OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Część nr 5 - Infuzja chemioterapia**

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „>=” lub „=<” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy znaku „=” oznacza wartość wymaganą.
* Brak odpowiedzi w przypadku pozostałych warunków, punktowany będzie jako 0.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie,
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2018) nie jest rekondycjonowany, używany, powystawowy, jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

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

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

Kraj produkcji: ...............................................................

Rok produkcji: .......................

Klasa wyrobu medycznego: ...............

|  |
| --- |
|  **ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE:** |
|   | Lp. | Przedmiot | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto sprzętu (w zł) | Cena brutto sprzętu w pozycjach (w zł) |
|  | Infuzja chemioterapia: |
|   | 1. | Pompy objętościowe | 60 |  |  |
|  | 2. | Stojak na pompy | 50 |  |  |
|  |  |  | **A:** Łączna cena brutto sprzętu w zł (suma cen z poz. 1-2): |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  | **B:** Cena brutto dostawy sprzętu do nowej siedziby Szpitala (w zł): |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **C:** Cena brutto instalacji, szkolenia i uruchomienia sprzętu w nowej siedzibie Szpitala (w zł): |  |

|  |
| --- |
|  **ZAMÓWIENIE OPCJONALNE:** **dostawa sprzętu do magazynu Wykonawcy oraz przechowywanie sprzętu w magazynie Wykonawcy nie dłużej niż do 30.11.2019 r.** |
| Lp. | Przedmiot | Liczba sztuk | Liczba miesięcy | Cena brutto miesięcznego przechowywania 1 sztuki sprzętu (w zł) | Cena brutto przechowywania łącznej liczby sztuk sprzętu przez zakładaną łączną liczbę miesięcy w pozycjach (w zł): |
| Infuzja chemioterapia: |
| 1. | Pompy objętościowe | 60 | 14 |  |  |
| 2. | Stojak na pompy | 50 | 14 |  |  |
|  |  |  | **D:** Łączna cena brutto przechowywania łącznej liczby sztuk sprzętu przez zakładaną łączną liczbę miesięcy w zł (suma cen z poz. 1-2): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| A+ B + C + D: **Cena brutto oferty** (w zł) |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| pompy objętościowe – 60 szt. |
|  | Parametry podaży |  |  |  |
|  | Pompa objętościowa do dożylnej podaży leków i płynów, krwi i produktów krwiopochodnych, żywienia pozajelitowego, leków onkologicznych | Tak |  | ----- |
|  | Minimalny zakres szybkości podaży w ml/h 1,0-999 ml/h | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość regulacji prędkości podaży co 0,1 ml/zakresie w zakresie od 1,0 do 99,9 ml/h lub Zamawiający dopuści możliwość regulacji prędkości podaży co 0,1 ml/zakresie w zakresie lepszym niż oczekiwany czyli od 0,1 do 99,9 ml/h lub pompa z możliwością regulacji prędkości podaży co 0,01 w zakresie 0,1-9,99 ml/h, co 0,1 ml/ h w zakresie od 10 do 99,9 ml/h, co 1ml/h w zakresie 100-1500ml/h | Tak |  | ----- |
|  | Praca pompy w minimum dwóch trybach: | Tak |  | ----- |
|  | - wybór prędkości podaży, | Tak |  | ----- |
|  | - wybór objętości do podania i czasu, w jakim ma być ona podana (automatyczne wyliczanie prędkości podaży) | Tak |  | ----- |
|  | Dokładność podaży min. ± 5% przy szybkości 25 ml/h lub Zamawiający oczekuje aby dokładność podaży urządzenia wynosiła +- 5% i lepsza w wielu sytuacjach klinicznych, w pełnym zakresie szybkości urządzenia | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość zmiany szybkości podaży bez konieczności zatrzymania pracy pompy | Tak |  | ----- |
|  | Programowanie objętości całej infuzji | Tak |  | ----- |
|  | Ciśnienie okluzji – podać wartości [mmHg] – min. 3 poziomy  | Tak, podać |  | >3 – 1 pkt.<=3 – 0 pkt. |
|  | Możliwość ręcznego ustawiania ciśnienia okluzji  | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość pracy z detektorem kropli lub Zamawiający dopuści pompy w których wszystkie pomiary ( ciśnienie w linii dystalnej, linii proksymalnej, powietrze w linii pierwszej, powietrze w linii drugiej) są dokonywane wewnątrz pompy i dlatego producent nie przewiduje stosowania detektora kropli. | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość odłączenia detektora kropli | podać |  | Tak – 2 pkt; Nie – 0 pkt |
|  | Możliwość zablokowania ustawionych parametrów podaży | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość monitorowania objętości całej infuzji | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość podaży krwi i preparatów krwiopochodnych  | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość podaży leków onkologicznych w tym TAXOLU za pomocą wielokierunkowych zestawów infuzyjnych – posiadających co najmniej 5 portów Y lub Zamawiający dopuści możliwość podaży leków onkologicznych w tym TAXOLU za pomocą wielokierunkowych zestawów infuzyjnych – posiadających od 1 do 5 portów Y | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość pracy z zestawami do leków światłoczułych | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość pracy z zestawami do podaży lipidów. | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość pracy z zestawami typu „Low Sorbing” lub Zamawiający dopuści możliwość pracy z zestawami o parametrach oczekiwanych w tym punkcie, ale nieokreślanymi jako „low sorbing”, których nazwa wskazuje na jednego producenta | Tak, podać |  | „Low Sorbing” – 5 pkt, Inne – 0 pkt. |
|  | Szybkość podaży dawki uderzeniowej (bolus) [ml/h] programowana przez użytkownika – zakres min 1,0-999 ml/h lub Zamawiający dopuści pompy infuzyjne dwukanałowe, w których realizacja bolusa polega na uruchomieniu podaży z drugiego kanału ( worka lub strzykawki) | Tak |  | ----- |
|  | Objętość dawki uderzeniowej (bolusa) od 0 do min 99 ml/h co 1 ml lub Zamawiający dopuści objętość dawki uderzeniowej (bolusa) od 1 do 100 ml co 1 ml lub objętość dawki uderzeniowej (bolusa) od 0,1 do 99,9 co 0,1 ml , 100-1000 co 1 ml | Tak |  | ----- |
|  | Kontrola osiągniętej dawki uderzeniowej (bolusa) w czasie infuzji | Tak |  | ----- |
|  | Maksymalna objętość antybolusa po zwolnieniu okluzji – 0,6 ml lub Zamawiający dopuści maksymalna objętość antybolusa po zwolnieniu okluzji – 0,2 ml lub maksymalna objętość antybolusa po zwolnieniu okluzji – 0,35 ml | Tak |  | ----- |
|  | Wykrywanie pęcherzyków powietrza w drenie lub ustawianie przez użytkownika wielkości wykrywanych pęcherzyków powietrza w zakresie od 50 do 300 µl lub wykrywanie pęcherzyków powietrza w drenie lub ustawianie przez użytkownika wielkości wykrywanych pęcherzyków powietrza w zakresie od 0 do 250 µl | Tak |  | ----- |
|  | Ustawianie przez użytkownika wielkości wykrywanych pęcherzyków powietrza – min.4 wielkości, w zakresie od 50 do 500 µl lub dopuszczenie pompy z możliwością regulacji wielkości wykrywanego pęcherzyka powietrza w zakresie 0,02 do 0,3 ml (domyślnie 0,3ml) z rozdzielczością 0,01ml jedynie z poziomu menu serwisowego. Biorąc pod uwagę warunek zamawiającego o konieczności dostarczenia oprogramowania serwisowego, zamawiający może tych zmian dokonywać we własnym zakresie lub Zamawiający dopuści pompy infuzyjne, w których mechanizm wyłapywania pęcherzyków powietrza następuje w drenie infuzyjnym, wyposażonym w specjalną pułapkę powietrza, której zadaniem jest eliminowanie pęcherzyków powietrza z linii bez względu na ich wielkość lub Zamawiający dopuści detekcje powietrza domyślne ustawienie 250 µl, rozpoznawane jako pojedynczy pęcherzyk lub zsumowana objętość powietrza w czasie 15 minut, zliczane pęcherzyki powyżej 50 µl, rozdzielczość czujnika ok 10 µl | Tak |  | ----- |
|  | Uruchamianie alarmu powietrza w drenie w przypadku przekroczenia zakumulowanej objętości pęcherzyków powietrza nie więcej niż 500 µl w czasie nie dłuższym niż 15 minut lub dopuszczenie pompy z funkcją wykrywania powietrza skumulowanego w zakresie 0,1 – 3,8 ml/h (domyślnie 1,5 ml/h) w czasie 1 godziny z rozdzielczością 0,01ml  | Tak |  | ----- |
|  | Możliwość programowania infuzji podstawowej i dodatkowej lub możliwość programowania infuzji podstawowej | Tak |  | ----- |
|  | Funkcja wypełniania i przepłukiwania przewodu infuzyjnego lub Zamawiający dopuści pompę, w której pierwsze wypełnienie drenu infuzyjnego następuje ręcznie/grawitacyjnie natomiast później wypełnianie lub przepłukiwanie drenu i usuwanie powietrza następuje przy pomocy pompy bez odłączania drenu od pacjenta | Tak |  | ----- |
|  | Funkcja KVO (utrzymania drożności naczyń po zakończeniu infuzji) | Tak |  | ----- |
|  | System zabezpieczeń | tak |  | ----- |
|  | Autokontrola urządzenia w trakcie pracy | Tak |  | ----- |
|  | Alarm wyczerpania baterii  | Tak |  | ----- |
|  | Rozróżniane alarmy okluzji  | Tak |  | ----- |
|  | - drożności drenu między pojemnikiem z płynem infuzyjnym a pompą | Tak |  | ----- |
|  | - okluzji pomiędzy pompą a pacjentem | Tak |  | ----- |
|  | Alarm zatrzymania pompy  | Tak |  | ----- |
|  | Alarm wykrywanie pęcherzyków powietrza w drenie | Tak |  | ----- |
|  | Alarm niewłaściwego zamocowania zestawu do przetoczeń i użycia niewłaściwego zestawu lub alarm niewłaściwego zamocowania zestawu do infuzji | Tak |  | ----- |
|  | Regulacja głośności alarmów – zakres minimum 7 stopniowy | Tak |  | ----- |
|  | Podtrzymywanie pamięci zdarzeń w pompie nie podłączonej do zasilania 220-240 V przez okres min 6 m-cy | Tak |  | ----- |
|  | Parametry ogólne |  |  | ----- |
|  | Zabezpieczenie układu mechanicznego i sterującego przed przypadkowym zalaniem | Tak |  | ----- |
|  | Zasilanie 220-240 V AC, 50 Hz zintegrowane z pompą lub dopuszczenie pompy z zasilaczem zewnętrznym | Podać |  | Zasilacz zintegrowany – 16 pkt; Niezintegrowany – 0 pkt |
|  | możliwość łączenia pomp w zestawylub rozwiązanie gdzie przez zestaw pomp rozumie się pompę dwukanałową z możliwością pracy z dwóch niezależnych źródeł worek/worek lub worek/strzykawka, z możliwością niezależnego programowania w trybie podaży jednoczesnej lub podaż zamiennej | Podać |  | Tak – 2 pkt; Nie – 0 pkt |
|  | Zasilanie bateryjne – praca min 10h przy prędkości podaży 25 ml/h lub dopuszczenie pompy która na zasilaniu akumulatorowym może pracować w przybliżeniu 4 godziny przy prędkości infuzji 100 ml/h lub Zamawiający dopuści zasilanie bateryjne min 8h przy prędkości 125 ml/h co w praktyce oznacza ze przy oczekiwanej przez Zamawiającego prędkości czas pracy będzie znacząco przekraczał oczekiwane minimum lub pompy wyposażone w zasilanie bateryjne – praca 6 h przy prędkości 25ml | Tak |  | ---- |
|  | Uchwyt do mocowania pompy do statywu | Tak |  | ---- |
|  | Zatrzaskowy system mocowania do stacji dokującej lub Zamawiający dopuści pompy infuzyjne bez systemu mocowania do stacji dokującej | Tak |  | ---- |
|  | Możliwość współpracy pompy z systemami zarządzania infuzją | Podać |  | ---- |
|  | Wbudowany interfejs na podczerwień IrDA oraz RS232 do dwustronnej komunikacji z systemem zarządzającym infuzją oraz innym pompami lub dopuszczenie pompy która do dwustronnej komunikacji z systemem zarządzającym infuzją oraz innym pompami wykorzystuje uniwersalny interfejs CAN, oraz RS232, RJ45 i Wi-Fi poprzez stację dokującą jako opcjonalne, dodatkowe rozwiązanie lub Zamawiający dopuści pompy infuzyjne wyposażone w port Ethernet oraz wbudowany moduł WiFi do komunikacji z systemem zarządzania infuzją oraz innymi pompami lub wbudowany interfejs RS232 do dwustronnej komunikacji z systemem zarządzającym infuzją oraz innymi pompami | Podać |  | ---- |
| Stojak na pompy – 50 szt. |
|  | Zintegrowany uchwyt | Tak |  |  |
|  | Rączka z trwałego tworzywa do wygodnego manewrowania stojakiem podczas przemieszczania się pacjentów podłączonych do kroplówek tzw. uchwyt ręczny podporowy. Integralny w stojaku uchwyt pozwalający na bezpieczne i łatwe zawieszenie stojaka na ramie łóżka pacjenta podczas transportu lub stojak na pompy z rączką z trwałego tworzywa do wygodnego manewrowania stojakiem podczas przemieszczania się pacjentów podłączonych do kroplówek tzw. uchwyt ręczny podporowy | Podać |  | Tak – 3 pkt; Nie – 0 pkt |
|  | Pięć podwójnych kółek z hamulcami lub dopuszczenie stojaka z pięcioma pojedynczymi kółkami gdzie dwa kółka posiadają hamulce lub Zamawiający dopuści stojaki na pięcioramiennej podstawie z kółkami, z których dwa są wyposażone w hamulce | Tak |  |  |
|  | Koła łożyskowe z elastycznego materiału, samonastawne w tym min. 2 z hamulcami z 10 letnim okresem gwarancji na koła, i dożywotnią gwarancją na stojak mobilny  | Podać |  | Tak – ~~4 pkt~~ 2 pkt. Nie – 0 pkt |
|  | Solidna, dociążona podstawa stojaka lub rozwiązanie na bazie stalowej solidnej dociążonej podstawy jezdnej z gwarancją stabilności | Tak |  |  |
|  | Teleskopowe ramię wieszaka do workówinfuzyjnych (regulacja w zakresie min 170 – 200 cm) lub stojak na pompy infuzyjnej z teleskopowym ramieniem wieszaka do worków infuzyjnych regulowanym w zakresie 173-250 cm | Tak |  |  |
|  | Co najmniej 2 wieszaki do 2 kg każdy | Tak |  |  |
|  | >2 wieszaków | Podać |  | Tak – 1 pkt; Nie – 0 pkt |
|  | Wymiary pompy, zajmowana objętość [cm3] | podać |  | Najmniejsze z zaoferowanych – 10 pkt; Największe 0okt. pozostałe -5 pkt,  |

**WARUNKI GWARANCJI, SERWISU I SZKOLENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy]*UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 10 lat.* | => 48 |  | Najdłuższy okres – 30 pkt.Pozostałe proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat  | tak |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy w ramach gwarancji następuje wymiana sprzętu na nowy/dokonuje się istotnych napraw sprzętu/wymienia się istotne części sprzętu (podzespołu itp.) termin gwarancji biegnie na nowo. W przypadku zaś  innych napraw przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać z w pełni sprawnego sprzętu | tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Zdalna diagnostyka przez chronione łącze z możliwością rejestracji i odczytu online rejestrów błędów, oraz monitorowaniem systemu(uwaga – całość ewentualnych prac i wyposażenia sprzętowego, które będzie służyło tej funkcjonalności po stronie wykonawcy) lub zdalna diagnostyka diagnozowanie pomp z programu zainstalowanego na centralnym komputerze Szpitala | podać |  | - - - |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta).Obowiązkowy bezpłatny przegląd z końcem biegu gwarancji | tak |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym ponowne podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | tak |  | - - - |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 48 [godz.] | tak |  | - - - |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok  | tak |  | - - - |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | tak |  | - - - |
|  | Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | tak |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | tak |  | - - - |
|  | Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy  | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 50 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w momencie jego instalacji i odbioru; w razie potrzeby Zamawiającego, możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6 -ciu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | tak |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 4 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, diagnostycznych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6-iu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | tak |  | - - - |
|  | Liczba i okres szkoleń:* pierwsze szkolenie - tuż po instalacji systemu, w wymiarze do 2 dni roboczych
* dodatkowe, w razie potrzeby, w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni,

Uwaga – szkolenia dodatkowe dla wszystkich grup w co najmniej takiej samej liczbie osób jak podano w powyższych punktach | tak |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | tak |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | tak |  | - - - |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie)UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta | tak |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | tak |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.*UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.* | Tak |  | - - - |