**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Dostawa defibrylatora transportowego**

**TP/390/2024**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Wymagane parametry** | **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia** | | | | |
| 1. **Defibrylator transportowy** | | |  |  |
| **1.** | Defibrylator fabrycznie nowy, rok produkcji min 2024r.,okres gwarancji min.24 miesiące. Podać markę, model, rok produkcji, **załączyć folder do oferty** | |  |  |
| **2.** | Aparat przenośny z torbą transportową i uchwytem karetkowym (ściennym), ciężar defibrylatora do 10 kg wraz z łyżkami dla dzieci i dla dorosłych | |  |  |
| **3.** | Zasilanie :  akumulator bez efektu pamięci lub zminimalizowanym efektem pamięci. Nie dopuszcza się akumulatora/rów Ni- Cd. Czas pracy z akumulatora/ów zainstalowanych w aparacie minimum 6 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji energią maksymalną.  Zasilanie defibrylatora poprzez uchwyt karetkowy podłączony do instalacji 12V w ambulansie, możliwość ładowania również akumulatorów w aparacie w trakcie jazdy ambulansem lub postoju. | |  |  |
| **4.** | Czas ładowania do energii maksymalnej max 6 -7 sekund, gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym**.** | |  |  |
| **5.** | Defibrylacja ręczna i pólautomatyczna | |  |  |
| **6.** | Tryb manualny i półautomatyczny | |  |  |
| **7.** | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie co najmniej od 2-200 J | |  |  |
| **8.** | Dostępny poziom energii zewnętrznej – min.20 | |  |  |
| **9.** | Automatyczna kompensacja napięciowa lub prądowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji przy pomocy łyżek i elektrod wielofunkcyjnych | |  |  |
| **10.** | Możliwość wyboru poziomu energii, ładowania, wyzwolenia impulsu defibrylacyjnego i sterowania wydrukiem za pomocą łyżek twardych, jak również za pomocą panelu czołowego | |  |  |
| **11.** | Defibrylacja przez łyżki twarde i elektrody naklejane, w wyposażeniu łyżki dziecięce | |  |  |
|  | **Stymulacja przezskórna** | |  |  |
| **1.** | Częstość impulsów/minutę min. ok. 40-180 imp/min | |  |  |
| **2.** | Regulacja prądu stymulacji min. 10-140 mA | |  |  |
| **3.** | Z wbudowanym rejestratorem termicznym EKG | |  |  |
| **4.** | Pamięć wewnętrzna do min. ok. 300-400 zdarzeń i min 30 zrzutów ekranowych( monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne) | |  |  |
| **5.** | Z wbudowanym w aparat modułem pomiaru SPO2 technologii Masimo SET , które są odporne na zakłócenia w komplecie czujnik typu klips na palec | |  |  |
| **6.** | Moduł 3 i 12 odprowadzeń EKG | |  |  |
| **7.** | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i możliwością transmisji poprzez modem GSM, | |  |  |
| **8.** | Transmisja 12 odprowadzeniowego zapisu EKG oraz mierzonych parametrów przez dedykowany modem, transmisja GSM 3 G bez karty sim operatora sieci komórkowej poprzez system ZOLL MedGate stanowiący własność Zamawiającego do pracowni hemodynamicznych w obszarze działania zespołów ratownictwa medycznego ŚCRMiTS w Kielcach. | |  |  |
| **9.** | Prezentacja zapisu na ekranie kolorowym LCD | |  |  |
| **10.** | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej | |  |  |
| **11.** | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 2,0 cm/mV | |  |  |
| **12.** | Alarmy częstości akcji serca, zakres pomiaru częstości akcji serca min.30-300/min | |  |  |
| **13.** | Ekran kolorowy o przekątnej min.6 cali | |  |  |
| **14.** | Możliwość wyświetlania min.2 krzywych  dynamicznych jednocześnie | |  |  |
| **15.** | Wyświetlanie na ekranie oraz wydruk pełnego EKG oraz wydruk pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych | |  |  |
| **16.** | Pomiar SPO2 w technologii Massimo SET,  zakres pomiaru między 1-100%, a pulsu min. 25-240/min. | |  |  |
| **17.** | Z funkcją umożliwiającą pomiar NIBP(nieinwazyjny pomiar ciśnienia) w kpl. min. 4 mankiety: niemowląt, dzieci, dorosłych i otyłych | |  |  |
| **18.** | Aparat z zabezpieczeniem w zakresie min. IP 55 | |  |  |
| **19.** | Wykonawca zapewnia wykonanie odpłatnego (nie wliczonego w cenę oferty) przeglądu przez autoryzowany serwis w czasie trwania gwarancji. | |  |  |
| 1. **Wyposażenie** | | |  |  |
| **1.** | Kabel 12 odprowadzeniowy 1 szt. | |  |  |
| **2.** | Łyżki dziecięce i dla dorosłych | |  |  |
| **3.** | Akumulator/ory | |  |  |
| **4.** | Elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych i dla dzieci | |  |  |
| **5.** | Papier do drukarki 2 szt. | |  |  |
| **6.** | Uchwyt do zawieszania aparatu w karetce  posiadający **certyfikat zgodności z normą**  **PN EN 1789 lub równoważną lub zastępującą załączyć do oferty** | |  |  |
| **7.** | Torba transportowa z kieszeniami na kable i elektrody | |  |  |
| **8.** | Czujnik SPO2 klips palcowy min. 1 szt. | |  |  |
| **9.** | Kabel do stymulacji w komplecie | |  |  |
| **10.** | Komunikacja i opisy na panelu sterującym w języku polskim | |  |  |
| **11.** | Certyfikat CE potwierdzający zgodność z Dyrektywą UE nr 93/42/EWG **lub równoważną lub zastępującą na defibrylator dołączyć do oferty** | |  |  |
| **12.** | Folder z opisem parametrów urządzenia **dołączyć do oferty** | |  |  |
| **13.** | Instrukcję obsługi w języku polskim należy dostarczyć wraz ze sprzętem | |  |  |

**FORMULARZ CENOWY\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto (zł) | Ilość/  sztuk | Wartość  netto (zł) | VAT (%) | Wartość  brutto (zł) |
| 1 | Defibrylator transportowy |  | 1 |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  | --------- |  |