

## Szczegółowy Opis Zamówienia

**Zestawienie wymaganych parametrów technicznych dla oferowanych dziesięciu respiratorów transportowych do wentylacji mechanicznej w zakresie opieki długoterminowej w domu pacjenta i pozostałymi akcesoriami do wypełnienia przez Wykonawcę i załączenia do oferty:**

Lp.	INFORMACJE O URZĄDZENIU/WYMAGANIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferenta TAK/NIE	Parametry oferowane (podać oferowane zakresy parametrów lub opisać funkcje aparatu)
<b>A</b>	<b>INFORMACJE O PRODUKCIE</b>			
1	Producent	Podać		
2	Model / Typ	Podać		
3	Kraj pochodzenia	Podać		
4	Data produkcji (nie wcześniej niż 01.01.2013)	Podać		
<b>B</b>	<b>CERTYFIKATY JAKOŚCI</b>			
1	Deklaracja CE	TAK Załączyć		
<b>C</b>	<b>PRZEZNACZENIE RESPIRATORA</b>			
1	Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia, zarówno inwazyjnej jak i nieinwazyjnej, przystosowany do stosowania w domu pacjenta	TAK		
2	Respirator przystosowany do wentylacji okresowej i ciągłej.	TAK		
3	Waga respiratora: maksymalnie 6,5 kg z akumulatorami	TAK Podać		
4	Respirator dla dorosłych	TAK		
<b>D</b>	<b>ZASILANIE RESPIRATORA</b>			
1	Własne zintegrowane źródło powietrza (turbina, tłok, kompresor) zapewniające ciągłe zasilanie respiratora w powietrze zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym	TAK		
2	Możliwość zasilania w tlen	TAK		
3	Zasilanie 230 VAC 50 Hz	TAK		
4	Akumulator pozwalający na podtrzymanie czynności respiratora na min. 4 godziny	Podać		
<b>E</b>	<b>TRYBY WENTYLACJI</b>			
1	Tryb wentylacji kontrolowanej ciśnieniowo	TAK		
2	Tryb wentylacji kontrolowanej objętościowo	TAK		
3	Tryb wentylacji mieszanej	TAK		
<b>F</b>	<b>RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO</b>			
1	Oddech kontrolowany ciśnieniem	TAK		
<b>G</b>	<b>RODZAJE ODDECHU SPONTANICZNEGO</b>			
1	CPAP Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych	TAK		
2	Spontaniczny, spontaniczno-czasowy	TAK		
<b>H</b>	<b>PARAMETRY REGULOWANE</b>			
1	Częstość oddechów	TAK		
2	Zakres objętości oddechowej	TAK		
3	EPAP	TAK		
4	IPAP	TAK		
5	Ti	TAK		
<b>I</b>	<b>MONITOR GRAFICZNY</b>			
<b>J</b>	<b>WYŚWIETLANE PARAMETRY WENTYLACJI:</b>			
1	Ciśnienie IPAP	TAK		
2	Frekwencja oddechów	TAK		

3	Pomiar rzeczywistej wydechowej objętości pojedynczego oddechu	TAK		
---	---	-----	--	--

<b>K</b>	<b>ALARMY</b>			
1	Alarm zaniku zasilania sieciowego	TAK		
2	Alarm nadmiernego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK		
3	Alarm rozłączenia układu	TAK		
4	Możliwość przeglądania zapamiętanych zaistniałych alarmów	TAK		
<b>L</b>	<b>POZOSTAŁE WYMAGANIA I WYPOSAŻENIE DODATKOWE:</b>			
1	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		
2	Szkolenie personelu w siedzibie Zamawiającego	TAK		
3	Paszport techniczny lub Karta Techniczna respiratora	TAK		
4	Paszport techniczny lub Karta Techniczna pulsoksymetru	TAK		
5	Szkolenie pacjenta w domu pacjenta	TAK		
6	Możliwość przeglądania parametrów wentylacji poprzez oprogramowanie analityczne.	TAK		
7	Protokół zdawczo – odbiorczy dla całego zestawu	TAK		
8	W przypadku braku konieczności wykonywania cyklicznych przeglądów opisanych w instrukcji urządzenia lub zawartych w opinii autoryzowanego serwisu – należy przynajmniej 1x roku wykonać przegląd prawidłowego funkcjonowania sprzętu w domu pacjenta, potwierdzony protokołem	TAK		
9	Karta pamięci minimum 4 GB	TAK		
<b>Ł</b>	<b>WYPOSAŻENIE DODATKOWE:</b>			
1	Filtry powietrza w układzie (ilość zgodna z zaleceniami producenta)	TAK		
2	Komplet rur rur, maski nosowe, nosowo – ustne ( ilość niezbędna do prawidłowej terapii pacjenta)	TAK		
<b>M</b>	<b>POZOSTAŁE AKCESORIA:</b>			
1	Worek samorozprężalny z zastawką jednokierunkową i maską twarzową	TAK		
2	Pusoksymetr	TAK		

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

## INFORMACJA O GWARANCJI I SERWISIE

1	Dostępność serwisu w wszystkie dni tygodnia (całodobowa telefoniczna)	TAK	
2	Czas oczekiwania na serwis (czas reakcji na dostarczenie pierwszego aparatu od momentu przesłania zawiadomienia do siedziby pacjenta)	-	24 godziny
3	Czas oczekiwania na serwis (czas reakcji na naprawy lub wymianę aparatu podany również w Formularzu oferty max 12 h)	Podać czas w godzinach	
4	Tel. /Fax./e-mail	Podać telefon / fax /e-mail	
5	Osoba do kontaktów	Podać osobę do kontaktu	
6	Podmiot serwisujący, adres serwisu	Podać dane kontaktowe	

Wykonawca zobowiązany jest zapewnić pełną obsługę serwisową wydierżawianych respiratorów. Serwis respiratorów wraz z wymianą podzespołów skalkulowany w cenie dzierżawy. Transport respiratorów do siedziby pacjenta skierowanego przez Szpital oraz w przypadku awarii (wymiany) zawarty w cenie dzierżawy.

Do obowiązków Wykonawcy wchodzi wymiana respiratora na zastępczy o takich samych parametrach w razie awarii, Wymiana taka nastąpić winna maksymalnie w ciągu 12 godzin od momentu zgłoszenia usterki, o ile w tym czasie awaria nie zostanie usunięta.

Wykonawca zobowiązuje się wymienić aparat na analogiczny o parametrach w przypadku wystąpienia trzykrotnej awarii danego aparatu w miesiącu.

Oświadczamy, że urządzenia tj. respiratory są kompletne i będą gotowe do pracy po zainstalowaniu bez dodatkowych zakupów ze strony zamawiającego

data

podpis i pieczęć Wykonawcy lub osoby upoważnionej