**Część 2- WYPOSAŻENIEM AMBULANSU Modyfikacja 05.04.2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYPOSAŻENIE AMBULANSU** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | | | **Parametr wymagany** | | **Parametr oferowany\*** | | |
| **DANE PODSTAWOWE** | | | | | | | | | |
|  | | **Urządzenie do teletransmisji – Defibrylator – 1 szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Urządzenie pełniące funkcje defibrylatora, stymulatora, monitora pacjenta spełniające normę ustawową dla wyrobów medycznych. | | | TAK | | |  | |
| Akumulatory | | | | | | | | | |
|  | | 1. Bez efektu pamięci | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość ładowania akumulatorów w defibrylatorze lub ładowarce zewnętrznej | | | TAK | | |  | |
| 1. Czas ładowania akumulatora do 4h | | | TAK | | |  | |
| Defibrylacja/stymulacja | | | | | | | | | |
|  | | 1. Możliwość wykonania defibrylacji/kardiowersji energią z zakresu 2 - 200J | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość defibrylacji dzieci | | | TAK | | |  | |
| 1. Wybór energii wyładowani z przycisku umieszczonego na łyżkach | | | TAK | | |  | |
| 1. Ładowanie kondensatora z przycisku umieszczonego na łyżkach | | | TAK | | |  | |
| 1. Energia defibrylacji dwufazowa | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość wykonania stymulacji | | | TAK | | |  | |
| 1. Czas ładowania do maksymalnego poziomu energii defibrylacji poniżej 10s | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość ustawienia stymulacji minimalnie z przedziału 40 – 150 impulsów | | | TAK | | |  | |
| 1. Komplet łyżek twardych w zestawie z możliwością defibrylacji dzieci i dorosłych | | | TAK | | |  | |
| Ekran defibrylatora | | | | | | | | | |
|  | | 1. Kolorowy z możliwością ustawienia trybu wysokiego kontrastu do pracy nasłonecznionym terenie | | | TAK | | |  | |
| 1. Przekątna 6,5 cali lub większa | | | TAK | | |  | |
| 1. Wyświetlanie do co najmniej 3 krzywych i parametrów życiowych jednocześnie | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość wyświetlenia od 3 do 12-stu odprowadzeń EKG jednocześnie | | | TAK | | |  | |
| Funkcja monitorowania | | | | | | | | | |
|  | | 1. Możliwość wykonania zapisu 3/4 i 12-sto odprowadzeniowego EKG | | | TAK | | |  | |
| 1. Drukarka termiczna z ustawieniem przesuwu 25 i 50 mm/s z możliwością wydruku co najmniej 3 odprowadzeń jednocześnie | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość ustawienia wzmocnienia sygnału EKG | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość wysłania/teletransmisji EKG i parametrów życiowych bez dedykowanych urządzeń do odbioru. | | | TAK | | |  | |
| 1. Monitorowanie SpO2, | | | TAK | | |  | |
| 1. NIBP wywołane ręcznie i możliwość ustawienia interwałów czasowych | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość monitorowania HR | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość indywidualnego ustawiania progów alarmów | | | TAK | | |  | |
| 1. Możliwość monitorowania parametrów życiowych | | | TAK | | |  | |
| Akcesoria i wyposażenie | | | | | | | | | |
|  | | 1. Uchwyt do zawieszenia na ścianie ambulansu z/lub bez możliwości ładowanie akumulatorów urządzenia | | | TAK | | |  | |
| 1. Mankiety do pomiaru ciśnienia u dzieci i dorosłych, | | | TAK | | |  | |
| 1. Pulsoksymetr z klipsem na przewodzie | | | TAK | | |  | |
| 1. Kabel do 3/4 i 12-sto odprowadzeniowego EKG | | | TAK | | |  | |
| 1. Torby/kieszenie do trzymania akcesoriów | | | TAK | | |  | |
