Załącznik nr 1a do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
ZESTAWIENIE MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

1. **Łóżko szpitalne o regulowanej wysokości – 73 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Łóżko pielęgnacyjne, sterowane elektryczne	TAK	
2.	Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych 50x20mm, pokryta lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK	
3.	Zasilanie 230 V, klasa bezpieczeństwa min. IPX4	TAK	
4.	Wymiary leża min 900 x 2000 mm	TAK	
5.	Szerokość zewnętrzna łóżka wraz z zamontowanymi barierkami – 1000mm (+/-50mm)	TAK	
6.	Długość zewnętrzna łóżka – 2150mm (+/-50mm)	TAK	
7.	Leże łóżka czterosegmentowe z drewnianych listew sprężynujących, odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych	TAK	
8.	Regulacja wysokości leża, kąta nachylenia wezgłowia oraz kąta nachylenia segmentu uda sterowane pilotem	TAK	
9.	Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie minimum od 390 mm do 750 mm.	**Zakres minimalny- 0 pkt zakres większy od minimalnego- 5 pkt**	
10.	Elektryczna regulacja pochylenia leża do pozycji anty-Trendelenburga i Trendelenburga min. 10 º	TAK	
11.	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców w zakresie min 0 - 70 º	TAK	
12.	Elektryczna regulacja segmentu ud w zakresie min 0-42°	TAK	
13.	Regulacja segmentu podudzia mechaniczna za pomocą rastomatu w zakresie 0°-22°	TAK	
14.	Dwa szczyty wykonane z drewna i płyty laminowanej, które osłaniają siłowniki.	TAK	

15.	Barierki boczne drewniane o długości 1985mm +/- 10mm, składane na ramę leża w sposób szybki i łatwy, nie poszerzające łóżka, zabezpieczające pacjenta na całej długości łóżka. Poruszające się w ceowniku półzamkniętym aluminiowym 15x15mm	TAK	
16.	4 koła z blokadą, o średnicy 100 mm	TAK	
17.	Maksymalne obciążenie łóżka nie mniej niż 185 kg	TAK	
18.	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne oraz promienie UV.	TAK	
19.	Pilot z blokadą funkcji	TAK	
20.	W co najmniej dwóch narożnikach leża tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki	TAK	
21.	Rama leża wyposażona w uchwyty zabezpieczająca materac przed przesuwaniem	TAK	
22.	Funkcja umożliwiająca łatwy transport i przechowywanie. Dzielona rama leża. Na wyposażeniu pomocniczy element do przechowywania łóżka	TAK	
23.	Wysięgnik z uchwytem do ręki montowany w tulejach do ramy leża zaoferowanego łóżka, wysięgnik z możliwością ustawienia co najmniej w dwóch pozycjach do środka leża łóżka – umożliwia pacjentowi swobodne podciąganie się do pozycji siedzącej, wzdłuż ramy leża – ułatwia pacjentowi podniesienie się z łóżka	TAK	
24.	Deklaracja CE i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK (załączyć)	

2. **Szafka przyłóżkowa – 73 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Wysokość 870mm +/- 10mm	TAK	
2.	Szerokość przy złożonym blacie 530mm +/- 10mm	TAK	
3.	Szerokość szafki przy rozłożonym blacie 1150mm +/- 10mm	TAK	
4.	Głębokość 460mm +/- 10mm	TAK	
5.	Szafka dwustronna wykonana z płyty meblowej, okleina PCV, krawędzie blatów górnego i bocznego zaokrąglone	TAK	
6.	Szafka wyposażona w jedna szufladę na prowadnicy rolkowej o wysokości min. 125 mm +/- 10mm, kontenerek z półka i drzwiczkami o wysokości min 350mm +/-	TAK	

	10mm, pomiędzy szufladą a kontenerkiem wolna przestrzeń o wysokości min. 200mm +/- 10mm		
7.	Szafka wyposażona w dodatkowy blat boczny składany do boku szafki z regulacją wysokości wspomaganą sprężyną gazową oraz kąta pochylenia .	TAK	
8.	Szafka na czterech kółkach w tym dwa z blokadą.	TAK	
9.	Blat składany o wymiarach 590x340mm regulacja wysokości blatu 740-1040mm	TAK	
10.	Gwarancja min. 24 m-ce	TAK	
11.	Deklaracja CE i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK (załączyć)	

3. **Materac przeciwodleżynowy – 35 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowy	TAK	
2.	Materac przeznaczony do profilaktyki min. III stopnia zagrożenia odleżynami włącznie w skali czterostopniowej EPUAP.	TAK	
3.	Zbudowany z min. 17 komór poprzecznych wykonanych z elastycznego poliuretanu, komory wypinane na klipsy	TAK	
4.	3 statyczne komory na wysokości głowy	TAK	
5.	Wymiary materaca dostosowane do leża łóżka 200x90 cm.	TAK	
6.	Wysokość materaca min. 10 cm – max 13 cm	TAK	
7.	Materac wyposażony w pasy mocujące do materaca gąbkowego, zawór reanimacyjny CPR, materac zapewniający mikrowentylację	TAK	
8.	Elastyczny pokrowiec z PU (wodoszczelny, paroprzepuszczalny i antypoślizgowy)	TAK	
9.	System przeznaczony dla pacjentów o wadze do min. 140 kg włącznie	**= 140 kg – 0 pkt.** **> 140 kg ≥ 150 kg – 10 pkt.** **> 150 kg ≥ 160 kg – 20 pkt.** **> 160 kg – 30 pkt.**	
10.	Zasilanie pompy 230V (+/-10%)	TAK	
11.	Możliwość ustawienia wagi pacjenta na pompie / wyświetlana wartość na diodowym wyświetlaczu LED	TAK	
12.	Materac współpracujący z pompą o wydajności min. 8 l / min	TAK	
13.	Przewód zasilający o dł. min 2m.	TAK	

14.	Cykl pracy zmienny co 10-12 min	TAK	
15.	Wymagany zakres ciśnienia: 20-55 mmHg	TAK	
16.	Pompa wyposażona we wskaźnik diodowy niskiego ciśnienia	TAK	
17.	Pompa wyposażona we wskaźnik diodowy awarii zasilania	TAK	
18.	Pompa wyposażona w system alarmów oraz jego wyłącznik	TAK	
19.	Dioda LED włączonego trybu statycznego	TAK	

4. **Poduszki przeciwodleżynowe – 15 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	**Poduszka przeciwodleżynowa** - o wymiarach min 40x40x5,5 cm, bezpieczne obciążenie min 130 kg z pokrowcem / tolerancja wymiarów +/-5%	TAK	

5. **Podpórka pod plecy z zagłówkiem – 7 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	**Podpórka pod plecy z zagłówkiem**- rama stalowa lakierowana proszkowo z 5-stopniową regulacją kąta pochylenia,	TAK	
2.	Oparcie z przewiewnego materiału siatkowego, odpinana poduszka pod głowę,	TAK	
3.	Wymiary (-/+3cm): szerokość całkowita 73, szerokość oparcia 65cm,wysokość 59, głębokość 47cm.	TAK	
4.	Obciążenie maksymalne minimum 120kg. Kolor według wzornika producenta.	TAK	

6. **Wałek – 13 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
5.	**Wałek-** wałek przeciwodleżynowy do stabilizacji ciała pacjenta zmniejszający ryzyko powstawania odleżyn, do stosowania również do ćwiczeń rehabilitacyjnych.	TAK	
6.	Wykonany z antyalergicznej, nietoksycznej elastycznej i odpornej na odkształcenia pianki powleczonej zmywalnym nieprzemakalnym materiałem.	TAK	
7.	Kolor do wyboru przez Zamawiającego	TAK	
8.	Walec o wymiarach w przedziale od 60x15 do 70x20cm,	TAK	

7. **Zintegrowany system do higieny ciała – 1 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane) ***
1.	Wózek transportowo-kąpielowy	TAK	
2.	Konstrukcja stalowa, malowana proszkowo, odporna na uszkodzenia mechaniczne i chemiczne.	TAK	
3.	Odchylane barierki boczne ze stali nierdzewnej lub lakierowanej / ocynkowanej	TAK	
4.	Leże wypełnione materacem miękkim i nienasiąkliwym, wykonanym z PCV	TAK	
5.	Wodoodporna poduszka	TAK	
6.	Odpływ	TAK	
7.	Rama wózka wyposażona w krążki lub listwy odbojowe.	TAK	
8.	Regulacja wysokości z zastosowaniem siłownika hydraulicznego regulowana pedałem nożnym	TAK	
9.	Cztery koła jezdne, dwa z niezależnymi hamulcami i dwa z niezależną blokadą jazdy na wprost	TAK	
10.	Obudowa dolnej ramy	TAK	

11.	Wymiary: szerokość: min 70 cm długość: min 190 cm / max 200 cm	TAK	
12.	Leże wózkowanny o wymiarach 1790 mm (+/- 20 mm) x 580 mm (+/- 20 mm)	TAK	
13.	Leże oparte na kolumnie umiejscowionej bliżej jednego długiego boku (nie centralnie) co pozwala na wsunięcie leża głęboko na łóżko pacjenta ułatwiając przełożenie pacjenta na wózkowannę bez konieczności dźwigania oraz bez ryzyka upadku pacjenta pomiędzy łóżkiem i wózkowanną.	TAK	
14.	Leże symetryczne pozwalające ułożyć pacjenta głową w jedną lub drugą stronę, z dwoma odpływami kanalizacyjnymi umiejscowionymi w obu końcach leża i z demontowalnym wężem odpływowym.	TAK	
15.	Leże z funkcją Trendelengurga i anty- Trendelengurga regulowane sprężyną gazową przy pomocy dźwigni umiejscowionych w obu końcach leża.	TAK	
16.	Regulacja wysokości w zakresie min : 60-92 cm	TAK	
17	Wysokość podstawy jezdnej nie większa niż 130 mm co ułatwia podjechanie pod łóżko pacjenta. Barierki przy głowie, przy nogach oraz boczne wykonane ze stali lakierowanej proszkowo. Barierki boczne odchylane na prawą i lewą stronę z możliwością samoczynnego zablokowania w górnym położeniu. Dodatkowo barierki boczne z funkcją ustawienia w pionie na czas przejazdu przez wąskie drzwi.	TAK	
18	Dopuszczalne obciążenie min. 120 kg	**120-<150 kg - 0 pkt** **≥ 150 kg- 10 pkt**	

8. **Podnośnik – 2 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ**: (podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Elektryczny podnośnik jezdny	TAK	
2.	Podnoszenie za pomocą elektrycznego siłownika sterowanego pilotem	TAK	
3.	Podstawa na 4 jezdnych kółkach, min 2 koła z blokadą	TAK	
4.	Dopuszczalna waga pacjenta min 140 kg	**= 140 kg - 0 pkt** **>140 kg – 5 pkt**	

5.	Awaryjne zatrzymanie	TAK	
6.	Awaryjne, manualne opuszczanie	TAK	
7.	Awaryjne opuszczanie elektryczne z panelu baterii	TAK	
8.	Konstrukcja umożliwiająca łatwe i szybkie składanie do transportu bez używania jakichkolwiek narzędzi	TAK	
9.	Rama jezdna jest ruchoma i umożliwia płynną regulację rozstawu dla osiągnięcia maksymalnej stabilności	TAK	
10.	Konstrukcja podnośników umożliwia podnoszenie pacjentów z łóżka, z wózka ale również z pozycji podłogi	TAK	
11.	W zestawie min. jedno nosidło uniwersalne do zastosowania u większości pacjentów	TAK	

9. **Parawan – 10 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ**: (podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	**Parawan**- parawan medyczny dwuskrzydłowy	TAK	
2.	Stelaż wykonany z lekkich, metalowych profili malowanych proszkowo, o zwiększonej odporności na korozje i uszkodzenia mechaniczne.	TAK	
3.	Podgumowane kółka pozwalające na swobodne przemieszczanie.	TAK	
4.	Wymiary: szerokość min 130cm, wysokość: min 165 cm. Kolorystyka do wyboru Zamawiającego.	TAK	

10. **Pas ślizgowy – 7 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ**: (podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***

5.	**Pas ślizgowy - Łatwoślizg z uchwytami-** wykonany z wytrzymałej tkaniny o wysokich właściwościach ślizgowych,	TAK	
6.	Pas wyposażony w min 8 uchwytów wszytych na dłuższej stronie łatwoślizgu po 4 na stronę.	TAK	
7.	Wymiar 200x90cm. Kolor czarny lub niebieski.	TAK	

11. **Kabina UGUL z osprzętem – 1 kpl.**

Producent: **(podać) .....**
Model/Typ: **(podać) .....**
Rok produkcji: **(podać) .....**
Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Kabina UGUL o wymiarach 200x200x200 cm ±5%	TAK	
2.	Stół min. 2 segmentowy z elektrycznie regulowaną wysokością i podstawą jezdna z blokadą kół lub podstawa z wysuwanymi kółkami transportowymi. Wymodelowane wycięcie na głowę lub twarz, po bokach uchwyty dla pasa stabilizującego	TAK	
3.	Pełne wyposażenie kabiny w którego skład wchodzi m.in.: • Linka do podwieszeń i ćwiczeń w obciążeniu, dł. min1600 mm - 14 szt. • Linka do podwieszeń i ćwiczeń w obciążeniu, dł. min 960 mm - 6 szt. • Linka do ćwiczeń wspomaganych, dł. min. 2250 mm - 1 szt. • Linka do ćwiczeń wspomaganych z obciążeniem, dł. min 5500 mm - 1 szt. • Linka do ćwiczeń z obciążeniem, dł. min. 3500 mm - 3 szt. • Linka, długość min. 3500 mm - 1 szt. • Podwieszka przedramion i podudzi o wymiarach min. 100 x 420 mm - 6 szt. • Podwieszka ud i ramion o wymiarach min. 145 x 540 mm - 6 szt. • Podwieszka pod miednicą o wymiarach min.230 x 750 mm - 2 szt. • Podwieszka klatki piersiowej o wymiarach min. 220 x 670/100 mm - 1 szt. • Podwieszka pod głowę o wymiarach min. 150 x 530 mm - 1 szt. • Podwieszka stóp o wymiarach min. 75 x 570 mm - 4 szt. • Podwieszka dwustanowa (ze skóry) - 4 szt. • Pas do wyciągu za miednicę, uniwersalny -1 szt. • Kamaszek (ze skóry) - 2 szt. • Pas do stabilizacji odcinka lędźwiowego lub klatki piersiowej, pelota o wymiarach min. 210 x 430 mm (wykonana ze skóry) -1 szt.	TAK	

	• Pas do stabilizacji klatki piersiowej, pelota o wymiarach min.110 x 300 mm - 1 szt. • Pas do stabilizacji podudzi, pelota o wymiarach min. 100 x 120 mm - 2 szt. • Pas do stabilizacji ramienia i przedramienia, pelota o wymiarach min. 100 x 200 mm - 2 szt. • Pas do stabilizacji ud, pelota o wymiarach min. 120 x 300 mm (wykonana ze skóry) - 1 szt. • Pętla Glissona z orczykiem (wykonana ze skóry) - 1 szt. • Ciężarek miękki 0,5 kg - 2 szt. • Ciężarek miękki 1,0 kg - 2 szt. • Ciężarek miękki 1,5 kg - 2 szt. • Ciężarek miękki 2,0 kg - 2 szt. • Ciężarek miękki 2,5 kg - 2 szt. • Ciężarek miękki 3,0 kg - 1 szt. • Esik - 60 szt.		

12. **Rower treningowy – 1 szt.**

Producent: **(podać) .....**
Model/Typ: **(podać) .....**
Rok produkcji: **(podać) .....**
Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	System hamowania elektromagnetyczny	TAK	
2.	Ciężar koła zamachowego min. 10 kg	**= 10 kg – 0 pkt.** **> 10 kg – 5 pkt.**	
3.	Zakres obciążenia min. 25-400W	TAK	
4.	Regulacja wysokości siodła	TAK	
5.	Pozioma regulacja siodła	TAK	
6.	Wielopozycyjna kierownica z regulacją wysokości	TAK	
7.	Rolki transportowe	TAK	
8.	Maksymalne obciążenie wagowe min. 150 kg	**= 150 kg – 0pkt.** **> 150 kg – 10 pkt.**	
9.	Komputer treningowy z wyświetlaczem;	TAK	
10.	Funkcje komputera:	TAK	

	- moc - pomiar czasu - odległość - odległość całkowita w km - częstotliwość pedałowania - pomiar tętna w fazie odpoczynku z oceną sprawności - pomiar pulsu - min. 10 programów treningowych		

13. **Rotor do ćwiczeń kończyn górnych – 1 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Rotor wolnostojący wykonany ze stali malowanej proszkowo	TAK	

14. **Rotor do ćwiczeń kończyn dolnych – 1 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Rotor wolnostojący wykonany ze stali malowanej proszkowo	TAK	
2.	Mechanizm rotacyjny z oporem oraz pedały.	TAK	
3.	Wyposażony dodatkowo w sandały	TAK	

15. **Materac (do ćwiczeń) – 2 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Materac 3-częściowy składany-** materiał wypełnienia pianka poliuretanowa, pokrowiec z tkaniny zmywalnej antypoślizgowej,	TAK	
2.	Zamontowane przy materacu uchwyty do składania	TAK	
3.	Wymiar materaca po rozłożeniu 195x85x5cm +/- 5 cm	TAK	
4.	Kolor do wyboru przez Zamawiającego minimum szary, niebieski	TAK	

16. **Drabinki – 2 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Drabinki**- drabinki rehabilitacyjne,	TAK	
2.	Stabilna konstrukcja drewniana, owalny kształt szczebli zapewniający ćwiczącemu pewny uchwyt i zapobiegający obracaniu szczebla.	TAK	
3.	W komplecie zestaw montażowy składający się z uchwytów min 4 montażowych i min 8 śrub.	TAK	
4.	Wymiary min 70x250x10 cm	TAK	

17. **Poręcz do nauki chodzenia – 1 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametry	Treść oferty

	(parametry wymagane)	graniczne/punktacja	(parametry oferowane) *
1.	Tor do odzyskiwania utraconych funkcji chodu	TAK	
2.	Metalowe elementy konstrukcyjne (słupki)	TAK	
3.	Długość toru min. 3 m	TAK	
4.	Regulacja wysokości poręczy	**TAK – 10 pkt.** **NIE – 0 pkt.**	
5.	Tor (podest) pokryty antypoślizgowym lakierem lub matą antypoślizgową	**TAK – 10 pkt.** **NIE – 0 pkt.**	
6.	Po bokach ściany z otworami, w których umieszcza się poprzeczki z możliwością łatwego i szybkiego różnicowania poziomu trudności toru.	TAK	

18. **Zestaw do elektroterapii z osprzętem – 1 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Praca w dwóch trybach: stabilizacji prądu pacjenta lub stabilizacji napięcia wyjściowego	TAK	
2.	Dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe	TAK	
3.	Tryb pracy: programowy/manualny	TAK	
4.	Obsługa w trybie graficznym	TAK	
5.	Test elektrod	TAK	
6.	Natężenie maks. pr. interferecyjne, Kotza, unipolarne falujące: 100 mA	TAK	
7.	Natężenie maks. pr. TENS: 140 mA	TAK	
8.	Natężenie maks. pr. diadynamicznych, impulsowe min. 60 mA	TAK	
9.	Natężenie maks. pr. galwanicznych: min. 40 mA	TAK	
10.	Natężenie maks. Mikroprądów min. 1000 uA	TAK	
11.	Prądy : •interferencyjne (izoplanarny, dynamiczny, statyczny, jednokanałowy (AMF)) •TENS (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, Burst) •TENS do terapii porażeń spastycznych •Kotz'a/rosyjska stymulacja •tonoliza •diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP)	TAK	

	•impulsowe (prostokątny, trójkątny) •impulsowe wg Traberta, Leduca, neofaradyczny •unipolarne falujące •galwaniczne •mikroprądy		
12.	Elektrodiagnostyka : •elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t •automatyczne wyliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika akomodacji	TAK	
13.	Terapia ultradźwiękowa: •głowica 1MHz, 1cm2 •głowica 1MHz, 5cm2 •emisja ciągła – efekt termiczny •emisja pulsująca – mikromasaż •kontrola przylegania czoła głowicy sprzężona z zegarem zabiegowym •stabilizacja emitowanej mocy	TAK	
14.	Częstotliwość w trybie pulsacyjnym: 16, 48, 100 Hz	TAK	
15.	Wypełnienie w trybie pulsacyjnym: 10, 25, 50, 75%	TAK	
16.	Elektrofonoforeza •głowica do elektrofonoforezy 1 MHz,4 cm^2 •dostępne prądy: unipolarne falujące, impulsowe, diadynamiczne, galwaniczne •kontrola przylegania czoła głowicy sprzężona z zegarem zabiegowym •monitoring przepływającego prądu •zogniskowanie wpływów pola elektrycznego i fali ultradźwiękowej w obszarze wchłaniania leku •głęboka penetracja – do 10 cm pod skórę •duże stężenie leku w zadanym obszarze •przyspieszenie działania leku pod wpływem fali ultradźwiękowej	TAK- 5 pkt NIE 0 pkt	
17.	Pełna kontrola nad parametrami zabiegowymi dla zaawansowanych użytkowników	TAK	
18.	Programy zabiegowe: •wybieranie jednostki chorobowej po nazwie •min. 200 wbudowanych programów zabiegowych •min 50 programów do ustawienia dla użytkownika •możliwość nadawania własnych nazw programom	TAK	
19.	Stolik na zaoferowany aparat	TAK	

19. **Stoły do terapii zajęciowej (tablica do ćwiczeń) - 2 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane) ***
1.	Tablica do ćwiczeń manualnych dłoni z oporem	TAK	
2.	Przeznaczona dla dzieci i dorosłych	TAK	
3.	Mocowana na obrotowym blacie	TAK	
4.	Regulowana wysokość w zakresie min 55-80 cm	TAK	
5.	Na każdym z przyrządów umocowane obciążniki o wadze min 20 dkg	TAK	
6.	Wyposażenie min: 9. wałek drewniany 10. klapka dłoni do ćwiczeń oporowych 11. uchwyt 12. spirala pionowa 13. koło drewniane 14. korytko drewniane do stabilizacji przedramienia przy ćwiczeniach kołem	TAK	

20. **Tablica do pisania - 2 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane) ***
1.	**Tablica do pisania** suchościetalna, magnetyczna, lakierowana typu flipchart	TAK	
2.	Rozmiar min 70x100 cm.	TAK	
3.	Możliwość pisania na powierzchni i na bloku markerami suchościeralnymi, półka na akcesoria na całej szerokości tablicy, uchwyt na blok, trójnożny stojak z możliwością regulacji wysokości, stabilna podstawa z blokadą tylnej nogi.	TAK	
4.	W zestawie: gąbka magnetyczna z powierzchnią suchościeralną, zestaw min 10 szt. magnesów kolorowych, zestaw min. 4 markerów do tablic suchościeralnych	TAK	

21. **System haseł obrazkowo-tekstowych – 1 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane) ***
1.	System haseł obrazkowych		
2.	Domino wyrazowo-obrazkowe **- zestaw min. 10-20 kafelków o wymiarach min.11cm x 6 cm o tematyce np: dom, czynności życia codziennego, transport itp.**	TAK	
3.	Memo logopedyczne **- obrazkowe, wyrazowe zestaw zawiera min. 20 par obrazków i 20 par podpisów w zakresie np. R, Ś, Ź, Ć, DŹ, Ż, Ź.**	TAK	
4.	**Karty „Logopedyczny Piotruś" i „Memory"** Materiał obrazkowo-wyrazowy w kartach opracowany jest tak, aby się ćwiczyć poprawną wymowę poszczególnych głosek. Każda talia zawiera ćwiczoną głoskę w różnych pozycjach. W każdej talii znajduje się min.13 par kart.	TAK	
5.	**Karty dialogowe** – min. 88 kart z obrazkami i min. 88 kart z pojęciami wywołującymi skojarzenia, służące porozumiewaniu się	TAK	

22. **Koncentrator tlenu – 9 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Zasilanie 230V (+/- 10 %)	TAK	
2.	Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej	TAK	
3.	Regulacja przepływu tlenu w zakresie od 0,5l/min – 5 l/min	TAK	
4.	Stężenie tlenu (przy przepływie 5 l/min) min. 93% (+/- 3%)	TAK	
5.	Monitorowanie poziomu stężenia tlenu	TAK	

6.	Alarm niskiego poziomu tlenu	TAK	
7.	Licznik godzin pracy urządzenia	TAK	
8.	Nawilżacz powietrza	TAK	
9.	Poziom hałasu max 45 dB	**= 45 dB - 0 pkt** **< 45 dB – 5 pkt**	
10.	Uchwyt do przenoszenia	TAK	
11.	Podstawa jezdna	TAK	
12.	Waga poniżej 20 kg	TAK	

23. **Ssak elektryczny – 9 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ**: (podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Ssak sieciowy lub akumulatorowo-sieciowy	TAK	
2.	Zasilanie 230V(+/-10%)	TAK	
3.	Tryb pracy ciągły	TAK	
4.	Stojak/wózek na kółkach	TAK	
5.	Max podciśnienie – min. 80kPA	TAK	
6.	Max przepływ – min. 38l/min	**= 38l/min. – 0 pkt.** **> 38l/min. – 10 pkt.**	
7.	Regulator i wskaźnik podciśnienia umieszczone na widocznym miejscu	TAK	
8.	Dreny silikonowe, filtr bakteryjny, łącznik drenów w zestawie z urządzeniem	TAK	
9.	Dwie butle wielorazowe min. 1l z zastawką zabezpieczającą przed przepełnieniem	TAK	
10.	Możliwość stosowania wkładów jednorazowych	TAK	
11.	Zestaw startowy wkładów jednorazowych – 10 szt. / 1 urządzenie	TAK	

24. I**nhalator – 6 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Zasilanie 230V (+/-10%)	TAK	
2.	Maksymalne ciśnienie 3 bar	TAK	
3.	Ciśnienie pracy 1,3 bar	TAK	
4.	Maksymalny przepływ min. 14 l/min	TAK	
5.	Przepływ pracy 5,2 l/min	TAK	
6.	Nebulizacja 0,5 ml/min	TAK	
7.	Inhalator do pracy ciagłej	TAK	
8.	Obudowa odporna na wysoką temperaturę, uszkodzenia mechaniczne	TAK	
9.	Wyposażenie: 1. nebulizator 2. ustnik plastikowy 3. maska inhalacyjna dla dorosłych 4. maska inhalacyjna dla dzieci 5. weżyk łączący, wkładka nosowa, filtr	TAK	

25. **Glukometr – 4 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Glukometr** do pomiaru i bieżącego odczytu poziomu glukozy we krwi włośniczkowej.	TAK	
2.	Czas pomiaru nie dłuższy niż 10 sekund, pojemność pamięci minimum 250 wyników, zakres pomiarowy: 20 - 500 mg/dl, wymagana objętość krwi nie większa niż 2,0 µl, zasilanie - bateria litowa.	TAK	
3.	Zasada pomiaru: biosensoryczna lub fotometryczna, kalibracja: kalibracja stosowana dla osocza, klucz kodujący.	TAK	

26. **Ciśnieniomierz elektroniczny naramienny – 6 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Metoda pomiaru oscylometryczna	TAK	
2.	Pamięć min. 50 odczytów x 2 użytkowników	TAK	
3.	Zakres ciśnienia dla mankietu min. od 0 do 280 mmHg.	TAK	
4.	Zakres pomiaru tętna min. od 40 do 180 uderzeń/min.	TAK	
5.	Zakres pomiaru ciśnienia krwi SYS (skurczowe) min. od 60 do 250 mmHg. Zakres pomiaru ciśnienia krwi DIA (rozkurczowe) min. od 40 do 200 mmHg.	TAK	
6.	Dokładność pomiaru ciśnienia: ±3 mmHg / tętna: ±5% wskazywanego odczytu.	TAK	
7.	Pompowanie automatyczne po włączeniu za pomocą pompy elektrycznej.	TAK	
8.	Źródło zasilania baterie AA oraz zasilacz (zasilacz w zestawie z aparatem)	TAK	
9.	Mankiet dla dorosłych o rozmiarze 22-42 cm,	TAK	

27. **Defibrylator – 2 szt.**

27.1 ***Defibrylator kliniczny – 1 szt.***

Producent: **(podać) .....**
Model/Typ: **(podać) .....….**
Rok produkcji: (**podać)……...**
Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Zasilanie monitora 230V (+/- 10 %) 50	TAK	
2.	Czas pracy z akumulatora wewnętrznego - min. 1 godz.	**Czas pracy z akumulatora: od 1h do 1h 29 min – 0 pkt. od 1h 30 min. do 2 h – 5pkt. powyżej 2 h – 10 pkt.**	
3.	Ekran monitora: kolorowy, przekątna min. 8 cali, wykonany w technologii LCD	**Przekątna 8 cali – 0 pkt. Powyżej 8 cali – 5 pkt.**	
4.	Dwufazowa fala defibrylacji	TAK	
5.	Energia wstrząsu dostępna w zakresie min. od 2 do 360 J	TAK	
6.	Energia dostępna na min. 23 poziomach	**Min. 23 poziomów – 0 pkt. Powyżej 23 poziomów – 10 pkt.**	

7.	Czas ładowania do pełnej energii < 8 sek.	TAK	
8.	Defibrylacja ręczna, twarde łyżki (dla dorosłych i dzieci) mocowane do obudowy aparatu.	TAK	
9.	Defibrylacja półautomatyczna	TAK	
10.	Funkcja prowadzenia defibrylacji synchronicznej (kardiowersji)	TAK	
11.	Monitorowanie EKG – kabel pacjenta 3 lub 5-cio odprowadzeniowy (kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy w komplecie)	TAK	
12.	Prezentacja na ekranie min. 4 kanałów dynamicznych	TAK	
13.	Komunikaty głosowe (tryb doradczy) w języku polskim	TAK	
14.	Wbudowany rejestrator termiczny o szerokości min. 80 mm	TAK	
15.	Wbudowany układ pomiaru dawki energii lub zewnętrzny układ pomiaru dawki (tester, do każdego defibrylatora)	**Wbudowany układ pomiaru dawki – 10 pkt. Zewnętrzny układ pomiaru dawki – 0 pkt.**	
16.	Stymulacja przezskórna.	TAK	
17.	Tryb AED	TAK	
18.	Pomiar saturacji w technologii NELLCOR lub Masimo (Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych w zestawie)	TAK	
19.	Ciężar w pełni wyekwipowanego defibrylatora: max. 8 kg	TAK	
20.	Urządzenie zabezpieczone przed zmiennymi warunkami pogodowymi, zalaniem oraz wstrząsami.	TAK	
21.	Wózek jezdny dedykowany do defibrylatora: podstawa jezdna min pięcioramienna z kółkami wykonanymi z niebrudzącej mieszanki z min 2 hamulcami, uchwyt do prowadzenia wózka, koszt na akcesoria.	TAK	
22.	Możliwość wykonywania testów urządzenia zarówno automatycznie jak i ręcznie, możliwość zaprogramowania wykonania codziennego raportu w postaci wydruku z wbudowanej w urządzenie drukarki	TAK	

27.2 ***Defibrylator AED – 1 szt.***

Producent: **(podać) .....**
Model/Typ: **(podać) .....….**
Rok produkcji: (**podać)……...**
Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Tryb pracy półautomatyczny (wyzwalanie impulsu przez ratownika) oraz w pełni automatyczny (samoczynnie)	TAK	
2.	Czas ładowania defibrylatora poniżej 10s	TAK	

3.	Czytelna grafika, wskaźniki LED oraz wyraźne instrukcje głosowe prowadzące ratownika przez cały proces resuscytacji (RKO).	TAK	
4.	Przeznaczony do akcji ratunkowych dorosłych i dzieci bez konieczności zmiany elektrod. Dwa tryby pracy: dzieci/dorośli	TAK	
5.	Natychmiastowe uruchomienie defibrylatora zaraz po otwarciu pokrywy	TAK	
6.	Zapis EKG na karcie SD	TAK	
7.	Konstrukcja odporna wodę, kurz oraz upadki min. IP55	TAK	
8.	Impuls dwufazowy	TAK	
9.	Energia Dorośli: 170 do 200J (±5%) Dzieci: 44 do 51J (±5%)	TAK	
10.	EKG: 2 odprowadzenia Wykrywanie arytmii VF/VT Impedancja: 25 do 200 Ohm	TAK	
11.	Panel LCD przedstawiający stan defibrylatora oraz stan naładowania baterii	TAK	
12.	Bateria: Pojemności min. 3000 mAh Okres przechowywania: 5 lat Ilość wyładowań min. 100 Monitorowanie pacjenta do min. 5 godzin	**100 wyładowań - 0 pkt. Więcej niż 100 wyładowań – 10 pkt.**	

28. **Zestaw do reanimacji - 2 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Zestaw reanimacyjny do prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej w terenie	TAK	
2.	Zestaw umieszczony w usztywnianej torbie o pięciu niezależnych przegrodach	TAK	
3.	Wymiary zewnętrzne 330x470x310 mm (szer/wys/głęb) +/- 50mm	TAK	
4.	Torba wykonana z materiału odpornego na otarcia w kolorze czerwonym z oznaczeniem (min krzyż św Andrzeja, paski odblaskowe)	TAK	
5.	Uchwyty do transportu w ręku i na ramieniu	TAK	
6.	Uchwyty przy zamkach ułatwiające otwieranie i zamykanie	TAK	

7.	Zestaw do prowadzenia oddechu min: 1. worek samorozprężalny silikonowy 2. maski twarzowe do prowadzenia oddechu zastępczego dla dorosłych i dla dzieci 3. Filtry antybakteryjne – 5 szt 4. ssak ręczny z pojemnikiem i cewnikami	TAK	
8.	Zestaw do intubacji min : • Laryngoskop typu Macintosh z łyżkami nr 1, 2, 3 • rurki ustno-gardłowe – komplet (min 6 rozmiarów) • kleszcze Magilla • Rurki intubacyjne • latarka diagnostyczna	TAK	
9.	Zestaw do iniekcji min: • Strzykawki • igły jednorazowe • venflony • staza zaciskowa • sól fizjologiczna		
10.	Ampulatorium: do samodzielnego wyposażenia		
11.	Zestaw uzupełniający min: • płyn do dezynfekcji • rękawiczki • nożyczki		

29. **Kula ortopedyczna - 8 kpl.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Kula ortopedyczna -** wykonana z aluminium, uchylny uchwyt ramienia, regulacja wysokości kuli oraz długości ramienia, zakończona gumową nakładką elastyczną.	TAK	
2.	Wysokość kuli 95-125cm (-/+ 5cm).	TAK	
3.	Obciążenie minimum 100kg.	TAK	
4.	Kolor do wyboru przez Zamawiającego minimum szary.	TAK	

30. **Laska inwalidzka - 6 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Laska inwalidzka z trzypunktowym podparciem (trójnóg) -** wykonana z aluminium ,podstawa aluminium lub stal, trzy punkty podparcia zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi	TAK	
2.	ergonomiczny profilowany uchwyt, możliwość użytkowania jako wersji prawej i lewej, regulacja wysokości skokowa 2,5 lub 3 cm	TAK	
3.	Wymiar wysokość 75 - 95 cm (-/+6cm)	TAK	
4.	Obciążenie maksymalne minimum 100 kg	TAK	
5.	Kolor do wyboru przez Zamawiającego minimum szary i czarny	TAK	

31. **Balkonik - 6 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Balkonik aluminiowy rehabilitacyjny dwukołowy** - składana aluminiowa rama wzmocniona poziomymi poprzeczkami, nóżki tylne zakończone gumowymi antypoślizgowymi zabezpieczeniami, nóżki przednie z kółkami o średnicy min.12cm z możliwością odpięcia, ergonomiczny uchwyt,	TAK	
2.	Wysokość balkonika regulowana skokowo co 2-3cm, szerokość balkonika 64cm -/+3cm ,wysokość 80-97,5 (-/+3cm).	TAK	
3.	Obciążenie minimum 110kg	TAK	
4.	Kolor srebrny lub szary	TAK	

32. **Wózki inwalidzkie siedzące – 6 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane) ***
1.	Rama aluminiowa, składana o konstrukcji krzyżakowej	TAK	
2.	Tapicerka łatwo zmywalna z możliwością dezynfekcji ogólnodostępnymi środkami	TAK	
3.	Uchylne, demontowalne podłokietniki	TAK	
4.	Uchylne, demontowane podnóżki z regulacją długości oraz pasami zabezpieczającymi stopy	TAK	
5.	Pas biodrowy	TAK	
6.	Przednie koła skrętne, pełne lub szprychowe gumowane, rozmiar 200x50	TAK	
7.	Tylne koła pełne lub szprychowe gumowane, rozmiar min 24”	TAK	
8.	Podwójny system hamowania (dla pacjenta i dla opiekuna)		
9.	Wymiary siedziska: szerokość : 49-51 cm głębokość : 40-42 cm wysokość: 48-51 cm	TAK	
10.	Waga wózka <18 kg	TAK	
11.	Maksymalne obciążenie min 120 kg	**= 120 kg- 0 pkt** **>120 kg ≥150 kg- 5 pkt** **> 150 kg – 10 pkt**	

33. **Wózek inwalidzki z podparciem głowy – 1 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia**	**Parametry**	**Treść oferty**

	(parametry wymagane)	graniczne/punktacja	(parametry oferowane) *
1.	Wózek typu recliner stabilizujący głowę oraz plecy	TAK	
2.	Składana rama aluminiowa o konstrukcji krzyżowej	TAK	
3.	Odchylane oparcie umożliwiające przyjęcie pozycji siedzącej jak i leżącej	TAK	
4.	Zabezpieczający pas biodrowy	TAK	
5.	Uchylne i demontowalne podnóżki wyposażone w możliwość płynnej regulacji kąta zgięcia, długości oraz wsparcie podudzi,	TAK	
6.	Demontowalne podłokietniki	TAK	
7.	Demontowalna górna część wózka wraz z zagłówkiem	TAK	
8.	Koła tylne pompowane wyposażone w system szybkiego demontażu, rozmiar min 24” (w zestawie pompka)	TAK	
9.	Podwójny system hamowania (dla pacjenta i opiekuna)	TAK	
10.	Szerokość siedziska min 44 cm	TAK	
11.	Maksymalne obciążenie min 100 kg	**= 100 kg- 0 pkt** **>100 kg ≥120 kg- 5 pkt** **> 120 kg – 10 pkt**	

34. **Pompa infuzyjna – 5 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Zasilanie sieciowe 230 V (+/- 10%) bezpośrednio z sieci (zasilacz wewnętrzny) oraz wewnętrzne akumulatorowe	TAK	
2.	Pompa z możliwością stosowania strzykawek o pojemnościach min 5-60 ml	TAK	
3.	Stosowanie strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych, min 10 producentów	TAK	
4.	Komunikacja i obsługa pompy przez ekran dotykowy	TAK	
5.	Podgląd i zmiana parametrów w trakcie infuzji	**TAK – 10 pkt.** **NIE – 0 pkt.**	
6.	Automatyczne rozpoznawanie rozmiaru strzykawki	**TAK – 10 pkt.** **NIE – 0 pkt.**	

7.	Zakres szybkości dozowania min 0,1-1500 ml/h	TAK	
8.	Dokładność szybkości dozowania <+2%	TAK	
9.	Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu	TAK	
10.	System wielopoziomowego wykrywania okluzji z funkcją anty-bolus	TAK	
11.	Praca w opcjach: -prędkość i objętość -prędkość i czas -objętość i czas	TAK	
12.	Wskaźnik ciśnienia infuzji	TAK	
13.	Programowane ciśnienie okluzji (min. 3 progi)	TAK	
14.	Funkcja KVO	TAK	
15.	System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta (wizualny i dźwiękowy)	TAK	
16.	System kontroli pracy urządzenia (wizualny i dźwiękowy)	TAK	
17.	Komunikaty o stanach zagrażających życiu pacjenta w języku polskim	TAK	
18.	Komunikaty o stanie pracy pompy w języku polskim	TAK	
19.	Autotest w momencie uruchomienia urządzenia	**TAK – 5 pkt.** **NIE – 0 pkt.**	
20.	Obudowa szczelna, min. IP 22	TAK	
21.	Uchwyt umożliwiający mocowanie na statywie	TAK	
22.	Funkcja pracy w stacji dokującej	TAK	
23.	Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego	TAK	
24.	Informacja o poziomie naładowania akumulatorów	TAK	
25.	Wewnętrzna biblioteka leków z możliwością modyfikacji min 40 nazw leków	TAK	
26.	Historia infuzji min 2000 zdarzeń	TAK	
27.	Waga pompy < 2,5 kg	TAK	
28.	Stojak/statyw do pompy, mobilny z hamulcami i listwą zasilającą	TAK	

35. **Stetoskop – 4 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	**Stetoskop- -** stetoskop (słuchawki lekarskie), wysoka czułość akustyki, dwie	TAK	

	membrany (mambrana dla dorosłych- 43 mm i mambrana pediatryczna- 33 mm),		
2.	Długość przewodu min 65mm, głowica podwójna ze stali nierdzewnej stal nierdzewna.	TAK	
3.	Lira zakończona samouszczelniajacymi się oliwkami.	TAK	

36. **Pulsoksymetr – 2 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Pulsoksymetr przenośny	TAK	
2.	Zakres pomiaru saturacji (SpO_2) w zakresie min. 1-100 %	TAK	
3.	Zakres pomiaru częstotliwości pulsu w zakresie min. 30 -250 BPM	TAK	
4.	Wskaźnik perfuzji (PI)	TAK	
5.	Dokładność pomiaru saturacji max. +/- 2% (w przedziale min. 70- 100 %); +/- 3% (w przedziale 50% ~ 69%)	TAK	
6.	Częstotliwość 1 BPM	TAK	
7.	Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej	TAK	
8.	Cztery różne tryby pracy ekranu	TAK	
9.	Wyniki w formie graficznej lub tabeli	TAK	
10.	Robocza temperatura otoczenia w zakresie min. $10^{O}C$ - $35^{O}C$	TAK	
11.	Zasilnie bateryjne lub akumulatorowe / baterie/akumulatory AA	TAK	
12.	Kolorowy wyświetlacz TFT o przekątnej min. 2,8 cala	**= 2,8 cala – 0 pkt powyżej 2,8 cala – 10 pkt.**	
13.	Wymiary urządzenia max. 160x72x39 mm (wys. x szer. x głęb.)	TAK	
14.	Waga max 350 g wraz z zaoferowanym czujnikiem.	TAK	
15.	Możliwość dezynfekcji ogólnodostępnymi środkami	TAK	
16.	Czas pracy do 10 godzin czasu na zestawie baterii	TAK	
17.	Na wyposażeniu czujnik na palec dla dorosłych	TAK	

37. **Aparat EKG – 2 szt.**

Producent: **(podać): .....**

Model/Typ: **(podać) .....….**

Rok produkcji**: (podać)……..**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane) ***
1.	Zasilanie 230V +/-10%, 50/60Hz	TAK	
2.	Akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowaną wewnątrz aparatu	TAK	
3.	Ilość kanałów 12	TAK	
4.	Rejestracja zapisu 12 odprowadzeń standardowych automatyczna i ręczna	TAK	
5.	Wewnętrzny graficzny o przekątnej min. 5,7'' ekran umożliwiający jednoczesny podgląd 12 kanałów EKG	TAK	
6.	Detekcja stymulatora serca	TAK	
7.	Klawiatura alfanumeryczna	TAK	
8.	Zapis - głowica termiczna	TAK	
9.	Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	TAK	
10.	Filtracja zakłóceń sieciowych oraz pochodzenia mięśniowego	TAK	
11.	Możliwość wydruku: prędkości, czułości i filtracji oraz danych pacjenta	TAK	
12.	Szerokość papieru 112 mm	TAK	
13.	Prędkość zapisu min: 10; 20 lub 25; 50 mm/s	TAK	
14.	Czułość min: 5-10-20 mm/mV	TAK	
15.	Pamięć min. 100 badań	TAK	
16.	Tryb "stand by" pozwalający obniżyć pobór energii oraz wydłużyć pracę wyświetlacza	**TAK – 2 pkt.** **NIE – 0 pkt.**	
17.	Podgląd badania z pamięci aparatu z analizą bez konieczności wydruku	**TAK – 10 pkt.** **NIE – 0 pkt.**	
18.	Sygnalizacja złego kontaktu poszczególnych elektrod	TAK	
19.	Wyposażenie minimalne do każdego z aparatów: Dedykowany wózek do aparatu mobilny z koszykiem na akcesoria, min 2 kółka z hamulcem -1 szt.	TAK	

	Elektrody kończynowe klipsowe, kolorowe - 1 kpl. Elektrody przedsercowe, przyssawkowe, kolorowe -1 kpl. Elektrody przedsercowe blaszkowe - 2 kpl. Pasy gumowe piersiowe do elektrod szer. 7 cm - 1 szt. szer. ≥ 10cm - 1 szt. Kabel EKG - 2 szt. Papier do rejestracji EKG - 5 szt. Kabel zasilający min 3 m – 1 szt.		

38. **Zestaw narzędzi chirurgicznych - 1 kpl**

Producent: **(podać): .....**

Model/Typ: **(podać) .....……**

Rok produkcji**: (podać)……..**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane) ***
	Narzędzia chirurgiczne – tolerancja wymiarów +/-5%	TAK	
1.	Kleszczyki naczyniowe typ rochester-pean proste długość 160 mm skok ząbków 0,9 mm – **3 szt.**	TAK	
2.	Kleszczyki naczyniowe typ pean proste skok ząbków 0,9 mm długość 140 mm – 2 szt.	TAK	
3.	Kleszczyki naczyniowe typ kocher proste długość 150 mm końcówka robocza 1x2 ząbki skok ząbków 0,7 mm - 1 szt.	TAK	
4.	Kleszczyki naczyniowe typ kocher-ochsner proste długość 160 mm końcówka robocza 1x2 ząbki skok ząbków 0,8 mm - 1 szt.	TAK	
5.	Kleszczyki naczyniowe typ rochester-pean odgięte długość 160 mm skok ząbków 0,9 mm- 2 szt.	TAK	
6.	Kleszczyki naczyniowe typ halsted-mosquito odgięte długość 125 mm delikatne skok ząbków 0,6 mm - 3 szt.	TAK	
7.	Kleszczyki naczyniowe typ kocher-ochsner odgięte długość 185 mm końcówka robocza 1x2 ząbki skok ząbków 0,8 mm - 2szt.	TAK	
8.	Kleszczyki naczyniowe typ kocher-ochsner końcówka robocza 1x2 ząbki odgięte długość 160 mm skok ząbków 0,9 mm - 1 szt.	TAK	
9.	Uchwyt skalpela nr 4 długość 135 mm - 2 szt.	TAK	
10.	Uchwyt skalpela nr 3 długość 125 mm - 1 szt.	TAK	
11.	Imadło chirurgiczne typ hegar-mayo z zapadką długość 185 mm część robocza z twardą wkładką szczęki ząbkowane krzyżowo skok 0,5 mm - 2 szt.	TAK	
12.	Imadło chirurgiczne typ hegar-mayo z zapadką długość 205 mm część robocza z twardą wkładką szczęki ząbkowane krzyżowo skok 0,5 mm - 1 szt.	TAK	

13.	Pinceta chirurgiczna standard prosta końcówka robocza 1/2 ząbki długość 145 mm - 2 szt.	TAK	
14.	Pinceta chirurgiczna standard prosta końcówka robocza 1/2 ząbki długość 200 mm - 1 szt.	TAK	
15.	Pinceta anatomiczna standard prosta długość 200 mm - 1 szt.	TAK	
16.	Nożyczki preparacyjne odgięte typ metzenbaum długość 200 mm ostrza tępo tępe utwardzone twardą wkładką złote ucha - 1 szt.	TAK	
17.	Nożyczki chirurgiczne odgięte tępo ostre długość 145 mm - 1 szt.	TAK	
18.	Nożyczki chirurgiczne odgięte tępo ostre długość 185 mm - 1 szt.	TAK	

39. **Waga krzesełkowa – 3 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Waga elektroniczna do ważenia pacjentów w pozycji siedzącej	TAK	
2.	Kółka jezdne skrętne z blokadą	TAK	
3.	Składane podłokietniki i podnóżki	TAK	
4.	Zasilanie sieciowe 230 V (+/-10%) i bateryjne (w zestawie baterie)	TAK	
5.	Obciążenie maksymalne – nie mniej niż 200 kg	**=200 kg- 0 pkt** **>200 kg ≥250 kg – 10 pkt** **>250 kg – 15 pkt**	
6.	Dokładność odczytu 100g	TAK	
7.	Wyświetlacz LCD	TAK	
8.	Funkcje : automatyczne wyłączanie, TARA, BMI	TAK	
9.	Legalizacja pierwotna	TAK	

40. **Kaczka – 5 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Kaczka-** kaczka sanitarna męska z rączką	TAK	

41. **Basen – 30 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Basen –** basen sanitarny z uchwytem i szczelną przykrywką, przeznaczony dla pacjentów leżących.	TAK	
2.	Pojemność min 750ml, łatwy w utrzymaniu czystości, z możliwością mycia w myjniach do kaczek i basenów	TAK	

42. **Wózek do przewożenia ciała – 5 szt.**

42.1 ***Wózek do przewożenia zwłok – 4 szt.***

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane)*
1.	Wózek transportowy do przewożenia ciała wewnątrz szpitala	TAK	
2.	Koła o średnicy min 125mm z systemem blokowania kół	TAK	
3.	Pokrywa osłaniająca zwłoki dostosowana do wymiarów wózka	TAK	
4.	Pokrywa osłaniająca lekka, składająca się ze stelaża rurkowego i nakładanego materiału nienasiąkliwego	TAK	
5.	Wózek w całości wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK	

6.	Wymiary bez pokrywy : długość – 2000 – 2200 mm szerokość – 600 - 700 mm wysokości- 650 – 750 mm	TAK	

42.2 ***Wózek do przewożenia chorych – 1 szt.***

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Wózek transportowy do przewożenia pacjenta wewnątrz szpitala	TAK	
2.	Koła o średnicy min 125mm z centralnym systemem blokowania kół	TAK	
3.	Konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych, lakierowanych proszkowo	TAK	
4.	Podstawa wózka obudowana wykonana z tworzywa posiadająca miejsce na butlę z tlenem mocowana na stałe. Obudowa odporna na działanie środków dezynfekcyjnych.	TAK	
5.	Leże wózka podparte na dwóch kolumnach z osłonami harmonijkowymi wykonanymi z odpornego tworzywa sztucznego	TAK	
6.	Leże składające się z dwóch segmentów, wymiary leża min. 60x195cm.	TAK	
7.	Szerokość całkowita wózka z poręczami bocznymi < 70 mm	TAK	
8.	Długość całkowita wózka maksymalnie 2180mm	TAK	
9.	Regulacja wysokości za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w zakresie min. 650-850mm	TAK	
10.	Oparcie pleców regulowane dzięki zastosowaniu sprężyn gazowych z blokadą w zakresie min. 0 – 85°	TAK	
11.	Przechył anty i Trendelenburga min. 18°	TAK	
12.	Pozycja Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej	TAK	
13.	Dźwignie do sterowania regulacją wysokości oraz przechyłami wzdłużnymi umieszczone w podstawie wózka po obu jego bokach	TAK	
14.	Leże wózka zaopatrzone w anodyzowane, składane uchwyty do prowadzenia wózka. Uchwyty od strony głowy i stóp pacjenta.	TAK	
15.	Leże wypełnione płytą laminatową przezierną dla promieni RTG. Płyta laminatowa mocowana na stałe (segment oparcia pleców i segment leża)	TAK	

16.	Konstrukcja wózka umożliwiająca monitorowanie pacjenta ramieniem C	TAK	
17.	Materace o grubości min. 80 mm z możliwością zdejmowania i dezynfekcji. Obszycie wykonane z materiału nieprzemakalnego i niepalnego.	TAK	
18.	Cztery koła jezdne o średnicy min. 200 mm z centralną blokadą. Dźwignie blokady umieszczone w podstawie przynajmniej od strony stóp pacjenta.	TAK	
19.	System jazdy wyposażony w dodatkowe opuszczane 5 koło ułatwiające jazdę na wprost. Opuszczanie koła realizowane przez dźwignię nożną umieszczoną przynajmniej od strony nóg pacjenta	TAK	
20.	W czterech narożach leża krążki odbojowe	TAK	
21.	Minimalne obciążenie wózka min. 250 kg	TAK	
22.	Waga wózka max. 100 kg.	TAK	
23.	Wózek wyposażony w: - poręcze boczne z anodyzowanego aluminium. - wieszak kroplówki składany na ramę leża od strony głowy	TAK	

43. **Materac łóżkowy – 73 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Długość i szerokość materaca 200x90 cm dostosowana do wymiarów oferowanego łóżka	TAK	
2.	Wysokość (grubość) materaca 12 cm	TAK	
3.	Średnio twarda pianka poliuretanowa o gęstości min. 25 kg/m³	TAK	
4.	Materac powinien zapewniać odpowiednią elastyczność i sprężystość	TAK	
5.	Materac cechować powinna podwyższona odporność na powstawanie długotrwałych odkształceń	TAK	
6.	Materac wyposażony w pokrowiec zmywalny, paroprzepuszczalny, zapinany na zamek	TAK	

44. **Poduszka – 73 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	**Poduszka-** poduszka antyalergiczna	TAK	
2.	Wymiary 70x80 ,	TAK	
3.	Temperatura prania min 95°C eliminująca drobnoustroje szkodliwe dla człowieka,	TAK	
4.	Wypełnienie: kulki poliestrowe, tkanina min: 48 % bawełna	TAK	

45. **Kardiomonitor – 4 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ: **(podać) .....**

Rok produkcji: **(podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 4 kg	TAK	
2.	Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia	TAK	
3.	Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD z podświetleniem LED, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 800x600 pikseli.	TAK	
4.	Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych.	TAK	
5.	Trendy wszystkich mierzonych parametrów: co najmniej 100-godzinne z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta i co najmniej 1000 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 10 minut.	TAK	
6.	Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych – pamięć co najmniej 500 zestawów odcinków krzywych i wartości parametrów	TAK	
7.	Kategorie wiekowe pacjentów: dorośli, dzieci i noworodki.	TAK	
8.	Funkcja ustawienia ręcznego oraz automatycznego przyjmowania pacjenta	TAK	
9.	Funkcja ustawienia ręcznego oraz automatycznego wypisania pacjenta po określonym czasie od wyłączenia monitora	TAK	
10.	Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:	TAK	

