**Zał. 1A-2 do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część nr 2 – Zestaw pomp infuzyjnych**

**„Zakup sprzętu medycznego, łóżek i wyposażenia dla SOR Szpitala Powiatowego w Nowym Tomyślu”**

**Nr postępowania: SPZOZ.DZP.241.10.24**

Zamówienie realizowane w ramach zadania pn.:

**„Doposażenie SOR Szpitala w Nowym Tomyślu i pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR jako istotny element poprawy działania systemu ratownictwa medycznego w Powiecie Nowotomyskim”**

zakup finansowany z dotacji celowej ze środków Funduszu Medycznego w ramach programu: „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”.

**Nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień: (CPV):**

33100000-1 Urządzenia medyczne,

33194110-0 - Pompy infuzyjne

Przedmiotem zamówienia jest dostawa 2 zestawów pomp infuzyjnych. Oferowany sprzęt medyczny musi być zgodny z Dyrektywą 93/42 /EEC oraz musi spełniać wymagania określone w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (DZ.U. z 2022 poz. 974 ze zm). Zamawiający wymaga by oferowany sprzęt medyczny był fabrycznie nowy, nie eksploatowany, **rok produkcji: nie wcześniej niż 2024 r.**

W poniższej części Załącznika „**1A-2**” do SWZ Zamawiający podał warunki graniczne parametrów przez siebie wymaganych dla oferowanego sprzętu. Wykonawca składając ofertę jest zobowiązany wypełnić:

* kolumnę zatytułowaną „**Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)**” wpisując we właściwych pozycjach odpowiednio słowo: „TAK” albo „NIE”,
* kolumnę zatytułowaną „**Oferowana wartość parametru**”**.**

W przypadku użycia w opisie parametrów minimalnych czy też opcjonalnych nazwy własnej lub nazwy rozwiązania przypisanej ściśle jednemu producentowi Zamawiający dopuszcza rozwiązanie równoważne.

|  |
| --- |
| **Zestaw pomp infuzyjnych (2 zestawy)** |
| **Lp** | **Wymagane parametry minimalne** | **Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)** | **Oferowana wartość parametru** |
| **I** | **Podać markę, model/ typ /nr katalogowy, producenta oferowanej pompy infuzyjnej** |  | ..................... |
|  | Pompa infuzyjna strzykawkowa sterowana elektronicznie przeznaczona do stosowania u dorosłych, dzieci oraz noworodków w celu okresowego lub ciągłego podawania pozajelitowych i dojelitowych płynów klinicznie akceptowanymi drogami podania. Należą do nich droga dożylna, dotętnicowa, podskórna, zewnątrzoponowa i dojelitowa.  |  |  |
|  | Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego w dostawie lub opisanej poniżej Stacji Dokującej  |  |  |
|  | Dokładność mechaniczna <<±0,5% |  |  |
|  | Strzykawka mocowana od przodu  |  |  |
|  | Automatyczny napęd strzykawki |  |  |
|  | Zabezpieczenie przed swobodnym przepływem, niezależnie od położenia głowicy napędowej |  |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów  |  |  |
|  | Masa pompy max.1,6 kg**Parametr punktowany:****Masa < 1,5 kg = 10 pkt****≥ 1,5 kg = 0 pkt** |  |  |
|  | Wymiary max. 250 x 70 x 160 mm (szer. x wys. x gł.)Pompa zajmująca przestrzeń nie większą niż 3 000 cm3 |  |  |
|  | Klawiatura nawigacyjna do wprowadzania parametrów i obsługi pompy |  |  |
|  | Możliwość podłączenia odłączalnego uchwytu do przenoszenia i mocowania pompy do rur i szyn medycznych pionowych i poziomych  |  |  |
|  | Możliwość łączenia 2 i 3 pomp w moduły bez użycia stacji dokującej.  |  |  |
|  | Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na 9 poziomach |  |  |
|  | Regulacja głośności w zakresie od 59dBA do 74dBA na 9 poziomach |  |  |
|  | Regulacja jasności i kontrastu ekranu na 9 poziomach |  |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 10 h. przy przepływie 5 ml/h.**Parametr punktowany:****Czas pracy >12h = 10 pkt****Czas pracy ≤ 12h - 0 pkt** |  |  |
|  | Możliwość wymiany akumulatora przez użytkownika bez użycia narzędzi. |  |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)  |  |  |
|  | Zakres prędkości infuzji podstawowej min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.  |  |  |
|  | Prędkości bolusa min: |  |  |
|  | dla strzykawki o poj.3ml =1-150 ml/h |  |  |
|  | dla strzykawki o poj.5ml =1-300 ml/h |  |  |
|  | dla strzykawki o poj.10ml =1-500 ml/h |  |  |
|  | dla strzykawki o poj.20ml =1-800 ml/h |  |  |
|  | dla strzykawki o poj.30ml =1-1200 ml/h |  |  |
|  | dla strzykawki o poj.50/60ml =1-1800 ml/h |  |  |
|  | Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania oprogramowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały. |  |  |
|  | Możliwość skonfigurowania do min. 50 oddziałów w jednej pompie. |  |  |
|  | Biblioteka Leków zawierająca min. 1 000 leków z możliwością podzielenia na min. 30 grup.  |  |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca po 10 stężeń dla każdego leku. |  |  |
|  | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji.  |  |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji przy stopniowym wzroście i spadku prędkości. Infuzja składa się z trzech faz: wzrostu, utrzymania i spadku. |  |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji w trybie okresowym, składającym się z dwóch faz: bolusa i prędkości. |  |  |
|  | Automatyczne prowadzenie terapii dawka w czasie. Po wprowadzeniu parametrów dawki i czasu pompa automatycznie obliczy prędkość infuzji. |  |  |
|  | Pompy wyposażone w tryb przejęcia - automatyczne przejmowanie infuzji przez kolejną pompę natychmiast po zakończeniu infuzji w poprzedniej. Pompy w trakcie pracy muszą być czytelnie oznaczone. np. pompa 1, pompa 2. |  |  |
|  | Podjęcie infuzji przez pompę przejmującą bez konieczności naciskania przycisku START ani jakiegokolwiek innego.  |  |  |
|  | W obu pompach konieczność użycia strzykawek o tej samej pojemności ale mogą być różnych producentów. |  |  |
|  | Pompy podczas pracy w trybie przejęcia są czytelnie opisane symbolami jednoznacznie wskazującymi która pompa prowadzi infuzję a która oczekuje na podjęcie pracy |  |  |
|  | Programowanie pracy w trybie przejęcie odbywa się z pozycji klawiatury pompy, wykluczając ryzyko pomyłki zaprogramowania niewłaściwej pompy. |  |  |
|  | Możliwość rozszerzenia oprogramowania o tryb TCI (ang. Target Controlled Infusion)  |  |  |
|  | Tryb TCI z modelami farmakokinetycznymi dla Propofolu, Remifentanyli i Sufentanylu |  |  |
|  | Możliwość zastosowania Propofolu różnych producentów w stężeniu 0,5%, 1% i 2%.  |  |  |
|  | Protokół podawania Propofolu, model Marsch oraz Schnider (do wyboru) |  |  |
|  | Możliwość zastosowania Remifentanylu różnych producentów w stężeniu 2% i 5%. |  |  |
|  | Możliwość zastosowania Sufentanylu różnych producentów w stężeniu 0,5% i 5% |  |  |
|  | Możliwość podania dodatkowego bolusa w trakcie trwania terapii TCI .  |  |  |
|  | Możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego  |  |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania trybu PCA  |  |  |
|  | Zakres ciśnienia okluzji od 75 mmHg do 900mmHg, z wyborem na 9 poziomach. |  |  |
|  | Możliwość rozszerzenia zakresu ciśnienia okluzji o trzy dodatkowe poziomy 10 mmHg, 30 mmHg, 50 mmHg |  |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania o czujnik skoku/spadku ciśnienia w linii - (okluzji i rozłączenia linii) bez konieczności stosowania specjalnych drenów. Dokładność czujnika skoku/spadku ciśnienia w linii możliwa do ustawienia na trzech poziomach 2mmHg, 8mmHg, 20mmHg |  |  |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej.  |  |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml |  |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 99:59 godzin |  |  |
|  | Funkcja stand-by programowana w zakresie 1 min - 23:59 godz. |  |  |
|  | Pompa przygotowana do rozbudowy o moduł do bezprzewodowej komunikacji pomp z komputerem poza stacją dokującą . |  |  |
|  | W przypadku niewłaściwej dawki 0.1 ml spowodowanej niepoprawnym działaniem urządzenia, pompa wyłączy się automatycznie. |  |  |
|  | Alarmy niezbędne do bezpiecznego prowadzenia terapii. |  |  |
|  | Menu w języku polskim |  |  |
|  | Historia pracy obejmująca min. 3000 wpisów. |  |  |
|  | Możliwość współpracy z czytnikiem kodów kreskowych |  |  |
|  | Możliwość współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii będącym na wyposażeniu Zamawiającego |  |  |
|  | Możliwość pracy pompy w środowisku MRI - w dedykowanej stacji niebędącej przedmiotem postepowania |  |  |
|  | Zużycie energii - pobór mocy w normalnych warunkach pracy max. 10 VA**Parametr punktowany:****Pobór mocy ≤ 8 VA - 10 pkt****Pobór mocy > 8 VA - 0 pkt** |  |  |
|  | **Wyposażenie - Stacja dokująca na 4 pompy o parametrach:** |  |  |
|  | Stacja dokująca z pokrywą, która umożliwia mocowanie na stojakach infuzyjnych i pionowych rurach, np. systemach podwieszanych, jak również do poziomych naściennych systemów prowadnic zgodnie z EN 1789 bez konieczności stosowania dodatkowych adapterów lub akcesoriów montażowych. |  |  |
|  | System szybkiego mocowania pomp do stacji dokującej bez przerywania przepływu  |  |  |
|  | Możliwość dowolnej konfiguracji min. 4 pomp strzykawkowych i objętościowych w stacji dokującej przy każdym stanowisku pacjenta  |  |  |
|  | Mocowanie stacji dokującej do rury pionowej lub poziomej bez dodatkowego oprzyrządowania  |  |  |
|  | Oprócz mocowania uchwyt do przenoszenia modułu  |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy stacji dokującej i przystosowanie do maximum 24 pomp na stanowisko. **Parametr punktowany:****Tak - 10 pkt****Nie - 0 pkt** |  |  |
|  | Każdy zestaw składający się z :* 4 pomp strzykawkowych,
* stacji dokującej,
* pokrywy,
* mocowanie stacji dokującej do rury,
* zasilacza do każdej pompy,
* uchwytu do przenoszenia pompy
 |  |  |
|  | **Wymagania ogólne:** |  |  |
|  | Okres gwarancji na dostarczone urządzenia min. **24 miesiące** (podać oferowany okres gwarancji) |  |  |
|  | Zaoferowane urządzenie jest fabrycznie nowe i gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów czy inwestycji. |  |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny - podać adres |  |  |
|  | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48 h) w dni robocze (od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) |  |  |
|  | Czas naprawy nie wymagający sprowadzenia części zamiennych max 4 dni robocze |  |  |
|  | Czas naprawy wymagający sprowadzenia części zamiennych max 7 dni robocze |  |  |
|  | Gwarancja na wymieniony element/ podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na całe urządzenie, w zależności, który termin upłynie później. |  |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu/elementu uprawniająca do wymiany podzespołu/elementu na nowy - maksymalnie 3 |  |  |
|  | Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z przeglądami, dojazdem i usunięciem usterki |  |  |
|  | W okresie gwarancji min. po 1 nieodpłatnym przeglądzie technicznym w każdym roku obowiązywania gwarancji – lub wg zaleceń i wskazań producenta (ostatni na koniec okresu gwarancyjnego). |  |  |
|  | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE -dołączyć do oferty |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) |  |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat  |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego z zasad eksploatacji i obsługi urządzeń w miejscu użytkowania sprzętu potwierdzone protokołem  |  |  |
|  | W cenie zawarty jest komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzeń jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji  |  |  |

**Maksymalna suma punktów wynosi 40 pkt.**

Liczba przyznanych punktów za zaoferowane parametry służyć będzie ocenie w kryterium Jakość (parametry techniczno-funkcjonalne).

**Uwaga!**

Parametry wskazane w kolumnie "Wymagane parametry minimalne" są parametrami granicznymi, co oznacza że niespełnienie któregokolwiek wymaganego parametru opisującego przedmiot zamówienia spowoduje odrzucenie oferty. **Brak odpowiedzi w kolumnie „tak/nie” będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym przedmiocie zamówienia**.

W przypadku, gdy Zamawiający określił dany parametr jako punktowany, oznacza to, że za jego spełnienie (zaoferowanie) oferta Wykonawcy otrzyma wskazaną liczbę punktów, które służyć będą ocenie oferty w kryterium **Jakość (parametry techniczno-funkcjonalne)**. Za brak spełnienia tego parametru Zamawiający przyzna ofercie 0 pkt za ten parametr.

W przypadku, gdy w ramach danego parametru określony został minimalny poziom spełnienia, a punktacja określona została w przypadku zaoferowania parametru lepszego niż minimalnie wymagany:

* w przypadku, gdy oferta nie spełni minimalnego poziomu – to zostanie odrzucona,
* gdy Wykonawca zaoferuje parametr na wymaganym poziomie, ale niższym niż poziom za który określono przyznanie punktów – oferta otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert „Jakość”;
* Gdy Wykonawca zaoferuje parametr „lepszy” zgodnie z opisem oceny – Zamawiający przyzna za dany parametr punkty określone dla danego parametru.
* Jeśli Wykonawca nie poda wartości oferowanej dla parametru ocenianego a jedynie potwierdzi spełnienie danego parametru (wpisze: tak) – Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował dany parametr na minimalnym wymaganym poziomie i przyzna 0 pkt w kryterium oceny ofert „Jakość”

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Ww. przedmiot zamówienia zobowiązujemy się dostarczyć za następującą cenę:

**Formularz asortymentowo-cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **j.m** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (zł)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto (zł)** |
| kol. D x kol. E | (kol. F x kol. G%) + kol. F |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* | *F* | *G* | *H* |
|  | Zestaw pomp infuzyjnych | zest. | 2 |  |  | **8** |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Uwaga! Niniejszy załącznik stanowi integralną część oferty i nie podlega uzupełnieniu.**

**Dokument winien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**