| 1. Kabel do podłączenia elektrod naklejanych na klatkę piersiową pacjenta | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja na minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | Dostawca zapewnia usługę transmisji zapisu EKG, z możliwością odczytania na ekranie monitora komputerowego podłączonego do Internetu. | | | TAK | | |  | |
|  | | Dostawca zapewnia utrzymanie możliwości wykonywania teletransmisji EKG, bez żadnych dodatkowych kosztów dla zamawiającego, potrzeby zakupu dodatkowego sprzętu, tworzenia kont, nawiązywania porozumień. | | | TAK | | |  | |
|  | | **Respirator (zestaw) – 1 szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Zasilanie pneumatyczne | | | TAK | | |  | |
|  | | Częstość oddechowa regulowana w zakresie minimum: 9-22 oddechy/min | | | TAK | | |  | |
|  | | Objętość oddechowa regulowana w zakresie minimum: 300-1450 ml | | | TAK | | |  | |
|  | | Tryby wentylacji minimum:   1. Ciągła wentylacja wymuszona (CMV lub IPPV) | | | TAK | | |  | |
|  | | Wyposażony w moduł CPAP , w zestawie komplet maseczek dla dorosłych | | | TAK | | |  | |
|  | | Wbudowany manometr ciśnienia | | | TAK | | |  | |
|  | | Ciśnieniowy zawór bezpieczeństwa | | | TAK | | |  | |
|  | | Alarm dźwiękowy wysokiego ciśnienia | | | TAK | | |  | |
|  | | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego. | | | TAK | | |  | |
|  | | Praca w zakresie temperatur minimum -10 ÷ +40°C/ -5 ÷ +40° | | | TAK | | |  | |
|  | | Odporny na wstrząsy, wibracje, upadki | | | TAK | | |  | |
|  | | Możliwość podpięcia zestawu do wykonania inhalacji | | | TAK/NIE | | |  | |
| Akcesoria, wyposażenie zestawu | | | | | | | | | |
|  | | 1. Butla z zaworem, tlenem: pojemność 2,7l | | | TAK | | |  | |
| 1. Reduktor butlowy z szybko złączką AGA | | | TAK | | |  | |
| 1. Zastawka PEEP | | | TAK | | |  | |
| 1. Przewód pacjenta | | | TAK | | |  | |
| 1. Torba na zestaw tlenowy | | | TAK | | |  | |
| 1. Uchwyt do zawieszenia respiratora w karetce | | | TAK | | |  | |
| 1. Przewód ciśnieniowy do respiratorów kompatybilny z w/w respiratorem z szybko złączkami AGA – 1 kpl., umożliwiający podłączenie respiratora do stałego źródła gazu. | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja na minimum 24 miesiące*.*, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Praca ze strzykawkami o pojemnościach od 5 do 60ml | | | TAK | | |  | |
|  | | Duży wyświetlacz graficzny prezentujący szybkość dozowania, objętość, dawkę, rozmiar strzykawki, nazwę leku, stan zasilania oraz ciśnienie infuzji | | | TAK | | |  | |
|  | | Zapis historii infuzji i przegląd rejestru bez konieczności przerywania pracy urządzenia. | | | TAK | | |  | |
|  | | Możliwość zapamiętania minimum 60 nazw leków | | | TAK | | |  | |
|  | | Wizualna i akustyczna sygnalizacja stanów alarmowych | | | TAK | | |  | |
|  | | Min. 5 poziomów ciśnienia okluzji | | | TAK | | |  | |
|  | | Bolus automatyczny i manualny | | | TAK | | |  | |
|  | | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe | | | TAK | | |  | |
|  | | Uchwyt do mocowania w ambulansie | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Dostawca zapewnia dostawę i montaż pompy infuzyjnej w zabudowie ambulansu, dostosowując się do terminu budowy i dostarczenia ambulansu, bez żadnych dodatkowych kosztów dla zamawiającego. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Nosze podbierakowe aluminiowe – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Nosze umożliwiające podebranie kontuzjowanego pacjenta wprost z podłoża. | | | TAK | | |  | |
