**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 7 – Respirator transportowy – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………………….…

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis/****oferowany parametr/****odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu wewnątrzszpitalnego oraz helikopterem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Odporny na wstrząsy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Odporny na zmiany temperatury w zakresie od -15 do50°C | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Zasilanie gazowe w tlen z butli o ciśnieniu roboczym od 2,7 do 5,5 bar | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Zasilanie gazowe w sprężony tlen z instalacji gazów medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie z własnej baterii wewnętrznej na minimum 4 godziny | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Zasilanie z zewnętrznego źródła DC o napięciu od 18 do 30 V | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie AC 220/230V | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Waga maksymalna urządzenia do 6 kg  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| **Tryby wentylacji** |
|  | Wentylacja objętościowo kontrolowana  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wentylacja wspomagana  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | CPAP/PEEP  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wentylacja bezdechu  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wentylacja nieinwazyjna na maskę  | TAK | TAK/NIE\* |
| **Parametry nastawialne** |
|  | Częstość oddechów min 5 do 50 1/min  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Objętość pojedynczego oddechu minimum od 100 do 1500 ml  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Płynna regulacja stężenia tlenu w zakresie od 40 do 100 %  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zastawka nadciśnienia regulowana w zakresie minimalnym od 20 do 50 mbar  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Regulowane ciśnienie końcowo - wydechowe (PEEP)  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czułość triggera /przepływowy/ w zakresie minimum od 1 litra/min do 10 litra/min  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wentylacje wspomaganą ciśnieniem PSV regulowaną w zakresie od 0 do 35 mbar*.* | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Synchronizacja z oddechem własnym pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
| **Obrazowanie parametrów wentylacji** |
|  | Krzywa oddechowa  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Aktualnie prowadzony tryb wentylacji  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Częstość oddychania  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Objętość pojedynczego oddechu  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wentylacja minutowa MV  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ciśnienie szczytowo-wdechowe  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ciśnienie średnie  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ciśnienie PEEP  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Przepływ wdechowy  | TAK | TAK/NIE\* |
| **Alarmy** |
|  | Niskiego ciśnienia gazów zasilających  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rzeczywistej częstości oddechów (tachypnoe)  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego wdechu  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zbyt niskiego ciśnienia wdechu  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Bezdechu  | TAK | TAK/NIE\* |
| **Dodatkowe funkcje i wyposażenie** |
|  | Kompletny uchwyt do zamocowania i przenoszenia respiratora, butli z reduktorem i akcesoriów.  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Reduktor do podłączenia butli z drenem zasilającym i złączem AGA | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Układ oddechowy dla dorosłych – 2 komplety wielorazowe 30 szt. drenów jednorazowych pacjenta  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Urządzenia podłączone do istniejącej sieci LAN zgodnej ze standardem ETHERNET  | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Wartość/opis/oferowany parametr/odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny, fabrycznie nowy z min. 2017 roku i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.
* Oświadczamy, iż przy dostawie przedmiotu zamówienia zostanie dostarczona instrukcja obsługi w języku polskim

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy