/pieczątka Wykonawcy / Zał.9.p.5

Eap-2412/8/21/M

**Zestawienie parametrów urządzenia**

**Pakiet 5 - Doposażenie Laparoskopu 4K wraz z instalacją**

**Zestawienie parametrów granicznych**

## Producent/Firma: ……………………………………

Urządzenie/Typ: ...........................................................

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH URZĄDZENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymaganie** | **Potwierdzenie przez Wykonawcę**  **Odpowiedź „TAK” lub wymagana informacja (wg kolumny „wymagania graniczne”** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Głowica kamery laparoskopowej 4K (UHD) kompatybilna z kontrolerem Logic 4K r. Wolf będący na wyposażeniu bloku operacyjnego Producent/Firma: …………………………………… Urządzenie/Typ: ........................................................... | Podać |  |
| 2 | Głowica kamery laparoskopowej pracująca w standardzie Ultra- HD 4K | **Podać**  **II Kryterium wyboru oferty**  **A - Kompatybilność głowicy z kontrolerami pracującymi w rozdzielczości UHD oraz Full HD – 10 pkt**  **Kompatybilność głowicy tylko z kontrolerami UHD – 0 pkt** |  |
| 3 | Sensor obrazu 3x 1/3 CMOS | TAK |  |
| 4 | Czułość nie gorsza niż 1,2 lux. | TAK, podać |  |
| 5 | Głowica kamery wyposażona w 2 programowalne przyciski sterujące min. czterema funkcjami. Funkcje uaktywniane po przez długie lub krótkie naciśnięcie przycisku. | TAK |  |
| 6 | Funkcja Zoom optycznego dostępna z poziomu obiektywu główki kamery | TAK |  |
| 7 | Głowica kamery przystosowana do sterylizacji wysokotemperaturowej w parze (134 °C ) Zanurzalna w płynach dezynfekcyjnych. Klasa zabezpieczenia IPX7. W zestawie kosz do sterylizacji | TAK |  |
| 8 | Obiektyw główki kamery wyposażony w automatyczny zamek do okularu optyki zamykający się po zbliżeniu optyki bez dodatkowych czynności | TAK |  |
| 9 | Obiektyw o zmiennej ogniskowej f=13-29 mm | TAK |  |
| 10 | Pompa Laparoskopowa kompatybilna z zestawem laparoskopowym marki R. Wolf będący na wyposażeniu bloku operacyjnego  Producent: (podać)  Model/Typ: (podać)  Rok produkcji: (podać)  Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: (podać) | Podać |  |
| 11 | Pompa ssąco-płucząca przeznaczona do zabiegów laparoskopowych | **Podać**  **II Kryterium wyboru oferty**  **B - Możliwość montażu pompy na bocznym uchwycie wózka lub kolumny laparoskopowej – 10 pkt**  **Możliwość instalacji pompy tylko na półce – 0 pkt** |  |
| 12 | Pompa wyposażona w czytnik RFID identyfikujący podłączane dreny | TAK |  |
| 13 | Funkcja płukania realizowana na zasadzie jednorolkowej pompy | TAK, podać |  |
| 14 | Maksymalne ciśnienie pompy 400 mmHg (+/- 50 mmHg) | Tak |  |
| 15 | Wydajność przepływu płukania i odsysania min. 2 l/min. | TAK, podać |  |
| 16 | Pompa ssąca wykorzystująca jednorazowy 2 drożny filtr hydrofobowy (0.2 um) zabezpieczający przed przypadkową kontaminacją urządzenia. | TAK, podać |  |
| 17 | Ciśnienie ssania w zakresie (-50 ) - (-60 ) kpa | Tak |  |
| 18 | Dreny wielorazowe 20-krotnego użytku - 1 szt. autoklawowalne | **Podać**  **II Kryterium wyboru oferty**  **C - Współpraca pompy z drenami jednorazowymi i wielorazowymi – 10 pkt**  **Współpraca pompy z jednym rodzajem drenów – 0 pkt** |  |
| 19 | Dren wielokrotnego użytku do odsysania - 1 szt. | TAK, podać |  |
| 20 | Osobny przycisk uruchamiający płukanie i ssanie (działające niezależnie) | TAK |  |
| 21 | Insuflator Laparoskopowy kompatybilny z zestawem marki R. Wolf będący na wyposażeniu bloku operacyjnego  Producent: (podać) ……………….  Model/Typ: (podać) ……………..  Rok produkcji: (podać)………….  Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: (podać)…………. | Podać |  |
