***Załącznik nr 1***

**Część 1: Aparat do aferezy leczniczej i ciągłych technik - 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Posiadanie przez oferowany sprzęt: Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane minimalne parametry** |  |  |
|  | Możliwość wykonania wszystkich następujących zabiegów na pojedynczym urządzeniu, (tj. bez dołączania dodatkowych urządzeń peryferyjnych i modułów):ciągła hemofiltracja i hemodializa terapeutyczna wymiana osocza plazmafereza z podwójną filtracją (DFPP) selektywna plazmafereza cząstek mniejszych lub równych wielkością albuminie m.in. łańcuchy lekkie immunoglobuliny, bilirubina) immunoadsorpcja metodą perfuzji osocza leukocytafereza metodą hemoperfuzji | Tak |  |
| 2 | Antykoagulacja heparynowa przy użyciu zintegrowanej pompy strzykawkowej | Tak |  |
| 3 | Możliwość zastosowania antykoagulacji cytrynianowej bez dodatkowych urządzeń. | Tak |  |
| 4 | Zintegrowana płyta grzewcza o maksymalnej wydajności co najmniej 12 l/h. | Tak |  |
| 5 | Maksymalny przepływ krwi podczas ciągłych zabiegów nerkozastępczych co najmniej 400ml/min. | Tak |  |
| 6 | Możliwość pełnego odłączenia aparatu od zasilania po wypełnieniu zestawu na okres co najmniej 4 godzin, bez użycia zewnętrznych zasilaczy. | Tak |  |
| 7 | Możliwość automatycznego zakończenia zabiegu na zasilaniu awaryjnym (zasilanie umożliwia dalsze napędzanie pomp). | Tak |  |
| 8 | Obsługa przy użyciu ekranu dotykowego, w języku polskim. | Tak |  |
| 9 | Odzysk albuminy podczas wszystkich zabiegów DFPP powyżej 60% | Tak |  |
| 10 | Możliwość przeprowadzenia aferezy LDL | Tak |  |
| 11 | Ekran: kolorowy, o przekątnej powyżej 10". | Tak |  |
| 12 | niezbędne oprzyrządowanie / okablowanie, itp. | Tak |  |
| 13 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | Tak |  |
| 14 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak |  |
| 15 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak |  |
| 16 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do 2 dni roboczych) | Tak |  |
| 17 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak |  |
| 18 | Serwis na terenie Polski | Tak |  |
| 19 | Szkolenie personelu | Tak |  |

**obowiązkowe przeglądy techniczne w cenie ofertowej w okresie gwarancji po stronie wykonawcy**

....................................................................................

