Numer referencyjny sprawy: KZP.382.13.2024

Załącznik nr 1 do SWZ

Wymagane Parametry Techniczne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. WYMAGANIA OGÓLNE**  **Ambulans sanitarny wraz z wyposażeniem – 1 sztuka** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie marka/typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | | **Odpowiedź oferenta** | |
| 1. | Oferowany ambulans wraz ze sprzętem medycznym musi spełniać wymagania norm PN-EN 1789:2021-02 lub równoważne | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Rok produkcji pojazdu min. 2023 rok, ambulansu minimum 2024 r. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Dopuszczalna masa całkowita do 3,5 tony. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **II. NADWOZIE** | | | | |
| 4. | Typu furgon z izolacją termiczną i akustyczną. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Przystosowany do przewozu 4 osób w pozycji siedzącej i jednej osoby w pozycji leżącej na noszach (ale przeznaczony do przewozu maksymalnie czterech osób jednorazowo) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Kabina kierowcy dwuosobowa. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Wysokość przedziału medycznego minimum 1,80 m. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Długość przedziału medycznego minimum 3,25 m. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Drzwi tylne przeszklone, otwierane na boki o kącie minimum 260 stopni. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Drzwi boczne przesuwane do tyłu z otwieraną przesuwną szybą. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzezroczystą. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 12. | Uchwyt sufitowy dla pasażera przedziału kierowcy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | Uchwyt sufitowy w przedziale dla pacjenta. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 14. | 2 uchwyty na tylnych drzwiach. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 15. | 1 uchwyt na drzwiach bocznych od wewnątrz. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 16. | Lakier w kolorze żółtym (do uzgodnienia przed realizacją). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 17. | Drzwi między przedziałem kierowcy a przedziałem medycznym. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 18. | Wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 19. | Centralny zamek wszystkich drzwi. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 20. | Alarm antywłamaniowy z własnym zasilaniem, minimum dwa kluczyki. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 21. | Immobilizer fabryczny. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 22. | Poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 23. | Reflektory przeciwmgielne przednie. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 24. | Przednie i tylne czujniki parkowania. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 25. | Kamera cofania. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 26. | Lampki do czytania w kabinie kierowcy 2 sztuki. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 27. | Czujnik temperatury zewnętrznej. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 28. | Klimatyzacja automatyczna lub półautomatyczna dwustrefowa przedziału kierowcy oraz przedziału medycznego dwuparownikowa z osobną regulacją na kabinę kierowcy i przedział medyczny (dopuszcza się aby działała klimatyzacja w przedziale medycznym musi działać klimatyzacja przedziału kierowcy). Klimatyzacja typu Climatronic nie jest wymagana. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 29. | Fotel kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy pneumatyczny z systemem masażu lub z pełną fabryczną regulacją minimum w trzech płaszczyznach z podparciem lędźwiowym. Dopuszcza się także fotele kierowcy i pasażera z pełną regulacją, z dwoma podłokietnikami oraz pełną amortyzacją, zgodną z oferowaną przez producenta pojazdu bazowego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 30. | Reflektor główny LED. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 31. | Dodatkowe halogeny sparowane ze światłami drogowymi (zamontowane na dodatkowym chromowanym orurowaniu). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 32. | Okno dachowe w przedniej części przedziału medycznego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 33. | Urządzenie do wybijania szyb samochodowych – młotek bezpieczeństwa. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 34. | Nóż do cięcia pasów. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 35. | Zewnętrzy oświetlony schowek na sprzęt medyczny (nosze podbierakowe, deskę ortopedyczną, krzesełko kardiologiczne, materac próżniowy, butle tlenowe). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 36. | Wymiary szyberdachu w przedziale medycznym min. 500 mm x min. 900 mm | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **III. SILNIK** | | | | |
| 36. | Wysokoprężny, zasilany olejem napędowym z zapłonem samoczynnym, turbo doładowaniem, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawne poruszanie się w ruchu miejskim, z wtryskiem bezpośrednim. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 37. | Moc silnika minimum 177 KM. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 38. | Emisja spalin wg założeń normy minimum EURO 6, w szczególności:   1. zużycie energii nie większe niż: 3,60 MJ/km, 2. emisja dwutlenku węgla nie większe niż: 230 g/km 3. emisje zanieczyszczeń:    * + 1. tlenków azotu (NOx) nie większe niż: 280 mg/km,        2. cząstek stałych (PM) nie większe niż: 5,0 mg/km,        3. węglowodorów (THC) nie większe niż: 160 mg/km. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **IV. ZESPÓŁ NAPĘDOWY** | | | | |
| 39. | Skrzynia biegów automatyczna (obligatoryjnie). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 40. | Napęd na przednie koła lub tylne lub 4x4 | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 41. | System stabilizacji toru jazdy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 42. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 43. | System wspomagania ruszania pod górę. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 44. | Blokada mechanizmu różnicowego kół osi tylnej w przypadku napędu 4x4. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **V. ZAWIESZENIE** | | | | |
| 45. | Zawieszenie posiadające drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylnie oraz resory wzmocnione, lub niezależnie wahaczowe zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta lub zawieszenie hydropneumatyczne. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 46. | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność w trudnym terenie oraz odpowiedni komfort transportu pacjenta. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 47. | Stabilizator z tyłu i wzmocniony stabilizator z przodu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **VI. SYSTEM HAMULCOWY** | | | | |
| 48. | Wspomaganie układu hamulcowego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 49. | System zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 50. | Asystent hamowania (wspomaganie hamowania awaryjnego) hamulce tarczowe przednie i tylne. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **VII. UKŁAD KIEROWNICZY** | | | | |
| 51. | Wspomaganie układu kierowniczego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 52. | Obrysowa średnica zawracania max 14,1 m. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 53. | Kolumna kierownicy regulowana w dwóch płaszczyznach. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 54. | Wielofunkcyjna kierownica. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **VIII. WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | |
| 55. | Komplet opon całorocznych wraz z felgami. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 56. | Dwie lampki sufitowe do czytania w kabinie kierowcy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 57. | Osłony przeciwsłoneczne typu „make-up”. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 58. | Minimum dwa głośniki szerokopasmowe. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 59. | Radio samochodowe z anteną z nagłośnieniem obu przedziałów. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 60. | Minimum dwie gaśnice. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 61. | Wszystkie miejsca siedzące w pojeździe wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 62. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący:   * informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych, * informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy, * informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego, * ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego, * sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych (awaryjnych). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 63. | Tempomat. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 64. | Dodatkowy głośnik do radiostacji w przedziale medycznym. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 65. | Koło zapasowe zamontowane pod pojazdem lub w miejscu dedykowanym przez producenta | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **IX. OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | | | | |
| 65. | Ogrzewanie przedziału medycznego z silnika. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 66. | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 67. | Inny niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury termostatem. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 68. | Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna z możliwością sterowania systemami przedziału medycznego zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **X. INSTALACJA ELEKTRYCZNA**  **(instalacja elektryczna powinna być sporządzona w sposób zapewniający jej bezpieczne działanie i charakteryzować się nie gorszymi parametrami jak poniżej)** | | | | |
| 69. | Alternator zapewniający ładowanie zespołu 2 akumulatorów o mocy minimum 2000W. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 70. | Dwa akumulatory o łącznej pojemności 175 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 71. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa sterowana mikroprocesorem. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 72. | Zasilanie zewnętrzne 230V z minimum 4 gniazdami wewnętrznymi z zabezpieczeniem uniemożliwiającym rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym i zabezpieczeniem przeciwporażeniowym wraz z przewodem zasilającym minimum 5 m. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 73. | Minimum 4 gniazda w przedziale medycznym z wtykami umiejscowione na ścianie lewej 12V lub dopuszcza się także możliwość instalacji 4 gniazd 230V na lewej ścianie oraz jednego na ścianie działowej, zasilanych z przetwornicy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 74. | Grzałka silnika pojazdu umieszczona w układzie chłodzenia cieczą lub układzie smarowania silnika, zasilana z sieci 230V – włącznik grzałki w kabinie kierowcy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 75. | Przetwornica 230V zapewniająca prąd 230V w 2 gniazdkach w przedziale medycznym. 1 gniazdko przy drukarce. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XI. OZNAKOWANIE, OŚWIETLENIE I SYGNALIZACJA DŹWIĘKOWA**  **(w pojeździe powinien znajdować się układ ostrzegania zarówno optycznego jak i akustycznego – zgodnie z przepisami ustawy Prawo o ruchu drogowym oraz powinien on charakteryzować się nie gorszymi parametrami jak poniżej)** | | | | |
| 76. | Belka świetlna na dachu pojazdu ze światłami diodowymi LED i dwoma światłami roboczymi skierowanymi do przodu lub niskoprofilowa belka świetlna na dachu pojazdu. Głośnik o mocy minimum 100 W zamontowany na dachu lub w belce dachowej lub pasie przednim pojazdu. Sygnał dźwiękowy modulowany - zmiana modulacji klaksonem, możliwość podawania komunikatów głosowych. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 77. | Sygnały niskotonowe. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 78. | Dodatkowe sygnały pneumatyczne (minimum 2 trąby powietrzne) przystosowane do pracy ciągłej z własnym układem smarowania. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 79. | Cztery niebieskie lampy pulsacyjne typu diodowego LED na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 80. | Dwie niebieskie lampy pulsacyjne typu diodowego LED na lusterkach barwy niebieskiej. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 81. | Dwie niebieskie lampy pulsacyjne typu diodowego LED na błotnikach przednich barwy niebieskiej. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 82. | Dwie lampy niebieskie typu diodowego LED umieszczone na słupkach tylnych drzwi. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 83. | Dwie lampy niebieskie typu diodowego LED umieszczone na błotnikach tylnych kół. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 84. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi, widoczne przy otwarciu 90, 180 i 260 stopni. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 85. | Dodatkowe migacze zamontowane w górnych, tylnych części nadwozia. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 86. | ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA1) z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego2)  Oznakowanie pojazdu spełniające wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2023 poz. 118):   * 3 pasy odblaskowe wykonanych z folii:  1. typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, 2. typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu, 3. typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),  * z przodu pojazdu: nadruk lustrzany "AMBULANS" barwy czerwonej lub granatowej, * oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego, * po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej „P”, * logo Zamawiającego po uzgodnieniu z Zamawiającym. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 87. | Reflektory zewnętrzne z trzech stron pojazdu ze światłem rozproszonym typu LED do oświetlenia miejsca akcji, po dwa z każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XII. OŚWIETLENIE WEWNĘTRZNE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO**  **(oświetlenie zapewniające prawidłową pracę personelu medycznego zgodne z PN-EN 1789:2021-02 lub równoważną oraz charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej)** | | | | |
| 88. | Światło rozproszone po obu stronach i wzdłuż górnej części przedziału medycznego minimum 6 punktów lub listwa LED na całej długości przedziału medycznego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 89. | Punktowe oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami minimum 3 punkty oraz nad drukarką 1 sztuka. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XIII. WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO**  **(pomieszczenie dla pacjenta powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione w normie PN-EN 1789:2021-02 lub równoważną, powinny być zamontowane w sposób bezpieczny, uniemożliwiający uszkodzenie lub zranienie osób w poruszającym się pojeździe)** | | | | |
