|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej** | | | |
| **Lp.** | **Parametry graniczne:** | **Parametr wymagany:** | **Parametr oferowany:** |
| **Parametry ogólne:** | | | |
| 1 | Przenośne urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej za pomocą tłoka mechanicznego napędzanego elektrycznie lub pasa obwodowego | TAK, podać |  |
| 2 | Masa całkowita urządzenia gotowego do pracy, z akumulatorem i torbą transportową: maksymalnie 12 kg | TAK, podać |  |
| 3 | Praca tłoka lub pasa obwodowego umożliwiająca aktywną dekompresję klatki piersiowej np.: za pomocą ssawki | TAK, opisać |  |
| 4 | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP43 | TAK, podać |  |
| 5 | Urządzenie zasilane akumulatorem litowo-jonowym polimerowym, o pojemności minimum 3000 mAh, bez efektu „pamięci”, niewymagającym procesu „rekondycjonowania” | TAK, podać |  |
| 6 | Zasilanie akumulatorowe - czas pracy na 1 akumulatorze: min. 40 minut ciągłej kompresji | TAK, podać |  |
| 7 | Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności maksymalnie 2 godziny | TAK, podać |  |
| 8 | Zasilacz sieciowy 230 V/50 Hz, integralny lub zewnętrzny moduł | TAK, podać |  |
| 9 | Zasilanie z instalacji DC 12V | TAK, podać |  |
| 10 | Temperatura pracy: min od 0 do +40ºC | TAK, podać |  |
| 11 | Funkcja bezprzewodowej automatycznej transmisji danych (nie pendrive, nie karta pamięci) z wbudowanej pamięci urządzenia obejmująca raportowanie parametrów zakończonej resuscytacji tj. godzina włączenia, czas pracy, ilość wykonanych przerw, głębokość oraz szybkość uciśnięć | TAK, opisać |  |
| **Kompresja:** | | | |
| 1 | Ilość ucisków na minutę regulowana w zakresie: 100 – 120 / minutę ± 2 | TAK, podać |  |
| 2 | Głębokość ucisku regulowana w zakresie 4 – 6cm | TAK, podać |  |
| 3 | Stosunek: kompresja/dekompresja: 50/50 % | TAK, podać |  |
| 4 | Dopuszczalna maksymalna szerokość klatki piersiowej pacjenta, min: 44 cm | TAK, podać |  |
| 5 | Dopuszczalna maksymalna wysokość mostka pacjenta, min: 30 cm | TAK, podać |  |
| 6 | Brak ograniczeń wynikających z masy pacjenta | TAK |  |
| **Wyposażenie:** | | | |
| 1 | 1 akumulator litowo-jonowo-polimerowy | TAK |  |
| 2 | Minimum 14 zapasowych jednorazowych elementów bezpośredniego kontaktu z pacjentem podczas masażu | TAK |  |
| 3 | Zasilacz sieciowy 230 V/50 Hz | TAK |  |
| 4 | Przewód do zasilania z instalacji DC 12V | TAK |  |
| 5 | Torba lub plecak do transportu urządzenia z poliwęglanu odpornego na uszkodzenia | TAK |  |
| **Warunki gwarancji** | | | |
| 1 | Okres gwarancji: minimum 12 miesięcy | TAK, podać |  |
| 2 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |
| 3 | Potwierdzenie spełnienia normy EN 1789 | TAK |  |
| 4 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | TAK |  |
| 5 | Sprzęt fabrycznie nowy rok produkcji min.: 2018 | TAK, podać |  |
| 6 | Autoryzowany serwis na terenie Polski. | TAK, podać |  |
| 7 | Zagwarantowanie dostępność serwisu, oprogramowania i części zamiennych, przez co najmniej 8 lat od daty dostawy. | TAK, podać |  |
| 8 | Urządzenie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez konieczności dokonywania dodatkowych zakupów | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy | | | |
| Imię i Nazwisko | | Data | Podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |