

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH **Aparat ultrasonograficzny z kolorowym dopplerem oraz wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy rok produkcji 2017 lub 2018.**

Nazwa/ typ urządzenia:

Producent:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

Lp	Wymagane parametry medyczno-techniczne/ GRUPA 1	Parametr wymagany TAK	Parametr oferowany	Punktacja	Przyznane pkt. (wypełnia Zamawiający)
I. KONSTRUKCJA I KONFIGURACJA					
1.	Aparat o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii, wygodnej obsłudze, ze zintegrowaną stacją roboczą i systemem archiwizacji oraz urządzeniami do dokumentacji, sterowanymi z klawiatury, posiadający technologię wyświetlania obrazów 3D wiązki w czasie rzeczywistym, na podstawie jezdnej	TAK			
2.	Aparat w pełni cyfrowy. Produkcja: rok 2017 lub 2018	TAK podać		2017 – 1pkt 2018 – 3pkt	
3.	Monitor HD, kolorowy, o przekątnej ekranu min. 15".	TAK podać		15" – 1pkt 16" – 2pkt Powyżej 16" – 3pkt	
4.	W zestawie min. sonda liniowa 3,5MHz sonda, convexa 5-10MHz (wypukła)	TAK			
5.	Technologia skanowania wielopromieniowego poprawiająca rozdzielczość i szybkość obrazowania	TAK			
6.	Technologia inteligentnego łączenia obrazów poprawiająca jakość obrazowania bez utraty szybkości	TAK			
7.	SRA (algorytm redukcji plam)	TAK			
8.	THI (obrazowanie harmoniczne tkanek)	TAK			
9.	I-image (inteligentna optymalizacja i obróbka obrazu)	TAK			
10.	Możliwość użytkowania przez kilku użytkowników	TAK			
11.	Optymalny system pomiarowy i raportowy przystosowany do szybkich przesyłów	TAK			
12.	Szybkie zapisywanie i przechowywanie obrazów na twardym dysku min. 300GB	TAK podać		300 – 1pkt 320 – 2pkt Powyżej 320 – 3pkt	
13.	Nagrywarka DVD-R/W	TAK			

14.	Min. 4 porty USB	TAK			
15.	Min. 3 złącza sond	TAK			
16.	Szybkie drukowanie drukarką cyfrową	TAK			
17.	Zastosowanie kliniczne min. diagnostyka jamy brzusznej, diagnostyka naczyniowa, diagnostyka małych narządów, pediatria, urologia, diagnostyka mięśniowo-szkieletowa	TAK			
II. Dane techniczne obrazowanie					
18.	Tryby B, 2B, 4B, B/M, M	TAK			
19.	Tryby CFM	TAK			
20.	Tryby PW	TAK			
21.	Doppler moc / kierunkowy PD	TAK			
22.	Tryby trapezoidalny	TAK			
23.	Chroma B/PW	TAK			
III. INNE					
24.	Szkolenie personelu w zakresie obsługi. Książkowa instrukcja obsługi w języku polskim	TAK			
25.	Gwarancja min. 24 miesięcy.	TAK		24 mies – 1pkt Powyżej 24mies – min. 6 mies - 2pkt	
26.	Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu maksymalnie 48godz. w okresie gwarancyjnym. Serwis adres, telefon	TAK podać			
27.	Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu maksymalnie 72godz. w okresie po gwarancyjnym. Serwis adres, telefon	TAK podać			
28.	W przypadku naprawy poza siedzibą Zamawiającego (powyżej 3 dni) zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności	TAK			

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte prospektem producenta załączonym do tabeli.
2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

.....
Czytelny/e podpis/y (imię nazwisko) osoby/osób
upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH **Aparat elektrochirurgiczny wraz z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy rok produkcji 2017 lub 2018.**

Nazwa/ typ urządzenia:

Producent:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

Lp	Wymagane parametry medyczno-techniczne/ GRUPA 2	Parametr wymagany TAK	Parametr oferowany	Punktacja	Przyznane pkt. (wypełnia Zamawiający)
I. KONSTRUKCJA I KONFIGURACJA					
1.	Aparat fabrycznie nowy, produkcja: rok 2017 lub 2018	TAK		2017 – 1pkt 2018 – 3pkt	
2.	Automatyczne dopasowanie mocy ciecienia (kontrola łuku w zależności od parametrów osprzętu, struktury i właściwości tkanki), kontrolowane procesorem min. 32-bitowym				
3.	Aparat odporny na impulsy defibrylacji	TAK			
4.	Panel sterowania z przyciskami podfoliowymi do regulacji parametrów – łatwy do utrzymania w czystości	TAK			
5.	Ręczna regulacja mocy maksymalnej w całym zakresie pracy aparatu dla ciecienia i koagulacji z regulacją co 1W lub mniejszym	TAK			
6.	System monitorujący poprawność aplikacji i stanu połączenia elektrody biernej z pacjentem	TAK			
7.	Automatyczne rozpoznanie podłączonej elektrody lub braku elektrody	TAK			
8.	Automatyczna kontrola funkcji aparatu po załączeniu do sieci i podczas zabiegu	TAK			
9.	Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna awarii z wyświetleniem kodu błędu	TAK			
10.	Wyświetlanie mocy: ciecienia monopolarnego, koagulacji monopolarnej, koagulacji bipolarnej, stopnia i poziomu hemostazy	TAK			
11.	Gniazda przyłączeniowe: min. dwa gniazda monopolarne, jedno gniazdo bipolarne, jedno gniazdo elektrody neutralnej	TAK			
12.	Wyświetlanie rodzaju programu lub menu generatora	TAK			
13.	Min. 4 programy pracy zaprogramowane przez producenta w jęz. polskim	TAK podać		4 – 1pkt Powyżej 4 – 3pkt	
14.	Możliwość zapamiętania min. 80 programów z opcją edycji parametrów, procedury lub operatora	TAK podać		80 – 1pkt Powyżej 80 – 3pkt	
15.	Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna różnych trybów pracy, różne sygnały dźwiękowe dla wszystkich trybów pracy z regulacją głośności	TAK			

16.	Znamionowa częstotliwość pracy diatermii 330kHz	TAK			
17.	Znamionowa impulsowa częstotliwość pracy diatermii 1MHz	TAK			
18.	Min. 10 stopni hemostazy dla ciecia monopolarnego	TAK podać		10 – 1pkt Powyżej 10 – 3pkt	
19.	Max. moc wyjściowa ciecia min. 300W	TAK podać		300 – 1pkt Powyżej 300 – 3pkt	
20.	Automatyczne ograniczenie mocy ciecia i koagulacji w programie Mikro do max. 30W	TAK			
21.	Max moc znamionowa koagulacji monopolarnej 120W +/-10% dla wszystkich dostępnych rodzajów koagulacji	TAK			
22.	Trzy rodzaje koagulacji monopolarnej – łagodna, forsowna, spray	TAK			
23.	Trzy tryby koagulacji forsownej: tnąca, nietnąca, mieszana	TAK			
24.	Możliwość symultanicznej koagulacji forsownej i spray (dwoma uchwytami jednocześnie) w co najmniej 3 programach	TAK			
25.	Max moc znamionowa koagulacji bipolarnej 120W	TAK			
26.	Ograniczenie mocy koagulacji bipolarnej w programie Mikro do max. 50W	TAK			
27.	Aktywacja koagulacji bipolarnej z funkcją autostart regulowaną z dokładnością co 0,05 sekundy w zakresie min. od 0,5s do 2,5s	TAK			
28.	Możliwość dodania opcjonalnych programów do gastroenterologii (polipektomii, papilotomii, koagulacji argonowej)	TAK			
29.	Możliwość integracji dodatkowych urządzeń chirurgicznych np. odsysacz dymu, przystawka argonowa	TAK			
30.	Uchwyt przytrzymujący kabel zabezpieczający przed wyrwaniem kabla z gniazda	TAK			
V. WYPOSAŻENIE, INNE					
31.	Wózek jezdny pod diatermię z koszykiem – 1szt	TAK			
32.	Podwójny włącznik nożny – 1szt	TAK			
33.	Uchwyt elektrody wąskiej z dwoma przyciskami, długość 155mm, do elektrod z trzonkiem sześciokątnym zabezpieczającym przed obrotem, z kablem o dł. 4-5m, możliwość min. 200 sterylizacji – 2szt	TAK			
34.	Elektroda nożowa, prosta, dł. 62mm, wymiary noża 2,6mm x 0,6mm x 13mm, możliwość min. 75 sterylizacji – 5szt	TAK			
35.	Kabel bipolarny do penset, dł. 4-5m, możliwość min. 300 sterylizacji – 1szt	TAK			

36.	Szczypce bipolarne, proste, dł. 160mm, końcówka 8mm x 1mm ze stali nierdzewnej, możliwość min. 75 sterylizacji – 1szt	TAK			
37.	Elektroda neutralna jednorazowego użytku, dzielona po obwodzie, powierzchnia 110cm ² , wymiary 122x174mm, podłoże wykonane z wodoodpornej pianki, hydrożel w części przewodzącej, dla dzieci powyżej 5kg i dorosłych - szt 100	TAK			
38.	Kabel do elektrod neutralnych, dł. 4-5m, od strony elektrody zakończony klipszem 2,5cm, od strony aparatu wtyczka z bolcem (REM), możliwość min. 300 sterylizacji – 2szt	TAK			
39.	Szkolenie personelu w zakresie obsługi. Książkowa instrukcja obsługi wraz z wykazem błędów w języku polskim	TAK			
40.	Gwarancja min. 24 miesięcy.	TAK		24 mies – 1pkt Powyżej 24mies – min. 6 mies - 2pkt	
41.	Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu maksymalnie 48godz. w okresie gwarancyjnym. Serwis adres, telefon	TAK podać			
42.	Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu maksymalnie 72godz. w okresie po gwarancyjnym. Serwis adres, telefon	TAK podać			
43.	W przypadku naprawy poza siedzibą Zamawiającego (powyżej 3 dni) zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności	TAK			

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte prospektem producenta załączonym do tabeli.
2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

.....
Czytelny/e podpis/y (imię nazwisko) osoby/osób
upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy