

Zadanie nr 2

Producent:.....
 Nazwa:.....
 Model/Typ.....
 Rok produkcji.....

Zestawienie parametrów – Respirator stacjonarno-transportowy – 1 szt.

L.p.	Opis	Parametr wymagany	Parametry oferowane
I	CERTYFIKATY JAKOŚCI		
1.	Wpis/zgłoszenie do rejestru Wyrobów Medycznych.	Tak	
2.	Certyfikat CE. Podać numer, załączyć kopię	Tak	
II	PRZEZNACZENIE RESPIRATORA		
3.	Respirator transportowo-stacjonarny dla dorosłych i dzieci	Tak	
III	ZASILANIE RESPIRATORA		
4	Zasilanie powietrzem z wewnętrznego kompresora lub turbiny	Tak	
5	Żywotność turbiny min 15 tys. godzin pracy lub min 4 lata	Tak	
6	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu od 2,8 do 4,0 bar	Tak	
7.	Zasilanie AC 230V, 50 Hz	Tak	
8.	Zasilanie DC 12 V	Tak	
9.	Awaryjne zasilanie z akumulatora na minimum 1,5 godziny pracy.	Tak	
IV	TRYBY WENTYLACJI		
10.	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist	Tak	
11.	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV	Tak	
12.	Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP	Tak	
13.	Wentylacja nieinwazyjna	Tak	
14.	Wentylacja awaryjna przy wystąpieniu bezdechu	Tak	
V	RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO		
15	Wdech manualny	Tak	
16	Oddech kontrolowany objętością VCV	Tak	
17	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV	Tak	
18	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV	Tak	
19	Westchnienia	Tak	
VI	PARAMETRY REGULOWANE		
20	Częstość oddechów min. 1-70 odd./min	Tak	
21	Objętość pojedynczego oddechu min. 50-1800ml	Tak	
22	Regulowany czas wdechu min. 0,3-3,0 s	Tak	
23	Ciśnienie wdechowe PCV min. 5-80 cmH2O	Tak	
24	Ciśnienie wspomagania PSV min. 5-60 cmH2O	Tak	

25	Ciśnienie PEEP/CPAP min. 0-40 cmH ₂ O	Tak	
26	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta min. 1 -15 l/min	Tak	
27	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta min. 1 -15 cm H ₂ O	Tak	
28	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21 -100%	Tak	
VII	OBRAZOWANIE I POMIARY PARAMETRÓW WENTYLACJI		
29	Monitor (wbudowany) o przekątnej minimum 8 cali dla obrazowania parametrów wentylacji	Tak	
30	Całkowita częstość oddychania	Tak	
31	Objętość pojedynczego oddechu	Tak	
32	Całkowita objętość wentylacji minutowej	Tak	
33	Ciśnienie szczytowe	Tak	
34	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, w funkcji czasu, co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie monitora	Tak	
VIII	ALARMY		
35	Niskiej i wysokiej całkowitej objętości minutowej	Tak	
36	Wysokiego i niskiego ciśnienia w układzie oddechowym pacjenta	Tak	
37	Wysokiej i niskiej częstości oddechowej	Tak	
38	Przecieku	Tak	
39	Bezdechu	Tak	
40	Jednorazowy układ oddechowy -10 szt.	Tak	
41	Układ oddechowy wielorazowy	Tak	
42	Wskaźnik naładowania akumulatora wewnętrznego	Tak	
43	Możliwość pracy w środowisku MRI do 3 Tesli	Tak	
IX	POZOSTAŁE		
44	Podstawa jezdna z blokadą	Tak	
45	Uchwyt na butlę tlenową	Tak	
46	Ciśnieniowy przewód tlenowy	Tak	
47	Filtr antybakteryjny i antywirusowy z wymiennikiem ciepła i wilgoci	Tak	
48	Ramię układu pacjenta	Tak	
49	Możliwość zamocowania respiratora do łóżka – np. za pomocą „uszu”	podać	
50	Okres gwarancji – min 36 m-cy	Tak	
51	Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji	Tak	
52	Dostęp do części zamiennych i serwisu – co najmniej 10 lat	Tak	
53	Czas reakcji serwisu – 48 godzin w dni robocze	Tak	
54	Nazwa i adres serwisanta – podać	Tak	
55	Komunikacja w języku polskim	Tak	
56	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z aparatem)	Tak	
57	Szkolenie personelu w siedzibie zamawiającego	Tak	

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów

.....
(data i miejscowość)

.....
(podpis Wykonawcy)