**Pakiet nr 7 ZMIANA I 2018-04-27**

**Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne w przypadkach określających dany parametr przedmiotu zamówienia przez odniesienie, m.in., do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa w art. 30 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 PZP.**

**Przedmiot zamówienia – fabrycznie nowy**

Wykonawca zobowiązany jest na swój koszt zabezpieczyć całą dostawę i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność do momentu odebrania przedmiotu umowy przez Personel Zamawiającego.

**Pozycja 1**

**Monitor funkcji życiowych – intensywna terapia -4szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Model/Typ urządzenia | Podać |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

**PARAMETRY GRANICZNE**

**Niespełnienie któregokolwiek z podanych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Niewypełnienie kolumny „Parametr oferowany” poprzez wpisanie konkretnych parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia będzie również skutkowało odrzuceniem oferty. Niedopuszczalne jest wypełnienie dokumentu poprzez wpisanie w tej kolumnie słowa TAK. Zamawiający wymaga wskazania konkretnych parametrów.**

**Do oferty należy załączyć Katalog lub prospekt lub folder w języku polskim każdego zaoferowanego przedmiotu zamówienia zawierający opis oraz parametry potwierdzające wymagania postawione przez Zamawiającego w zał. nr 3 do SIWZ oraz zawierający numery katalogowe - w oparciu o które została przygotowana oferta.**

**W katalogu/prospekcie/folderze należy wyraźnie zaznaczyć, których pozycji formularza cenowego (Załącznika nr 2 do SIWZ) dotyczy dany zapis - umieszczając w nim zarówno nr Pakietu, jak i nr poszczególnej pozycji asortymentowej Pakietu (np. Pakiet 1 poz. 1 itd.) – celem identyfikacji oferowanego przedmiotu zamówienia.  W przypadku parametru nie znajdującego się w katalogu/prospekcie/folderze należy przedstawić oświadczenie o posiadaniu danego parametru przez zaoferowany przedmiot zamówienia( należy dokładnie określić parametr/parametry, którego oświadczenie dotyczy).**

**Kryterium „parametry techniczne” oceniany będzie:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **Zasady oceny (punktacji)** |
|  | CE (podać nr certyfikatu) | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Wymagania ogólne systemu monitorowania,**  |  |  |  |
|  | Monitor modułowy. Dotyczy sprzętu i oprogramowania. Wszystkie moduły przenoszone między monitorami w sposób zapewniający automatyczną zmianę konfiguracji, bez zakłócania pracy monitora. | TAK |  |  |
|  | System monitorowania zapewniający nieprzerwane i jednoczesne monitorowanie wszystkich wymaganych parametrów (zapisy dynamiczne i trendy) pacjenta na stanowisku i w czasie przewożenia pacjenta | TAK |  |  |
|  | System pozwala stosować ten sam monitor na Sali operacyjnej, OIOM i w innych aplikacjach | TAK |  |  |
| 1.
 | Niska masa monitora lub części monitora zabieranej z pacjentem (zapewniająca ciągłość monitorowania), ułatwiająca przenoszenie, do 10 kg | TAK (podać jakie) |  | < 7kg-5 pkt; 7-10kg -0 pkt. |
|  | **Ekran** |  |  |  |
|  | Monitory zapewniające wyświetlanie danych na kolorowym ekranie LCD TFT wysokiej jakości o przekątnej przynajmniej 12,2”  | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Konfigurowany ekran; pamięć min. 5 ekranów | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Liczba krzywych dynamicznych na ekranie, przynajmniej 6.Możliwość rozbudowy o jednoczesne wyświetlanie większej liczby krzywych dynamicznych | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Możliwość zatrzymania i szczegółowej analizy na ekranie (pomiary w pionie i w poziomie przy pomocy przesuwanych kursorów) wybranych krzywych dynamicznych | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy w przyszłości o wyświetlanie i przekazywanie do systemu zbierania danych informacji z innych urządzeń (np. respirator)  | TAK |  |  |
|  | **Zasilanie** |  |  |  |
|  | Sieciowe 230V 50 Hz i akumulatorowe | TAK |  |  |
|  | Zapewnienie ciągłości monitorowania danych pacjenta przy zasilaniu z wewnętrznego akumulatora przynajmniej 3 godziny | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Praca w sieci przesyłania danych | Tak |  |  |
|  | Monitor wyposażony w oprogramowanie i elementy niezbędne do połączenia z siecią przesyłania danych | TAK |  |  |
|  | Monitor przystosowany do „podglądu” innych monitorów i sygnalizacji alarmów występujących w innych monitorach | TAK |  |  |
|  | System monitorowania może współpracować z centralą pielęgniarską  | TAK |  |  |
|  | **Mocowanie monitora**: |  |  |  |
|  | Bezpieczne i wygodne zamocowanie zestawu na stanowisku. | TAK |  |  |
|  | Zastosowanie stacji dokującej, umożliwiającej łatwe odłączenie i podłączenie monitora lub części systemu monitorującego, zapewniającej ciągłość zapisu danych pacjenta w czasie transportu, a także zasilanie sieciowe. | TAK |  |  |
|  | **Mierzone parametry, moduły pomiarowe**  | Tak |  |  |
|  | EKG  | TAK |  |  |
|  | Monitorowanie 3 i jednocześnie 7 odprowadzeń | TAK |  |  |
|  | Wieloodprowadzeniowa analiza EKG do zliczania częstości akcji serca i do analizy arytmii | TAK |  |  |
|  | W komplecie przewód EKG do 3 odprowadzenia na każdy monitor oraz przewód 5 odpowadzeniowy – 2 szt. na wszystkie monitory | TAK |  |  |
|  | Dokładność pomiaru częstości akcji serca przynajmniej 1 %  | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Monitorowanie arytmii**  |  |  |  |
|  | Monitorowanie arytmii – podstawowe | TAK |  |  |
| 1.
 | Możliwość rozbudowy o pełne monitorowanie arytmii, wg. przynajmniej 10 definicji arytmii | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | System umożliwia wykorzystanie modułu pełnej analizy arytmii w każdym oferowanym monitorze | TAK |  |  |
|  | Monitorowanie odchylenia ST | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ST jednocześnie przynajmniej w 3 monitorowanych odprowadzeniach EKG z zakresem min. -/+15 mm | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Pomiar oddechu  | Tak |  |  |
|  | Pomiar metodą impedancyjną, wyświetlane wartości cyfrowe i fala oddechu | TAK |  |  |
|  | Sygnalizacja i możliwość wyboru odprowadzenia użytego do pomiaru oddechu w celu dopasowania do różnych sposobów oddychania, przynajmniej szczytami płuc, i torem brzusznym | TAK |  |  |
|  | Dokładność pomiaru częstości oddechów przynajmniej +/1 oddech na minutę | TAK |  |  |
|  | **Pomiar saturacji (SPO2)**  |  |  |  |
|  | Wyświetlane wartości cyfrowe saturacji tętna i krzywa pletyzmograficzna | TAK |  |  |
|  | W komplecie przewód interfejsowy i standardowy czujnik na palec – 4 szt. na każdy monitor | TAK |  |  |
|  | **Nieinwazyjny pomiar ciśnienia**  |  |  |  |
|  | Pomiar na żądanie, automatyczny co określony czas, ciągłe pomiary przez określony czas, staza | TAK |  |  |
|  | Zakres odstępów czasowych automatycznych pomiarów do min. 4 godziny  | TAK |  |  |
|  | W komplecie przewód i zestaw mankietów dla dorosłych, 3 różne rozmiary, mankiety pomiarowe bez lateksu po 4 szt z każdego rozmiaru + dodatkowo 2 mankiety w różnych rozmiarach (średni i średnio-duży) na każdy monitor | TAK |  |  |
|  | Dokładność statyczna pomiaru przynajmniej +/- 10 mmHg | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Pomiar temperatury** | Tak |  |  |
|  | Możliwość uzyskania pomiaru w dwóch torach | TAK |  |  |
|  | W komplecie czujnik temperatury: powierzchniowy i skóry | TAK |  |  |
|  | Dokładność pomiaru temperatury przynajmniej +/- 0,1°C | TAK |  |  |
|  | Dodatkowo 2 szt. modułu do nieinwazyjnego pomiaru temperatury głębokiej za pomocą czujnika mocowanego na czole pacjenta wraz z zestawem min. 100 elektrod pomiarowych na każdy moduł | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Inwazyjny pomiaru ciśnienia** |  |  |  |
|  | Przynajmniej 2 tory pomiarowe z możliwością rozbudowy w przyszłości do 8 torów | TAK |  |  |
|  | Możliwość pomiaru i wpisania nazw różnych ciśnień, w tym ciśnienia śródczaszkowego | TAK |  |  |
|  | Dokładność pomiaru ciśnienia przynajmniej +/- 1 mmHg | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | System umożliwia wykorzystane modułu pomiaru ciśnienia w każdym oferowanym monitorze – przygotowanie pod przetworniki Argon | TAK |  |  |
|  | **Pomiar etCO2** |  |  |  |
|  | Pomiar u pacjentów zaintubowanych – na każdy oferowany monitor wraz z zestawem odpowiednich akcesoriów pomiarowych, a także 2 dodatkowe moduły dla pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych z zestawem akcesoriów pomiarowych dla pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych – min. 10 szt. na oferowany moduł | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Możliwość wyboru jednostek CO2: mmHg, KPa, % | TAK |  |  |
|  | Dokładność pomiaru CO2 przynajmniej +/- 2 mmHg | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Możliwość rozbudowy** o rzut minutowy serca metodą termodlucji i PiCCO, BIS, NMT, pomiar gazów anestetycznych, EEG | TAK |  |  |
|  | **Kalkulator dawek leków** | TAK |  |  |
|  | **Układy alarmowe** | Tak |  |  |
|  | Alarmy o różnych poziomach ważności, opisać | TAK |  |  |
|  | Ustawianie granic alarmowych wszystkich parametrów ręczne i automatyczne na podstawie bieżących wartości parametrów | TAK |  |  |
|  | Pamięć alarmów | TAK |  |  |
|  | **Trendy** | TAK |  |  |
|  | Przynajmniej 24 godzinne trendy wszystkich mierzonych parametrów, w postaci tabel i wykresów mierzone przez każdy monitor | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Rozdzielczość trendów 1 minuta | TAK |  |  |
|  | **Inne** |  |  |  |
|  | Kompatybilność monitorów oraz akcesoriów pomiarowych z monitorami Infity Delta będącymi na wyposażeniu oddziału | TAK |  |  |
|  | Podwójne moduły do każdego oferowanego monitora (jeśli wymagany do pomiaru) do podpięcia EKG, temp. i SpO2 | TAK |  |  |
|  | Monitor współpracujący z centralą w systemie *Infinity* | TAK |  |  |
|  | Konwekcyjne chłodzenie ekranu monitora | TAK |  |  |
|  | Osiem sztuk ramion do zamontowania monitora na rurze.  | TAK |  |  |

Dla umożliwienia Zamawiającemu weryfikacji udzielonych odpowiedzi odnośnie spełnienia warunków granicznych i/lub ich wartości należy dołączyć do oferty materiały opisowe pochodzące od producenta: oryginalne ulotki, katalogi, opisy przedmiotu zamówienia, dokumentację techniczną oferowanego sprzętu/ przedmiotu zamówienia, product date, instrukcje obsługi itp. Stosowne materiały opisowe pochodzące od producenta należy załączyć w oryginale lub jako kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem.

Wszystkie dane/parametry z tabeli technicznej muszą znajdować swoje potwierdzenie w danych produktowych producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia parametrów granicznych i/lub ocenianych w czasie prezentacji aparatu przed podpisaniem ewentualnego kontraktu.

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczania sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

|  |
| --- |
| **Materiały eksploatacyjne** niezbędne do pracy z powyższym sprzętem proszę wymienić i wskazać (rozmiar, nr katalogowy, sposób konfekcjonowania, jednostkowe ceny netto i brutto)**JEŻELI DOTYCZY:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Podpis i pieczęć Wykonawcy)

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU OFEROWANEGO SPRZĘTU .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Monitor funkcji życiowych – intensywna terapia 4szt.** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Okres gwarancji na urządzenie liczony od dnia instalacji przedmiotu zamówienia w miejscu użytkowania potwierdzonej bezusterkowym protokołem odbioru. | min. 24 miesiące, podać za każde kolejne 6 mcy –dodatkowe 5 pkt. (Maksymalnie 20 pkt.) |  |
| 2. | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju urządzenia (naprawy) zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia. | Tak |  |
| 3. | Możliwość przedłużenia gwarancji na kolejne lata za ryczałtową odpłatnością lub wykupienie kontraktu serwisowego. | Tak |  |
| 4. | Pełna gwarancyjna obsługa serwisowa napraw (wraz z kosztem dojazdu, części zamiennych i robocizny), jeden bezpłatny przegląd w ciągu roku (w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji), cykliczna kontrola bezpieczeństwa elektrycznego oraz czynności wymienionych w Art. 90 pkt 4 (Ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010, Nr 107, poz. 679) w okresie gwarancji wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilości godzin pracy, ilości cykli itp | Tak |  |
| 5. | Czas usunięcia usterki/awarii nie wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w godzinach zegarowych. | 48 h |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki/awarii wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w dniach roboczych.  | <=3 dni |  |
| 7. | W przypadku awarii naprawa w siedzibie Zamawiającego; w przypadku konieczności dokonania naprawy w warsztacie serwisowym, Wykonawca ponosi wszelkie koszty transportu i zapewnia urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy dostarczone do 48h od momentu zgłoszenia awarii. | Tak |  |
| 8. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu/urządzenia na nowy:a) 3 naprawy tego samego elementu (podzespołu) – uprawniają do wymiany podzespołu na nowy lub b) 3 niezależne od siebie awarie aparatu (sprzętu) w okresie 30 kolejnych dni – uprawniają do wymiany aparatu (sprzętu) na nowy. | Tak |  |
| 9. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia. |  8 lat od daty dostawy  |  |
| 10. | Przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 w okresie gwarancji zalecane przez producenta a wykonywane przez serwis autoryzowany – podać w tabeli harmonogram zawierający m.in. terminy i zakres czynności do wykonania. | Podać |  |
| 11. | Czas niezbędny do wykonania przeglądu okresowego lub innych czynności wymienionych w zakresie Art. 90 pkt 4 w ramach gwarancji od momentu zgłoszenia w dniach kalendarzowych. | <=14 dni |  |
| 12. | Po uruchomieniu urządzenia a przed oddaniem do eksploatacji dostarczyć **PROTOKÓŁ BEZPIECZEŃSTWA ELEKTRYCZNEGO** sprzętu zgodny z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego. W przypadku gdy sprzęt nie podlega wymaganiom normy PN-EN 62353 **OŚWIADCZENIE PRODUCENTA.** | Informacja, który z dokumentów (Protokół lub oświadczenie) zostanie dostarczony |  |
| 13. | Serwis gwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw i przeglądów gwarancyjnych (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 14. | Świadectwo autoryzacji serwisu potwierdzone przez producenta urządzenia. | TAKna wezwanie Zamawiającego |  |
| 15. | Najbliższy dla zamawiającego pogwarancyjny serwis na terenie krajów Unii Europejskiej poza Polską (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 16. | Pogwarancyjne przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 wymagane przez producenta i wykonywane przez serwis autoryzowany, załączyć na wezwanie Zamawiającego  **HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania lub załączyć do oferty pisemne **OŚWIADCZENIE**, że sprzęt nie wymaga wykonania żadnych przeglądów pogwarancyjnych wykonywanych przez serwis. | **Informacja, który z dokumentów (Harmonogram lub oświadczenie )****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 17. | Dokumentacja techniczna opisująca sposób wykonania okresowej kontroli bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu w zakresie zgodnym z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego z uwzględnieniem wymagań producenta – wypełnić załącznik w/g wzoru **KARTA KONTROLI** | Informacja, który z dokumentów (**KARTA KONTROLI** , dokumentacja techniczna)**na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 18. | Jeżeli producent urządzenia przewiduje, że urządzenie wymaga przeprowadzania okresowych (cyklicznych) czynności serwisowo – konserwacyjnych wykonywanych przez służby techniczne zamawiającego załączyć **na wezwanie Zamawiającego HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania. Jeżeli nie przewiduje to oświadczenie. W dniu dostawy **SZKOLENIE** w tym zakresie wraz z **WYDANIEM IMIENNEGO CERTYFIKATU** upoważniającego do wykonywania tych czynności (wraz z dokumentacją pkt 19). | **Informacja, który z dokumentów (HARMONOGRAM lub OŚWIADCZENIE)****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 19. | W przypadku harmonogramu pkt. 18 w języku polskim dokumentacja serwisowo – techniczna zawierająca opis sposobu wykonania tych czynności przez służby techniczne zamawiającego – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 20. | Instrukcja obsługi w języku polskim – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 21. | Paszport techniczny (wypełniony) – dostarczony w dniu dostawy. | Tak |  |

**KARTA KONTROLI**

W związku z wymaganiami Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010 Nr 107 Poz. 679

oraz normy PN-EN 62353 w zakresie bezpiecznego użytkowania sprzętu medycznego proszę podać wymagania producenta w zakresie wykonywania czynności okresowej kontroli pod względem bezpieczeństwa.

Nazwa i typ sprzętu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Klasa ochrony (podać I , II , III ) . . . . . . . . .

Typ części aplikacyjnych (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

 (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

Test przewodu ochronnego (podać wartość limitu mΩ) . . . . mΩ

Prąd upływu urządzenia (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda różnicowa (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Prąd upływu części aplikacyjnych (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Rezystancja izolacji (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu MΩ)

- pomiędzy zasilaniem a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a zasilaniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

Test funkcjonalny (określić zalecenia producenta co do sposobu i zakresu wykonania)

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

Inne wytyczne producenta co do sposobu wykonywania i zakresu kontroli bezpieczeństwa elektrycznego:

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

**Pozycja 2.**

**Centrala monitoringu parametrów życiowych 1szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Model/Typ urządzenia** | **Podać** |  |
| **Producent** | **Podać** |  |
| **Kraj pochodzenia** | **Podać** |  |
| **Rok produkcji** | **Podać** |  |

**PARAMETRY GRANICZNE**

**Niespełnienie któregokolwiek z podanych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Niewypełnienie kolumny „Parametr oferowany” poprzez wpisanie konkretnych parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia będzie również skutkowało odrzuceniem oferty. Niedopuszczalne jest wypełnienie dokumentu poprzez wpisanie w tej kolumnie słowa TAK. Zamawiający wymaga wskazania konkretnych parametrów. Do oferty należy załączyć Katalog lub prospekt lub folder w języku polskim każdego zaoferowanego przedmiotu zamówienia zawierający opis oraz parametry potwierdzające wymagania postawione przez Zamawiającego w zał. nr 3 do SIWZ oraz zawierający numery katalogowe - w oparciu o które została przygotowana oferta.**

**W katalogu/prospekcie/folderze należy wyraźnie zaznaczyć, których pozycji formularza cenowego (Załącznika nr 2 do SIWZ) dotyczy dany zapis - umieszczając w nim zarówno nr Pakietu, jak i nr poszczególnej pozycji asortymentowej Pakietu (np. Pakiet 1 poz. 1 itd.) – celem identyfikacji oferowanego przedmiotu zamówienia.  W przypadku parametru nie znajdującego się w katalogu/prospekcie/folderze należy przedstawić oświadczenie o posiadaniu danego parametru przez zaoferowany przedmiot zamówienia( należy dokładnie określić parametr/parametry, którego oświadczenie dotyczy).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **Zasady oceny (punktacji)** |
|  | Stanowisko centralnego monitorowania pracuje w oparciu o system operacyjny Unix/Linux dla 8 stanowisk; 1 ekran stanowiska centralnego monitorowania kolorowy, panoramiczny, płaski, wykonany w technologii LCD TFT, o przekątnej min. 20” wraz z laserową drukarką sieciową umożliwiająca wydruk danych ze stanowiska centralnego monitorowania oraz oferowanych monitorów pacjenta, do każdej stacji centralnego monitorowania; klawiatura i mysz w zestawie | TAK (podać jakie) |  | > 25’’ – 5 pkt.; 20’’ –25”- 0 pkt. |
|  | Możliwość jednoczesnego wyświetlania przynajmniej 2 przebiegów falowych z każdego monitora, na ekranie podglądu wszystkich monitorów, nie tylko EKG; podgląd wszystkich parametrów i przebiegów falowych z wybranego monitora | TAK |  | 2 – 3 przebiegi falowe z każdego monitora, na ekranie podglądu wszystkich monitorów, nie tylko EKG; podgląd wszystkich parametrów i przebiegów falowych z wybranego monitora – 0 pkt.; > 3 przebiegi falowe z każdego monitora, na ekranie podglądu wszystkich monitorów, nie tylko EKG; podgląd wszystkich parametrów i przebiegów falowych z wybranego monitora |
|  | Stanowisko centralnego monitorowania umożliwia wyświetlanie parametrów, krzywych dynamicznych i sygnalizowanie alarmów oferowanych respiratorów | TAK |  |  |
|  | Stanowisko wyposażone w pamięć trendów graficznych i tablicowych wszystkich monitorowanych parametrów dla każdego pacjenta, 96 godzin z rozdzielczością 1 minuta w całym zakresie, z możliwością rozbudowy w przyszłości do co najmniej 120 godzin | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Stanowisko wyposażone w pamięć przynajmniej 1000 zdarzeń alarmowych dla każdego pacjenta | TAK (podać jakie) |  |  |

Dla umożliwienia Zamawiającemu weryfikacji udzielonych odpowiedzi odnośnie spełnienia warunków granicznych i/lub ich wartości należy dołączyć do oferty materiały opisowe pochodzące od producenta: oryginalne ulotki, katalogi, opisy przedmiotu zamówienia, dokumentację techniczną oferowanego sprzętu/ przedmiotu zamówienia, product date, instrukcje obsługi itp. Stosowne materiały opisowe pochodzące od producenta należy załączyć w oryginale lub jako kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem.

Wszystkie dane/parametry z tabeli technicznej muszą znajdować swoje potwierdzenie w danych produktowych producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia parametrów granicznych i/lub ocenianych w czasie prezentacji aparatu przed podpisaniem ewentualnego kontraktu.

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczania sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

|  |
| --- |
| **Materiały eksploatacyjne** niezbędne do pracy z powyższym sprzętem proszę wymienić i wskazać (rozmiar, nr katalogowy, sposób konfekcjonowania, jednostkowe ceny netto i brutto)**JEŻELI DOTYCZY:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Podpis i pieczęć Wykonawcy)

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU OFEROWANEGO SPRZĘTU .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Centrala monitoringu parametrów życiowych 1szt.** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Okres gwarancji na urządzenie liczony od dnia instalacji przedmiotu zamówienia w miejscu użytkowania potwierdzonej bezusterkowym protokołem odbioru. | min. 24 miesiące, podać za każde kolejne 6 mcy –dodatkowe 5 pkt. (Maksymalnie 20 pkt.) |  |
| 2. | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju urządzenia (naprawy) zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia. | Tak |  |
| 3. | Możliwość przedłużenia gwarancji na kolejne lata za ryczałtową odpłatnością lub wykupienie kontraktu serwisowego. | Tak |  |
| 4. | Pełna gwarancyjna obsługa serwisowa napraw (wraz z kosztem dojazdu, części zamiennych i robocizny), jeden bezpłatny przegląd w ciągu roku (w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji), cykliczna kontrola bezpieczeństwa elektrycznego oraz czynności wymienionych w Art. 90 pkt 4 (Ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010, Nr 107, poz. 679) w okresie gwarancji wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilości godzin pracy, ilości cykli itp | Tak |  |
| 5. | Czas usunięcia usterki/awarii nie wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w godzinach zegarowych. | 48 h |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki/awarii wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w dniach roboczych.  | <=3 dni |  |
| 7. | W przypadku awarii naprawa w siedzibie Zamawiającego; w przypadku konieczności dokonania naprawy w warsztacie serwisowym, Wykonawca ponosi wszelkie koszty transportu i zapewnia urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy dostarczone do 48h od momentu zgłoszenia awarii. | Tak |  |
| 8. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu/urządzenia na nowy:a) 3 naprawy tego samego elementu (podzespołu) – uprawniają do wymiany podzespołu na nowy lub b) 3 niezależne od siebie awarie aparatu (sprzętu) w okresie 30 kolejnych dni – uprawniają do wymiany aparatu (sprzętu) na nowy. | Tak |  |
| 9. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia. |  8 lat od daty dostawy  |  |
| 10. | Przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 w okresie gwarancji zalecane przez producenta a wykonywane przez serwis autoryzowany – podać w tabeli harmonogram zawierający m.in. terminy i zakres czynności do wykonania. | Podać |  |
| 11. | Czas niezbędny do wykonania przeglądu okresowego lub innych czynności wymienionych w zakresie Art. 90 pkt 4 w ramach gwarancji od momentu zgłoszenia w dniach kalendarzowych. | <=14 dni |  |
| 12. | Po uruchomieniu urządzenia a przed oddaniem do eksploatacji dostarczyć **PROTOKÓŁ BEZPIECZEŃSTWA ELEKTRYCZNEGO** sprzętu zgodny z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego. W przypadku gdy sprzęt nie podlega wymaganiom normy PN-EN 62353 **OŚWIADCZENIE PRODUCENTA.** | Informacja, który z dokumentów (Protokół lub oświadczenie) zostanie dostarczony |  |
| 13. | Serwis gwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw i przeglądów gwarancyjnych (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 14. | Świadectwo autoryzacji serwisu potwierdzone przez producenta urządzenia. | TAKna wezwanie Zamawiającego |  |
| 15. | Najbliższy dla zamawiającego pogwarancyjny serwis na terenie krajów Unii Europejskiej poza Polską (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 16. | Pogwarancyjne przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 wymagane przez producenta i wykonywane przez serwis autoryzowany, załączyć na wezwanie Zamawiającego  **HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania lub załączyć do oferty pisemne **OŚWIADCZENIE**, że sprzęt nie wymaga wykonania żadnych przeglądów pogwarancyjnych wykonywanych przez serwis. | **Informacja, który z dokumentów (Harmonogram lub oświadczenie )****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 17. | Dokumentacja techniczna opisująca sposób wykonania okresowej kontroli bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu w zakresie zgodnym z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego z uwzględnieniem wymagań producenta – wypełnić załącznik w/g wzoru **KARTA KONTROLI** | Informacja, który z dokumentów (**KARTA KONTROLI** , dokumentacja techniczna)**na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 18. | Jeżeli producent urządzenia przewiduje, że urządzenie wymaga przeprowadzania okresowych (cyklicznych) czynności serwisowo – konserwacyjnych wykonywanych przez służby techniczne zamawiającego załączyć **na wezwanie Zamawiającego HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania. Jeżeli nie przewiduje to oświadczenie. W dniu dostawy **SZKOLENIE** w tym zakresie wraz z **WYDANIEM IMIENNEGO CERTYFIKATU** upoważniającego do wykonywania tych czynności (wraz z dokumentacją pkt 19). | **Informacja, który z dokumentów (HARMONOGRAM lub OŚWIADCZENIE)****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 19. | W przypadku harmonogramu pkt. 18 w języku polskim dokumentacja serwisowo – techniczna zawierająca opis sposobu wykonania tych czynności przez służby techniczne zamawiającego – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 20. | Instrukcja obsługi w języku polskim – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 21. | Paszport techniczny (wypełniony) – dostarczony w dniu dostawy. | Tak |  |

**KARTA KONTROLI**

W związku z wymaganiami Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010 Nr 107 Poz. 679

oraz normy PN-EN 62353 w zakresie bezpiecznego użytkowania sprzętu medycznego proszę podać wymagania producenta w zakresie wykonywania czynności okresowej kontroli pod względem bezpieczeństwa.

Nazwa i typ sprzętu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Klasa ochrony (podać I , II , III ) . . . . . . . . .

Typ części aplikacyjnych (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

 (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

Test przewodu ochronnego (podać wartość limitu mΩ) . . . . mΩ

Prąd upływu urządzenia (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda różnicowa (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Prąd upływu części aplikacyjnych (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Rezystancja izolacji (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu MΩ)

- pomiędzy zasilaniem a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a zasilaniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

Test funkcjonalny (określić zalecenia producenta co do sposobu i zakresu wykonania)

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

Inne wytyczne producenta co do sposobu wykonywania i zakresu kontroli bezpieczeństwa elektrycznego:

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

**Pozycja 3**

**Monitor funkcji życiowych- podstawowy (Kardiomonitor rozbudowany o kapnografię i inwazyjny pomiar ciśnienia). - 8 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Model/Typ urządzenia | Podać |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

**PARAMETRY GRANICZNE**

**Niespełnienie któregokolwiek z podanych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Niewypełnienie kolumny „Parametr oferowany” poprzez wpisanie konkretnych parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia będzie również skutkowało odrzuceniem oferty. Niedopuszczalne jest wypełnienie dokumentu poprzez wpisanie w tej kolumnie słowa TAK. Zamawiający wymaga wskazania konkretnych parametrów.** **Do oferty należy załączyć Katalog lub prospekt lub folder w języku polskim każdego zaoferowanego przedmiotu zamówienia zawierający opis oraz parametry potwierdzające wymagania postawione przez Zamawiającego w zał. nr 3 do SIWZ oraz zawierający numery katalogowe - w oparciu o które została przygotowana oferta.**

**W katalogu/prospekcie/folderze należy wyraźnie zaznaczyć, których pozycji formularza cenowego (Załącznika nr 2 do SIWZ) dotyczy dany zapis - umieszczając w nim zarówno nr Pakietu, jak i nr poszczególnej pozycji asortymentowej Pakietu (np. Pakiet 1 poz. 1 itd.) – celem identyfikacji oferowanego przedmiotu zamówienia. W przypadku parametru nie znajdującego się w katalogu/prospekcie/folderze należy przedstawić oświadczenie o posiadaniu danego parametru przez zaoferowany przedmiot zamówienia( należy dokładnie określić parametr/parametry, którego oświadczenie dotyczy).**

**Kryterium „parametry techniczne” oceniany będzie:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **Zasady oceny (punktacji)** |
|  | Monitor kompaktowy w oryginalnym opakowaniu -  | TAK |  |  |
|  | Uniwersalny monitor pacjenta, przeznaczony do wszystkich kategorii wiekowych, wyposażony w algorytmy pomiarowe. Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do przedziału wiekowego pacjenta | TAK |  |  |
|  | Monitor przystosowany do ciągłej pracy w zakresie temperatur przynajmniej do 40°C | TAK(podać jakie) |  |  |
|  | Zasilanie | TAK |  |  |
|  | Ograniczenie miejsca zajmowanego na stanowisku pacjenta przez zastosowanie zasilacza wbudowanego w jednostkę główną monitora. Mechaniczne zabezpieczenie przed przypadkowym wyciągnięciu kabla zasilającego | TAK |  |  |
|  | Zasilanie AC 230 V 50 Hz | TAK |  |  |
|  | Wbudowane zasilanie (akumulator) umożliwia kontynuację monitorowania w czasie transportu i w czasie zaniku zasilania sieciowego – przynajmniej przez 4 godziny. Akumulatory z możliwością wymiany bez udziału serwisu. | TAK |  |  |
|  | System montażu | TAK |  |  |
|  | Monitory wyposażone w system umożliwiający montaż u Zamawiającego na ścianie lub szynie. | TAK |  |  |
|  | Ekran | TAK |  |  |
| 1.
 | Wygodne przeglądanie danych na kolorowym ekranie o przekątnej przynajmniej 15”. Rozdzielczość matrycy LCD przynajmniej 1024x768. Wyświetlanie min. 11 krzywych dynamicznych. | TAK (podać jakie) |  | Wyświetlanie < 11-13 krzywych dynamicznych- 0 pkt.; wyświetlanie >13 krzywych dynamicznych- 5 pkt. |
|  | Wygodne włączanie, przy użyciu jednej operacji (jak np. naciśnięcie przycisku) ekranu z widokiem wszystkich monitorowanych parametrów ze wszystkimi krzywymi dynamicznymi, oraz ekranu z wartościami liczbowymi parametrów wyświetlanymi dużą czcionką wraz z małą krzywą dynamiczną odpowiadającą wyświetlanemu parametrowi, zapewniającą dobrą widoczność z większej odległości | TAK |  |  |
|  | Bezpośredni powrót do powyższych ekranów powinien być dostępny z każdego innego wyświetlanego układu ekranu | TAK |  |  |
|  | **Dodatkowe złącza** | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia zewnętrznego ekranu kopiującego za pośrednictwem wbudowanego złącza VGA | TAK |  |  |
| 1.
 | Port USB (min. 2 szt.) | TAK (podać jakie) |  | Port USB 2szt.- 0 pkt.; > 2 szt.-5 pkt. |
|  | Możliwość podłączenia kardiomonitora do systemu przyzywania personelu medycznego, tzw. „Nurse-Call” | TAK |  |  |
|  | Dedykowane złącze w jednostce głównej monitora umożliwiające podłączenie systemu antykradzieżowego, np. typu kensington-lock | TAK |  |  |
|  | Monitor wyposażony we wbudowane złącze RJ-45 do podłączenia do sieci centralnego monitorowania. | TAK |  |  |
|  | Monitor wyposażony we wbudowaną drukarkę (rejestrator paskowy), pozwalającą na drukowanie danych bieżących i archiwalnych, np. zapamiętanych zdarzeń alarmowych, zdarzeń arytmii, trendów, wyników obliczeń kalkulatora leków. Wydruk na rejestratorze generowany ręcznie – przez użytkownika, lub automatycznie: w wybranych odstępach czasu oraz przez zdarzenie alarmowe.W wyposażeniu przynajmniej 4 rolki papieru do drukarki | TAK |  |  |
|  | **Praca w sieci** | TAK |  |  |
|  | Monitor pacjenta współpracy z centralą monitorującą za pośrednictwem standardowej sieci komputerowej typu Ethernet W wyposażeniu urządzenia sieciowe niezbędne do zapewnienia komunikacji z centralą monitorującą | TAK |  |  |
|  | **Obsługa** | TAK |  |  |
|  | Sterowanie funkcjami monitora za pomocą ekranu dotykowego, stałych przycisków do uruchamiania najczęściej używanych funkcji jak: wyciszanie alarmu, uruchamianie pomiaru ciśnienia, dostęp do menu, uruchamianie wydruku itp., oraz pokrętła | TAK |  |  |
|  | Wygodna funkcja przyjmowania pacjenta, z możliwością wprowadzenia jego danych demograficznych przy pomocy klawiatury ekranowej | TAK |  |  |
|  | Monitor wyposażony w funkcję „standby”, pozwalającą na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączania monitora i na szybkie, ponowne uruchomienie monitorowania | TAK |  |  |
| 1.
 | Monitor przystosowany do przenoszenia, posiada rączkę lub równoważne rozwiązanie ułatwiające trzymanie w dłoni. Masa do 10 kg | TAK (podać jakie) |  | Masa < 7 kg – 5 pkt., 7-10 kg.-0 pkt. |
|  | **Alarmy** | TAK |  |  |
|  | Monitor wyposażony w system alarmów technicznych – informujących m.in. o awarii lub nieprawidłowym podłączeniu czujnika | TAK |  |  |
|  | Monitor wyposażony w 3-stopniowy system alarmów klinicznych, sygnalizowanych i rozróżnianych wizualnie i dźwiękowo, z podaniem przyczyny alarmu | TAK |  |  |
|  | Monitor wyposażony w diodowy pasek alarmowy, sygnalizujący dodatkowo – oprócz informacji na ekranie – każdorazowe wystąpienie alarmu. Poziom alarmu na pasku rozróżniany kolorystycznie | TAK |  |  |
|  | Możliwość łatwej edycji granic alarmowych, każdego z monitorowanych parametrów | TAK |  |  |
|  | Możliwość regulacji poziomu głośności alarmów, dźwięku sygnału tętna oraz dźwięku klawiszy | TAK |  |  |
|  | Monitor umożliwia całkowite wyłączenie wybranych alarmów oraz chwilowe wyciszenie wszystkich alarmów z możliwością regulacji czasu wyciszenia w przedziale od 60 do 180 sekund | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Pamięć monitora** | TAK |  |  |
