

## ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

załącznik nr 2 pakiet nr 1

Lp.	Parametry techniczne Warunki graniczne	Parametr wymagany	Wartość oferowana przez Wykonawcę
<b>I. WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1.	<b>Defibrylator przenośny 2 sztuki wraz z systemem do teletransmisji danych z badania do siedziby użytkownika</b>	Tak	
<b>II. Wymagania szczegółowe – defibrylator 2 sztuki</b>			
1.	Zakres energii w trybie AED min. 150-360 J	Tak/podać zakres energii	
2.	Możliwość defibrylacji w trybie ręcznym i AED	Tak	
3.	Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum 5-350 J	Tak/podać zakres energii	
4	Zasilanie akumulatorowe, akumulatory bez efektu pamięci, czas pracy na jednym akumulatorze min 180 minut, w komplecie 2 akumulatory	Tak	
5	Zasilacz do ładowania akumulatorów wbudowany w urządzenie z możliwością zasilania z sieci 230V AC 50 Hz, oraz 12 V DC	Tak	
6	Dostępne poziomy energii zewnętrznej minimum 20	Tak/podać ilość poziomów	
7	Fala defibrylacji dwufazowa	Tak	
8	Defibrylacja przez łyżki twarde wyposażone w regulację energii defibrylacji oraz przycisk uruchamiający drukarkę	Tak	
9	Na wyposażeniu łyżki dla dorosłych i dla dzieci	Tak	
10	Krótki czas ładowania – do energii 200J poniżej 6 s	Tak	
11	Częstotliwość stymulacji min 40-140 imp./min	Tak	
12	Natężenie prądu stymulacji w zakresie min 10-140mA	Tak	
13	Regulacja prądu stymulacji min 0-150 mA	Tak	
14	Odczyt z 3 lub 5 odprowadzeń	Tak	
15	W komplecie 5 żyłowy kabel EKG pacjenta	Tak	
16	Możliwość wykonania kardiowersji	Tak	
17	Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci	Tak	
18	Pomiar tętna w zakresie min 25-300 u/min	Tak	
19	Zakres wzmocnienia sygnału EKG w min 6 poziomach	Tak	
20	Możliwość wykonania stymulacji w trybie na żądanie oraz asynchronicznym	Tak	
21	Pomiar saturacji w zakresie 1-100%	Tak	
22	W komplecie czujnik saturacji dla dorosłych typu klips pracujący w systemie Nellcor lub Masimo	Tak	
23	Ekran kolorowy min 5" z prezentacją zapisu EKG min 3 kanały, oraz pozostałych parametrów pracy urządzenia	Tak/podać przekątną ekranu	
24	Wszystkie komunikaty wyświetlane na ekranie w języku	Tak	

.....  
(data i podpis Wykonawcy)

	polskim		
25	System alarmów akustycznych i optycznych informujących o częstotliwości akcji serca oraz nieprawidłowym działaniu urządzenia	Tak	
26	Autotest urządzenia z możliwością wydruku wyniku	Tak	
27	Wbudowana drukarka termiczna, wydruk na papierze o szerokości min 50mm	Tak/podać szerokość papieru	
28	Pamięć wewnętrzna zapisująca rejestrowane zdarzenia	Tak	
29	Możliwość rozbudowy o moduł wi-fi z możliwością współpracy z systemem teletransmisji	Tak	
30	Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru EtO <sub>2</sub> ,	Tak	
31	Niska waga urządzenia ułatwiająca jego przenoszenie max 7 kg	Tak/podać wagę urządzenia	
32	W komplecie torba do przenoszenia urządzenia.	Tak	
<b>System teletransmisji danych</b>			
1	W siedzibie użytkownika zainstalowany system odbioru danych z defibrylatorów	Tak	
2	Instalacja systemu na komputerze PC wskazanym przez użytkownika	Tak	
3	Możliwość archiwizacji oraz wydruku przesłanych badań	Tak	
4	Licencja na system min 4 lata	Tak/podać na ile lat licencja	

### III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU

1.	Gwarancja na urządzenie (liczona od dnia dokonania odbioru przedmiotu zamówienia) minimum 36 miesięcy.	Tak/podać	
2.	W czasie trwania gwarancji wszystkie wymagane przeglądy wykonywane bezpłatnie na koszt dostawcy włącznie z dojazdem.	Tak	
<b>IV. POZOSTAŁE</b>			
1.	Zasilanie dostosowane do 230 V 50 Hz oraz 12 V DC	Tak	
2.	Rok produkcji 2015, wszystkie elementy składowe fabrycznie nowe	Tak	
3	Założenie i wypełnienie paszportu technicznego	Tak	
4	Gwarancja dostępności części zamiennych przez okres min. 10 lat	Tak	
5	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej oraz elektronicznej- dostarczyć wraz z dostawą.	Tak	
6	Dostawa i uruchomienie na koszt dostawcy.	Tak	
7	Świadectwo dopuszczenia do użytkowania urządzenia medycznego w placówkach medycznych na terenie RP	Tak	
8	Przeprowadzenie szkolenia z zakresu obsługi urządzenie na koszt dostawcy potwierdzone stosownym protokołem	Tak	
9	Zainstalowanie oraz uruchomienie systemu transmisji badań w siedzibie zamawiającego na koszt dostawcy	Tak	

.....  
(data i podpis Wykonawcy)