***Załącznik nr 1 do postępowania nr 5/2025***

***ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH***

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**OŚWIADCZAMY, ŻE OFERUJEMY:**

Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

Respirator mobilny sztuk 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagania Techniczne | Wartość Wymagana | Wartość Oferowana |
| I | Dane Ogólne |  |  |
|  | Wykonawca / Producent | Tak, podać |  |
|  | Nazwa, Typ I Model Urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Kraj Pochodzenia | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, r. prod. 2025 | Tak, podać |  |
|  | Oświadczenie, że aparat posiada Dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu na terenie Polski i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010r., o wyrobach medycznych (tj. Dz. U.2017 poz. 211). Certyfikat CE/deklaracja zgodności, potwierdzenie spełnienia wymagań normy IEC60601-1  Oświadczenie załączyć do oferty.  Dokumenty przedstawić na wezwanie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
| II | Parametry techniczne |  |  |
| A | Tryby wentylacji min: |  |  |
|  | A/C-PC: wentylacja wspomagana (kontrola ciśnienia) | Tak, podać |  |
|  | A/C-VC: wentylacja wspomagana (kontrola objętości) | Tak, podać |  |
|  | CPAP: stałe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | Tak, podać |  |
|  | PSV: wentylacja wspomagana ciśnieniowo | Tak, podać |  |
|  | S/T: wentylacja spontaniczna synchronizowana | Tak, podać |  |
|  | SIMV-PC: synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona(kontrola ciśnienia) | Tak, podać |  |
|  | SIMV-VC: synchroniczna, przerywana wentylacja wymuszona (kontrola objętości) | Tak, podać |  |
|  | AVAPS-AE | Tak, podać |  |
|  | MPV-PC: wentylacja z ustnikiem (kontrola ciśnienia) | Tak, podać |  |
| B | Parametry fizyczne |  |  |
|  | Wymienny moduł wentylacyjny | Tak, podać |  |
|  | Masa maks. 5,5 kg — sam respirator | Tak, podać |  |
|  | Wielkość Bez blendera tlenu: maks. 16,5 cm (gł.) x 29 cm (szer.) x 25 cm (wys.) | Tak, podać |  |
|  | Wymiary ekranu min. 8”, 20,32 cm | Tak, podać |  |
|  | Stopień ochrony min. IP22 przy wychyleniu obudowy 15 stopni +/-2 o | Tak, podać |  |
|  | Widok ustawień i monitorowania na tym samym ekranie | Tak, podać |  |
|  | Skalowane interfejsy | Tak, podać |  |
|  | Łączność za pomocą 4G lub USB: Pobieranie i analiza szczegółowych danych wraz ze statystykami, przebiegami i grafiką trendów. | Tak, podać |  |
|  | Torba transportowa | Tak, podać |  |
|  | Min. 2 kompletne układy oddechowe | Tak, podać |  |
|  | Adapter układu przeciekowego lub rozwiązanie równoważne czyli konstrukcja umożliwiająca współpracę z obwodami przeciekowymi bez konieczności zakupu dodatkowych akcesoriów | Tak, podać |  |
|  | Adapter układu 2-ramiennego | Tak, podać |  |
|  | Zasilacz | Tak, podać |  |
|  | Akumulator wewnętrzny, czas pracy na akumulatorze min. 4 godz. | Tak, podać |  |
|  | Mobilna podstawa jezdna z kołami, min. 2 funkcja blokady oraz koszykiem na akcesoria | Tak, podać |  |
| C | Mierzone i wyświetlane parametry pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Minimalna masa pacjenta maks. 3,5 kg | Tak, podać |  |
|  | Objętość oddechowa (Vti lub Vte) min. od 0 do 2000 ml |  |  |
|  | Wentylacja minutowa (MinVent) min. od 0 do 30 l/min | Tak, podać |  |
|  | Wartość przecieku min. od 0 do 200 l/min | Tak, podać |  |
|  | Częstość oddechów (RR) min. od 0 do 90 odd./min | Tak, podać |  |
|  | Szczytowy przepływ wdechowy (PIF) min. od 0 do 200 l/min | Tak, podać |  |
|  | Szczytowe ciśnienie wdechowe (PIP) min. od 0 do 90 cmH2O | Tak, podać |  |
