**znak sprawy: DAM.230/025/2021**

**Załącznik nr 1**

***Formularz wymaganych warunków technicznych***

***W postępowaniu pn. Dostawa tromboelastometru z wyposażeniem dla Kliniki Anestezjologii Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM,*** oferujemy dostawę fabrycznie nowego urządzenia o parametrach wskazanych w poniższej tabeli wraz z instalacją i instruktażem w zakresie obsługi, na warunkach określonych we *Wzorze umowy*.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Tromboelastometr z wyposażeniem* – 1 komplet** | | | |
| **Producent (marka) ……………………………………..……………………………………………………………… (Należy podać)**  **Model ……………………………………………………………………………..……………..……………..………..… (Należy podać)**  **Numer katalogowy ………………………………………………………………………..………(Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2021 r.** | | | |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany / oceniany** | **Parametr oferowany / oceniany** |
|  | Urządzenie z wbudowanym komputerem do sterowania jego pracą i analizy. | wymagany | Tak/Nie |
|  | Oprogramowanie sterujące pracą aparatu: pobieraniem, odmierzaniem i mieszaniem próbek | wymagany | Tak/Nie |
|  | Dotykowy kolorowy ekran o przekątnej min.15 cali | wymagany | Tak/Nie |
|  | Wyświetlanie na ekranie informacji kierujących postępowaniem użytkownika podczas przygotowywania badania | wymagany | Tak/Nie |
|  | Detekcja próbki przy pomocy diody laserowej | wymagany | Tak/Nie |
|  | Pomiar uruchamiany automatycznie po włożeniu do systemu dedykowanej kasety testowej oraz probówki z krwią pacjenta bezpośrednio po pobraniu, bez konieczności wstępnej inkubacji | wymagany | Tak/Nie |
|  | Aspiracja krwi bezpośrednio z probówki systemu zamkniętego bez konieczności jej otwierania i nakrapiania materiału – brak ryzyka biohazardu | wymagany | Tak/Nie |
|  | Optyczno-mechaniczny system detekcji powstawania skrzepu, odporny na wstrząsy i wibracje mechaniczne | wymagany | Tak/Nie |
|  | Wbudowane 4 kanały pomiarowe wewnątrz analizatora | wymagany | Tak/Nie |
|  | Możliwość obserwacji i kontroli pomiarów na ekranie monitora w czasie rzeczywistym | wymagany | Tak/Nie |
|  | Kolorowa drukarka umożliwiająca wydruk wyniku w każdym momencie badania | oceniany | Należy podać  podłączona bezpośrednio do analizatora – 10 pkt  podłączona za pośrednictwem komputera – 0 pkt |
|  | Automatyczne zaznaczanie na ekranie wyników pomiarowych wykraczających poza zakres norm, umożliwiające określenie zaburzeń w układzie krzepnięcia (flagowanie wyników patologicznych) | wymagany | Tak/Nie |
|  | Prezentacja tromboelastogramu pacjenta w odniesieniu do standardowego tromboelastogramu oraz do wykonanych wcześniej badań tego pacjenta | wymagany | Tak/Nie |
|  | Baza wykonanych badań umożliwiająca przetwarzanie zarówno danych alfanumerycznych, jak i graficznych dla celów dokumentacji i publikacji | wymagany | Tak/Nie |
|  | Kopiowanie bazy danych i poszczególnych wyników na nośniki zewnętrzne | wymagany | Tak/Nie |
|  | Włączenie aparatu do działania w sieci szpitalnej | wymagany | Tak/Nie |
|  | Integracja z posiadanym przez szpital systemem Clininet | wymagany | Tak/Nie |
|  | Wysłanie wyników na wskazany dysk sieciowy | wymagany | Tak/Nie |
|  | Ciągła, automatyczna kontrola parametrów mechanicznych i temperaturowych urządzenia | wymagany | Tak/Nie |
|  | Elektroniczna autokalibracja i kontrola urządzenia przy użyciu kartridża QC oraz 2 poziomy kontroli tradycyjnej na bazie ludzkiego osocza | wymagany | Tak/Nie |
|  | Określenie zaburzeń w układzie krzepnięcia pod wpływem aktywatora działającego na drogę zewnątrzpochodną i wewnątrzpochodną kaskady krzepnięcia. | wymagany | Tak/Nie |
|  | Określenie zaburzeń krzepnięcia u pacjentów, którym podawana była heparyna (poprzez wyeliminowanie działania heparyny) | wymagany | Tak/Nie |
|  | Określenie niedoboru lub zaburzeń w polimeryzacji fibryny | wymagany | Tak/Nie |
|  | Pomiar specyficzny mający na celu wykrycie bądź wykluczenie hiperfibrynolizy | wymagany | Tak/Nie |
|  | Uzyskanie obrazu pełnej hemostazy w czasie nie dłuższym niż 15 minut od momentu pobrania od pacjenta i zaaplikowania do aparatu – umożliwiające rozróżnienie pomiędzy krwawieniem z przyczyn chirurgicznych a krwawieniem związanym z zaburzeniami układu krzepnięcia | oceniany | Należy podać  ≤15min – 5 pkt  >15 min – 0 pkt |
|  | Badania z wykorzystaniem krwi pełnej | wymagany | Tak/Nie |
|  | Minimalna objętość próbki wymagana do wykonania pomiaru nie większa niż 3 ml | wymagany | Tak/Nie |
|  | Gotowe do użycia odczynniki (odporne na obecność heparyny) dostarczane w dedykowanych kasetach | wymagany | Tak/Nie |
|  | Kasety pomiarowe przechowywane w temperaturze pokojowej | oceniany | Należy podać  Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Instrukcja w języku polskim | wymagany | Tak/Nie |
| **Akcesoria** | | | |
|  | Startowy zestaw odczynników | wymagany | Tak/Nie |
| **Gwarancja i serwis** | | | |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | wymagany | Należy podać |
|  | Serwis gwarancyjny świadczony w dni robocze (od poniedziałku do piątku) z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach 07:00- 16:00 | wymagany | Tak/Nie |
|  | Czas reakcji serwisu do podjęcia czynności usunięcia wady/usterki - 48 godzin od momentu jej zgłoszenia z zastrzeżeniem godzin pracy wskazanych w pkt.32 | wymagany | Tak/Nie |
|  | Jeżeli lub modułu jego modułu nie da się naprawić albo w razie wystąpienia czwartej takiej samej awarii, Oferent obowiązany jest dostarczyć nowy aparat lub moduł nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia awarii. W takim przypadku okres gwarancji aparatu lub modułu wymienionego na nowy rozpoczyna się od dnia jego dostarczenia. | wymagany | Tak/Nie |
|  | W przypadku, gdy w okresie gwarancji wymagane jest lub zalecane przez producenta wykonanie przeglądu technicznego Oferent na swój koszt zapewni wykonanie takich przeglądów, z zastrzeżeniem, że ostatni przegląd odbędzie się w ostatnim miesiącu udzielonej gwarancji | wymagany | Tak/Nie |
|  | Aktualizacja oprogramowania aparatu w okresie gwarancji, o ile dotyczy, bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów | wymagany | Tak/Nie |
|  | Przeglądy i naprawy wykonywane w miejscu, w którym aparat jest używany | wymagany | Tak/Nie |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | wymagany | Tak/Nie |
|  | Oferent zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny producenta w języku polskim. | wymagany | Tak/Nie |

Przegląd techniczny nie wymagany/nie zalecany / wymagany/zalecany\* przez producenta co …………………………………..

\*niepotrzebne skreślić