   |
|  | **Parametry regulowane** |
|  | Częstość oddechów przy wentylacji CMV - zakres minimalny 6-150 min. | Tak  |   |
|  | Objętość pojedynczego oddechu - zakres minimalny od 3 - 100 ml. | Tak  |   |
|  | Regulowane ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych - zakres minimalny od 5 do 60 cm H2O | Tak  |   |
|  | Ciśnienie wspomagania PSV - zakres minimalny od 6 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  |   |
|  | Ciśnienie PEEP | Tak  |   |
|  | Szczytowe ciśnienie wdechowe PIP | Tak  |   |
|  | Ciśnienie średnie | Tak  |   |
|  | Podatność i oporność dynamiczna płuc | Tak  |   |
|  | Indeks szybkiego płytkiego oddechu RSB | Tak |   |
|  | Monitorowanie objętości na masę ciała VT/kgBW | 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  |   |
|  | Polski interfejs i oprogramowanie aparatu | 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  |   |
|  | Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego | Tak  |   |
|  | Alarm bezdechu z automatycznym uruchomieniem wentylacji zastępczej i czasem bezdechu regulowanym w zakresie minimum 5-50 sekund | Tak  |   |
|  | Zapamiętywanie historii alarmów  | Tak  |   |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** |
|  | Nawilżacz aktywny z podgrzewaniem ramienia wdechowego i serwokontrolą temperatury i przepływu oraz przewodami do podłączenia do jednorazowych układów pacjenta | 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 | 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  |   |
| **Warunki gwarancji** |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt.25-36 miesięcy- 10 pkt.37 i więcej miesięcy – 20 pkt. podać |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak podać |  |
| 10. |  Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** |
| 1 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie(sprzęt)spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów
i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych

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

*podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*