**ZADANIE NR 1: Dostawa, instalacja i uruchomienie sprzętu do hemodializy wraz z systemem zarządzania danymi terapii:**

|  | **Opis parametrów** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane**  **(wypełnia Wykonawca)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Aparaty do hemodializy i hemdiafiltracji z możliwością współpracy z systemem zarządzania danymi terapii -12 sztuk** |  |  |
|  | Aparaty fabrycznie nowe, nie używane do prezentacji, rok produkcji nie starszy niż 2019 | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów w następujących trybach: ISO HF, HD, HF, HDF Online | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznie zredukowanego przepływu dializatu do 100-150 ml/min podczas przygotowania aparatu do pracy i oczekiwania na pacjenta | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznego doboru płynu dializacyjnego do przepływu krwi pacjenta | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia przepływu dializatu w zakresie 100-1000 ml/min | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia temperatury dializatu w zakresie 34-39oC | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru metody wypełniania/płukania drenów i dializatora podczas przygotowywania do każdego z wymienionych w pkt. 1 typów zabiegów | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzania typu dializatora do pamięci systemu urządzenia | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzania typu systemu strzykawki heparynowej do pamięci systemu urządzenia | TAK |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim poprzez ekran dotykowy | TAK |  |
|  | Możliwość ustawiania ekranu w różnych położeniach | TAK |  |
|  | Menu użytkownika z systemem kontekstowych podpowiedzi | TAK |  |
|  | Możliwość użycia elektronicznej/mikrochipowej karty pamięci do archiwizowania danych minimum trzech ostatnich zabiegów | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia urządzania do sieci LAN za pośrednictwem złącza RJ-45 | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądania historii przebiegu minimum trzech ostatnich zabiegów na urządzaniu | TAK |  |
|  | Elektroniczny system pomiaru poziomu krwi w „jeziorku żylnym” | TAK |  |
|  | Czujnik wykrywania mikropęcherzyków powietrza za „jeziorkiem żylnym” | TAK |  |
|  | Strzykawkowa pompa heparyny – podaż do linii tętniczej przed pompą krwi | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania nieprzerwanego prowadzenia zabiegu w każdym typie filtracji przez minimum 20 godzin | TAK,  podać |  |
|  | Ostrzeganie użytkownika o możliwości wystąpienia wykrzepiania podczas terapii HF lub HDF | TAK,  podać |  |
|  | Możliwość podłączenia na stałe do aparatu dwóch typów środków dezynfekcyjnych: kwaśnego i zasadowego | TAK |  |
|  | Objętościowy system pomiaru ultrafiltracji | TAK |  |
|  | Centralny system blokowania kół aparatu | TAK |  |
|  | Współpraca z monitorem masy ciała, komunikacja za pomocą karty mikrochipowej | TAK |  |
|  | Sygnalizacja stanów pracy aparaty za pomocą dobrze widocznych sygnałów świetlnych emitowanych przez kolorowy sygnalizator zamontowany na aparacie | TAK |  |
|  | Współpraca z centralnym systemem dystrybucji koncentratu | TAK |  |
| **II.** | **Moduły do współpracy z systemem zarządzania danymi terapii do posiadanych przez Zamawiającego aparatów do hemodializy firmy Fresenius typ 4008 Clasic** |  |  |
|  | Dostawa modułów do współpracy z systemem zarządzania danymi terapii – 10 sztuk | TAK |  |
|  | Montaż dostarczonych modułów do posiadanych aparatów 4008 Clasic | TAK |  |
| **IIIA.** | **System zarządzania danymi terapii - oprogramowanie** |  |  |
|  | Oprogramowanie do monitorowania i dokumentowania online danych zbieranych przed, w trakcie i po zakończeniu dializy | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do zarządzania danymi klinicznymi w zakresie dokumentacji danych terapeutycznych, administracyjnych i danych laboratoryjnych pacjenta, tworzenia planów lekowych, raportów medycznych | TAK |  |
| **IIIB.** | **Wymagania dla systemu zarządzania danymi terapii** |  |  |
|  | Montaż i uruchomienie systemu | TAK |  |
|  | Sieć LAN umożliwiająca podłączenie do systemu aparaty do dializ, komputery, wagi | TAK |  |
|  | Współpraca sieciowa z oferowanymi aparatami do hemodializy | TAK |  |
|  | Możliwość współpracy ze szpitalnym systemem informatycznym | TAK |  |
|  | Współpraca sieciowa z wagami do ważenia pacjentów | TAK |  |
|  | Automatyczne rejestrowanie masy ciała pacjenta przed i po zakończeniu dializy | TAK |  |
|  | Automatyczne obliczanie wymaganej UF, przy uwzględnieniu suchej wagi pacjenta, wagi pacjenta przed dializą, płynów przyjmowanych w trakcie zabiegu itp. | TAK |  |
|  | Możliwość wstępnego programowania aparatów do dializy (przesyłanie do maszyn: obliczonej UF, typu koncentratu, typu dializatora, składu płynu dializacyjnego, tempa przepływu płynu dializacyjnego, typu antykoagulacji) | TAK |  |
|  | Identyfikacja pacjentów w systemie przy pomocy kart indywidualnych | TAK |  |
|  | Automatyczny zapis parametrów maszyn HD w trakcie dializy | TAK |  |
|  | Możliwość dokumentowania leków podawanych w trakcie dializy | TAK |  |
|  | Możliwość dokumentowania pomiarów ciśnień krwi w trakcie zabiegu dializy | TAK |  |
|  | Generowania raportów dializy (możliwość tworzenia raportów użytkownika) | TAK |  |
|  | Analiza wyników terapii graficzna i tabelaryczna | TAK |  |
|  | Graficzna i tabelaryczna analiza danych historycznych zabiegów pacjentów | TAK |  |
|  | Tworzenie własnych zapytań do bazy danych pacjentów (Query Builder) | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzania danych do systemu przy wykorzystaniu ekranu dotykowego oferowanych maszyn HD (ciśnienie krwi pacjenta, potwierdzenie podania leków, dokumentacja zdarzeń w trakcie dializy) | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia planu dializ dla wszystkich pacjentów ośrodka, przy uwzględnieniu ilości i rozmieszczania stanowisk dializacyjnych | TAK |  |
|  | Możliwość zlecania podania leków i wykonania pomiarów przesyłana na ekran aparatu do dializ oraz system potwierdzania wykonania zleceń na ekranie aparatów do dializ. | TAK |  |
|  | Planowanie i dokumentacja wyników badań laboratoryjnych pacjentów | TAK |  |
|  | Wspieranie kluczowych procesów medycznych w szpitalu np. dokumentacji leczenia w elektronicznych historiach choroby | TAK |  |
|  | System pracujący na komercyjnych bazach danych (np. SQL Server, Oracle) | TAK |  |
|  | System automatycznego tworzenia i bezpiecznego przechowywania kopii bezpieczeństwa danych pacjentów i danych zabiegów | TAK |  |
|  | Możliwość podglądu na dane aktualnych i historycznych zabiegów ze wszystkich komputerów stacji dializ | TAK |  |
|  | System z kontrolą dostępu użytkowników (personelu medycznego) | TAK |  |
|  | System kompatybilny z aparatami pracującymi obecnie na Stacji Dializ Zamawiającego (5008S i 4008) | TAK |  |
|  | Dostarczone wagi platformowe zintegrowane z systemem, identyfikujące pacjenta za pomocą kart mikrochipowych | TAK |  |
| **IIIC.** | **Wyposażenie dodatkowe dla systemu zarządzania danymi terapii** | TAK |  |
|  | Waga platformowa – 2 sztuki | TAK,  podać |  |
|  | Czytnik kart pacjenta – 3 sztuki | TAK |  |
|  | Karty pacjenta – 200 sztuk | TAK |  |
|  | UDL (Data Link) – 2 sztuki | TAK |  |
|  | Okablowanie do sieci LAN | TAK |  |
| **IV.** | **Wymagania dodatkowe dla dostarczonego sprzętu wraz z oprogramowaniem** | TAK |  |
|  | Dostawca wskaże serwis gwarancyjny i pogwarancyjny dostarczonego sprzętu i załączy do oferty oświadczenie serwisu o posiadaniu autoryzacji producenta – podać nazwę, adres, tel. fax | TAK,  Podać |  |
|  | Dostarczenie podczas odbioru oświadczenia potwierdzającego, że pracownicy serwisu sprzętu medycznego posiadają odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie oraz posiadają imienne certyfikaty wystawione przez producenta ze szkolenia w zakresie obsługi serwisowej przedmiotu umowy | TAK,  dostarczyć |  |
|  | Przekazanie kluczy licencji do obsługi technicznej na cały okres użytkowania sprzętu wraz z oprogramowaniem | TAK |  |
|  | Przeglądy techniczne, częstotliwość przeglądów technicznych wymagana przez producenta | TAK,  podać |  |
|  | Producent | TAK,  podać |  |
|  | Model\* | TAK,  Podać |  |
|  | Nazwa katalogowa\* | TAK,  Podać |  |

