|  |
| --- |
| **Respirator transportowy – 2 SZT.** |

**Uwagi i objaśnienia:**

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=”, „min.” lub „max.”) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* W kolumnie „Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str w ofercie, plik]” w przypadku wyrażenia "nie dotyczy" potwierdzenie w materiałach firmowych nie jest konieczne, natomiast w pozostałych przypadkach wykonawca ma obowiązek w tej kolumnie wskazania, gdzie w materiałach firmowych znajduje się parametr zadeklarowany w kolumnie "parametr oferowany".
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji nie wcześniej niż 2024), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany”, spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.
* W przypadku punktacji proporcjonalnej ocena jest przeprowadzana w sposób następujący: oferta zawierająca najkorzystniejszą wartość otrzymuje maksymalną liczę punktów, wszystkie pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do najkorzystniejszej wartości.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia**  | **Ilość** **(liczba sztuk)** | **Cena brutto sprzętu (w zł)** |
| **A: Cena brutto\* za cały sprzęt:** | Respirator transportowy  | 2 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **B: Cena brutto\* dostawy, instalacji i uruchomienia całego sprzętu (w zł):** |  |
|  | **C: Cena brutto\* wszystkich szkoleń (w zł):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C: Cena brutto\* oferty (w zł):** |  |

*\* jeżeli wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, należy podać cenę netto.*

Nazwa i typ: ...............................................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2024): …....................................................

Klasa wyrobu medycznego................................

|  |
| --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE** |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **Parametr wymagany / wartość** | **Parametr oferowany** | **Lokalizacja w mat. firmowych potwierdzenia parametru [str. W ofercie, plik]** | **Sposób oceny** |
| **Respirator Transportowy – 2 szt.**  |
|  | Transportowy zestaw medyczny do wentylacji pacjenta. | Tak |  |  |  |
|  | Urządzenie w zwartej i wytrzymałej obudowie, z możliwością zawieszenia na ramie łóżka, noszy lub na wózku medycznym, z uchwytem do przenoszenia w ręku. | Tak |  |  |  |
|  | Zestaw składający się z respiratora transportowego, przewodu ciśnieniowego umożliwiającego podłączenie respiratora do zewnętrznego źródła tlenu ze złączem AGA min 2 m, maski nr 5, 10-ciu przewodów jednorazowych, płuca testowego. | Tak |  |  |  |
|  | Zasilanie respiratora transportowego 230V.W zestawie zasilacz z kablem umożliwiający podłączenie i ładowanie respiratora 230V. | Tak |  |  |  |
|  | Możliwość wymiany baterii, przez użytkownika, bez użycia narzędzi. | Podać |  |  | Tak 10 pkt. Nie – 0 pkt. |
|  | System kontrolny akumulatora umożliwiający sprawdzenie poziomu naładowania i poprawność działania baterii bez potrzeby włączania urządzenia. | Podać  |  |  | Tak 10 pkt. Nie – 0 pkt.  |
|  | Akumulator bez efektu pamięci. | Tak |  |  |  |
|  | Ładowanie baterii do 95 % w czasie do 3,5 h. | Tak |  |  |  |
| **Parametry techniczne** |
|  | Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt. | Tak |  |  |  |
|  | Waga respiratora z akumulatorem max 2,5 kg. | Tak |  |  |  |
|  | Zasilanie w tlen o ciśnieniu min od 2,7 do 6,0 bar. | Tak |  |  |  |
|  | Zasilanie z baterii min 10 h IPPV zgodnie z ERC. | Tak |  |  |  |
|  | Wentylacja 100% tlenem i Air Mix. | Tak |  |  |  |
|  | Możliwość pracy w temperaturze min -20 - + 50˚C. | Tak |  |  |  |
|  | Możliwość przechowywania w temperaturze min -40 - +70˚C. | Tak |  |  |  |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą ustawień parametrów oddechowych w postaci potwierdzenia wyboru parametru po jego ustawieniu. | Tak |  |  |  |
|  | Rozpoczęcie natychmiastowej wentylacji w trybach ratunkowych za pomocą przycisków umieszczonych na panelu głównym. | Podać  |  |  | Tak 10 pkt. Nie – 0 pkt. |
|  | Możliwość ustawienia parametrów oddechowych na podstawie wzrostu i płci pacjenta. | Podać |  |  | Tak 10 pkt. Nie – 0 pkt. |
|  | Autotest, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora każdorazowo po włączeniu urządzenia. | Tak |  |  |  |
|  | Wbudowany czytnik kart pamięci wraz z kartą o pojemności min 2 GB do zapisywania monitorowanych parametrów oraz zdarzeń z możliwością późniejszej analizy. | Tak |  |  |  |
|  | Ręczne wyzwalanie oddechów w trybie RKO bezpośrednio przy masce do wentylacji, co pozwala na prowadzenie wentylacji przez jedną osobę i uszczelniać maskę zgodnie z aktualnymi wytycznymi ERC. | Podać |  |  | Tak 10 pkt. Nie – 0 pkt. |
|  | System testowy, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora przez użytkownika obejmujący kontrolę funkcji oraz elementów wykonawczych i obsługowych. | Tak |  |  |  |
|  | Możliwość aktywacji i deaktywacji trybów wentylacji. | Tak |  |  |  |
|  | Możliwość ustawienia własnych startowych parametrów wentylacji. | Tak |  |  |  |
|  | Możliwość ustawienia własnych limitów alarmów. | Tak |  |  |  |
|  | Tryb demonstracyjny umożliwiający trening i szkolenie z obsługi respiratora. | Podać |  |  | Tak 10 pkt. Nie – 0 pkt. |
|  | **Tryby wentylacji:** |
|  | IPPV, CPAP, SIMV, RSI | Tak |  |  |  |
|  | Tryb RKO (CPR) – wspomagający pracę użytkownika podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej – metronom wyznaczający częstotliwość masażu serca w  algorytmie 15:2, 30:2 bądź w trybie ciągłym (w przypadku pacjentów zaintubowanych), możliwość zatrzymania trybu na czas analizy rytmu serca z automatycznym powrotem do wentylacji pacjenta w przypadku nieuruchomienia trybu ponownie. | Tak |  |  |  |
|  | **Parametry regulowane:** |
|  | Częstotliwość oddechowa regulowana w zakresie min. 5-50 oddechów/min | Tak |  |  |  |
|  | Objętość oddechowa regulowana w zakresie min 50 – 2000 ml. | Tak |  |  |  |
|  | Ciśnienie PEEP regulowane w zakresie min od 0 do 30 cm H2O. | Tak |  |  |  |
|  | Ciśnienie maksymalne w drogach oddechowych regulowane w zakresie min od 10-65 mbar. | Tak |  |  |  |
|  | **Obrazowanie parametrów:** |
|  | Ciśnienie PEEP. | Tak |  |  |  |
|  | Maksymalne ciśnienie wdechowe. | Tak |  |  |  |
|  | Objętość oddechowa. | Tak |  |  |  |
|  | Częstość oddechowa. | Tak |  |  |  |
|  | **Prezentacja graficzna:** |
|  | Zintegrowany kolorowy wyświetlacz LCD lub TFT o przekątnej min 5 cali do prezentacji parametrów nastawnych oraz manometru. | Tak |  |  |  |
|  | **Alarmy:** |
|  | Bezdechu | Tak |  |  |  |
|  | Nieszczelności układu. | Tak |  |  |  |
|  | Wysokiego/niskiego poziomu ciśnienia w drogach oddechowych. | Tak |  |  |  |
|  | Rozładowanego akumulatora/braku zasilania. | Tak |  |  |  |
|  | Alarmy dźwiękowe, wizualne oraz komunikaty informujące o rodzaju alarmu wyświetlane na ekranie w języku polskim. | Tak |  |  |  |
|  | **Inne wymagania:**  |
|  | Układ oddechowy dla dorosłych - 5 kompletów / urządzenie. | Tak |  |  |  |
|  | Reduktor tlenowy z gwintem ¾ cala i drenem ciśnieniowym do podłączenia respiratora. | Tak |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia dla wszystkich oferowanych urządzeń** |
| **Lp** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny** |
| **GWARANCJE** |
|  | Okres gwarancji dla urządzeń i wszystkich ich składników [liczba miesięcy]*UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega również, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat.* | ≥24 Tak/podać |  | Najdłuższy okres – 10 pkt.,Inne – proporcjonalnie mniej (względem najdłuższej zaoferowanej gwarancji) |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat | Tak |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy w ramach gwarancji następuje wymiana sprzętu na nowy/dokonuje się istotnych napraw sprzętu/wymienia się istotne części sprzętu (podzespołu itp.) termin gwarancji biegnie na nowo. W przypadku zaś innych napraw przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu. | Tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta). Obowiązkowy bezpłatny przegląd z końcem biegu gwarancji. | Tak, podać liczbę przeglądów w okresie gwarancji |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym ponowne podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego. | TAK |  | - - - |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 2 dni robocze. | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok. | TAK |  | - - - |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po trzech nieskutecznych próbach jego napraw gwarancyjnych. | TAK |  | - - - |
|  | Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 12 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać przy dostawie wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności). | TAK |  | - - - |
|  | Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy. | Podać |  | Tak – 2 pktNie – 0 pkt |
|  | **SZKOLENIA** |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 4 osoby w momencie jego instalacji i odbioru.  | TAK |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, i diagnostycznych. | TAK |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych. | TAK |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji. | TAK |  | - - - |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie).UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta. | Podać |  | Tak – 1 pktNie – 0 pkt |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują). | TAK |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji. | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.*UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.* | TAK |  | - - - |