

Poland-Oleśnica: Medical equipments**OJ S 238/2014 10/12/2014****Contract award notice****Supplies****Directive 2004/18/EC****Section I: Contracting authority**

I.1. Name and addresses

Official name: Powiatowy Zespół Szpitali

Postal address: ul. Armii Krajowej 1

Town: Oleśnica

Postal code: 56-400

Country: Poland

E-mail: szpital@civ.pl

Telephone: +48 717767300

Fax: +48 717767307

Internet address(es):General address of the contracting authority: www.pzsolesnica.pl**I.2. Type of the contracting authority**

Other: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

I.3. Main activity

Health

I.4. Contract award on behalf of other contracting authorities

The contracting authority is purchasing on behalf of other contracting authorities: no

Section II: Object of the contract

II.1. Description**II.1.1. Title**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla potrzeb nowopowstającego Oddziału OIOM w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy, tj.: aparatu jezdnego RTG w ilości 1 szt., kardiomonitora modułowego w ilości 7 szt., respiratora dla dzieci i dorosłych w ilości 3 szt., łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego z wagą w ilości 1 szt., Łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego w ilości 6 szt., pomp infuzyjnych strzykawkowych w ilości 30 szt., pomp infuzyjnych objętościowych w ilości 5 szt., defibrylatora dwufazowego w ilości 1 szt., systemu ogrzewania pacjenta w ilości 1 szt., ssaków elektrycznych w ilości 2 szt., ssaków próżniowych w ilości 7 szt., resuscytatorów AMBU w ilości 7 szt., laryngoskopów klasycznych w ilości 2 szt., wózka do transportu chorych w ilości 1 szt., słuchawek lekarskich w ilości 7 szt., materaców przeciwoślężynowych, ciśnieniowych z pneumatyczną pompą w ilości 7 szt., video-laryngoskopu z wyświetlaczem w ilości 1 szt., przenośnego bronchofiberoskopu intubacyjnego w ilości 1 szt., szafek przyłóżkowych bez blatu bocznego w ilości 7 szt., wózka anestezjologicznego w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

II.1.2. Type of contract and place of performance or delivery

Supplies

Main site or place of performance: Powiatowy Zespół Szpitali

ul. Armii Krajowej 1

56-400 Oleśnica.

NUTS code

II.1.3. Information about a framework agreement or a dynamic purchasing system (DPS)

II.1.4. Short description of the contract or purchase(s)

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla potrzeb nowopowstającego

Oddziału OIOM w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy, tj.:

aparatu jezdnego RTG w ilości 1 szt., kardiomonitora modułowego w ilości 7 szt., respiratora dla dzieci

i dorosłych w ilości 3 szt., łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego z wagą w ilości 1 szt., Łóżka szpitalnego

wielofunkcyjnego w ilości 6 szt., pomp infuzyjnych strzykawkowych w ilości 30 szt., pomp infuzyjnych

objętościowych w ilości 5 szt., defibrylatora dwufazowego w ilości 1 szt., systemu ogrzewania pacjenta w

ilości 1 szt., ssaków elektrycznych w ilości 2 szt., ssaków próżniowych w ilości 7 szt., resuscytatorów AMBU w

ilości 7 szt., laryngoskopów klasycznych w ilości 2 szt., wózka do transportu chorych w ilości 1 szt., słuchawek

lekarskich w ilości 7 szt., materaców przeciwoleżynowych, ciśnieniowych z pneumatyczną pompą w ilości 7

szt., video-laryngoskopu z wyświetlaczem w ilości 1 szt., przenośnego bronchofiberoskopu intubacyjnego w

ilości 1 szt., szafek przyłóżkowych bez blatu bocznego w ilości 7 szt., wózka anestezjologicznego w ilości 1 szt.,

monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości

1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej analizy krzywej

ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera załącznik nr 1 do SIWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT.

APARATU JEZDNEGO

RTG W ILOŚCI 1 SZT.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

1 Nazwa, typ, model aparatu RTG Podać

2 Producent Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji Podać

5 Certyfikat CE TAK

Generator TAK

6 Typ generatora HF TAK

7 Częstotliwość generatora 100 kHz TAK

8 Zasilanie 1x230V, 50Hz z gniazda sieciowego ściennego 16A TAK

- 9 Moc generatora powyżej 32 kW TAK podać
- 10 Zakres napięcia: 40-125kV TAK podać
- 11 Nastawa mAs w zakresie: min. 0,2 - 220 mAs TAK
- 12 Minimalny czas ekspozycji ≤ 2 ms TAK
- 13 Maksymalna nastawa mA: min 420 mA TAK
- 14 Pulpit generatora typu „ Touch screen” TAK
- 15 Wybór technik :2, 3 punktowa TAK podać
- 16 Dwustopniowy włącznik ekspozycji TAK
- 17 Wyświetlanie informacji o błędach TAK
- 18 Oprogramowanie aparatu w języku polskim TAK
- 19 Programy anatomiczne programowalne w pamięci aparatu TAK

B Lampa rentgenowska

- 20 Wymiary ogniska małego min 0,5 mm
- duże 1,3 mm TAK podać
- 21 Wymiary ogniska dużego min 1,3 mm TAK podać
- 22 Szybkość wirowania anody 3000 obr./min TAK podać
- 23 Pojemność cieplna anody 110 kHU TAK podać
- 24 Szybkość chłodzenia anody 24 kHU/min TAK podać
- 25 Kolimator obrotowy min. +/- 900 TAK podać
- 26 Zabezpieczenie lampy przed przegrzaniem TAK podać
- 27 C Informacje ogólne o aparacie RTG
- 28 Waga aparatu ≤ 180 kg TAK podać
- 29 Szerokość aparatu: poniżej 700 mm TAK podać
- 30 Wysokość transportowa aparatu do 1500mm TAK
- 31 Fartuch ochronny 0,5 Pb 2 szt TAK

D Informacje dodatkowe

- 32 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK, podać
- 33 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu pracowni RTG TAK
- 34 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania
napraw i przeglądów. TAK
- 35 Naprawy w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK
- 36 Serwis dostępny na terenie Polski TAK
- 37 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. podać
- 38 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregoś z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. KARDIOMONITORÓW

MODUŁOWYCH W ILOŚCI 7 SZT.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

1 Nazwa, typ, model kardiomonitora Podać

2 Producent Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji Podać

5 Certyfikat CE TAK

A Informacje ogólne TAK

6 Kardiomonitor o budowie kompaktowej szt 7 TAK

- 7 Niezależne moduły zabudowane wewnątrz urządzenia TAK
- 8 Ekran kolorowy - aktywna matryca LCD TFT minimum 19" TAK podać
- 9 Rozdzielczość min.: 1280 x 1024 TAK podać
- 10 Zasilanie z sieci 100-240 VAC 50 Hz TAK
- 11 Monitor zintegrowany w jednej obudowie z jednostką główną kardiomonitora wyposażoną w uchwyt do przenoszenia TAK
- 12 Wbudowany akumulator wewnętrzny na min. 60 min. pracy TAK
- 13 Chłodzenie monitora konwekcyjne TAK
- 14 Obsługa przez ekran dotykowy TAK opisać
- 15 Możliwość monitorowania wszystkich grup wiekowych tj dorosłych i dzieci TAK podać
- 16 Możliwość konfigurowania przez użytkownika i zapamiętywania min. 6 ekranów TAK
- 17 Możliwość ekranu dużych cyfr TAK
- 18 Archiwum alarmów – min 300 zdarzeń TAK
- 19 Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów z min. 72 godzin TAK
- 20 Ciągły zapis w pamięci monitora wszystkich monitorowanych parametrów (wartości liczbowych i wszystkich krzywych dynamicznych - min. 6 odprowadzeń EKG, krzywa oddechu, saturacji, krzywa IBP, krzywa kapnografii) z min. 96 godz. TAK
- 21 Alarmy trzystopniowe z możliwością zawieszenia czasowego i na stałe. Możliwość ustawiania granic alarmów dla wszystkich mierzonych parametrów w trybie ręcznym lub automatycznym zależnym od stanu pacjenta TAK
- 22 Wbudowane złącze USB do przenoszenie danych pacjenta do komputera z min. 72 godzinnej pamięci kardiomonitora poprzez nośnik elektroniczny (np. Pendrive) /zapis wszystkich wartości cyfrowych i wszystkich krzywych dynamicznych - min. 6 odprowadzeń/ TAK
- 23 Możliwość włączenia monitora w system centralnego nadzoru TAK
- B Moduł EKG
- 24 Zakres pomiaru HR: 15 – 300 1/min TAK
- 25 Analiza ST z 6 odprowadzeń jednocześnie TAK, podać
- 26 Analiza min. 13 kategorii arytmii TAK, podać
- 27 Detekcja stymulatora serca ze znacznikiem w kanale EKG i sygnałem dźwiękowym TAK podać
- 28 Jednoczesne wyświetlanie min. 6 krzywych przy użyciu kabla 3-żyłowego TAK podać
- 29 Możliwość podłączenia elektrody endokawitarnej TAK podać
- 30 Wyposażenie: kabel 3- żyłowy – 1 szt.
Wyposażenie: kabel 5- żyłowy – 1 szt. TAK podać
- C Moduł respiracji
- 31 Zakres pomiaru RR min.: 5 – 150 1/min TAK podać
- 32 Funkcja nadzoru bezdechu min.: 5 – 45 s. TAK podać
- 33 Licznik bezdechów TAK
- 34 Możliwość wyboru elektrod do detekcji oddechu bez konieczności przepinania kabla EKG TAK
- 35 Prezentacja fali oddechu TAK
- D Moduł NIBP
- 36 Pomiar dla wszystkich grup wiekowych TAK

