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  |
| 1. | Kolorowy ekran dotykowy TFT z regulowanym kątem widzenia | TAK |  |
| 2.  | Metoda pomiarowa Cardio Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny | TAK |  |
| 3. | Zakres pomiarowy min. US 50 ÷ 240 bpm | TAK |  |
| 4. | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu  | TAK |  |
| 5. | Częstotliwość pracy sygnału ultradźwiękowego ≤1,2 MHz | TAK |  |
| 6. | Częstość powtarzania 2 lub 3 kHz | TAK |  |
| 7. | Maksymalna zmiana międzyskurczowa dla ultradźwięków 28-30 bpm | TAK |  |
| 8. | Monitorowanie tętna matki (MHR), możliwość rozbudowy | TAK |  |
| 9. | Możliwość monitorowania bliźniaków po podłączeniu drugiej głowicy Cardio | TAK |  |
| 10. | Funkcja separacji nakładających się krzywych FHR dla bliźniaków (dot. monitorowania bliźniaków)  | TAK |  |
| 11. | Na wyposażeniu monitora przetwornik Toco - 1 szt i przetwornik Cardio - 2szt | TAK |  |
| 12. | Automatyczne rozpoznawanie podpiętego przetwornika  | TAK |  |
| 13. | Wodoszczelność przetworników (głowic) IPX8 lub IP68 | TAK |  |
| 14. | Ręczny znacznik ruchów płodu dla matki  | TAK |  |
| 15. | Automatyczne wykrywanie ruchów płodu  | TAK |  |
| 16. | Prezentacja cyfrowej wartości FHR i Toco | TAK |  |
| 17. | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności skurczowej macicy  | TAK |  |
| 18. | Przetworniki Cardio i Toco posiadające możliwość zidentyfikowania | TAK |  |
| 19. | Graficzny rejestrator termiczny wbudowany w urządzenie  | TAK |  |
| 20. | Wprowadzenie danych demograficznych pacjentki. Ekranowa klawiatura w układzie QWERTY | TAK |  |
| 21. | Wydruk badania zawierające minimum: - Imię i nazwisko pacjentki- MRN-numer identyfikacyjny pacjentki - Godzina, minuta, sekunda, data - Prędkość wydruku- wiek ciążowy  | TAK |  |
| 22. | Kompaktowa obudowa  | TAK |  |
| 23. | Wózek jezdny pod aparat  | TAK |  |
| 24.  | Przeglądy techniczne, raz na 12 m-cy (z dojazdem do klienta) w okresie objętym gwarancją | TAK |  |

Oświadczam, że zaoferowany aparat posiada w/w parametry.

W załączenia, firmowe materiały informacyjne aparatu.

…………………………………………

Data i podpis Wykonawcy