data i podpisy

**Część 2: Kardiomonitor 4 sztuki wraz ze stacją centralnego nadzoru**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Posiadanie przez oferowany sprzęt: Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane, opis, komentarz** |
| 1. | Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 3,5 kg +/10% | Tak |  |
| 2 | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia. | Tak |  |
| 3. | Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD, z aktywna matrycą TFT, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 800x600 pikseli.  *Podać przekątną ekranu i rozdzielczość.* | Tak |  |
| 4. | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych.  *Określić ilość. Wyspecyfikować przykładowe krzywe dynamiczne prezentowane jednocześnie na ekranie.* | Tak |  |
| 5. | Wszystkie dane numeryczne monitorowanych parametrów wyświetlane jednoczasowo na ekranie. Duże czytelne, znaki. | Tak |  |
| 6. | Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów: 96-godzinne. Regulowane odstępy czasu wyświetlania parametrów.  *podać* | Tak |  |
| 7. | Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych oraz zdarzeń wpisanych przez użytkownika – pamięć co najmniej 100 zestawów odcinków krzywych i wartości parametrów | Tak |  |
| 7. | Kategorie wiekowe pacjentów: dorośli, dzieci i noworodki. | Tak |  |
| 8. | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:   1. EKG; 2. Odchylenie odcinka ST; 3. Liczba oddechów (RESP); 4. Saturacja (Spo2); 5. Ciśnienie krwi, mierzone metodą nieinwazyjną (NIBP); 6. Temperatura (T1,T2,TD). | Tak |  |
| 9. | Pomiar EKG | Tak |  |
|  | 1. Zakres częstości rytmu serca: minimum 15÷300 bpm.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Monitorowanie EKG przy wykorzystaniu przewodu 3. i 5. końcówkowego odprowadzeń. | Tak |  |
|  | 1. Funkcja inteligentnego przełączania odprowadzenia – automatyczne przejście na monitorowanie dostępnego odprowadzenia po odłączeniu elektrody EKG | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż+/- 1%.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25 mm/s; 50 mm/s.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej EKG. | Tak |  |
|  | 1. Czułość: co najmniej 0,125 cm/mV; 0,25 cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2 cm/mV; 4,0 cm/mV; auto.   *wymienić.* | Tak |  |
|  | 1. Sygnalizacja braku połączenia elektrod. | Tak |  |
|  | 1. Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie w zakresie od -2,0 do +2,0 mmHg. Możliwość ustawienia jednostki pomiarowej mm. | Tak |  |
|  | 1. Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych | Tak |  |
|  | 1. Analiza zaburzeń rytmu (co najmniej 20), z rozpoznawaniem co najmniej następujących zaburzeń: 2. Bradykardia 3. Tachykardia 4. Asystolia 5. Tachykardia komorowa 6. Migotanie komór 7. Migotanie przedsionków 8. Stymulator nie przechwytuje 9. Stymulator nie generuje impulsów 10. Salwa komorowa 11. PVC/min wysokie   *Wymienić* | Tak |  |
| 10. | Pomiar oddechów (RESP). | Tak |  |
|  | 1. Impedancyjna metoda pomiaru. | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru: minimum 5-120 oddechów /min   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Wzmocnienie ustawiane w zakresie od x0,25 do x 5 | Tak |  |
|  | Dokładność pomiaru: nie gorsze niż +/-2 oddech /min | Tak |  |
|  | 1. Prędkość kreślenia: co najmniej 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25mm/s.   *podać.* | Tak |  |
|  | 1. Możliwość wyboru odprowadzeń do monitorowania respiracji | Tak |  |
| 11. | Pomiar saturacji (SpO2). | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru saturacji: 0÷100% | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 30÷250/min.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70÷100%: nie gorsza niż +/- 3%.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywoływania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik | Tak |  |
|  | 1. Alarm desaturacji | Tak |  |
| 12. | Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP). | Tak |  |
|  | 1. Oscylometryczna metoda pomiaru. | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15÷250 mmHg.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 40÷200 bpm. | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 5mmHg.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Tryb pomiaru: 2. AUTO; 3. Ręczny. | Tak |  |
|  | 1. Funkcja stazy | Tak |  |
|  | 1. Zakres programowania interwałów w trybie AUTO: co najmniej 1÷360 minut.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | Tak |  |
| 13. | Pomiar temperatury (TEMP) | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiarowy: co najmniej 25÷42˚C.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1˚C.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości : 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa | Tak |  |
| 14. | Wyposażenie każdego kardiomonitora w akcesoria pomiarowe. | Tak |  |
|  | 1. Kabel EKG 5-odprowadzeniowy | Tak |  |
|  | 1. Przewód łączący do mankietów do pomiaru NIBP | Tak |  |
|  | 1. Mankiet do pomiaru NIBP średni | Tak |  |
|  | 1. Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych typu klips | Tak |  |
|  | 1. Czujnik temperatury powierzchniowy | Tak |  |
| 15. | Gniazdo wyjścia sygnału EKG do synchronizacji defibrylatora. | Tak |  |
| 16. | Łatwa intuicyjna obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła, przycisków. | Tak |  |
| 18. | 3-stopniowy system alarmów wszystkich parametrów. | Tak |  |
|  | 1. Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów. | Tak |  |
|  | 1. Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów. | Tak |  |
|  | 1. Wybór czasowego zawieszenia alarmów – co najmniej 5 czasów do wyboru. | Tak |  |
|  | 1. Ustawianie różnych poziomów alarmowania dla poszczególnych parametrów. | Tak |  |
|  | 1. Ustawianie głośności sygnalizacji alarmowej (co najmniej 10 poziomów do wyboru) oraz wzorca dźwiękowej sygnalizacji (co najmniej 3 wzorce do wyboru) | Tak |  |
| 19. | Ręczne i automatyczne (na żądanie obsługi) ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta. | Tak |  |
| 20. | Monitor wyposażony w funkcję obliczeń lekowych, hemodynamicznych, wentylacyjnych, nerkowych | Tak |  |
| 21. | Zasilanie kardiomonitora z sieci elektroenergetycznej 230V AC 50Hz i akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor. | Tak |  |
|  | 1. Czas pracy kardiomonitora, zasilanego z akumulatora (przy braku napięcia elektroenergetycznej sieci zasilającej), przy monitorowaniu wszystkich mierzonych parametrów (pomiar NIBP co 15 min. ): nie krótszy niż 2 godziny.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Czas ładowania akumulatora: nie dłuższy niż 5 godzin.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora. | Tak |  |
| 22. | Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci. | Tak |  |
|  | 1. Interfejs i oprogramowanie sieciowe, umożliwiające pracę kardiomonitora w sieci przewodowej z centralą monitorującą. | Tak |  |
|  | 1. Funkcja podglądu danych z innych monitorów podłączonych do sieci bez stacji centralnego nadzoru | Tak |  |
|  | 1. Funkcja informowania o alarmach pojawiających się na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | Tak |  |
|  | 1. Funkcja zdalnego wyciszania alarmów w innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | Tak |  |
|  | 1. Możliwość pracy w sieci bezprzewodowej | Tak |  |
|  | 1. Monitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera osobistego niepełniącego jednocześnie funkcji centrali (na wyposażeniu kardiomonitora oprogramowanie do archiwizacji danych na PC). | Tak |  |
|  | 1. Kardiomonitory przystosowane do pracy w sieci z centralą pielęgniarską Mindray przystosowaną do współpracy z systemami monitorowania wyposażonymi w zaawansowane moduły pomiarowe takie jak:   - rzut minutowy metodami termodylucji, IKG, PiCCO;  - BIS;  - NMT;  - EEG | Tak |  |
| 23. | Port USB do podłączenia zewnętrznego nośnika pamięci (przenoszenie konfiguracji między monitorami, archiwizacja danych pacjenta) | Tak |  |
| 24. | Akcesoria kompatybilne z posiadanymi przez szpital kardiomonitorami iMEC | Tak |  |
| 25. | Złącze do podłączenia monitora kopiującego VGA | Tak |  |
| 26. | Cicha praca urządzenia – chłodzenie konwekcyjne bez wentylatora | Tak |  |
| 27. | Monitor zabezpieczony przed zalaniem wodą – stopień ochrony co najmniej IPX1 | Tak |  |
| 28. | Na wyposażeniu uchwyt z półką do montażu monitora na ścianie, koszyk na akcesoria | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 29 | niezbędne oprzyrządowanie / okablowanie, itp. | Tak |  |
| 30 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | Tak |  |
| 31 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak |  |
| 32 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak |  |
| 33 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do 2 dni roboczych) | Tak |  |
| 34 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak |  |
| 35 | Serwis na terenie Polski | Tak |  |
| 36 | Szkolenie personelu | Tak |  |

**obowiązkowe przeglądy techniczne w cenie ofertowej w okresie gwarancji po stronie wykonawcy**

....................................................................................

data i podpisy

**Część 3: Lampa zabiegowa - bezcieniowa na kółkach – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Posiadanie przez oferowany sprzęt: Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane, opis, komentarz** |
| 1. | Trzy żarówki LED | Tak |  |
| 2 | Bezdotykowe włączenie/wyłączenie ( na podczerwień ), możliwość przyciemnienia | Tak |  |
| 3. | Konstrukcja „gęsiej szyi” zapewniająca stabilną pozycję podczas badania | Tak |  |
| 4. | Uchwyt ułatwiający manipulację położenia lampy | Tak |  |
| 5. | Średnica wiązki światła: 15-18 cm dla odległości roboczej 30-50 cm |  |  |
| 6. | Temperatura barwowa: 5500˚K |  |  |
| 7. | Wysokość : 79 cm + stojak 61 cm |  |  |
| 8. | Waga: 2,93 kg + stojak 7,87 kg |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9. | niezbędne oprzyrządowanie / okablowanie, itp. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | Tak |  |
| 11. | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak |  |
| 12. | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak |  |
| 13. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do 2 dni roboczych) | Tak |  |
| 14. | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak |  |
| 15. | Serwis na terenie Polski | Tak |  |
| 16. | Szkolenie personelu | Tak |  |

**obowiązkowe przeglądy techniczne w cenie ofertowej w okresie gwarancji po stronie wykonawcy**

....................................................................................

data i podpisy

**Część 4: Fotel okulistyczno- laryngologiczny – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Posiadanie przez oferowany sprzęt: Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane, opis, komentarz** |
| 1. | Szerokość całkowita 60 cm | Tak |  |
| 2 | Długość 66 cm | Tak |  |
| 3. | Możliwość rozkładania do pozycji leżącej | Tak |  |
| 4. | Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie 52-66 cm | Tak |  |
| 5. | Regulacja oparcia pleców i części nożnej za pomocą sprężyn gazowych | Tak |  |
| 6. | Trzysegmentowe leże | Tak |  |
| 7. | Wielopozycyjny podgłówek | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. | niezbędne oprzyrządowanie / okablowanie, itp. | Tak |  |
| 9. | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | Tak |  |
| 10. | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak |  |
| 11. | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak |  |
| 12. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do 2 dni roboczych) | Tak |  |
| 14. | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak |  |
| 15. | Serwis na terenie Polski | Tak |  |
| 16. | Szkolenie personelu | Tak |  |

**obowiązkowe przeglądy techniczne w cenie ofertowej w okresie gwarancji po stronie wykonawcy**

....................................................................................

data i podpisy

**Część 5: Zmotoryzowane urządzenie fizjoterapeutyczne - wyposażona w silnik szyna ruchowa**

**do stawu kolanowego i biodrowego. Typu Artromat – Active K lub równoważny - 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Posiadanie przez oferowany sprzęt: Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane, opis, komentarz** |
| 1. | **Wymiary:**   * Wzrost pacjenta: ok 135 do 205 cm | Tak |  |
| * Wymiary zewnętrzne aparatu:   96 x 38 x maks. 57 cm; +/- 5cm | Tak |  |
| 2 | **Masa:**   * Aparat: waga 15 - 20 kg * Pilot sterujący | Tak |  |
| 3. | **Funkcje specjalne:**   * Plan leczenia: Rehabilitacja po operacjach i urazach: więzadła krzyżowego, chrząstki stawowej, endoprotezoplastyce stawu; Każdy z planów leczenia oparty jest na 6 etapach, postęp w terapii bilansowany jest automatycznie współczynnikiem aktywności w odpowiedniej proporcji od pasywnego do aktywnego i do ćwiczeń koordynacji. Czas trwania każdego pojedynczego ćwiczenia wynosi min. 40 min. | Tak |  |
| * Blokada klawiatury: zapobiega przypadkowej zmianie parametrów terapii | Tak |  |
| * Dokumentacja terapii: zapis wyników ćwiczeń w formie wykresu | Tak |  |
| * Nowy pacjent: zresetowanie ustawień pilota przed nowym pacjentem | Tak |  |
| * Karta chip pacjenta: zachowanie indywidualnych danych terapii pacjenta | Tak |  |
| * Ustawienia menu: umożliwia zmianę ustawień menu, takich jak: język, ustawienie do transportu | Tak |  |
| 4. | **Zakresy ruchu:**   * Wyprost/zgięcie kolana: - 10° / 0° / 120° +/- 2° * Wyprost/zgięcie biodra: 0° / 7° / 115°+/- 2° | Tak |  |
| 5. | **Funkcje:**   * Tryb pracy "pasywny": Parametry regulowane: wyprost/zgięcie ustawiane bierne lub aktywnie, czas ćwiczenia, prędkość, moc silnika przy autorewersie (zabezpieczenie/skurcze spastyczne), rozgrzewka, pauza w wyproście i / lub w zgięciu, stymulacja mięśni | Tak |  |
| * Tryb pracy "aktywny": Regulacja siły następuje odrębnie dla prostowania i zginania; o kg = ruch ciągły bierny w kierunku wyprostu/zgięcia; 1 - 30 kg = określenie wartości siły, którą pacjent musi naciskając pokonać, aby spowodować ruch szyny do wyprostu lub zgięcia; - 1  - - 30 kg = określenie wartości siły, którą pacjent musi ciągnąć pokonać, aby spowodować ruchy szyny do wyprostu lub zgięcia, Parametry regulowane: wyprost/zgięcie ustawiane biernie lub aktywnie, czas ćwiczenia, prędkość, moc silnika przy autorewersie (zabezpieczenie/skurcze spastyczne), rozgrzewka, pauza w wyproście i / lub w zgięciu, siła prostowania, siła zginania, aktywny obszar zakresu ruchu (maks.  0° / 0° / 90°) | Tak |  |
| * Tryb pracy "kordynacja": do wyboru pięć różnych programów sekwencyjnych dla poprawy koordynacji ruchowej; Utrzymanie siły statyczne/dynamiczne: parametry regulowane: wyprost/zgięcie ustawiane biernie lub aktywnie, czas ćwiczenia, prędkość, moc silnika przy autorewersie (zabezpieczenie/skurcze spastyczne), rozgrzewka, pauza w wyproście i / lub w zgięciu, zakres siły prostowania, zakres siły zginania, aktywny obszar zakresu ruchu (maks. 0° / 0° / 90°); Znajdowanie kąta aktywne/pasywne: parametry regulowane: wyprost/zgięcie ustawiane biernie lub aktywnie, czas ćwiczenia, prędkość (ruch bierny), moc silnika przy autorewersie (zabezpieczenie / skurcze mięśnie spastyczne - ruch bierny), rozgrzewka, pauza w wyproście i / lub w zgięciu, siła prostowania (ruch aktywny) siła zginania (ruch aktywny); Ćwiczenia dowolne: parametry regulowane: czas ćwiczenia, siła prostowania, siła zginania | Tak |  |
| 6. | **Cechy:**   * Lekki (15-20 kg) o solidnej budowie, wytrzymały ± 30 kg stałej siły | Tak |  |
| * Konstrukcja zapewniająca zgodne anatomicznie ruchy szyny dzięki zastosowaniu specjalnego układu kinematycznego | Tak |  |
| * Może być przymocowany do leżanki lub łóżka za pomocą elementów ramy i / lub opcjonalnych pasów | Tak |  |
| * Wbudowany sensor odczytuje i mierzy siłę wyprostu i zgięcia kończyny pacjenta podczas ćwiczeń | Tak |  |
| * Komputer sterujący pracą silnika umożliwia dokładną kontrolę ruchu aktywnego CAM i ćwiczeń koordynacji | Tak |  |
| * Wewnętrzny moduł do synchronizacji elektrostymulacji | Tak |  |
| * W pełni regulowana szyna pozwala na dostosowanie do różnych rozmiarów i wzrostu pacjenta | Tak |  |
| * Zaawansowany, interaktywny pilot sterujący wyposażony w duży, kolorowy (LED) ekran ułatwia przekazywanie natychmiastowej informacji zwrotnej pacjentowi (biofeedback) | Tak |  |
| * Łatwy w użyciu pilot dzięki zastosowaniu menu “intuicyjnego” z systemem ikon | Tak |  |
| * Karty chip do przechowywania indywidualnych danych terapii i współpracy z PC (opcja) | Tak |  |
| * Sekwencyjne programy terapii dostosowane do rodzajów schorzeń i typów operacji | Tak |  |
|  | * sekwencyjne programy ćwiczeń oparte na biofeedback | Tak |  |
|  | * bieżąca kontrola ruchu aktywnego CAM i ćwiczeń koordynacji | Tak |  |
|  | * podstawa jezdna w zestawie | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. | niezbędne oprzyrządowanie / okablowanie, itp. | Tak |  |
| 8.. | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | Tak |  |
| 9. | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak |  |
| 10. | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak |  |
| 11. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do 2 dni roboczych) | Tak |  |
| 12. | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak |  |
| 13. | Serwis na terenie Polski | Tak |  |
| 14. | Szkolenie personelu | Tak |  |

**obowiązkowe przeglądy techniczne w cenie ofertowej w okresie gwarancji po stronie wykonawcy**

....................................................................................

data i podpisy