

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**Zadanie nr 1 – Diatermia elektrochirurgiczna (szt. 1)**

 **Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia, nr katalogowy |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów granicznych** | **Warunek konieczny** | **Punktacja** | **Podać lub potwierdzić** |
| 1 | Diatermia chirurgiczna z funkcja bipolarnego zamykania dużych naczyń do 7 mm | Tak |  |  |
| 2 | Jednostka sterująca z wielokolorowym wyświetlaczem TFT obrazującym parametry urządzenia służącym do komunikacji użytkownik – aparat. | Tak |  |  |
| 3 | Monitor mocy z możliwością wizualizacji cyfrowej na wyświetlaczu i wizualizacji innej np. w postaci linijki. | Tak |  |  |
| 4 | Oprogramowanie w języku polskim | Tak |  |  |
| 5 | Możliwość zapamiętania min.50 programów przez jednostkę sterująca i zapisania ich pod wieloznakowa nazwa procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim | Tak | min. 50 – 0 pkt > 51 – 10 pkt |  |
| 6 | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna awarii z wyświetleniem kodu błędu i opisem w języku polskim | Tak |  |  |
| 7 | Ilość gniazd przyłączeniowych:- monopolarne-min 1- bipolarne – min 1- zamykania naczyń – 1- elektrody neutralnej – 1 | Tak |  |  |
| 8 | Gniazdo mono polarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie narzędzi w 3 różnych systemach (wtyczka 3 bolcowa, 1-bolcowa o średnicy 4mm, 1- bolcowa o średnicy 5 mm) bez użycia dodatkowych adapterów | Tak |  |  |
| 9 | Gniazda bipolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie narzędzi w 3 różnych systemach( wtyczka standard, wtyczka 29mm, wtyczka 22mm) bez użycia dodatkowych adapterów | Tak |  |  |
| 10 | Możliwość podłączenia do urządzenia dwóch wyłączników nożnych do aktywacji cięcia i koagulacji mono i bipolarnych | Tak |  |  |
| 11 | Regulacja intensywnością ciecia i koagulacji oraz możliwość zmiany trybów pracy przy pomocy wyłącznika nożnego i uchwytu do koagulacji i ciecia. | Tak | Regulacja włącznikiem i uchwytem – 10 pktRegulacja z włącznikiem lub z uchwytu – 0 pkt |  |
| 12 | Aparat posiadający funkcję redukowania wyświetlanych informacji o najistotniejsze pokazujące wyłącznie parametry pracy aktualnie wykorzystywanego instrumentu | Tak |  |  |
| 13 | Maksymalna moc wyjściowa cięcia mono polarnego do 300W(+/- 10W) regulowana z dokładnością 1 W w całym zakresie mocy  | Tak |  |  |
| 14 | Minimum 4 tryby – rodzaje ciecia mono polarnego : (mikrochirurgiczny, delikatny, wysokowydajny, hemostatyczny) | Tak |  |  |
| 15 | Maksymalna moc znamionowa koagulacji monopolarnej 200W ( +/-10W) regulowana z dokładnością 1W w całym zakresie mocy | Tak |  |  |
| 16 | Minimum 4 rodzaje/tryby koagulacji mono polarnej: ( delikatna, mikrochirurgiczna, intensywna, preparująca) | Tak |  |  |
| 17 | Moc koagulacji monopolarnej typu natryskowego regulowana do min 120W  | Tak |  |  |
| 18 | Maksymalna moc wyjściowa koagulacji bipolarnej 120W (+/-10W) | Tak |  |  |
| 19 | Ilość rodzajów koagulacji bipolarnej do dyspozycji min 3 (mikrochirurgiczna, delikatna, intensywna) | Tak |  |  |
| 20 | Aktywacja funkcji bipolarnej: pedał i/lub funkcja auto-start | Tak |  |  |
| 21 | Możliwość samodzielnej regulacji przez personel medyczny czasu opóźnienia funkcji auto-start z dokładnością do co najmniej 0,1 sek. | Tak |  |  |
| 22 | Funkcja auto-stop dla koagulacji bipolarnej | Tak |  |  |
| 23 | Tryb zamykania naczyń krwionośnych o średnicy do 7mm | Tak |  |  |
| 24 | Maksymalna moc trybu głębokiego zamykania naczyń 300W(+/-10W) | Tak |  |  |
| 25 | Regulacja intensywności działania w 4- stopniowej skali | Tak |  |  |
| 26 | Automatyczne kończenie procesu zamykania naczyń potwierdzone sygnałem dźwiękowym | Tak |  |  |
| 27 | Rozpoznawanie podłączonych instrumentów i automatyczne dobieranie optymalnych parametrów pracy | Tak |  |  |
| 28 | Funkcja bezpiecznego cięcia bipolarnego i koagulacji bipolarnej w soli fizjologicznej(elektroresekcja bipolarna) automatycznie dobierana moc cięcia min 370W | Tak |  |  |
| 29 | System bezpieczeństwa elektrody neutralnej monitorujący:- jakość przylegania elektrody neutralnej(pomiar symetrii)- kontakt między elektroda neutralna a skórą pacjenta(pomiar rezystancji)- gęstość prądu poniżej elektrody neutralnej | Tak |  |  |
| 30 | Informacja o jakości przylegania elektrody neutralnej w postaci cyfrowej i graficznej | Tak |  |  |
| 31 | Możliwość rozbudowy modułu podstawowego o tryb pracy koagulacji bliźniaczej | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.Nie - 0 pkt. |  |
| 32 | Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe moduły sterowane z modułu głównego:- przystawkę argonową- odsysacz dymu | Tak |  |  |
| 33 | Wyposażenie:- wózek jezdny- 1szt.- wyłącznik nożny podwójny z przyciskiem do zmiany programu – 1 szt.(do dezynfekcji)- wyłącznik nożny pojedynczy – 1 szt. (do dezynfekcji)- elektroda neutralna jednorazowa dzielona o powierzchni 85-90cm2 z pierścieniem izolowanym mechanicznie i elektrycznie o powierzchni min. 23-25 cm2 – 50 szt.- kabel do elektrod neutralnych jednorazowych dł. Min. 5 m , wielorazowy – 1 szt. | Tak |  |  |