„\*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

.................................................................   
 /podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

....................................... dn., .......................

**ZADANIE NR 2: Dostawa foteli do dializ:**

| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane**  **(wypełnia Wykonawca)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Fotele do dializ – 24 sztuki** | **TAK** |  |
|  | Fotele fabrycznie nowe, nie używane do prezentacji, rok produkcji nie starszy niż 2019 | TAK |  |
|  | Długość podłokietnika 60,5 cm | TAK,  podać |  |
|  | Szerokość podłokietnika 13,5 cm | TAK,  podać |  |
|  | Długość siedziska 219 cm | TAK,  podać |  |
|  | Szerokość siedziska 60 cm | TAK,  podać |  |
|  | Grubość tapicerki 9 cm | TAK,  podać |  |
|  | Długość całkowita 227 cm | TAK,  podać |  |
|  | Szerokość fotela 87 cm | TAK,  podać |  |
|  | Wysokość siedziska 56 cm – 78 cm | TAK,  podać |  |
|  | Kąt nachylenia oparcia 0˚ do 72° | TAK,  podać |  |
|  | Kat nachylenia siedziska 0˚ do 25° | TAK,  podać |  |
|  | Kąt nachylenia części na nogi -25˚ do 27˚ | TAK,  podać |  |
|  | Wypełnienie i tapicerka:  - materiały odporne na promienie UV, ślinę oraz pot, wodoodporne i ognioodporne, testowane w kierunku biozgodności i toksyczności, | TAK |  |
|  | Kolor podłokietników i podnóżka ciemny szary | TAK |  |
|  | Kółka: średnica 10 cm | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja:  - oparcia,  - siedziska,  - dolnej części siedziska,  - wysokości siedziska | TAK |  |
|  | Połączenia wyrównawcze | TAK |  |
|  | Ręczny włącznik ( klasa ochronności IP): IP 66 | TAK |  |
|  | Klasa ochrony; II | TAK |  |
|  | Kroploszczelność: IPX 4 | TAK |  |
|  | Bezpieczeństwo elektryczne: DIN EN 60601/1, 60601/1-2 | TAK |  |
|  | Przewód zasilania zwinięty 2 m | TAK |  |
|  | Przewód zasilania rozwinięty 3,5 m | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie 200 kg | TAK |  |
|  | Waga (bez opcji) 85 kg | TAK |  |
| **II.** | **Dodatkowe informacje o oferowanym sprzęcie** |  |  |
|  | Model\* | TAK,  Podać |  |
|  | Nazwa katalogowa\* | TAK,  Podać |  |
|  | Dostawca wskaże serwis gwarancyjny i pogwarancyjny dostarczonego sprzętu i załączy do oferty oświadczenie serwisu o posiadaniu autoryzacji producenta – podać nazwę, adres, tel. fax | TAK,  Podać |  |

„\*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

.................................................................   
 /podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

....................................... dn., .......................

**ZADANIE NR 3: Dostawa oprogramowania Microsoft wraz z licencjami:**

| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane**  **(wypełnia Wykonawca)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Oprogramowanie wraz z licencjami** |  |  |
|  | Licencja SQL Server 2017 Standard MOLP – 1 licencja | TAK |  |
|  | SQL licencja na jedno urządzenie – Microsotf SQL CAL 2017 User CAL MOLP – 30 licencji | TAK |  |
|  | Licencja stanowiskowa Windows Server – 30 - licencji | TAK |  |
|  | Dotarczone licencje na czas bezterminowego użytkowania | TAK |  |

„\*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

.................................................................   
 /podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

....................................... dn., .......................