*Załącznik nr 1.5 do SWZ*

**Respirator transportowy – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis parametrów | Parametr wymagany lub oceniany | Parametr oferowany |
| 1. | **Warunki wstępne** |  |  |
| 2. | Aparaty/urządzenia fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, niepowystawowe, i nieużywane. | Tak |  |
| 3. | Aparaty/urządzenia dostarczone wraz z założonym Paszportem Technicznym:- z wypełnioną w pełni metryką- wpisem o przeprowadzonym uruchomieniu/instalacji przez autoryzowany serwis lub autoryzowanego dostawcę- datą następnego przeglądu | Tak |  |
| 4. |  Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z aparatem/urządzeniem (nie dopuszcza się instrukcji obsługi tylko w wersji elektronicznej, może być jako dodatkowa opcja). | Tak |  |
| 5. | Foldery aparatów/urządzeń, dołączone do oferty, w języku polskim lub w języku obcym z dołączonym tłumaczeniem treści folderu | Tak |  |
| 6. | Kserokopia deklaracji CE. | Tak |  |
| 7. | Producent/Oferent | Podać |  |
| 8. | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 9. | Rok produkcji: 2023/2024 | Tak |  |
| 10. | **Parametry podstawowe** |  |  |
| 11. | Respirator do terapii oddechowej na SOR lub w trakcie transportu zarówno wewnątrzszpitalnego jak i ambulansem. | Tak |  |
| 12. | Przystosowany do pracy podczas transportu helikopterem. | Tak |  |
| 13. | Aparat bryzgoszczelny, klasa ochrony min IPX4. | Tak |  |
| 14. | Odporny na zmiany temp. w zakresie minimum od -20 do +40ºC. | Tak |  |
| 15. | Zasilanie gazowe w tlen z butli o ciśnieniu roboczym zakres minimum od 2,8 do 5,0 bar. | Tak |  |
| 16. | Zasilanie z wewnętrznego akumulatora na min. 5 godzin. | Tak |  |
| 17. | Możliwość rozbudowy o zasilanie zewnętrznego źródła DC o napięciu od 12, 24 lub 28V | Tak |  |
| 18. | Zasilanie AC 220 /230V. | Tak |  |
| 19. | Waga maksymalna respiratora (podstawowej jednostki wraz z akumulatorem) do 6 kg. | Tak |  |
| 20. | **Tryby wentylacji** | Tak |  |
| 21. | CMV.  | Tak |  |
| 22. | SIMV. | Tak |  |
| 23. | CPAP/PEEP. | Tak |  |
| 24. | typu BIPAP, BiLEVEL. | Tak |  |
| 25. | PSV | Tak |  |
| 26. | NIV. | Tak |  |
| 27. | Wentylacja objętościowa przy najniższym możliwym wdechowym ciśnieniu szczytowym (typu PRVC, VG, AutoFlow). | Tak |  |
| 28. | **Parametry regulowane** | Tak |  |
| 29. | Częstość oddechów min 5-60 /min. | Tak |  |
| 30. | Czas wdechu min 0,2 – 9,5 sekund. | Tak |  |
| 31. | Ciśnienie wdechu min 5-50 milibar. | Tak |  |
| 32. | Ciśnienie PEEP min 0-20 milibar | Tak |  |
| 33. | Ciśnienie wspomagania PS min. 0-30 milibar. | Tak |  |
| 34. | Objętość pojedynczego oddechu min 50-2000 ml. | Tak |  |
| 35. | Regulowany stosunek wdechu do wydechu min 1:90 do 40:1. | Tak |  |
| 36. | Płynna regulacja stężenia tlenu w zakresie minimum 40 do 100%, co 1%. | Tak |  |
| 37. | Zawór bezpieczeństwa otwierający system przy ciśnieniu 80 mbar . | Tak |  |
| 38. | Regulowany przepływ wdechowy do min 80 l /min. | Tak |  |
| 39. | Regulowany czas wzrostu ciśnienia oddechowego. | Tak |  |
| 40. | Synchronizacja z oddechem własnym pacjenta – regulowany trigger przepływowy w zakresie minimum 1 do 10 l/min. | Tak |  |
| 41. | **Pomiary i obrazowanie parametrów wentylacji** | Tak |  |
| 42. | Aktualnie prowadzony tryb wentylacji. | Tak |  |
| 43. | Częstość oddychania.  | Tak |  |
| 44. | Częstość oddechów spontanicznych. | Tak |  |
| 45. | Objętość pojedynczego oddechu . | Tak |  |
| 46. | Wentylacja minutowa MV. | Tak |  |
| 47. | Wentylacja minutowa spontaniczna. | Tak |  |
| 48. | Ciśnienie szczytowo-wdechowe. | Tak |  |
| 49. | Ciśnienie średnie. | Tak |  |
| 50. | Ciśnienia Plateau. | Tak |  |
| 51. | Ciśnienie PEEP. | Tak |  |
| 52. | Przepływ wdechowy. | Tak |  |
| 53. | **Alarmy** | Tak |  |
| 54. | Niskiego ciśnienia gazów zasilających. | Tak |  |
| 55. | Za wysokiej częstości oddechów. | Tak |  |
| 56. | Za wysokiego ciśnienia szczytowego wdechu. | Tak |  |
| 57. | Za niskiego ciśnienia wdechu. | Tak |  |
| 58. | Alarm niskiej/ wysokiej wentylacji minutowej. | Tak |  |
| 59. | Alarm bezdechu. | Tak |  |
| 60. | **Inne wymagania** | Tak |  |
| 61. | Możliwość rozbudowy o zintegrowany w respiratorze pomiar CO2 wraz z prezentacją parametrów na ekranie respiratora. | Tak |  |
| 62. | Funkcja natlenowania (100% O2) np. do toalety oskrzeli. | Tak |  |
| 63. | Prezentacja krzywej ciśnienia, przepływu. | Tak |  |
| 64. | Kompletny uchwyt do zamocowania i przenoszenia respiratora, butli z reduktorem i akcesoriów. | Tak |  |
| 65. | Torba na akcesoria. | Tak |  |
| 66. | Złącze umożliwiające szybkie przełączanie się między zasilaniem z butli tlenowej a zasilaniem w tlen z gniazda centralnej instalacji szpitalnej.  | Tak |  |
| 67. | Automatyczny system przełączania zasilania w tlen przy wykryciu podłączenia do zewnętrznego źródła tlenu (np. instalacji gazów medycznych). | Tak |  |
| 68. | Przewód zasilający w sprężony tlen o dł. 3 m (złącze AGA) | Tak |  |
| 69. | Wózek jezdny do transportu wewnątrzszpitalnego – 1 sztuka na wszystkie respiratory | Tak |  |
| 70. | Płyta montażowa do zawieszenia urządzenia np. do ściany, wraz z możliwością podpięcia zasilacza i ładowania podczas umiejscowienia respiratora w uchwycie (dla każdego respiratora) | Tak |  |
| 71. | Zasilacz 12/24/28 V DC (dla każdego respiratora) | Tak |  |
| 72. | 20 kompletnych jednorazowych układów oddechowych dla dorosłych długości 1,5 m | Tak |  |
| 73. | 1 wielorazowy układ oddechowy dla dorosłych długości 1,5 m | Tak |  |
| 74. | Na wyposażeniu płuco testowe (1 sztuka dla każdego respiratora) | Tak |  |
| 75. | Obrotowy uchwyt ścienny (dla każdego respiratora) | Tak |  |
| 76. | **Inne istotne informacje** | Tak |  |
| 77. | Dostawa/montaż/instalacja/uruchomienie | Tak |  |
| 78. | Dokumenty wymagane przy realizacji zamówienia:- Protokół zdawczo-odbiorczy- Lista przeszkolonego personelu- Karta gwarancyjna  | Tak |  |
| 79. | **Warunki gwarancji i serwis** | Tak |  |
| 80. | Gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie (miesiące): | 36 – 0 pkt.48 – 20 pkt. 60 – 40 pkt. |  |
| 81. | Przedmiot gwarancji: wszystkie elementy składowe aparatu/urządzenia (w tym części eksploatacyjne) | Tak |  |
| 82. | Gwarancja obejmuje także:- przeglądy w okresie gwarancji- wymiany/naprawy uszkodzonych części- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- koszty wysyłki, pakowania, ubezpieczenia przesyłki- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych | Tak |  |
| 83. | W okresie gwarancji przegląd serwisowy na koszt dostawcy – co najmniej jeden na 12 miesięcy lub z zgodnie z zaleceniem producenta zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu.Przegląd serwisowy zawiera:- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- robociznę-wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych (materiały i części eksploatacyjne, zestawy serwisowe /service kit/ itp.) | Tak |  |
| 84. | Przegląd końcowy przed upływem końca gwarancji producenta (na koszt dostawcy) zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | Tak |  |
| 85. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.Podać: dokładny adres, telefon, faks, e-mail, adres internetowy (WWW) | Tak, podać |  |
| 86. | W okresie gwarancji przyjmowanie zgłoszeń o usterkach w formie telefonicznej, faksem lub pocztą elektroniczną (e-mail) oraz dokonanie koniecznych napraw, doprowadzających przedmiot umowy do pełnej sprawności – w terminie do 5 dni od chwili jej zgłoszenia. | Tak |  |
| 87. | Liczba napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) – 3 | Tak |  |
| 88. | **Szkolenia** | Tak |  |
| 89. | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu, bezpieczeństwa jego użytkowania potwierdzone pisemnym protokołem . | Tak |  |

Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione
w rubryce „Opis parametrów”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych producenta. Brak potwierdzenia któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł
w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

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

*(miejscowość, data*

 ……………………………………………

 *(Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)*