**Zmodyfikowany załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 10 –Defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………………….…

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

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis/****oferowany parametr/****odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Urządzenie przenośne - waga max 10 kg (z łyżkami dla dzieci i dorosłych i kompletem akumulatorów), wbudowany uchwyt do przenoszenia | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą przy zasilaniu bateryjnym oraz sieciowym 230VAC - klasa minimum IP22 wg IEC529) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczny codzienny test gotowości nie wymagający włączania defibrylatora – na panelu czołowym wskaźnik / kontrolka informująca o stanie aparatu (sprawny / niesprawny) oraz automatyczny wydruk wyników autotestu.  | TAK | TAK/NIE\* |
| **ZASILANIE** |
|  | Zasilanie sieciowe 230V 50 Hz  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie akumulatorowe, akumulator litowo-jonowy lub równoważny:- min. 4 godz. ciągłego monitorowania EKG lub- min. 100 defibrylacji z maksymalną energiąWskaźnik poziomu naładowania akumulatora stale widoczny na monitorze, panelu czołowym lub na akumulatorze | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| **DEFIBRYLACJA** |
|  | Defibrylacja manualna, dwufazowy impuls defibrylacyjny, regulacja energii w zakresie min. 1 – 200J | TAK | TAK/NIE\* podać………….. |
|  | Automatyczna zmiana protokołu defibrylacji na pediatryczny (ograniczenie poziomów energii) po podłączeniu elektrod pediatrycznych - zapewniająca ograniczenie poziomu energii defibrylacji dla sekwencji 3 kolejnych wyładowań (zgodnie z zaprogramowanymi ustawieniami energii dla pacjentów pediatrycznych) | TAK | TAK/NIE\*  |
|  | Tryb manualnej defibrylacji nadzorowanej – funkcja ręcznego uruchomienia analizy EKG w celu określenia zaleceń do defibrylacji, automatyczne ładowanie do ustawionej energii po wykryciu rytmu defibrylacyjnego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kardiowersja elektryczna – synchronizacja zapisem EKG z łyżek, elektrod, kabla EKG, znacznik synchronizacji widoczny nad załamkiem R elektrokardiogramu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czas ładowania do energii maksymalnej ≤10 sekund  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Minimum 19 dostępnych poziomów energii defibrylacji zewnętrznej | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Łyżki defibrylacyjne dla dzieci i dorosłych zintegrowane.  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Elektrody wielofunkcyjne do defibrylacji, stymulacji i kardiowersji – 2 kpl. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pełne sterowanie za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach defibrylacyjnych (wybór poziomu energii, ładowanie, wyzwolenie wstrząsu, start/ stop wydruku) | TAK | TAK/NIE\* |
| **EKG** |
|  | Monitorowanie EKG z min. 3 odprowadzeń | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 /min. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wzmocnienie sygnału EKG min. 0,5-3,0 cm/mV | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wykrywanie i wyświetlanie impulsów stymulatora implantowanego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja analizy arytmii u dzieci poniżej 8 roku życia, automatyczne przełączenie na pediatryczny algorytm analizy EKG po podłączeniu elektrod pediatrycznych, zapewniający prawidłowe zalecenie wykonania lub niewykonania defibrylacji,  | TAK | TAK/NIE\* |
| **FUNKCJA MONITOROWANIA RESUSCYTACJI** |
|  | Funkcja monitorowania RKO, z informacją zwrotną w czasie rzeczywistym o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć, zgodnie z Wytycznymi Resuscytacji 2015. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podczas resuscytacji z zastosowaniem elektrod dla dorosłych: pomiary i wyświetlanie na ekranie w formie liczbowej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć oraz graficzny wskaźnik relaksacji klatki piersiowej  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podczas resuscytacji z zastosowaniem elektrod pediatrycznych: pomiary i wyświetlanie na ekranie w formie liczbowej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć oraz upływu czasu od ostatniego uciśnięcia  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlanie na ekranie krzywej uciśnięć klatki piersiowej z wyraźnym znacznikiem zalecanej głębokości uciśnięć | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej i wstępną ocenę rytmu serca bez przerywania uciśnięć | TAK | TAK/NIE\* |
| **STYMULACJA ZEWNĘTRZNA** |
|  | Możliwość stymulacji dzieci i dorosłych w trybach asynchronicznym i „na żądanie” | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Stałoprądowy, prostokątny impuls stymulacji o szerokości min. 40 ms | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Częstość stymulacji regulowana w zakresie min. 30-180 imp/min | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 0-140 mA  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| **WYŚWIETLANIE/ REJESTRACJA** |
|  | Ekran kolorowy LCD / TFT o przekątnej min. 6” | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Prezentacja na ekranie min. 3 kanałów dynamicznych  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Pamięć wewnętrzna min. 300 zdarzeń z fragmentami zapisu EKG | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Zapis w pamięci wewnętrznej wyników autotestów, z podaniem daty i godziny testu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość transferu danych/ raportów do urządzenia zewnętrznego:- przez zewnętrzną kartę pamięci lub - WiFi | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy funkcjonalnej: moduł transmisji bezprzewodowej Wi-Fi bez ingerencji serwisu | TAK | TAK/NIE\* |
| **PULSOKSYMETRIA** |
|  | Pomiar SpO2 w technologii odpornej na zakłócenia  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zakres pomiaru SpO2 min. 1-100% | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej na ekranie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czujnik wielorazowego użytku typu „klips na palec” dla dorosłych (1 szt.) | 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