Załącznik nr 1.2

SPECYFIKACJA TECHNICZNA

WÓZEK REANIMACYJNY Z WYPOSAŻENIEM: DEFIBRYLATOREM I OPRZYRZĄDOWANIEM – 2 sztuki

Lp.	Wymagane funkcje / parametry	Wymogi	Odpowiedź TAK lub krótki opis (wg kolumny „Wymogi”)
1	2	3	4
I.	**Wózek reanimacyjny:**		
1.	Producent.	podać	
2.	Model / typ oferowanego urządzenia.	podać	
3.	Rok produkcji 2014.	TAK	
4.	Urządzenie fabrycznie nowe.	TAK	
5.	Klasa wyrobu medycznego.	podać	
6.	Obudowa z wysokiej jakości tworzywa, dopuszcza się elementy obudowy ze stali nierdzewnej.	TAK	
7.	Minimum 2 szuflady zamykane centralnie na klucz lub plombę, z przegrodami na leki ratujące życie, dodatkowa półka wysuwana spod blatu lub umieszczona na boku wózka składana do pionu.	TAK	
8.	Uchwyty na butle z tlenem o pojemności min. 2,7 litra – 2 sztuki.	TAK, podać	
9.	Reduktory do butli tlenowych z przyłączem DIN G 3/4", szybkozłączem typu AGA, regulatorem przepływu i ciśnieniomierzem – 2 sztuki.	TAK, podać	
10.	Wysięgnik kroplówki.	TAK	
11.	Kosz na odpady.	TAK	
12.	Obrotowe ramię z półką pod defibrylator.	TAK	
13.	Szuflada z tacką ze stali nierdzewnej.	TAK	
14.	Pojemnik lub szuflada na cewniki.	TAK	
15.	Płyta pod plecy do reanimacji.	TAK	
16.	Koła antyelektrostatyczne z blokadą, minimum jedno koło kierunkowe do łatwego manewrowania	TAK, podać	
II.	**Defibrylator:**		
1.	Producent.	podać	
2.	Model / typ oferowanego urządzenia.	podać	
3.	Rok produkcji 2014.	TAK	
4.	Urządzenie fabrycznie nowe.	TAK	
5.	Zasilanie 230V, 50Hz oraz zasilanie akumulatorowe	podać	
6.	Klasa wyrobu medycznego.	podać	
7.	Kardiowerter dwufazowy.	TAK	
8.	Tryb pracy ręczny i automatyczny.	TAK	
9.	Możliwość przeprowadzenia testów diagnostycznych aparatu przez Użytkownika.	TAK	
10.	Wewnętrzny akumulator rezerwowy.	TAK	
11.	Wskaźnik rozładowania akumulatora.	TAK	
12.	Wbudowany kolorowy monitor LCD.	TAK	
13.	Monitorowanie EKG poprzez łyżki defibrylacyjne i odrębne elektrody monitorujące (3 i 5 odprowadzeń).	TAK	
14.	Możliwość wydruku raportu po akcji reanimacyjnej.	TAK	
15.	Alarmy dla granicznych częstości akcji serca.	TAK	

16.	Wybór poziomu energii wyładowania w zakresie: min. **2-360 J**, możliwość konfiguracji przez użytkownika sekwencji kolejnych poziomów wyładowań, konfiguracja pediatryczna.	TAK, podać	
17.	Synchronizowana kardiowersja – wyładowanie energii w czasie nie dłuższym niż **60 ms** od szczytu zespołu QRS.	TAK, podać	
18.	Czas ładowania do energii 360J przy całkowicie naładowanym akumulatorze: poniżej **7 s**.	TAK, podać	
19.	Pomiar saturacji (SpO2) i tętna: • zakres pomiaru: **min. 1 – 100 %;** • zakres pomiarowy tętna: **min. 30 – 240 ud./min.**; • dokładność pomiaru w przedziale 80-100%: **min. ± 3 %.**	TAK, podać	
20.	Konfigurowalne alarmy nadzorowanych parametrów.	TAK	
21.	Zabezpieczenie przed impulsem defibrylatora.	TAK	
22.	Możliwość podpowiedzi ratownikowi schematu postępowania w języku polskim.	TAK	
23.	Stymulacja przezskórna z automatycznym powrotem parametrów stymulacji po defibrylacji: • tryb stymulacji: na żądanie lub ze stałą częstością; • amplituda impulsu prądu: **min. 0 – 200 mA**; • częstość impulsów: **40 – 170 imp./min**.	TAK, podać	
24.	Krótki czas ładowania akumulatorów z możliwością ładowania ciągłego.	TAK	
25.	Lekka konstrukcja – waga **max. 10 kg.**	TAK, podać	
II.1	**Wyposażenie:**		
1.	Łyżki wielorazowego użycia dla dorosłych – **2 komplety**.	TAK, podać	
2.	Akumulator – **2 komplety.**	TAK, podać	
3.	Ładowarka – zasilacz 230 V, 50Hz – **2 sztuki.**	TAK, podać	
4.	Kabel pacjenta EKG 3 odprowadzeniowy - **2 sztuki**. Kabel pacjenta EKG 5 odprowadzeniowy - **2 sztuki.**	TAK, podać	
5.	Czujnik pulsoksymetru dla dorosłych – **2 sztuki** wielokrotnego użycia**.**	TAK, podać	
6.	Układ elektrostymulacji serca – **2 komplety** z oprzyrządowaniem.	TAK, podać	
III.	**Laryngoskop:**		
1.	Producent.	podać	
2.	Model / typ oferowanego urządzenia.	podać	
3.	Rok produkcji 2014.	TAK	
4.	Urządzenie fabrycznie nowe.	TAK	
5.	Klasa wyrobu medycznego.	podać	
6.	Zasilanie bateryjne. Źródło zasilania umieszczone w rękojeści.	TAK	
7.	Halogenowe źródło światła.	TAK	
8.	Standardowe łyżki: • rozmiar 1 - **6 sztuk**, • rozmiar 2 - **12 sztuk**, • rozmiar 3 - **6 sztuk**.	TAK, podać	
9.	Szeroki zaczep łyżek.	TAK	
10.	Rękojeść średniej wielkości (ok. 30 mm średnicy).	TAK	

11.	Rurki intubacyjne min. 3 rozmiary – **po 20 sztuk** z każdego rozmiaru.	TAK, podać	
IV.	**Worek samorozprężny:**		
1.	Producent	podać	
2.	Model / typ oferowanego urządzenia	podać	
3.	Rok produkcji 2014	TAK	
4.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
5.	Klasa wyrobu medycznego	podać	
6.	Worek samorozprężny do wentylacji dorosłych.	TAK	
7.	Zawór bezpieczeństwa.	TAK	
8.	Wykonany z silikonu.	TAK	
9.	Możliwość sterylizacji w autoklawie.	TAK	
10.	Maski resuscytacyjne silikonowe, wielorazowego użytku: • nr 1 – **2 sztuki**, • nr 3 – **2 sztuki**, • nr 5 – **2 sztuki**.	TAK, podać	
V.	**Dokumentacja:**		
1.	Instrukcje obsługi w języku polskim oraz instrukcja oryginalna (j. angielski) – dostarczyć wraz z urządzeniem.	TAK	

Załącznik wskazuje minimalne wymagania zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

…….....

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania wykonawcy)