Numer referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **DZ/DZ-TPbn-381-2-6/26**

Załącznik nr 3.2 do SWZ

**Zadanie 2 – Pompa infuzyjna ze stojakiem**

**Parametry techniczne**

| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Wartość**  **wymagana** | **Parametry Oferowane**  **(należy potwierdzić spełnianie wymagań poprzez „TAK” lub tam gdzie to wymagane podać posiadane parametry)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **POMPA OBJĘTOŚCIOWA ( 4 szt.)** | | | |
| **Informacje ogólne** | | | |
|  | Producent/kraj | TAK, podać |  |
|  | Model/Typ | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe (rok produkcji nie wcześniej niż 2025), kompletne i gotowe do użycia – bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego | TAK, podać |  |
|  | Sprzęt zgodny z Rozporządzeniem 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych (MDR) bądź zgodne z Dyrektywą Rady 93/42/EEC (MDD) wraz z późniejszymi przepisami przejściowymi, potwierdzone deklaracją zgodności i/lub certyfikatem CE (w zależności od klasy wyrobu medycznego) oraz stosownymi oświadczeniami (jeśli wymaga) | TAK,  załączyć dokumenty potwierdzające opisane w rozdziale VII ust. 1 pkt. 3) SWZ |  |
|  | Urządzenie zgodne z Dyrektywą RoHS w sprawie ograniczenia stosowania niektórych niebezpiecznych substancji w sprzęcie elektrycznym i elektronicznym | TAK, załączyć dokumenty potwierdzające opisane w rozdziale VII ust. 1 pkt. 3) SWZ |  |
|  | Producent urządzenia spełnia normę środowiskową PN-EN ISO 14001 lub równoważną | TAK/NIE\*  Parametr punktowany:  Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt  \* W przypadku odpowiedzi twierdzącej załączyć dokumenty opisane w rozdziale VII ust. 1 pkt 3) SWZ. |  |
|  | Dostępność części zamiennych i serwisu zadeklarowana przez producenta min. 7 lat | TAK, **podać liczbę lat** oraz dołączyć dokumenty opisane w rozdziale VII ust. 1 pkt 3) SWZ.  Parametr punktowany:  ≥ 10 lat – 3 pkt  8-9 lat – 2 pkt  7 lat – 0 pkt |  |
|  | Opakowanie jednostkowe wyrobu pochodzi z materiałów nadających do recyklingu | TAK / NIE |  |
| **Parametry podstawowe** | | | |
| **Pompa objętościowa kompatybilna z posiadanymi przez Zamawiającego stacjami BBraun SpaceStation** | | | |
|  | Pompa objętościowa do podawania dożylnego, dotętniczego i dojelitowego sterowana elektronicznie | TAK |  |
|  | Możliwość podaży preparatów krwiopochodnych | TAK |  |
|  | Pompa do podawania cytostatyków przy użyciu odpowiedniego zestawu do przetoczeń, oraz leków światłoczułych przy zastosowaniu odpowiedniego zestawu do przetoczeń | TAK |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie pomp ze sobą i współpraca ze dedykowaną stacją dokującą. Możliwość połączenia ze sobą min 3 pomp na jeden uchwyt | TAK |  |
|  | Pompa kompatybilna z posiadanymi przez zamawiającego stacjami dokującymi BBRAUN SPACE STATION | TAK |  |
|  | Błąd podaży nie więcej niż 5% | TAK  (podać) |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego, czas działania z akumulatora min 6 godzin przy prędkości infuzji 100ml/h | TAK  (podać) |  |
|  | Zasilacz zewnętrzny, nie wbudowany w pompę.  Do każdej pompy dodatkowo 1 zasilacz zapasowy (łącznie 2 szt. na 1 pompę) | TAK |  |
|  | Masa pompy poniżej 1,5 kg | TAK  (podać) |  |
|  | Wymiary:  Szerokość 220mm (+/- 10mm)  Wysokość 70mm (+/-10mm)  Głębokość 130mm (+/-10mm) | TAK  (podać) |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych. Każda pompa wyposażona w odłączalny uchwyt | TAK |  |
|  | Podświetlany ekran i przyciski | TAK |  |
|  | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem | TAK |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | TAK |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji wg mg, µg, IE lub mmol,  - z uwzględnieniem masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)  - bez uwzględnienia masy ciała w odniesieniu do czasu | TAK |  |
|  | Czujnik ciśnienia okluzji, możliwość ustawienia co najmniej 8 poziomów alarmu okluzji | TAK (podać) |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 1200 ml/h. Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 do 99,99 ml/h programowana co 0,01 ml/h | TAK  (podać) |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBI) min. 0,1 - 9999 ml | TAK  (podać) |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |
|  | Bolus o określonej objętości. Bolus podawany na żądanie | TAK |  |
|  | Możliwość precyzyjnej podaży z lub bez czujnika kropli | TAK |  |
|  | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia przez użytkownika | TAK |  |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej lub procentowej | TAK |  |
|  | Akustyczno – optyczny system alarmów i ostrzeżeń | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1 min – 99:59 godzin | TAK  (podać) |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb TCI | TAK |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA | TAK |  |
|  | Detektor powietrza umieszczony w pompie, kontrolujący powietrze w drenie | TAK |  |
|  | Bieżące wskazanie procentowe, lub znak graficzny informujący o stopniu naładowania akumulatora, wyświetlane na ekranie pompy. | TAK  (podać) |  |
|  | Dedykowany stojak | TAK |  |
| **POMPA STRZYKAWKOWA (1 szt.)** | | | |
| **Informacje ogólne** | | | |
|  | Producent/kraj | TAK, podać |  |
|  | Model/Typ | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe (rok produkcji nie wcześniej niż 2025), kompletne i gotowe do użycia – bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego | TAK, podać |  |
|  | Sprzęt zgodny z Rozporządzeniem 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych (MDR) bądź zgodne z Dyrektywą Rady 93/42/EEC (MDD) wraz z późniejszymi przepisami przejściowymi, potwierdzone deklaracją zgodności i/lub certyfikatem CE (w zależności od klasy wyrobu medycznego) oraz stosownymi oświadczeniami (jeśli wymaga) | TAK,  załączyć dokumenty potwierdzające opisane w rozdziale VII ust. 1 pkt. 3) SWZ |  |
|  | Urządzenie zgodne z Dyrektywą RoHS w sprawie ograniczenia stosowania niektórych niebezpiecznych substancji w sprzęcie elektrycznym i elektronicznym | TAK, załączyć dokumenty potwierdzające opisane w rozdziale VII ust. 1 pkt. 3) SWZ |  |
|  | Producent urządzenia spełnia normę środowiskową PN-EN ISO 14001 lub równoważną | TAK/NIE\*  Parametr punktowany:  Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt  \* W przypadku odpowiedzi twierdzącej załączyć dokumenty opisane w rozdziale VII ust. 1 pkt 3) SWZ. |  |
|  | Dostępność części zamiennych i serwisu zadeklarowana przez producenta min. 7 lat | TAK, **podać liczbę lat** oraz dołączyć dokumenty opisane w rozdziale VII ust. 1 pkt 3) SWZ.  Parametr punktowany:  ≥ 10 lat – 3 pkt  8-9 lat – 2 pkt  7 lat – 0 pkt |  |
| **Parametry podstawowe** | | | |
| **Pompa strzykawkowa kompatybilna z posiadanymi przez Zamawiającego stacjami BBraun SpaceStation** | | | |
|  | Pompa strzykawkowa, sterowana elektronicznie | TAK |  |
|  | Strzykawka mocowana od przodu | TAK |  |
|  | Wymiary:  Szerokość 250 mm (+/- 10 mm)  Wysokość 70 mm (+/- 10mm)  Głębokość 150 mm (+/- 10 mm) | TAK, podać |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rury pionowej i poziomej. Każda pompa wyposażona w uchwyt do przenoszenia. Współpraca pomp z dedykowaną stacją dokującą na min. 4 pompy | TAK |  |
|  | Pompa kompatybilna z posiadanymi przez zamawiającego stacjami dokującymi BBRAUN SPACE STATION | TAK |  |
|  | Podświetlany ekran i przyciski. Obudowa pompy umożliwiająca podgląd strzykawki, bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |
|  | Błąd podaży nie więcej niż 5% | TAK |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego, czas działania z akumulatora min 8 godzin przy prędkości infuzji 25ml/h. Zasilacz zewnętrzny, nie wbudowany w pompę.  Do każdej pompy dodatkowo 1 zasilacz zapasowy (łącznie 2 szt. Na 1 pompę) | TAK, podać |  |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany | TAK |  |
|  | Różne tryby infuzji: Piggy-Back, wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki | TAK |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | TAK |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w min. mg, µg, IE lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np.: mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | TAK |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości min. 2/3,5,10,20,50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów | TAK |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h  Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 – 99,99 ml/h programowana co 0,01ml | TAK, podać |  |
|  | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia przez użytkownika | TAK |  |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej lub procentowej | TAK |  |
|  | Bolus o określonej objętości. Bolus podawany na żądanie | TAK |  |
|  | Prędkości bolusa min:  Dla strzykawki o poj. 3 ml – 1 – 150 ml/h  Dla strzykawki o poj. 5 ml – 1 – 300 ml/h  Dla strzykawki o poj. 10 ml – 1 – 500 ml/h  Dla strzykawki o poj. 20 ml – 1 – 800ml/h  Dla strzykawki o poj. 30 ml – 1 – 1200 ml//h  Dla strzykawki o poj 50/60 ml – 1 – 1800ml/h | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru co najmniej 8 poziomów alarmu okluzji | TAK |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBI) w zależności od rodzaju (objętości) zastosowanej strzykawki | TAK |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1 min – 99:59 godzin | TAK |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min 500 leków, z możliwością podzielenia na grupy | TAK |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie pomp ze sobą i współpraca ze dedykowaną stacją dokującą. Możliwość połączenia ze sobą min 3 pomp na jeden uchwyt | TAK |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryby TCI, PCA, żywieniowy | TAK |  |
|  | Akustyczno – optyczny system alarmów i ostrzeżeń | TAK |  |
|  | Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu | TAK |  |
|  | Bieżące wskazanie procentowe, lub znak graficzny informujący o stopniu naładowania akumulatora, wyświetlane na ekranie pompy | TAK |  |
|  | Masa pompy poniżej 2 kg | TAK, podać |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Dedykowany stojak | TAK |  |
| **GWARANCJA I SERWIS** | | | |
|  | Gwarancja min. 36 miesięcy, nie krótsza jednak niż udzielana przez producenta | TAK, podać |  |
|  | W okresie gwarancji przeglądy gwarancyjne zgodnie z zaleceniami producenta wraz ze wszystkimi częściami niezbędnymi do wykonania przeglądów  W okresie gwarancji Zamawiający wymaga wykonania co najmniej 1 przeglądu w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK  Podać częstotliwość przeglądów |  |
|  | Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia szkolenia użytkowników w zakresie obsługi i konserwacji oferowanego urządzenia | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego z zakresu obsługi technicznej i konserwacji | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia szkolenia z zasad postępowania z urządzeniem minimalizujących zużycie energii elektrycznej | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim – dostarczona wraz z urządzeniem w formie papierowej oraz elektronicznej | TAK |  |

**Wymagane parametry techniczne określone przez Zamawiającego w niniejszym druku są warunkami granicznymi. Nie spełnienie nawet jednego z ww. wymagań spowoduje odrzucenie oferty** **– nie dotyczy punków w których Zamawiający przewidział odpowiedź „NIE”.**

dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.