|  | | Rama – odporna na korozję, łatwa do czyszczenia i dezynfekcji | | | TAK | | |  | |
|  | | Konstrukcja umożliwiająca na całkowite rozłączenie połówek,  z zabezpieczeniem przed przypadkowym rozpięciem. | | | TAK | | |  | |
|  | | Długość regulowana w zakresie minimum: 170 ÷ 200 cm | | | TAK | | |  | |
|  | | Szerokość minimum 40 cm | | | TAK | | |  | |
|  | | 10 uchwytów do przenoszenia na obwodzie noszy | | | TAK | | |  | |
|  | | Nosze składane na pół na czas transportu. | | | TAK | | |  | |
|  | | Nośność: minimum 155 kg | | | TAK | | |  | |
|  | | Ciężar: maksimum 10 kg | | | TAK | | |  | |
| Akcesoria, wyposażenie | | | | | | | | | |
|  | | 1. Trzy pasy bezpieczeństwa | | | TAK | | |  | |
| 1. Mocowanie do ambulansu | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Krzesełko kardiologiczne – 1szt**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Wyposażone w gąsienicowy system płozowy do zjeżdżania po schodach, z hamulcem regulującym siłę hamowania względem masy pacjenta, gwarantujący bezpieczeństwo pacjenta. | | | TAK | | |  | |
|  | | 4 koła w tym 2 skrętne, | | | TAK | | |  | |
|  | | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie, | | | TAK | | |  | |
|  | | Wysuwane rączki przednie, z blokadą położenia | | | TAK | | |  | |
|  | | Podpórka pod stopy pacjenta, | | | TAK | | |  | |
|  | | Udźwig krzesełka minimum 200 kg | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Deska ortopedyczna z unieruchomieniem głowy i pasami mocującymi – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Deska wykonana z tworzywa sztucznego o wysokiej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Wymiary: 180 x45 cm (±5cm). | | | TAK | | |  | |
|  | | 14 uchwytów na obwodzie deski o wymiarach zapewniające wygodne przenoszenie nawet w grubych rękawicach. | | | TAK | | |  | |
| Pasy mocujące pacjenta | | | | | | | | | |
|  | | 1. Ilość pasów minimum 4 | | | TAK | | |  | |
| 1. Dwuczęściowa konstrukcja każdego pasa | | | TAK | | |  | |
| 1. Regulacja długości każdego pasa po obu stronach klamry | | | TAK | | |  | |
| 1. Zapinanie pasów za pomocą metalowych „szybkozłączy” | | | TAK | | |  | |
| Stabilizator głowy | | | | | | | | | |
|  | | 1. System klocków umożliwiający dostęp do tętnicy szyjnej z pasami zabezpieczającymi czoło i brodę | | | TAK | | |  | |
| 1. Mocowanie stabilizatora do deski za pomocą rzepów | | | TAK | | |  | |
|  | | Masa deski: maksimum 9 kg | | | TAK | | |  | |
|  | | Nośność: minimum 200 kg | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Deska ortopedyczna pediatryczna – z unieruchomieniem głowy i pasami mocującymi - 1szt**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Zestaw do stabilizacji kręgosłupa dzieci w wieku 2-10 lat | | | TAK | | |  | |
|  | | Wykonany z materiału o wysokiej trwałości i wytrzymałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | | | TAK | | |  | |
|  | | Minimum 4 uchwyty do przenoszenia | | | TAK | | |  | |
|  | | Stabilizator głowy | | | TAK | | |  | |
|  | | Pasy mocujące pacjenta: minimum 4 | | | TAK | | |  | |
|  | | Masa deski: maksimum 4 kg | | | TAK | | |  | |
|  | | Nośność: minimum 40 kg | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Materac próżniowy – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Materac próżniowy do transportu pacjentów z urazami kręgosłupa, miednicy  i urazami wielonarządowymi z dopinaną podłogą zabezpieczającą materac  w kontakcie z podłożem | | | TAK | | |  | |
|  | | Konstrukcja zapewniająca całkowite unieruchomienie, dopasowanie do ciała pacjenta i uniemożliwiająca załamywanie się materaca podczas przenoszenia pacjenta | | | TAK | | |  | |
|  | | Wymiary minimum 200 x 90cm | | | TAK | | |  | |
|  | | Minimum 6 uchwyty do przenoszenia | | | TAK | | |  | |
|  | | Minimum 4 poprzeczne, zabezpieczające pacjenta pasy | | | TAK | | |  | |
|  | | Materac wykonany z materiału o dużej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | | | TAK | | |  | |
| Akcesoria, elementy zestawu | | | | | | | | | |
|  | | 1. Pompka | | | TAK | | |  | |
| 1. Torba na materac | | | TAK | | |  | |
| 1. Zestaw naprawczy | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Nosze płachtowe – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Płachta do ręcznego przenoszenia pacjentów. | | | TAK | | |  | |
|  | | Wymiary: minimum 185x70 cm | | | TAK | | |  | |
|  | | Wykonana z materiału o dużej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | | | TAK | | |  | |
|  | | Wyposażona w 8 uchwytów do przenoszenia | | | TAK | | |  | |
|  | | Nośność minimum 150 kg | | | TAK | | |  | |
|  | | Pokrowiec na nosze płachtowe w zestawie | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Kamizelka unieruchamiająca typu KED – 1szt**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Kamizelka do transportu chorych z urazami kręgosłupa | | | TAK | | |  | |
|  | | Stabilizacja kręgosłupa z zachowaniem swobodnego dostępu do klatki piersiowej w celu monitorowania i defibrylacji | | | TAK | | |  | |
|  | | Wykonana z materiału o wysokiej trwałości i wytrzymałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | | | TAK | | |  | |
|  | | Trzy uchwyty transportowe | | | TAK | | |  | |
| Wyposażona w pasy: | | | | | | | | | |
|  | | 1. 3 pasy piersiowe | | | TAK | | |  | |
| 1. 2 stabilizujące głowę | | | TAK | | |  | |
| 1. 2 biodrowe | | | TAK | | |  | |
|  | | W zestawie torba transportowa | | | TAK | | |  | |
|  | | Waga produktu do 3kg | | |  | | |  | |
|  | | Nośność minimum 200kg | | |  | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące*.* | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Ssak ręczny–1 szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Ssak mechaniczny ręczny | | | TAK | | |  | |
|  | | Podciśnienie minimum 380 mmHg | | | TAK | | |  | |
|  | | Wydajność min: 20 l/min | | | TAK | | |  | |
|  | | Wymienny zbiornik na odsysane wydzieliny | | | TAK | | |  | |
|  | | Zbiornik z możliwością opróżniania | | | TAK | | |  | |
|  | | Cewnik ssący (dla dorosłych) | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące*.* | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Ssak akumulatorowy – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Maksymalna wydajność: nie mniejsza niż 22 L/min / 20 L/min/ | | | TAK | | |  | |
|  | | Podciśnienie: minimum 500mm Hg | | | TAK | | |  | |
|  | | Regulacja siły ssania | | | TAK | | |  | |
|  | | Podświetlane wskaźniki/panel sterowania | | | TAK | | |  | |
|  | | Do użytku ze zbiornikami wielorazowego użytku (sterylizowanymi) | | | TAK | | |  | |
|  | | Uchwyt do przenoszenia ssaka | | | TAK | | |  | |
|  | | Bryzgoszczelna odporna na wstrząsy obudowa | | | TAK | | |  | |
|  | | Głośność: maksimum 70dB | | | TAK | | |  | |
|  | | Zasilanie: 230V 50 Hz, 12 i 24 V prądu stałego, akumulatorowe | | | TAK | | |  | |
|  | | Akcesoria elementy zestawu | | | | | | | |
|  | | 1. Wielorazowy, sterylizowalny zbiornik (pojemność 1000ml) z filtrem antybakteryjnym | | | TAK | | |  | |
| 1. Kabel do zasilania w zestawie | | |  | | |  | |
