Zadanie 20 – Respirator

Lp	Nazwa	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Respirator	szt.	1						
							Razem:		

Oświadczamy, że oferowane wyspecjalizowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....,dnia .....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/55/2013

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Zadanie 20 - Respirator

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat przeznaczony do wentylacji okresowej i ciągłej dla dorosłych i dzieci o wadze ciała powyżej 5kg wymagających mechanicznej wentylacji, który można używać w szpitalu lub w warunkach domowych	TAK	
2.	Waga urządzenia ze zintegrowanym akumulatorem (Li-On) zapewniającym nieprzerwaną pracę urządzenia przez minimum 6 godzin max. 5kg	TAK	
3.	Menu w języku polskim	TAK	
4.	Urządzenie przeznaczone do wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej	TAK	
5.	Kolorowy wyświetlacz LCD umożliwiający jednoczesne wyświetlanie na ekranie w czasie wentylacji następujących parametrów: - objętość oddechowa Vt - tryb wentylacji - aktualny poziom ciśnienia - częstość oddechów (RR) - wentylacja minutowa (MV) - szczytowy przepływ (peak flow) - średnie ciśnienie terapeutyczne (MAP) - stosunek I:E - maks. ciśnienie wdechowe (PIP)	TAK	

	- wskaźnik poziomu naładowania akumulatorów zasilających - informacja na temat sposobu inicjacji wdechu (spontaniczny/wymuszony)		
6.	Dwa profile nastaw z możliwością zaprogramowania i zapamiętania różnych parametrów wentylacji w każdym, możliwość przełączania profili nastaw przez pacjenta	TAK	
7.	Wyświetlenie na ekranie krzywych oddechowych tj, wykresu ciśnienia i objętości	TAK	
8.	Zabezpieczenie przed przypadkowym wyłączeniem urządzenia	TAK	
9.	Podłączenie zdalnego alarmu respiratora (przywołanie pielęgniarki)	TAK	
10.	Rejestracja i wyświetlania na ekranie urządzenia dziennika zdarzeń oraz dziennika alarmów (min. 15 ostatnich alarmów)	TAK	
11.	Wejście tlenowe	TAK	
12.	Zastosowanie obwodu pacjenta z zastawką oddechową jak i obwodu bez zastawki (z portem wydechowym) zarówno dla trybów sterowanych objętością i ciśnienia	TAK	
13.	Możliwość gromadzenia i analizy danych terapeutycznych wraz z niezbędnymi urządzeniami do zapisu w/w danych spełniający następujące wymagania: - oprogramowanie komputerowe do transferu i gromadzenia danych terapeutycznych umożliwiające zapis m.in. ram czasowych stosowania terapii, częstości oddychania, poziomu(-ów) ciśnienia terapeutycznego, objętości oddechowych pacjenta informacji o przeciekach powietrza	TAK	
14.	Tryby wentylacji sterowane ciśnieniem	TAK	
15.	Wentylacja wspomagana ciśnieniem spontaniczna (PSV S)	TAK	
16.	Wentylacja wspomagana ciśnieniem spontaniczno – czasowa (PSV S/T)	TAK	
17.	Wentylacja wspomagana ciśnieniem czasowa (PSV T)	TAK	
18.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem (PC)	TAK	
19.	Synchronizowana przerwana wentylacja wymuszona z wentylacją PC (PC – SIMV)	TAK	
20.	Programowania określonej objętości oddechowej wydechowej (TVexh.) w zakresie 50 – 200ml przy zastosowaniu obwodu z portem wydechowym	TAK	
21.	Tryb wentylacji sterowane ciśnieniem o następujących parametrach: - zakres ciśnienia wdechowego IPAP: 4150 cmH20 - zakres ciśnienia wdechowego EPAP 4125 cmH20 - częstość oddychania min. 5 – 60 oddech/min	TAK	

	- czas trwania wdechu 0.3 – 5.0 sekund - regulacja szybkość narastania ciśnienia przy przejściu z fazy wydechu na wdech min. 6 nastaw - zakres możliwości zastosowania zmiennej cyklu 10% - 90% przepływu szczytowego - ilość możliwych nastaw przy zastosowaniu „triggera” wdechowego przepływowego: min 6 nastaw		
22.	Tryby wentylacji sterowane objętością	TAK	
23.	Wspomagana/ kontrolowana wentylacja mechaniczna (AC)	TAK	
24.	Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV)	TAK	
25.	Kontrolowana wentylacja wymuszona (CV)	TAK	
26.	Tryby wentylacji sterowane objętością o następujących parametrach: - objętość oddechowa (Vt): min zakres 50 – 2000 ml - zakres nastawy PEEP dla obwodu z zastawką wydechową w zakresie 0-25 cmH20 - czas trwania wdechu min. zakres 0,3 – 5,0 sekund - min częstości oddychania (backup rate) 5 – 60 oddech/min - możliwość włączenia funkcji westchnienia	TAK	
27.	Możliwość zmieniania trybu wentylacji w trakcie wentylacji	TAK	
28.	Zastosowanie automatycznego „triggera” wyzwalającego zmiany ciśnienia pomiędzy fazami oddechowymi (wdech – wydech oraz wydech – wdech) reagującego na spontaniczny wysiłek oddechowy pacjenta, bez konieczności manualnego dostosowania	TAK	
29.	Stopniowanie alarmów ze względu na ważność, różniące się sygnałami dźwiękowymi i optycznymi	TAK	
30.	Alarm odłączenia obwodu pacjenta	TAK	
31.	Alarm braku zasilania	TAK	
32.	Alarm bezdechu	TAK	
33.	Alarm niskiej wentylacji minutowej	TAK	
34.	Alarm wysokiej wentylacji minutowej	TAK	
35.	Alarm wysokiej częstości oddechów	TAK	
36.	Alarm niskiej częstości oddechów	TAK	
37.	Alarm niskiej objętości oddechu (TV)	TAK	

38.	Alarm wysokiej objętości oddechu (TV)	TAK	
39.	Alarm niskiego ciśnienia wdechowego (IPAP) przy wentylacji sterowanej objętościowo	TAK	
40.	Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego (IPAP) przy wentylacji sterowanej objętościowo	TAK	
41.	Układ rury pacjenta z możliwością sterylizacji w wysokiej temperaturze wraz z portem wydechowym i łącznikiem umożliwiającym wentylacje w obwodzie z i bez zastawką (z portem wydechowym)	TAK	
42.	Łączniki tlenowe umożliwiające podłączenie tlenu do aparatu 2 szt./respirator	TAK	
43.	Filtry antybakteryjne 2 szt./respirator	TAK	
44.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie	TAK/Podać	
45.	Aparatura fabrycznie nowa rok produkcji 2013/2014	TAK	
46.	Gwarancja min. 24 miesiące obejmująca cały system z wykonaniem przeglądu okresowego wg zaleceń producenta w czasie jej trwania	TAK	
47.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 4 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usuniecie usterki w terminie max.10 dni roboczych	TAK	
48.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju	TAK/Podać	
49.	Instrukcja obsługi i serwisowania w języku polskim	TAK	
50.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)