**Pakiet 11 Vapoterm sztuk 2 załącznik 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/warunek** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, 2017 rok produkcjiProducentModel/typKraj pochodzenia | TAKpodać |  |
| 1. | Aparat do nieinwazyjnego wspomagania oddychania metodą wysokich przepływów | TAK |  |
| 2. | Może być stosowany u wcześniaków o wadze <700g, dzieci i dorosłych | TAK |  |
| 3. | W pełni zintegrowany system (w jednym aparacie), nie wymagający stosowania dodatkowych urządzeń zewnętrznych - gwarantuje pełną i płynną regulację:- przepływu,- stężenia tlenu,- temperatury. | TAK |  |
| 4. | Redukcja oporu wdechowego (pracy oddechowej) poprzez zastosowanie odpowiedniego przepływu. | TAK |  |
| 5. | Zapewnia efektywne przepłukiwanie anatomicznej przestrzeni martwej - dwutlenku węgla (CO2). | TAK |  |
| 6. | Stosowanie kaniul nosowych nie wymagających specjalnego podłączenia do pacjenta, zapewniających pracę w systemie otwartym tj. dużej nieszczelności (wypełnienie ok. 50% średnicy wewnętrznej każdego z nozdrzy), zapobiegającym uszkodzeniom skóry oraz pełną swobodę podczas jedzenia, mówienia i snu.  | TAK |  |
| 6.1 | Kaniule nosowe o konstrukcji zwiększającej prędkość wdmuchiwanego gazu | TAK |  |
| 7. | Układ pacjenta z płaszczem wodnym zapewniającym stały poziom temperatury i wilgotności podawanej mieszanki gazów oraz eliminację skraplania się pary wodnej w układzie pacjenta. | TAK |  |
| 8. | Gotowość aparatu od włączenia do prowadzenia terapii w czasie <5 min. łącznie z osiągnięciem progu ustawionej temperatury. | TAK |  |
| 9. | Wbudowany system nawilżania gazów oddechowych zabezpieczający przed transportem bakterii i grzybów | TAK |  |
| 10. | Stały poziom nawilżenia gazów oddechowych na całym zakresie przepływu | TAK |  |
| 11. | Wyświetlacz LED prezentujący duże i czytelne informacje w postaci jasnych i zrozumiałych liczb i symboli, gwarantujący dobrą widoczność z dużej odległości. | TAK |  |
| 12. | Możliwość współpracy z nebulizatorem np.: Aeroneb. | TAK |  |
| 13. | Zasilanie elektryczne 230V, 50Hz +/- 10% | TAK |  |
| 14. | Wbudowane awaryjne zasilanie podtrzymujące pracę aparatu na min. 15 minut pracy | TAKpodać |  |
| 15. | Wbudowany elektroniczny mieszalnik gazów tlen/powietrze | TAK |  |
| 16. | Przystosowany do zasilania gazami o ciśnieniu:Tlen medyczny od 5,5 do 6 barSprężone powietrze medyczne od 5 – 5,5 barze szpitalnej centralnej instalacji gazów medycznych z punktami poboru typu AGA | TAK |  |
| 17. | Waga aparatu max. 6 kg | TAKpodać |  |
| **17.**  | **Parametry regulowane** |  |  |
| 17.1 | Przepływ mieszaniny powietrza i tlenu regulowany płynnie: | TAK |  |
| - wysoki przepływ : 5-40 l/min ze skokiem co 1 l/min | TAKpodać |  |
| - niski przepływ: 1-8 l/min ze skokiem co 0,5 l/min (automatyczne ograniczenie zakresu przepływów, uniemożliwiające nastawę powyżej opisanego progu przepływu) | TAKpodać |  |
| 17.2 | Stężenie tlenu 21 do 100% regulowane płynnie | TAK |  |
| 17.3 | Temperatura 33-43ºC co 1 ºC  | TAK |  |
| **18.** | **Alarmy** | TAK |  |
| 18.1 | Aparat wyposażony w alarmy akustyczne i optyczne: | TAK |  |
| 18.2 | Przekroczenia temperatury | TAK |  |
| 18.3 | Wysokiego ciśnienia (zatkania przewodu) | TAK |  |
| 18.4 | Uszkodzenia układu pacjenta | TAK |  |
| 18.5 | Czujnika tlenu | TAK |  |
| 18.6 | Braku wody  | TAK |  |
| 18.7 | Niskiego poziomu naładowania baterii | TAK |  |
| 18.8 | Zasilania gazowego | TAK |  |
| **19.** | **Wyposażenie** |  |  |
| 19.1 | Jednorazowy układ pacjenta w formie kasety nawilżającej z automatycznym pobieraniem wody, zintegrowany z przewodem doprowadzającym gazy oddechowe do pacjenta, wyposażonym w płaszcz wodny (rura w rurze) zapewniający eliminację skraplania się pary wodnej w układzie pacjenta.Oddzielny układ dla wysokich przepływów oraz niskich przepływów po 5 szt. na aparat | TAK |  |
| 19.2 | Czas użycia oferowanego układu jednorazowego użytku min. 30 dniu jednego pacjenta  | TAK |  |
| 19.3 | Kaniule nosowe w 4 rozmiarach – po 2 szt. z każdego rozmiaru na aparat | TAK |  |
| 19.4 | Kaniula z jedną końcówką donosową umożliwiającą skuteczną terapię pacjentów o wadze <1100 g lub w przypadku zbyt wąskiej wewnętrznej średnicy nozdrzy pacjenta – 4 szt. | TAK |  |
| 19.5 | Konstrukcja kaniul nie powodująca zmiany kształtu oraz średnicy końcówek donosowych. | TAK |  |
| 19.6 | Stojak jezdny do zamocowania aparatu z wieszakiem na wodę sterylną, | TAK |  |
| 19.7 | Przewody do zasilania powietrzem oraz tlenem o dł. min. 3m, | TAKpodać |  |
| 19.8 | Pułapki na wodę ze złączem podłączenia tlenu oraz powietrza | TAK |  |
| 19.9 | Czujnik pomiarowy tlenu | TAK |  |
| 20 | Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu | TAKpodać |  |
| **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*