

ZESTAWIENIE WYMAGANCYH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**Zadanie nr 1 - aparat KTG****Kardiotokograf z funkcją ciąży bliźniaczej i pełnym monitoringiem matki - szt 1****Producent:.....****Kraj pochodzenia:****Oferowany model/typ:****Rok produkcji 2018 r**

lp	Opis parametru , funkcji	Wymogi graniczne TAK	Parametry oferowane
1.	Aparat KTG fabrycznie nowy z automatyczną analizą oraz pełną obsługą w języku polskim.	Tak	
1	Kolorowy ekran dotykowy LCD pochylany o przekątnej $\geq 12,1''$	Tak ,podać	
2	Obsługa urządzenia przez ekran dotykowy oraz pokrętko	Tak	
3	Współpraca z centralą monitorującą oraz telemetrią płodową	Tak	
4	Metoda pomiarowa FHR Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny	Tak	
5	Zakres pomiarowy US min 50-240 bpm	Tak ,podać	
6	Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu	Tak	
7	Częstotliwość pracy sygnału ultradźwiękowego 1 MHz	Tak ,podać	
8	Częstość powtarzania ≥ 2 kHz	Tak ,podać	
9	Wartość natężenie emitowanej fali US ≤ 2 mW/cm ²	Tak ,podać	
10	Wskaźnik jakości sygnału	Tak	
11	Monitorowanie bliźniaków po podłączeniu drugiej głowicy Cardio	Tak	
12	Komputerowa analiza zapisu KTG	Tak	
13	Znacznik dla personelu	Tak	
14	Wprowadzanie notatek	Tak	
15	Funkcja separacji nakładających się krzywych FHR (dotyczy monitorowania bliźniaków)	Tak	
16	Ostrzeganie w przypadku monitorowania jednego płodu za pomocą obu głowic US (dotyczy monitorowania bliźniaków)	Tak	
17	Na wyposażeniu monitora przetwornik Toco 1 szt. i przetwornik Cardio 2 szt.	Tak	
18	Monitoring parametrów matki: NIBP, MEGG, TEMP, RESP, SPO2	Tak	
19	Ostrzeganie w przypadku monitorowania tętna matki za pomocą głowicy US	Tak	
20	Automatyczne aktywowanie podpiętego przetwornika	Tak	

21	Możliwość przenoszenia głowic pomiędzy aparatami tego modelu	Tak	
22	Wodoszczelność przetworników min. IPX8	Tak	
23	Aparat wyposażony w funkcję monitorowania ciąży bliźniaczej	Tak	
24	Ręczny znacznik ruchów płodu dla matki	Tak	
25	Automatyczne wykrywanie ruchów płodu	Tak	
26	Alarm FHR ustawiany krokiem 5 lub 10 BPM.	Tak ,podać	
27	Opóźnienie występowania alarmów ustawiane krokiem 5 lub 10 sekundowym (min. 10 - 300 s)	Tak ,podać	
28	Prezentacja cyfrowej wartości FHR i Toco	Tak	
29	Metoda pomiarowa Toco Tensometryczna	Tak	
30	Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności skurczowej macicy	Tak	
31	Zakres sygnału Toco 0÷100 %	Tak	
32	Ustawienie linii podstawowej Toco 10 lub 20 jednostek (do wyboru przez użytkownika)	Tak ,podać	
33	Automatyczna korekcja przesunięcia	Tak	
34	Automatyczna korekcja zerowania	Tak	
35	Możliwość współpracy z telemetrią płodową do ciąży bliźniaczej o zasięgu obu głowic cardio co najmniej 90m	Tak ,podać	
36	Graficzny rejestrator termiczny wbudowany w urządzenie	Tak	
37	Standardowe prędkości przesuwania papieru 1,2 i 3 [cm/min]	Tak ,podać	
38	Duże prędkości wydruku (zapisy archiwalne) ≥ 15 mm/sek	Tak ,podać	
39	Szerokość papieru min 150mm – 20 szt	Tak ,podać	
40	Wprowadzanie danych pacjentki. Ekranowa klawiatura w układzie Qwerty.		
41	Rozdzielczość wydruku ≥ 200 dpi	Tak ,podać	
42	Alarm końca papieru	Tak	
43	Kompaktowa obudowa	Tak	
44	Wózek do aparatu z koszykiem na akcesoria	Tak	
45	+ 2 przeglądy techniczne w trakcie trwania gwarancji	Tak	
46	Okres gwarancji min 24 miesiące na aparaty	Tak,podać	
47	Okres gwarancji min 12 miesięcy na akcesoria	Tak ,podać	
48	Dokumenty potwierdzające: folder produktu w języku polskim, deklaracja zgodności CE	Tak	