| 22 | Obsługa insuflatora poprzez dotykowy ekran dotykowy o przekątnej min 6,5" | TAK |  |
| 23 | Ciśnienie regulowane w zakresie min. 3-25 (+/-2) mmHg | TAK, podać |  |
| 24 | Przepływ regulowany do min 45 l/min. | TAK, podać |  |
| 25 | Min. dwa tryby pracy insuflatora: insuflacja wstepna i wysoki przepływ | TAK, |  |
| 26 | Wyświetlane na panelu dotykowym wartości zadane i aktualne ciśnienia oraz przepływu gazu | TAK, podać |  |
| 27 | Regulacja zadanych wartości ciśnienia i przepływu gazu podczas zabiegu z panelu dotykowego urządzenia | TAK |  |
| 28 | Wskaźnik poziomu napełnienia butli CO2 | TAK |  |
| 29 | Temperatura podgrzewanego gazu 37 stopni C +/- 2 stopnie | TAK, podać |  |
| 30 | Waga urządzenia max 12 kg ( parametr podany ze względu sumę maksymalnych udźwigów półek kolumny chirurgicznej) | **Podać**  **II Kryterium wyboru oferty**  **D**  **Waga ≥ 12 kg - 0 pkt.**  **Waga < 12 kg - 10 pkt.** |  |
| 31 | Funkcja oddymiania realizowana za pomocą drenu wyposażonego w filtr kierunkowy. Zestaw podłączany do insuflatora oraz kranika trokara. | TAK |  |
| 32 | Informacja o ilości gazu użytej podczas danego zabiegu ( rejestrowalna ) | TAK |  |
| 33 | Przewód wysokociśnieniowy do podłączenia CO2 wraz z dedykowanym reduktorem do zastosowania z butlą. | TAK |  |
| 34 | Dren insuflacyjny z podgrzewaniem gazu, sterylizowalny - 1 szt | TAK |  |
| 35 | Jednorazowe filtry do insuflatora - 10 szt | TAK |  |
|  |  | **Wyposażenie** |  |
| 36 | Optyka Laparoskopowa UHD 4K  Średnica 10 mm  Długość 303-305 mm  Kąt patrzenia 30 stopni  Wolne od zniekształceń obrazu,  Oznaczenie kolorystyczne optyki dedykowanej wiązki światłowodu.  Optyka autoklawowalna wraz z dedykowanymi koszykami do sterylizacji wraz z dedykowanym koszem do sterylizacji- 1 szt | TAK |  |
| 37 | Kleszcze preparacyjne 10 mm  Obie bransze ruchome wygięte w prawą stronę długość branszy min 35 mm,  Narzędzie obrotowe, trzy częściowe - rozbieralne składające się z wkładu, płaszcza i uchwytu.  Długość robocza narzędzia 330 mm. -2szt  Uchwyt bez przyłącza do diatermii, wyposażone w zamek (blokadę).  Blokada zwalniana min. w dwóch miejscach na rękojeści z możliwością pracy z blokadą lub bez.  Możliwość zastosowania rękojeści do pracy z narzędziami laparoskopowymi 10 mm i 5 mm. | TAK |  |
|  | **Instalacja zestawu** |  |  |
| 38 | Wykonawca zobligowany jest do przeprowadzenia instalacji na bloku operacyjnym w sali wyznaczonej przez Zamawiającego.  Do Wykonawcy należy instalacja zestawu na kolumnie chirurgicznej będącej na wyposażeniu boku operacyjnego wraz z montażem. Podłączenia urządzeń w oparciu o istniejącą infrastrukturę. | Tak |  |

W przypadku parametrów ocenianych należy wstawić wartości zaoferowanych parametrów umożliwiające dokonanie oceny. W pozostałych pozycjach wystarczające będzie potwierdzenie spełnienia parametrów poprzez wpisanie słowa TAK

**UWAGA:**

**W przypadku braku wpisu w rubryce ,, Potwierdzenie przez Wykonawcę” lub niedołączenia do oferty niniejszego załącznika, Wykonawca otrzyma 0 pkt. w II kryterium wyboru oferty**

Oświadczam, że zaoferowany przez nas przedmiot jest produkowany seryjnie (nie modyfikowany pod potrzeby przedmiotu zamówienia) i spełnia wszystkie wymagania określone w niniejszym załączniku.

Zamawiający wymaga, aby wykonawca zaoferował urządzenie o parametrach co najmniej takich, jak przedstawione w wymaganiach granicznych. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści- stanowi on integralną cześć oferty- deklarację wykonawcy co do jej treści.

/miejscowość, data / ………………………………………………………..

Czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy /