OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Część nr 7 - Pompy do wkłuć**

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) | **A:** Łączna cena brutto sprzętu (w zł) |
|  | 1. | Pompy do wkłuć | 25 |  |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  | **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.** | | | | |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Liczba miesięcy | Cena brutto miesięcznego przechowywania 1 sztuki sprzętu (w zł) | **D:** Łączna cena brutto przechowywanie łącznej liczby sztuk sprzętu przez zakładaną łączną liczbę miesięcy (w zł): |
| Pompy do wkłuć | 25 | 14 |  |  |

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

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | System infuzyjny powinien posiadać minimum przeznaczenie do infuzji leków lub płynów wymagających ciągłego lub okresowego podawania w warunkach ściśle kontrolowanej szybkości wlewu, klinicznie akceptowanymi drogami podawania leków, włączając w to podawanie dożylne, podskórne, przezskórne, dotętnicze, zewnątrzoponowe, dojelitowe, w bezpośredniej bliskości nerwów i w miejsce śródoperacyjne (tkankę miękką/jamę ciała/w obszar rany pooperacyjnej) oraz dla pacjentów, którzy wymagają leków podtrzymujących, środków przeciwbólowych, podawania leków metodą PCA (analgezja kontrolowana przez pacjenta), płynów podawanych dojelitowo, środków chemioterapeutycznych oraz leczenia nawadniającego w środowisku szpitalnym i podczas opieki domowej. | TAK |  | --- |
|  | Tryby infuzji: | TAK |  | --- |
|  | - Ciągły ml/h | TAK |  | --- |
|  | - Ciągły/Stężenie | TAK |  | --- |
|  | - Objętość w czasie | TAK |  | --- |
|  | - TPN ( Żywnienie pozajelitowe ) | TAK |  | --- |
|  | - Przerywany ( Określenie protokołu dawki w określonych odstępach czasu. Każda dawka ma przypisany czas podania ) | TAK |  | --- |
|  | - Biblioteka leków | TAK |  | --- |
|  | - 25 Kroków ( Ustalenie szczegółowego protokołu podawania wlewu, który może zawierać do 25 kroków. Każdy krok ma własną wartość objętości i szybkości wlewu) | TAK |  | --- |
|  | Tryby PCA: | TAK |  | --- |
|  | - Tylko podstawowy | TAK |  | --- |
|  | - Podstawowy i bolus | TAK |  | --- |
|  | - Tylko bolus | TAK |  | --- |
|  | Rozmiar wyświetlacza minimum (szer. x wys.) : 3.7 cm x 4.9 cm | TAK - Podać |  | --- |
|  | Rozdzielczość (W x H ) minimum : 240 px x 320 px – wyświetlacz kolorowy | TAK - Podać |  | --- |
|  | Zakres prędkości przepływu: 0.1-1200ml/h | TAK, podać |  | Największy – 2 pkt,  Pozostałe – 0 pkt. |
|  | Dokładność systemu: ±5% | TAK - podać |  | Największa – 2 pkt,  Pozostałe – 0 pkt |
|  | Zakres prędkości przepływu dla infuzji dodatkowych: 0.1-1200ml/h | TAK |  | --- |
|  | Zakres prędkości przepływu bolusa: 100-1200 ml/h | TAK |  | --- |
|  | Programowalny czas infuzji (dawka w czasie):100 godz. | TAK - podać |  | --- |
|  | Objętość do podania: 0.1-9999 ml | TAK |  | --- |
|  | Zakres prędkości KVO: 0 (OFF) – 20ml/h | TAK - podać |  | --- |
|  | Ultradźwiękowy czujnik powietrza: Wielkość pęcherzyków powietrza 0.01–2 ml | TAK - Podać |  | --- |
|  | Ciśnienie okluzji: 100–1500 mmHg  (przyrosty co 10 mmHg), z możliwością ciągłego monitorowania ciśnienia infuzji z jego prezentacją w sposób czytelny na ekranie urządzenia | TAK |  | --- |
|  | Zabezpieczenie przed swobodnym przepływem – tak w linii infuzyjnej, jak i w pompie wraz z mechanizmem chroniącym również przed przepływem płynów od pacjenta do linii infuzyjnej | TAK |  | --- |
|  | W Trybie PCA minimum: | TAK |  | --- |
|  | - Ciągła podaż leku przeciwbólowego w ml/h lub mg/ml lub mcg/ml z prędkością programowaną do 100 ml/h oraz programowalnymi limitami dla szybkości wlewu | TAK |  | --- |
|  | - Ciągła podaż leku przeciwbólowego i bolusy z programowanym czasem blokady między bolusami oraz programowalnymi limitami dla dawki wlewu ciągłego i bolusa | TAK |  | --- |
|  | - Opcja programowania limitu godzinowego w zakresie 1-24 godzin z programowaniem maksymalnej objętości leku podanym w przewidzianym przedziale czasowym | TAK |  | --- |
|  | - Praca w trybie tylko bolus | TAK |  | --- |
|  | - Opcja bolusa klinicysty dostępna w kazdym trybie pracy, wraz z programowaniem limitów bezpieczeństwa | TAK |  | --- |
|  | Czujnik ciśnienia w pompie | Podać |  | Tak – 5 pkt. Nie – 0 pkt. |
|  | Zabezpieczenie przed bolusem po okluzji ( funkcja  Back-off ) | TAK |  | --- |
|  | Alarm okluzji (w górnej/dolnej części linii) | TAK |  | --- |
|  | Alarm końca programu | TAK |  | --- |
|  | Alarm słabej baterii | TAK |  | --- |
|  | Alarm rozładowania baterii | TAK |  | --- |
|  | Alarm pompy bez dozoru | TAK |  | --- |
|  | Alarm otwartych drzwiczek | TAK |  | --- |
|  | Alarm trybu blokady | TAK |  | --- |
|  | Alrm brakującego klucza | TAK |  | --- |
|  | Alarm bliskiego końca infuzji | TAK |  | --- |
|  | Alarm sprawdzenia programu | TAK |  | --- |
|  | System Redukcji Błędów Dawkowania (DERS). W pełni programowalna biblioteka leków z automatycznym obliczaniem stężenia leków | TAK |  | --- |
|  | 24 profile i konfigurowalne obszary opieki  klinicznej | TAK - podać |  | --- |
|  | Możliwość nadawania nazw profilom | TAK |  | --- |
|  | Opcje lokalizacji: (jednostki dawkowania można wybrać dla każdej lokalizacji) | TAK |  | --- |
|  | Opcja maksymalnej masy pacjenta dla każdej lokalizacji | TAK |  | --- |
|  | Opcja maksymalnej prędkości infuzji dla każdej lokalizacji | TAK |  | --- |
|  | Potwierdzenie lokalizacji przez klinicystę przy każdym uruchomieniu | TAK |  | --- |
|  | Duża standardowa pamięć oprogramowania gdzie można dostosować wszystkie leki i ustawienia: powinna obejmować minimum 6 trybów i 24 oddziały ze 128 lekami w każdym | TAK - podać |  | --- |
|  | Biblioteka leków z automatycznym obliczaniem stężenia leku | TAK |  | --- |
|  | Jednostki dawek bolusa: ml/mg/mcg | TAK |  | --- |
|  | Możliwość ustawienia prędkości podawania bolusa | TAK |  | --- |
|  | Opcja opóźnienia ( pompa powinna umożliwiać ustawienie czasu opóźnienia infuzji przed startem ) | TAK |  | --- |
|  | Możliwość ustawienia limitów stężenia leku | TAK |  | --- |
|  | Twarde i Miękkie limity | TAK |  | --- |
|  | Widoczna informacja o przekroczeniu limitu | TAK |  | --- |
|  | Limit dawki całkowitej dla trybu infuzji przerywanej | TAK |  | --- |
|  | Limit dawki całkowitej dla podstawowej infuzji | TAK |  | --- |
|  | Limit dawki całkowitej dla infuzji dodatkowej | TAK |  | --- |
|  | Limit dawki całkowitej dla podania bolusa | TAK |  | --- |
|  | Limit płynów (ml/h) | TAK |  | --- |
|  | Obliczanie dawki/prędkości podczas infuzji | TAK |  | --- |
|  | Potwierdzenie pacjenta przed każdym uruchomieniem | TAK |  | --- |
|  | Zmiana prędkości w trakcie infuzji/bolus. Pomiar bolusa pacjenta/ Proste zwiększenie dawki | TAK |  | --- |
|  | Historia pacjenta | TAK |  | --- |
|  | Rejestracja danych infuzji przez 24 godziny. Dziennik zdarzeń pozwalający na zapis ostatnich co najmniej 2000 zdarzeń/działań Operatora/Użytkownika | TAK - podać |  | --- |
|  | Rodzaj danych przesyłanych z pompy: Cały rejestr zdarzeń i stan obecny | TAK |  | --- |
|  | Transfer danych co najmniej historii infuzji z pompy do komputera klasy PC. Oprogramowanie umożliwiające odczyt i archiwizacje danych infuzji | TAK |  | --- |
|  | Zasilanie: 100–240 V AC, 50/60 Hz (10 W/0.3A) | TAK |  | --- |
|  | Zasilanie akumulatorowe | TAK |  | --- |
|  | Czas pracy : do 15 godz. przy przepływie 125 ml/h w przypadku akumulatora typu standard | TAK - podać |  | --- |
|  | Możliwość zastosowania akumulatora o zwiększonej pojemności ( w stosunku do standardowego ) - czas pracy : do 34 godz. pracy przy przepływie 125 ml/h w przypadku akumulatora o rozszerzonej pojemności | TAK - podać |  | --- |
|  | Opcja zasilania jednorazowymi bateriami alkalicznymi 9 V (x2) | TAK |  | --- |
|  | Czas pracy przy zasilaniu bateriami alkalicznymi : do 12 godz. przy przepływie 125 ml/h | TAK - podać |  | --- |
|  | Wbudowane gniazdo RS232 | TAK |  | --- |
|  | 802.11 WiFi | ~~TAK~~  podać |  | tak – 1 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | Interfejs EMR | ~~TAK~~  podać |  | tak – 1 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | Zdalny monitoring | ~~TAK~~  podać |  | tak – 1 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | Klasyfikacja urządzenia | Podać |  | --- |
|  | Posiadanie certyfikatu potwierdzającego możliwość zastosowania pompy w medycznym transporcie lądowym i powietrznym | Tak |  | --- |
|  | Ochrona przed wilgocią | TAK - podać |  | --- |
|  | Ciężar urządzenia ze standardową baterią maksymalnie – 500 g | TAK |  | --- |
|  | W przypadku zastosowania pompy do użycia tylko z przeznaczeniem do podawania wlewów zewnątrzopnowo – oznakowanie pompy i zestawów infuzyjnych w kolorze żółtym | TAK |  | --- |

**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) | 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 |  | - - - |