

Respirator transportowy kompaktowy - ilość zestawów 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Wartości oferowane * (TAK / NIE) * zaznaczyć właściwe, podać wartość
Wszystkie opisane poniżej parametry, są dla Zamawiającego parametrami minimalnymi, z zastrzeżeniem wyjątków	
I DANE OGÓLNE	
1 Respirator do terapii pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia	TAK / NIE
2 Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i noworodków (kompaktowy)	TAK / NIE
3 Respirator przeznaczony do transportu lotniczego (spełniający normę PN-EN 13718-1+A1:2020-09 lub normę ją zastępującą)	TAK (podać normę) / NIE
4 Urządzenie musi być fabrycznie nowe (nie dopuszcza się urządzenia rekondycjonowanego, powystawowego, demonstracyjnego, używanego)	TAK / NIE
5 Urządzenie wyprodukowane nie wcześniej niż w pierwszym kwartale 2022 roku	TAK (podać) / NIE
6 Respirator transportowy kompaktowy będący przedmiotem zamówienia musi być dedykowany do mocowania w certyfikowanym uchwycie ściennym, zamocowanym w kabinie medycznej samolotu LEARJET LJ 75 oraz być zasilany z instalacji elektrycznej samolotu (możliwość dokonania wizji lokalnej w zakresie mocowania respiratora).*	TAK / NIE
7 Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski	TAK / NIE
II WYMAGANIA ODNOŚCIE DOKUMENTÓW - na etapie badania ofert	
1 Oświadczenie Wykonawcy o dopuszczeniu do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z wymogami ustawy o WYROBACH MEDYCZNYCH	TAK / NIE
2 Oświadczenie Wykonawcy gwarantujące dostępność i sprzedaż części zamiennych przez okres nie mniej niż dziesięć (10) lat, liczonych od daty dostarczenia urządzenia medycznego do Zamawiającego	TAK (podać) / NIE
3 Folder/katalog/prospekt/informacja/opis/instrukcja pochodząca z oficjalnego kanału informacji producenta czy autoryzowanego dystrybutora oferowanego urządzenia medycznego, zawierające jego dane techniczne, potwierdzające parametry opisane w opisie przedmiotu zamówienia	TAK / NIE
a) dotyczy danych zawartych w: - pkt IV ppkt 2 lit. a-m - pkt IV ppkt 5 lit. a-m	TAK / NIE TAK / NIE
III WYMAGANIA ODNOŚCIE DOKUMENTÓW - przy dostawie	
1 Deklaracja zgodności i Certyfikat zgodności dla urządzenia medycznego	TAK / NIE
a) Deklaracja zgodności dla urządzenia medycznego - oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzające na jego wyłączną odpowiedzialność, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi	TAK / NIE
b) Certyfikat zgodności dla urządzenia medycznego - wydany przez jednostkę notyfikowaną w celu oznaczenia znakiem CE	TAK / NIE
2 Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji papierowej i elektronicznej):	TAK / NIE
3 Karta gwarancyjna zawierająca w szczególności:	TAK / NIE
a) warunki gwarancji wraz z procedurami zgłaszania awarii	TAK / NIE
b) okres ochrony gwarancyjnej	TAK / NIE
c) wykaz autoryzowanych serwisów świadczących usługi gwarancyjne (nazwa firmy, adres, nr telefonu, nr faksu, osoba do kontaktu)	TAK / NIE
4 Paszport techniczny w języku polskim	TAK / NIE
IV WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE	
1 Tryby wentylacji, w szczególności:	
a) obowiązkowa: CMV, PCV	TAK (podać) / NIE
b) SIMV, NIV-ST	TAK (podać) / NIE
c) wspomagana ciśnieniem: NIV	TAK (podać) / NIE
d) nCPAP	TAK / NIE
e) adaptacyjny tryb wentylacji w zamkniętej pętli oddechowej wg wzoru Maeda dla pacjentów aktywnych i pasywnych oddechowo	TAK / NIE
2 Parametry nastawialne, w szczególności:	
a) częstość oddechów	TAK / NIE
- zakres minimum: 1 - 80/min	TAK (podać) / NIE
b) objętość pojedynczego oddechu	TAK / NIE
- zakres minimum: 2 - 2000 ml	TAK (podać) / NIE
c) PEEP/CPAP	TAK / NIE
- zakres minimum: 0-35 cmH ₂ O	TAK (podać) / NIE
d) regulowany stosunek wdechu do wydechu:	TAK / NIE
- zakres I:E od 1:9 do 4:1	TAK (podać) / NIE
e) stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej	TAK / NIE
- zakres: 21-100%	TAK (podać) / NIE
f) czas wdechu	TAK / NIE
- zakres: 0,1 do 12,0 sek	TAK (podać) / NIE
g) wyzwalanie przepływem	TAK / NIE
- zakres: 0,1 do 20 l/min	TAK (podać) / NIE
h) ciśnienie wdechu	TAK / NIE
- zakres: 5 – 60 cm H ₂ O powyżej PEEP/CPAP	TAK (podać) / NIE
i) ciśnienie wspomagania	TAK / NIE
- zakres minimum: od 0 do 60 cmH ₂ O powyżej PEEP/CPAP	TAK (podać) / NIE
j) czas narastania ciśnienia	TAK / NIE

- zakres: 0 – 2000 ms	TAK (podać) / NIE
k) czułość rozpoczęcia fazy wydechu	TAK / NIE
- zakres minimum: od 5 do 80% przepływu szczytowego wdechowego	TAK (podać) / NIE
l) przepływ szczytowy spontaniczny	TAK / NIE
- zakres: >210 l/min	TAK (podać) / NIE
m) regulowany czas bezdechu	TAK / NIE
3 Monitorowanie i obrazowanie parametrów wentylacji, w szczególności:	
a) wybór parametrów monitorowanych:	TAK / NIE
- ciśnienie: minimalne, szczytowe, średnie, plateau, PEEP/CPAP	TAK / NIE
- szczytowy przepływ: wdechowy, wydechowy	TAK / NIE
- całkowita objętość: wdechowa, wydechowa, pojedynczego oddechu	TAK / NIE
- objętość minutowa: wydechowa, wydechowa oddechów spontanicznych	TAK / NIE
- % objętość przecieku	TAK / NIE
- stosunek wdechu do wydechu	TAK / NIE
- czas wdechu i wydechu	TAK / NIE
- całkowita częstość oddechów	TAK / NIE
- całkowita częstość oddechów spontanicznych	TAK / NIE
- procentowa ilość oddechów spontanicznych	TAK / NIE
- podatność statyczna płuc	TAK / NIE
- index dyszenia RSB	TAK / NIE
- PO.1	TAK / NIE
- wysiłek oddechowy pacjenta PTP	TAK / NIE
- stała czasowa wydechu	TAK / NIE
- koncentracja O2 (FIO2)	TAK / NIE
- stała czasowa wydechowa RCexp	TAK / NIE
- wdechowy opór przepływu Rinsp.	TAK / NIE
b) AutoPEEP	TAK / NIE
c) obrazowanie krzywych w czasie rzeczywistym – minimum dwie krzywe jednocześnie:	TAK / NIE
- objętość, przepływ, ciśnienie	TAK / NIE
d) pamięć do 1000 zdarzeń	TAK / NIE
e) możliwość zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie	TAK / NIE
f) wizualizacja pracy płuc pacjenta w czasie rzeczywistym	TAK / NIE
g) pomiar parametrów wentylacji w czasie rzeczywistym poprzez czujnik proksymalny	TAK / NIE
4 Inne funkcje	
a) autotest aparatu samoczynny i na żądanie	TAK / NIE
b) podaż 100% tlenu wydzielonym przyciskiem	TAK / NIE
c) zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów	TAK / NIE
d) integralny nebulizator synchroniczny	TAK / NIE
e) możliwość komunikacji poprzez złącze USB	TAK / NIE
f) funkcja „zawieszenia” pracy respiratora (Standbay)	TAK / NIE
g) funkcja manewru odsysania	TAK / NIE
h) oddech ręczny	TAK / NIE
i) wbudowany czujnik przepływu w układ jednorazowy	TAK / NIE
j) wbudowany poradnik	TAK / NIE
k) wentylacja CPR	TAK / NIE
l) możliwość rozbudowy:	TAK / NIE
- o terapię nieinwazyjną: HiFlowO2	TAK / NIE
- o pomiar saturacji i kapnometrii z obrazowaniem na ekranie respiratora	TAK / NIE
- o dodatkowy automatyczny tryb zamkniętej pętli oddechowej, w którym respirator sam dobiera parametry wentylacji na podstawie danych m.in. z czujników saturacji i kapnometrii (parametr punktowany)	TAK / NIE
oświadczenie nie podlega uzupełnieniu na podstawie art. 107 ust. 2 uPzp	
- do wykorzystania w niktowizji	TAK / NIE
5 Alarmy, minimum:	
a) objętości minutowej: niskiej, wysokiej	TAK / NIE
b) ciśnienia wdechowego: niskiego, wysokiego	TAK / NIE
c) objętości oddechowej: niskiej, wysokiej	TAK / NIE
d) częstości oddechów: niskiej, wysokiej	TAK / NIE
e) czasu bezdechu	TAK / NIE
f) poziomu koncentracji tlenu	TAK / NIE
g) rozłączenia układu pacjenta	TAK / NIE
h) zatkanie gałęzi wydechowej układu pacjenta	TAK / NIE
i) sensora przepływu	TAK / NIE
j) brak zasilania elektrycznego	TAK / NIE
k) naładowania baterii: niski poziom	TAK / NIE
l) brak zasilania w tlen	TAK / NIE
m) głośności alarmów: poziomy ustawialne	TAK / NIE
6 Ekran:	
a) dotykowy	TAK / NIE
b) przekątna ekranu: 8,4"	TAK / NIE
c) tryb pracy: kolor	TAK / NIE
7 Warunki techniczne / zasilanie respiratora:	
a) zasilanie gazowe w tlen:	TAK / NIE
- z centralnego źródła gazów sprężonych o ciśnieniu roboczym minimum od 3,0 do 5,5 bar	TAK (podać) / NIE

- z butli o ciśnieniu roboczym <15 l/min, max 600hPa	TAK / NIE
b) wewnętrzna turbina pozwalająca na pracę respiratora bez elektrycznego zasilania zewnętrznego	TAK / NIE
c) zasilanie z własnego źródła:	TAK / NIE
- wbudowany/wewnętrzny akumulator	TAK / NIE
- czas pracy: minimum 4 godz.	TAK (podać) / NIE
d) zasilanie z zewnętrznego źródła:	TAK / NIE
- zasilanie AC 100-240V 50-60Hz	TAK / NIE
- zasilanie DC 12-24V	TAK / NIE
8 Wyposażenie:	
a) mocowanie uniwersalne do przenoszenia poza statkiem powietrznym	TAK / NIE
b) zasilasz sieciowy (z ładowarką) AC 230V (wtyczka CEE 7/7)	TAK / NIE
c) przewód zasilający DC 12-24V	TAK / NIE
d) układ oddechowy dla dorosłych z zastawką oddechową, jednorazowy - 10 kompletów	TAK / NIE
e) układ oddechowy dla noworodków z zastawką oddechową, jednorazowy - 10 kompletów	TAK / NIE
f) przewód ciśnieniowy tlenowy zakończony złączem AGA (złącze kątowe przy respiratorze) - 2 szt:	TAK / NIE
- (1) przewód długości 3m	TAK / NIE
- (1) przewód długości 1 m	TAK / NIE
g) inne elementy konieczne do funkcjonowania urządzenia nie wymienione powyżej	TAK (wymienić elementy) / NIE DOTYCZY
V INNE	
1 Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK / NIE
2 Mycie i dezynfekcja urządzenia oraz akcesoriów wielorazowych produktami biobójczymi ogólnie dostępnymi na rynku polskim	TAK (podać listę produktów) / NIE
3 Czas podjęcia naprawy przez serwis - do 72 godzin	TAK / NIE
4 Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe - do 3 napraw	TAK / NIE
5 Urządzenie zastępcze na czas naprawy (parametr punktowany) oświadczenie nie podlega uzupełnieniu na podstawie art. 107 ust. 2 uPzp	TAK / NIE
VI SZKOLENIE PERSONELU	
1 Szkolenie z użytkowania urządzenia i materiały w języku polskim	TAK / NIE
2 Treść i zakres szkolenia do uzgodnienia z Zamawiającym	TAK / NIE
3 Materiały przygotowane przez Wykonawcę zostaną przekazane Zamawiającemu nie później niż dwa (2) tygodnie przed dostawą urządzeń do akceptacji Zamawiającego	TAK / NIE
4 Szkolenie ma gwarantować dostateczne przyswojenie wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu obsługi urządzenia	TAK / NIE
5 Ukończenie szkolenia potwierdzone imiennym dokumentem (np. w formacie pdf) potwierdzającym ukończenie	TAK / NIE
6 Szkolenie teoretyczne:	TAK / NIE
a) e-learning:	TAK / NIE
- dostępne dla całego personelu medycznego LPR, w okresie nie mniej niż przez kolejne 5 lat	TAK / NIE
7 Szkolenie praktyczne:	TAK / NIE
a) szkolenie w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, w terminie uzgodnionym przez Strony	TAK / NIE
b) przeprowadzone dla personelu w jednej grupie do dziesięciu (10) osób	TAK / NIE
8 Zakres szkolenia powinien obejmować m.in.:	TAK / NIE
a) obsługę urządzenia	TAK / NIE
b) czyszczenie i dezynfekcję urządzenia	TAK / NIE
VII GWARANCJA	
1 Gwarancja na urządzenie - minimum 24 miesiące, liczone od dnia dostarczenia urządzenia (parametr punktowany) oświadczenie nie podlega uzupełnieniu na podstawie art. 107 ust. 2 uPzp	TAK (podać) / NIE
2 Gwarancja na akcesoria wielorazowe - minimum 12 miesięcy, liczone od dnia dostarczenia urządzenia (parametr punktowany) oświadczenie nie podlega uzupełnieniu na podstawie art. 107 ust. 2 uPzp	TAK (podać) / NIE
3 Gwarancja dostępności i sprzedaży części zamiennych przez okres nie mniej niż dziesięć (10) lat, liczonych od daty dostarczenia urządzenia medycznego do Zamawiającego	TAK (podać) / NIE

* **Uchwyt ścienny zamocowany w kabinie medycznej samolotu JEARJET LJ 75 jest specjalistyczną konstrukcją lotniczą, scertyfikowaną na zgodność z przepisami równoważnymi do wymagań Part 21 (Rozporządzenie UE 748/2012 z późniejszymi zmianami)**