| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Głowice do ultrasonografu ocznego – kpl. (Głowica z cyfrową projekcją A x 1 szt. + Oprzyrządowanie dla immersji x 1 szt. + Głowica pachymetryczna x 1 szt.)** Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji………………………………………………….. |
|  | **Głowica z cyfrową projekcją A x 1 szt.** |  |  |
|  | Pełna biometria* długości osiowej oka ( AXL )
* głębokości komory przedniej (AC),
* grubości soczewki  (LENS)
* grubości  ciała szklistego (VITR)
 | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Obliczanie średniej arytmetycznej pomiaru AXL, AC, LENS, VITR | TAK, podać |  |
|  | Obliczanie odchylenia standardowego dla pomiarów AXL | TAK, podać |  |
|  | Dwa automatyczne tryby pomiarowe, każdy po 10 pomiarów | TAK, podać |  |
|  | Pomiar uwzględniający różne prędkości w poszczególnych strefach  | TAK, podać |  |
|  | Ustawianie prędkości dla każdej strefy i używanych materiałów  | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna  kontrola  rozrzutu  wyników  pomiarów  z  możliwością  ręcznej  korekcji | TAK, podać |  |
|  | Tryb ręcznej korekty | TAK, podać |  |
|  | Zakresy pomiarowe:* AXL: 15 mm - 40 mm AC: 1,8 mm - 6 mm LENS: 1,5 mm - 6,5 mm
 | TAK, podać |  |
|  | Pomiar wszystkich rodzajów oczu :* Normalne, z kataraktą, z gęstą kataraktą, Silicone Oil Vitreous, Afakijne, Pseudofakijne /PMMA, Pseudofakijne / Acrylic, Pseudofakijne/ Silicone
 | TAK, podać |  |
|  | Sześć formuł  IOL: SRK II, SRK T, Holladay, Hoffer-Q, Binkhorst II, Haigis | TAK, podać |  |
|  | Cztery formuły po zabiegach refrakcyjnych :Double-K SRKT, Latkany  Flat-K SRKT, Latkany avg-K SRKT, Masket | TAK, podać |  |
|  | Wprowadzanie danych do obliczeń IOL  | TAK, podać |  |
|  | Porównanie kalkulacji IOL:* wyświetlanie równoczesne czterech wyników kalkulacji mocy IOL dla różnych soczewek i metod wybranych przez użytkownika.
* porównanie wyników obliczeń mocy IOL dla danej soczewki wszystkimi formułami dostępnymi w skanerze PIROP.
 | TAK, podać |  |
|  | Metoda kontaktowa i  immersyjna | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość pracy głowicy: 12 MHz | TAK, podać |  |
|  | Głowica z promieniem  świetlnym  naprowadzającym  położenie gałki ocznej | TAK, podać |  |
|  | Pamięć 20 skanów  z pomiarami  do dalszej analizy | TAK, podać |  |
|  | Łatwy przegląd i sortowanie wyników pooperacyjnych | TAK, podać |  |
|  | Wprowadzanie parametrów 10 rodzajów soczewek  dla każdego  użytkownika | TAK, podać |  |
|  | Baza danych soczewek | TAK, podać |  |
|  | Automatycznie wprowadzane lub ręcznie optymalizowanie wartości stałych soczewek dla formuł. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ustawiania 10 profili dla każdego z 10 użytkowników | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna kontrola TGC; regulacja GAIN  | TAK, podać |  |
|  | Zasięg 45 mm  | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość kliniczna 0,1 mm | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość elektroniczna +/- 0.01mm | TAK, podać |  |
|  | Kontrola poprawności  działania – testowanie za pomocą załączonego kalibratora | TAK, podać |  |
|  | **Oprzyrządowanie dla immersji dla głowicy OA12** |
|  | **Głowica pachymetryczna x 1 szt.** |
|  | Błyskawiczna diagnostyka pomiarowa wszystkich rodzajów  rogówek | TAK, podać |  |
|  | Pomiar grubości w każdym wybranym punkcie powierzchni rogówki | TAK, podać |  |
|  | Pomiar automatyczny i ręczny | TAK, podać |  |
|  | Obliczenie średniej i odchylenie standardowego  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość odrzucania błędnych pomiarów | TAK, podać |  |
|  | Wysoka częstotliwość próbkowania  | TAK, podać |  |
|  | Wysoki poziom dokładności i powtarzalności pomiaru | TAK, podać |  |
|  | Kalkulacja ciśnienia wewnątrzgałkowego IOP na podstawie wartości zmierzonych i/lub wprowadzonych ręcznie | TAK, podać |  |
|  | Pięć  formuł korekcji IOP (Kohlhas/Shah, Herndon/Doughty, Whitacre et al,  Ehlers et al, własne użytkownika) | TAK, podać |  |
|  | Obliczenia BIAS odchylenia procentowego pomiarów od 60% do 130% | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość pracy głowicy 20 MHz | TAK, podać |  |
|  | Głowica kontaktowa | TAK, podać |  |
|  | Standardowa prędkość: 1640m/s (zakres ustawiania: 1400-2000m/s | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiarowy 220 μm – 1100 μm | TAK, podać |  |
|  | Dokładność pomiarowa ≤ ± 2 μm | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość 1 μm | TAK, podać |  |
|  | 9 zdefiniowanych map grubości rogówki z ilością punktów: 1, 5, 9, 13, 21, 25, 1MULTI, 5MULTI, 9MULTI (centralna, paracentralna, obwodowa, przyrąbkowa, mieszana) | TAK, podać |  |
|  | Funkcja TEST do kontroli poprawności działania pracy (bez użycia zewnętrznych wzorców.) | 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 czas pracy personelu | 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 | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/  | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie 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