	• EKG; • Odchylenie odcinka ST; • Liczba oddechów (RESP); • Saturacja (Spo2); • Ciśnienie krwi, mierzone metodą nieinwazyjną (NIBP); • Temperatura (T1,T2,TD).		
11.	**Pomiar EKG**		
12.	Zakres częstości rytmu serca: minimum 15÷300 bpm.	TAK	
13.	Monitorowanie EKG przy wykorzystaniu przewodu 3. i 5. końcówkowego odprowadzeń.	TAK	
14.	Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie w zakresie od -2,0 do +2,0 mV. Możliwość ustawienia jednostki pomiarowej mm.	TAK	
15.	Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych	TAK	
16.	Monitorowanie odcinka QT, możliwość ustawienia min. trzech wzorów analizy QTc	TAK	
17.	Analiza zaburzeń rytmu (co najmniej 23), z rozpoznawaniem co najmniej następujących zaburzeń: • Bradykardia • Tachykardia • Asystolia • Tachykardia komorowa • Migotanie komór • Migotanie przedsionków • Stymulator nie przechwytuje • Stymulator nie generuje impulsów • Salwa komorowa • PVC/min wysokie	TAK	
18.	**Pomiar oddechów (RESP).**		
19.	Zakres pomiaru: minimum 1-120 oddechów /min	**TAK**	
20.	Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/-2 oddech /min	**TAK**	
21.	Możliwość wyboru odprowadzeń do monitorowania respiracji	TAK	
22.	**Pomiar saturacji (SpO2).**		
23.	Zakres pomiaru saturacji: 0÷100%	TAK	
24.	Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 20÷300/min.	TAK	
25.	Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70÷100%: nie gorsza niż +/- 3%.	TAK	
26.	Funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywoływania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której	TAK	

	założony jest czujnik		
27.	Alarm desaturacji	TAK	
28.	**Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP).**		
29.	Oscylometryczna metoda pomiaru.	TAK	
30.	Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15÷280 mmHg.	TAK	
31.	Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP: co najmniej 30÷300 bpm.	TAK	
32.	Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 5mmHg.	TAK	
33.	Tryb pomiaru: AUTO; Ręczny.	TAK	
34.	Zakres programowania interwałów w trybie AUTO: co najmniej 1÷480 minut.	TAK	
35.	Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie	TAK	
36.	**Pomiar temperatury (TEMP)**		
37.	Zakres pomiarowy: co najmniej 25÷42˚C.	TAK	
38.	Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1˚C.	TAK	
39.	Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości : 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa	TAK	
40.	Możliwość wyposażenia kardiomonitora w wbudowany rejestrator termiczny	TAK	
41.	Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła, przycisków oraz poprzez ekran dotykowy.	TAK	
42.	Wyświetlanie informacji pomocy dotyczące elementu zaznaczonego na ekranie w menu użytkownika	TAK	
43.	3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów.	TAK	
44.	Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów.	TAK	
45.	Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów.	TAK	
46.	Wybór czasowego zawieszenia alarmów – co najmniej 5 czasów do wyboru.	TAK	
47.	Ustawianie różnych poziomów alarmowania dla poszczególnych parametrów.	TAK	
48.	Ustawianie głośności sygnalizacji alarmowej (co najmniej 10 poziomów do wyboru) oraz wzorca dźwiękowej sygnalizacji (co najmniej 3 wzorce do wyboru)	TAK	
49.	Ręczne i automatyczne (na żądanie obsługi) ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta.	TAK	
50.	Kardiomonitor wyposażony w tryb nocny z możliwością dostosowania min. jasności, głośności klawiszy, głośności sygnały QRS oraz włączenia bądź wyłączenia tonu zakończenia pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia	TAK	
51.	Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o	TAK	

	wartościach HR: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej, minimalnej oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów).		
52.	Funkcja analizy NIBP z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach ciśnienia: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej za dnia, maksymalnej w nocy, minimalnej za dnia, minimalnej w nocy oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów).	TAK	
53.	Funkcja tworzenia raportów EKG, raportów trendów tabelarycznych i graficznych oraz raportów w czasie rzeczywistym z możliwością wydruku raportu na drukarce połączonej poprzez sieć Ethernet. Funkcja wydruku na zewnętrznej drukarce niewymagająca podłączenia kardiomonitora co stacji centralnego monitorowania.	TAK	
54.	Zasilanie kardiomonitora z sieci elektroenergetycznej 230V (+/-10%) i akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor.	TAK	
55.	Czas pracy kardiomonitora, zasilanego z akumulatora (przy braku napięcia elektroenergetycznej sieci zasilającej, pomiar NIBP co 15 min): nie krótszy niż 4 godziny.	TAK	
56.	Czas ładowania akumulatora: nie dłuższy niż 6 godzin.	TAK	
57.	Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora.	TAK	
58.	Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci.	TAK	
59.	Interfejs i oprogramowanie sieciowe, umożliwiające pracę kardiomonitora w sieci przewodowej z centralą monitorującą.	TAK	
60.	Po podłączeniu kardiomonitora do stacji centralnego monitorowania możliwość aktywacji z poziomu kardiomonitora trybu prywatnego z funkcją ukrycia danych wyświetlanych na kardiomonitorze (dane pacjenta są widoczne tylko na stacji centralnej)	TAK	
61.	Funkcja podglądu danych z innych monitorów podłączonych do sieci bez stacji centralnego nadzoru	TAK	
62.	Funkcja informowania o alarmach pojawiających się na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci	TAK	
63.	Funkcja zdalnego wyciszania alarmów w innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci	TAK	
64.	Monitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera osobistego niepełniącego jednocześnie funkcji centrali (na wyposażeniu kardiomonitora oprogramowanie do archiwizacji danych na PC).	TAK	
65.	Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci z centralą pielęgniarską gotową do współpracy z systemami monitorowania wyposażonymi w zaawansowane moduły pomiarowe takie jak: - rzut minutowy metodami: termodylucji, IKG, PiCCO; - BIS;	TAK	

	- NMT; - EEG; - ScvO2 lub SvO2.		
66.	Wbudowane złącza USB oraz złącze sieciowe RJ45. Kardiomonitor wyposażony w pokrywę zabezpieczającą złącza w przypadku ich nieużywania	TAK	
67.	Monitor zabezpieczony przed zalaniem wodą – stopień ochrony co najmniej IPX1	TAK	
68.	**Wyposażenie kardiomonitora w akcesoria pomiarowe.**		
69.	Kabel EKG 5-odprowadzeniowy	TAK	
70.	Przewód łączący do mankietów do pomiaru NIBP	TAK	
71.	Mankiet do pomiaru NIBP: średni	TAK	
72.	Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych typu klips	TAK	
73.	Na wyposażeniu statyw na kółkach z półką do montażu kardiomonitora i koszykiem na akcesoria	TAK	

46. **Termometr bezdotykowy – 4 szt.**

Producent: **(podać) .....**
Model/Typ: **(podać) .....**
Rok produkcji: **(podać) .....**
Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Ergonomiczna budowa w kształcie tuby poprawiająca bezpieczeństwo pracy oraz utrzymanie czystości urządzenia poprzez zmniejszenie ilości załamań i uwypukleń.	TAK	
2.	Wyświetlacz LCD prezentujący wynik pomiaru	TAK	
3.	Pomiary w stopniach Celsjusza	TAK	
4.	Maksymalny czas pomiaru: 2 s.	TAK	
5.	Pamięć ostatnich min. 10 pomiarów	TAK	
6.	Zakres pomiaru Tryb pomiaru temp. ciała : 34,2 ~ 42.2˚C	TAK	
7.	Dokładność 36˚C ~ 39˚C :± 0.2˚C, pozostały zakres :± 0.3˚C	TAK	
8.	Rozdzielczość: 0,1 ˚C	TAK	
9.	Odległość dla pomiarów: 2 cm - 3 cm	TAK	
10.	Sygnał dźwiękowy w przypadku podwyższonej temperatury. Możliwość wyłączenia i włączenia sygnału dźwiękowego.	TAK	
11.	Automatyczne wyłączanie po max. 30 sekundach bezczynności	TAK	
12.	Wymiary maksymalne urządzenia: 28mm x 18mm x 135mm	TAK	

13.	Maksymalna waga: 40 g	TAK	
14.	Zasilanie bateryjne 3V (bateria w zestawie)	TAK	

47. **Przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem – 5 szt.**

Producent: **(podać) .....**
Model/Typ: **(podać) .....**
Rok produkcji: **(podać) .....**
Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać) .....**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
15.	Wielofunkcyjne urządzenie przenośne do elektroterapii, terapii magnetycznej, ultradźwięków i laseroterapii	TAK	
16.	Dwukanałowa elektroterapia	TAK	
17.	Funkcja wykonywania dwóch zabiegów jednocześnie	TAK	
18.	Wykonywanie zabiegów terapii skojarzonej	TAK	
19.	Kolorowy ekran graficzny min 4,2” z panelem dotykowym	TAK	
20.	Programy zabiegowe	TAK	
21.	Programy własne	TAK	
22.	Indywidualna regulacja wszystkich parametrów zabiegowych	TAK	
23.	Licznik czasu i liczny wykonywanych zabiegów	TAK	
24.	Dwa niezależne obwody zabiegowe do elektroterapii	TAK	
25.	Ilość kanałów wyjściowych dla elektroterapii - 2,	TAK	
26.	Ilość kanałów wyjściowych dla terapii laserowej - 1	TAK	
27.	Ilość kanałów wyjściowych dla terapii magnetycznej - 1	TAK	
28.	Zmiana indukcji pola magnetycznego ≤8mT	TAK	
29.	Częstotliwość zmian pola magnetycznego 1 do 150 Hz,	TAK	
30.	Wyposażenie: • zestaw przewodów , elektrod, podkładów i opasek mocujących do elektroterapii • głowica ultradźwiękowa 5 cm2 • aplikator płaski-elastyczny do magnetoterapii • sonda 808nm/400mW	TAK	

	• okulary ochronne do laseroterapii -2 szt.		
31.	Torba transportowa do zaoferowanego aparatu	TAK	