|  | Monitor umożliwia przegląd danych retrospektywnych – wyposażony w funkcję zapamiętywania trendów tablicowych i graficznych wszystkich monitorowanych parametrów z ostatnich 5 dni z rozdzielczością przynajmniej 1 min. | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Monitor umożliwia wybranie zapisu trendów z wyższą rozdzielczością, poniżej 10 sekund | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Monitor wyposażony w pamięć przynajmniej 60 zdarzeń alarmowych, zawierających wartości liczbowe wszystkich monitorowanych parametrów i odcinek krzywej dynamicznej, która wyzwoliła alarm | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Monitor wyposażony w, niezależną od pamięci trendów, pamięć ostatnich 1200 wyników pomiarów NIBP | TAK |  |  |
|  | Monitor wyposażony w kalkulator leków z tabelami miareczkowania, ułatwiającymi przeliczanie dawek powiązanych z masą ciała pacjenta na szybkość podawania leku w ml/godz. Kalkulator powinien mieć wpisane podstawowe leki stosowane w intensywnej terapii oraz umożliwiać skonfigurowanie przynajmniej 4 własnych leków | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Pomiary** | TAK |  |  |
|  | **Pomiar EKG**, możliwość pomiaru z 3 i z 5 elektrod, z możliwością wyświetlenia jednocześnie 7 odprowadzeń | TAK |  |  |
|  | Wyświetlanie przebiegów EKG i częstości akcji serca; pomiar częstości akcji serca w zakresie min. 15 – 350 ud/min | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Tor pomiaru EKG wyposażony w uruchamiany na żądanie filtr chirurgiczny | TAK |  |  |
|  | W wyposażeniu przewód EKG do 3 elektrod oraz 30 elektrod EKG dla każdego monitora | TAK |  |  |
|  | W wyposażeniu przewód EKG do 5 elektrod – 2 szt. na wszystkie monitory | TAK |  |  |
|  | **Pomiar odchylenia ST,** we wszystkich monitorowanych odprowadzeniach, w zakresie od -20 do +20 mm, włączany na żądanie | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Prezentacja ST w postaci wartości liczbowych i graficzna, w postaci odpowiednich zespołów QRS. Możliwość ręcznej zmiany punktów pomiarowych ST. Pomiary ST zapisywane w pamięci trendów. | TAK |  |  |
|  | **Analiza arytmii**, włączana na żądanie, wg. przynajmniej 16 definicji arytmii, u pacjentów ze stymulatorem i bez stymulatora. Pomiar liczby przedwczesnych skurczów komorowych na minutę | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Pomiar oddech,** z elektrod EKG w zakresie 0-150 odd/min. Wyświetlanie fali oddechowej i częstości oddechów. Możliwa zmiana odprowadzenia EKG użytego do monitorowania oddechu, bez konieczności zmiany położenia elektrod. Ustawianie czasu alarmu bezdechu w zakresie min. 10-40 s. z ustawianiem co 5 s. | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | **Pomiar SpO2 Nellcor,**  Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości liczbowych saturacji i tętna. Możliwość opóźnienia alarmu saturacji na wypadek nagłych, chwilowych spadków wartości saturacji. Pomiar tętna z czujnika saturacji. Wysokość dźwięku sygnału tętna zależna od wartości saturacji. W wyposażeniu czujnik na palec dla dorosłych dla każdego monitora | TAK |  |  |
|  | **Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną w każdym monitorze.** Zakres pomiaru ciśnienia w mankiecie przynajmniej od 10mmHg dla ciśnienia rozkurczowego do 270mmHg dla ciśnienia skurczowego. Możliwość uruchomienia pomiaru na żądanie, pomiarów automatycznych z ustawianym czasem powtarzania od 1 minuty do 8 godzin i pomiarów ciągłych. Wyświetlane wartości liczbowe ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego.W wyposażeniu:- 3 mankiety pomiarowe dla dorosłych w rozmiarze standardowym dla każdego monitora,-4 szt. mankietów dla pacjentów otyłych na wszystkie monitory- 4 szt. mankietów dla pacjentów szczupłych lub dzieci na wszystkie monitory. | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Pomiar temperatury w 2 kanałach, w zakresie 0-50oC. Możliwy pomiar jednocześnie dwóch temperatur. Możliwość jednoczesnej prezentacji dwóch wartości temperatury i ich różnicy.W wyposażeniu jeden czujnik temperatury skóry i temperatury głębokiej dla każdego monitora | TAK (podać jakie) |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (IPC) w dwóch kanałachWyświetlanie fali ciśnienia oraz wartości liczbowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego. Wybór nazwy mierzonego ciśnienia, powiązany z automatycznym dopasowaniem sposobu wyświetlania.W wyposażeniu:- akcesoria niezbędne do uruchomienia pomiaru,-5 jednorazowych linii pomiarowych z przetwornikami ciśnienia. . 4 akcesoria IPC na 8 oferowanych monitorów. | TAK |  |  |
|  | Pomiar CO2 w strumieniu głównym Wyświetlanie fali oddechowej oraz wartości liczbowej częstości oddechów. Ustawianie czasu alarmu bezdechu.W wyposażeniu akcesoria niezbędne do uruchomienia pomiaru. 4 kapnografie na 8 oferowanych monitorów.  | TAK |  |  |
|  | Możliwości rozbudowy | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy każdego monitora o monitorowanie gazowe, umożliwiające pomiary mieszaniny gazów oddechowych na wdechu i wydechu oraz wyświetlanie co najmniej stężenia: O2, CO2, N2O oraz środka anestetycznego. Moduł pozwala na wyświetlanie wyników pomiarów na ekranie oferowanego monitora oraz obliczanie liczby MAC. Szybkość próbkowania gazów nie niższa niż 130ml/min. Automatyczne rozpoznawanie anestetyku, również w przypadku mieszaniny dwóch środków znieczulających.  | TAK |  |  |
|  | Kabel do podłączenia monitora do modułu gazowego SCIO – 1 szt. na wszystkie monitory | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o możliwość rozbudowy o rzut minutowy serca metodą termodylucji | TAK |  |  |