- 37 Zakres pomiaru: min. 15 - 270 mmHg TAK podać
- 38 Tryb pracy: ręczny, automatyczny oraz ciągły TAK
- 39 Czas repetycji pomiaru min.: 1 – 480 min TAK
- 40 Wyświetlane wartości ciśnienia: skurczowe, rozkurczowe, średnie TAK
- 41 Możliwość pomiaru tętna z mankietu TAK
- 42 Podręczne zestawienie ostatnio wykonanych pomiarów (wartość skurczowa, rozkurczowa i średnia, z określeniem daty oraz godziny wykonanego pomiaru) bez konieczności wchodzenia w archiwum urządzenia.
- TAK
- 43 Wyposażenie do każdego monitora: wielorazowy mankiety do pomiaru ciśnienia – dla dorosłych 1 szt., dla dzieci 1szt. TAK
- E Moduł Saturacja SpO2
- 44 Pomiar przy niskiej perfuzji TAK
- 45 Odporny na artefakty ruchowe Nellcor OxiMax TAK
- 46 Zakres pomiaru SpO2: min. 1 – 100 % TAK
- 47 Zakres pomiaru pulsu obwodowego: min. 20 – 250 1/min TAK
- 48 Prezentacja fali pletyzmograficznej TAK
- 49 Wyposażenie dla każdego monitora: przedłużacz, czujnik wielorazowy typu klips na palec, czujnik wielorazowy typu Y TAK
- F Moduł temperatury
- 50 Jeden kanał pomiarowy TAK
- 51 Możliwość pomiaru temperatury wewnętrznej lub powierzchniowej TAK
- 52 Zakres pomiaru temperatury min.: 5 – 50 °C TAK
- 53 Wyposażenie: do każdego monitora wielorazowa sonda do pomiaru temperatury szt 1 TAK
- G Moduł IBP inwazyjny pomiar ciśnienia
- 54 Jeden kanał pomiarowy minimum TAK
- 55 Zakres pomiaru: min. -40 do + 320 mmHg TAK
- 56 Wyświetlane wartości ciśnienia: skurczowe, rozkurczowe, średnie oraz pulsu TAK
- 57 Wyposażenie: kabel interfejsowy IBP – 1szt. do każdego monitora, jednorazowe przetworniki do pomiaru ciśnienia – 2 szt. do każdego monitora. TAK
- 58 Możliwość rozbudowy o dodatkowe kanały pomiaru IBP TAK
- H Pomiar ciśnienia śródczaszkowego
- 59 Urządzenie do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego z jednym zestawem pomiarowym TAK
- 60 Kabel interfejsowy wyposażony w złącze do podłączenia go do modułu IBP w kardiomonitorze – 1 szt TAK
- 61 Urządzenie będzie dostępne w każdym z oferowanych kardiomonitorów.
- I Moduł Kapnografia
- 62 Pomiar CO2 w strumieniu bocznym TAK
- 63 Zakres pomiaru: 1 – 99 mmHg TAK
- 64 Prezentacja fali kapnograficznej TAK
- 65 Zestaw linii pomiarowych do pomiaru kapnografii do każdego monitora TAK
- J Informacje dodatkowe
- 66 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK podać
- 67 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu OIT TAK
- 68 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów. TAK

69 Koszty serwisu i napraw w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK

70 Serwis dostępny na terenie Polski TAK

71 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. podać

72 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje

odrzućenie oferty.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT.

RESPIRATORA DLA

DZIECI I DOROSŁYCH W ILOŚCI 1 SZT.

Parametry opisane muszą odpowiadać respiratorowi w oferowanej konfiguracji!

L.p. Parametr / warunek - Wymagania graniczne TAK/NIE - Wartość oferowana

I INFORMACJE O PRODUKCIE

1. Rok produkcji Fabrycznie nowy lub po demonstracyjny

2. Typ/model Podać

3. Producent Podać

4. Certyfikat, nr, data ważności Podać

II PRZEZNACZENIE RESPIRATORA

5. Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia do stosowania w warunkach

intensywnej terapii Respirator przeznaczony do zastosowania na Oddziale Intensywnej Terapii dla pacjentów z

niewydolnością oddechową różnego pochodzenia TAK

6. Dwa respiratory podemonstracyjne dla dorosłych i dzieci powyżej 3,5 kg i jeden respirator fabrycznie nowy

dla dorosłych i dzieci z dodatkowym oprogramowaniem noworodkowym TAK

III ZASILANIE RESPIRATORA

7. Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu 2,5 do 6,0 bar Wymagany zakres 2,5 do 6,0 bar

uwzględnia typowe ciśnienie powietrza centralnego 5 bar z marginesem wynikającym z poboru gazów i cyklu

pracy sprężarek TAK

2,5 do 6,0 bar

8. Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu 2,5 do 6,0 bar Wymagany zakres uwzględnia typowe

ciśnienie tlenu centralnego 5 bar z marginesem wynikającym z poboru gazów i stanu napełnienia butli TAK

2,5 do 6,0 bar

9. Możliwość prowadzenia wentylacji awaryjnie przy zasilaniu jednym gazem, powietrzem lub tlenem.

Automatyczne przełączenie respiratora na dostępny gaz Respirator musi podtrzymać pracę w przypadku awarii

jednego z zasilających gazów. Wymagany komunikat o braku zasilania tlenem lub powietrzem TAK

10. Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz+5 %/-10 % Respirator musi być przystosowany do standardowego zasilania

sieciowego w Polsce i być odpornym na wahania zasilania sieciowego co najmniej w wymaganych granicach

TAK

11. Awaryjne zasilanie ze zintegrowanego akumulatora na minimum 0,5 godziny pracy.

Respirator musi

podtrzymać wentylację w przypadku awarii zasilania sieciowego. Minimalny czas konieczny do zabezpieczenia

alternatywnej wentylacji to 30 minut. Podtrzymanie nie musi zapewniać pracy kompresora TAK

IV TRYBY WENTYLACJI

12. Wentylacja wspomagana/kontrolowana

CMV/ Assist – IPPV

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów bez napędu oddechowego lub z bardzo słabym napędem oddechowym.

Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

13. Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV Typowy tryb wentylacji dla pacjentów ze

zmiennym napędem oddechowym będących w stanie zabezpieczyć część spontanicznej wentylacji minutowej.

Wymagana możliwość wyboru oddechu co najmniej wymuszonego VCV, PCV i spontanicznego PSV. Dostępny

we wszystkich respiratorach. TAK

14. Wentylacja SPONTANICZNA

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i

oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

15. Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym wymagających zwiększonej pojemności

końcowo- wydechowej. Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

16. Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV

Typowy tryb wentylacji w respiratorach wysokiej klasy nowej generacji z aktywnym zaworem oddechowym

dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z

częściowym wspomaganie oddechu na dwóch poziomach dodatniego ciśnienia. Dostępny we wszystkich

respiratorach wysokiej klasy pod różnymi nazwami. Zamawiający wymaga, aby respirator rozpoznawał

spontaniczną aktywność pacjenta na obu poziomach ciśnienia, zliczał oddechy pacjenta i mierzył ich objętości.

TAK

17. Wentylacja nieinwazyjna NIV

Zamawiający wymaga, aby dostarczone respiratory umożliwiały wentylację za pomocą maski, hełmów i innych

nieinwazyjnych akcesoriów do wentylacji. Wymaga się aby respirator był dostosowany do pracy z układami do

nieinwazyjnej wentylacji, które charakteryzują się zmiennym przeciekiem. Wymagany jest wydzielony przycisk

uruchamiający wentylację nieinwazyjną i jasna sygnalizacja pracy respiratora w tym trybie TAK

18. Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i wyboru

rodzaju oddechu

wymuszonego. Respirator musi posiadać automatycznie uruchamiana wentylację zastępczą w przypadku braku

aktywności pacjenta w trybie wentylacji spontanicznej.

Konieczna możliwość wyboru oddechu VCV lub PCV

Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej lepszy dobór wentylacji zabezpieczającej przy bezdechu do

patologii oddechowej pacjenta TAK

19. Wdech manualny

Respirator musi być wyposażony w przycisk umożliwiający na żądanie oddanie przez lekarza mechanicznego

oddechu o ustalonych parametrach. TAK

V RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO

20. Oddech kontrolowany objętością VCV

Respirator musi posiadać wymuszony oddech kontrolowany objętością. Kryterium przełączenia na fazę

wydechową jest oddanie nastawionej objętości lub osiągnięcie limitu alarmowego

nastawionego przez lekarza

TAK

21. Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV

Respirator musi posiadać wymuszony oddech kontrolowany ciśnieniem. Respirator ma utrzymać nastawione

ciśnienie wdechowe przez czas wdechu. Kryterium przełączenia na fazę wydechową jest osiągnięcie czasu

wdechu lub limitu alarmowego nastawionego przez lekarza TAK

22. Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+

Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w oddechy wymuszone o podwójnej kontroli –

ciśnieniowo kontrolowane z docelową objętością. Respirator może zmieniać zgodnie z algorytmem ciśnienie

wdechowe w celu zapewnienia docelowej objętości oddechowej. Wymagane są zabezpieczenia nadmiernej

objętości wdechowej i alarm ograniczający ciśnienia wdechowe. TAK

VI RODZAJE ODDECHU SPONTANICZNEGO

23. Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB

Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w oddechy spontaniczne wspomagane ciśnieniem.

Oddechy muszą być wyzwalane przez pacjenta i przełączane na fazę wydechową z kryterium przepływowego

(spadek przepływu wdechowego do ustalonej wartości procentowej przepływu szczytowego)

TAK

24. Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV. Respirator musi zmieniać

automatycznie poziom

ciśnienia wdechowego wspomagającego oddechy spontaniczne w zależności od wysiłku pacjenta tak, aby

przywrócić docelową spontaniczną objętość oddechową TAK

VII INNE RODZAJE WSPOMAGANIA ODDECHU SPONTANICZNEGO

25. Oddech spontaniczny wspomagany proporcjonalnie typu PPS, PAV zgodny z algorytmem Younesa lub

NAVA wspomaganie wysiłku oddechowego na podstawie detekcji elektrycznej aktywności

nerwu przeponowego

Zamawiający wymaga wyposażenia respiratora w najnowsze tryby oddechowe wspomagające synchronicznie

pracę przepony wentylowanego pacjenta, zmieniające aparat we „wzmacniacz oddechu” TAK
26. Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej typu ATC, TC, TRC

Zamawiający wymaga, aby respiratory wyposażone były w tryb eliminujący wpływ rurki dotchawiczej na pracę

oddechową pacjenta umożliwiającą przeprowadzenie kontrolowanych prób samodzielnego oddychania pacjenta

(SBT). Automatyczna kompensacja rurki intubacyjnej jako tryb wymagający szybkiej reakcji respiratora i

ciągłej zmiany ciśnienia wspomagania w zależności od przepływu gazów przez rurkę jest charakterystycznym

sposobem wspomagania oddechu spontanicznego pacjenta dla wysokiej klasy respiratorów z szybkością

pneumatyką TAK

VIII PARAMETRY REGULOWANE

27. Częstość oddechów.

Respirator musi posiadać zakres regulacji częstości oddechów umożliwiającą wentylację pacjentów

pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny:

1-100 1/min TAK

1-100 1/min

28. Objętość pojedynczego oddechu

Respirator musi posiadać zakres regulacji objętości oddechowych umożliwiającą wentylację pacjentów

pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny:

30-2000ml TAK

30-2000ml

29. Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo-kontrolowanych

Respirator musi posiadać zakres regulacji przepływu szczytowego umożliwiającą wentylację pacjentów

pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny:

3-120 l/min TAK

3-120l/min

30. Stosunek wdechu do wydechu lub czas wdechu. Zamawiający dopuszcza regulację czasu wdechu,

procentu czasu cyklu oddechowego, stosunku I:E lub inną, która w efekcie umożliwi uzyskanie czasu wdechu w

zakresie minimum od 0,2 do 5,0 sekund TAK

I:E

1:9-4:1

Ti 0.2-5.0s

31. Czas plateau. Respirator musi posiadać możliwość ustawienia pauzy wdechowej w wentylacji objętościowo

kontrolowanej poprzez bezpośrednią lub pośrednią nastawę czasu trwania czasu plateau.

