**Znak sprawy: DZP.271.26.2023**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

##### **ZADANIE NR 2**

##### ..............................................................

##### Pieczęć firmowa Wykonawcy/ów

#### SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

#### 

1. Przedmiotem zamówienia jest zakup wraz z dostawą **pomp infuzyjnych strzykawkowych – 6 szt.** dla Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii   Beskidzkiego Centrum Onkologii-Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II   
w Bielsku – Białej mieszczących się w lokalizacjach przy ul. Wyzwolenia 18 i Wyspiańskiego 21.

Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:

1. Zakup i dostawę pomp infuzyjnych .
2. Udzielenie gwarancji, jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
3. Zapewnienie w cenie urządzenia serwisu i nieodpłatnych obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi.
4. Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie bezpłatnego szkolenia (w języku polskim) minimum 6 pracowników (po 3 w każdej lokalizacji) użytkownika w zakresie obsługi   
   i eksploatacji dostarczonego Sprzętu, w miejscu dostawy.
5. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
6. Miejsce dostawy: Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii   Beskidzkiego Centrum Onkologii-Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku – Białej mieszczących się w lokalizacjach przy ul. Wyzwolenia 18 (Pawilon nr 1) i Wyspiańskiego 21 – Pawilon nr 3)
7. Pompy należy dostarczyć i uruchomić **do 2 tygodni** licząc od dnia podpisania umowy.
8. Pompy po dostawie i uruchomieniu muszą być gotowe do pracy.
9. Oferowane Urządzenia muszą być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE, dotyczy to również wszystkich elementów składowych zestawów komputerowych dostarczonych wraz z urządzeniem, jeżeli występują jako osobne urządzenia.
10. Urządzenia nie starsze niż 2022 r.

**ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO- UŻYTKOWYCH POMP INFUZYJNYCH   
– 6 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OGÓLNE** | |  | | |
| 1. | Pełna nazwa i model | podać |  | |
| 2. | Producent/kraj pochodzenia | podać |  | |
| 3. | Rok produkcji - nie starszy niż 2022r. | podać |  | |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** | **Parametr**  **oceniany** |
| 1. **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | |
| 1 | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce, AC 230 V 50 Hz | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Ochrona przed wilgocią wg EN 6060529 min IP 22 | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1 : Klasa II, typ CF | TAK |  | bez oceny |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane | TAK |  | bez oceny |
| 5 | Bateria litowo-jonowa (7,2V; 2,2 Ah); pozostały czas pracy baterii oraz poziom naładowania wyświetlane na ekranie. | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Czas ładowania baterii: pompa wyłączona poniżej 6 godz. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 7 | Czas ładowania baterii: pompa włączona poniżej 20 godz. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 8 | Lampka kontrolna zasilania oraz wskaźnik stanu naładowania akumulatora widoczne na płycie czołowej urządzenia. | TAK |  | bez oceny |
| 9 | Monochromatyczny graficzny wyświetlacz LCD o wymiarach  min. 70 mm × 35 mm | TAK, podać |  |  |
| 1. **POMPA INFUZYJNA** | | | | |
| 1 | Pompa infuzyjna strzykawkowa do infuzji dożylnej lub podskórnej u pacjentów dorosłych, dzieci i noworodków w przerywanych lub ciągłych infuzjach płynów pozajelitowych, leków, krwi i preparatów krwiopochodnych. | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla, zasilacz wbudowany wewnątrz urządzenia. | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 10 godz. przy przepływie 5 ml/godz. | TAK, podać |  | Powyżej 10 godz. – 10pkt.  Poniżej 0 pkt. |
| 4 | Masa pompy wraz z uchwytem do mocowania na stojaku lub szynie maksymalnie 2,1 kg | TAK, podać |  | bez oceny |
| 5 | Uchwyt mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny oraz rączka do przenoszenia na stałe wbudowane w pompę. | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia dodatkowych elementów. | TAK |  | bez oceny |
| 1. **MOCOWANIE STRZYKAWKI** | | | | |
| 1 | Mocowanie strzykawki do czoła pompy | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Cała strzykawka stale widoczna podczas pracy pompy – możliwość odczytania objętości ze skali oraz wizualnej kontroli procesu infuzji | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Pełne mocowanie strzykawki możliwe za równo przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie | TAK |  | bez oceny |
| 4 | Osłona tłoka strzykawki uniemożliwiająca wciśnięcie tłoka strzykawki zamontowanej w pompie. | TAK |  | bez oceny |
| 5 | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 5, 10, 20, 30/35 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów. | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji, ograniczenie bolusa < 0,35 ml | TAK |  | bez oceny |
| 1. **Programowanie infuzji** | | | | |
| 1 | Zakres szybkości infuzji 0,1 – 1200 ml/godz. | TAK |  | 1200 ml/godz. i więcej - 10pkt.  Poniżej 1200 ml/godz. - 0 pkt. |
| 2 | Funkcja programowania infuzji:  co 0,01 w zakresie min. 0,1 – 9,99 ml/godz  co 0,1 w zakresie 10-99,9 ml/h  co 1 w zakresie 100-1200ml/h | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Dokładność prędkości przepływu ±1% dla mechanizmu, ±2% dla strzykawek. | TAK |  |  |
| 4 | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  | bez oceny |
| 5 | Możliwość programowania infuzji w jednostkach na minutę, godzinę, wagę i powierzchnię . | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Dostępne opcje przeliczania - powierzchni ciała pacjenta w m²  w zakresie od 0,05 m² do 4,5 m² , minimalny przyrost 0,01m² oraz wagi, w zakresie 0,25-350 kg z dostępną regulacją co 10 gramów | TAK |  |  |
| 7 | Bolus podawany na żądanie bez konieczności wstrzymywania trwającej infuzji, dostępne 2 rodzaje, plus dodatkowo manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania i prezentacji podanej objętości na ekranie urządzenia. | TAK |  | bez oceny |
| 8 | Bolus: • Ręczny - szybkości podaży 50 – 1200 ml/h • Programowany - dawka lub objętość/czas: 0,1-99,9 ml / 0,01-9999 jedn./1s-24 h • manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania podanej objętości i prezentacją wartości na ekranie urządzenia | TAK |  | bez oceny |
| 9 | Wypełnienie linii 3 tryby: • Obowiązkowy • Nieobowiązkowy • Zalecany  Szybkość: 1200 ml/h | TAK |  | bez oceny |
| 10 | Dawka nasycająca :  Dawka/czas: 0,01–9999 jedn. / 1 sekundę – 24 h.  Automatyczne obliczanie szybkości. | TAK |  | bez oceny |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 999 ml/  Dawka: 0,1-9999 jednostek | TAK |  | bez oceny |
| 11 | **Tryby wlewu**  tryb w ml/h:  Tryby dawkowania: ng/h, ng/kg/min, ng/kg/h, μg/min, μg/h, μg/kg/min, μg/kg/h, mg/min, mg/h, mg/24h, mg/kg/min, mg/kg/h, mg/kg/24h, mg/m˛/h, mg/m˛/24h, g/h, g/kg/min, g/kg/h, g/kg/24h, mmol/h, mmol/kg/h, mmol/kg/24h, mU/min, mU/kg/min, mU/kg/h, U/min, U/h, U/kg/min, U/kg/h, kcal/h, kcal/24h, kcal/kg/h, mEq/min, mEq/h, mEq/kg/min, mEq/kg/h.  Ustawienie rozcieńczenia: -- jedn. / ml lub -- jedn. / -- ml.  Z dawką nasycającą lub bez.  Objętość lub dawka / jednostka czasu: 0,1–99,9 ml; 00 h 01 – 96 h 00.  Limit objętości: 0,1–999 ml. | TAK |  | bez oceny |
| 12 | System antybolusowy  Znacznie ogranicza podanie leku w bolusie po otwarciu przewodu  ≤0,35 ml maks. dla strzykawki 50 ml. | TAK |  | bez oceny |
| 13 | Tryby ciśnienia  Dostępne są dwa tryby: zmienny lub 3 ustalone wcześniej poziomy –  Zakres: 50–900 mmHg. (co 25 mmHg w przedziale 50–250 mmHg / co 50 mmHg w przedziale 250–900 mmHg). Mogą być aktywowane/dezaktywowane i regulowane.  Pompa wyposażona w dynamiczny system pomiaru ciśnienia. Ostrzega o zmianach ciśnienia.  Można w ten sposób przewidzieć ryzyko zatkania lub potencjalnego wycieku z przewodu do wlewu. | TAK |  |  |
| 14 | Ciągły pomiar ciśnienia w linii zobrazowany w postaci piktogramu na ekranie pompy. | TAK/NIE |  | TAK – 10pkt  NIE – 0pkt |
| 15 | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 20 poziomów, min. 3 jednostki do wyboru – mmHg, kPa, PSI | TAK |  | bez oceny |
| 16 | Funkcja KVO (Keep Vein Open) - Zróżnicowana prędkość KVO  z możliwością programowania szybkości: od 0,1 do 5 ml/h | TAK |  | bez oceny |
| 17 | Rejestr mogący pomieścić do 1500 zdarzeń; Plik rejestru przechowywany w pamięci urządzenia gdy akumulator nie pracuje min. 10 lat; | TAK |  | bez oceny |
| 18 | Sygnalizacja wahań ciśnienia w linii. Pozwalająca przewidzieć niebezpieczeństwo pojawienia się okluzji lub nieszczelności. | TAK |  | bez oceny |
| 19 | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godzin programowany co 1 minutę z funkcją automatycznego startu infuzji po zaprogramowanej przerwie. | TAK |  | bez oceny |
| 1. **PANEL STEROWANIA** | | | | |
| 1 | Urządzenie wyposażone w tryb dzienny i nocny z opcją przełączania między trybami ręcznie i automatycznie; | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Urządzenie wyposażone w klawiaturę symboliczną. | TAK |  | bez oceny |
| 3 | |  | | --- | | Urządzenie wyposażone w automatyczną blokadę klawiatury; | | TAK |  | bez oceny |
| 4 | |  | | --- | | Urządzenie wyposażone w blokadę klawiatury  z użyciem min. 4-ro cyfrowego kodu | | TAK |  | bez oceny |
| 5 | |  | | --- | | Urządzenie obsługujące 19 profili, pozwalających na wybranie  konkretnej konfiguracji pompy i biblioteki leków,  dodatkowo 1 profil podstawowy | | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Komunikaty tekstowe w języku polskim | TAK |  | bez oceny |
| 7 | Funkcja wyświetlania trendów objętości, szybkości infuzji oraz ciśnienia | TAK |  | bez oceny |
| 8 | Wbudowana w pompę możliwość dopasowana ustawień oraz zawartości menu do potrzeb oddziału | TAK |  | bez oceny |
| 9 | Biblioteka leków, do 150 leków w 19 profilach wraz z protokołami infuzji (domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.) | TAK |  | bez oceny |
| 10 | Pompa wyposażona w dynamiczny system pomiaru ciśnienia. Ostrzega o zmianach ciśnienia.  Można w ten sposób przewidzieć ryzyko zatkania lub potencjalnego wycieku z przewodu do wlewu. | TAK |  | bez oceny |
| 1. **UKŁAD ALARMÓW** | | | | |
| 1 | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Alarm pustej strzykawki | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Alarm przypominający –zatrzymana infuzja | TAK |  | bez oceny |
| 4 | Alarm okluzji | TAK |  | bez oceny |
| 5 | Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia | TAK/NIE |  | TAK – 10pkt  NIE – 0pkt |
| 6 | Alarm rozładowanego akumulatora | TAK |  | bez oceny |
| 7 | Alarm braku lub źle założonej strzykawki | TAK |  | bez oceny |
| 8 | Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki | TAK |  | bez oceny |
| 9 | Alarm informujący o uszkodzeniu urządzenia | TAK |  | bez oceny |
| 10 | Alarm zbliżającego się rozładowania akumulatora | TAK |  | bez oceny |
| 11 | Alarm blokady klawiatury. | TAK |  | bez oceny |
| 12 | Alarm bliskiego końca infuzji z możliwością zaprogramowania czasu w zakresie 1-30 minut, | TAK |  | bez oceny |
| 1. **SZKOLENIA** | | | | |
| 1 | Nieodpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie użytkowania i eksploatacji min. 6 osób . | TAK |  | bez oceny |
| 1. **GWARANCJA I SERWIS** | | | | |
| 1 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 2 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż **24 miesiące** i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla aparatu z wyłączeniem akcesoriów zużywalnych dla których Zamawiający y wymaga 12 miesięcznego okresu gwarancji  **(podać)** | TAK |  | = 24 miesiące – 0 pkt.  = 36 miesięcy i więcej – 10pkt. |
| 4 | Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty . | TAK, podać |  | bez oceny |
| 5 | Autoryzowany serwis gwarancyjny osobiście lub przez podmiot określony w art. 90 (Rozdział 11 – używanie i utrzymywanie wyrobów) ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. Nr 107 poz. 679 z późn zm.), w okresie udzielony Zamawiającemu gwarancji i rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji. | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK |  | bez oceny |
| 7 | Czas reakcji serwisu\* do 72 **godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK |  | bez oceny |
| 8 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 3 **dni** roboczych w przypadku konieczności dostarczenia nowych części 7 dni roboczych. W przypadku przedłużenia czasu naprawy powyżej 7 dni roboczych konieczność wstawienia aparatu zastępczego tej samej klasy do 5 dni roboczych. | TAK |  | bez oceny |
| 9 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK |  | bez oceny |
| 10 | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  | bez oceny |

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy urządzenie posiada  
   lub nie posada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio  
   TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że urządzenie nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5) *ustawy Pzp* jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabryczne nowe, 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.

..................................................................

miejscowość i data

**Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego**

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF