Załącznik nr 2a Pakiet II

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH DZIERŻAWIONEGO ANALIZATORA KOAGULOLOGICZNEGO**

Producent/ Firma.............................. Kraj....................................................

Urządzenie /Typ.................................. Rok produkcji.....................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wymagania konieczne do spełnienia przez oferowany analizator koagulologiczny** | **Spełnia** |
| **L.P.** | **PARAMETRY** | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Analizator koagulologiczny – pełny automat – nowy lub nie starszy niż 2016 rok |  |  |
| 2. | Analizator używany musi być dostarczony po gruntownym przeglądzie wraz z dokumentacją potwierdzającą ten przegląd |  |  |
| 3. | Wydajność aparatu minimum 40-50 ozn/godz dla PT i nie mniej niż 40 ozn/godz dla APTT |  |  |
| 4. | Wbudowany komputer, obsługa poprzez kolorowy wyświetlacz dotykowy lub zewnętrzną klawiature i myszkę |  |  |
| 5. | Badania wykonywane na analizatorze: PT, APTT,D- Dimer, fibrynogen metodą ilościową, + pomiar stężenia fibrynogenu podczas pomiaru PT  |  |  |
| 6. | Oznaczanie parametrów układu hemostazy metodami: chromogenną, wykrzepialną, immunologiczną |  |  |
| 7. | Podawanie automatycznie wartości INR wyliczane przez aparat z PT |  |  |
| 8. | Automatyczne pobieranie próbek, odczynników, rozcieńczalników potrzebnych do wykonania pomiaru |  |  |
| 9. | Pojemnik na próbki przystosowany do różnego rodzaju probówek w tym pediatrycznych |  |  |
| 10. | Praca z próbkami pierwotnymi bez przenoszenia osocza do kubeczków |  |  |
| 11. | System podgrzewania (inkubacji) odczynników przed dodaniem do kuwety pomiarowej |  |  |
| 12. | Tromboplastyna - ISI zbliżone do 1,0(+/- 0,1), stabilność odczynnika po otwarciu na pokładzie analizatora nie mniej niż 5 dni. |  |  |
| 13. | Brak efektu kontaminacji – oddzielne igły dozujące do osoczy i odczynników |  |  |
| 14. | Chłodzony blok odczynników |  |  |
| 15. | Możliwość oznaczenia próbek cito |  |  |
| 16. | Materiały kontrolne na 3 poziomach od jednego producenta, liofilizowane, z możliwością mrożenia (gwarancja producenta) |  |  |
| 17. | Automatyczna kompensacja zanieczyszczenia toru pomiarowego i kuwety |  |  |
| 18. | Kuwety pomiarowe jednorazowego użytku |  |  |
| 19. | Automatyczna kalibracja z pamięcią krzywych – stabilna dla danej serii odczynników |  |  |
| 20. | Automatyczne układy kompensacji zmętnienia ( możliwość pomiaru osoczy lipemicznych, zhemolizowanych, zółtaczkowych). |  |  |
| 21. | Współpraca z siecią informatyczną – dwukierunkowa komunikacja, podłączenie aparatu na koszt oferenta do istniejącego laboratoryjnego systemu informatycznego – program SOLAB firmy Kamsoft |  |  |
| 22. | Program kontroli jakości wykonywanych badań z pamięcią wyników i możliwością wydrukowania wykresów Levey-Jenningsa |  |  |
| 23. | Automatyczne rozcieńczanie próbek po przekroczeniu zakresu pomiarowego |  |  |
| 24. | Możliwość identyfikacji próbek pacjentów i odczynników przy pomocy wbudowanego czytnika kodów kreskowych |  |  |
| 25. | Możliwość podłączenia zewnętrznego czytnika kodów kreskowych |  |  |
| 26. | Odczynniki kompatybilne z koagulometrem CC-3003 będącym własnością Zamawiającego |  |  |
| 27. | Wykonawca dostarczy do analizatora:- UPS podtrzymujący jego pracę przez co najmniej 20 minut,- drukarkę laserową, druk na papierze A4/A5, o wydajności minimum 15-20 stron/min, obciążenie normatywne min. 20 000 stron/m-c, sieciowa  |  |  |
| 28. | Oprogramowanie w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim. |  |  |
| 29. | Serwis autoryzowany – dostęp do nowych i oryginalnych części zamiennych do analizatora przez okres trwania umowy, serwis i okresowe przeglądy techniczne w czasie trwania dzierżawy - bezpłatnie, czas oczekiwania na interwencję serwisu maksimum 24 godz. w dni robocze, możliwość zgłaszania awarii 24 godz. na dobę.Wykonawca dostarczy równorzędny aparat zastępczy dla zapewnienia ciągłości wykonywanych badań w przypadku awarii trwającej dłużej niż 48 godz od zgłoszenia awarii, lub pokryje koszty wysłania badań do podwykonawcy na podstawie faktury.  |  |  |

* **Wpisać Tak lub Nie**

**Oferty nie spełniające warunków granicznych zostaną odrzucone**

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

 **Podpis Wykonawcy**