Zamawiający

dopuszcza regulację czasu plateau, procentu czasu wdechu lub inną, która w efekcie umożliwi

uzyskanie pauzy

wdechowej o czasie trwania minimum od 0,0 do 2,0 sekund TAK

0,0 – 2,0 sek

32. Ciśnienie wdechowe PCV

Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia wdechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych

wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. Wymagany zakres minimalny: 5-80 cmH₂O

TAK

5-80 cmH₂O

33. Ciśnienie wspomaganie PSV/ASB Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia wspomaganie

umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub

ARDS. Wymagany zakres minimalny: 0-60 cmH₂O TAK

0-60 cmH₂O

34. Ciśnienie PEEP/CPAP

Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia końcowo wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia

w drogach oddechowych umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień PEEP/

CPAP np z ARDS. Wymagany zakres minimalny: 0–30 cmH₂O TAK

0–30 cmH₂O

35. Wysoki poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV

Respirator musi posiadać zakres regulacji poziomu wysokiego ciśnienia umożliwiający wentylację pacjentów

dorosłych z patologia płucną wymagających wysokich ciśnień. Wymagany zakres minimalny: 5-50 cmH₂O TAK

5-50 cmH₂O

36. Niski poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV

Respirator musi posiadać zakres regulacji dolnego poziomu ciśnienia końcowo wydechowego umożliwiający

wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień. Wymagany zakres minimalny: 0–30 cmH₂O

TAK

0–30 cmH₂O

37. Czas wysokiego poziomu ciśnienia. Zamawiający wymaga aby respirator umożliwiał stosowanie długich

czasów górnego wysokiego poziomu ciśnienia co jest szczególnie istotne w trybie wentylacji z uwolnieniem

ciśnienia APRV. Dopuszcza się różne metody nastawy bezpośrednie poprzez regulację czasu lub pośrednie,

które w efekcie pozwolą na uzyskanie czasu górnej fazy ciśnienia w zakresie 0,2 do minimum 15 sekund TAK

0,2 – 15 sek

38. Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV /ASB. Zamawiający

wymaga, aby respirator posiadał funkcje umożliwiającą zapewnienie lepszej synchronizacji wysiłku

oddechowego pacjenta z respiratorem. TAK

39. Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie minimum
5 – 50 %. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej optymalizację synchronizacji wydechu z wysiłkiem oddechowym pacjenta TAK
5 – 50 %
40. Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta.
Respirator musi być wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta.
Minimalny wymagany zakres czułości triggera przepływowego to 0,5 do 15 l/min TAK
0,5 – 15 l/min
41. Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie minimum 0,5 – 15
cmH₂O. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dodatkowy sposób wykrywania wysiłku spontanicznego pacjenta, dostosowujący respirator lepiej do patologii płucnej i stanu pacjenta TAK
0,5 – 15 cmH₂O
42. Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie
Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w pneumatyczno-elektroniczny mieszalnik gazów kontrolowany mikroprocesorowo pozwalający na zmianę wdechowego stężenia tlenu w zakresie 21 do 100 %
co 1 %. Zamawiający nie zaakceptuje oferty na respirator z mechanicznym mieszalnikiem tlenu ze względu na podatność takiego rozwiązania na zanieczyszczenia gazów i konieczność częstych przeglądów TAK
21 - 100 %
43. Możliwość ustawienia dla wentylacji przy bezdechu wyższego stężenia tlenu od stosowanego w aktualnym trybie wentylacji. Respirator musi automatycznie podnieść stężenie tlenu przy przejściu do wentylacji przy bezdechu do nastawionego wstępnie poziomu i powrócić do poprzedniego FiO₂ po zakończeniu bezdechu. TAK
- IX INNE FUNKCJE WENTYLACJI
44. Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo kontrolowanych :prostokątna i opadająca. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dobór krzywej przepływu zapewniającej lepszą dystrybucję gazów, dostosowanej do patologii oddechowej pacjenta TAK
Minimum prostokątna i opadająca
45. Możliwość wyboru sposobu nastawiania parametrów wzajemnie zależnych w trakcie wentylacji pacjenta (czas wdechu, czas wydechu, stosunek I:E). Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej nastawianie parametrów respiratora zgodnie z preferencjami lekarza. TAK
46. Manualne przedłużenie fazy wdechowej
Zamawiający wymaga, aby respirator umożliwiał wykonanie manewru pauzy wdechowej minimum do 5 sekund.
Manewr powinien umożliwić ustalenie ciśnienia plateau i wykonanie pomiarów mechaniki oddechowej TAK

Minimum do 5 sekund

47. Manualne przedłużenie fazy wydechowej

Zamawiający wymaga, aby respirator umożliwiał wykonanie manewru pauzy wydechowej minimum do 10

sekund. Manewr powinien umożliwić ustalenie ciśnienia końcowo-wydechowego i wykonanie pomiarów

wewnętrznego PEEP TAK

Minimum do 10 sekund

48. Możliwość wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP,

BILEVEL, APRV. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej lepszy dobór wentylacji do patologii oddechowej

pacjenta, w tym wspomagania wysiłku oddechowego pacjenta w wysokiej fazie ciśnienia TAK
X MONITOR GRAFICZNY

49. Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14" do obrazowania parametrów wentylacji

oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji. Zamawiający wymaga, aby ekran umożliwiał obsługę poprzez

dotyk także w przypadku używania rękawiczek ochronnych TAK

Podać przekątną całkowitą

50. Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora

Zamawiający wymaga, aby respirator wyposażony był w ekran z możliwością obrotu monitora w płaszczyźnie

poziomej lub/i pionowej w stosunku do reszty aparatu. Funkcja ta ma ułatwić obsługę aparatu poprzez

dostosowanie kąta widzenia do potrzeb osoby obsługującej bez konieczności obrotu całego aparatu wraz

z ramieniem podtrzymującym układ oddechowy, wiążącego się z niebezpieczeństwem przypadkowego

rozintubowania pacjenta TAK

51. Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu

Zamawiający wymaga graficznej prezentacji ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością

wyświetlenia co najmniej 2 krzywych jednocześnie na ekranie TAK

co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie

52. Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość i przepływ –objętość. Zamawiający wymaga funkcji

poprawiającej diagnostykę mechaniki oddechowej pacjenta TAK

53. Respirator musi posiadać możliwość zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym

momencie w celu ich analizy TAK

54. Prezentacja na ekranie trendów graficznych i tabelarycznych min. 48 godzinnych

Zamawiający wymaga

funkcji ułatwiającej przegląd monitorowanych i nastawianych parametrów, która polepsza diagnostykę stanu

pacjenta. TAK

XI POMIARY PARAMETRÓW WENTYLACJI

55. Pomiar parametrów nie wymagający sterylizacji, dezynfekcji lub wymiany czujników pomiarowych pomiędzy

pacjentami. Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej szybkie zastosowanie respiratora u następnego pacjenta, uzasadnionej także z punktu widzenia kosztów eksploatacji i łatwości obsługi aparatu. TAK

56. Integralny pomiar stężenia tlenu
Respirator musi posiadać czujnik pomiarowy stężenia wdechowego tlenu i wyświetlać wartość $O_2\%$ w formie cyfrowej TAK

57. Całkowita częstość oddychania
Respirator musi posiadać pomiar całkowitej częstości oddechów i wyświetlać zmierzona wartość F_{tot} w formie cyfrowej TAK

58. Objętość pojedynczego oddechu
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać zmierzona objętość wydechową pojedynczego oddechu VTE w formie cyfrowe TAK

59. Całkowita objętość wentylacji minutowej
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną minutową objętość wydechową MV tot w formie cyfrowej TAK

60. Objętość spontanicznej wentylacji minutowej
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną spontaniczną minutową objętość wydechową MVspont w formie cyfrowej TAK

61. Pomiar szczytowego przepływu wydechowego PEF Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

62. Pomiar szczytowego wdechowego przepływu spontanicznego PSF. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

63. Pomiar przepływu końcowo-wydechowego EEF. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

64. Ciśnienie szczytowe
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia szczytowego PIP w formie cyfrowej TAK

65. Średnie ciśnienie w układzie oddechowym
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia średniego $P_{\text{śred}}$ w formie cyfrowej TAK

66. Pomiar rzeczywistego stosunku I:E. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

67. Ciśnienie plateau
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia Plateau P_{pl} w formie cyfrowej TAK

68. Ciśnienie PEEP/CPAP
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia końcowowydechowego

lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych w formie cyfrowej TAK

69. Ciśnienie Auto PEEP

Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzoną podczas manewru zatrzymania

przy wydechu wartość ciśnienia Auto PEEP formie cyfrowej TAK

70. Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100ms. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji

ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

71. Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej. Zamawiający wymaga

pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

72. Podatność statyczna płuc pacjenta

Respirator musi posiadać możliwość wykonania manewru pomiarowego określającego statyczną podatność

płuc i wyświetlić wartość Cst w formie cyfrowej TAK

73. Pomiar podatności dynamicznej Cdyn. Zamawiający wymaga pomiaru dynamicznego istotnego parametru

mechaniki oddechowej płuc ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

74. Opory wdechowe płuc pacjenta

Respirator musi posiadać możliwość wykonania manewru pomiarowego określającego opory wdechowe płuc i

wyświetlić wartość Rinsp w formie cyfrowej TAK

75. Indeks dyszenia RSB (f/V_t)

Respirator musi posiadać możliwość obliczenia indeksu szybkiego płytkiego oddechu /dyszenia i wyświetlenia

jego wartości w postaci cyfrowej TAK

XII ALARMY

76. Hierarchia alarmów w zależności od ważności Respirator musi być wyposażony w hierarchiczny system

alarmowy rozróżniający ważność przyczyny alarmu i sygnalizujący sytuacje alarmowe w sposób stosowny do

zagrożenia dla pacjenta TAK

77. Stopniowanie aktywnego alarmu w zależności od czasu trwania sytuacji alarmowej. Zamawiający wymaga

aby respirator posiadał funkcje eliminującą uciążliwe alarmy bez zmniejszania poziomu bezpieczeństwa

pacjenta TAK

78. Zaniku zasilania sieciowego Respirator musi informować obsługę o zaniku zasilania sieciowego. Wymagany

jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

79. Zaniku zasilania baterijnego Respirator musi informować obsługę o zaniku zasilania baterijnego.

Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

80. Niskiego ciśnienia tlenu Respirator musi informować obsługę o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania tlenem.

Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

81. Niskiego ciśnienia powietrza Respirator musi informować obsługę o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania

powietrzem. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

82. Za niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym Respirator musi

informować obsługę

o zbyt niskim lub zbyt wysokim stężeniu wdechowym tlenu. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

83. Wysokiej całkowitej objętości minutowej Respirator musi informować obsługę o wysokiej całkowitej objętości

minutowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

84. Niskiej całkowitej objętości minutowej Respirator musi informować obsługę o niskiej całkowitej objętości

minutowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

85. Wysokiego ciśnienia Respirator musi informować obsługę o wysokim ciśnieniu w układzie oddechowym.

Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny. Alarm musi ograniczać ciśnienie i uwolnić je poprzez otworenie

zastawki wydechowej lub zaworu bezpieczeństwa TAK

86. Niskiego ciśnienia wdechowego lub rozłączenia układu oddechowego Respirator musi informować obsługę

o niskim ciśnieniu wdechowym lub rozłączeniu układu oddechowego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i

wizualny TAK

87. Wysokiej częstości oddechów Respirator musi informować obsługę o wysokiej częstości oddechów.

Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

88. Wysokiej objętości oddechowej Respirator musi informować obsługę o wysokiej objętości oddechowej.

Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

89. Niskiej objętości oddechowej Respirator musi informować obsługę o niskiej objętości oddechowej.

Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

90. Limit wysokiej objętości wdechowej

Respirator musi informować obsługę o osiągnięciu limitu wysokiej objętości wdechowej dla trybów o podwójnej

kontroli, kompensacji oporów rurki intubacyjnej i innych zagrożonych dostarczeniem nadmiernej objętości

oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

91. Wydzielony alarm zatkania gałęzi wydechowej układu pacjenta. Zamawiający wymaga, aby respirator

posiadał alarm ułatwiający szybka diagnozę przyczyny okluzji układu oddechowego istotny dla bezpieczeństwa

pacjenta TAK

92. Niskiej częstości oddechów lub bezdechu respirator musi informować obsługę o niskiej częstości

oddechowej lub wystąpieniu bezdechu. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

93. Pamięć alarmów z komentarzem Zamawiający wymaga, aby respirator wyposażony był w pamięć alarmów

oraz rejestr zdarzeń technicznych TAK

XIII INNE POŻĄDANE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE

94. Aparat musi posiadać zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji TAK

Opisać

95. Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie poprzez dotyk. Zamawiający wymaga funkcji

ułatwiającej

obsługę respiratora. Funkcja dotyku powinna działać także gdy obsługa zakłada rękawiczki ochronne TAK

96. W przypadku zmiany trybu i parametrów wentylacji, respirator musi posiadać możliwość łatwego powrotu do

poprzednich nastawień TAK

97. Po włączeniu aparatu, wymagana jest możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta. Zamawiający

alternatywnie dopuszcza również możliwość zawieszenia wentylacji na dłuższy czas i pozostawienia

respiratora w trybie gotowości „Stand by”. Respirator powinien przywrócić wszystkie parametry uprzednio

stosowanej wentylacji, a także zachować nastawy alarmowe i zapisy w pamięci alarmów sprzed wyłączenia lub

uaktywnienia trybu gotowości. TAK

98. Zamawiający wymaga wstępnego ustawienia parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta

IBW TAK

99. Respirator musi posiadać test sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego

wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika TAK

100. Wydechowy filtr przeciwbakteryjny (konstrukcja aparatu uniemożliwia użycie aparatu bez filtra),

Zamawiający wymaga aby respirator zapewniał ochronę przeciwbakteryjną i zapobiegał zakażeniem personelu i

krzyżowym pomiędzy pacjentami TAK

101. Kompletny układ oddechowy dla dorosłych jednorazowy silikonowy dostosowany do HME TAK

20 sztuk na aparat

102. Nebulizator do podawania leków w formie aerozolu przeznaczony do pracy z pacjentami zaintubowanymi

i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a

także u oddychających spontanicznie. Zamawiający wymaga, aby aparat wytwarzał cząstki o średniej wielkości

MMAD poniżej 4 mikrometrów TAK

XIV POZOSTAŁE

103. Respirator stacjonarny na podstawie jezdnej, dwa koła z blokadą TAK

104. Aparat musi posiadać złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie

danych z respiratora TAK

105. Komunikacja, komunikaty ekranowe i opisy na przyciskach, naklejkach ostrzegawczych i informacyjnych w

języku polskim, Polska instrukcja obsługi załączona do aparatu TAK

106. Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z aparatem) TAK

107. Materiały informacyjne na temat oferowanego respiratora TAK

108. Gwarancja na sprzęt 24 miesiące TAK

109. Koszty serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK

Uwaga: w kolumnie “WYMAGANIA GRANICZNE”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi

spowoduje

odrzućenie oferty.

Parametry wymagane stanowią parametry minimalne – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów

spowoduje odrzućenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej

konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie

gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. ŁÓŻKA SZPITALNEGO

WIELOFUNKCYJNEGO Z WAGĄ W ILOŚCI 1 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek / funkcja - Wartość wymagana - Wartość oferowana

I Łóżko szpitalne wielofunkcyjne z wagą

1. Urządzenie typ, model Podać

2. Producent/ Firma Podać

3. Kraj pochodzenia Podać

4. Rok produkcji

5. Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne szafek

6. Łóżko wielofunkcyjne dla pacjentów OIT z możliwością pomiaru wagi pacjenta Tak, opisać

7. Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z

gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka Tak

8. Szerokość zewnętrzna łóżka z barierkami bocznymi – 950mm (+/-50mm) Tak, podać rozmiary

9. Długość zewnętrzna łóżka – 2160mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża dla pacjentów wysokiego

wzrostu Tak, podać rozmiary

10. Leże łóżka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch kolumnach cylindrycznych

gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami. Tak,

11. Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania Tak

12. Akumulator wyposażony we wskaźnik zużycia informujący o konieczności wymiany Tak

13. Współpraca z RTG na odcinku od głowy do bioder bez konieczności przemieszczania pacjenta Tak

14. Precyzyjny system ważenia pacjenta Tak

15. Funkcja zamrażania wagi Tak

16. Brak wpływu wyposażenia na pomiary wagi

17. Barierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej

długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg oraz zabezpieczające pacjenta w pozycji

siedzącej.

Barierki jednorodne bez elementów łączonych. Tak

18. Barierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę
łóżka z materacami anty-odleżynowymi zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm Tak
19. Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:
Paneli w barierkach bocznych
Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego co najmniej kilkucentymetrowe
piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przyciskusterowników
nożnych
Panel sterowniczy wyposażony w elektroniczne kontrolki aktywnych, zablokowanych funkcji
łóżka Tak
20. Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 400 mm do 780 mm (+/- 50 mm)
gwarantująca
bezpieczne opuszczanie łóżka /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania
łóżka/. Tak
21. Regulacja wysokości z dźwiękowym wskaźnikiem osiągnięcia wysokości minimalnej Tak
22. Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie $75^{\circ} \pm 5^{\circ}$ Tak
23. Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie $50^{\circ} \pm 5^{\circ}$ Tak
24. Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w
barierkach bocznych i z
panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak
25. Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania
odleżyn dzięki
minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje
profilaktyczną przeciwko
odleżynom Tak
26. Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga $20^{\circ} (\pm 4^{\circ})$ – sterowanie z panelu
sterowniczego
montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak
27. Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga $20^{\circ} (\pm 4^{\circ})$ – sterowanie z panelu
sterowniczego
montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. Tak
28. Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy
jednego przycisku
oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie
łóżka od strony
nóg Tak
29. Elektryczna pozycja antyszokowa z każdej pozycji – sterowanie przy pomocy jednego
przycisku
oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie
łóżka od strony
nóg Tak
30. Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych z diodową sygnalizacją stanu (na panelu
sterowniczym) dla
poszczególnych regulacji:
- regulacji wysokości
- regulacji części plecowej
- regulacji części nożnej
- regulacji pozycji Trendelenburga i anty-

Trendelenburga

- sterowań nożnych Tak

31. Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku

uruchamiającego dostępność funkcji. Przycisk dostępności funkcji w sterowaniu: na panelu, w barierkach

bocznych Tak

32. Odłączenie wszelkich regulacji z pilota, barierek, sterowań nożnych lub panelu po 180 sekundach

nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) Tak

33. Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu)

natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta

lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze.

System odłączający wszystkie sterowania: panel, pilot i sterowania nożne. System uniemożliwiający jakąkolwiek

regulację nie tylko jako blokadę poszczególnych segmentów ale również deaktywujący przyciski z pozycjami

programowalnymi. Tak

34. Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR Tak

35. Pojedyncze koła jezdne o średnicy 150mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka Tak

36. Łóżko wyposażone w piąte koło kierunkowe

37. Bezpieczne obciążenie robocze 400 kg w pozycji horyzontalnej oraz Bezpieczne obciążenie robocze dla

każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 230kg pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy

tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego Tak

38. Możliwość wyboru kolorystyki szczytów i barierek bocznych Tak

39. Wyposażenie

- wieszak do kroplówki

1. materac o grubości 120mm wykonany z piany poliuretanowej zapobiegającej odleżynom do drugiego stopnia

włącznie. Twarda piana na krawędziach i na spodzie materaca zwiększająca komfort pacjenta. Materac

posiadający nacięcia w okolicach głowy i pięt zmniejszające nacisk oraz specjalne profilowania w części

centralnej dla najlepszej dystrybucji nacisku. Materac w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a

przepuszczającym powietrze. Pokrowiec z krytym zamkiem.

2. Listwa z tworzywowymi uchwytami do worków urologicznych

Wysuwana spod leża półka na pościel z miejscem do odłożenia panelu sterowniczego Tak

II Informacje dodatkowe

40. Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

41. Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać

42. Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać

43. Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów

44. Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada

stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. ŁÓŻEK SZPITALNYCH

WIELOFUNKCYJNYCH W ILOŚCI 6 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Łóżko szpitalne wielofunkcyjne

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne szafek

6 Łóżko wielofunkcyjne dla pacjentów OIT Tak, opisać

7 Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z

gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka Tak

8 Szerokość zewnętrzna łóżka z barierkami bocznymi – 950mm (+/-50mm) Tak, podać rozmiary

9 Długość zewnętrzna łóżka – 2160mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża dla pacjentów wysokiego

wzrostu Tak, podać rozmiary

10 Leże łóżka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch kolumnach cylindrycznych

gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami. Tak,

11 Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania Tak

12 Akumulator wyposażony we wskaźnik zużycia informujący o konieczności wymiany Tak

13 Barierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej

długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg oraz zabezpieczające pacjenta w pozycji

siedzącej.

Barierki jednorodne bez elementów łączonych. Tak

14 Barierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę

łóżka z materacami anty-odleżynowymi zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm Tak
 15 Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:
 Paneli w barierkach bocznych
 Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego co najmniej
 kilkucentymetrowe
 piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego
 przycisku
 - sterowników nożnych
 Panel sterowniczy wyposażony w elektroniczne kontrolki aktywnych, zablokowanych funkcji
 łóżka Tak
 16 Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 400 mm do 780 mm (+/- 50 mm)
 gwarantująca bezpieczne
 opuszczanie łóżka /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Tak
 17 Regulacja wysokości z dźwiękowym wskaźnikiem osiągnięcia wysokości minimalnej Tak
 18 Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75 ° +/- 5 ° Tak
 19 Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 50 ° +/- 5 ° Tak
 20 Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach
 bocznych i z
 panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak
 21 Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania odleżyn
 dzięki
 minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje
 profilaktyczną przeciwko
 odleżynom Tak
 22 Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 20 ° (+/- 4 °) – sterowanie z panelu
 sterowniczego
 montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak
 23 Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 20 ° (+/- 4°) – sterowanie z panelu
 sterowniczego
 montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. Tak
 24 Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego
 przycisku
 oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie
 łóżka od strony
 nóg Tak
 25 Elektryczna pozycja antyszokowa z każdej pozycji – sterowanie przy pomocy jednego
 przycisku
 oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie
 łóżka od strony
 nóg Tak
 26 Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych z diodową sygnalizacją stanu (na panelu
 sterowniczym) dla
 poszczególnych regulacji:
 - regulacji wysokości
 - regulacji części plecowej
 - regulacji części nożnej
 - regulacji pozycji Trendelenburga i anty-
 Trendelenburga
 - sterowań nożnych Tak
 27 Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność

wciśnięcia przycisku

uruchamiającego dostępność funkcji. Przycisk dostępności funkcji w sterowaniu: na panelu, w barierkach

bocznych Tak

28 Odłączenie wszelkich regulacji z pilota, barierek, sterowań nożnych lub panelu po 180 sekundach

nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) Tak

29 Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu)

natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta

lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze.

System odłączający wszystkie sterowania: panel, pilot i sterowania nożne. System uniemożliwiający jakkolwiek

regulację nie tylko jako blokadę poszczególnych segmentów ale również deaktywujący przyciski z pozycjami

programowalnymi. Tak

30 Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR Tak

31 Pojedyncze koła jezdne o średnicy 150mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka Tak

32 Łóżko wyposażone w piąte koło kierunkowe

33 Bezpieczne obciążenie robocze 400 kg w pozycji horyzontalnej oraz Bezpieczne obciążenie robocze dla

każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 230kg pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy

tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego Tak

34 Możliwość wyboru kolorystyki szczytów i barierek bocznych Tak

35 Wyposażenie

- wieszak do kroplówki

- materac o grubości 120mm wykonany z piany poliuretanowej zapobiegającej odleżynom do drugiego stopnia

włącznie. Twarda piana na krawędziach i na spodzie materaca zwiększająca komfort pacjenta. Materac

posiadający nacięcia w okolicach głowy i pięt zmniejszające nacisk oraz specjalne profilowania w części

centralnej dla najlepszej dystrybucji nacisku. Materac w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a

przepuszczającym powietrze. Pokrowiec z krytym zamkiem.

- Listwa z tworzywowymi uchwyty do worków urologicznych

- Wysuwana spod leża półka na pościel z miejscem do odłożenia panelu sterowniczego Tak

II Informacje dodatkowe

36 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

37 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać

38 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać

39 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów

40 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie

„TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada

stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT.
POMP INFUZYJNYCH

STRZYKAWKOWYCH W ILOŚCI 30 SZT.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa

z klawiaturą numeryczną [fabrycznie nowa, oznakowanie CE] TAK

1 Producent Podać

2 Model/typ Podać

3 Rok produkcji Podać

4 Możliwość stosowania strzykawek o różnych pojemnościach [minimum] 5/6 ml, 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml

Tak, podać

5 Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych /minimum 5/ - podać

nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek Tak, podać

6 Automatyczne rozpoznawanie strzykawek Tak

7 Zakres szybkości dozowania [minimum] co 0,1ml/h

0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml

0,1-1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml

0,1-1000 ml/h dla strzykawek 20 ml

0,1-600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml

0,1-400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml Tak, podać

8 Programowana szybkość podaży w jednostkach [minimum] ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg /h, mg/kg/min, µg/

kg/min Tak, podać

9 Dokładność szybkości dozowania +/-2 % Tak

10 Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu Tak

11 Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej [minimum] do 2000 ml/h co 0,1 dla strzykawek 50/60 ml Tak, podać

12 Programowane ciśnienie okluzji w zakresie [minimum] 300-900 mmHg co 75 mmHg Tak, podać

13 Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji Tak

14 Możliwość zablokowania przycisków klawiatury Tak, podać

15 Możliwość programowania nazwy oddziału Tak, podać

16 Wewnętrzna lista leków [minimum] 30 nazw z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika Tak,

podać

17 Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku [minimum 12 profili]

Tak, podać

18 Możliwość programowania prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu Tak

19 Funkcja Stand-By programowana Tak, podać

20 Funkcja KVO programowalna w zakresie [minimum] 0-5 ml/h co 0,1 ml/h Tak, podać

21 Historia infuzji [minimum] 1500 zdarzeń Tak, podać

22 System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta wizualny i dźwiękowy. Podać listę

alarmów. Tak, podać

23 Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim Tak

24 Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka Tak

25 Zasilanie sieciowe 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny) Tak

26 Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność na defibrylację Tak

27 Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe [minimum] 20h przy przepływie 5 ml/h i 4h przy przepływie 100 ml/h

Tak, podać

28 Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego Tak

29 Waga [max] 2,5 kg Tak, podać

II Warunki gwarancji i serwisu

30 Okres gwarancji /minimum/ 24 miesiące od daty dostawy Tak, podać

31 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak

32 Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia Tak, podać

33 Czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw licząc od chwili przyjęcia zgłoszenia /max/ 5 dni

roboczych Tak, podać

34 Serwis na terenie Polski Tak, podać dane adresowe, tel, fax

35 Dostępność części zamiennych po ustaniu produkcji zaoferowanego modelu /minimum/ 10 lat Tak, podać

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych

dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregoś z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT.

POMP INFUZYJNYCH

OBJĘTOŚCIOWYCH W ILOŚCI 5 SZT.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

1 Nazwa, typ, model pompy Podać

2 Producent Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji Podać

5 Certyfikat CE TAK

6 Pompa perystaltyczna, objętościowa przeznaczona do zastosowań w anestezji, intensywnej terapii,

kardiologii, onkologii itp. TAK

7 Możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji. Menu w języku polskim. TAK

8 Tryby pracy umożliwiające:

- programowanie w jednostkach objętościowych

- programowanie w jednostkach wagowych TAK

9 Funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS TAK

10 Wielostopniowy pomiar okluzji TAK

11 Wbudowana biblioteka leków i płynów infuzyjnych z możliwością modyfikacji TAK

12 Historia zdarzeń dostępna z pulpitu pompy i w postaci XML TAK

13 Możliwość długotrwałej pracy z akumulatora TAK podać

14 Detektor kropli:
z cyfrową filtracją zakłóceń, możliwość odłączania TAK

15 Szybkość dozowania:
1 - 1000 ml/godz. programowana co 0,1 ml/godz. TAK

16 Dokładność dozowania: $\leq 5\%$ TAK podać

17 Maksymalna objętość dozowania: 9 999 ml, programowana co 0,1 ml TAK

18 Maksymalny czas dozowania: 99 godz. 59 min. 59 sek. TAK

19 Szybkość dozowania w trybie KVO:
0 - 5 ml/godz programowana co 0,1 ml/h TAK

20 Szybkość dozowania w trybie BOLUS maks. 1500 ml/godz., ustawiana co 1 ml TAK podać

21 Programowane ciśnienie okluzji: płynne ustawianie w zakresie 40 - 80 kPa TAK

22 Ustawiania czułości detektora powietrza:
jednorazowo 0,01 - 0.05 ml powietrza, maks. 1 ml w ciągu 15 min. infuzji TAK podać

23 Zasilanie:
AC 230V 10 %, 50/60 Hz lub 12 - 15 V DC TAK podać

24 Pobór mocy: maks. 20 VA TAK podać

25 Akumulator wewnętrzny: NiCd. TAK

26 Czas pracy z akumulatora:
min. 12 godz. przy szybkości 25 ml/godz. TAK podać

27 Warunki pracy urządzenia:
temperatura otoczenia od $+5\text{ }^{\circ}\text{C}$ do $+40\text{ }^{\circ}\text{C}$
wilgotność względna $20\% \div 90\%$ TAK podać

28 Interfejs: RS 232 C TAK

29 Informacja o stanie naładowania akumulatora TAK

30 Wskaźnik ciśnienia infuzji TAK

31 Blokada zmiany parametrów hasłem TAK

32 Funkcja wypełniania drenu TAK

33 Historia infuzji: min. 1500 zdarzeń TAK podać

34 Wymagania bezpieczeństwa:
EN 60601-1,
EN 60601-1-2 (EMC),
EN 60601-2-24,
MDD 93/94/EEC TAK

35 Wyposażenie:
-przyrządy już kompatybilne z pompą bez zawartości ftalanów, wykonane z RB5, bez odcinka silikonowego w ilości 100 szt TAK

36. Okres gwarancji /minimum/ 24 miesiące od daty dostawy Tak, podać
Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. DEFIBRYLATORA DWUFAZOWEGO W ILOŚCI 1 SZT.
L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

- 1 Nazwa, typ, model defibrylatora Podać
- 2 Producent Podać
- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji Podać
- 5 Certyfikat CE TAK
- A Informacje ogólne TAK
- 6 Defibrylator dwufazowy z możliwością wykonania defibrylacji, kardiowersji i stymulacji przezskórnej TAK
- 7 Defibrylacja dorosłych i dzieci TAK
- 8 Ekran monitora: kolorowy, przekątna min. 6,5 cala, wykonana w technologii LCD TFT z aktywną matrycą TAK
podać
- 9 Rozdzielczość min.: 640 x 480 pikseli TAK podać
- 10 Zasilanie z sieci 230 V/50Hz TAK
- 11 Dwufazowa fala defibrylacji TAK
- 12 Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J TAK
- 13 Energia dostępna na min. 19 poziomach TAK
- 14 Czas ładowania do pełnej energii < 10 sek TAK opisać
- 15 Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i zintegrowane mniejsze łyżki dla dzieci TAK podać
- 16 Defibrylacja synchroniczna (kardiowersji), prowadzona przy użyciu łyżek defibrylatora TAK
- 17 Monitorowanie EKG – poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający obserwację 6 odprowadzeń EKG jednocześnie (I, II, III, aVr, aVl, aVf), TAK
- 18 Zakres pomiaru HR min. od 15 do 300 u./min. TAK
- 19 Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany w zakresie min. od 15 do 300 u./min TAK
- 20 Alarm wizualny i dźwiękowy z możliwością zawieszenia i wyłączenia alarmu. TAK
- 21 Pomiar oddechu w zakresie min. 5-120 oddechów/min. z prezentacją krzywej oddechu. TAK
- 22 Alarm bezdechu w zakresie min. 5-45 s. TAK
- 23 Stymulacja przezskórna. Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym TAK
- 24 Częstotliwość stymulacji w zakresie co najmniej 30-170 imp./min TAK
- 25 Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 20-180 mA TAK
- 26 Możliwość ustawienia przez użytkownika histerezy i czasu refrakcji TAK
- 27 Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości min. 50 mm TAK
- 28 Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości min. 50 mm TAK
- 29 Automatyczny auto-test wykonywany bez udziału użytkownika TAK
- 30 Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali EKG i krzywej pletyzmograficznej z ostatnich 6 godzin monitorowania oraz min. 500 zdarzeń defibrylator z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika TAK
- 31 Zasilanie z akumulatora wewnętrznego z możliwością min. 1,5 godzinnego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego.

TAK

32 Możliwość nieograniczonego w czasie monitorowania i wykonania dowolnej liczby defibrylacji z zasilania

sieciowego. TAK

33 Ciężar samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla

dzieci i dorosłych poniżej 7 kg TAK

34 Możliwość rozbudowy defibrylatora o:

- moduł pomiaru SpO2 (technologia Nellcor)

- moduł pomiaru NIBP TAK

B Informacje dodatkowe

35 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK

36 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu OIT TAK

37 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów. TAK

38 Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK

39 Serwis dostępny na terenie Polski TAK

40 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym podać

41 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje

odrzućenie oferty.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada

stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. SYSTEMU

OGRZEWANIA PACJENTA W ILOŚCI 1 SZT.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I System ogrzewania pacjenta

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji 2014

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne

6 Zasilanie 220-230 V, 50/60 Hz Tak, podać

7 Aparat do ogrzewania pacjenta za pomocą ciepłego powietrza, wyposażony w zaczepek na przewód grzewczy

Tak

8 Giętki przewód grzewczy wzmocniony drutem Tak

9 Zabezpieczenie termiczne poprzez termostat wewnętrzny Tak

10 Podstawa jezdna do aparatu (wózek z blokadą min. 2 kół oraz koszem na akcesoria) Tak

11 Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek; łóżku pacjenta Tak

12 Urządzenie zabezpieczone filtrem antywirusowym i antybakteryjnym o wysokiej skuteczności filtracji (HEPA)

Tak

13 Pięć poziomów temperatury: temperatura otoczenia, niski 34st, średni 40st, wysoki 45st, bardzo wysoki 47st.

Tak

14 Opcja bardzo wysokiej temperatury 47st C, która po 45 minutach automatycznie przełącza się do trybu

temperatury wysokiej aby nie poparzyć pacjenta. Tak

15 Kontrola przegrzania urządzenia. Powyżej zaprogramowanej wartości temperatury alarm optyczny i

akustyczny oraz automatyczne wyłączenie grzałki Tak

16 Przepływ, wydajność urządzenia minimum 1200 l/min. Tak

17 Waga urządzenia max 7 kg±5 % Tak

18 Licznik przepracowanych godzin Tak

19 Dostępne kołdry(koce) ogrzewające pacjenta w kilku rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb.

Koce powinny posiadać otwory do podłączenia przewodu grzewczego. Tak

20 Koce wykonane z wielowarstwowej tkaniny (bez lateksu) odpornej na rozdarcie, przebicie i zamoczenie.

Materiał przezierny dla promieniowania rentgenowskiego, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy

wykonywaniu badań obrazowych. Materiał perforowany umożliwia równomierny, swobodny przepływ powietrza

(bez kanałów sterujących przepływem powietrza). Zewnętrzna warstwa wykonana z nietkanego tworzywa, co

eliminuje możliwość kontaktu rozgrzanych powierzchni ze skórą pacjenta. Tak

II Wyposażenie wspólne dla urządzeń

21 Koc na całe ciało, wymiary min.195x95cm –min.3 opakowania (25 sztuk/op) Tak

III Informacje dodatkowe

22 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

23 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

24 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak

25 Pasporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

26 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów. Tak

27 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

28 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne

dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. SSAKÓW

ELEKTRYCZNYCH W ILOŚCI 2 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Ssak elektryczny

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne ssaka elektrycznego

6 Wydajność ssania Min 59 l/min Max 65 l/min

7 Maksymalne podciśnienie Nie mniejsze niż 70 kPa

8 Przystosowanie do pracy ciągłej Praca poniżej 55 dB

9 Butle do sterylizacji, przezroczyste – 2 szt. Tak, podać temperaturę

10 Pojemność butli Max 2 ltr

11 Wskaźnik podciśnienia w postaci manometru lub wyświetlacza Tak, podać

12 Wielobrotowy regulator podciśnienia Tak, podać

13 Zabezpieczenie przed przepełnieniem butli Tak, podać

14 Panel sterujący na wysokości rąk z przyciskami sensorowymi Tak, podać

15 Zabezpieczenie przed zakażeniem przez stosowanie filtrów bakteryjnych Tak

16 Pedał nożny lub wyłącznik nożny zintegrowany z podstawą jezdną Tak

17 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak

18 Podstaw jezdna na kółkach z blokadą Tak

19 Waga ssaka Max 15 kg

20 Zasilanie 230 V, AC, 50/60 Hz Tak

21 Dreny do odsysania silikonowe, łączniki drenów Tak

III Informacje dodatkowe

22 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

23 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

24 Paspordy techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

25 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów. Tak

26 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

27 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1- 5 oraz II posiada

stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. SSAKÓW

PRÓŻNIOWYCH W ILOŚCI 7 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Ssak próżniowy

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne ssaka próżniowego

6 Wydajność maksymalna 250 ml/10 sek

7 Maksymalne podciśnienie 0 do – 1 bar

8 Regulacja ssania płynna za pomocą pokrętła membranowego Tak, opisać

9 Przepływ w zakresach 30 +/- 5 l/min Tak, podać

10 Pojemność pojemnika bezpieczeństwa 100 ml Tak, podać

11 Wskaźnik podciśnienia w postaci manometru Tak, podać

12 Warunki używania i przechowywania – wilgotność powietrza 70 % Tak, podać

13 Pojemnik zbiorczy jednolitrowy Tak, podać

14 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak, podać

15 Zabezpieczenie przed zakażeniem przez stosowanie filtrów bakteryjnych Tak

16 Możliwość mocowania do szyny Tak

17 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak

18 Komplet węży silikonowych: wąż łączący regulator z pojemnikiem bezpieczeństwa, wąż pomiędzy

pojemnikiem zbiorczym a pacjentem oraz z końcówka aplikacyjna; do każdego ssaka Tak

19 Zastosowanie do systemu próżniowego centralnego Tak

Informacje dodatkowe

20 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

21 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

22 Paspordy techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

23 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1- 5 oraz II posiada

stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. RESUSCYTATORÓW

AMBU W ILOŚCI 7 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w

niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Resuscytator Ambu

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne reuscytatora

6 Fabrycznie nowe Tak

7 Resuscytator silikonowy dla dorosłych o masie ciała powyżej 30 kg Tak

8 Całkowita objętość worka min 1500 ml Tak

9 Objętość oddechowa min 500 ml Tak

10 Aparat wielorazowego użytku Tak

11 Objętość rezerwuaru tlenu min 1500ml Tak, podać

12 Możliwość wielokrotnej sterylizacji w autoklawie w temperaturze 134°C Tak, podać

13 Maski oddechowe dla dorosłych nr 4 lub 5 Tak

14 Złącze wydechowe (do podłączenia zaworu PEEP) – min 20 mm Tak, podać

15 Informacje dodatkowe

16 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

17 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

18 Paspordy techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

19 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne

dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT.

LARYNGOSKOPÓW

KLASYCZNYCH W ILOŚCI 2 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Laryngoskop klasyczny Macintosh

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne laryngoskopu

6 Laryngoskop Macintosh w zestawie z trzema lub czterema łyżkami 2,3,4, lub 2,3,4,5 Tak,

podać rozmiary

7 Laryngoskop wykonany ze stali nierdzewnej Tak

8 Łyżki wykonane ze stali nierdzewnej i niemagnetycznej lub magnetycznej o wysokiej trwałości Tak

9 Oświetlenie klasyczne za pomocą żarówki umieszczonej w łyżce Tak

10 Żarówka xenon umieszczona w łyżce Tak

11 Poziom jasności powyżej 3000lux Tak

12 Możliwość sterylizacji w temperaturze do 134°C i w roztworach sterylizacyjnych Tak

13 Zasilanie na baterie 2xR14 Tak

14 Kompatybilne z łyżkami jednorazowymi Tak

II Informacje dodatkowe

15 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

16 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada

stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. WÓZKA DO

TRANSPORTU CHORYCH W ILOŚCI 1 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Wózek do transportu chorych

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne wózka do transportu chorych

6 Zakres regulacji wysokości leża Min 600mm Max 900mm

7 Wymiary zewnętrzne 1960x700mm (+/-10mm)

8 Dwusegmentowe leże Tak

9 Możliwość podnoszenia zagłówka Tak

10 Wykonane z stalowych rur pokrytych lakierem proszkowym Tak

11 Leże wykonane z płyty przepuszczalnej dla promieni RTG Tak

12 Regulacja wysokości leża za pomocą mechanizmu śrubowego Tak

13 Koła jezdne z indywidualną lub centralną blokadą jezdnią Tak

14 Bariereki boczne, łatwe do opuszczania Tak

15 Wieszak kroplówki Tak

16 Materac leża z materiałów łatwozmywalnych i odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych Tak

17 Funkcję transportową materaca Tak

II Informacje dodatkowe

18 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

19 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

20 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

21 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne

dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. SŁUCHAWEK

LEKARSKICH W ILOŚCI 7 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek -Wymóg - Wartość oferowana

I Słuchawki lekarskie

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne słuchawek

6 Klasyczne słuchawki lekarskie Tak, podać rozmiary

7 Jedno lub dwustronna głowica Tak

8 Membrana przylegająca do ciała pacjenta Tak

9 Długość drenu powyżej 60 cm Tak

II Informacje dodatkowe

10 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

11 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada

stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. MATERACÓW

PRZECIWODLEŻYNOWYCH, CIŚNIENIOWYCH Z PNEUMETYCZNĄ POMPĄ W ILOŚCI 7 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Materac przeciwodleżynowy, ciśnieniowy

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne materaca przeciwodleżynowego, ciśnieniowego