**Zadanie nr 2 – pompy strzykawkowe (10 szt.)**

**Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia, nr katalogowy |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów granicznych** | **Warunek konieczny** | **Punktacja** | **Podać lub potwierdzić** |
| 1 | Sterowanie elektronicznie | Tak |  |  |
| 2 | Możliwość zasilania przy użyciu zasilacza zewnętrznego | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0**  |  |
| 3 | Strzykawka mocowana od przodu automatycznie lub manualnie | Tak | **Automatycznie – 5 plkt.****Manualnie – 0 pkt.** |  |
| 4 | Blokada tłoka strzykawki, działające niezależnie od położenia głowicy napędowej | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0** |  |
| 5 | Masa pompy, max 2,5 kg | Tak | **<1,7 kg – 5 pkt.****≥1,7 kg – 2,5 kg – 0 pkt.** |  |
| 6 | Możliwość podłączenia odłączalnego, nieskładanego uchwytu do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0** |  |
| 7 | Możliwość wymiany akumulatora w prosty sposób, bez użycia narzędzi oraz wykonania przeglądu technicznego | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0** |  |
| 8 | Biblioteka leków zawierająca min. 100 pozycji  | Tak | **500i więcej pozycji leków – 5 pkt.****Poniżej 500 pozycji – 0**  |  |
| 9 | Dokładność mechaniczna +/- 1% | Tak | **≤0,5% - 5 pkt.****>0,5% do 1% - 0 pkt.** |  |
| 10 | Tryb przejęcia dla pomp umieszczonych w stacji dokującej – automatyczne przejmowanie infuzji przez kolejną pompę natychmiast po zakończeniu infuzji w poprzedniej. | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0** |  |
| 11 | Przestrzeń zajmowana przez pompę, max. 3500 cm³ | Tak | **<3000 cm³- 5 pkt.****≥3000 cm³ - 0 pkt.** |  |
| 12 | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania każdej pompy o tryb TCI | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0** |  |
| 13 | Możliwość współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii | Tak/Nie | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0** |  |

**Zadanie nr 3 – stacje dokujące z pompami strzykawkowymi (14 szt.)**

**Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia, nr katalogowy |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów granicznych** | **Warunek konieczny** | **Punktacja** | **Podać lub potwierdzić** |
| 1 | Stacja umożliwiająca jednoczesne zamocowanie 4 pomp w jednej kolumnie z możliwością rozbudowy do 8 pomp | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0**  |  |
| 2 | Modułowa budowa stacji dokujących. Rozszerzenie stacji o kolejny moduł nie wymaga narzędzi i dodatkowych elementów konstrukcji | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0**  |  |
| 3 | Możliwość współpracy z czytnikiem kodów kreskowych | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0**  |  |
| 4 | Możliwość wymiany akumulatora w prosty sposób, bez użycia narzędzi oraz wykonania przeglądu technicznego | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0** |  |
| 5 | Wyposażona w system alarmów wizualnych i akustycznych | Tak |  |  |
| 6 | Możliwość dowolnej konfiguracji ilości pomp strzykawkowych i objętościowych w stacji dokującej przy każdym stanowisku | Tak |  |  |
| 7 | System szybkiego mocowania pomp do stacji dokującej bez przerywania przepływu | Tak |  |  |
| 8 | Zasilanie 230V 50Hz, cała kolumna zasilana za pomocą jednego przewodu | Tak |  |  |
| 9 | Pokrywa do stacji dokującej | TAK |  |  |
| 10 | Opis pompy strzykawkowej jak w zadaniu nr 2 | TAK |  |  |

**Zadanie nr 4 – pompy objętościowe (23 szt.)**

**Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia, nr katalogowy |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów granicznych** | **Warunek konieczny** | **Punktacja** | **Podać lub potwierdzić** |
| 1 | Pompa do dożylnej podaży leków i płynów, krwi i produktów krwiopochodnych, żywienia pozajelitowego, dojelitowego, leków onkologicznych, sterowana elektronicznie, umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0**  |  |
| 2 | Dostępność drenów do żywienia dojelitowego | Tak/Nie | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0**  |  |
| 3 | Masa pompy, max 2,5 kg | Tak | **<1,7 kg – 5 pkt.****≥1,7 kg – 2,5 kg – 0 pkt.** |  |
| 4 | Możliwość podłączenia odłączalnego, nieskładanego uchwytu do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0** |  |
| 5 | Możliwość podaży preparatów krwiopochodnych potwierdzona wykazem dostępnych drenów | Tak |  |  |
| 6 | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego 4h, przy przepływie 100 ml/h | Tak |  |  |
| 7 | Biblioteka leków zawierająca min. 100 pozycji  | Tak | **500i więcej pozycji leków – 5 pkt.****Poniżej 500 pozycji – 0**  |  |
| 8 | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol z uwzględnieniem masy ciała w dniesieniu do czasu (np. mg/kg/24h) | Tak/Nie | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0** |  |
| 9 | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej – 3 pompy | Tak | **Moduły po 3 pompy -5 pkt.****Moduły po 2 pompy – 0 pkt.** |  |

**Zadanie nr 5 – Wózek medyczny (ratowniczy) z akcesoriami i z nadstawką (1 szt.)**

 **Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia, nr katalogowy |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów granicznych** | **Warunek konieczny** | **Punktacja** | **Podać lub potwierdzić** |
| 1 | Wykonany ze stali nierdzewnej | Tak |  |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) 690 x 700 x 985 mm, blat o wymiarach 650 x 600 mm. Zamawiający dopuszcza tolerancję w rozmiarze do 10% | Tak | **Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) 690 x 700 x 985 mm, blat o wymiarach 650 x 600 mm – 30 pkt.****Wymiary w ramach tolerancji i dopuszczone przez Zamawiającego – 0 pkt.**  |  |
| 3 | Malowany proszkowo, kolor wg. wyboru zamawiającego z palety dostępnych kolorów. | Tak |  |  |
| 4 | Wózek wyposażony w min. 4 szuflady umieszczone w rzędzie (jedna pod drugą) | Tak |  |  |
| 5 | Szuflady (4 szt.) na prowadnicach samodociągowych z pełnym wysuwem | Tak |  |  |
| 6 | Wyposażony w nadstawkę z pojemnikami plastikowymi (10 – 12 pojemników) | Tak |  |  |
| 7 | Stojak do infuzji płynów ze stali nierdzewnej montowany do wózka | Tak |  |  |
| 8 | Tacka (wym: 300 x 200 x 60mm). Zamawiający dopuszcza tolerancję w granicach 10% | Tak | **Wymiar 300 x 200 x 60mm – 30 pkt.****Dopuszczony przez zamawiającego w granicach toleracji – 0 pkt.** |  |
| 9 | Pojemnik z tworzywa na zużyte igły o poj. 0,7 litr. | Tak |  |  |
| 10 | Wiaderko ze stali nierdzewnej o poj. Od min. 5 do max. 7 litr. po prawej stronie | Tak | **7 litr – 30 pkt.** **Mniej niż 7 – 0 pkt.** |  |
| 11 | Uchwyt z 2 pojemnikami na cewniki po lewej stronie | Tak |  |  |
| 12 | Wózek na kółka o średnicy nie większej niż 110 mm. wyposażone w odbojniki z tworzywa. Kółka nie powodujące zabrudzeń powierzchni podłogi. 2 kółka z blokadą. | Tak |  |  |
| 13 | Rączka do prowadzenia wózka od frontu lub po jednym z boków | Tak | **Od frontu – 30 pkt. Po stronie bocznej – 0 pkt.** |  |
| 14 | Wyposażony w relingi boczne na akcesoria | Tak |  |  |
| 15 | Blat wózka ze wszystkich stron zakończony zagłębieniem i burtą, zapobiegającą spadaniu przedmiotów z blatu. | Tak |  |  |
| 16 | Wszystkie krawędzie bezpiecznie zaokrąglone | Tak |  |  |
| 17 | Przeznaczony do wykorzystywania na salach operacyjnych | Tak |  |  |

**Zadanie nr 6 – Wózek medyczny (ratowniczy) z dodatkowym, wysuwanym blatem bocznym (1 szt.)**

 **Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia, nr katalogowy |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów granicznych** | **Warunek konieczny** | **Punktacja** | **Podać lub potwierdzić** |
| 1 | Wykonany ze stali nierdzewnej | Tak |  |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) 690 x 700 x 985 mm, blat o wymiarach 650 x 600 mm. Zamawiający dopuszcza tolerancję w rozmiarze do 10% | Tak | **Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) 690 x 700 x 985 mm, blat o wymiarach 650 x 600 mm – 30 pkt.****Wymiary w ramach tolerancji i dopuszczone przez Zamawiającego – 0 pkt.** |  |
| 3 | Wysuwany blat boczny z lewej strony o wymiarach (dł. x szer.) ok. 370 x 370 mm | Tak |  |  |
| 4 | Malowany proszkowo, kolor wg. wyboru zamawiającego z palety dostępnych kolorów. | Tak |  |  |
| 5 | Wózek wyposażony w min. 4 szuflady umieszczone w rzędzie (jedna pod drugą) | Tak |  |  |
| 6 | Szuflady (4 szt.) na prowadnicach samodociągowych z pełnym wysuwem. Dolna szuflada głębsza od pozostałych o wysokości nie mniejszej niż 210 mm | Tak |  |  |
| 7 | Wózek na kółka o średnicy nie większej niż 110 mm. wyposażone w odbojniki z tworzywa. Kółka nie powodujące zabrudzeń powierzchni podłogi. 2 kółka z blokadą. | Tak |  |  |
| 8 | Rączka do prowadzenia wózka od frontu lub po jednym z boków | Tak | **Od frontu – 30 pkt. Po stronie bocznej – 0 pkt.** |  |
| 9 | Wyposażony w relingi boczne na akcesoria | Tak |  |  |
| 10 | Blat wózka ze wszystkich stron zakończony zagłębieniem i burtą, zapobiegającą spadaniu przedmiotów z blatu. | Tak |  |  |
| 11 | Wszystkie krawędzie bezpiecznie zaokrąglone | Tak |  |  |
| 12 | Przeznaczony do wykorzystywania na salach operacyjnych | Tak |  |  |

**Zadanie 7 – Automatyczne urządzenie do kompresji klatki piersiowej w trakcie resuscytacji (1 szt.)**

**Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia, nr katalogowy |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów granicznych** | **Warunek konieczny** | **Punktacja** | **Podać lub potwierdzić** |
| 1 | Wysokość klatki piersiowej do 35 cm | Tak |  |  |
| 2 | Głębokość kompresji w zakresie od min. 2 do max. 6 cm (+/- 5 mm) | Tak |  |  |
| 3 | Szerokość klatki piersiowej pacjenta min 48 cm | Tak |  |  |
| 3 | Tryby pracy: 30/2, 15/2, ciągły | Tak |  |  |
| 4 | Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym od min. 90 min. do max. 120 min. | Tak | **90 min – 0 pkt.****100 min. – 10 pkt.****110 min. – 20 pkt.** **120 min. – 30 pkt.** |  |
| 5 | Czas ładowania akumulatora 0-100% w zakresie od min. 150 do max. 200 min | Tak | **150 min. – 30 pkt.****Powyżej 150 min. – 0 pkt.** |  |
| 6 | Deska pod plecy przezierna dla promieni RTG w wyposażeniu | Tak |  |  |
| 7 | Mechanizm zabezpieczający przy zastosowaniu mechanicznej kompresji przed urazami i pogłębianiem się istniejących | Tak |  |  |

**Zadanie 8 – Materac przeciwodleżynowy z pompą (2 szt.)**

**Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia, nr katalogowy |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów granicznych** | **Warunek konieczny** | **Punktacja** | **Podać lub potwierdzić** |
| 1 | Zakres regulacji ciśnienia przez pompę w materacu w zakresie 10-45 mmHg | Tak |  |  |
| 2 | Czas cyklu (min.) 10 | Tak |  |  |
| 3 | Automatyczna kontrola bezpiecznego poziomu wartości ciśnienia z funkcją autokorekty | Tak/Nie | **Tak -10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |  |
| 4 | Funkcja blokady panelu sterowania | Tak/Nie | **Tak -10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |  |
| 5 | Wymiary po napełnieniu (długość x szerokość x wysokość w cm) 200 x 90 x 25 cm, tolerancja +/- 5% | Tak |  |  |
| 6 | Skuteczność medyczna wg. masy pacjenta do 180 kg. | Tak |  |  |
| 7 | Zgodność z dyrektywą 93/42/EEC | Tak |  |  |
| 8 | Pokrowiec | Tak |  |  |
| 9 | Instrukcja obsługi wraz z kartą gwarancyjną | Tak |  |  |
| 10 | Gwarancja w zakresie od min. 24 miesiące do max. 60 miesięcy | Tak |  |  |
| 11 | Materac dwusekcyjny | Tak |  |  |
| 12 | System pasów stabilizujących materac na łóżku oraz wkład antypoślizgowy | Tak |  |  |
| 13 | Opcje dodatkowe | Tak/Nie | **Tak -10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |  |