

**Defibrylator - 1 szt.**

Producent: ..... (podać)

Oferowany model: ..... (podać)

LP	OPIS PARAMETRU	PARAMETR GRANICZNY-WYMAGANY	PARAMETRY OFEROWANE
<b>Wymagania dotyczące defibrylatora – 1 szt. rok produkcji 2013 rok.</b>			
1	Defibrylator zamontowany na wózku jezdnym czterokołowym z możliwością szybkiego zdjęcia defibrylatora z wózka poprzez zamontowany adapter na wózku oraz z integrowanym uchwytem do zawieszenia podczas transportu na łóżku chorego .	<b>TAK</b>	
2	Ciężar poniżej 10 kg razem z łyżkami dla dzieci i dorosłych, kompletem akumulatorów i kabli.	<b>TAK</b>	
3	Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP34 wg IEC529.	<b>TAK</b>	
4	Zasilanie akumulatorowe - czas pracy na 1 akumulatorze: min. 120 minut ciągłego monitorowania EKG lub 50 defibrylacji z maksymalną energią.	<b>TAK</b>	
5	Zasilacz sieciowy 230 V/50 Hz, integralny lub zewnętrzny moduł.	<b>TAK</b>	

.....  
Podpis i pieczętki imienne osób  
upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy

.....  
data

6	Akumulator żelowy lub równoważny, ze zminimalizowanym efektem pamięci, nie dopuszcza się akumulatorów Ni-Cd.	<b>TAK</b>	
7	Możliwość szybkiej wymiany akumulatora przez użytkownika.	<b>TAK</b>	
8	Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności – maksymalnie 4 godziny.	<b>TAK</b>	
<b>Defibrylacja</b>			
9	Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa.	<b>TAK</b>	
10	Defibrylacja ręczna i półautomatyczna.	<b>TAK</b>	
11	Defibrylator przystosowany do kardiowersji .	<b>TAK</b>	
12	Energia defibrylacji w zakresie min. 2-360J.	<b>TAK</b>	
13	Czas ładowania do energii maksymalnej max 6 sekund, gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym.	<b>TAK</b>	

.....  
 Podpis i pieczętki imienne osób  
 upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy

.....  
 data

Znak Sprawy FDZP/21/13 - Załącznik nr 2 pozycja nr 12

14	Automatyczna kompensacja ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek i elektrod jednorazowych.	<b>TAK</b>	
15	Min. 20 poziomów energii przy defibrylacji zewnętrznej.	<b>TAK</b>	
16	Wybór energii, ładowania, wyzwolenia energii i wydruk za pomocą przycisków na łyżkach defibrylatora oraz płycie czołowej aparatu.	<b>TAK</b>	
17	Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych zintegrowane łyżki dla dzieci-pediatryczne.	<b>TAK</b>	
<b>Rejestracja</b>			
18	Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 6'' i wysokim kontraście.	<b>TAK</b>	
19	Wyświetlanie 2 krzywych dynamicznych.	<b>TAK</b>	
20	Wbudowana drukarka termiczna na papier o szer. min. 75mm	<b>TAK</b>	
21	Szybkość wydruku : 25mm/sek.	<b>TAK</b>	
22	Wbudowany napęd kart pamięci zewnętrznej .	<b>TAK</b>	
23	Pamięć wewnętrzna min. 200 zdarzeń	<b>TAK</b>	
24	W cenie oferty min. 20 par elektrod do defibrylacji / stymulacji	<b>TAK</b>	
<b>EKG</b>			
25	Monitorowanie 3 odprowadzeń EKG	<b>TAK</b>	

.....  
*Podpis i pieczętki imienne osób  
 upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

