**Przedmiot zamówienia**: Zakup fantomu dla Miejskiego Szpitala Zespolonego obejmujący: zakup fantomu, aparatu do magnetoterapii wraz z aplikatorem oraz aparatu do ultradźwięków.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Warunki wymagane Tak/Nie** | | **Parametry oferowane podać, opisać** | |
|  | | **Pakiet nr 1** |  | |  | |
| **II** | | **Fantom BLS osoba dorosła wraz z tabletem – 1 komplet** |  | |  | |
|  | | **Producent** | Podać | |  | |
|  | | **Kraj pochodzenia** | Podać | |  | |
|  | | **Rok produkcji (nie starszy niż 2022)** | TAK | |  | |
|  | | Fantom BLS osoba dorosła | Podać model i typ | |  | |
|  | | Fantom osoby dorosłej pełna postać do ćwiczenia podstawowych czynności resuscytacyjnych odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny | TAK | |  | |
|  | | Budowa fantomu z zaznaczonymi punktami anatomicznymi tj.: sutki, obojczyki, mostek, żebra, umożliwiającymi lokalizację prawidłowego miejsca uciskania klatki piersiowej | TAK | |  | |
|  | | Przyrządowe udrożnianie dróg oddechowych poprzez zastosowanie metod nadgłośniowych w tym masek krtaniowych, rurek krtaniowych, rurek ustno-gardłowych, rurek nosowo-gardłowych, masek typu i-gel itd. | TAK | |  | |
|  | | Możliwość wentylacji metodami usta-usta, usta-nos, za pomocą maski wentylacyjnej, worka samorozprężalnego | TAK | |  | |
|  | | Unosząca się klatka piersiowa podczas wentylacji i realistyczny opór klatki piersiowej podczas jej uciskania. Możliwość regulacji twardości klatki piersiowej | TAK | |  | |
|  | | Symulowane tętno na tętnicy szyjnej | TAK | |  | |
|  | | Czujniki identyfikujące prawidłowe miejsce uciskania klatki piersiowej | TAK | |  | |
|  | | Czujniki identyfikujące prawidłową głębokość uciskania klatki piersiowej | TAK | |  | |
|  | | Czujniki identyfikujące prawidłową objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji | TAK | |  | |
|  | | Możliwość bezprzewodowego podłączenia fantomu do komputera lub tabletu z dedykowanym oprogramowaniem analizującym lub panelu kontrolnego | TAK | |  | |
|  | | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar jakości wykonywanych czynności resuscytacyjnych i ich analizę według aktualnych wytycznych ERC | TAK | |  | |
|  | | Możliwość bezprzewodowego, jednoczesnego podłączenia 6 fantomów do jednego komputera z oprogramowaniem lub jednego panelu kontrolnego | TAK | |  | |
| **Oprogramowanie** | | | | | | |
|  | | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar parametrów umożliwiających określenie jakości resuscytacji | TAK | |  | |
|  | | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają rejestrowanie parametrów głębokości ucisków klatki piersiowej z zaznaczeniem zbyt głębokich i zbyt płytkich uciśnięć | TAK | |  | |
|  | | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają rejestrowanie parametrów relaksacji klatki piersiowej | TAK | |  | |
|  | | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają rejestrowanie prawidłowego miejsca ułożenia rąk podczas uciśnięć klatki piersiowej | TAK | |  | |
|  | | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają rejestrowanie parametrów częstości ucisków klatki piersiowej | TAK | |  | |
|  | | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają rejestrowanie parametrów objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji z zaznaczeniem wdmuchnięć zbyt dużych i zbyt małych objętości | TAK | |  | |
|  | | Akustyczny wskaźnik przewentylowania żołądka z możliwością dezaktywacji | TAK | |  | |
|  | | Oprogramowanie w j. polskim | TAK | |  | |
| **Tablet** | | | | | | |
| 29 | | Dotykowy ekran | TAK | |  | |
| 30 | | Przekątna ekranu min. 10 cali | TAK, podać | |  | |
| 31 | | Ochronne etui | TAK | |  | |
| 32 | | Ekran wykonany w technologii IPS | TAK | |  | |
| 33 | | Jasność ekranu min. 500 nitów | TAK, podać | |  | |
| 34 | | Rozdzielczość min. 2000 x 1500 pikseli | TAK, podać | |  | |
| 35 | | Wbudowana pamięć wewnętrzna min. 64 GB | TAK, podać | |  | |
| **Gwarancja** | | | | | | |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | | | TAK podać | |  |
|  | Paszport techniczny | | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis. Podać nazwę, adres, telefon kontaktowy wraz z dokumentacją potwierdzającą autoryzację | | | TAK, podać | |  |
|  | Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 2 dni robocze | | | TAK | |  |
|  | Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu – jeżeli jest wymagany. Ponadto zamawiający wymaga dostarczenia paszportu technicznego wraz z dostawą. | | | TAK, podać | |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi). | | | TAK | |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty dostawy. | | | TAK | |  |
|  | W ramach wynagrodzenia dostawa i uruchomienie sprzętu wraz z instalacją, oraz przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | | | TAK | |  |