| 90. | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona i szczelnie połączona z zabudową ścian. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 91. | Ściany boczne, sufit i podłoga pokryte tworzywem łatwo zmywalnym, odpornym na środki dezynfekujące. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 92. | Ściany boczne wzmocnione płytami z aluminium lub PCV, przystosowane do zamocowania sprzętu medycznego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 93. | Na prawej ścianie dwa fotele obrotowe, składane z pasami bezpieczeństwa, zagłówkami i składanymi podłokietnikami (dopuszcza się fotele z 1 składanym podłokietnikiem). Jeden z foteli tyłem do kierunku jazdy (może być składany w przejściu miedzy działem kierowcy a działem medycznym). Wymaga się, aby fotel przy wezgłowiu noszy był wyposażony w elektryczny przesuw. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 94. | Na ścianach bocznych zestaw szafek i półek wykonanych z łatwo zmywalnego materiału, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów (mogą być usytuowane rogowo, z roletą). Minimum 1 szafka zamykaniem na klucz lub zamek szyfrowy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 95. | W zabudowie szafek termobox do ogrzewania płynów infuzyjnych z panelem sterowania temperatury w przedziale medycznym i przedziale kierowcy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 96. | Na ścianie oddzielającej kabinę kierowcy od przedziału sanitarnego, szafka z szufladami, blatem roboczym (wyłożonym blachą kwasoodporną), zabudowanym schowkiem na odpady, miejscem mocowania minimum 1 walizki lub torby medycznej. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 97. | Szafka w narożniku ściany lewej z roletą i miejscem na leki, plastikowe pojemniki ułatwiające odpowiednią segregację i przechowywanie leków, schowek zamykany na klucz lub zamek szyfrowy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 98. | Ampularium na leki z gumkami zamykane roletą w narożniku. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 99. | Szafka z szufladami, szafka z półkami z roletą, dwie szafki podwieszane po obu stronach przedziału medycznego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 100. | Szafka na szyny Kramera w przedziale medycznym. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 101. | Podstawa wraz z uchwytem do zamocowania defibrylatora w miejscu umożliwiającym korzystanie z niego podczas jazdy (uchwyt kompatybilny z defibrylatorem – opis defibrylatora poniżej). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 102. | Miejsce do przechowywania urządzenia do automatycznej kompresji klatki piersiowej (opis urządzenia do automatycznej kompresji klatki piersiowej poniżej). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 103. | Uchwyt do zamocowania krzesełka kardiologicznego w schowku zewnętrznym pojazdu (lewe drzwi boczne) – uchwyt kompatybilny z krzesełkiem kardiologicznym (opis krzesełka kardiologicznego poniżej). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 104. | Podstawa wraz z uchwytem do zamocowania respiratora umożliwiające korzystanie z niego podczas jazdy (opis respiratora poniżej). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 105. | Miejsce mocowania ssaka elektrycznego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 106. | Uchwyt do mocowania pompy infuzyjnej umożliwiające korzystanie z niej podczas jazdy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 107. | Uchwyty do kroplówki na minimum 3 sztuki mocowane w suficie. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 108. | Centralna instalacja tlenowa z minimum 3 punktami poboru typu AGA, minimum 1 przepływomierz o przepływie od 0-25 l/min. Mocowanie na dwie duże butle tlenowe 10 litrowe oraz minimum dwie butle tlenowe 2-2,7 litrowe.  Na wyposażeniu 2 butle tlenowe 10 litrowe wraz z akcesoriami umożliwiającymi ich używanie. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 109. | Zabezpieczenie urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem się podczas jazdy, jednocześnie gwarantujące łatwość dostępu i użycia. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 110. | Centralna instalacja próżniowa z regulatorem ssania, z 1 pkt ssącym wyposażona w słój na wydzielinę o pojemności minimum 1l. Słój zakończony przewodem ssącym o długości minimum 1,5 m zakończony łącznikiem do cewników. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 111. | Termometr wskazujący temperaturę w przedziale medycznym. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 112. | Umocowany kosz na śmieci w przedziale medycznym i przedziale kierowcy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 113. | Laweta pod nosze główne z przesuwem bocznym oraz możliwością zastosowania pozycji antyTrendelenburga. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 114. | Szyna Modura (do mocowania sprzętu). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 115. | Minimum 2 uchwyty na kaski PETZL w schowku zewnętrznym. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 116. | W przedziale medycznym oraz przedziale kierowcy panel sterujący:   * informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu, * z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data), * informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu,   sterujący oświetleniem przedziału medycznego - sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego- zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 117. | Uchwyt do mocowania noszy podbierakowych w schowku zewnętrznym pojazdu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 118. | Urządzenie do wybijania szyb zintegrowane z nożem do cięcia pasów. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 119. | Kamera przedziału medycznego z podglądem w przedziale kierowcy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 120. | 3 kaski o standardowych wymiarach w przedziale medycznym. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XIV. ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | | | | |
| 120. | Nadajnik-odbiornik radiowy zainstalowany w pojeździe, antena dachowa dostosowana do aktualnego pasma regionalnego i ogólnopolskiego. Dopuszcza się dostarczenie niezaprogramowanego radiotelefonu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 121 | Przenośny nadajnik-odbiornik radiowy w ilości 2 sztuk – złącze doprowadzone do kabiny kierowcy oraz przewodami zasilającymi (12v) do radiotelefonu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 122. | Urządzenia stanowiące wyposażenie ambulansu muszą być tak skonstruowane i zamontowane aby nie emitować pól elektromagnetycznych mogących zakłócać pracę sprzętu łączności oraz medycznego przewidzianego do pracy w ambulansie w czasie jazdy jak i na postoju. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. WYPOSAŻENIE** | | | | |
