***Załącznik 2B do SWZ, D10.251.44.C.2025***

**Opis przedmiotu zamówienia (OPZ)**

**Nazwa Wykonawcy ………………….**

**Część 1**

**Aparat do wspomagania oddechu BIPAP**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Punktacja*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać | *Bez punktacji* |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać | *Bez punktacji* |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać | *Bez punktacji* |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Nie starszy niż 2023 | *Bez punktacji* |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 30 szt. | *Bez punktacji* |  |
| 6 | Miejsce instalacji | Zespół Długoterminowej Opieki Domowej | *Bez punktacji* |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Punktacja*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Aparat do prowadzenia wentylacji nieinwazyjnej w warunkach terapii domowej i szpitalnej. | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 2 | Menu w języku polskim | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 3 | Możliwość stosowania różnych typów obwodów min. jednorurowy przeciekowy. | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 4 | Możliwość stosowania z obwodami oddechowymi o średnicy: 15 i 22 mm | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 5 | Maksymalna waga aparatu 2,5 kg | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 6 | Aparat do wentylacji dorosłych i dzieci od wagi min. 18 kg | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 7 | Aparat wyposażony w kolorowy ekran | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 8 | Zasilanie bateryjne litowo-jonowe umożliwiające pracę aparatu przy w pełni naładowanej baterii, przez co najmniej 12 godzin. Wskaźnik naładowania baterii na ekranie respiratora lub na dedykowanym do urządzenia akumulatorze. | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 9 | Dwa poziomy dostępu do menu użytkownika: pacjenta (ograniczony) i kliniczny (pełny) | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 10 | Możliwość ustawienia blokady przycisków lub blokady dostępu do tryby klinicznego | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 11 | Możliwość doposażenia aparatu w szpitalny wózek jezdny, torbę podróżną przystosowaną również do mocowania na wózku inwalidzkim. | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 12 | Aparat przystosowany okresowo do pracy ciągłej. | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 13 | Możliwość użytkowania aparatu przez pacjenta w samolocie podczas podroży | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 14 | Dostępne tryby pracy objętościowo- i ciśnieniowo-zmienne:CPAP, S, T, S/T, PC | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 15 | Możliwość zastosowania trybów objętościowo-zmiennych i ciśnieniowo-zmiennych w układzie jednorurowym przeciekowym | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 16 | Aparat wyposażony w regulowane wyzwalacze wdechu i wydechu | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 17 | Regulacja częstości oddechu w zakresie min. 0-30 odd/min | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 18 | Programowalne parametry wentylacji:- częstość oddechów kontrolowanych w zakresie min.: 0- 30 oddech./min;- ciśnienie EPAP w zakresie min. 4 cmH20 - 20 cmH2O;- ciśnienie IPAP w zakresie min. 4 cmH20 - 25 cmH2O; | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 19 | Objętość oddechowa nastawiana w minimalnym zakresie 200 ml - 1500 ml | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 20 | Automatyczny algorytm kompensujący zmienne przecieki | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 21 | Automatyczny system wyzwalaczy wdechu i wydechu pod wpływem spontanicznego oddechu pacjenta, jednocześnie kompensując przecieki powietrza | Tak, opisać | *Bez punktacji* |  |
| 22 | Regulowany czas wdechu min. 0,5 do 3 sekund | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
|  | **Monitorowanie** |  |  |  |
| 23 | Wskaźnik ciśnienia aktualnego | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 24 | Pomiar przecieków | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 25 | Pomiar wskaźnika I:E | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 26 | Wskaźnik oddechów inicjowanych przez pacjenta | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 27 | Możliwość podłączenia zintegrowanego pulsoksymetru | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 28 | Oprogramowanie do analizy danych dostępne dla użytkownika bezpłatnie | Tak, opisać | *Bez punktacji* |  |
| 29 | Alarmy:Aparat wyposażony w system alarmów zawierających min. n/w alarmy:Braku zasilania;Bezdechu;Wysokiego oraz niskiego poziomu ciśnienia (w trybie objętościowozmiennym);Niskiej wentylacji minutowej (w trybie objętościowozmiennym);Niskiego poziomu naładowania baterii;Rozłączenia obwodu pacjenta;Niskich przecieków powietrza w obwodzie pacjenta. | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 30 | Alarmy o różnych priorytetach | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 31 | Możliwość wyciszenia alarmów na 60 sekund | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 32 | Pamięć wewnętrzna z możliwością zapisu do 3 miesięcy pracy.  | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 33 | W zestawie nawilżacz adaptacyjny z podgrzewaczem  | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 34 | Brak elementów eksploatacyjnych podlegających cyklicznym wymianom w trakcie okresu eksploatacji (poza filtrami z poz. 35) | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 35 | Wraz z aparatem układ startowy składający się, co najmniej z:1. Filtry przeciwkurzowe – 2 szt.
2. Filtry cząstek drobnych – 2 szt.
3. Układ oddechowy przeciekowy – 5 szt.
4. Rura do nawilżacza – 3 szt.
 | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |
| 36 | W zestawie dedykowana torba z uchwytem na ramię | Tak | *Bez punktacji* |  |
| 37 | Aparat wyposażony w funkcję zapewnienia średniej objętości przy zastosowaniu wspomagania ciśnieniowego i automatyczne i dynamiczne zarządzanie drogami oddechowymi. | Podać | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |  |
| 38 | Brak wymogu okresowych kontroli, konserwacji, przeglądów itp. | Tak | *Bez punktacji* |   |
| 39 | Stopień ochrony urządzenia minimum IP22 | Tak, podać | *Bez punktacji* |  |

\*UWAGA: ***dokument należy podpisać w sposób określony w SWZ \****