

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW MEDYCZNO-TECHNICZNYCH OFEROWANEGO ANALIZATORA BAKTERIOLOGICZNEGO

Nazwa / typ oferowanego aparatu.....Nazwa producenta.....

LP	Wymagane parametry medyczno-techniczne (niespełnienie wymagań może spowodować odrzucenie oferty).	Potwierdzenie o spełnieniu wymaganych parametrów TAK/NIE	Parametry proponowane przez oferenta (opisać)
1	Automatyczny analizator - (rok produkcji nie wcześniej niż 2011) sprawny technicznie po wykonanym przeglądzie	TAK/NIE	
2	Pełna automatyzacja wykonywania badań: inokulacja, inkubacja, odczyt, wydruk wyników	TAK/NIE	
3	Oprogramowanie w wersji graficznej	TAK/NIE	
4	Szeroki zakres identyfikacji drobnoustrojów: bakterie G dodatnie i ujemne, grzyby, beztlenowce, Neisseria, Haemophilus	TAK/NIE	
5	Czas identyfikacji 3-10 godzin, oznaczenia lekooporności 4 -12 godzin	TAK/NIE	
6	Wynik lekowrażliwości w MIC i kategoriach oporny, św i wrażliwy	TAK/NIE	
7	Oddzielne oznaczenia lekowrażliwości i identyfikacji	TAK/NIE	
8	Możliwość otrzymania antybiogramu na antybiotyki dostępne w Polsce	TAK/NIE	
9	Możliwość wprowadzania wyników preparatów oraz testów skriningowych np. katalaza, koagulaza	TAK/NIE	
10	Możliwość wprowadzania własnych komentarzy do wyników	TAK/NIE	
11	Zakres programu: rejestracja i archiwizacja wyników, rejestracja wyników wg formatu użytkownika, wydruk wyników wg formatu użytkownika, oddzielny program do kontroli i interpretacji testów wrażliwości, analiza statystyczna: liczbowa i możliwość interpretacji graficznej	TAK/NIE	
12	Przystosowanie aparatu do pracy w laboratoryjnym systemie informatycznym (protokół transmisji)	TAK/NIE	
13	Gwarancja producenta 36 miesięcy	TAK/NIE	
14	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK/NIE	
15	Czas reakcji serwisu w okresie gwarancyjnym max. 24 godziny od zgłoszenia	TAK/NIE	
16	Czas reakcji serwisu w okresie pogwarancyjnym max. 48 godziny od zgłoszenia	TAK/NIE	
17	W przypadku naprawy poza siedzibą Zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności	TAK/NIE	
18	Szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia	TAK/NIE	
19	Podłączenie do istniejącego systemu Prometeusz 2 w cenie dzierżawy	TAK/NIE	

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW MEDYCZNO-TECHNICZNYCH OFEROWANEGO AUTOMATYCZNEGO SYSTEMU DO HODOWLI DROBNOUSTROJÓW Z KRWI I PŁYNÓW USTROJOWYCH

Nazwa / typ oferowanego aparatu.....Nazwa producenta.....

L.p	Wymagane parametry medyczno-techniczne (niespełnienie wymagań może spowodować odrzucenie oferty).	Potwierdzenie o spełnieniu wymaganych parametrów TAK/NIE	Parametry proponowane przez oferenta (opisać)

1	Hodowla i detekcja wzrostu w obrębie jednego aparatu	TAK/NIE	
2	Ilość miejsc w aparacie 50-60	TAK/NIE	
3	Wykrywanie bakterii z krwi i płynów ustrojowych-potwierdzenie instrukcją użytkownika/metodyką techniczną (zgodnie z R.M.Z. z dnia 12.01.2011) w formie pisemnej dołączyć do oferty	TAK/NIE	
4	Wprowadzenie danych o numerze badania czytnikiem kodów paskowych	TAK/NIE	
5	Komputer do obsługi aparatu z oprogramowaniem w wersji graficznej (minimum rejestracja i wprowadzanie próbki-tworzenie i ich wydruk, podgląd próbki-tworzenie zestawień i ich wydruk, podgląd wykresu próby w trakcie wzrostu	TAK/NIE	
6	Podłoża kompletne bez konieczności dodawania substancji wzbogacających, umożliwiających wzrost drobnoustrojów dla standardowo pobieranych objętości krwi	TAK/NIE	
7	Hodowla bakterii i grzybów w tym samym podłożu	TAK/NIE	
8	Wizualna, jednoznaczna ocena wzrostu drobnoustrojów w podłożu preinkubowanym na podstawie zmiany zabarwienia czujnika/sensora w przypadku wyników dodatnich.	TAK/NIE	
9	Instrukcja obsługi aparatu w języku polskim	TAK/NIE	
10	Podłoża z inhibitorami antybiotyków	TAK/NIE	
11	Podłoża do posiewów w butelkach nietłukliwych, wykonanych z tworzywa sztucznego, uniemożliwiających pobicie w trakcie transportu oraz w trakcie pobierania materiału od pacjenta	TAK/NIE	
12	Przydatność butelek do użytkowania minimum 6 miesięcy	TAK/NIE	
13	Ciężar podłoża poniżej 100 gramów	TAK/NIE	
14	Certyfikat zgodności	TAK/NIE	
15	Możliwość preinkubacji w temperaturze pokojowej pobieranych materiałów do 24 h przed włożeniem do aparatu	TAK/NIE	
16	Swobodny dostęp do cel pomiarowych zdefiniowany przez użytkownika, a nie aparat	TAK/NIE	

17	Możliwość wyłączenia pojedynczych cel pomiarowych w razie awarii	TAK/NIE	
18	W przypadku naprawy poza siedzibą Zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności	TAK/NIE	
19	Bezpłatne uruchomienie urządzenia	TAK/NIE	
20	Zmiana czasu inkubacji pojedynczej próbki	TAK/NIE	
21	Zabezpieczenie danych przed ich utratą poprzez zgrywanie na zewnętrzny nośnik	TAK/NIE	
22	Wykonawca zapewni w cenie oferty obsługę serwisową na cały okres trwania umowy	TAK/NIE	
23	Adres najbliższego punktu serwisowego , numer telefonu lub fax	TAK/NIE	

UWAGI: Parametry określone jako TAK są warunkami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub ich niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Do oferty należy dołączyć materiały firmowe potwierdzające zgodność deklarowanych parametrów z danymi producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

Data.....

pieczęć i podpis oferenta.....