6 Wysokość materaca Min 15 cm

7 Wymiary 200 x 85 cm (+/-5 cm) Tak, podać

8 Nowoczesna konstrukcja materaca umożliwiająca odcinkowe usunięcie komór spod leżącego pacjenta celem

realizowania terapii bezdotykowej Tak, opisać

9 Minimum 20 wymiennych komór poprzecznych umieszczonych w rzędach, napęniających się i

opróżniających się na przemian, co druga na całej powierzchni materaca oraz posiadających zabezpieczenie

antyrotacyjne Tak, opisać

10 Wykonany z elastycznego poliuretanu Tak

11 System komór spodnich stale wypełnionych powietrzem dla zabezpieczenia pacjenta przed kontaktem z

konstrukcją łóżka Tak, podać

12 Funkcje szybkiego spuszczenia powietrza tzw CPR Tak

13 Wytrzymałość mechaniczna dla pacjenta Minimum 230 kg

14 Wzmocnione przewody materaca w pokrowcu Tak, podać

15 System dotleniania uciskanych tkanek Tak

16 Pokryty półprzepuszczalnym wzmocnionym pokrowcem poliuretanowym, wielokierunkowo rozciągliwym,

zapiętym na zamek z możliwością mycia i dezynfekcji pokrowca w temp. 95 st. C i suszenia w temp. 110 st. C

Tak

17 Funkcję transportową Minimum 2h

Parametry techniczne pompy pneumatycznej

18 Manualna bezstopniowa regulacja ciśnienia w zakresie 20-60 mmHg (+/-5) Tak

19 Czas trwania pełnego cyklu Poniżej 15 minut

20 Wizualny i dźwiękowy alarm spadku napięcia Tak

21 Wyłącznik alarmu dźwiękowego Tak

22 Funkcje wyboru trybu statycznego Tak

23 Wydajność pompy Minimum 10 l/min

24 Gniazdo szybkozłączki do połączenia z materacem Tak

25 Wymienny, zewnętrzny, mechaniczny filtr powietrza Tak

26 Wymienny, zewnętrzny filtr antybakteryjny Tak

27 Zaczepy do zawieszenia pompy na łóżku Tak
 28 Kabel sieciowy zasilający Minimum 400 cm
 29 Zasilanie 230 V, AC, 50/60 Hz Tak
 II Informacje dodatkowe
 30 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
 31 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak
 32 Paspordy techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak
 33 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
 34 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
 35 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać
 *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.
 Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
 Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.
ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. VIDEOLARYNGOSKOPI Z WYŚWIETLACZEM W ILOŚCI 1 SZT.
 Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p.	Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
I	Video-laryngoskop
1	Urządzenie typ, model Podać
2	Producent/ Firma Podać
3	Kraj pochodzenia Podać
4	Rok produkcji
5	Oznakowanie CE Tak
	Parametry techniczne wziernika
6	Wziernik z oświetleniem LED białe diody Tak, podać
7	Możliwość zastosowania rurek intubacyjnych dla dorosłych Tak, podać rozmiary
8	Napięcie znamionowe
9	Kąt widzenia Min 75
10	Głębokość ostrości od 4,5 – 55 mm
11	Metoda dezynfekcji Tak, podać
12	Metoda sterylizacji Tak, podać
13	Długość robocza Tak, podać
	Parametry techniczne wyświetlacza LCD
14	Urządzenie zasilane z akumulatora Tak, podać
15	Wielkość wyświetlacza Min 2” kolor
16	Rozmiary wyświetlacza Szer. Min 7 mm
	Wys Min 5,5mm

- 17 Waga Max 90 g
 - 18 Automatyczna regulacja jasności Tak
 - 19 Automatyczna regulacja kontrastu Tak
 - 20 Czas ładowania akumulatora Do 90 min
 - 21 Czas pracy na naładowanym w pełni akumulatorze Do 120 min
 - 22 Ładowanie akumulatora z ładowarki sieciowej Tak, podać parametry
 - 23 W komplecie zawarta ładowarka Tak
 - 24 Standard video sygnału Podać
 - II Informacje dodatkowe
 - 25 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
 - 26 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak
 - 27 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak
 - 28 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
 - 29 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
 - 30 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać
- *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.
- ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. PRZENOŚNEGO BRONCHOFIBEROSKOPU INTUBACYJNEGO W ILOŚCI 1 SZT.**
- Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli
- | L.p. | Parametr / warunek | Wymóg | Wartość oferowana |
|---|--|------------|-------------------|
| I Endoskop przenośny (bronchofiberoskop) | | | |
| 1 | Urządzenie typ, model | Podać | |
| 2 | Producent/ Firma | Podać | |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać | |
| 4 | Rok produkcji | | |
| 5 | Oznakowanie CE | Tak | |
| Parametry techniczne | | | |
| 6 | Zasilanie źródłem światła o wadze do 0,8 kg | Tak, podać | |
| 7 | Endoskop przenośny zasilany bezprzewodową, baterijną lampą LED | Tak | |
| 8 | Wychylenia końcówki roboczej góra min 160 dół min 130 | | |
| 9 | Pole widzenia | Min 95 | |
| 10 | Średnica zewnętrzna sondy wziernika | Max 5,5 mm | |
| 11 | Przylącze ssaka metalowe zamocowane na stałe do endoskopu | Tak | |
| 12 | Średnica kanału instrumentalnego | Min 2,5 mm | |
| 13 | Długość robocza | Min 600 mm | |

14 Tester szczelności z manometrem Tak
 15 Kleszcze chwytne wielorazowego użytku Tak
 II Informacje dodatkowe
 16 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
 17 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak
 18 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak
 19 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
 20 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
 21 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać
 *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.
ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. SZAFEK PRZYŁÓŻKOWYCH BEZ BLATU BOCZNEGO W ILOŚCI 7 SZT.
 Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli
 L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
 I Szafki przyłóżkowe
 1 Urządzenie typ, model Podać
 2 Producent/ Firma Podać
 3 Kraj pochodzenia Podać
 4 Rok produkcji
 5 Oznakowanie CE Tak
 Parametry techniczne szafek
 6 Szafka dwustronna zapewniająca pełną funkcjonalność i dostęp do szuflad, drzwiczek kiedy będzie umieszczona z prawej lub lewej strony łóżka. Tak, podać rozmiary
 7 Konstrukcja szafki kontenerowa wykonana ze stali lakierowanej, lub blachy ocynkowanej odpornej na działanie promieni UV oraz środków dezynfekcyjnych
 8 Szerokość całkowita: 500 mm (+ 20 mm) Tak, podać rozmiary
 9 Długość całkowita: 500 mm (+ 20 mm) Tak, podać rozmiary
 10 Wysokość całkowita: 850 mm (+20 mm) Tak, podać rozmiary
 11 Błat szafki wykonany z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę. Błat górny i boczny z galeryjką chroniącą przedmioty przed upadkiem. Błat górny z dwoma uchwytyami do przetaczania i prowadzenia szafki Tak

12 Szuflada górna wysuwana na prowadnicach. Drzwiczki dolne z mechanizmem samo domykającym. Tak
13 Czoło szuflady oraz drzwiczki wykonane z wysokociśnieniowego tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne oraz wysoką temperaturę. Szuflada i drzwiczki wyposażone w lakierowane uchwyty do otwierania Tak

14 Szafka przejezdna wyposażona w kółka na każdym z narożników. Tak

15 Koła szafki z indywidualną blokadą Tak

16 Szafka odporna na środki dezynfekcyjne Tak

II Informacje dodatkowe

17 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

18 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać

19 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać

20 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów

21 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. WÓZKA

ANESTEZJOLOGICZNEGO W ILOŚCI 1 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Wózek anestezyjologiczny

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

II Parametry techniczne wózka anestezyjologicznego

6 Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału BAYDUR lub innego tworzywa

charakteryzującego się wysoką wytrzymałością(porównywalne do stali) Tak, podać

7 Wymiary zewnętrzne min 800x 600x 900 Tak podać

8 Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad- zamykany na klucz

Tak, opisać

- 9 Wózek wyposażony w szuflady Tak
- 10 Pojemnik szuflad jednocześnie –odlane w formie bez elementów łączenia Tak
- 11 Czoła szuflad z możliwością umieszczenia opisu zawartości Tak
- 12 Regulacja wysokości leża za pomocą mechanizmu śrubowego Tak
- 13 Błat zabezpieczony przed zsuwaniem się przedmiotów Tak
- 14 Wózek wyposażony w pojemniki na cewniki oraz do zużytych igieł Tak
- 15 Wózek wyposażony w uchwyt na butlę z tlenem Tak, opisać
- 16 W części górnej nadstawka z kieszeniami na leki Tak
- 17 Wyposażenie wózka zintegrowane w budowie nie zwiększające jego gabarytów Tak, opisać
- 18 Wózek zaopatrzony w uchwyt ułatwiający przemieszczanie wózka Tak, opisać
- 19 Układ jezdny wózka wyposażony w 4 kółka jezdne w sposób zwiększający zwrotność wózka Tak, opisać
- 20 Wieszak do kroplówki z regulacją wysokości w wyposażeniu wózka Tak

III Informacje dodatkowe

- 21 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 22 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak
- 23 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak
- 24 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania

napraw i przeglądów. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać

wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe,

ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich

zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne

dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. MONITORA DO

POMIARU PARAMETRÓW HEMODYNAMICZNYCH METODĄ ANALIZY KRZYWEJ CIŚNIENIA TĘTNICZEGO

KRWI W ILOŚCI 1 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Monitor do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Pomiar rzutu serca

6 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi drogą kaniulizacji

jednego dostępu naczyniowego (dostęp tętniczy), bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak , opisać

7 Małoinwazyjna metoda pomiaru rzutu serca z wykorzystywaniem max 1 dostępu naczyniowego Tak, opisać

8 Parametry monitorowane lub wyliczane:

rzut serca (CO);

- objętość wyrzutowa (SV);
- systemowy (obwodowy) opór naczyniowy (SVR);
- zmienność objętości wyrzutowej (SVV);
- saturacja w żyła głównej (Scvo2)
- saturacja krwi mieszanej (Svo2) Tak