_____, dnia _____ r.

pieczęć imienna, podpis osoby(osób)
uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Zadanie nr 2 - wózek inwalidzki ręczny

WÓZEK INWALIDZKI - szt 2 Producent:..... Kraj pochodzenia: Oferowany model/typ: Rok produkcji 2018 r			
lp	Opis parametru , funkcji	Wymogi graniczne TAK	Parametry oferowane
1	Fabrycznie nowy .	Tak	
2	Składana, lekka stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej , malowana proszkowo , / kolor do wyboru podać/	Tak	
3	Siedzisko miękkie z poduszką , wykonane z materiału tapicerskiego lub nylonu / kolor do wyboru podać/	Tak	
4	Uchylne podłokietniki	Tak	
5	Szerokość siedziska 50 cm	Tak ,podać	
6	Całkowita szerokość wózka 67 cm	Tak ,podać	
7	Hamulce osoby prowadzącej	Tak	
8	Koła przednie pełne gumowe	Tak	
9	Koła tylne , pełne gumowe lub pneumatyczne		
10	Waga wózka max 20 kg	Tak ,podać	
11	Maksymalna waga użytkownika 130 kg	Tak ,podać	
12	Uchylne i odpinane podnóżki z regulacją wysokości	Tak	
13	Dokumenty potwierdzające: folder produktu w języku polskim, deklaracja zgodności CE	Tak	
14	Okres gwarancji min 12 miesięcy .	Tak ,podać	

_____, dnia _____ r.

pieczęć imienna, podpis osoby(osób)
uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Przedmiot zamówienia: Zadanie nr 3 - materac przeciwoodleżynowy z pompą - szt 2**Producent:.....****Kraj pochodzenia:****Oferowany model/typ:****Rok produkcji 2018 r**

1	Fabrycznie nowy .	Tak	
2	Materac do II stopnia odleżyn włącznie w rozmiarze 85 x 195 x 12 cm	Tak ,podać	
3	Wymienne komory poprzeczne umieszczone w kilkunastu rzędach, wykonane z poliuretanu, powinny napęlić się i opróżniać cyklicznie co druga. Komory w części środkowej wypinane, w celu możliwości prowadzenia terapii bezdotykowej.	Tak ,podać	
4	Materac wyposażony w: - szybkozłączkę - mikrootwory AIR - zawór szybkiego spuszczenia powietrza CPR - przewody materaca w pokrowcu - pasy mocujące	Tak	
5	Materac pokryty półprzepuszczalnym pokrowcem z możliwością mycia i dezynfekcji pokrowca w temp.95st. C i suszenia w temp. 110st. C – zapinany w całość (z trzech stron zamek).	Tak ,podać	
6	Skuteczność medyczna dla pacjentów o wadze do 160kg	Tak ,podać	
7	Pompa wyposażona w funkcje: - wyboru ciśnienia w zakresie od 10 do 60 mmHg - trybu statycznego - alarmu wizualnego niewłaściwego ciśnienia - wydajność pompy ≤ 8 l/min. - kabel sieciowy o długości 4,5m - mechaniczny i zewnętrzny, kapsułowy, antybakteryjny filtr powietrza- zastosowanie filtrów zewnętrznych - umożliwia to ich wymianę przez użytkownika, bez konieczności wzywania serwisu czy odsyłania pompy. Filtr zewnętrzny pozwala na optyczną ocenę konieczności jego wymiany. Zatkanie filtra wewnętrznego będzie się objawiało złą pracą pompy, a nawet jej uszkodzeniem.	Tak	
8	Dokumenty potwierdzające: folder produktu w języku polskim, deklaracja zgodności CE	Tak	

