***Załącznik nr 1 do SIWZ***

Przedmiot zamówienia : Dostawa materiałów eksploatacyjnych oraz dzierżawa aparatów do ciągłej terapii nerkozastępczej

1. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

Producent : ...........................................................................................................................

Nazwa i typ : ...........................................................................................................................

Rok produkcji: nie starszy niż 2015 r.

Ilość : 2

Aparat do ciągłej terapii nerkozastępczej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p | Parametr: | Tak/Nie | Potwierdzenie (opis z instrukcji obsł): |
| 1 | Model |  |  |
| 2 | Producent |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia |  |  |
| 4 | Rok produkcji 2019 |  |  |
| 5 | Wykonywane zabiegi:  SCUF,CVVH,CVVHD,CVVHF,  Plazmafereza, Hemoperfuzja | TAK |  |
| 6 | Możliwość wykonania zabiegu HF z równoczesną PRE i POST dylucją | TAK |  |
| 7 | Możliwość wykonania zabiegu HDF z równoczesną PRE i POST dylucją | TAK |  |
| 8 | Pompa krwi | TAK |  |
| 9 | Dedykowana pompa i waga antykoagulantu cytrynianowego lub dodatkowego płynu suplementującego o dokładności kalibracji +/- 1g | TAK |  |
| 10 | Aktywna opcja antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej w zabiegach: SCUF, CVVHF, CVVHD, CVVHDF – z jednoczesną pre i postdylucją | TAK |  |
| 11 | Dedykowana pompa i waga dializatu o dokładności kalibracji +/-1g | TAK |  |
| 12 | Dedykowana pompa i waga substytucji o dokładności kalibracji +/-1g | TAK |  |
| 13 | Dedykowana pompa i waga ściekowa o dokładności kalibracji +/-1g | TAK |  |
| 14 | Obsługa aparatu w języku polskim | TAK |  |
| 15 | Pamięć zdarzeń do 90 godzin | TAK |  |
| 16 | Podgrzewacz krwi wracającą do pacjenta | TAK |  |
| 17 | Graficzne monitorowanie wszystkich ciśnień podczas zabiegu | TAK |  |
| 18 | Możliwość wprowadzenia danych pacjenta (imię, nazwisko, waga, hematokryt) | TAK |  |
| 19 | Pomiar ciśnień: pobierania krwi, filtra, zwrotu krwi, odpływu z filtra, spadku ciśnienia na filtrze oraz TMP | TAK |  |
| 20 | Automatyczna identyfikacja założonego filtra | TAK |  |
| 21 | Możliwość stosowania filtrów do eliminujących endotoksyny i cytokiny w sepsie | TAK |  |
| 22 | Automatyczna identyfikacja punktu pracy (dostępu naczyniowego) – praca na dodatnim lub ujemnym ciśnieniu dostępu | TAK |  |
| 23 | Automatyczna regulacja poziomu w komorze odpowietrzającej | TAK |  |
| 24 | Zacisk bezpieczeństwa na drenie powrotnym | TAK |  |
| 25 | Czujnik przecieku krwi | TAK |  |
| 26 | Czujnik obecności powietrza we krwi | TAK |  |
| 27 | Archiwizacja zabiegu na zewnętrznym nośniku pamięci USB | TAK |  |
| 28 | Kolorowy ekran dotykowy min 12’’ | TAK |  |
| 29 | Złącza USB oraz Ethernetowe do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi | TAK |  |
| 30 | Zintegrowana pompa strzykawkowa wbudowana w aparat (do podaży wapnia lub heparyny w zależności od wyboru antykoagulacji) | TAK |  |
| 31 | Jeden rodzaj zestawu (filtr z drenami) umożliwiający wykonywanie wszystkich rodzajów terapii CRRT (SCUF, HD, HF, HDF) | TAK |  |
| 32 | Zabezpieczenie przed zakłóceniem przez aparat sygnału EKG | TAK |  |
| 33 | Aparat z oprogramowaniem współpracującym z urządzeniem typu MARS | TAK |  |
| 34 | Dostępność linii pediatrycznych o wypełnieniu do 60 ml | TAK |  |
| 35 | Możliwośc wpisania i zastosowania co najmniej dwóch stężeń cytrynianów w terapii CRRT | TAK |  |
| 36 | Wbudowany w aparat akumulator zasilający do 10 min, pozwalający na prowadzenie pełnego zabiegu | TAK |  |
| 37 | Dedykowana funkcja aparatu umożliwiająca czasowe odłączenie pacjenta w celu przeprowadzenia diagnostyki, badań RTG,TK itp | TAK |  |
| 38 | Podstawa aparatu wyposażona w 4 kółka wraz z wbudowanym detektorem przecieku | TAK |  |

***Warunek graniczny jest bezwzględnie wymagany i winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie wpisu „ TAK” lub „NIE”. Niespełnienie parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.***

***Oferowane urządzenie, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych. O****ferowany powyżej sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotów do podjęcia działalności, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa materiału*** | ***Ilość sztuk***  ***na***  ***12 m-cy*** | ***Cena jednostkowa netto dzierżawy za 1 m-c*** | ***Wartość netto***  ***za 12 miesięcy*** | ***VAT***  ***23 %*** | ***Wartość brutto***  ***za 12 miesięcy*** | ***TYP/MODEL/ROK PRODUKCJI/ WARTOŚĆ KSIĘGOWA*** |
| ***WARTOŚĆ VAT*** |
| 1 | Aparat nerkozastępczy | 2 |  |  |  |  |  |