**Minimalne techniczne parametry**

**ŁÓŻKO SZPITALNE OIOM Z NAPĘDEM ELEKTRYCZNYM , MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM**

**ORAZ WBUDOWANA WAGĄ – BEZ PRZECHYŁÓW BOCZNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁÓŻKO SZPITALNE** | **Warunek** | **Potwierdzenie/Opis Wykonawcy** |
| **1** | **Typ/Model** | **Tak/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **Tak/Podać** |  |
| **3** | **Rok produkcji** | **Tak/Podać** |  |
| **4** | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) w szczególności:1. spełniać tzw. Wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów;
2. posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;

 c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać |  |
| **5** | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
|  **6** | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. ( Dz. U. z 2019r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **Ogólne parametry techniczne** |
| **1.** | Barierki boczne tworzywowe, np. polipropylen. Barierki podwójne, dzielone, zabezpieczające pacjenta na 3/4 długości leża. Ze względu na przeznaczenie nie dopuszcza się barierek na całej długości. Barierki posiadające sterowanie. Wysokość barierek nad leżem minimum 41 cm | Tak/Podać |  |
| **2.** | Łóżko z funkcją przedłużenia leża minimum 20cm. | Tak/Podać |  |
| **3.** | Szczyty łóżka wykonane z tworzywa sztucznego. | Tak |  |
| **4.** | Łóżko musi posiadać możliwość pełnej dezynfekcji. | Tak |  |
| **5.** | Leże oparte na kolumnach cylindrycznych lub ramionach wznoszących.  | Tak |  |
| **6.** | Leże minimum w sekcji pleców i miednicy wypełnione płytą, przezierną dla promieni RTG. Łóżko wyposażone w tunel/uchwyt na kasetę RTG minimum pod segmentem pleców i miednicy.  | Tak/Podać |  |
| **7.** | Elektrycznie regulowany segment podudzia. | Tak |  |
| **8.** | Łóżko wyposażone w system ważenia pacjenta.  | Tak/Opisać |  |
| **9.** | Funkcja automatycznego zatrzymania segmentu pleców pod kątem minimum 30 stopni.  | Tak/Podać |  |
| **10.** | Elektryczne sterowanie minimum funkcji: segmentu pleców, uda i podudzia, przechyły wzdłużne i boczne, funkcja CPR. | Tak/Podać |  |
| **11.** | Wbudowany akumulator z informacją o stanie naładowania i podłączenia do sieci . | Tak |  |
| **12.** | Sterowanie: przewodowy panel centralny, sterowanie nożne dla wysokości leża oraz przechyłów bocznych . | Tak |  |
| **13.** | Funkcja blokowania kół | Tak |  |
| **14.** | Koła min. 140mm średnicy - max 180 średnicy  | Tak/Podać |  |
| **15.** | Bezpieczne obciążenie robocze min. 240 kg  | Tak/Podać |  |
| **MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY** |
| **1.** | Na wyposażeniu łóżka materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowy z funkcją wentylacji, składający się z pompki wyposażonej w szybkozłącze i wskaźniki wizualne prawidłowego i zbyt niskiego ciśnienia roboczego oraz kilkunastokomorowego podkładu, gdzie komory wyposażone są w funkcję mikrowentylacji. Podkład wyposażony w zawór CPR, umożliwiający szybkie opróżnianie materaca w przypadkach nagłych, natomiast szybkozłącze posiadające funkcję transportową – nasadkę zabezpieczającą przed zbyt wysokim wypływem powietrza w przypadku transportu pacjenta wraz z łóżkiem | Tak/Podać |  |
| **1.1** | Model materaca | Tak/Podać |  |
| **1.2** | Rok produkcji materaca | Tak/Podać |  |
| **2.** | Materac aktywny do profilaktyki przeciwodleżynowej, umożliwiający szybkie leczenie odleżyn u pacjentów, u których odleżyny powstały już wcześniej oraz redukcji bólu | Tak/Opisać |  |
| **3.** | Materac zmiennociśnieniowy, komory napełniają się powietrzem i opróżniający naprzemiennie co kilka minut w clu uniknięcia stałego obciążenia i nacisku tylko na wybrane partie ciała | Tak/Opisać |  |
| **4.** | Materac kładziony bezpośrednio na ramę leża. Wysokość komór po napompowaniu nie mniej niż 11 cm | Tak/Podać |  |
| **5.** | Wymiary materaca 900 mm x 2000 mm (± 50 mm) | Tak/Podać |  |
| **6.** | Limit wagi pacjenta nie mniej niż 200 kg | Tak/Podać |  |
| **7.** | Materac posiadający regulator ciśnienia względem wagi. Materac wyposażony w wyłogi/pasy mocujące w celu lepszej stabilizacji podkładu | Tak/Podać |  |
| **8.** | W zestawie zapasowa komora powietrzna, którą w razie uszkodzenia użytkownik będzie mógł łatwo wymienić we własnym zakresie | Tak |  |
| **9.** | Przewody materaca w pokrowcu ochronnym zakończone końcówką umożliwiającą ich łatwe zespolenie i odłączenie od pompy zasilającej materac | Tak |  |
| **10.** | Materac wyposażony w pokrowiec paraprzepuszczalny, odporny na uszkodzenia, wodoodporny i nieprzemakalny, odporny na działanie środków dezynfekcyjnych i myjących oraz odporny na penetrację przez krew i płyny fizjologiczne, penetrację przez patogeny znajdujące się w materiale biologicznym, z możliwością mycia, prania i dezynfekcji ( w tym preparaty chlorowe – odpowiadające stężeniu zgodnie z wytycznymi unieszkodliwiające spory tj. 10 000 ppm). Każdy materac musi być wyposażony w 1 dodatkowy pokrowiec o w/w wymogach. | Tak/Opisać |  |
| **11.** | Materac z możliwością wymiany pokrowca, pokrowiec z maksymalnie dwoma zamkami błyskawicznymi, obszyty w literę „L” z okapnikiem o grubości min. 5 cm | Tak/Podać |  |
| **12.** | Pompa materaca:- zasilanie 220 – 230 V;- wydajność pompy min. 7l/min.- poziom hałasu poniżej 35 dB- minimum dwa tryby pracy: statyczny i zmiennociśnieniowy;- sterowanie za pomocą przycisków membranowych;- uchwyt do zawieszania pompy na szczycie łóżka;- funkcja tłumienia drgań;- sygnalizacja awaryjnego działania pompy; | Tak/Opisać |  |
| **12.1** | Model pompy | Tak/Podać |  |
| **12.2** | Rok produkcji pompy | Tak/Podać |  |
| **Warunki serwisu** |
| **1** | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy na łóżko i materac | Tak/Podać |  |
| **2** | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotów zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak/Podać |  |
| **3** | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| **4** | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| **5** | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| **6** | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| **7** | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| **8** | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak/Podać |  |