9	Gwarancja min 3 lata	Tak ,podać	
---	----------------------	------------	--

_____, dnia _____ r.

pieczęć imienna, podpis osoby(osób)
uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Przedmiot zamówienia: Zadanie nr 4 - Materac przeciwoodleżynowy – szt 6			
Producent:.....			
Kraj pochodzenia:			
Oferowany model/typ:			
Rok produkcji 2018 r			
1	Fabrycznie nowy .	Tak	
2	Materac do IV stopnia odleżyn w rozmiarze 90 x 200 x 15 cm	Tak ,podać	
3	Trzywarstwowy rdzeń materaca z hiperelastycznej pianki	Tak	
4	Kanały napowietrzające tworzący idealny mikroklimat	Tak	
5	Pokrowiec poliuretanowy łatwo ściągalny , wodoodporny i paro przepuszczalny z możliwością czyszczenia w temperaturze do 95 °C	Tak ,podać	
6	Dokumenty potwierdzające: folder produktu w języku polskim, deklaracja zgodności CE	Tak	
7	Gwarancja min 5 lat	Tak ,podać	

_____, dnia _____ r.

pieczęć imienna, podpis osoby(osób)
uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Przedmiot zamówienia: Zadanie nr 5 - wieszak kroplówkowy ścienny – szt 10**Producent:**.....**Kraj pochodzenia:****Oferowany model/typ:****Rok produkcji 2018 r**

1	Wieszak kroplówkowy mocowany do ściany , teleskopowy , długość 70-200 cm , wykonany ze stali nierdzewnej , głowica zakończona min 2 haczykami	Tak ,podać	
2	Dokumenty potwierdzające: folder produktu w języku polskim, deklaracja zgodności CE	Tak	
3	Okres gwarancji min 12 miesięcy .	Tak ,podać	

_____, dnia _____ r.

pieczęć imienna, podpis osoby(osób)
uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy**Przedmiot zamówienia: Zadanie nr 6 - aparat EKG – szt 1****Producent:**.....**Kraj pochodzenia:****Oferowany model/typ:****Rok produkcji 2018 r**

1	Fabrycznie nowy .	Tak	
2	Aparat EKG z kolorowym wyświetlaczem graficznym LCD z ekranem dotykowym oraz klawiaturą membranową z przyciskami funkcyjnymi	Tak	
3	Przeznaczony jest do wykonywania badań EKG dorosłych i dzieci w celu wyszukiwania nieprawidłowości kardiologicznych, wykrywania niedokrwienia mięśnia sercowego bądź zawału	Tak	
4	rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG	Tak	
5	wydruk z pamięci wewnętrznej automatycznego badania EKG w grupach po 3 odprowadzenia	Tak	
6	podczas badania automatycznego funkcja zapisu do wewnętrznej pamięci sygnału	Tak	

	EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania, ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu		
7	wydruk analizy i interpretacji automatycznego badania EKG	Tak	
8	prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG	Tak	
9	wydruk 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG	Tak	
10	klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi	Tak	
11	kolorowy wyświetlacz graficzny LCD o przekątnej 4,3" z pojemnościowym ekranem dotykowym	Tak, podać	
12	automatyczna analiza i interpretacja -wyniki zależne od płci i wieku pacjenta.	Tak	
13	wykonanie do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej	Tak	
14	ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu	Tak	
15	automatyczna detekcja zespołów QRS	Tak	
16	aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu	Tak	
17	filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz	Tak, podać	
18	filtr izolacji; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz	Tak, podać	
19	detekcja odpięcia elektrody niezależna dla każdej elektrody	Tak	
20	zewnętrzny port komunikacyjny USB do podłączenia z komputerem PC z	Tak	

	oprogramowaniem CardioTEKA w celu przesyłu sygnału EKG w czasie rzeczywistym		
21	badanie automatyczne z wydrukiem danych pacjenta i danych gabinetu funkcje oszczędności energii akumulatora	Tak	
22	wymiary (D x S x W): 220 x 153 x 55 mm waga: < 0,6 kg	Tak , podać	
23	Standardowe wyposażenie : elektrody gruszkowe elektrody klipsowe ,kabel zasilający ,żel	Tak	
24	Wózek medyczny pod elektrokardiograf z wysięgnikiem na kabel pacjenta. Wózek posiada 2 półki na urządzenia medyczne oraz dodatkową na elektrody i żel EKG. Wymiary: wys. 85 cm, półka: 24cm x18cm. +/- 3 cm	Tak	
25	Dokumenty potwierdzające: folder produktu w języku polskim, deklaracja zgodności CE	Tak	
26	Gwarancja min min. 24 miesiące	Tak , podać	

_____, dnia _____ r.

pieczęć imienna, podpis osoby(osób)
uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy