

## Opis parametrów technicznych

### Nazwa i typ aparatu

.....

Producent/firma - ..... Kraj produkcji ..... Rok prod. ....

**Zapis w kolumnie 3 „TAK” należy traktować jako wymóg graniczny, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodny z wymaganiami Zamawiającego.**

**Wymogiem granicznym w kolumnie 3 jest również podana wartość, która określa wymagany dopuszczalny zakres danego parametru. Niespełnienie tego warunku również będzie miało skutek jak wyżej.**

LP.	Parametr	Wartość graniczna / wymagana	Oferowany parametr -szczegółowy opis, marka, producent.
1	2	3	4
1.	Aparat do mechanicznej kompresji klatki piersiowej pacjentów dorosłych i dzieci w torbie transportowej odpornej na różne warunki atmosferyczne	Tak	
2.	Aparat w pełni zasilany elektrycznie;	Tak	
3.	Źródła zasilania: akumulator, sieć elektryczna 230-240V (zasilacz sieciowy z kablem); zasilanie pokładowe 12V-48V(kabel w ramach standardowego wyposażenia),;	Tak	
4.	Praca z pacjentami o wadze od 25 kg;	Tak	
5.	Ręczne dopasowanie urządzenia do budowy klatki piersiowej pacjenta;	Tak	
6.	Obwód klatki piersiowej pacjenta 76 – 135 cm, szerokość klatki piersiowej 22 – 40cm;	Tak	
7.	Aparat wyposażony w torbę transportową w kolorze czerwonym wyposażoną w przegrody przeznaczone na wszystkie elementy wyposażenia;	Tak	
8.	Prowadzenie wielokierunkowego ucisku klatki piersiowej z użyciem deski, pasów i tłka	Tak	

	jednocześnie;		
9.	W zestawie deska z mocowaniem szelkowym na ramionach pacjenta i systemem pasów dociskających klatkę piersiową poszkodowanego;	Tak	
10.	Centralnie umieszczony na desce wskaźnik punktowy, optymalnie pozycjonujący aparat na klatce piersiowej pacjenta;	Tak	
11.	Rozmiar deski pozwalający na stosowanie aparatu podczas transportu różnymi środkami transportu ratowniczego: kosze, nosze, płachty ratownicze	Tak	
12.	Deska pod plecy przezierna dla promieni RTG;	Tak	
13.	Wysokość elementu roboczego tłoka min 18 cm;	Tak	
14.	Prowadzenie uciśnień klatki piersiowej w różnych płaszczyznach;	Tak	
15.	Efektywna mechaniczna kompresja u pacjentów w pozycji siedzącej;	Tak	
16.	Regulacja pasów za pomocą klamer, z blokadą pozwalającą na pracę z systemem jednego ratownika;	Tak	
17.	Uciskanie klatki piersiowej zgodne z protokołami ERC i AHA dla kompresji mechanicznej;	Tak	
18.	Oprogramowanie aparatu pozwalające na modyfikacje/rozbudowę w przypadku zmian wytycznych resuscytacji;	Tak	
19.	Siła kompresji do 700N;	Tak	
20.	Głębokość kompresji w przedziale 4 – 6 cm;	Tak	
21.	Możliwość wykonywania defibrylacji bez zdejmowania aparatu z pacjenta;	Tak	
22.	Waga aparatu gotowego do pracy nie większa niż 5,00 kg z zamontowanym akumulatorem i deską z pasami;	Tak	
23.	Waga kompletnego zestawu ze wszystkimi elementami wyposażenia jak: aparat podstawowy z akumulatorem, dodatkowy akumulator, deska z pasami, zasilacz aparatu z kablem sieciowym, dwumiejscowa ładowarka z zasilaczem i kablem sieciowym, kabel zasilania pokładowego, zapasowe akcesoria i elementy wymienne (osłony tłoka), torba transportowa – nie większa niż 9 kg.	Tak	
24.	Aparat standardowo wyposażony w dwie baterie/akumulatory wielokrotnego ładowania	Tak	
25.	Akumulator litowo – polimerowy bez efektu pamięci, 18,5V, 4,0 Ah z wbudowanym wizualnym wskaźnikiem, informującym o	Tak	

	poziomie naładowana, z wykorzystaniem trzystopniowej skali podświetlanych diod;		
26.	Praca aparatu z użyciem 1 akumulatora min. 45 min;	Tak	
27.	Separacja układu elektrycznego zasilania akumulatorowego i systemu zasilania sieciowego/pokładowego;	Tak	
28.	Praca urządzenia z zasilania sieciowego lub pokładowego bez obecności akumulatora;	Tak	
29.	Płynne przechodzenie z trybu zasilania sieciowego na zasilanie akumulatorowe bez efektu wstrzymania pracy tłoka;	Tak	
30.	Zachowanie ciągłości ustawień pracy aparatu niezależnie od trybu zasilania i czasu trwania stosowanych przerw.	Tak	
31.	Panel obsługowy na górnej pokrywie bloku aparatu	Tak	
32.	Przycisk włączenia/wyłączenia urządzenia ze wskaźnikiem źródła zasilania aparatu: akumulator lub system sieciowo/pokładowy;	Tak	
33.	Praca ciągła z rytmem uciśnień 100/min;	Tak	
34.	Przycisk wyboru funkcji pracy w rytmie: ciągły i 30 uciśnień klatki piersiowej z pauzą na dwa oddechy ratownicze;	Tak	
35.	System sygnalizacji odliczania końcowego ostatnich 5 uciśnień przed pauzą oddechową z meldunkiem audio;	Tak	
36.	Praca aparatu z podziałem na dwie fazy: 50% kompresja/50% pauza w kompresji pozwala na optymalną relaksację klatki piersiowej pacjenta;	Tak	
37.	Temperatura pracy ciągłej urządzenia z akumulatorem (-)20 do (+) 40 st. C	Tak	
38.	Praca aparatu przy wilgotności 0 – 95% bez kondensacji;	Tak	
39.	Wszystkie elementy zestawu oznaczone znakiem CE	Tak	
40.	Aparat odporny na impuls defibrylacyjny	Tak	
41.	Pasy mocujące nadające się do: zmywania wszystkimi nieagresywnymi środkami dezynfekcyjnymi oraz prania w typowych środkach piorących w temp. 40st C;	Tak	
42.	Wymienna poduszka polimerowa na stopce tłoka w miejscu bezpośredniego zetknięcia się z ciałem pacjenta;	Tak	
43.	Zestaw 5 szt. zapasowych poduszek/osłon tłoka w komplecie wraz z aparatem;	Tak	
44.	W komplecie dwustanowiskowa ładowarka do	Tak	

	baterii z zasilaczem i kablem zasilania sieciowego		
45.	Maksymalny czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności 45 min.;	Tak	
46.	Czas ładowania kompletu baterii (2 szt.) to 120 min. do 100% pojemności dwóch ładowanych jednocześnie akumulatorów;	Tak	
47.	Instrukcja obsługi w wersji papierowej i elektronicznej na płycie CD.		
48.	Certyfikat potwierdzający spełnienie norm RTCA-DO-160G;		
49.	Dokumenty potwierdzające , że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez zamawiającego tj. dokumenty wymagane zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 o wyrobach medycznych (Dz. U. 2019, poz. 175) odpowiednio do klasy wyrobów.	Tak	

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Niniejszym oświadczamy, że skonfigurowany wg powyższej specyfikacji sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.

.....

(miejscowość i data )

.....

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)