**Formularz Parametrów Technicznych**

***W konkursie pn. dostawa urządzenia do masażu klatki piersiowej* *dla Centralnego 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*.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Urządzenie do masażu klatki piersiowej z wyposażeniem – 1 komplet** | | | | |
| **Producent (marka) ……………………………………..……………………..…………………………………… (Należy podać)**  **Model ……………………………………………………..…………..……………………………………………...… (Należy podać)**  **Kraj pochodzenia ...………………………………………….………………………………..…………….…….. (Należy podać)**  **Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2022r.** | | | | |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany / oceniany** | **Parametr oferowany** |
|  | Urządzenie do masażu klatki piersiowej w warunkach szpitalnych oraz podczas transportu pacjenta | wymagany | TAK / NIE |
|  | Deska pod plecy, umożliwiająca skuteczne RKO na miękkim podłożu (np. materac) | wymagany | TAK / NIE |
|  | Dodatkowa deska pod plecy przezierna dla promieni RTG | wymagany | TAK / NIE |
|  | Mocowanie rąk pacjenta, pas stabilizujący | wymagany | TAK / NIE |
|  | Maksymalna szerokość klatki piersiowej pacjenta umożliwiająca RKO – min. 44cm | wymagany | TAK / NIE |
|  | Zakres wysokości klatki piersiowej pacjenta umożliwiający RKO min. 17-30cm | wymagany | TAK / NIE |
|  | Współczynnik kompresji 111+/-2 uciśnięć na minutę | wymagany | TAK / NIE |
|  | Współczynnik kompresji stały lub zmienny podczas RKO | oceniany dostępne ustawienia:  102+/-2, 111+/-2 oraz 120+/-2 | Należy podać TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | Głębokość uciśnień regulowana w zakresie min. 45-53+/-2mm | wymagany | TAK / NIE |
|  | Tryby kompresji min.: - 30:2 (30 ucisków, przerwa na 2 oddechy) - ciągły | wymagany | TAK / NIE |
|  | Dodatkowy tryb kompresji | oceniany | TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt.  Należy podać tryb ………………………………… |
|  | Przerwa na wentylację w trybie 30:2 w zakresie min. 3-5s | wymagany | TAK / NIE |
|  | Konfigurowalna pozycja wyjściowa przyssawki | wymagany | TAK / NIE |
|  | Alarmy dźwiękowe i wizualne | wymagany | TAK / NIE |
|  | Archiwizacja danych RKO w wewnętrznej pamięci urządzenia | wymagany | TAK / NIE |
|  | Komunikacja w technologii Bluetooth i/lub z siecią Wi-Fi | wymagany | TAK / NIE |
|  | Zasilanie akumulatorowe, sieciowe oraz prądem stałym z gniazda ambulansu | wymagany | TAK / NIE |
|  | Czas pracy urządzenia na zasilaniu akumulatorowym min. 45min. | wymagany | TAK / NIE |
|  | Waga urządzenia maks. 9,5kg | wymagany | TAK / NIE |
| **Wyposażenie** | | | |
|  | Dedykowany plecak transportowy | wymagany | TAK / NIE |
|  | Dedykowany akumulator – 2 szt. | wymagany | TAK / NIE |
|  | Zasilacz sieciowy – 1 szt. | wymagany | TAK / NIE |
|  | Zasilacz/kabel prądu stałego ambulansu – 1 szt. | wymagany | TAK / NIE |
|  | Ładowarka stacjonarna – 1 szt. | wymagany | TAK / NIE |
|  | Przyssawka – min. 12 szt. | wymagany | TAK / NIE |
|  | Pasy do mocowania rąk pacjenta – 1 kpl. | wymagany | TAK / NIE |