|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Załącznik nr 4 do SIWZ  **Część 2** (zw. zadanie nr 2) **– Dostawa fantomów BLS**  **Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych przedmiotu zamówienia** | | | | |
| **FANTOM BLS DOROSŁEGO Z MOŻLIWOŚCIĄ KONTROLI RESUSCYTACJI**  **- 30 sztuk** | | | | |
| **Pełna nazwa, typ lub model** | |  | | |
| **Producent, podać pełną nazwę i adres** | |  | | |
| **Rok produkcji (nie starszy niż 2019)** | |  | | |
| **Lp.** | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ należy podać, opisać każdy wymagany parametr** |
| **I.** | **II.** | **III.** | **IV.** |
|  | Fantom przedstawiający minimum tors oraz głowę dorosłego człowieka o jasnej karnacji | TAK |  |
|  | Fantom do nauki uciśnięć klatki piersiowej oraz bezprzyrządowej wentylacji usta-usta lub usta-nos zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji z 2015 roku | TAK |  |
|  | Realistyczne rysy twarzy, ruchoma żuchwa | TAK |  |
|  | Możliwość odchylenia głowy do tyłu i wyluksowanie żuchwy w celu prawidłowego udrożnienia dróg oddechowych | TAK |  |
|  | Widoczne unoszenie oraz opadanie klatki piersiowej w czasie wentylacji | TAK |  |
|  | Wymienne drogi oddechowe i części twarzy bez konieczności serwisowania | TAK, podać |  |
|  | Fantom z elektronicznym modułem współpracujący z bezpłatną aplikacją instruktorską i uczestnika, współpracująca ze środowiskami iOS lub Android | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia do urządzenia- tabletu lub laptopa jednocześnie do 6 manekinów | TAK |  |
|  | System pozwalający na bezprzewodowe wyświetlenie w czasie rzeczywistym na tablecie lub laptopie instruktora informacji o jakości przeprowadzonej resuscytacji dla każdego fantomu. | TAK |  |
|  | System informacji zwrotnej w czasie rzeczywistym o jakości RKO- co najmniej szczegółowy wykaz  - głębokości,  - ilości i tempa uciśnięć  - objętości i ilości oddechów | TAK, podać |  |
|  | System umożliwiający po skończonych ćwiczeniach na wyświetlenie raportu o stopniu poprawności przeprowadzonej resuscytacji wraz z punktami do poprawy dla każdego z fantomów | TAK |  |
|  | System monitorowania umożliwiający wyświetlenie na ekranie i rzutniku informacji szczegółowej o jakości RKO z minimum 6 fantomów jednocześnie | TAK, podać |  |
|  | Ubranie umożliwiające dostęp do klatki piersiowej bez konieczności ściągania przez głowę | TAK |  |
|  | W zestawie z fantomem:  - torba, mata treningowa  - 100 szt. jednorazowych folii do wentylacji | TAK, podać |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |
| Urządzenie rejestrujące poprawność wykonywania ćwiczeń (6 sztuk) | | | | |
|  | Tablet lub laptop z dotykowym, kolorowym wyświetlaczami o przekątnej minimum 7 cali z zainstalowaną aktualną wersją aplikacji | TAK, podać |  |
|  | Możliwość przekierowania obrazu z urządzenia rejestrującego na ekran lub rzutnik za pomocą połączeń bezprzewodowych lub HDMI lub VGA | TAK, podać |  |
|  | W zestawie etui zabezpieczające urządzenie | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FANTOM BLS DZIECKA Z MOŻLIWOŚCIĄ KONTROLI RESUSCYTACJI**  **- 30 sztuk** | | | |
| **Pełna nazwa, typ lub model** | |  | |
| **Producent, podać pełną nazwę i adres** | |  | |
| **Rok produkcji (nie starszy niż 2019)** | |  | |
| **Lp.** | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ należy podać, opisać każdy wymagany parametr** |
| I. | II. | III. | IV. |
|  | Fantom przedstawiający minimum tors oraz głowę dziecka w wieku 5-8 lat o jasnej karnacji. | TAK, podać |  |
|  | Symulator do nauki uciśnięć klatki piersiowej oraz bezprzyrządowej wentylacji zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji z 2015 roku | TAK |  |
|  | Realistyczne rysy twarzy, ruchoma żuchwa | TAK |  |
|  | Możliwość odchylenia głowy do tyłu w celu prawidłowego udrożnienia dróg oddechowych | TAK |  |
|  | Widoczne unoszenie oraz opadanie klatki piersiowej w czasie wentylacji | TAK |  |
|  | Wymienne drogi oddechowe i części twarzy bez konieczności serwisowania | TAK,podać |  |
|  | Ubranie umożliwiające dostęp do klatki piersiowej bez konieczności ściągania przez głowę | TAK |  |
|  | Fantom z elektronicznym modułem współpracujący z bezpłatną aplikacją instruktorską i uczestnika | TAK |  |
|  | System pozwalający na bezprzewodowe wyświetlenie w czasie rzeczywistym na tablecie lub laptopie instruktora informacji o jakości przeprowadzonej resuscytacji dla każdego fantomu. | TAK |  |
|  | System informacji zwrotnej w czasie rzeczywistym o jakości RKO- co najmniej szczegółowy wykaz  - głębokości ucisków klatki piersiowej,  - ilości i tempa uciśnięć  - objętości i ilości oddechów | TAK, podać |  |
|  | System monitorowania umożliwiający wyświetlenie na ekranie i rzutniku informacji szczegółowej o jakości RKO z minimum 6 fantomów jednocześnie | TAK |  |
|  | W zestawie z fantomem:  - torba, mata treningowa,  - 108 szt. jednorazowych folii do wentylacji | TAK |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |
| Urządzenie rejestrujące poprawność wykonywania ćwiczeń (6 sztuk) | | | |
|  | Tablet lub laptop z dotykowym, kolorowym wyświetlaczami o przekątnej minimum 7 cali z zainstalowaną aktualną wersją aplikacji | TAK |  |
|  | Możliwość przekierowania obrazu z urządzenia rejestrującego na ekran lub rzutnik za pomocą połączeń bezprzewodowych lub HDMI lub VGA | TAK |  |
|  | W zestawie etui zabezpieczające urządzenie | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FANTOM BLS NIEMOWLĘCIA Z MOŻLIWOŚCIĄ KONTROLI RESUSCYTACJI**  **- 4 sztuki** | | | |
| **Pełna nazwa, typ lub model** | |  | |
| **Producent, podać pełną nazwę i adres** | |  | |
| **Rok produkcji (nie starszy niż 2019)** | |  | |
| **Lp.** | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ należy podać, opisać każdy wymagany parametr** |
| I. | II. | III. | IV. |
|  | Fantom niemowlęcia o jasnej karnacji posiada tors, głowę oraz wszystkie kończyny | TAK |  |
|  | Fantom do nauki uciśnięć klatki piersiowej oraz bezprzyrządowej wentylacji zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji z 2015 roku | TAK |  |
|  | Fantom posiada śpioszki i materiałową pieluchę | TAK |  |
|  | Możliwość odchylenia głowy do tyłu w celu prawidłowego udrożnienia dróg oddechowych | TAK |  |
|  | Widoczne unoszenie oraz opadanie klatki piersiowej w czasie wentylacji | TAK |  |
|  | Zaznaczone punkty anatomiczne umożliwiające prawidłową lokalizację miejsca uciśnięć | TAK |  |
|  | Wymienne drogi oddechowe i części twarzy bez konieczności serwisowania fantomu | TAK |  |
|  | Fantom z elektronicznym modułem umożliwiającym rejestrację i bieżącą kontrolę poprawności wykonywanych ćwiczeń, współpracujący z dedykowanym tabletem | TAK |  |
|  | System pozwalający na wyświetlenie w czasie rzeczywistym na dedykowanym tablecie informacji o jakości przeprowadzonej resuscytacji | TAK |  |
|  | System informacji zwrotnej w czasie rzeczywistym o jakości RKO- co najmniej szczegółowy wykaz  - głębokości,  - ilości i tempa uciśnięć  - objętości i ilości oddechów | TAK, podać |  |
|  | System umożliwiający po skończonych ćwiczeniach wyświetlenie raportu o stopniu poprawności przeprowadzonej resuscytacji | TAK |  |
|  | W zestawie z fantomem:  - torba, mata  - część twarzowa min. 1 szt.  - wymienne płuca min. 1 szt.  - jednorazowa folia do ćwiczeń min 40 szt. | TAK, podać |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 14. | Do Fantomów BLS Niemowlęcia Wykonawca dostarczy cztery zestawy zasilające do fantomów typu ładowarka z akumatorem, która umożliwia ładowanie akumulatorów w rozmiarze minimum AA(min2000mAh) oraz AAA (min800mAh). | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FANTOM BLS NIEMOWLĘCIA**  **- 34 sztuk** | | | |
| **Pełna nazwa, typ lub model** | |  | |
| **Producent, podać pełną nazwę i adres** | |  | |
| **Rok produkcji (nie starsze niż 2019)** | |  | |
| **Lp.** | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ należy podać, opisać każdy wymagany parametr** |
| I. | II. | III. | IV. |
| 1. | Fantom niemowlęcia o jasnej karnacji posiada tors, głowę oraz wszystkie kończyny | TAK |  |
| 2. | Fantom posiada śpioszki i materiałową pieluchę | TAK |  |
| 3. | Możliwość odchylenia głowy do tyłu w celu prawidłowego udrożnienia dróg oddechowych | TAK |  |
| 4. | Fantom do nauki uciśnięć klatki piersiowej oraz bezprzyrządowej wentylacji zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji z 2015 roku | TAK |  |
| 5. | Widoczne unoszenie oraz opadanie klatki piersiowej w czasie wentylacji | TAK |  |
| 6. | Fantom umożliwiający naukę usuwania ciał obcych zawierający zestaw ciał obcych blokujących drogi oddechowe | TAK |  |
| 7. | Wymienne drogi oddechowe i części twarzy bez konieczności serwisowania | TAK |  |
| 8. | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |
| 9. | W zestawie z fantomem:  - torba,  - część twarzowa min. 1,  - 10 sztucznych ciał obcych  - min 100 szt. jednorazowych folii do wentylacji | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ekran/Monitor na stojaku – 4 sztuki** | | | |
| **Pełna nazwa, typ lub model** | |  | |
| **Producent, podać pełną nazwę i adres** | |  | |
| **Rok produkcji** | |  | |
| **Lp.** | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ należy podać, opisać każdy wymagany parametr** |
| I. | II. | III. | IV. |
|  | Umożliwia wyświetlenie w kolorze informacji z komputera typu laptop | TAK |  |
|  | Przekątna ekranu min 55 cali | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość minimum 3840 x 2160 pikseli | TAK, podać |  |
|  | Możliwość komunikacji z urządzeniem sterującym za pomocą interfejsu przewodowego lub bezprzewodowego w standardzie wifi | TAK, podać |  |
|  | Minimum 2 głośniki o łącznej mocy  minimum 20 W  Wifi | TAK, podać |  |
|  | Rodzaj podświetlenia - LED | TAK |  |
|  | Ekran/monitor z systemem mocowania do mobilnego stojaka/stelaża na kółkach, przynajmniej 2 kółka z hamulcem | TAK |  |
|  | Posiada min 2 gniazda HDMI | TAK,podać |  |
|  | Posiada min 1 gniazdo LAN – Rj45 | TAK, podać |  |
|  | Posiada pilot umożliwiający jego sterowanie | TAK |  |
|  | Zasilanie z gniazdka sieciowego zgodnego z polskimi normami | TAK |  |
|  | Dostarczony z niezbędnym oprzyrządowaniem i wyposażeniem (okablowania, przyłącza), stojakiem | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja minimum 2 lata | TAK |  |
|  | Stojak/Stelaż podłogowy przeznaczony pod ekran wysokość min 115cm, | TAK,podać |  |
|  | Stojak/stelaż dopasowany pod względami udźwigu, wymiarów, materiałów wykonania i mocowania do zaproponowanego ekranu/monitora | TAK,podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Defibrylator treningowy AED - 2 sztuki (półautomat)** | | | |
| **Pełna nazwa, typ lub model** | |  | |
| **Producent, podać pełną nazwę** | |  | |
| **Rok produkcji (nie starszy niż 2019)** | |  | |
| **Lp.** | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ należy podać, opisać każdy wymagany parametr** |
| I. | II. | III. | IV. |
| 1. | Defibrylator treningowy umożliwiający szkolenie w realistycznych warunkach w zakresie użytkowania aparatu bez konieczności ładowania i wyładowania urządzenia energią elektryczną | TAK |  |
| 2. | Defibrylator prowadzący użytkownika w języku polskim przez symulowaną analizę, wykonywanie defibrylacji z komunikatami pomocniczymi jak prawdziwy defibrylator półautomatyczny | TAK |  |
| 3. | Minimum 8 wbudowanych scenariuszy zdarzeń zawierające kombinacje co najmniej: defibrylacji, wyników analizy, ich kolejności. | TAK,podać |  |
| 4. | Bezpłatne oprogramowanie umożliwiające tworzenia własnych scenariuszy zdarzeń | TAK |  |
| 5. | Urządzenie informujące o poprawności przyklejenia elektrod defibrylacyjnych | TAK |  |
| 6. | Panel kontrolny umożliwiający ingerencję instruktora w przebieg odgrywanego scenariusza zdarzeń. | TAK |  |
| 7. | Urządzenie współpracujące fantomami BLS dorosłego opisanymi w zadaniu 2 | TAK |  |
| 8. | W zestawie standardowe elektrody treningowe i torba transportowa | TAK |  |
| 9. | Zasilanie bateriami dostarczanymi z urządzeniem | TAK |  |
| 10. | Pilot zdalnego sterowania | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Defibrylator treningowy AED - 2 sztuki (automat)** | | | |
| **Pełna nazwa, typ lub model** | |  | |
| **Producent, podać pełną nazwę i adres** | |  | |
| **Rok produkcji (nie starszy 2019 rok)** | |  | |
| **Lp.** | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ należy podać, opisać każdy wymagany parametr** |
| I. | II. | III. | IV. |
| 1. | Defibrylator treningowy umożliwiający wykonanie realistycznego szkolenia z zakresu odpowiedniego postępowania z osobą, u której doszło do zatrzy**m**ania krążenia. | TAK |  |
| 2. | Defibrylator prowadzący użytkownika w języku polskim przez symulowaną analizę, wykonywanie defibrylacji z komunikatami pomocniczymi jak prawdziwy defibrylator automatyczny | TAK |  |
| 3. | Minimum 8 wbudowanych scenariuszy zdarzeń zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi AHA i Europejskiej Rady Resuscytacji G2010 | TAK |  |
| 4 | Możliwość samodzielnego tworzenia konfiguracji scenariuszy zdarzeń | TAK |  |
| 5. | W zestawie preinstalowany rozwiązanie imitujące tryb dziecka/niemowlęcia w defibrylatorze | TAK |  |
| 6. | Urządzenie informujące o poprawności przyklejenia elektrod defibrylacyjnych | TAK |  |
| 7. | Panel kontrolny umożliwiający ingerencję instruktora w przebieg odgrywanego scenariusza zdarzeń. | TAK |  |
| 8. | Urządzenie współpracujące fantomami BLS opisanymi w zadaniu 2 | TAK |  |
| 9. | W zestawie wielorazowe elektrody treningowe i torba transportowa | TAK |  |
| 10. | Zasilanie bateriami dostarczanymi z urządzeniem, zapewniającymi pracę urządzenia do min 9 godzin | TAK |  |
| 11. | Defibrylator treningowy umożliwiający szkolenie w realistycznych warunkach w zakresie użytkowania aparatu bez konieczności ładowania i wyładowania urządzenia energią elektryczną. | TAK |  |
| 12. | Pilot zdalnego sterowania | TAK |  |

Uwaga:

W lewej kolumnie tabeli podane są parametry danych elementów zamówienia, stanowiące minimum wymagane przez zamawiającego. Wykonawca poda w prawej kolumnie oferowane parametry elementów oferty. Jeśli wykonawca oferuje parametry danego elementu zamówienia w danej części dokładnie takie, jakich oczekuje zamawiający, powinien w prawej kolumnie zaznaczyć, że element ten jest zgodny z oczekiwaniem zamawiającego, albo zostawić miejsce w danym wierszu niewypełnione. Nie ma konieczności przepisywania przez wykonawcę parametrów, które są tożsame z oczekiwaniami zamawiającego, podanymi w lewej kolumnie.

Uwaga ta nie dotyczy wierszy, w których zamawiający wymaga podania przez wykonawcę producenta, nazwy, wersji, typu, modelu i roku produkcji.

………………………, dn. …………………….

*Podpis elektroniczny*

*osoby(osób) uprawnionej(nych)*

*do reprezentacji wykonawcy(ów)*