

## Pakiet nr 3

## I. Respirator mobilny – 1 szt

<b>l.p.</b>	<b>Opis</b>	
1.	Wytwórca	
2.	Nazwa – model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji 2017	

\*należy wypełnić

**Część A: ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

<b>L.p.</b>	<b>Parametry wymagane</b>	<b>Parametry oferowane*</b>
1.	<b>Wymagania ogólne:</b>	
1.1	Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia dla dorosłych,	
1.2	Respirator na podstawie jezdnej z blokadą kół. Możliwość odłączenia od podstawy jezdnej. Podstawa jezdna wyposażona w uchwyt do minimum jednej 2 litrowej butli z tlenem, 1 butla i jeden reduktor do tlenu z przyłączem DIN.	
1.3	Uchwyt do połączenia respiratora na wózku z łóżkiem pacjenta na czas transportu	
1.4	Możliwość pracy na baterii min 120 min.	
2.	<b>Tryb wentylacji:</b>	
2.1	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/Assist - IPPV	
2.2	Synchronizowana przerywana wentylacja	

	obowiązkowa SIMV	
2.3	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV	
2.4	Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP	
2.5	Wentylacja ciśnieniowo-kontrolowana PCV	
2.6	Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana z gwarantowaną objętością	
2.7	Wentylacja objętościowo kontrolowana VCV	
2.8	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP	
2.9	Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV	
2.10	Automatyczne westchnienie z regulacją parametrów westchnień	
2.11	Wentylacja bezdechu z regulacją	
3.	<b>Regulacje:</b>	
3.1	Częstość oddechów w zakresie min. 5-80 L/min.	
3.2	Objętość pojedynczego oddechu w zakresie min. 50-1500 ml	
3.3	Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakresie min. 10-90 cm H <sub>2</sub> O	
3.4	Ciśnienie wspomaganie PSV w zakresie min. 0-70 cm H <sub>2</sub> O	
3.5	Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie min. 0-35 cm H <sub>2</sub> O	
3.6	Czas wdechu dla oddechów VCV regulowany w zakresie min. 0,2 – 8,0 sek.	
3.7	Stężenie tlenu w mieszaninie	

	oddechowej regulowane płynnie w zakresie min. 21-100 %	
3.8	Płynna regulacja czasu lub współczynnika przyspieszenia przepływu dla oddechów ciśnieniowo kontrolowanych i wspomaganych	
3.9	Wyzwalanie oddechu, czułość triggera 1-10 L/min.	
4.	<b>Parametry monitorowane:</b>	
4.1	Aktualnie prowadzony tryb wentylacji	
4.2	Rzeczywista całkowita częstość oddychania	
4.3	Częstość oddechów spontanicznych	
4.4	Objętość pojedynczego oddechu	
4.5	Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV	
4.6	Wentylacja minutowa spontaniczna	
4.7	Wentylacja minutowa, udział procentowy objętości przecieku	
4.8	Szczytowe ciśnienie wdechowe	
4.9	Ciśnienie średnie	
4.10	Ciśnienie fazy plateau	
4.11	Podatność statyczna lub dynamiczna płuc	
4.12	Integralny pomiar stężenia tlenu	
5.	<b>Prezentacja graficzna:</b>	
5.1	Prezentacja na kolorowym minimum 12 calowym ekranie respiratora krzywych oddechowych minimum: ciśnienie czas, przepływ/czas, objętość/czas.	
6.	<b>Wyposażenie:</b>	
6.1	4 kompletne układy do współpracy ze sztucznymi nosami/filtrami FHME do każdego respiratora	
6.2	100 sztuk jednorazowych	

	filtrów/nawilżaczy FHME	
6.3	Przejściówka z złącza DIN na system AGA 2 sztuki	

\*należy wypełnić

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły są fabrycznie nowe, nie używane, nie były przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce. **Zaofertowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do ofert materiałach informacyjnych producenta lub autoryzowanego dystrybutora oferowanego urządzenia. Brak potwierdzenie któregokolwiek z parametru spowoduje odrzucenie oferty.**

W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta **lub autoryzowanego dystrybutora oferowanego urządzenia.**

Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

#### Część B: FORMULARZ CENOWY

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena jednostkowa		Wartość		VAT
			netto	brutto	netto	brutto	
I.	Respirator mobilny	1 szt.					
<b>RAZEM</b>							

..... dnia .....

/podpis i pieczętka upoważnionego  
przedstawiciela /