|  | Średnie ciśnienie w drogach oddechowych min. od 0 do 90 cmH2O | Tak, podać |  |
|  | Odsetek oddechów wyzwalanych spontanicznie (%Spont Trig) min. od 0 do 100% | Tak, podać |  |
|  | Stosunek wdechów do wydechów min. od 9,9:1 do 1:9,9 | Tak, podać |  |
|  | Wartość dynamiczna podatności (Dyn C) min. od 1 do 100 ml/cmH2O | Tak, podać |  |
|  | Wartość dynamiczna oporu (Dyn R) min. od 5 do 200 cmH2O/l/s | Tak, podać |  |
|  | Wartość dynamiczna ciśnienia plateau (Dyn Pplat)  Min. od 0 do 90 cmH2O | Tak, podać |  |
|  | Auto-PEEP min. od 0 do 20 cmH2O | Tak, podać |  |
| D | Tlenoterapia | Tak, podać |  |
|  | Niski przepływ min. od 0 do 30 l/min; maks. 10 psi | Tak, podać |  |
| E | Alarmy | Tak, podać |  |
|  | Ciśnienie wdechowe min. 1-90 cmH2O | Tak, podać |  |
|  | Objętość oddechowa WYŁ., zakres min. 10-2000 ml | Tak, podać |  |
|  | Wentylacja minutowa WYŁ., zakres min. 0,2-30 l/min | Tak, podać |  |
|  | Częstość oddechów WYŁ., zakres min. 1-90 odd./min | Tak, podać |  |
|  | Odłączenie obwodu WYŁ., maks. 5-60 s` | Tak, podać |  |
|  | Interwał bezdechu 5-60 s +/-1 s | Tak, podać |  |
|  | Brak wyzwalania WYŁ., zakres min. 0,5-15 min (tylko w przypadku MPV) | Tak, podać |  |
| F | Układ sterowania | Tak, podać |  |
|  | AVAPS z obwodem pasywnym | Tak, podać |  |
|  | Tryb min. PSV, S/T i A/C-PC | Tak, podać |  |
|  | Objętość oddechowa min. 35-2000 ml — obwody dwuramienny i z aktywnym przepływem, min. 50-2000 ml — obwody pasywny oraz aktywny PAP | Tak, podać |  |
|  | Częstość oddychania min. 0-80 oddechów na minutę | Tak, podać |  |
|  | Czas wdechu min. 0,3-5,0 s | Tak, podać |  |
|  | PEEP, min. 0-35 cmH20 dla obwodów aktywnych, min. 3-25 cmH20 dla obwodów pasywnych | Tak, podać |  |
|  | Czas narastania maks. 0-6 | Tak, podać |  |
|  | EPAP/CPAP min. 3-25 cmH20 | Tak, podać |  |
|  | Wyzwalanie i cykle min:  Wył., AutoTrak, AutoTrak Sensitive, wyzwalany przepływem | Tak, podać |  |
|  | IPAP min. 3-60 cmH20 | Tak, podać |  |
|  | Czułość wyzwalania przepływu min. 0,5-9 l/min | Tak, podać |  |
|  | Wspomaganie ciśnieniowe/ kontrola ciśnienia min. 0-60 cmH20 | Tak, podać |  |
|  | Czułość wyzwalania cyklu oddechowego min.  od 10 do 90% przepływu szczytowego | Tak, podać |  |
|  | Wzorzec przepływu min. Kwadratowy, Narastający | Tak, podać |  |
|  | Min./maks. czas wdechu min. 0,3-3,0 s | Tak, podać |  |
|  | Wentylacja w czasie bezdechu (back-up ventilation)WŁ. – WYŁ | Tak, podać |  |
| IV | Wymagania dodatkowe nieodpłatne |  |  |
|  | Wyposażenie we *w*szystkie akcesoria i elementy niezbędne do pracy bez konieczności dodatkowych zakupów w celu użytkowania i pełnego wykorzystywania wszystkich w/w funkcji | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez zamawiającego czas reakcji serwisu | Tak, podać |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim – 1 szt/1oraz 1 egzemplarz w wersji elektronicznej | Tak, podać |  |
|  | Instalacja, montaż | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
|  | Wymagane przez producenta nieodpłatne przeglądy techniczne wraz z wymianą wszelkich części i zestawów serwisowych wykonane w ramach gwarancji o ile dotyczy. W przypadku braku konieczności wykonywania okresowych przeglądów technicznych załączyć oświadczenie | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
|  | Wymagane dokumenty:  Deklaracja zgodności CE (lub równoważne),  Certyfikat producenta dla Systemu Zarządzania wg. PN-EN ISO 14001 (lub równoważne) | Tak, załączyć |  |

Wartości oferowanych parametrów uzupełnić obligatoryjnie

Miejscowość, data Pieczęć i podpis Wykonawcy