9 Częstotliwość odświeżania danych pomiarowych: dla CCO co min. 20 sek Tak

10 Możliwość podawania parametrów w postaci indeksowanej:

- CI;
- SVI;
- SVRI
- DO2I

Ekran urządzenia

11 Ekran zintegrowany z monitorem Tak

12 Aktywna kolorowa matryca TFT o przekątnej nie mniejszej niż 8"

Tak

13 Ekran o rozdzielczości nie mniejszej niż 800 x 480 pikseli

Tak

14 Wyświetlanie danych w postaci ekranów:

- ekranu graficznego;
- ekranu tabelarycznego;
- ekranu wartości cyfrowych Tak

15 Ekran trendów graficznych:

- wizualizacja minimum dwóch wartości w postaci cyfrowej, trendu graficznego;
- procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym dla każdego

mierzonego parametru Tak, opisać

16 Ekran trendów tabelarycznych:

- możliwość wizualizacji cyfrowej do 5 parametrów monitorowanych w przedziałach czasowych od 1 minuty do 1

godziny Tak, opisać

17 Ekran wartości liczbowych:

- możliwość jednoczesowego wyświetlenia do 8 parametrów; Tak, opisać

18 Możliwość kalkulacji SVR, DO2 Tak, opisać

19 Czujniki do pomiarów hemodynamicznych ze zintegrowanym wyjściem sygnału IBP – 2 szt Tak,

20 Pamięć trendów monitora min. 72 godz. Tak

21 Waga aparatu poniżej 3 kg Tak

22 Monitor wyposażony w złącze szeregowe RS232, umożliwiające przesyłanie danych pomiarowych do

zewnętrznych monitorów funkcji życiowych pacjenta Tak

II Informacje dodatkowe

23 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

24 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak

25 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

26 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

27 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

28 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

29 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH GRANICZNYCH DOT. MONITORA DO POMIARU PARAMETRÓW HEMODYNAMICZNYCH METODĄ TERMODYLUCJI PRZEPŁUCNEJ, ANALIZY KRZYWEJ CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI W ILOŚCI 1 SZT.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Monitor do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przepłucnej, analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Pomiar rzutu serca

6 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą termodylucji przepłucnej bez drogą kaniulacji obwodowego naczynia tętniczego i żyły głównej górnej, bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak

7 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi drogą kaniulizacji jednego dostępu naczyniowego (dostęp tętniczy), bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak , opisać

8 Ciągły pomiar saturacji żylniej przy pomocy wkłucia centralnego trójświatłowego z modulem optycznym Tak

9 Parametry monitorowane lub wyliczane:

- rzut serca (CO);
- objętość wyrzutowa (SV);
- systemowy (obwodowy) opór naczyniowy (SVR);
- zmienność objętości wyrzutowej (SVV);
- indeks pozanaczyniowej wody wewnątrzpłucnej (ELWI);

- indeks przepuszczalności naczyń płucnych (PVPI);
- indeks całkowitej objętości końcoworozkurczowej zawartej w jamach serca (GEDI);
- całkowita frakcja wyrzutowa (GEF);
- wewnątrzklatkowa objętość krwi (ITBV);
- indeks funkcji serca (CFI);
- wewnątrzpłucna objętość krwi (PBV);
- saturacja krwi żyłnej (ScvO2); Tak

10 Częstotliwość odświeżania danych pomiarowych:

- dla CCO co min. 20 sek
- dla ScvO2 co min 2 sek. Tak

Ekran urządzenia

11 Ekran zintegrowany z monitorem Tak

12 Aktywna kolorowa matryca TFT o przekątnej nie mniejszej niż 10" Tak

13 Ekran o rozdzielczości nie mniejszej niż 800 x 480 pikseli Tak

14 Wyświetlanie danych w postaci ekranów:

- kokpit;
- interwencyjny;
- fizjologiczny;
- drzewa decyzyjnego;
- graficzny;
- tabelaryczny;
- wartości cyfrowych; Tak

15 Ekran typu „kokpit”:

- definiowany i wizualizowany kolorem przez Użytkownika zakres celów terapii i alarmów;
- dynamiczny wskaźnik stanu mierzonej wielkości w postaci strzałki;
- duże wartości cyfrowe mierzonych parametrów;
- procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym; Tak, opisać

16 Ekran interwencyjny:

- możliwość wizualizacji trzech wartości w postaci trendu graficznego, wartości cyfrowych, procentowej zmiany od chwili podjęcia interwencji oraz stanu mierzonego parametru określonego kolorem. Tak, opisać

17 Ekran fizjologiczny

możliwość jednoczesnej wizualizacji cyfrowej i w postaci animacji indeksu całkowitej objętości końcoworozkurczowej w jamach serca (GEDI), pozanaczyniowej wody wewnątrzpłucnej (EVLW), indeksu

systemowego oporu obwodowego (SVRI) oraz zmienności objętości wyrzutowej (SVV);

- możliwość jednoczesnego wyświetlania wartości saturacji żyłnej (ScvO2); Tak, opisać

18 Ekran zależności danych:

- wyświetlanie powiązanych ze sobą parametrów hemodynamicznych związanych z obciążeniem wstępnym, obciążeniem następczym, kurczliwością oraz saturacją żylną;
- parametry wyświetlane w postaci cyfrowej Tak, opisać

19 Ekran trendów graficznych:

- możliwość wyświetlania 1, 2, 3 lub 4 trendów graficznych monitorowanych parametrów;
- jednoczesne wyświetlane w postaci cyfrowej bieżącej wartości; Tak, opisać

20 Ekran trendów tabelarycznych:

- możliwość wyświetlania 1, 2, 3 lub 4 trendów tabelarycznych (wartości cyfrowe) monitorowanych parametrów;

- jednoczesowe wyświetlane w postaci cyfrowej bieżącej wartości; Tak, opisać
- 21 Ekran wartości cyfrowych:
 - duże wartości cyfrowe mierzonych parametrów;
 - procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym;
 - możliwość wizualizacji 1, 2, 3 lub 4 wartości jednocześnie Tak, opisać
- 22 Możliwość dodatkowego oznaczenie statusu wyświetlanych parametrów przy pomocy kolorowych wskaźników (zielony, żółty, czerwony) – powiązanych z zakresami alarmów Tak, opisać
- 23 Możliwość wprowadzenia poprawki związanej z resekcją płuca lub jego płata do obliczeń termodylucji przezpłucnej Tak, opisać
- 24 Pamięć trendów monitora min. 72 godz. Tak
- 25 Waga aparatu poniżej 3,5 kg Tak
- 26 Czujniki do pomiarów hemodynamicznych ze zintegrowanym wyjściem sygnału IBP – 2 szt
- 27 Podstawa jezdna do zamocowania monitora Tak
- II Informacje dodatkowe
- 28 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 29 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak
- 30 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak
- 31 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak
- 32 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
- 33 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
- 34 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać
- *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

II.1.5. CPV code(s)

33100000 Medical equipments, 33111000 X-ray devices, 33123210 Cardiac-monitoring devices, 33157400 Medical breathing devices, 33192120 Hospital beds, 33194110 Infusion pumps, 33182100 Defibrillator, 33192300 Medical furniture except beds and tables

II.1.6. Information about the Government Procurement Agreement (GPA)

The procurement is covered by the Government Procurement Agreement: no

II.2. Total value of the contract/lot

II.2.1. Total value of the contract/lot

Value: 138 921,36 PLN

Including VAT. VAT rate (%) 8

Section IV: Procedure

IV.1. Type of procedure

IV.1.1. Type of procedure

Open

IV.2. Award criteria

IV.2.1. Award criteria

Lowest price

IV.2.2. Information about electronic auction

An electronic auction has been used: no

IV.3. Administrative information

IV.3.1. File reference number attributed by the contracting authority

PN/22/2014

IV.3.2. Previous publication concerning this procedure

Contract notice

Notice number in the OJ S: [2014/S 150-269433](#) of 7.8.2014

Section V: Award of contract

Lot No: 1

- Lot title: Pakiet nr 1 - aparat jezdnego RTG w ilości 1 szt.

V.1. Date of conclusion of the contract

28.10.2014

V.2. Information about tenders

Number of tenders received: 1

V.3. Name and address of the contractor

Official name: MedFinance D.A.

Postal address: Al. Piłsudskiego 76

Town: Łódź

Postal code: 90-330

Country: Poland

Telephone: +48 422723100

Fax: +48 422723101

V.4. Information on value of the contract/lot

Total value of the procurement:

Value: 101 400,12 PLN

Including VAT. VAT rate (%) 8

V.5. Information about subcontracting

The contract is likely to be subcontracted: yes

Value or proportion likely to be subcontracted to third parties:

Not known

Short description of the value/proportion of the contract to be sub-contracted: Dostawa wraz z montażem i uruchomieniem sprzętu, szkolenie personelu, serwis.

Lot No: 2

- Lot title: Pakiet nr 2 - system ogrzewania pacjenta w ilości 1 szt.

V.1. Date of conclusion of the contract

28.10.2014

V.2. Information about tenders

Number of tenders received: 2

V.3. Name and address of the contractor

Official name: MedFinance S.A.

Postal address: Al. Piłsudskiego 76

Town: Łódź

Postal code: 90-330

Country: Poland

Telephone: +48 422723100

Fax: +48 422723101

V.4. Information on value of the contract/lot

Total value of the procurement:

Value: 6 864,76 PLN

Including VAT. VAT rate (%) 8

V.5. Information about subcontracting

The contract is likely to be subcontracted: yes

Value or proportion likely to be subcontracted to third parties:

Not known

Lot No: 3

- Lot title: Pakiet nr 3 - defibrylator dwufazowy w ilości 1 szt.

V.1. Date of conclusion of the contract

28.10.2014

V.2. Information about tenders

Number of tenders received: 1

V.3. Name and address of the contractor

Official name: MedFinance S.A.

Postal address: Al. Piłsudskiego

Town: Łódź

Postal code: 90-330

Country: Poland

Telephone: +48 422723100

Fax: +48 422723101

V.4. Information on value of the contract/lot

Total value of the procurement:

Value: 21 828,24 PLN

Including VAT. VAT rate (%) 8

V.5. Information about subcontracting

The contract is likely to be subcontracted: yes

Value or proportion likely to be subcontracted to third parties:

Not known

Lot No: 4

- Lot title:

V.1. Date of conclusion of the contract

28.10.2014

V.2. Information about tenders

Number of tenders received: 2

V.3. Name and address of the contractor

Official name: MedFinance S.A.

Postal address: Al. Piłsudskiego 76

Town: Łódź

Postal code: 90-330

Country: Poland

Telephone: +48 422723100

Fax: +48 422723101

V.4. Information on value of the contract/lot

Total value of the procurement:

Value: 8 828,24 PLN

Including VAT. VAT rate (%) 8

V.5. Information about subcontracting

The contract is likely to be subcontracted: yes

Value or proportion likely to be subcontracted to third parties:

Not known

Section VI: Complementary information

VI.1. Information about European Union funds

The procurement is related to a project and/or programme financed by European Union funds:
no

VI.2. Additional information

VI.3. Procedures for review

VI.3.1. Review body

Official name: Krajowa Izba Odwoławcza

Postal address: ul. Postępu 17a

Town: Warszawa

Postal code: 02-676

Country: Poland

Telephone: +48 224587801

Fax: +48 224587700

VI.3.2. Review procedure

VI.3.3. Service from which information about the review procedure may be obtained

VI.4. Date of dispatch of this notice

5.12.2014