.....  
*data*

Znak Sprawy FDZP/21/13 - Załącznik nr 2 pozycja nr 12

26	Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą interpretacji słownej.	<b>TAK</b>	
27	Zakres pomiaru częstości serca min. 20-300/min.	<b>TAK</b>	
28	Wzmocnienie zapisu EKG regulowana w zakresie min.0,5 do 3,0 cm/V.	<b>TAK</b>	
<b>Stymulacja zewnętrzna</b>			
29	Tryb asynchroniczny i „na żądanie”	<b>TAK</b>	
30	Częstotliwość stymulacji z zakresie min. 40-180 imp/min.	<b>TAK</b>	
31	Prąd stymulacji w zakresie min. 10-140 mA.	<b>TAK</b>	
<b>Pulsoksymetria</b>			
32	Pomiar SpO2 w technologii Masimo, Drager lub Nellcor.	<b>TAK</b>	
33	Zakres pomiaru SpO2: 1-100%	<b>TAK</b>	
34	Zakres pomiaru pulsu mimn.25-240/min.	<b>TAK</b>	
35	Czujnik na palec typu klips dla dorosłych – 1 szt. oraz 1szt. dla dzieci dla każdego defibrylatora.	<b>TAK</b>	
<b>NIBP – możliwość rozbudowy o moduł</b>			
36	Minimalny zakres mierzonego ciśnienia do 30 do 250 mmHg.	<b>TAK</b>	
37	Tryb pomiarów manualny , automatyczny i monitorowanie .	<b>TAK</b>	
38	Zakres wykonania pomiarów w trybie automatycznym min. 3-120min.	<b>TAK</b>	

.....  
*Podpis i pieczętki imienne osób  
 upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

.....  
*data*

Znak Sprawy FDZP/21/13 - Załącznik nr 2 pozycja nr 12

39	Programowanie ciśnienia napełniania mankieta oraz automatycznego ustawienia ciśnienia napełniania uwzględniający wynik poprzedniego pomiaru.	<b>TAK</b>	
40	W komplecie mankiety wielorazowej dla dorosłych oraz dzieci.	<b>TAK</b>	
<b>Archiwizacja danych:</b>			
41	- zapis w pamięci trendów monitorowanych parametrów z min 12 godzin - możliwość zapisu w pamięci standardowego typu np. USB, CF, SD lub XD - możliwość drukowania raportów	<b>TAK</b>	
<b>Wyposażenie</b>			
42	Kabel EKG 12-odprowadzeniowy – 1szt.	<b>TAK</b>	
43	Kabel do stymulacji – 1szt.	<b>TAK</b>	
44	Łyżki defibrylacyjne dla dorosłych – 1szt.	<b>TAK</b>	
45	Łyżki defibrylacyjne dla dzieci – pediatryczne – 1szt.	<b>TAK</b>	
46	Czujnik SpO2 – klip palcowy dla dorosłych -1szt. , klip palcowy dla dzieci -1szt.	<b>TAK</b>	
47	Zapasy dwa akumulatory.	<b>TAK</b>	
48	Elektrody wielofunkcyjne samoprzylepne : - standardowa dla dorosłych – 2szt. - pediatryczna – 1szt.	<b>TAK</b>	
<b>Serwis gwarancyjny</b>			
49	Okres gwarancji minimum 36 miesięcyTak	<b>TAK</b>	
50	Czas przystąpienia do naprawy w terminie max. 24 godzin od zgłoszenia awarii z	<b>Podać</b>	

.....  
*Podpis i pieczęćki imienne osób  
 upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

.....  
*data*

Znak Sprawy FDZP/21/13 - Załącznik nr 2 pozycja nr 12

	wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy		
51	Wymiana elementu/modułu zestawu na nowy, wolny od wad po 3 naprawie gwarancyjnej.	<b>TAK</b>	
52	Maksymalny czas usuwania awarii: - max. 3 dni robocze bez konieczności sprowadzenia części zamiennych - max. 5 dni roboczych jeśli zachodzi konieczność sprowadzenia części zamiennych -każde wydłużenie przestoju szafki minimum 5 dni i więcej przedłuża okres gwarancji	<b>TAK</b>	
53	Bezpłatne przeglądy wg zaleceń producenta (min 1 przegląd w okresie 12 m-cy)	<b>TAK, podać</b>	
<b>Serwis pogwarancyjny</b>			
<b>1</b>	Gwarancja sprzedaży części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego	Nie mniej niż 10 lat od dnia przekazania aparatu do eksploatacji	
<b>2.</b>	Gwarancja dostępności serwisu po upływie okresu gwarancyjnego	Nie mniej niż 10 lat od dnia przekazania aparatu do eksploatacji	
<b>3.</b>	Liczba niezbędnych przeglądów konserwacyjnych w ciągu roku	Podać	

Wszystkie parametry / warunki wymagane są parametrami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowany defibrylator jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do użytku, bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....  
Podpis i pieczętki imienne osób  
upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy

.....  
data