**Załącznik nr 1.18. do SWZ**

PARAMETRY TECHNICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU

**CZĘŚĆ NR 18 - AED TRENINGOWE w ilości 1 kpl.**

**Nazwa i typ/model oferowanych: …………………………………………………………….**

**Producent: ……………………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji: ………………………………………………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Parametry graniczne (wymagane)** | **Podać/ opisać parametry oferowanego sprzętu** |
|  | Defibrylator treningowy z symulatorem, wielorazową elektrodą treningową CPR-D oraz parą nakładek żelowych na elektrodę. | TAK |  |
|  | Resuscytacyjna elektroda treningowa CPR-D z zaznaczonym graficznie punktem przyłożenia zapewnia naukę prawidłowego naklejania elektrod, eliminując możliwość ich niewłaściwej lokalizacji. Wymienne nakładki żelowe umożliwiają wielokrotne zastosowanie elektrod w trakcie szkoleń.**PARAMETR PUNKTOWANY** | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt.** |  |
|  | Symulator EKG zapewnia prowadzenie szkolenia z wykorzystaniem różnych scenariuszy (migotanie komór, częstoskurcz komorowy i nadkomorowy, asystolia, bradykardia, itd). | TAK |  |
|  | W skład zestawu wchodzi:* Defibrylator.
* Pilot.
* Elektroda treningowa CPR-D wyposażona w czujnik głębokości i tempa ucisku.
* Nakładki żelowe.
* Komplet baterii do defibrylatora i pilota sterującego.
 | TAK |  |
|  | Analiza zaburzeń rytmu serca: wykrywanie rytmów wskazanych do defibrylacji, gotowość do defibrylacji sygnalizowana wskaźnikiem optycznym i komunikatem głosowym (nie dotykaj pacjenta – analizowanie, defibrylacja zalecana/ defibrylacja niezalecana). | TAK |  |
|  | Symulacja zabiegu defibrylacji: automatyczne ładowanie defibrylatora do zaprogramowanej energii, optyczny wskaźnik gotowości do defibrylacji, komunikat głosowy (nie dotykaj pacjenta, naciśnij przycisk defibrylacji). | TAK |  |
|  | Podświetlane piktogramy oraz komunikaty głosowe wskazują kolejne czynności ratownicze algorytmu postępowania (zachowaj spokój, sprawdź reakcję, wezwij pomoc, udrożnij drogi oddechowe, sprawdź oddychanie, podłącz elektrody). | TAK |  |
|  | Aparat kontrolujący poprawność działań ratownika ( częstotliwość ucisków klatki piersiowej, głębokość ucisku).**PARAMETR PUNKTOWANY** | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt.** |  |

**UWAGA:**

Warunki wymagalne stanowią wymagania odcinające - nie spełnienie nawet jednego z ww. wymagań, wpisanie odpowiedzi NIE lub brak wpisu w kolumnie „Parametry oferowane” lub podanie nie prawdziwej informacji spowoduje odrzucenie oferty. W przypadku ofert producentów Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń istniejących na rynku. Nie dopuszczalne są oferty, w których Oferent proponuje spełnienie warunków SWZ „na zamówienie”. Zamawiający może żądać przedłożenia oryginalnych folderów producenta lub instrukcji w języku angielskim lub polskim w celu potwierdzenia oferowanych parametrów. W przypadku braku potwierdzenia wartości oferowanych parametrów Zamawiający odrzuca ofertę.

W sytuacjach wątpliwości co do prawdziwości oferowanych parametrów Zamawiający przyjmuje za prawdziwe dane pochodzące z oficjalnych folderów producenta (w postaci drukowanej lub pobranych ze strony internetowych producenta). W przypadkach spornych Zamawiający może żądać prezentacji sprzętu lub u Zamawiającego lub w jednostce służby zdrowia na terenie kraju.

**OŚWIADCZENIE:**

Niniejszym oświadczam, że oferowany powyżej wyspecjalizowane urządzenie jest kompletne i będzie po uruchomieniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

........................................... dn. ........................

*miejscowość*

……..……………………….…….....................................................................

elektroniczny podpis[[1]](#footnote-1) Wykonawcy/ osoby (osób) uprawnionej

do występowania w imieniu Wykonawcy lub podmiotu

udostępniającego zasoby/ osoby (osób) uprawnionej do

występowania w imieniu podmiotu

1. Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty [↑](#footnote-ref-1)