**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Parametry Funkcjonalno-Techniczne**

SPZOZPM.DA(P)26.9.2021

**Zestawienie parametrów technicznych i użytkowych**

**Aparat OCT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2021 | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Technologia pracy: spektralne OCT | TAK |  |
| 5. | Szybkość skanowania: minimum 70 000 [Askan/sek.] | TAK |  |
| 6. | Optyczna rozdzielczość osiowa w tkance: nie gorsza niż 7 [µm] | TAK |  |
| 7. | Optyczna rozdzielczość poprzeczna w tkance: nie gorsza niż 20 [µm] | TAK |  |
| 8. | Całkowita głębokość skanowania: minimum 2,1 [mm] | TAK |  |
| 9. | Maksymalny obszar skanowania siatkówki: minimum 12 x 9 [mm]. | TAK |  |
| 10. | Minimalna średnica źrenicy pacjenta: maksymalnie 2,5 [mm]. | TAK |  |
| 11. | Zakres kompensacji wady wzroku pacjenta (regulacja ogniskowania): minimum od -25 D do +25 D. | TAK |  |
| 12. | Fiksator wewnętrzny z płynną regulacją położenia. | TAK |  |
| 13. | Dostępność analiz siatkówki:mapa grubości siatkówki; mapa grubości wewnętrznych i zewnętrznych warstw siatkówki; mapa deformacji nabłonka barwnikowego. | TAK |  |
| 14. | Dostępność analiz w kierunku jaskry: analiza grubości RNFL wokół tarczy nerwu wzrokowego z regulowaną średnicą i grubością pierścienia pomiarowego;ocena morfologii tarczy nerwu wzrokowego;analiza komórek zwojowych w postaci analizy GCC (warstwy RNFL + GCL + IP) oraz analizy GC (warstwy GCL + IPL);analiza symetrii wszystkich powyższych parametrów dla obu gałek ocznych. | TAK |  |
| 15. | Analiza przedniego odcinka oka: mapa pachymetryczna rogówki; pomiar kąta przesączania (wyznaczanie parametrów AOD 750 i TISA 750); | TAK |  |
| 16. | Możliwość wykonywania kolorowych zdjęć dna oka | TAK |  |
| 17. | Możliwość chronologicznego porównania wyników: minimum 6 badań. | TAK |  |
| 18. | Oprogramowanie obsługujące urządzenie w języku polskim lub angielskim | TAK |  |
| 19. | Możliwość wykonania badania w trzech trybach: automatycznym, półautomatycznym (tzn. automatyczne pozycjonowanie głowicy i ręczne rozpoczęcie skanowania) i ręcznym. | TAK |  |
| 20. | W zestawie z tomografem musi być dostarczony stolik z elektryczną regulacją wysokości blatu, komputer sterujący tomografem oraz drukarka laserowa, kolorowa. | TAK |  |
| 21. | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym. | TAK |  |
| 22. | Moduł angiografii SOCT umożliwiający wizualizację przepływu w naczyniach w splocie powierzchownym i głębokim, wykrywanie przepływu w strefie awaskularnej oraz prezentację przepływu w naczyniach naczyniówki.Maksymalny obszar obrazowania: minimum 9 x 9 [mm]. | TAK |  |
| 23. | Bezpłatne przeglądy gwarancyjne w całym okresie trwania gwarancji (min. 60 miesięcy) | TAK |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

Data ……………………… ………………………………………………….

 (podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania podmiotu)