**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Wymogi w zakresie sprzętu medycznego**

**Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1789**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Automatyczne urządzenie do kompresji klatki piersiowej w trakcie resuscytacji | | | |
| **model (należy podać) -** | | | |
| **producent (należy podać) -** | | | |
|  | | | |
| **Lp.** | **Parametry** | **TAK/NIE\*** | **Parametr oferowany** |
|  | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
|  | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej pacjentów |  |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany; nie dopuszcza się sprzętu demo; rok produkcji 2020 |  |  |
|  | Działanie urządzenia w pełni elektryczne |  |  |
|  | Torba transportowa odporna na warunki atmosferyczne |  |  |
|  | Głębokość i częstotliwość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC/AHA:  Głębokość – od 5 do 6 cm  Częstość uciśnięć w granicach 100-120 uciśnięć na minutę |  |  |
|  | Możliwość automatycznego doładowania akumulatora wewnętrznego podczas pracy urządzenia (RKO)  z zewnętrznego źródła zasilania (230V AC lub 12V DC) |  |  |
|  | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji  w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego |  |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji bez zdejmowania urządzenia z pacjenta |  |  |
|  | Sygnalizacja odliczania końcowego przed przerwą oddechową |  |  |
|  | Możliwość pracy urządzenia wewnątrz i na zewnątrz pomieszczenia (podać zakres temperatury, wilgotności, ciśnienia) |  |  |
|  | Przycisk wyboru funkcji pracy w rytmie: ciągły i 30 uciśnięć klatki piersiowej z pauzą na dwa oddechy ratownicze |  |  |
|  | Wyposażenie:  - torba lub plecak  - deska/podkładka pod plecy  - pasy do mocowania rąk pacjenta  - jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu – min. 12 szt.  - akumulator  - zasilacz sieciowy AC 210-250V  - przewód zasilający do ambulansu DC 12V |  |  |
|  | Deklaracja zgodności CE |  |  |
|  | W przypadku wysłania sprzętu medycznego do serwisu, wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia urządzenia zastępczego |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej  i elektronicznej |  |  |
|  | Gwarancyjne przeglądy techniczne wraz z niezbędnymi do przeglądu materiałami – w całym zaoferowanym okresie gwarancji w siedzibie Zamawiającego (bez naliczania dodatkowych kosztów - w ramach wynagrodzenia umownego wynikającego z niniejszego postępowania przetargowego) |  |  |
|  | Czas reakcji serwisu: od przyjęcia zgłoszenia  do podjętej naprawy: max. 72 godziny |  |  |
|  | Serwis w okresie gwarancji w siedzibie Zamawiającego (bez naliczania dodatkowych kosztów - w ramach wynagrodzenia umownego wynikającego z niniejszego postępowania przetargowego) |  |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności serwisu i części zamiennych: min. 10 lat od daty dostawy |  |  |
|  | Uruchomienie sprzętu medycznego i przeszkolenie personelu medycznego |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące na całe urządzenie oraz akumulatory |  |  |
|  | **ZASILANIE** |  |  |
|  | Urządzenie zasilane elektrycznie |  |  |
|  | Zasilacz sieciowy z kablem 230-240 V (zasilacz + kabel) |  |  |
|  | Zasilanie pokładowe 12 V |  |  |
|  | Ładowarka do baterii komplet lub ładowarka wbudowana wewnątrz urządzenia |  |  |
|  | **Parametry oferowane dodatkowo oceniane** | **tak/nie** | **Waga punktowa parametrów dodatkowo ocenianych** |
|  | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą lub plecakiem <12 kg |  | 12 |
|  | Przeglądy okresowe w siedzibie Zamawiającego |  | 5 |
|  | Bezprzewodowe (nie pendrive, nie karta pamięci) programowanie trybów pracy urządzenia obejmujące min. prędkość uciśnięć, podniesienie tłoka ponad klatkę piersiową w czasie wentylacji pacjenta, ustalenie długości przerwy na wentylację pacjenta |  | 5 |
|  | Funkcja bezprzewodowej automatycznej transmisji danych (nie pendrive, nie karta pamięci) z wbudowanej pamięci urządzenia obejmująca raportowanie parametrów zakończonej resuscytacji (tj. godzina włączenia, czas pracy, ilość wykonanych przerw, głębokość oraz szybkość uciśnięć) |  | 6 |
|  | Aktywna dekompresja (relaksacja) – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej np. poprzez ssawkę |  | 12 |

*Oświadczam, że podane parametry odpowiadają wymogom SIWZ.*

*............................................ .................................................................*

*miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*