*Załącznik nr 1*

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

Pieczęć zamawiającego

Pulsoksymetr 1szt.

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj sprzętu

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Wymogi techniczne i użytkowe stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Pulsoksymetr –system monitowania saturacji SpO2 oraz tętna dzieci i dorosłych | TAK |  |
| 2 | Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z wbudowanym akumulatorem i zasilaczem sieciowym | TAK |  |
| 3 | Zasilanie 110-230 VAC, 50/60 Hz/ 125mA | TAK |  |
| 4 | Pojemność akumulatora minimum 18 godzin przy użyciu nowego, w pełni naładowanego akumulatora, czas ładowania ok. 4 godziny. | TAK |  |
| 5 | Waga maksymalna 350 g. | TAK |  |
| 6 | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 7 | Nawigacja i sterowanie za pomocą podświetlanych przycisków | TAK |  |
| 8 | Zakres pomiaru saturacji: 1-100% | TAK |  |
| 9 | Zakres częstości pulsu: 0-300min | TAK |  |
| 10 | Wskaźnik perfuzji: 0,1-20 | TAK |  |
| 11 | Dorośli: 70-100%, dokładność +/- 2 cyfry | TAK |  |
| 12 | Częstość pulsu: 30-250 min, dokładność +/- 3 cyfry | TAK |  |
| 13 | Kolorowy wyświetlacz 2,8” TFT prezentujący wszystkie graficzne i numeryczne informacje pacjenta oraz komunikaty Ostrzegawcze. | TAK |  |
| 14 | Wyświetlanie krzywej pletyzmografu | TAK |  |
| 15 | Wyświetlanie SpO2 — bieżąca wartość | TAK |  |
| 16 | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla saturacji | TAK |  |
| 17 | Wyświetlanie częstości tętna - bieżąca wartość | TAK |  |
| 18 | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla tętna | TAK |  |
| 19 | Wyświetlanie czasu | TAK |  |
| 20 | Wyświetlanie ikony aktywnego alarmu | TAK |  |
| 21 | Wskaźnik zasilania sieciowego | TAK |  |
| 22 | Wskaźnik jakości sygnału – co najmniej trzy poziomu: Słaby, średni, dobry. | TAK |  |
| 23 | Indeks perfuzji | TAK |  |
| 24 | Wskaźnik czasu użycia, wskazujący jak długo czujnik SpO2 jest założony na tym samym miejscu | TAK |  |
| 25 | Możliwość personalizacji urządzenia i wprowadzania danych pacjenta za pomocą oprogramowania PC | TAK |  |
| 26 | Pamięć danych maks. 96 godzin, z częstotliwością zapisu w granicach od 5 do 60 sekund | TAK |  |
| 27 | Trend pomiaru z co najmniej 3 ostatnich godzin | TAK |  |
| 28 | Alarm wizualny i dźwiękowy dla SpO2 powyżej dolnej granicy | TAK |  |
| 29 | Alarm dla odłączenia SpO2 czujnika | TAK |  |
| 30 | Alarm dla SpO2 zdjęcie czujnika | TAK |  |
| 31 | Alarm dla rozładowanej baterii | TAK |  |
| 32 | Alarm wizualny i dźwiękowy dla całkowicie rozładowanej baterii | TAK |  |
| 33 | Możliwość zawieszenia dźwięków alarmowych na 120 s. lub całkowite wyłączenie alarmów z jednoczasowym generowaniem alarmów wizualnych | TAK |  |
| 34 | Regulacja głośności dla alarmu, przycisku, pulsu | TAK |  |
| 35 | Możliwość ustawienia aparatu w pozycji pionowej i poziomej rotacja ekranu. | TAK |  |
| 36 | Stopień ochrony: IP54; udarność IK 05 | TAK |  |
| 37 | Ładowanie i transfer danych za pomocą portu mini-USB | TAK |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | TAK |  |
| 3 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 4 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 5 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do … dni roboczych) | Tak, podać |  |
| 6 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 7 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpisy