Załącznik nr 1.4 do SIWZ

**KTG**

Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych

Przedmiot zamówienia –

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | Parametry wymagane aparatu | Warunek graniczny | Wartość oferowana  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy TFT  | TAK |  |
|  | Metoda pomiarowa Cardio Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy min. US 50 ÷ 240 bpm | TAK |  |
|  | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu  | TAK |  |
|  | Częstotliwość pracy sygnału ultradźwiękowego ≤,2 MHz | TAK |  |
|  | Częstość powtarzania 3 kHz | TAK |  |
|  | Maksymalna zmiana międzyskurczowa dla ultradźwięków 28 bpm | TAK |  |
|  | Monitorowanie tętna matki (MHR) | TAK |  |
|  | Możliwość monitorowania bliźniaków po podłączeniu drugiej głowicy Cardio | TAK |  |
|  | Funkcja separacji nakładających się krzywych FHR dla bliźniaków (dot. monitorowania bliźniaków)  | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu monitora przetwornik Toco - 1 szt i przetwornik Cardio - 1 szt | TAK |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie podpiętego przetwornika  | TAK |  |
|  | Wodoszczelność przetworników (głowic) IP68 | TAK |  |
|  | Ręczny znacznik ruchów płodu dla matki  | TAK |  |
|  | Automatyczne wykrywanie ruchów płodu  | TAK |  |
|  | Prezentacja cyfrowej wartości FHR i Toco | TAK |  |
|  | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności skurczowej macicy  | TAK |  |
|  | Przetwornik Cardio i Toco posiadające identyfikację w postaci optycznego elementu sygnałowego (dioda LED) | TAK |  |
|  | Graficzny rejestrator termiczny wbudowany w urządzenie  | TAK |  |
|  | Wprowadzenie danych demograficznych pacjentki. Ekranowa klawiatura w układzie QWERTY | TAK |  |
|  | Wydruk badania zawierające minimum: - Imię i nazwisko pacjentki- MRN-numer identyfikacyjny pacjentki - Godzina, minuta, sekunda, data - Prędkość wydruku- wiek ciążowy  | TAK |  |
|  | Kompaktowa obudowa  | TAK |  |
|  | Podstawa jezdna pod aparat  | TAK |  |

Oświadczam, że zaoferowany aparat posiada w/w parametry.

W załączenia, firmowe materiały informacyjne aparatu.

…………………………………………

Data i podpis Wykonawcy