DZPZ/333/37PN/2020 Załącznik nr 10 do SIWZ

**Formularz parametrów wymaganych i ocenianych dla części nr 5**

**Aparat do dializoterapii z niezbędnym wyposażeniem (stacja uzdatniania wody) szt. 1**

**Model: ……………………………………………………………………………**

**Producent: ……………………………………………………………………….**

**Rok Produkcji: ………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Spełnienie parametrów TAK/NIE** | **Parametr oferowany\*)** | **Parametr oceniany - punktacja** |
| **APARAT DO DIALIZOTERAPII Z NIEZBĘDNYM WYPOSAŻENIEM (STACJA UZDATNIANIA WODY)** |
|  | Aparat wyposażony w dwie pompy krwi | Tak  |  |  |
|  | Zasilanie elektryczne 230V/50Hz/16A  | Tak  |  |  |
|  | Zasilanie wodne w zakresie min. 0,5 ÷ 6 bar  | Tak  |  |  |
|  | Wykonywane zabiegi: HD, UF. | Tak  |  |  |
|  | Możliwość realizacji dializy jednoigłowej w systemie zapewniającym stały przepływ krwi przez dializator | Tak  |  |  |
|  | Pamięć składu koncentratu lub dializatu  | Tak  |  |  |
|  | Wyświetlanie proporcji mieszania bikarbonatu i koncentratu kwaśnego  | Tak  |  |  |
|  | Profilowanie sodu, wodorowęglanu, ultrafiltracji, heparyny, temperatury niezależne od pozostałych parametrów | Tak  |  |  |
|  | Możliwość podania bolusa heparyny automatycznie lub ręcznie | Tak  |  |  |
|  | Ustawienia aparatu poprzez czytelny, obrotowy, kolorowy monitor o średnicy minimum 15 cali | Tak  |  |  |
|  | Możliwość zaprogramowania ultrafiltracji: min. 20 profili własnych oraz 10 automatycznych | Parametr oceniany |  | 20 profili własnych i 10 automatycznych – 1 pkt.Pow. 20 profili własnych i 10 automatycznych – 5 pkt. |
|  | Regulacja przepływu krwi w zakresie minimum: 0-50 do 600 ml/min | Tak  |  |  |
|  | Regulowany przepływ płynu dializacyjnego: 300 do 800 ml/min (max co 50 ml/min)  | Tak  |  |  |
|  | Ciągły, objętościowy pomiar ultrafiltracji  | Tak  |  |  |
|  | Całkowity brak zużycia wody oraz koncentratu w trybie oczekiwania na pacjenta | Tak  |  |  |
|  | Programowanie procedur dezynfekcji: termicznej, cytrotermicznej, chemicznej | Tak  |  |  |
|  | Dezynfekcja i czyszczenie przy pomocy środków dezynfekcyjnych różnych producentów | Parametr oceniany |  | Tak – 5 pkt.Nie – 1 pkt. |
|  | Możliwość pełnego przygotowania aparatu do zabiegu w trakcie trwania dezynfekcji | Tak  |  |  |
|  | Automatyczna dezynfekcja ssawek koncentratu po każdym zabiegu | Tak  |  |  |
|  | Archiwizacja minimum 100 wykonanych dezynfekcji aparatu wraz z błędami i odczyt z poziomu programu użytkowego | Parametr oceniany |  | Archiwizacja 100 dezynfekcji – 1 pkt.Archiwizacja pow.100 dezynfekcji – 5 pkt. |
|  | Automatyczna pompa heparyny z możliwością programowania bolusa w dowolnym momencie. | Tak  |  |  |
|  | Możliwość przechodzenia z kapsuły na płynny bikarbonat i odwrotnie w czasie zabiegu. | Tak  |  |  |
|  | Wczesne wykrywanie skrzepów w dializatorze poprzez monitorowanie ciśnienia krwi tuż przed dializatorem. | Tak  |  |  |
|  | Programowanie  automatycznego włączenia i wyłączenia aparatu. | Tak  |  |  |
|  | Łatwy dostęp do poboru próbki płynu dializacyjnego | Tak  |  |  |
|  | Program serwisowy umożliwiający wszelkie kalibracje oraz pełną diagnostykę aparatu dostępną z poziomu technika dializacyjnego. | Tak  |  |  |
|  | Podgląd wszystkich parametrów technicznych w czasie zabiegu.  | Tak  |  |  |
|  | Oprogramowanie i instrukcja w języku polskim | Tak  |  |  |
|  | Zasilanie awaryjne (min. 15 minut)  | Parametr oceniany |  | Zasilanie awaryjne do 15 min. – 1 pkt.Zasilanie awaryjne pow. 15 min. – 5 pkt. |
|  | Filtr płynu dializacyjnego (ultrafiltr)  | Tak  |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia tętniczego krwi pacjenta za pomocą mankietu  | Tak  |  |  |
|  | Aparat wyposażony w półkę na dezynfektant  | Tak  |  |  |
|  | Pomiar Kt/V metodą on/line  | Tak  |  |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Tak  |  |  |
| **Uzdatniacz 1 stanowiskowy SDS** |
|  | System odwróconej osmozy przeznaczony do zasilania co najmniej 1 urządzenia do dializ | Tak  |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone minimum w system uzdatniania wstępnego, zbiornik wstępny poniżej 10L, pompę wysokociśnieniową, moduł procesu osmozy | Tak, podać |  |  |
|  | Wydajność pompy minimum 300l/h (przy ciśnieniu do 8/14 bar) | Tak, podać |  |  |
|  | Zasilanie urządzenia wodą kranową | Tak  |  |  |
|  | Zakres ciśnienia wejściowego, minimum 3,5-6,0 bar | Tak  |  |  |
|  | Zakres temperatury wejściowej, minimum 5-35°C | Tak  |  |  |
|  | Zasilanie elektryczne 230V/50Hz/16A | Tak  |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w podstawę jezdną pozwalającą na transport  | Tak  |  |  |
|  | Obsługa urządzenia za pomocą przycisków umieszczonych na górnej części obudowy | Tak  |  |  |
|  | Panel sterowania wyświetla stan systemu i informuje o nieprawidłowościach działania akustycznymi i wizualnymi sygnałami ostrzegawczymi | Tak  |  |  |
|  | Program automatycznej sanityzacji | Tak  |  |  |
|  | Główne elementy systemu hydraulicznego wykonane ze stali nierdzewnej | Tak  |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w manometr pokazujący ciśnienie wody zasilającej membranę i wody oczyszczonej. Przepływomierz wydalanej i czystej wody | Tak  |  |  |
|  | Proces recyrkulacji uruchamiany automatycznie podczas włączania i wyłączania | Tak  |  |  |
|  | Maksymalne wymiary urządzenia: 1000 mm x 400 mm x 400 mm | Tak  |  |  |
| **Warunki gwarancji** |
|  | Wymagana gwarancja – **24 miesiące** - zgodnie z warunkami określonymi w projekcie umowy | Tak |  |  |
|  | Do każdego urządzenia powinny być załączonenastępujące dokumenty:* Instrukcja w języku polskim
* Wykaz dostawców części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych - Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., Art. 90, ust. 3

Wykaz podmiotów obsługi serwisowej - Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., Art. 90, ust. ust. 4 | Tak |  |  |

\*)podać w przypadku innego, dopuszczonego rozwiązania/parametru oraz w przypadku parametru ocenianego.

 Data i podpis ………………………………