| 1. Uchwyt karetkowy do mocowania na ścianie z wbudowanym gniazdem zasilającym (ssak ładuje się natychmiast po odwieszeniu w uchwycie) | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Przenośny zestaw tlenowy – 1 kpl.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Butla tlenowa aluminiowa z zaworem o pojemności 2-3l | | | TAK | | |  | |
|  | | Reduktor tlenowy z szybko złączką AGA, z możliwością ustawienia przepływu 0-25l tlenu | | | TAK | | |  | |
|  | | Przewód tlenowy | | | TAK | | |  | |
|  | | Przewód tlenowy niezałamujący się uniwersalny, dł. 2,10m. średnica zew. 6mm, średnica wew. 4mm | | | TAK | | |  | |
|  | | Torba transportowa | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | Pulsoksymetr ręczny – 1 szt.  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | |  | | |  | |
|  | | Urządzenie do pojedynczych pomiarów i ciągłego monitorowania pulsu i saturacji (SpO2) | | | TAK | | |  | |
|  | | Pomiar saturacji w zakresie minimum 1-100% | | | TAK | |  | | |
|  | | Pomiar tętna w zakresie nie węższym niż 25-240bpm | | | TAK | | |  | |
|  | | Wskaźnik perfuzji | | | TAK | | |  | |
|  | | Alarm niskiego poziomu baterii | | | TAK | | |  | |
|  | | Praca w zakresie temperatur minimum: 0 ÷ +45°C / 0 ÷ +45°C | | | TAK | | |  | |
|  | | Obudowa odporna na wstrząsy i uderzenia | | | TAK | | |  | |
|  | | Czytelny wyświetlacz | | | TAK | | |  | |
|  | | Zasilanie bateryjne/akumulatorowe | | | TAK | | |  | |
| Akcesoria, elementy zestawu | | | | | | | | | |
|  | | 1. Czujnik na palcowy, wielorazowy w zestawie – dla dorosłych i dzieci typu klips lub slikonowy | | | TAK | | |  | |
| 1. Zasilacz/ładowarka | | | TAK/NIE | | |  | |
| 1. Komplet baterii jeśli wymagany | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | |  | | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | |  | | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | |  | | |
|  | | **Reduktor tlenowy naścienny z nawilżaczem- 1 szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Wykonany z metalu | | | TAK | | |  | |
|  | | Z złączem AGA | | | TAK | | |  | |
|  | | Zakres dozowania tlenu 0 -25l | | | TAK | | |  | |
|  | | Nawilżacz wielorazowy | | | TAK | | |  | |
|  | | Jeśli wymagane, końcówka do podłączenia przewodu tlenowego do dozownika bez nawilżacza w zestawie | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Termometr elektroniczny - douszny –1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Termometr elektroniczny, mierzący i wyświetlający temperaturę w zakresie minimum 28 ÷42°C | | | TAK | | |  | |
|  | | Zasilanie bateryjne | | | TAK | | |  | |
|  | | Technologia pomiary - podczerwień | | | TAK | | |  | |
|  | | Podgrzewana końcówka pomiarowa eliminująca błędy pomiaru | | | TAK | | |  | |
| Akcesoria, elementy zestawu | | | | | | | | | |
|  | | 1. Komplet 4 szt. Baterii pasujących do termometru | | | TAK | | |  | |
| 1. 200 końcówek ochronnych, jednorazowych | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Ciśnieniomierz przenośny – 1kpl.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Odporny na wstrząsy i upadek | | | TAK | | |  | |
|  | | Z manometrem zegarowym | | | TAK | | |  | |
|  | | Z zaworem obrotowym | | | TAK | | |  | |
|  | | Z kompletem mankietów dla dorosłych, dzieci i niemowląt 3 kpl.w zestawie | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja na kalibracje minimum 10lat | | |  | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Stetoskop – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Stetoskop dwugłowicowy | | | TAK | | |  | |
|  | | Stetoskop jednożyłowy | | | TAK | | |  | |
|  | | Komplet końcówek do ucha w zestawie | | | TAK | | |  | |
|  | | Otoczki z tworzywa zapobiegające uczuciu zimna przez pacjenta | | |  | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Latarka diagnostyczna – 1szt**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Zasilana bateryjnie, bateria typ: AAA | | | TAK | | |  | |
|  | | 4 szt. baterii w zestawie | | | TAK | | |  | |
|  | | Z klipsem umożlwiającym zawieszenie na kieszeni | | | TAK | | |  | |
|  | | Wykonana z metalu | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 60 miesiący. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Mankiet do szybkich przetoczeń – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Mankiet do szybkiego podawania płynów infuzyjnych | | | TAK | | |  | |
|  | | Przeźroczysta przednia ścianka mankietu zapewniająca pełną widoczność butelki lub worka z płynem. | | | TAK | | |  | |
|  | | Wbudowany manometr z czytelną skalą oraz gruszka z zaworem obrotowym  do precyzyjnej regulacji szybkości przepływu. | | | TAK | | |  | |
|  | | Przystosowany do butelek lub worków o pojemności w zakresie co najmniej 500 do maksymalnie 1000 ml. | | | TAK | | |  | |
|  | | Możliwość powieszenia na stojaku lub innym punkcie zapewniającym toczenie grawitacyjne. | | | TAK | | |  | |
|  | | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | | | TAK | | |  | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące. | | | TAK | | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | | |  | |
|  | | **Plecak ratowniczy 2 szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Wyposażony w: | | | | | | | |
| 1. Komorę główną z demontowaną środkową ścianką | | | TAK | |  | | |
| 1. 2 kieszenie z przodu plecaka | | | TAK | |  | | |
| 1. Kieszeń na dokumenty formatu A4 | | | TAK | |  | | |
| 1. 3 kieszenie po bokach plecaka | | | TAK | |  | | |
| 1. Minimum 4 torebki wewnętrzne, przezroczyste, mocowanych na rzepy w dowolnej konfiguracji w komorze głównej plecaka | | | TAK | |  | | |
| 1. Uchwyt do przenoszenia w ręce | | | TAK | |  | | |
| 1. Szelki | | | TAK | |  | | |
| 1. Odblaski z przodu i po bokach plecaka | | | TAK | |  | | |
|  | | Wykonany z materiału odpornego na uszkodzenia mechaniczne | | | TAK | |  | | |
|  | | Kolor czerwony | | | TAK | |  | | |
|  | | Wymiary zewnętrzne minimum 55x55x30cm (wys., szer., gł.) | | | TAK | |  | | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące. | | | TAK | |  | | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | |  | | |
|  | | **Torba reanimacyjna – 3szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Wymiary minimum 53/30/36 cm długość/szerokość/wysokość Zamawiający dopuści na zasadzie równoważności wymiary 50/30/30 cm długość/szerokość/wysokość | | | TAK | |  | | |
|  | | Oddzielna torebka na zestaw intubacyjny | | | TAK | |  | | |
|  | | Oddzielna torebka na wkłucia dożylne | | | TAK | |  | | |
|  | | Ampularium | | | TAK | |  | | |
|  | | System funkcjonalnych gumowych pętelek zamontowanych do torby | | | TAK | |  | | |
|  | | Uchwyty do noszenia w ręku i na ramieniu | | | TAK | |  | | |
|  | | Torba koloru czerwonego | | | TAK | |  | | |
|  | | Torba z odblaskami na przedniej stronie torby | | | TAK | |  | | |
|  | | **Torba pediatryczna – 1szt.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Wymiary minimum 36/23/36 długość/szerokość/wysokość) | | | TAK | |  | | |
|  | | Uchwyty do noszenia w ręku i na ramieniu | | | TAK | |  | | |
|  | | Wyposażona w miimum 7 wewnętrznych wyjmowanych torebek | | | TAK | |  | | |
|  | | W torbie miejsce na 2 komplety worków samorozprężalny | | | TAK | |  | | |
|  | | Wyposażona w odczepiane ampularium | | | TAK | |  | | |
|  | | Torba z odblaskami na przedniej stronie torby | | | TAK | |  | | |
|  | |  | | | TAK | |  | | |
|  | | Zestaw treningowy- wkłuć doszpikowych | | | TAK | |  | | |
|  | | Napęd | | | TAK | |  | | |
|  | | Igły doszpikowe dla niemowlaka, dziecka , dorosłego | | | TAK | |  | | |
|  | | Fantom kości ramiennej os. Dorosłej, kośpi piszczelowej bliższej, kości noworodka | | | TAK | |  | | |
|  | | Etui na napęd i igły w zestawie | | | TAK | |  | | |
|  | | **Nożyczki ratownicze- 1szt**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Wykonane z stali nierdzewnej, umożliwiające cięcie odzieży w tym odzieży motocyklistów | | | TAK | |  | | |
| Wyposażone w: | | | | | | | | | |
|  | | 1. Zbijak do szyb | | | TAK | |  | | |
| 1. Przecinak do pierścionków | | | TAK | |  | | |
| 1. Przecinak do pasów | | | TAK | |  | | |
| 1. Uchwyt do zawieszenia | | | TAK | |  | | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące. | | | TAK | |  | | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | |  | | |
|  | | **Laryngoskop światłowodowy, typ Miller 1kpl.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | 1. z metalową rękojeścią | | | TAK | | |  | |
| 1. zasilany bateryjnie | | | TAK | | |  | |
| 1. z kompletem metalowych łyżek typ Miller o rozmiarach (00; 0; 1 ;2; 3; 4) | | | TAK | | |  | |
| 1. Etui na łyżki i rękojeść | | | TAK | | |  | |
| 1. 4 szt. baterii w zestawie | | | TAK | | |  | |
|  | | **Laryngoskop światłowodowy, typ Macintosh 1 kpl.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | 1. Z metalową rękojeścią | | | TAK | | |  | |
| 1. zasilany bateryjnie | | | TAK | | |  | |
| 1. z kompletem metalowych łyżek tym Macintosh o rozmiarach ( 0; 1 ;2; 3; 4) | | | TAK | | |  | |
| 1. z etui na łyżki i rękojeść | | | TAK | | |  | |
| 1. 4 szt. baterii w zestawie | | | TAK | | |  | |
|  | | **Zestaw Segregacyjny Triage – 1 kpl.**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | 1. Zestaw segregacyjny Triage z 36 opaskami odblaskowymi, o kolorach: zielonym, żółtym, czerwonym, biały z szachownicą | 1szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Latarka, zasilana bateryjnie, baterie AA lub AAA, baterie w zestawie | 1szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Nożyczki ratownicze | 1szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Marker, kolor czarny, zmywalny | 1szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym LEKARZ, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki | 2szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym RATOWNIK MEDYCZNY, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki | 9szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym PIELĘGNIARKA, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki | 3szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym PIELĘGNIARZ, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki. | 3szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym LKRM, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki | 1szt. | | TAK | |  | | |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym KAM, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki | 1szt. | | TAK | |  | | |
|  | | **Zestaw do udrażniania dróg oddechowych i tlenoterapii –. wszystkie produkty fabrycznie nowe, z minimalnie 2letnią datą przydatności do użycia**  Producent: …….….…………………………………………………  Typ ………………………………………………………………….  Rok produkcji:……..………….……………………………………. | | | | | | | |
|  | | Rurki ustno-gardłowe Geudeala rozmiary od 000-5 | 10kpl. | | TAK | | |  | |
|  | | Rurka nosowo-gardłowa 8,0mm | 10szt | | TAK | | |  | |
|  | | Rurka krtaniowa nr 5 jednorazowego użytku | 10szt | | TAK | | |  | |
|  | | Rurka krtaniowa nr 4 jednorazowego użytku | 10szt | | TAK | | |  | |
|  | | Rurka krtaniowa nr 3 jednorazowego użytku | 10szt | | TAK | | |  | |
|  | | Maska krtaniowa jednorazowa z mankietem uszczelniającym rozmiary od 1-5 | 5kpl | | TAK | | |  | |
|  | | Maska krtaniowa jednorazowa żelowa, bez mankietu uszczelniającego wypełnianego powietrzem rozmiary od 3-5 | 3kpl | | TAK | | |  | |
|  | | Prowadnica do rurek intubacyjnych duża rozmiar 5.0 | 1szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Prowadnica do rurek intubacyjnych rozmiar 2,2 | 1szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Szczypce Magilla 7,25” dla dzieci i młodzieży | 1szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Szczypce Magilla 9’’ dla dorosłych | 1szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Stabilizator do rurek intubacyjnej dla dorosłych z plastikowym gryzakiem | 5szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Stabilizator rurek krtaniowych | 5szt. | |  | | |  | |
|  | | Maska do tlenoterapii dla dorosłych do 100 % O2 do wysokich stężeń tlenu z zaworem (two side non-rebreath-ing), rezerwuarem i przewodem tlenowym minimum 2m, | 20szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Maska do tlenoterapii - pediatryczna do wysokich stężeń tlenu z zaworem jednodrogowym i rezerwuarem oraz przewodem tlenowym minimum 2m, | 20szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Maska do inhalacji dla dorosłych, z przewodem minimum 2m, | 20szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Maska do inhalacji dla dzieci, z przewodem minimum 2m, | 20szt. | | TAK | | |  | |
|  | | Wąsy tlenowe – cewnik do podawania tlenu przez nos dla dorosłych z przewodem dł. minimum 2m | 20szt | | TAK | | |  | |
|  | | Wąsy tlenowe – cewnik do podawania tlenu przez nos dla dzieci z przewodem dł. minimum 2m | 20szt | | TAK | | |  | |
|  | | Folia izotermiczna, folia NRC – 10szt. | 20szt. | | TAK | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Gwarancja i warunki serwisowe** | | |
|  | Gwarancja na sprzęt min. 2 lata od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo- odbiorczego  *(punkt ten jest oceniany jako jedno z kryteriów oceny ofert).*  2 lata – 0 pkt.  3 lata – 20 pkt.  4 lata- 30 pkt  5 lat i więcej– 40 pkt | podać |  |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). | TAK |  |
|  | Punkty serwisowe, lokalizacja (adres, nr tel. i fax). Proszę podać. | Podać |  |
|  | Czas reakcji – przystąpienie do naprawy gwarancyjnej zgłoszonej usterki do 24 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 72 godziny w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 7 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Ilość 3 awarii sprzętu w okresie gwarancyjnym skutkująca wymianą niesprawnego modułu na nowy. | TAK |  |
|  | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach, proszę podać | TAK/Podać |  |

\* - potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa „TAK” w odpowiednim (każdym) wierszu kolumny

**Wykonawca zobowiązany jest w formularzu rzeczowo-cenowym (załącznik nr 1.1 do SIWZ) do podania osobnych cen dla wyszczególnionego sprzętu.**