**Formularz Parametrów Technicznych**

***W postępowaniu pn. dostawa aparatu ultrasonograficznego do wykonywania procedur podczas interwencji anestezjologicznych w oddziałach zewnętrznych z wyposażeniem dla Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM,*** oferujemy dostawę fabrycznie nowych urządzeń o parametrach wskazanych w poniższej tabeli wraz z instalacją i instruktażem w zakresie obsługi, na warunkach określonych we *Wzorze umowy*.

|  |
| --- |
| **Aparat ultrasonograficzny do wykonywania procedur podczas interwencji anestezjologicznych w oddziałach zewnętrznych z wyposażeniem – 1 komplet** |
| **Producent (marka) ……………………………………..……………………..…………………………………… (Należy podać)****Model ……………………………………………………..…………..……………………………………………...… (Należy podać)****Kraj pochodzenia ...………………………………………….………………………………..…………….…….. (Należy podać)****Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2021r.** |
| **Lp.** | **Opis parametru**  | **Parametr wymagany / oceniany** | **Parametr oferowany**  |
|  | Obrazowanie liniowe, convex i Phased Array | TAK Przy pomocy jednej głowicy – 7 pkt.Przy pomocy więcej niż jednej głowicy – 0 pkt. | Należy podać |
|  | Odporność na upadki, potwierdzona tzw. drop-test, z co najmniej 1,2 m i przeciążeniem 100G. | TAK |  |
|  | Wymiary max. 180 x 60 x 40 mm | TAK |  |
|  | Waga max. 400 g | TAK |  |
|  | Długość kabla 1,2 do 1,6 m | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe zapewniające min. 2 godziny ciągłego skanowania | TAK |  |
|  | Czas do pełnego naładowania max. 5 godzin | TAK |  |
|  | Ładowanie bezprzewodowe | ocenianyTak – 1 pkt.Nie – 0 pkt.  | Należy podać |
|  | Głowica kompatybilna z systemem iOS lub Android | TAK |  |
|  | Tryby pracy* M-mode,
* B-mode,
* Color Doppler,
* Power Doppler
 | TAK |  |
|  | Głębokość skanowania min. 1-30cm | TAK |  |
|  | Pomiary i adnotacje:* Pomiary liniowe (4)
* Pomiar elipsy (1)
* Etykiety tekstowe (możliwość tworzenia własnych lub wyboru spośród ponad 80 gotowych etykiet)
 | TAK |  |
|  | Znacznik linii środkowej | TAK |  |
|  | Obliczenia OB | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do wzmocnienia igły biopsyjnej | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego obrazowania naczyń w trybie in-plane oraz out-of-plane dla wybranych procedur (np. dostęp do żyły centralnej/obwodowej, dostęp tętniczy, blokady nerwów, zastrzyki do układu mięśniowo-szkieletowego) | ocenianyTak – 1 pkt.Nie – 0 pkt.  | Należy podać |
|  | Ręczne obliczanie objętości | TAK |  |
|  | Sterowanie* Gain
* TGC (bliskie, średnie, dalekie)
* Głębokość
 | TAK |  |
|  | Aplikacje:* Brzuch
* Aorta i woreczek żółciowy
* Pęcherz
* Kardiologia
* FAST
* Płuca
* MSK
* Nerwy
* OB/GYN
* Okulistyczne
* Pediatryczne - Brzuch
* Pediatryczne - Kardiologia
* Pediatryczne - Płuca
* Małe części
* MSK-tkanki miękkie
* Naczynia
 | TAK |  |
|  | Wbudowany skaner pęcherza pozwalający określić automatycznie objętość w czasie nie dłuższym niż 6 sekund i obrazujący pęcherz w 3D | ocenianyTak – 1 pkt.Nie – 0 pkt.  |  |
|  | Przetwarzanie danych w chmurze | TAK |  |
|  | Nieograniczona ilość danych | TAK |  |
|  | Nadawanie uprawnień użytkownika:* administrator,
* użytkownik
 | TAK |  |
|  | Funkcja udostępniania zdjęć | TAK |  |
|  | Bezpieczeństwo:* Ochrona przesyłanych danych w sieci min. protokołem HTTPS, TLS 1.2
* Dane szyfrowane min. 256-bitowym algorytmem AES
* Bezpieczne uwierzytelnianie użytkowników, hasła zgodne ze standardami NIST
 | TAK |  |
|  | Odporność na kurz i wodę min. IP67 | TAK |  |
|  | Integracja z systemem Clininet (Zamawiający posiada licencję) | TAK |  |
|  | Ładowarka kompatybilna z oferowaną głowicą/głowicami | TAK |  |
|  | Dedykowana torba na głowicę | TAK |  |
| **Wyposażenie:** |
|  | Tablet z ekranem zabezpieczonym przed zarysowaniem, pęknięciem oraz wzmocnioną obudową chroniącą na wypadek upadku do sterowania oferowaną głowicą/głowicami i obrazowania | TAK | producent …..………………model ………………………… |
|  | Smartfon z ekranem zabezpieczonym przed zarysowaniem, pęknięciem oraz wzmocnioną obudową chroniącą na wypadek upadku do sterowania oferowaną głowicą/głowicami i obrazowania | TAK | producent …..………………model ………………………… |
|  | Dedykowany wózek z uchwytami na głowice oraz tablet/telefon | TAK |  |
| **Gwarancja, licencja i serwis** |
|  | Okres gwarancji na głowicę/głowice i obowiązywania licencji na dostęp do funkcji realizowanych poprzez chmurę min. 36 miesięcy | TAK |  |
|  | Okres gwarancji na urządzenia peryferyjne min. 12 miesięcy | TAK |  |
|  | Wykonawca posiada autoryzację producenta na dystrybucję i serwis na terenie Polski | TAK |  |