**ZP/230-36/2022 Załącznik nr 1.3 do SWZ**

**Pakiet nr 3 - Respiratory**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**RESPIRATOR**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 8 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
| **Dane ogólne aparatu** | | | |
|  | Urządzenie do tlenoterapii nie inwazyjnej | **TAK** |  |
|  | Urządzenie do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia | **TAK** |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do wentylacji ciągłej | **TAK** |  |
|  | Urządzenie przeznaczone dla osób dorosłych | **TAK** |  |
|  | Zasilanie w powietrze za pomocą wbudowanej turbiny | **TAK** |  |
|  | Możliwość podłączenia do tlenu ze źródła gazów centralnych (ciśnienie 4-6 bar) | **TAK** |  |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | **TAK** |  |
|  | Czas pracy z akumulatora min 4 godz. | **TAK** |  |
|  | Waga urządzenia z baterią max 5 kg | **TAK** |  |
|  | **Tryby wentylacji** | **TAK** |  |
|  | Wentylacja inwazyjna i nieinwazyjna | **TAK** |  |
|  | Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV | **TAK** |  |
|  | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem PCV | **TAK** |  |
|  | Wentylacja kontrolowana objętością VCV | **TAK** |  |
|  | CPAP / PEEP | **TAK** |  |
|  | Wentylacja wspomagana objętościowo VS | **TAK** |  |
|  | Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV. | **TAK** |  |
|  | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu DuoPAP, BiPAP, BILEVEL, APRV | **TAK** |  |
|  | Objętość docelowa w trybie ciśnieniowym | **TAK** |  |
|  | **Parametry nastawialne** | **TAK** |  |
|  | Objętość wdechowa 50-2000ml | **TAK** |  |
|  | Częstość oddechów 4-60 odd/min | **TAK** |  |
|  | Ciśnienie wdechowe 5-50 cmH2O | **TAK** |  |
|  | PEEP 2-20 cmH2O | **TAK** |  |
|  | Czas wdechu 0,1 - 5 s | **TAK** |  |
|  | Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1: 9 do 4:1 | **TAK** |  |
|  | Czas narastania ciśnienia | **TAK** |  |
|  | Regulowany czas bezdechu | **TAK** |  |
|  | Westchnienia automatyczne z regulacją parametrów | **TAK** |  |
|  | **Monitorowanie i obrazowanie parametrów wentylacji** |  |  |
|  | Ciśnienie szczytowe | **TAK** |  |
|  | Ciśnienie średnie | **TAK** |  |
|  | Ciśnienie PEEP | **TAK** |  |
|  | Przeciek | **TAK** |  |
|  | Objętość minutowa | **TAK** |  |
|  | Objętość oddechowa | **TAK** |  |
|  | Częstość oddechów | **TAK** |  |
|  | Częstość oddechów spontanicznych | **TAK** |  |
|  | Monitorowanie krzywych w czasie rzeczywistym: ciśnienie, przepływ, objętość | **TAK** |  |
|  | Przegląd zdarzeń alarmowych i wykonywanych operacji min 5000 zdarzeń | **TAK** |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
|  | Minimum 5 poziomów głośności alarmów | **TAK** |  |
|  | Wysokiego / niskiego ciśnienia wdechowego | **TAK** |  |
|  | Wysokiej / niskiej objętości minutowej | **TAK** |  |
|  | Wysokiej / niskiej objętości oddechowej | **TAK** |  |
|  | Wysokiej / niskiej częstości oddechów | **TAK** |  |
|  | Czas bezdechu | **TAK** |  |
|  | Rozłączenia układu pacjenta | **TAK** |  |
|  | Braku zasilania elektrycznego | **TAK** |  |
|  | Niskiego poziomu naładowania akumulatora | **TAK** |  |
|  | **Inne funkcje** |  |  |
|  | Autotest aparatu sprawdzający poprawność działania elementów pomiarowych, szczelność i podatność układu oddechowego | **TAK** |  |
|  | Możliwość automatycznego dostosowania wstępnych ustawień parametrów wentylacji na podstawie: płci, wzrostu oraz wagi pacjenta | **TAK** |  |
|  | Możliwość rozbudowy o integralny nebulizator | **TAK** |  |
|  | Licznik godzin pracy respiratora | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie** | **TAK** |  |
|  | Torba ochronna do zastosowania na wózku inwalidzkim – 3 szt. do całości pakietu | **TAK** |  |
|  | Podstawa jezdna – 2 szt. do całości pakietu | **TAK** |  |
|  | ~~Ramię podtrzymujące układ pacjenta w przypadku stosowania podstawy jezdnej – 2 szt.~~ | **~~TAK~~** |  |
|  | Kompletny układ oddechowy szt.10 do każdego urządzenia | **TAK** |  |
|  | Kabel sieciowy lub kabel sieciowy z zasilaczem do każdego urządzenia | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej oraz elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Paszport techniczny do każdego urządzenia | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie kupującego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy |  |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt. | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:  Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych  zakupów inwestycyjnych. |

Informacja:  
Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.