**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 | TAKPodać  |  |
| 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)