**Formularz Parametrów Technicznych**

***W konkursie pn. dostawa aparatów do pomiaru oksymetrii mózgu* *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*.

|  |
| --- |
| ***Aparat do pomiaru oksymetrii mózgu* – 2 sztuki*****Producent (marka) ………………………………………………………..………………………..…… (Należy podać)******Model ……………………………………………………………………………………..……..………...… (Należy podać)******Numer katalogowy …………………………………………………………………………….……...…(Należy podać jeżeli dotyczy)******Kraj pochodzenia...………………………………………………………………………………………..(Należy podać)******Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2022 roku*** |
| **Lp.** | Parametr lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru,**  | **Należy podać właściwą odpowiedź****Tak / Nie****i/ lub****Oferowane wartości**  |
|  | Pomiar koncentracji hemoglobiny w tkankach mózgowych i somatycznych | wykonywany w sposób nieinwazyjny, bezpośredni, ciągły |  TAK/NIE |
|  | Zakres pomiaru rSO2 | min. 15-95% |  TAK/NIE |
|  | Wyniki przedstawiane w sposób ciągły i niezależny od takich parametrów jak: temperatura, pulsacja i ciśnienie krwi pacjenta | wymagane |  TAK/NIE |
|  | Monitorowanie dwu- lub cztero-czujnikowe | wymagane |  TAK/NIE |
|  | Mierzone parametry przedstawiane w postaci rzeczywistej liczby absolutnej oraz wykresu dla każdego czujnika | wymagane | TAK/NIE |
|  | Funkcja ustawienia i wyświetlania na ekranie wartości wyjściowej wraz z procentową różnicą w stosunku do aktualnych pomiarów | wymagane | TAK/NIE |
|  | Funkcja natychmiastowego rozpoczęcia pomiarów  | wymagane | TAK/NIE |
|  | Funkcja wskazywania kolejności podłączania czujników | wymagane | TAK/NIE |
|  | Funkcja wznowienia po przerwie monitorowania tego samego pacjenta | wymagane | TAK/NIE |
|  | Znaczniki zdarzeń na linii trendów i w historii przypadku | wymagane | TAK/NIE |
|  | Pamięć danych trendów rejestrowanych co max. 30 sekund przez min. 20 dni | wymagane | TAK/NIE |
|  | Eksport historii przypadku na pamięć przenośną USB | wymagane | TAK/NIE |
|  | Monitorowania saturacji u pacjentów pediatrycznych i dorosłych  | dzieci (od > 4 do 40kg)  | TAK/NIE |
|  | pacjentów dorosłych (>40kg) | TAK/NIE |
| 1. c
 | Przenośny monitor z ekranem dotykowym (w formie tabletu) | o przekątnej min. 10”  |  TAK/NIE |
|  | podstawa umożliwiająca regulację kąta nachylenia monitora  | TAK/NIE |
|  | stacja dokująca umożliwiająca ładowanie monitora, montowana do podstawy | TAK/NIE |
|  | Alarmy fizjologiczne i techniczne min.: | wartości saturacji poza zakresem  | TAK/NIE |
|  | braku kontaktu czujnika ze skórą pacjenta | TAK/NIE  |
|  | niskiego poziomu naładowania akumulatora | TAK/NIE |
|  | Ustawianie indywidualnych zakresów dla poszczególnych rodzajów alarmów oraz wyświetlanych na ekranie parametrów | wymagane | TAK/NIE |
|  | Funkcja regulacji głośności i wyciszenia alarmów | wymagane | TAK/NIE |
|  | Możliwość rozbudowy o dodatkowe dwa kanały | wymagane | TAK/NIE |
|  | Automatyczny autotest | wymagane | TAK/NIE |
|  | Zasilanie sieciowe  | wymagane | TAK/NIE |
|  | Zasilanie akumulatorowe na min. 45min | wymagane | TAK/NIE |
|  | Menu w j. polskim | wymagane | TAK/NIE |
| **Wyposażenie każdego aparatu** |
|  | Przedwzmacniacz – 1 sztuka | wymagane | TAK/NIE |
|  | Kable czujników wielorazowe – 1 komplet | wymagane | TAK/NIE |
|  | Zasilacz sieciowy – 1 sztuka | wymagane | TAK/NIE |
|  | Czujniki jednorazowego użytku | dla dzieci (od 4 do 40kg)– 10 kpl | TAK/NIE |
|  | dla dorosłych (>40kg)– 10 kpl | TAK/NIE |

*Miejscowość i data: …............................... ………………………………………………*

*(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych
do występowania w imieniu Wykonawcy)*