ZAŁĄCZNIK Nr 1 do Ogłoszenia **NR: BZP.4.2020/covid**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo Wielkopolskie z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniual. Niepodległości 34NIP: 778-13-46-888**...............................................**Nazwa jednostki zamawiającej |  | FORMULARZ WYMAGALNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH  |

**Przenośne urządzenie przeznaczone do mechanicznej kompresji klatki piersiowej**

**DANE OGÓLNE**

Nazwa producenta ..............................................................

Nazwa i model ..............................................................

**Formularz parametrów wymagalnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametr wymagalny** | **Wymagana wartość** | **Parametr oferowany przez dostawcę****TAK/NIE\*** |
|  | Urządzenie wyprodukowane w 2020 r. | TAK |  |
|  | Urządzenie do ucisków klatki piersiowej za pomocą mechanizmu kompresji | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w system aktywnej dekompresji klatki piersiowej za pomocą przez ssawkę (np. podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację ) | TAK |  |
|  | Wskaźnik naładowania baterii | TAK |  |
|  | Głębokość i częstotliwość ucisków klatki piersiowej – zgodnie z wytycznymi ERC 2015 | TAK |  |
|  | Możliwość mocowanie urządzenia do deski ortopedycznej lub noszy głównych za pomocą dedykowanych akcesoriów znajdujących się w komplecie urządzenia | TAK |  |
|  | Głębokości uciśnięć klatki piersiowej dostosowywana automatycznie do oporu klatki piersiowej pacjenta | TAK |  |
|  | Akumulatory Li - ion polimerowe (LiPo) | TAK |  |
|  | Zasilanie 12V DC | TAK |  |
|  | Zasilanie 220V-240V AC | TAK |  |
|  | Możliwość ładowania urządzenia w trakcie czynności RKO bez konieczności wyciągania baterii, wyłączania urządzenia lub przełączania za pomocą przycisków źródła zasilania) | TAK |  |
|  | Ładowarka akumulatora zintegrowana z urządzeniem (ładowarka wbudowana w urządzenie )  | TAK |  |
|  | Możliwość wymiany baterii w trakcie pracy urządzenia – bez wstrzymywania RKO, w trakcie podłączenia do zasilania zewnętrznego (np. 12V lub 220V-240V)  | TAK |  |
|  | Czas pracy jednego akumulatora powyżej 40 min | TAK |  |
|  | Czas ładowania jednego akumulatora w urządzeniu do kompresji klatki piersiowej (do pełna) poniżej 90 minut | TAK |  |
|  | Ciężar urządzenia gotowego do pracy poniżej 10 kg | TAK |  |
|  | Tryby pracy urządzenia:1. 30/2
2. Ciągły
 | TAK |  |
|  | Częstotliwość ucisków klatki piersiowej – zgodnie z wytycznymi ERC 2015 możliwość zainstalowania nowego oprogramowania w przypadku zmiany zaleceń (wytycznych) ERC | TAK |  |
|  | Możliwość transportu pacjenta bez konieczności wstrzymywania pracy urządzenia:1. w poziomie
2. w płaszczyznach pochyłych
3. podczas ewakuacji pacjenta przy użyciu ogólnodostępnych technik transportowych (np. płachta ratownicza, deska ortopedyczna, kosz ratowniczy, itp.)
4. możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego : min. 40 min.
 | TAK |  |
|  | Zakres pracy urządzenia w temperaturach min. - od -20°C do +40°C | TAK |  |
|  | Zewnętrzne wyprowadzenie gniazda (portu) ładowania urządzenia (dostęp do gniazda bez konieczności wyciągania urządzenia z torby/plecaka) | TAK |  |
|  | Możliwość archiwizowania danych dot. pracy urządzenia z możliwością ich gromadzenia, przetwarzania i analizy | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa transmisja (bluetooth) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania zdjęć RTG lub procedur PCI w trakcie używania urządzenia do kompresji klatki piersiowej | TAK |  |
|  | Torba/plecak wykonana z materiału łatwego do czyszczenia i dezynfekcji, wyposażony w uchwyty umożliwiające transport urządzenia w różnych pozycjach (np. na plecach, przez ramię lub w ręce)  | TAK |  |
|  | Urządzenie do kompresji klatki piersiowej wraz z zestawem do ładowania oraz baterią (akumulatorem) | TAK |  |
|  | Pasy mocujące pac jęta do urządzenia do kompresji klatki piersiowej | TAK |  |
|  | Pasy mocujące urządzenie do deski ortopedycznej lub noszy głównych | TAK |  |
|  | Certyfikat zgodności CE | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Spełnienie normy min. IP 43 | TAK |  |

**\* W tabeli Zamawiający określił wymagania konieczne do spełnienia przez Wykonawcę. W związku
z powyższym Zamawiający oczekuje odpowiedzi binarnej: Tak – w przypadku spełnienia warunku, Nie - w przypadku niespełnienia warunku. W przypadku udzielenia odpowiedzi negatywnej Zamawiający interpretuje fakt jako niespełnienia warunku koniecznego, co skutkuje nieprzyjęciem oferty.**

…………….., dnia ……2020r. ………………………………….

 (podpis Wykonawcy (dostawcy)