|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  (wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | |
| **System wykrywania nerwów – 1 zestaw**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | | |
|  | System wykrywania nerwów czaszkowych  w chirurgii ogólnej | TAK, podać | |  |
|  | Min. 4-kanały EMG do monitorowania nerwów w chirurgii ogólnej | TAK, podać | |  |
|  | Obrazowanie potencjałów wolno biegnących  i wywołanych EMG | TAK, podać | |  |
|  | Potencjały wywołane EMG zapisywane automatycznie do pamięci wewnętrznej aparatu | TAK, podać | |  |
|  | Raporty z zabiegu generowane automatycznie dla każdego badania do pamięci wewnętrznej min.2 GB | 5GB i więcej - 10 pkt  2GB – 5 pkt | |  |
|  | Szybkie uruchamianie gotowych programów  - menu min. 10 programów wywoływane  1 klawiszem;  - operacje tarczycy 4 kanałowe | TAK, podać | |  |
|  | Możliwość doposażenia w funkcje monitorowania splotów nerwowych układu autonomicznego do chirurgii jelita grubego | Tak -10 pkt  Nie – 0 pkt | |  |
|  | Wyposażenie w min. dwa stymulatory stałoprądowe z zakresem regulacji natężenia min. 25 mA i zakresem regulacji częstotliwości min. 25 Hz. Napięcie stymulacji min. 90V | TAK, podać | |  |
|  | Komentarze w języku polskim odpowiedzi wywołanej EMG wprowadzane w momencie uzyskania lub dowolnym późniejszym | TAK, podać | |  |
|  | Aparat wyposażony w kolorowy ekran LCD min.8’’ i dźwiękowy sygnał odpowiedzi EMG | TAK, podać | |  |
|  | Wybór sygnału dźwiękowej odpowiedzi wywołanej EMG: analogowy proporcjonalny do amplitudy odpowiedzi oraz cyfrowy | TAK, podać | |  |
|  | Menu Obsługi w języku polskim | TAK, podać | |  |
|  | Eksport całej bazy danych do komputera, analiza graficzna w dedykowanym programie producenta aparatu | TAK, podać | |  |
|  | Intuicyjna obsługa aparatu – przyciski bryzgoszczelne do szybkiego wyboru podstawowych funkcji | TAK, podać | |  |
|  | Aparat wyposażony w pamięć wewnętrzną min. 1000 rekordów danych pacjenta z zapisanymi krzywymi EMG z możliwością odczytu zapisanego rekordu w dowolnym czasie  po zabiegu | TAK, podać | |  |
|  | Drukowanie raportu z zabiegu do pliku  min. PDF, JPG, DOC | TAK, podać | |  |
|  | Odseparowanie podłączenia przewodów  do odbioru i stymulacji w celu minimalizacji zakłóceń i artefaktów w sygnale odbioru | TAK, podać | |  |
|  | Wielorazowa elektroda głowa bipolarna, koncentryczna, 25-35stopni, połączona  z elektrodą igłową neutralną (dł. igły 15-20mm, dł. przewodu 1500-2000mm) – 1 sztuka. | TAK, podać | |  |
|  | Wielorazowy, min. 4 kanałowy box EMG  z uziemieniem, 9x 1.5mm touchproof - 1 sztuka | TAK, podać | |  |
|  | Doposażenie w rurki intubacyjne zintegrowane  z elektrodą odbiorczą EMG | 4-kanałowa EMG – 10pkt  2-kanałowa EMG – 5 pkt | |  |
|  | Wielorazowa sonda -polarna, długość robocza  4-6 cm wraz z odłączanym przewodem  min. 4m - 1 sztuka | Bi-polarna - 10 pkt  Mono-polarna– 0pkt | |  |
|  | Automatyczne dodanie numeru pacjenta  przy pomocy kodu kreskowego z historii choroby | Wbudowany skaner – 10pkt  Dołączony skaner – 0 pkt | |  |
|  | Praca w sieci szpitalnej poprzez port Ethernet (możliwość drukowania raportu na drukarce sieciowej) | TAK, podać | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi  w języku polskim dostarczona wraz  z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia  i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy operatorów urządzenia zatrudnianych przez Zamawiającego | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia  do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:  a. nie wymagającej importu części nie dłużej  niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/  b. wymagającej importu części nie dłużej  niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi,  a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty w terminie określonym datą wskazaną przez Zamawiającego  po wcześniejszym jej uzgodnieniu, z co najmniej tygodniowym wyprzedzeniem | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do uzupełnienia paszportu technicznego urządzenia zgodnie  z danymi oznaczonymi przez Wytwórcę | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – niespełnienie nawet jednego   
z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji.

…………………………………..

Podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy