



Unia Europejska

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, 2985 Luxembourg, Luksemburg

Faks: +352 29 29 42 670

E-mail: ojs@publications.europa.eu

Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>

Ogłoszenie dodatkowych informacji, informacje o niekompletnej procedurze lub sprostowanie

Sekcja I: Instytucja zamawiająca/podmiot zamawiający

I.1) Nazwa, adresy i punkty kontaktowe:

Oficjalna nazwa: [Powiatowy Zespół Szpitali](#)

Krajowy numer identyfikacyjny: *(jeżeli jest znany)*

Adres pocztowy: [56-400 Oleśnica ul. Armii Krajowej 1](#)

Miejscowość: [Oleśnica](#)

Kod pocztowy: [56-400](#)

Państwo: [Polska \(PL\)](#)

Punkt kontaktowy:

Tel.: [+48 0717767300](#)

Osoba do kontaktów:

E-mail: m.lacna@pzsolesnica.pl

Faks: [+48 0717767307](#)

Adresy internetowe: *(jeżeli dotyczy)*

Ogólny adres instytucji zamawiającej/ podmiotu zamawiającego: *(URL)* www.pzsolesnica.pl

Adres profilu nabywcy: *(URL)*

Dostęp elektroniczny do informacji: *(URL)*

Elektroniczne składanie ofert i wniosków o dopuszczenie do udziału: *(URL)*

I.2) Rodzaj zamawiającego:

Instytucja zamawiająca

Podmiot zamawiający

Sekcja II: Przedmiot zamówienia

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu:

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 biału 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) Krótki opis zamówienia lub zakupu: (podano w pierwotnym ogłoszeniu)

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 biału 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 któregokolwiek 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 przenoszenia 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 mankieta 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 mankiet 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 odrzucenie 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 poddemonstracyjne 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 wyzwalać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

15. Dodatkowo ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatkowo 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 wyzwalać 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 „wzmocniacz 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 umożliwiając przeprowadzenie kontrolowanych prób samodzielnego oddychania pacjenta (SBT). Automatyczna kompensacja rurki intubacyjnej jako tryb wymagający szybkiej reakcji respiratora i ciągłej zmiany ciśnienia wspomaganie w zależności od przepływu gazów przez rurkę jest charakterystycznym sposobem wspomaganie oddechu spontanicznego pacjenta dla wysokiej klasy respiratorów z szybką pneumatyką TAK

VIII PARAMETRY REGULOWANE

27. Częstość oddechów.
Respirator musi posiadać zakres regulacji częstości oddechów umożliwiający 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 umożliwiający 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 umożliwiający 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 regulacje 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 regulacje 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 umożliwił 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 umożliwił 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 wspomaganie 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 wspomaganie 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 umożliwił 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 polepszającej 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 O2% 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 Pśred 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 Ppl w formie cyfrowej TAK

68. Ciśnienie PEEP/CPAP

Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia końcowo-wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych w formie cyfrowej TAK

69. Ciśnienie Auto PEEP

Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia Auto PEEP w 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/Vt)

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 otwarcie 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 filtru), 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 areozolu 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 odrzucenie oferty.
- Parametry wymagane stanowią parametry minimalne – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie 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 jednorodnie 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: | | |

Panele 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

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 ° +/- 5 ° Tak

23. Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 50 ° +/- 5 ° 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 ° (+/- 4 °) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak

27. Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 20 ° (+/- 4°) – 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. Pasporty 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. ŁÓZEK 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 anti-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 $75^{\circ} \pm 5^{\circ}$ Tak

19 Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie $50^{\circ} \pm 5^{\circ}$ 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 $20^{\circ} (\pm 4^{\circ})$ – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak

23 Regulacja elektryczna pozycji anti-Trendelenburga $20^{\circ} (\pm 4^{\circ})$ – 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 anti-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 jakąkolwiek regulację nie tylko jako blokadę poszczególnych segmentów ale również deaktywujący przyciski z pozycjami programowanymi. 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 uchwytami 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 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 któregokolwiek 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 °C do + 40 °C
wilgotność względna 20% ÷ 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, aVI, 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 odrzucenie 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 koldry(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 Paszporty 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 Wieloobrotowy 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 jezdnią 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 Paszporty 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 Paszporty 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 Paszporty 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 Barierki 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 przeciwośleżynowy, ciśnieniowy

- 1 Urządzenie typ, model Podać
- 2 Producent/ Firma Podać
- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji
- 5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne materaca przeciwośleżynowego, 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, napęlniających 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 Funkcję 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, zapinanym 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 Funkcję wyboru trybu statycznego Tak
- 23 Wydajność pompy Minimum 10 l/min
- 24 Gniazdo szybkozłączeni 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 Paszporty 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. VIDEO-LARYNGOSKOPU 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 Głębina 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 górą min 160 doł min 130
- 9 Pole widzenia Min 95
- 10 Średnica zewnętrzna sondy wziernika Max 5,5 mm
- 11 Przyłącze 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 uchwytami 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 jednoczęściowe –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 Blat 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 jednoczesnego 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 szeregowo 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 kaniulacji jednego dostępu naczyniowego (dostęp tętniczy), bez użycia cewnika Swan-Ganza | Tak | opisać |
| 8 | Ciągły pomiar saturacji żylną 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 wewnątrzplucnej (ELWI); | | |
| | - indeks przepuszczalności naczyń płucnych (PVPI); | | |
| | - indeks całkowitej objętości końcoworozkurczowej zawartej w jamach serca (GED); | | |
| | - całkowita frakcja wyrzutowa (GEF); | | |
| | - wewnątrzkatkowa objętość krwi (ITBV); | | |
| | - indeks funkcji serca (CFI); | | |

- wewnątrzplucna 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 (GED), pozanaczyniowej wody wewnątrzplucnej (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 wyświetlanie w postaci cyfrowej bieżącej wartości; Tak, opisać
- 20 Ekran trendów tabelarycznych:
 - możliwość wyświetlania 1, 2, 3 lub 4 trendów tabelarycznych (wartości cyfrowe) monitorowanych parametrów;
 - jednoczesne wyświetlanie 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.1.3) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33100000	
Dodatkowe przedmioty	33111000	
	33123210	
	33157400	
	33192120	
	33194110	
	33182100	
	33192300	

Sekcja IV: Procedura

IV.1) Rodzaj procedury (podano w pierwotnym ogłoszeniu)

- Otwarta
- Ograniczona
- Ograniczona przyspieszona
- Negocjacyjna
- Negocjacyjna przyspieszona
- Dialog konkurencyjny
- Negocjacyjna z uprzednim ogłoszeniem
- Negocjacyjna bez uprzedniego ogłoszenia
- Negocjacyjna z publikacją ogłoszenia o zamówieniu
- Negocjacyjna bez publikacji ogłoszenia o zamówieniu
- Udzielenie zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej

IV.2) Informacje administracyjne

IV.2.1) Numer referencyjny: (podano w pierwotnym ogłoszeniu)

[PN/22/2014](#)

IV.2.2) Dane referencyjne ogłoszenia w przypadku ogłoszeń przesłanych drogą elektroniczną:

Pierwotne ogłoszenie przesłane przez

- eNotices
- TED eSender

Login: [ENOTICES_malgonia](#)

Dane referencyjne ogłoszenia: [2014-102901](#) rok i numer dokumentu

IV.2.3) Ogłoszenie, którego dotyczy niniejsza publikacja:

Numer ogłoszenia w Dz.U.: [2014/S 150-269433](#) z dnia: [07/08/2014](#) (dd/mm/rrrr)

IV.2.4) Data wysłania pierwotnego ogłoszenia:

[04/08/2014](#) (dd/mm/rrrr)

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

VI.1) Ogłoszenie dotyczy:

- Procedury niepełnej
- Sprostowania
- Informacji dodatkowych

VI.2) Informacje na temat niepełnej procedury udzielenia zamówienia:

- Postępowanie o udzielenie zamówienia zostało przerwane
- Postępowanie o udzielenie zamówienia uznano za nieskuteczne
- Zamówienia nie udzielono
- Zamówienie może być przedmiotem ponownej publikacji

VI.3) Informacje do poprawienia lub dodania :

VI.3.1)

- Zmiana oryginalnej informacji podanej przez instytucję zamawiającą
- Publikacja w witrynie TED niezgodna z oryginalną informacją, przekazaną przez instytucję zamawiającą
- Oba przypadki

VI.3.2)

- W ogłoszeniu pierwotnym
- W odpowiedniej dokumentacji przetargowej
(więcej informacji w odpowiedniej dokumentacji przetargowej)
- W obu przypadkach
(więcej informacji w odpowiedniej dokumentacji przetargowej)

VI.3.3) Tekst, który należy poprawić w pierwotnym ogłoszeniu

Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst: Zamiast: Powinno być:
E-mail: m.lacna@pzsolesnica.pl E-mail: szpital@civ.pl
[Sekcja I: Instytucja zamawiająca I.1\)](#)
[Nazwa, adresy i punkty kontaktowe](#)

VI.3.4) Daty, które należy poprawić w pierwotnym ogłoszeniu

Miejsce, w którym znajdują się zmieniane daty: Zamiast: Powinno być:

VI.3.5) Adresy i punkty kontaktowe, które należy poprawić

[Sekcja I: Instytucja zamawiająca I.1\)](#) Nazwa, adresy i punkty kontaktowe

Oficjalna nazwa: [Powiatowy Zespół Szpitali](#) Krajowy numer identyfikacyjny: *(jeżeli jest znany)*

Adres pocztowy: [ul. Armii Krajowej 1](#)

Miejscowość: [Oleśnica](#) Kod pocztowy: [56-400](#) Państwo: [Polska \(PL\)](#)

Punkt kontaktowy: Tel.: [+48 717767300](#)

Osoba do kontaktów:

E-mail: szpital@civ.pl Faks: [+48 717767307](#)

Adresy internetowe: *(jeżeli dotyczy)*

Ogólny adres instytucji zamawiającej/ podmiotu zamawiającego: *(URL)* www.pzsolesnica.pl

Adres profilu nabywcy: *(URL)*

VI.3.6) Tekst, który należy dodać do pierwotnego ogłoszenia

Miejsce, w którym należy dodać tekst:

Tekst do dodania:

VI.4) Inne dodatkowe informacje:

W związku ze zmianą adresu e-mail w ogłoszeniu o zamówieniu, Zamawiający informuje, że dokumenty, oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający oraz Wykonawca przekazują pisemnie pod adres: Powiatowy Zespół Szpitali, 56-400 Oleśnica, ul. Armii Krajowej 1. Zamawiający dopuszcza również przekaz dokumentów oraz informacji faksem pod numer (071) 77 67 307 i drogą elektroniczną na adres e-mail: szpital@civ.pl

VI.5) Data wysłania niniejszego ogłoszenia:

07/08/2014 (dd/mm/rrrr) - ID:2014-104753