DZPZ/333/37PN/2020 Załącznik nr 9 do SIWZ

**Formularz parametrów wymaganych i ocenianych dla części nr 4**

**ECMO z wyposażeniem szt. 1**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru**  | **Spełnienie parametrów TAK/NIE**  | **Parametr oferowany\*)** | **Parametr oceniany - punktacja** |
| 1 | System do pozaustrojowej wymiany gazów ECMO/ECCO2R | **Tak, podać nazwę** |  |  |
| **2** | urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie starszy niż 2019 | **Podać**  |  |  |
| 3 | Zasilanie 230V/50 Hz | **Tak** |  |  |
| 4 | Dodatkowa możliwość zasilania 11 - 28 V DC | **Tak** |  |  |
| 5 | Urządzenie przystosowane do minimum transportu wewnątrzszpitalnego  | **Tak** |  |  |
| 6 | Zasilanie awaryjne – baterie Li-Ion 2 szt. ze wskaźnikiem naładowania – na min. 90 min. pracy przy obciążeniu 5,5 l/min | **Tak** |  |  |
| 7 | Możliwość wymiany baterii w trakcie pracy konsoli. | Parametr oceniany |  | **Nie – 0 pkt****Tak – 10 pkt** |
| 8 | Awaryjny napęd głowicy z własnym modułem sterującym i możliwością podłączenia do baterii | Parametr oceniany |  | **Nie – 0 pkt****Tak – 10 pkt** |
| 9 | Przepływomierz 3/8” z detekcją pęcherzyków powietrza | **Tak**  |  |  |
| 10 | Zintegrowany (wszystkie parametry na jednym) panel sterujący z ekranem dotykowym o przekatnej min 5 cali i o rozdzielczości min 1024x768 | **Tak** |  |  |
| 11 | Czujnik temperatury min. 1 szt. | **Tak** |  |  |
| 12 | Zakres przepływu w zakresie min.: (0,5 – 6) l/min | **Tak** |  |  |
| 13 | Pomiar ciśnienia metodą piezoelektryczną (bezkrwawą) w zakresie min. od - 400 do + 400 mmHg  | **Tak** |  |  |
| 14 | Możliwość automatycznej kontroli przepływu albo ciśnienia p1. | **Tak** |  |  |
| 15 | Prewencja przepływu zwrotnego bez stosowania mechanicznych zacisków  | **Tak, opisać** |  |  |
| 16 | Możliwość pomiaru min. 3 ciśnień | **Tak** |  |  |
| 17 | Możliwość pomiaru min. 1 temperatury | **Tak** |  |  |
| 18 | Żylna głowica pomiarowa (technologia : podczerwień, optyczna) monitoring poziomu min:* Hemoglobiny
* Hematokrytu
* saturacji krwi żylnej
* temperatura żylna

pomiar parametrów bezinwazyjny | Parametr oceniany |  | **Nie - 0 pkt****Tak – 10 pkt** |
| 19 | Oprogramowanie w języku polskim | **Tak** |  |  |
| 20 | Bezpłatna aktualizacja systemu do najnowszych wersji oprogramowania  | **Tak** |  |  |
| 21 | Podgrzewacz/schładzacz do systemów krążenia pozaustrojowego z regulacją temperatury wody (15 – 39) st. C z przyłączami kątowymi typu Hansen o długości min. 2 m. Masa urządzenia max. 17,5 kg bez węży i wody. | **Tak, podać producent, model,**  |  |  |
| 22 | Wózek jezdny ze statywem do instalacji wszystkich elementów systemu oraz z możliwością podłączenia min. 1 szt. butli z gazem | **Tak** |  |  |
| 23 | Mieszacz gazów tlen-powietrze dwuzakresowy. | **Tak , podać producent, model,**  |  |  |
| 24 | Procentowe ustawienie mieszaniny gazów FiO2., zakres pomiarowy: 21 – 100 % | **Tak** |  |  |
| 25 | Dwie skale przepływu mieszaniny gazów:od 100 ml/min do 1000 ml/min od 500 ml/min do 10 000 ml/min. | **Tak** |  |  |
| 26 | Węże przyłączeniowe, kompatybilne z posiadanym przez Zamawiającego systemem do podłączenia gazów. | **Tak** |  |  |
| 27 | Dostępność 4 rodzajów wymienników gazów (min. 1 rodzaj) – wymienić wszystkie | Parametr oceniany |  | **Nie – 0 pkt****Tak – 10 pkt** |
| 28 | Kompatybilny zestaw do prowadzenia procedury ECMO dla dorosłych, z powłoką heparynowo-albuminową. Czas użytkowania: min. 29 dni, przepływ krwi: 0,5 -7 l/min, powierzchnia wymiany gazowej min.: 1,8 m² – 2 sztuki | **Tak** |  |  |
| **Warunki gwarancji** |
| 29 | Wymagana gwarancja – **24 miesiące** - zgodnie z warunkami określonymi w projekcie umowy | **Tak** |  |  |
| 30 | Do każdego urządzenia powinny być załączone następujące 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 ………………………………