**Zestawienie parametrów technicznych**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia / model, typ, nr katalogowy |  |
| Producent |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Rok produkcji aparatu – nie wcześniej niż 2013r. |  |

|  |
| --- |
| **Uwaga:**  Parametry z wpisanym słowem ‘Tak’ w kolumnie „Wartość wymagana” są wymogiem granicznym.  Oferty które nie spełniają tych wymagań zostaną odrzucone jako niezgodne z wymaganiami Zamawiającego. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **OPIS PARAMETRÓW** | Wartość wymagana | | Parametry oferowane przez wykonawcę /PODAĆ |
| **I** | **CERTYFIKATY JAKOŚCI** |  | |  |
| 1. | Wpis/zgłoszenie do rejestru Wyrobów Medycznych. | TAK | |  |
| 2. | Certyfikat CE. | TAK | |  |
| 3 | Aparat fabrycznie nowy rok produkcji 2013 | TAK | |  |
| **II** | **PRZEZNACZENIE RESPIRATORA** |  | |  |
| 4. | Respirator transportowo-stacjonarny dla dorosłych i dzieci | TAK | |  |
| **III** | **ZASILANIE RESPIRATORA** |  | |  |
| 5 | Zasilanie powietrzem z wewnętrznego kompresora lub turbiny | TAK | |  |
| 6. | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu | TAK | |  |
| 7. | Zasilanie AC 230V, 50 Hz | TAK | |  |
| 8. | Zasilanie DC 12 V | TAK | |  |
| 9. | Awaryjne zasilanie z akumulatora na min. 1 godzinę pracy. | TAK | |  |
| **IV** | **TRYBY WENTYLACJI** |  | |  |
| 10. | Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist | TAK | |  |
| 11. | Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV | TAK | |  |
| 12. | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | TAK | |  |
| 13. | Wentylacja nieinwazyjna | TAK | |  |
| 14. | Wentylacja awaryjna przy wystąpieniu bezdechu | TAK | |  |
| **V** | **RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO** |  | |  |
| 15 | Wdech manualny | TAK | |  |
| 16 | Oddech kontrolowany objętością VCV | TAK | |  |
| 17 | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | TAK | |  |
| 18 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV | TAK | |  |
| 19 | Westchnienia | | TAK |  |
| **VI** | **PARAMETRY REGULOWANE** | |  |  |
| 20 | Częstość oddechów min. 1-70 odd./min | | TAK |  |
| 21 | Objętość pojedynczego oddechu min. 50-1800ml | | TAK |  |
| 22 | Regulowany czas wdechu min. 0,3-3,0 s | | TAK |  |
| 23 | Ciśnienie wdechowe PCV min. 5-80 cmH2O | | TAK |  |
| 24 | Ciśnienie wspomagania PSV min. 5-60 cmH2O | | TAK |  |
| 25 | Ciśnienie PEEP/CPAP min. 0-40 cmH2O | | TAK |  |
| 26 | Przepływowy i ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta min. 1 -15 l/min | | TAK |  |
| 27 | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21 -100% | | TAK |  |
| **VII** | **OBRAZOWANIE I POMIARY PARAMETRÓW WENTYLACJI** | |  |  |
| 28 | Monitor (wbudowany) o przekątnej 8” +/- 10% dla obrazowania parametrów wentylacji | | TAK |  |
| 29 | Całkowita częstość oddychania min. 1-80 BMP | | TAK |  |
| 30 | PEEP min. 0-40 | | TAK |  |
| 31 | Całkowita objętość oddechowa min. 50-2000 ml | | TAK |  |
| 32 | Ciśnienie szczytowe PIP min 0-99 cmH20 | | TAK |  |
| 33 | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, w funkcji czasu, co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie monitora | | TAK |  |
| **VIII** | **ALARMY** | |  |  |
| 34 | Niskiej i wysokiej całkowitej objętości minutowej | | TAK |  |
| 35 | Wysokiego i niskiego ciśnienia w układzie oddechowym pacjenta | | TAK |  |
| 36 | Wysokiej i niskiej częstości oddechowej | | TAK |  |
| 37 | Przecieku | | TAK |  |
| 38 | Bezdechu z regulacją czasu obserwacji | | TAK |  |
| **IX** | **INNE POSIADANE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE** | |  |  |
| 39 | Jednorazowy układ oddechowy -10 szt. | | TAK |  |
| 40 | Wskaźnik naładowania akumulatora wewnętrznego | | TAK |  |
| 41 | Możliwość pracy w środowisku MRI | | TAK |  |
| **X** | **POZOSTAŁE** | |  |  |
| 42 | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z Aparatem) | | TAK |  |
| 43 | Przeszkolenie personelu | | TAK |  |
| 44 | Gwarancja min .12 mies | | TAK  Podać |  |
| 45 | Siedziba serwisu na terenie Polski | | TAK podać adres |  |

Oświadczam, że zaoferowany przez nas sprzęt jest produkowany seryjnie (nie modyfikowany pod potrzeby przedmiotu zamówienia) i spełnia wszystkie wymagania określone w niniejszym załączniku.

Miejscowość ........................................... data .......................

...........................................................

(pieczątka i podpis wykonawcy

lub osoby upoważnionej)