48. **Sprzęt do muzykoterapii (multimedialny) – 1 kpl.**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane)*
1.	**Sprzęt do muzykoterapii - 1 szt.** **Producent: (podać).....** **Model/Typ: (podać) …….**		
2.	Radioodtwarzacz wyposażony w odtwarzacz CD z tunerem cyfrowym	TAK	
3.	Uchwyt do przenoszenia	TAK	
4.	Tuner radiowy FM, AM	TAK	
5.	Moc wzmacniacza min. 3W	TAK	
6.	Elektroniczny sposób strojenia radia	TAK	
7.	Standardy odtwarzania min. płyt CD, MP3, CD-R, CD-RW, WMA	TAK	
8.	Port USB	TAK	
9.	Czytnik kart pamięci	TAK	
10.	Pilot	TAK	
11.	Zasilanie 230 V(+/-10 %)	TAK	
12.	**Sprzęt audiowizualny – 1 kpl.** **Producent: (podać).....** **Model/Typ: (podać) …….**		
13.	Telewizor – 1 szt	TAK	
14.	Przekątna ekranu min 49 cali	TAK	
15.	Rozdzielczość min Full HD (1920x1080)	TAK	
16.	Podświetlenie matrycy LED	TAK	
17.	Częstotliwość odświeżania ekranu min 100Hz	TAK	
18.	Proporcje obrazu 16:9	TAK	
19.	Funkcje : Wi-Fi, Bluetooth, nagrywanie na USB,	TAK	
20.	Tuner TV DVB-T MPEG4 w standardzie zgodnym z nadawanymi w Polsce kanałami cyfrowymi telewizji naziemnej	TAK	
21.	Moc głośników min. 2 x 10W	TAK	
22.	Możliwość montażu na ścianie - dopasowany do wieszaków ściennych w standardzie VESA	TAK	
23.	Uchwyt ścienny w standardzie VESA z regulacją w pionie i w	TAK	

	poziomie (w tym śruby montażowe)		
24.	Patchcord RJ45 dł. min. 1m do podłączenia TV	TAK	
25.	Wyposażenie minimalne: podstawa, pilot wraz z bateriami	TAK	
26.	Wbudowany system IPTV	TAK	
27.	Złącza min.: 4 x HDMI, 2xUSB, Ethernet, słuchawkowe		
28.	Menu w języku polskim	TAK	

49. **Zestaw komputerowy z drukarką i oprogramowaniem – 9 kpl.**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	**Zestaw komputerowy – 9 szt** **Producent: (podać).....** **Model/Typ: (podać).....**		
2.	Zestaw komputerowy typu (All-in-One)	TAK	
3.	Obudowa: - Zintegrowana z monitorem antyodblaskowym min. 21,5” osiągającym rozdzielczość natywną min. 1920x1080 z podświetleniem LED -typu All-in-One - możliwość zmiany kąta nachylenia monitora - wbudowane głośniki - możliwość montażu na ścianie w standardzie VESA - Wszystkie kable ukryte w obudowie (za wyjątkiem kabla zasilającego, kabla klawiatury i kabla myszki)	TAK	
4.	Procesor	Średnia wydajność minimum 8100 punktów na podstawie wyników dostępnych na stronie http://www.cpubenchmark.net	
5.	Pamięć RAM min. 8 GB	**= 8GB– 0 pkt.** **> 8GB – 10 pkt.**	
6.	Dysk twardy SSD o pojemności min. 250 GB.	TAK	
7.	Wbudowany napęd optyczny DVD-RW SATA	TAK	

8.	- wbudowana karta sieciowa 100/1000 Mbps - karta sieciowa min WiFi 802.11 b/g/n - wbudowana karta dźwiękowa - zintegrowana karta graficzna - min. 5 portów USB z czego min 2 porty USB 3.0	TAK	
9.	System operacyjny : Zainstalowany licencjonowany system operacyjny w najnowszej dostępnej na rynku wersji w języku polskim umożliwiający: • Pełna integracja z domeną Active Directory MS Windows (planowaną do wdrożenia przez Zamawiającego) opartą na serwerach Windows Server 2016 • Możliwość zainstalowania i uruchomienia programu Płatnik – ZUS (wykorzystywanym przez Zamawiającego). • Możliwość uruchomienia Szpitalnego Systemu Informacyjnego HIS Infomedica firmy Asseco (posiadanym przez Zamawiającego). • Wszystkie w/w funkcjonalności nie mogą być realizowane z zastosowaniem wszelkiego rodzaju emulacji i wirtualizacji.	TAK	
10.	Pozostały sprzęt: - przewodowa klawiatura USB - przewodowa mysz optyczna USB - filtr prywatyzacyjny z mocującymi paskami samoprzylepnymi lub bocznymi listkami, niewidoczność ekranu w zakresie 60° (30 stopni z każdej strony)	TAK	
11.	**Drukarka – 9 szt** **Producent: (podać).....** **Model/Typ: (podać).....**		
12.	Urządzenie wielofunkcyjne	TAK	
13.	Technologia laserowa lub LED-owa	TAK	
14.	Miesięczne obciążenie min. 9 000 str./miesiąc	**= 9 000 str./miesiąc – 0 pkt.** **> 9 000 str./miesiąc – 10 pkt.**	
15.	Wbudowany FAX	TAK	
16.	Interfejs: min. Ethernet 10/100; USB 2.0	TAK	
17.	Podajnik papieru min. 250 arkuszy	TAK	
18.	Odbiornik papieru min. 100 stron	TAK	
19.	Pamięć (RAM) min. 32 MB	TAK	

20.	Automatyczne drukowanie dokumentów w trybie dwustronnym.	TAK	
21.	Automatyczny podajnik dokumentów (ADF)	TAK	
22.	Prędkość kopiowania min. 22 kopie/min.	TAK	
23.	Rozdzielczość kopiowania skan min. 600x600 dpi	TAK	
24.	Zmniejszanie/Powiększanie kopii min. 25%-400%	TAK	
25.	Kopiowanie wielokrotne min. 99 stron	TAK	
26.	Rozdzielczość skanowania optyczna min. 600x2400 dpi	TAK	
27.	Możliwość skanowania min. do obrazu, OCR lub pliku	TAK	
28.	Kabel USB ekranowany min. 1,5 m	TAK	

50. **Stół do rehabilitacji - 2 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ**: (podać) .....**

Rok produkcji**: (podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta**: (podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Zasilanie 230 V (+/-10%)	TAK	
2.	Wymiary min 120x190cm	TAK	
3.	1-częściowy stół terapeutyczny do ćwiczeń metodą Bobath	TAK	
4.	Stół pokryty łatwo zmywalnymi materiałami, umożliwiającymi dezynfekcje	TAK	
5.	Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 60-85 cm	**Zakres minimalny- 0 pkt zakres większy od minimalnego- 5 pkt**	
6.	Podstawa jezdna z blokadą kół lub podstawa z wysuwanymi kółkami transportowymi	TAK	
7.	System zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu	TAK	
8.	Udźwig stołu min 140 kg	**=140 kg - 0 pkt >140 kg – 5 pkt**	

51. **Centrala monitorująca do kardiomonitorów - 1 szt.**

Producent: **(podać) .....**

Model/Typ**: (podać) .....**

Rok produkcji**: (podać) .....**

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta**: (podać) .....**

Lp.	**Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)**	**Parametry graniczne/punktacja**	**Treść oferty (parametry oferowane)***
1.	Centrala współpracująca z oferowanymi kardiomonitorami	TAK	
2.	Stacja centralnego monitorowania przystosowana do podłączenia do min 8 stanowisk monitorowania	TAK	
3.	Centrala zainstalowana na komputerze połączonym z dwoma ekranami każdym o przekątnej co najmniej 23”	TAK	
4.	Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) z poszczególnych łóżek, z identyfikacją alarmującego łóżka. Wyciszanie alarmów i uruchamianie pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego z poziomu centrali.	TAK	
5.	Wpisywanie danych demograficznych pacjenta w centrali i w monitorach	TAK	
6.	Pamięć stanów krytycznych (alarmów i arytmii i innych zdarzeń, z zapisem odcinków krzywych dynamicznych i wartości liczbowych) - minimalna liczba zdarzeń: 1000/pacjenta	TAK	
7.	Funkcja "holterowska" – pamięć ciągłego zapisu monitorowanych przebiegów falowych (EKG+inne) - z ostatnich min. 240 godzin	TAK	
8.	Trendy tabelaryczne: pamięć z ostatnich min. 240 godzin	TAK	
9.	Drukarka laserowa do wydruków trendów i raportów na standardowym papierze A4; wbudowane łącze do sieci Ethernet	TAK	
10.	Podtrzymanie zasilania elektrycznego każdego stanowiska monitorowania centralnego (UPS) min. 20 min.	TAK	
11.	Funkcja ustawiania trybu prywatnego z poziomu centrali indywidualnie w poszczególnych monitorów pacjenta	TAK	
12.	Funkcja ustawiania trybu prywatnego z poziomu centrali indywidualnie we wszystkich monitorach pacjenta jednocześnie	TAK	

Przed przystąpieniem do realizacji dostawy sprzętu Wykonawca jest zobowiązany do uzgodnienia kolorystyki z Zamawiającym.

* W przypadku parametrów ocenianych należy wstawić wartości zaoferowanych parametrów umożliwiające dokonanie oceny. W pozostałych pozycjach wystarczające będzie potwierdzenie spełnienia parametrów poprzez wpisanie słowa TAK

Oświadczam, że zaoferowane przez nas przedmioty są produkowane seryjnie (nie modyfikowany pod potrzeby przedmiotu zamówienia) i spełniają wszystkie wymagania określone w niniejszym załączniku.

Miejscowość ..... data .....

.....
pieczątka i podpis wykonawcy
lub osoby upoważnionej