**Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert**

## FORMULARZ WYMAGANYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH

**Przedmiot dostawy: Przenośny monitor rzutu serca – 1 szt.**

|  **Lp** | Parametr lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność** **lub****Graniczne wartości parametru** | **Tak / Nie****lub****Oferowane wartości**  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Model / Typ oferowanego monitora:** **Nazwa i adres producenta:** **Kraj pochodzenia:****Rok produkcji:** | *……………………………………………………………………………………………………………**……………………………………………………………………………………………………………**…………………………………………………………………………………………………………….****2018****(Należy podać)* |
|  | **Cechy, funkcje i parametry wymagane** |
|  | Cechy ogólne | * Przenośny monitor pomiarów hemodynamicznych w trakcie transportu pacjenta
* Monitor przeznaczony do szerokiego zastosowania u różnych pacjentów od wcześniaka o wadze od 500g, u niemowląt, dzieci, pacjentów dorosłych po otyłych pacjentów dorosłych
* Monitor posiadający niewielką masę oraz wymiary zewnętrzne czyniące go ergonomicznym do zastosowania w trakcie transportu pacjenta
* Monitor posiadający możliwość zapisu w pamięci wartości zmierzonych parametrów i ich przesłanie do komputera zewnętrznego oraz wydruk szybkiego raportu
 | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Produkt medyczny. Poświadczenie, że dany produkt spełnia wszystkie wymagania dyrektyw nowego podejścia oraz przeszedł pomyślnie procedurę oceny zgodności jak również że spełnia wymagania określone w: * ustawie z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 107, poz. 679 ze zm.),
* rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 05 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1416),
* rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 16, poz. 74),
* rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 23 września 2010 r. w sprawie wzoru znaku CE (Dz. U. Nr 186, poz. 1252),
* dyrektywie Rady 93/42/EWG z 14.06.1993 r. dotyczącej wyrobów medycznych
 | Wymaga się, aby zaoferowany produkt posiadał:* Deklarację zgodności WE,
* Oznaczenie znakiem CE,
* Instrukcję Obsługi w j. polskim
* Zgłoszenie lub wpis do „Rejestru Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych”

*(do okazania oraz przekazania w dniu dostawy)* | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
| 1.
 | Liczba elektrod  | Co najmniej 3 elektrody | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Parametry monitorowane | Prezentacja wartości co najmniej następujących parametrów zmierzonych i obliczonych:* Tętno,
* Pojemność minutowa serca,
* Objętość wyrzutowa – SV
* Indeks wyrzutowy serca – SI
* Indeks rzutu serca – CI,
* Indeks Kurczliwości – ICON,
* Wskaźnik czasu skurczu – STR,
* Wskaźnik wydajności serca – CPI,
* Zawartość płynów w klatce piersiowej – TFI,
* Zmiana objętości wyrzutowej – SVV,
* Poprawiony czas przepływu – FTc,
* Naczyniowy opór obwodowy – SVR,
* Dostawa tlenu – DO2 lub indeks dostawy tlenu – DO2I
 | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Wyświetlacz | * Wyświetlacz kolorowy LCD/TFT
* Przekątna ekranu wyświetlacza co najmniej 3,5”
 | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Forma prezentowanych wartości parametrów | * Prezentacja wartości lub krzywych wartości parametrów,
* Prezentacja wartości parametrów w wykresie słupkowym,
* Wykresy trendów w postaci graficznej
 | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Maksymalny czas zapisu danych | ≥ 24 godzin zapisu danych | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Eksport danych | Eksport danych do arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Moduł Bluetooth | Bezprzewodowy wydruk raportów do celów dokumentacji medycznej | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Zasilanie | Akumulatorowe z możliwością podłączenia do sieci 230V, 50 Hz | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Maksymalny czas pracy ciągłej monitora zasilanego z akumulatora | ≥ 120 min | *(Podać wartość)* |
|  | Maksymalna masa monitora | ≤ 750 g | *(Podać wartość)* |
|  | Maksymalne gabaryty monitora | ≤ (250 mm x 150 mm x 50 mm) | *(Podać wartość)* |

***Przyjmujemy do wiadomości, że niewypełnienie w Tabeli powyżej pozycji w kolumnie 4 „Oferowane wartości” lub udzielenie odpowiedzi negatywnej „Nie” spowoduje odrzucenie oferty, o ile z treści innych dokumentów stanowiących załączniki do oferty nie będzie wynikało, iż oferowane urządzenia spełniają wymagania określone w ww. Tabelach.***

...............................................

*(miejscowość, data)*

................................................................

*(podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej*

*do występowania w imieniu Wykonawcy)*