Dla umożliwienia Zamawiającemu weryfikacji udzielonych odpowiedzi odnośnie spełnienia warunków granicznych i/lub ich wartości należy dołączyć do oferty materiały opisowe pochodzące od producenta: oryginalne ulotki, katalogi, opisy przedmiotu zamówienia, dokumentację techniczną oferowanego sprzętu/ przedmiotu zamówienia, product date, instrukcje obsługi itp. Stosowne materiały opisowe pochodzące od producenta należy załączyć w oryginale lub jako kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem.

Wszystkie dane/parametry z tabeli technicznej muszą znajdować swoje potwierdzenie w danych produktowych producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia parametrów granicznych i/lub ocenianych w czasie prezentacji aparatu przed podpisaniem ewentualnego kontraktu.

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczania sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

|  |
| --- |
| **Materiały eksploatacyjne** niezbędne do pracy z powyższym sprzętem proszę wymienić i wskazać (rozmiar, nr katalogowy, sposób konfekcjonowania, jednostkowe ceny netto i brutto)**JEŻELI DOTYCZY:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Podpis i pieczęć Wykonawcy)

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU OFEROWANEGO SPRZĘTU .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Monitor funkcji życiowych- podstawowy (Kardiomonitor rozbudowany o kapnografię i inwazyjny pomiar ciśnienia). - 8 szt.** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Okres gwarancji na urządzenie liczony od dnia instalacji przedmiotu zamówienia w miejscu użytkowania potwierdzonej bezusterkowym protokołem odbioru. | min. 24 miesiące, podać za każde kolejne 6 mcy –dodatkowe 5 pkt. (Maksymalnie 20 pkt.) |  |
| 2. | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju urządzenia (naprawy) zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia. | Tak |  |
| 3. | Możliwość przedłużenia gwarancji na kolejne lata za ryczałtową odpłatnością lub wykupienie kontraktu serwisowego. | Tak |  |
| 4. | Pełna gwarancyjna obsługa serwisowa napraw (wraz z kosztem dojazdu, części zamiennych i robocizny), jeden bezpłatny przegląd w ciągu roku (w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji), cykliczna kontrola bezpieczeństwa elektrycznego oraz czynności wymienionych w Art. 90 pkt 4 (Ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010, Nr 107, poz. 679) w okresie gwarancji wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilości godzin pracy, ilości cykli itp | Tak |  |
| 5. | Czas usunięcia usterki/awarii nie wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w godzinach zegarowych. | 48 h |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki/awarii wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w dniach roboczych.  | <=3 dni |  |
| 7. | W przypadku awarii naprawa w siedzibie Zamawiającego; w przypadku konieczności dokonania naprawy w warsztacie serwisowym, Wykonawca ponosi wszelkie koszty transportu i zapewnia urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy dostarczone do 48h od momentu zgłoszenia awarii. | Tak |  |
| 8. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu/urządzenia na nowy:a) 3 naprawy tego samego elementu (podzespołu) – uprawniają do wymiany podzespołu na nowy lub b) 3 niezależne od siebie awarie aparatu (sprzętu) w okresie 30 kolejnych dni – uprawniają do wymiany aparatu (sprzętu) na nowy. | Tak |  |
| 9. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia. |  8 lat od daty dostawy  |  |
| 10. | Przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 w okresie gwarancji zalecane przez producenta a wykonywane przez serwis autoryzowany – podać w tabeli harmonogram zawierający m.in. terminy i zakres czynności do wykonania. | Podać |  |
| 11. | Czas niezbędny do wykonania przeglądu okresowego lub innych czynności wymienionych w zakresie Art. 90 pkt 4 w ramach gwarancji od momentu zgłoszenia w dniach kalendarzowych. | <=14 dni |  |
| 12. | Po uruchomieniu urządzenia a przed oddaniem do eksploatacji dostarczyć **PROTOKÓŁ BEZPIECZEŃSTWA ELEKTRYCZNEGO** sprzętu zgodny z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego. W przypadku gdy sprzęt nie podlega wymaganiom normy PN-EN 62353 **OŚWIADCZENIE PRODUCENTA.** | Informacja, który z dokumentów (Protokół lub oświadczenie) zostanie dostarczony |  |
| 13. | Serwis gwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw i przeglądów gwarancyjnych (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 14. | Świadectwo autoryzacji serwisu potwierdzone przez producenta urządzenia. | TAKna wezwanie Zamawiającego |  |
| 15. | Najbliższy dla zamawiającego pogwarancyjny serwis na terenie krajów Unii Europejskiej poza Polską (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 16. | Pogwarancyjne przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 wymagane przez producenta i wykonywane przez serwis autoryzowany, załączyć na wezwanie Zamawiającego  **HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania lub załączyć do oferty pisemne **OŚWIADCZENIE**, że sprzęt nie wymaga wykonania żadnych przeglądów pogwarancyjnych wykonywanych przez serwis. | **Informacja, który z dokumentów (Harmonogram lub oświadczenie )****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 17. | Dokumentacja techniczna opisująca sposób wykonania okresowej kontroli bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu w zakresie zgodnym z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego z uwzględnieniem wymagań producenta – wypełnić załącznik w/g wzoru **KARTA KONTROLI** | Informacja, który z dokumentów (**KARTA KONTROLI** , dokumentacja techniczna)**na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 18. | Jeżeli producent urządzenia przewiduje, że urządzenie wymaga przeprowadzania okresowych (cyklicznych) czynności serwisowo – konserwacyjnych wykonywanych przez służby techniczne zamawiającego załączyć **na wezwanie Zamawiającego HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania. Jeżeli nie przewiduje to oświadczenie. W dniu dostawy **SZKOLENIE** w tym zakresie wraz z **WYDANIEM IMIENNEGO CERTYFIKATU** upoważniającego do wykonywania tych czynności (wraz z dokumentacją pkt 19). | **Informacja, który z dokumentów (HARMONOGRAM lub OŚWIADCZENIE)****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 19. | W przypadku harmonogramu pkt. 18 w języku polskim dokumentacja serwisowo – techniczna zawierająca opis sposobu wykonania tych czynności przez służby techniczne zamawiającego – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 20. | Instrukcja obsługi w języku polskim – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 21. | Paszport techniczny (wypełniony) – dostarczony w dniu dostawy. | Tak |  |

**KARTA KONTROLI**

W związku z wymaganiami Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010 Nr 107 Poz. 679

oraz normy PN-EN 62353 w zakresie bezpiecznego użytkowania sprzętu medycznego proszę podać wymagania producenta w zakresie wykonywania czynności okresowej kontroli pod względem bezpieczeństwa.

Nazwa i typ sprzętu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Klasa ochrony (podać I , II , III ) . . . . . . . . .

Typ części aplikacyjnych (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

 (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

Test przewodu ochronnego (podać wartość limitu mΩ) . . . . mΩ

Prąd upływu urządzenia (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda różnicowa (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Prąd upływu części aplikacyjnych (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Rezystancja izolacji (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu MΩ)

- pomiędzy zasilaniem a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a zasilaniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

Test funkcjonalny (określić zalecenia producenta co do sposobu i zakresu wykonania)

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

Inne wytyczne producenta co do sposobu wykonywania i zakresu kontroli bezpieczeństwa elektrycznego:

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

**Kryteria oceny ofert oraz Opis sposobu przyznawania punktów**

**Monitor funkcji życiowych – intensywna terapia -4szt.; Centrala monitoringu parametrów życiowych 1szt.; Monitor funkcji życiowych- podstawowy (Kardiomonitor rozbudowany o kapnografię i inwazyjny pomiar ciśnienia). - 8 szt.;**

**Cena – max 60 %**

**Oferowana cena brutto oferty: 60%**

**Maksymalna liczba punktów jaką może osiągnąć oferta wynosi 60 pkt. wg następującej zasady:**

**Oferta z najniższą ceną**

**ilość pkt. za cenę oferty = ---------------------------- x 60 pkt.**

**oferta badana**

**W kryterium cena - oferta otrzyma zaokrągloną do dwóch miejsc po przecinku ilość punktów (zaokrąglenie zgodnie z zasadami matematyki).**

**Parametry techniczne – max. 20% (możliwość zdobycia max. 30 pkt. przeliczanych wg. wzoru**

 **Ilość punktów badanej oferty**

**KT= ---------------------------------------------------------------------- x 20%**

 **Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania w**

**ramach danego kryterium (30pkt.)**

**Warunki gwarancji- max. 20%(możliwość zdobycia max. 60 pkt.-po max.20 pkt. dla każdej z pozycji pakietu przeliczanych wg. wzoru)**

 **Ilość punktów badanej oferty**

**KG= ---------------------------------------------------------------------- x 20%**

 **Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania w**

**ramach danego kryterium (60pkt)**

**Każda pozycja z pakietu oceniana jest odrębnie.**

Pozycja 1 Monitor funkcji życiowych – intensywna terapia -4szt.

1. Niska masa monitora lub części monitora zabieranej z pacjentem (zapewniająca ciągłość monitorowania), ułatwiająca przenoszenie, do 10 kg: < 7kg-5 pkt; 7-10kg -0 pkt.

Pozycja 2. Centrala monitoringu parametrów życiowych 1szt

1. Stanowisko centralnego monitorowania pracuje w oparciu o system operacyjny Unix/Linux dla 8 stanowisk; 1 ekran stanowiska centralnego monitorowania kolorowy, panoramiczny, płaski, wykonany w technologii LCD TFT, o przekątnej min. 20” wraz z laserową drukarką sieciową umożliwiająca wydruk danych ze stanowiska centralnego monitorowania oraz oferowanych monitorów pacjenta, do każdej stacji centralnego monitorowania; klawiatura i mysz w zestawie: > 25’’ – 5 pkt.; 20’’ –25” – 0 pkt.
2. Możliwość jednoczesnego wyświetlania przynajmniej 2 przebiegów falowych z każdego monitora, na ekranie podglądu wszystkich monitorów, nie tylko EKG; podgląd wszystkich parametrów i przebiegów falowych z wybranego monitora: 2 – 3 przebiegi falowe z każdego monitora, na ekranie podglądu wszystkich monitorów, nie tylko EKG; podgląd wszystkich parametrów i przebiegów falowych z wybranego monitora – 0 pkt.; > 3 przebiegi falowe z każdego monitora, na ekranie podglądu wszystkich monitorów, nie tylko EKG; podgląd wszystkich parametrów i przebiegów falowych z wybranego monitora- 5 pkt.

Pozycja 3. Monitor funkcji życiowych- podstawowy - 8 szt

1. Wygodne przeglądanie danych na kolorowym ekranie o przekątnej przynajmniej 15”. Rozdzielczość matrycy LCD przynajmniej 1024x768. Wyświetlanie min. 11 krzywych dynamicznych: Wyświetlanie 11-13 krzywych dynamicznych- 0 pkt.; wyświetlanie >13krzywych dynamicznych- 5 pkt..
2. Port USB (min. 2 szt.); : Port USB 2szt.- 0 pkt.; > 2 szt.-5 pkt.

Monitor przystosowany do przenoszenia, posiada rączkę lub równoważne rozwiązanie ułatwiające trzymanie w dłoni. Masa do 10 kg: masa < 7 kg – 5 pkt., 7-10 kg.-0 pkt