##  Załącznik nr 2-59 ZOZ/DZP/PN/16/18

## ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Aparat do ciągłych zabiegów nerkozastępczych i plazmaferezy** 3 szt (dzierżawa)

|  |
| --- |
| Producent/kraj: |
| Model aparatu |
| **L.P.** | **Warunki wymagane i podlegające ocenie** | **Wartość wymagana****TAK/NIE** | **Wartość oferowana. Potwierdzenie parametru, numery katalogowe**  |
|  | **Parametry ogólne** |  |  |
| 1. | Rok produkcji 2017 lub 2018, urządzenie fabrycznie nowe lub używane nie dłużej niż 12 miesięcy | Tak |  |
| 2 | Wykonywane zabiegi: SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, TPE, HP | Tak |  |
| 3 | Funkcja wykonania zabiegu hemofiltracji z równoczesną PRE i POST dylucją z wykorzystaniem antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej  | Tak |  |
| 4 | Funkcja wykonania zabiegu hemodiafiltracji z równoczesną PRE i POST dylucją z wykorzystaniem antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej | Tak |  |
| 5 | Funkcja wyboru dylucji: przed filtrem lub za filtrem  | Tak |  |
| 6 | Pompa krwi | Tak |  |
| 7 | Pompa i waga antykoagulantu cytrynianowego lub dodatkowego płynu suplementującego | Tak |  |
| 8 | Pompa i waga dializatu  | Tak |  |
| 9 | Pompa i waga substytucji  | Tak |  |
| 10 | Pompa i waga ściekowa  | Tak |  |
| 11 | Pamięć zdarzeń co najmniej 90 godzin | Tak |  |
| 12 | Układ podgrzewający krew wracającą do pacjenta, zakres temp. 33-43 st. C | Tak |  |
| 13 | Graficzne monitorowanie wszystkich ciśnień podczas zabiegu  | Tak |  |
| 14 | Funkcja wprowadzenia danych pacjenta (imię, nazwisko, waga, hematokryt) | Tak |  |
| 15 | Pomiar ciśnień: pobierania krwi, filtra, zwrotu krwi, odpływu, z filtra, spadku ciśnienia na filtrze oraz TMP | Tak |  |
| 16 | Automatyczna identyfikacja założonego filtra | Tak |  |
| 17 | Automatyczna identyfikacja punktu pracy (dostępu naczyniowego) - praca na dodatnim lub ujemnym ciśnieniu dostępu  | Tak |  |
| 18 | Zacisk bezpieczeństwa na drenie powrotnym | Tak |  |
| 19 | Czujnik przecieku krwi  | Tak |  |
| 20 | Czujnik obecności powietrza we krwi | Tak |  |
| 21 | Kolorowy ekran dotykowy min. 12’’ | Tak |  |
| 22 | Złącza RS232/ Ethernet lub USB do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi  | Tak |  |
| 23 | Zintegrowana pompa strzykawkowa do podaży heparyny bądź wapnia wbudowana w aparat | Tak |  |
| 24 | Uniwersalny zestaw dla dorosłych umożliwiający wykonanie wszystkich rodzajów terapii CRRT przy antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej, objętość krwi w drenach i filtrze max 210 ml | Tak |  |
| 25 | Dostępność pediatrycznych zestawów do zabiegów nerkozastępczych o wypełnieniu max 70 ml | Tak |  |
| 26 | Zabezpieczenie przed zakłócaniem przez aparat sygnału EKG i EEG | Tak |  |
| 27 | Współpraca urządzenia z aparatem do sztucznego wspomagania wątroby metodą albuminową MARS | Tak |  |
| 28 | Możliwość zastosowania zestawu z filtrem powleczonym heparyną, umożliwiającym eliminację endotoksyn | Tak |  |
| 29 | Regulacja poziomu w komorze odpowietrzającej | Tak |  |
| 30 | Hamulec bądź blokowane koła aparatu | Tak |  |
| 31 | Możliwość rozbudowy aparatu o wymiennik krew-gaz do eliminacji dwutlenku węgla podczas ciągłych terapii nerkozastępczych Zasady oceny punktowej:- NIE – 0 pkt, - TAK – 10 pkt | Podać |  |
| 32 | Możliwość rozbudowy aparatu do jednoczesnego poboru 30 litrów płynów z 3 wag Zasady oceny punktowej:- NIE – 0 pkt.- TAK – 10 pkt | Podać |  |
| 33 | Zestawy do terapii CRRT oraz do TPE połączone fabrycznie z filtrem i drenami, bez konieczności montażu poszczególnych elementów Zasady oceny punktowej:- NIE – 0 pkt. - TAK – 10 pkt | Podać |  |

|  |
| --- |
| **WARUNKÓW GWARANCJI I SERWISU ORAZ SZKOLENIE** |
| 1 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii (nie dłużej niż 48 godz.)Zasady oceny punktowej:Reakcja do 24 h – 10 pktReakcja do 48 h – 0pkt  | Tak/Podać |  |
| 2 |  Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu podjęcia naprawy - 48 godzin | Tak |  |
| 3 |  Jeżeli czas naprawy będzie trwał dłużej niż 3 dni, Zamawiający wymaga dostarczenia aparatu zastępczego o parametrach niegorszych niż oferowany. | Tak |  |
| 4 | Wydzierżawiający w okresie trwania umowy zobowiązany jest do wykonania bez dodatkowy kosztów po stronie Zamawiającego przeglądów okresowych oraz konserwacji profilaktycznej sprzętu z wymianą zestawów części zużywalnych (z częstotliwością zgodną z zaleceniami producenta) oraz aktualizacje oprogramowania przez autoryzowany przez producenta serwis oraz pracowników przeszkolonych w zakresie usług serwisowych, (aktualne szkolenia potwierdzone certyfikatem). Podać ilość punktów serwisowych w Polsce, ich siedzibę oraz sposób kontaktu (tel, fax, e-mail) | Podać |  |
| 5 | Wraz z urządzeniem należy dostarczyć paszport techniczny, instrukcje obsługi w języku polskim; | Tak |  |
| 6 | Przeprowadzenie bezpłatnego szkolenia użytkowników pracujących w trybie zmianowym w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu w zakresie obsługi aparatu, dodatkowo potwierdzone certyfikatem w siedzibie Zamawiającego | Tak |  |

**Uwagi** :

1. Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych (wymaganych) skutkować będzie odrzuceniem oferty.

2. Oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia podanych przez oferenta parametrów w dostępnych materiałach technicznych lub u producenta w przypadku powstania wątpliwości co do ich prawdziwości.

**Oświadczamy**, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenia są kompletne i będą po montażu i zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

 ……………….data…………………. ……………………………….

 Podpis

 osoby/osób upoważnionej