| **XV. 1) SŁUŻĄCE DO PRZENOSZENIA PACJENTA** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1 | Nosze rozłączne z mocowaniem do podłogi lub lawety ambulansu:  Parametry noszy:   * wykonane z materiału odpornego na korozję, * twarde podłoże (przystosowane do prowadzenia reanimacji), * swobodna regulacja nachylenia oparcia pod plecami (do kąta minimum 80 stopni), * komplet pasów zabezpieczających, * teleskopowy statyw do kroplówki, * materac anatomiczny umożliwiający ustawienie wszystkich postępnych pozycji transportowych, przystosowany do dezynfekcji, z tworzywa nie przyjmującego krwi, * chowane poręcze boczne, * wysuwane rączki do podnoszenia, * udźwig minimum 220 kg, * uchylny stabilizator głowy (poduszka anatomiczna), * konstrukcja ramy noszy lub regulowany uchylny zagłówekumożliwiająca ustawienie głowy w minimum dwóch płaszczyznach: na wznak, odgięcie głowy do tyłu.   Parametry transportera:   * wykonane z materiału odpornego na korozję, * system bezpiecznego szybkiego łączenia z noszami, * możliwość prowadzenia noszy bokiem z dowolnej strony noszy przez jedna osobę, * system niezależnego składania się przednich i tylnych goleni transportera w momencie załadunku i rozładunku ambulansu przez jedną osobę; Transporter noszy głównych musi być wyposażony w system niezależnego składania przednich i tylnych goleni oraz blokadę zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem przednich goleni, gdy kółka najazdowe nie opierają się o lawetę. * regulacja wysokości transportera na minimum 5 poziomach, * 4 kółka wszystkie obrotowe o 360 stopni, * hamulce na minimum 2 kółkach, * udźwig minimum 220 kg, * blokada bezpiecznego załadunku noszy,   Certyfikat zgodności z norma PN-EN 1789:2021-02 i PN-EN 1865 lub równoważnąwystawiony przez niezależną jednostkę notyfikującą, karta gwarancyjna, folder z opisem parametrów urządzenia oraz instrukcja obsługi w języku polskim – przekazane wraz z dostawą ambulansu. Zamawiający dopuszcza transporter, którego waga nie jest zgodna z normą PN-EN-1865, przy jednoczesnym spełnieniu pozostałych wymagań tej normy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 2) MATERAC PRÓŻNIOWY** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Materac próżniowy do transportu pacjentów z urazami kręgosłupa, miednicy i urazami wielonarządowymi z dopinaną podłogą zabezpieczającą materac w kontakcie z podłożem | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Konstrukcja zapewniająca całkowite unieruchomienie, dopasowanie do ciała pacjenta i uniemożliwiająca załamywanie się materaca podczas przenoszenia pacjenta | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Wymiary 210 cm (+/-10 cm) x 90 cm (+/- 15 cm) x 7 cm (+/- 1 cm); ~~ciężar samego materaca nie więcej niż 6~~ kg Zamawiający dopuszcza materac próżniowy o wadze powyżej 9 kg; nośność 150 kg (+/- 10 kg) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Minimum 6 uchwyty do przenoszenia | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Minimum 4 poprzeczne, zabezpieczające pacjenta pasy | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Materac wykonany z materiału o dużej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Akcesoria/ elementy zestawu: pompka, torba na materac, zestaw naprawczy | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Zamawiający dopuszcza alternatywnie materac próżniowy o następujących parametrach:   * Materac próżniowy z 14 niezależnymi komorami dla doskonałego i szybkiego unieruchomienia. * Niezwykle lekki i wytrzymały, posiada 8 ergonomicznych uchwytów, pasy bezpieczeństwa i doskonałe zabezpieczenie pacjenta dają materacowi unikalne rozwiązania. * Możliwość użytkowania w temperaturach od - 30°C do + 70°C. Niezrównana trwałość próżni bez żadnych ugięć. * Posiada Certyfikat UNI EN 1865, zgodnie z europejskimi normami zharmonizowanymi. * Wymiary (dł. x szer.): 210x100cm * Waga: 8kg * Ładowność: 150kg * Dodatkowo w zestawie pompka, zestaw naprawczy i torba przenośna. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 3) DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Wykonana z tworzywa sztucznego przeziernego dla promieni X. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Szerokość: min. 40 cm, max 46 cm. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Długość: min.180 cm, max 183 cm. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Grubość nie więcej niż 4,8 cm. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Pasy zabezpieczające zakończone karabińczykami – 4 szt. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | System unieruchomienia głowy składający się z dwóch klocków z otworami na uszy i dwóch pasków mocujących głowę, całość łatwo mocowalna do deski. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Nośność min. 200 kg. Zamawiający dopuszcza deskę FERNO z udźwigiem 159 Kg pod warunkiem, że będzie możliwe umieszczenie jej w schowku zewnętrznym za lewymi drzwiami przesuwnymi pojazdu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Uchwyty do przenoszenia min. 6, po 3 z każdej dłuższej strony i po 2 uchwyty od strony głowy i stóp. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Deska posiada pokrowiec. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 4) DESKA ORTOPEDYCZNA PEDIATRYCZNA** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Wykonana z tworzywa sztucznego przeziernego dla promieni X. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Szerokość: min. 34 cm, max 40 cm. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Długość: min.136 cm, max 142 cm. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Grubość nie więcej niż 4,8 cm. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Pasy zabezpieczające zakończone karabińczykami – 4 szt. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | System unieruchomienia głowy składający się z dwóch klocków z otworami na uszy i dwóch pasków mocujących głowę, całość łatwo mocowalna do deski. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Nośność min. 100 kg (+/- 5 kg) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Uchwyty do przenoszenia. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Instrukcja obsługi w języku polskim, deska w pokrowcu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Deska posiada pokrowiec. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 12. | Zamawiający dopuszcza alternatywnie deskę ortopedyczną o następujących parametrach:  Deska pediatryczna Meber Duck jest najwyższej jakości przez co gwarantuje bezpieczeństwo pacjenta, jak również trwałość i niezawodność w użytkowaniu. Całe wyposażenie noszy przepuszczalne jest dla promieni X.  Deska ta służy do pełnej stabilizacji kręgosłupa u dziecka podczas ewakuacji i transportu.  Cechy deski:  - profilowany zagłówek umożliwiający stabilizację dziecka w pozycji fizjologicznej;  - jest prześwietlana jest promienie X;  - posiada 10 uchwytów do wygodnego trzymania i przenoszenia;  - wyposażona jest w uniwersalny system unieruchomienia głowy u pacjenta składający się z podkładki, dwóch klocków do stabilizacji bocznej oraz dwóch pasków mocujących głowę w osi na wysokości czoła i żuchwy;  - wykonana jest z miękkiego, winylowego, niebieskiego materiału łatwego w czyszczeniu i dezynfekcji;  - stabilizator głowy pozwala na łatwe ustabilizowanie kręgosłupa szyjnego, przepuszcza promienie X, nie zawiera elementów metalowych;  - oparcie potylicy mocowane jest do deski za pomocą 4 pasków co umożliwia szybkie przełożenie stabilizatora;  - posiada pasy pajęczynowe do unieruchomienia, dzięki poprzecznym elementom przesuwnym oraz sposobie zapinania na rzepy można w sposób idealny unieruchomić dziecko;  - posiada system szelkowy spinający klatkę piersiową oraz kończyny, pasy kodowane są kolorami;  - wymiary deski: 125cm x 41cm x 5cm;  - waga 4kg;  - max obciążenie do 100kg.  Komplet składa się z deski pediatrycznej, stabilizatora pediatrycznego oraz pasów pediatrycznych pajęczynowych | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 5) NOSZE PłACHTA** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Część do leżenia wykonana z materiału zmywalnego odpornego na środki dezynfekujące i nie absorbującego wydzielin i płynów. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Nośność minimum 150 kg. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Wymiary w przedziale 190-200 cm x 70-81 cm. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Minimum po 3 uchwyty do przenoszenia umieszczone na każdym z wzdłużnych boków. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Instrukcja obsługi w języku polskim. – przekazane wraz z dostawą ambulansu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Nosze płachtowe posiadają pokrowiec. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 6) NOSZE PODBIERAJĄCE** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Konstrukcja wykonana ze stopów aluminium. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Budowa umożliwiająca regulację długości do minimum 200 cm, pozwalająca na dobór do pacjentów o różnym wzroście. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Zabezpieczenie-blokada przed samoistnym rozpięciem. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Pasy zabezpieczające – 2 szt. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Możliwość złożenia do połowy długości. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Nośność minimum 160 kg. Zamawiający dopuszcza nosze podbierakowe marki FERNO pod warunkiem, że możliwe będzie ich umieszczenie w zewnętrznym schowku za lewymi drzwiami przesuwnymi pojazdu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Minimum 8 uchwytów do przenoszenia, na obwodzie noszy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą, karta gwarancyjna, folder z opisem parametrów urządzenia oraz instrukcja obsługi w języku polskim – przekazane wraz z dostawą ambulansu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 7) KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Wyposażone w gąsienicowy system płozowy do zjeżdżania po schodach. Zamawiający dopuszcza krzesełko wyposażone w system płozowy bez możliwości jego odpinania. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | 4 koła w tym 2 skrętne, | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie, | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Wysuwane rączki przednie, z blokadą położenia | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Podpórka pod stopy pacjenta, | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Udźwig krzesełka minimum 200 kg | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Produkt fabrycznie nowy nie poekspozycyjny, rok produkcji minimum 2024 | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Gwarancja na 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Zamawiający dopuszcza alternatywnie deskę ortopedyczną o następujących parametrach:  Dotyczy pozycji XV.7 – Krzesełko kardiologiczne  Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie krzesełka kardiologicznego o parametrach poniżej:  Płozowe krzesełko kardiologiczne Rolman K312 z wysuwanymi rączkami przednimi to wyjątkowy produkt – waga ok 14,5 kg, duże tylne koła (średnica 17,5 cm), łatwe w obsłudze, pozbawione zbędnych elementów utrudniających użycie i zwiększających wagę, niewielkie wymiary po złożeniu czynią z Rolmana doskonałe narzędzie dla załóg ambulansów.  Cechy unikatowe  Transport pacjenta bez żadnych ograniczeń  • Rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach  • Lekka wytrzymała aluminiowa konstrukcja  • Profile o przekroju okrągłym – najwyższa odporność na uszkodzenia w każdym kierunku  • Obciążenie dopuszczalne krzesełka 180 kg  • Tylne koła o średnicy 17,5 cm ułatwiające prowadzenie krzesełka na wszystkich rodzajach podłoża  • Przednie koła skrętne z hamulcami zabezpieczającymi przed toczeniem  • Górny uchwyt regulowany w 3 pozycjach  Bezpieczeństwo i ergonomia  • Dobra widoczność krzesełka zagwarantowana dzięki pomarańczowej farbie proszkowej pokrywającej ramę  • Ergonomiczne mechanizmy kontrolne krzesełka obsługiwane jedną ręką – brak możliwości zranienia operatora  • Pasy zabezpieczające pacjenta  • Przednie uchwyty - opcja  • Zintegrowane z ramą tylne uchwyty – eliminacja elementów narażonych na potencjalne uszkodzenie  Komfort i wygoda  • Siedzisko i oparcie z możliwością demontażu wykonane z mocnego miękkiego winylu, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję  • Rama krzesełka pełniąca role podparcia nóg pacjenta  Specyfikacja techniczna  • Wykonane z aluminium, odporne na korozję i na działanie płynów dezynfekujących  • Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach  • Wyposażone w górny uchwyt teleskopowo regulowany w 3 pozycjach  • Wyposażone w demontowalne siedzisko  • Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego winylu, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję  • Składane, z blokadą przypadkowego złożenia w trakcie przenoszenia pacjenta  • Wyposażone w 4 kółka transportowe z czego 2 przednie obrotowe o 360°  • Średnica tylnych kółek 175 mm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu,  • Średnica kół przednich 75 mm  • Hamulce na przednich kółkach  • Wyposażone w 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie  • Wymiary krzesełka złożonego: 114 cm wysokość, 55 cm szerokość, głębokość po złożeniu 23 cm  • Waga ok 14,5 kg  • Dopuszczalne obciążenie180 kg  • Wysuwane rączki przednie do przenoszenia pacjenta | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 8) SYSTEM UNIERUCHOMIENIA PEDIATRYCZNEGO** | | | | |
| 1. | System unieruchomienia pediatrycznego z pasami mocującymi umożliwiającymi regulację. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Przeznaczony dla wieku od 2 do 10 lat. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | System zapewnia unieruchomienie kręgosłupa w trakcie transportu dziecka. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | System regulowany umożliwiający precyzyjne dostosowanie do wymaganych rozmiarów. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Regulacja podpórki pod głowę. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Uchwyty do łatwego przenoszenia w ciasnych miejscach. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Torba transportowa | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Wymagania techniczne: | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Długość: max 120 cm | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Szerokość: max 20 cm | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Waga systemu do 3 kg | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 12. | Wykonany z materiału łatwego do dezynfekcji. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | Posiada układ mocowania do ramy noszy w karetce. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 14. | Produkt fabrycznie nowy nie poekspozycyjny, rok produkcji minimum 2024 | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 9) SSAK** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Ssak przenośny z regulacją siły ssania w zakresie od 0 do 80kPa. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Przepływ minimum 20l/min. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Płynna regulacja siły ssania (podciśnienia). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Zasilanie akumulatorowe, akumulatory bez efektu pamięci. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Czas pracy z akumulatora przy pełnym obciążeniu min. 40 minut, wskaźnik naładowania akumulatora. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Ładowarka akumulatorów. Rezygnacja z wymogu posiadania przez ssak ładowarki akumulatorów, pod warunkiem dostarczenia zasilacza 230V AC. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Możliwość zasilania i ładowania akumulatorów z instalacji 12V DC i 230V AC. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Manometr podciśnienia. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Słój wielokrotnego użytku o pojemności min. 0,9 l do 1,2 l z zaworem przelewowym i filtrem antybakteryjnym oraz wymiennym pojemnikiem z pokrywą 1x użytku. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Waga gotowego do użycia max 5,6 kg. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 12. | Uchwyt ścienny karetkowy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | W komplecie aparatem: pojemnik wielorazowego użytku - 1 szt. oraz pojemnik lub wkład jednorazowego użytku - 2 szt. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 14. | Wbudowany uchwyt do przenoszenia. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 15. | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą, karta gwarancyjna, folder z opisem parametrów urządzenia oraz instrukcja obsługi w języku polskim – przekazane wraz z dostawą ambulansu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 10) ZESTAW SZYN UNIERUCHAMIAJĄCYCH** | | | | |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Wykonane z materiału termoizolacyjnego, nadającego się do prania, mocowane na rzepy, z materiałem usztywniającym wykonanym z szyny aluminiowej, w skład zestawu wchodzi 5 n/w szyn:  - Szyna unieruchamiająca kończynę dolną – 1 szt.  - Szyna unieruchamiająca przedramię – 1 szt.  - Szyna unieruchamiająca nadgarstek – 1 szt.  - Szyna unieruchamiająca ramię – 1 szt.  - Szyna unieruchamiająca łokieć/kostka – 1 szt. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Torba, pokrowiec na całość – 1 szt. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą, karta gwarancyjna – przekazane wraz z dostawą ambulansu. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 11) RESPIRATOR TRANSPORTOWY** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
|  | *wymagania podstawowe* | |  | |
| 1. | Respirator fabrycznie nowy, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Respirator transportowy z wbudowaną turbiną umożliwiającą wentylację od 21% O2 (respirator nie używa tlenu na własną pracę). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Urządzenie w zwartej i wytrzymałej obudowie, z możliwością zawieszenia na ramie łóżka, noszy lub na wózku medycznym, z uchwytem do przenoszenia w ręku | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Urządzenie wyposażone w torbę ochronną wykonaną z materiału typu PLAN zapobiegającemu dostaniu się zanieczyszczeń lub wody do przestrzeni urządzenia, umożliwiający swobodny dostęp do wszystkich funkcji. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Przednia część torby ochronnej wykonana z przeźroczystego materiału, umożliwiającego swobodne odczytanie wszystkich parametrów wyświetlanych na monitorze, bez potrzeby jej otwierania. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Zestaw składa się z respiratora transportowego z turbiną, przewód tlenowy umożliwiający podłączenie respiratora do zewnętrznego niskociśnieniowego źródła tlenu, kieszeni na akcesoria, maski nr 5, przewodu pacjenta, płuca testowego, min. 1 filtra powietrza | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Zasilanie respiratora transportowego – w zestawie zasilacz 230V wraz z niezbędnym okablowaniem | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Ładowanie baterii od 0 do min 95 % w czasie do 2,5 godziny | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Pojemność akumulatora min 4,5 Ah | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Czas pracy na baterii min 8 godzin IPPV zgodnie z ERC | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Min IP 54 | | spełnia/nie spełnia\* | |
|  | *Parametry techniczne* | |  | |
| 12. | Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | Waga respiratora max 2,1 kg +/- 5% | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 14. | Zasilanie w tlen o ciśnieniu min od 0,3 do 6,0 bar przy maksymalnie 15 l/min STPD | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 15. | Wentylacja 21-100 % O2 | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 16. | Możliwość pracy w temperaturze min -20 - + 50˚C | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 17. | Możliwość przechowywania w temperaturze min -40 - +70˚C | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 18. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą ustawień parametrów oddechowych w postaci potwierdzenia wyboru parametru po jego ustawieniu | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 19. | Rozpoczęcie natychmiastowej wentylacji w trybach ratunkowych za pomocą przycisków umieszczonych na panelu głównym | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 20. | Ustawienie parametrów oddechowych na podstawie wzrostu i płci pacjenta | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 21. | Wbudowany czytnik kart pamięci wraz z kartą o pojemności min. 2 GB celem zapisywania monitorowanych parametrów i zdarzeń z możliwością późniejszej analizy | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 22. | Autotest, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora każdorazowo po włączeniu urządzenia | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 23. | Wbudowany czytnik kart pamięci wraz z kartą o pojemności min 2 GB do zapisywania monitorowanych parametrów oraz zdarzeń z możliwością późniejszej analizy | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 24. | Ręczne wyzwalanie oddechów w trybie RKO bezpośrednio przy masce do wentylacji | | spełnia/nie spełnia\* | |
|  | *Tryb wentylacji* | |  | |
| 25. | IPPV | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 26. | Manualny – tryb CPR | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 27. | CPAP | | spełnia/nie spełnia\* | |
|  | *Parametry regulowane* | |  | |
| 28. | Częstotliwość oddechowa regulowana w zakresie min. 5-40 oddechów/min | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 29. | Objętość oddechowa regulowana w zakresie min 50 – 2000 ml | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 30. | Ciśnienie PEEP regulowane w zakresie min od 0 do 20 cm H2O | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 31. | Ciśnienie maksymalne w drogach oddechowych regulowane w zakresie min od 10-60 mbar | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 32. | Czas wdechu min od 0,5 do 4s | | spełnia/nie spełnia\* | |
|  | *Obrazowanie parametrów* | |  | |
| 33. | Ciśnienie PEEP | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 34. | Maksymalne ciśnienie wdechowe | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 35. | Objętość oddechowa | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 36. | Objętość minutowa | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 37. | Częstość oddechowa, | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 38. | Stężenie O2 | | spełnia/nie spełnia\* | |
|  | *Prezentacja graficzna* | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 39. | Zintegrowany kolorowy wyświetlacz TFT o przekątnej min. 4,3 cali do prezentacji parametrów nastawnych oraz manometru | | spełnia/nie spełnia\* | |
|  | *Alarmy* | |  | |
| 40. | Bezdechu | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 41. | Nieszczelności układu | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 42. | Wysokiego/niskiego poziomu ciśnienia w drogach oddechowych | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 43. | Rozładowanego akumulatora/braku zasilania | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 44. | Alarmy dźwiękowe, wizualne oraz komunikaty informujące o rodzaju alarmu wyświetlane na ekranie w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
|  | *W zestawie* | |  | |
| 45. | Respirator transportowy z turbiną, przewód tlenowy umożliwiający podłączenie respiratora do zewnętrznego niskociśnieniowego źródła tlenu, maski do wentylacji dla dorosłego i niemowlęcia, przewody pacjenta (dla dorosłego i niemowlęcia), płuco testowe (dla dorosłego i niemowlęcia), min. 1 filtr powietrza, zasilacz 230V z niezbędnym okablowaniem, ładowarka. Respirator transportowy powinien być turbinowy, niewymagający sprężonego tlenu do swojej pracy, z uwagi na rolę symulatora medycznego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 46. | Respirator umieszczony w pokrowcu/ torbie ochronnej wykonanej z kieszeniami na akcesoria z materiału zapobiegającego dostanie się zanieczyszczeń lub wody do przestrzeni urządzenia. Możliwość swobodnego dostęp do wszystkich funkcji bez konieczności wyjmowania z pokrowca/ torby ochronnej | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 47. | Przednia część pokrowca/ torby ochronnej wykonana z przeźroczystego materiału, co umożliwia swobodne odczytanie wszystkich parametrów wyświetlanych na monitorze, bez potrzeby jej otwierania | | spełnia/nie spełnia\* | |
|  | *Inne wymagania* | |  | |
| 48. | Instrukcja obsługi urządzeń w języku polskim wraz z dostawą | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 49. | Deklaracja zgodności, folder z parametrami technicznymi -załączyć | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 50. | Okres gwarancji min 24 miesięcy | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 12) DEFIBRYLATOR** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Defibrylator fabrycznie nowy, rok produkcji minimum 2024. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Aparat przenośny z torbą transportową, testerem wyładowań, defibrylator kompaktowy, przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym.   * Nie dopuszcza się urządzeń modułowych w rozumieniu, że ekran, łyżki do defibrylacji, panel sterowania, moduły pomiarowe oraz inne komponenty muszą stanowić integralną, nierozłączną część urządzenia, zapewniającą ich fizyczne połączenie w jedną konstrukcję. * Wszelkie funkcjonalności urządzenia muszą być dostępne w ramach jednolitej konstrukcji, bez możliwości rozłączania elementów takich jak wyświetlacz czy panel sterowania. * Moduły pomiarowe, takie jak np. pomiar ciśnienia, saturacji, kapnografii, mogą być zintegrowane z urządzeniem, ale nie mogą być odrębnie odpinane lub wymagać osobnej konfiguracji w celu działania urządzenia jako całości. * Rok produkcji minimum 2024 r. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą za ładowarki zewnętrznej 12V – 230V minimum dwustanowiskowej | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J (podać ………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 6. | Ciężar samego defibrylatora ze wszystkimi opcjami, z rolką papieru i akumulatorami bez akcesoriów i torby max 11 kg (podać ………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia z potwierdzeniem poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Norma IP min. IP44 | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | W trybie AED podstawowy zakres wyboru energii w J min.150J-360J; możliwość pracy w trybie AED przynajmniej od 9 r.ż pacjenta wzwyż bez ograniczeń (podać ………………)   * Dopuszczalne rozwiązanie alternatywne: od 50 J do 200 J przy zastosowaniu kondensatorów generujących wyższe napięcie oraz zakresie pomiaru impedancji od 15 Ω do 600 Ω. * Rozwiązanie alternatywne musi zapewniać równoważny efekt kliniczny, zgodnie z najnowszymi wytycznymi oraz wynikami badań wskazującymi na porównywalną skuteczność obydwu protokołów defibrylacji. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 12. | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 360 J.  W przypadku rozwiązań alternatywnych wymagane jest zachowanie pełnej zgodności klinicznej z wymaganym efektem terapeutycznym. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 14. | Dostępne poziomy energii zewnętrznej min. 24 | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 15. | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 16. | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 17. | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji i możliwością drukowania wyników:   * Łyżki twarde muszą być wyposażone w przycisk umożliwiający:   + zmianę energii defibrylacji,   + uruchomienie wydruku w dowolnym momencie,   + drukowanie wyników defibrylacji na żądanie. * Łyżki twarde muszą być mocowane bezpośrednio w obudowie urządzenia. * Zamawiający dopuszcza również automatyczny wydruk po każdej defibrylacji, obejmujący dane pacjenta, parametry życiowe oraz krzywą EKG, niezależnie od rodzaju zastosowanych łyżek, pod warunkiem spełnienia powyższych wymagań. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 18. | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych (opisać………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 19. | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 20. | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę (podać ………………………..)  Dopuszczalne rozwiązanie alternatywne: od 30 do 150 impulsów/min.  Alternatywny zakres musi zapewniać pełną funkcjonalność oraz skuteczność terapeutyczną w ramach elektroterapii. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 21. | Regulacja prądu stymulacji min. 0-180 mA (podać ………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 22. | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG. W zestawie kabel do 3/4 i 12-sto odprowadzeniowego EKG Zamawiający dopuszcza także defibrylator o parametrach: Odczyt EKG:   * Defibrylator musi umożliwiać odczyt 3- i 12-odprowadzeniowego EKG. * Odczyt odbywa się z wykorzystaniem 4-żyłowego kabla dla odprowadzeń kończynowych oraz 6-żyłowego kabla dla odprowadzeń przedsercowych. * Każdy defibrylator musi być wyposażony w po 2 sztuki kabli 4-żyłowych i 6-żyłowych | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 23. | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 24. | Alarmy częstości akcji serca | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 25. | Zakres pomiaru akcji serca min. od 20-300 u/min (podać ………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 26. | Zakres wzmocnienia sygnału EKG:   * Podstawowy zakres: od 0,5x do 4x cm/mV, z minimum 8 rozmiarami zapisu EKG. * Dopuszczalne rozwiązanie alternatywne: poziomy wzmocnienia 0,25x, 0,5x, 1x, 2x oraz tryb automatyczny, który dostosowuje wielkość krzywej EKG tak, aby zapis o największej amplitudzie zajmował 50% miejsca dostępnego na ekranie.   (podać ………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 27. | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 28. | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. (podać ………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 29. | Wydruk EKG na papierze o szerokości min. 100 mm (w zestawie 10 sztuk papieru) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 30. | Wydruk trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 31. | Moduł pomiaru SpO2 w technologii Masimo w zakresie 50-100% z czujnikiem wielorazowym typu klips dla dorosłych | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 32. | Moduł pomiaru temperatury, Dokładność czujnika przynajmniej ±0,1°C, pomiar wyświetlany w przedziale min od 25° do 45°C (podać ………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 33. | Moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 34. | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracją bez udziału użytkownika. (podać ………………………..) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 35. | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 36. | Zestawy do pomiaru EtCO2 dla pacjentów intubowanych:   * Zestawy muszą umożliwiać pomiar EtCO2 z zakresem pomiaru minimum od 0 do 99 mmHg. * Wymaganie podstawowe: Minimum 25 jednorazowych linii pomiarowych dla pacjentów intubowanych. * Dopuszczalne rozwiązanie alternatywne: Zamiast jednorazowych linii pomiarowych Zamawiający dopuszcza urządzenie wyposażone w moduł pomiarowy EtCO2, które wykorzystuje jednorazowe adaptery do zamocowania sensora pomiarowego. W zestawie musi być dostarczone minimum 30 jednorazowych adapterów | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 37. | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany; nie dopuszcza się sprzętu demo oraz urządzeń modułowych; rok produkcji 2024 | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 38. | Dedykowana usztywniana torba transportowa z min 2 kieszeniami na akcesoria, przykręcana do obudowy defibrylatora | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 39. | Urządzenie gotowe do użycia bez dodatkowych inwestycji przez zamawiającego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 40. | Gwarancja na 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 41. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 13) POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Praca ze strzykawkami o pojemnościach od 5 ml do 60 ml | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Duży wyświetlacz graficzny prezentujący szybkość dozowania, objętość, dawkę, rozmiar strzykawki, nazwę leku, stan zasilania oraz ciśnienie infuzji | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Zapis historii infuzji i przegląd rejestru bez konieczności przerywania pracy urządzenia. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Możliwość zapamiętania minimum 60 nazw leków | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Wizualna i akustyczna sygnalizacja stanów alarmowych | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Bolus automatyczny i manualny | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Zasilanie akumulatorowo-sieciowe | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Montaż pompy infuzyjnej w zabudowie ambulansu, bez żadnych dodatkowych kosztów dla zamawiającego. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Produkt fabrycznie nowy, wyprodukowany minimum w 2024 r. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Gwarancja na 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 14) SKANER WIZUALIZACJI NACZYŃ KRWIONOŚNYCH** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Skaner naczyń krwionośnych do wyświetlania mapy naczyń krwionośnych bezpośrednio na skórze umożliwiający szybkie zlokalizowanie naczyń żylnych na potrzeby wkłuć oraz kaniulacji | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Wyświetlanie mapy naczyń żylnych w czasie rzeczywistym, wraz z wyświetlaniem poziomu głębokości żyły, nie wymaga kontaktu ze skórą. Skanowanie bezinwazyjne. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Statyw jezdny z wysięgnikiem typu „gęsia szyja” lub inna możliwość regulacji, kompatybilny ze skanerem | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Skaner prosty w użyciu - natychmiastowa gotowość użycia (po włączeniu urządzenia) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Możliwość przenoszenia | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Tryb odwrócenie obrazu żył | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Możliwość wyboru koloru projekcji (minimum 4) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Regulacja jasności obrazu (minimum 3 poziomy) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Możliwość wyboru rodzaju trybu zdjęć (minimum 2) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Instrukcja w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | Zasilanie baterią litowo-jonową | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 14. | Marker do oznaczania żył | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 15. | Pokrowiec na urządzenie | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 16. | Urządzenie gotowe do użycia bez dodatkowych zakupów | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 17. | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany minimum w 2024 r. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 15) URZĄDZENIE DO KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Automatyczne urządzenie do kompresji klatki piersiowej w trakcie resuscytacji, fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2024 | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Działanie urządzenia w pełni elektryczne. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Akumulator ładowany ze źródła napięcia przemiennego 230 V~/50Hz (2 szt) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Zasilanie 12 V DC (ze ściany karetki) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Zasilacz 230V AC - 1 szt. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Ładowarka wewnątrz urządzenia - ładowanie urządzenia bez otwierania / wyjmowania go z plecaka/torby wraz z widocznym wskaźnikiem stanu naładowania baterii. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora 60 min. oraz dodatkowo w warunkach stacjonarnych bez ograniczeń | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Aktywna relaksacja klatki piersiowej za pomocą ssawki:   * Wymagana funkcjonalność aktywnej dekompresji klatki piersiowej (relaksacji) za pomocą ssawki. * Zamawiający informuje, że urządzenie będzie stosowane wyłącznie na fantomach, a zatem wymóg ten pozostaje niezmieniony, niezależnie od przedstawionych badań. * Aktywna dekompresja“ klatki piersiowej powinna być opisana w instrukcji obsługi | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | Parametry techniczne:   * cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja, * częstotliwość ucisków: 100 ±5 ucisków na minutę, * głębokość ucisku: 4 do 5 cm | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 14. | Mechanizm zabezpieczający przy zastosowaniu mechanicznej kompresji przed urazami i pogłębianiem już istniejących. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 15. | Urządzenie w torbie przenośnej lub plecaku. Torba lub plecak wykonane z materiału przeznaczonego do dezynfekcji, wyposażone w szelki do przenoszenia na plecach oraz uchwyt umożliwiający transport urządzenia w ręce. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 16. | Deska pod plecy, podkładka stabilizująca pod głowę. Zamawiający dopuszcza urządzenie, które z racji na swoją konstrukcję nie ma podkładki stabilizującej głowę. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 17. | Pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 18. | Waga kompletnego urządzenia wraz z akcesoriami i torbą lub plecakiem maksimum 12 kg | | spełnia/nie spełnia\* | |
| ~~19.~~ | ~~Głębokość uciśnięć klatki piersiowej regulowana w czasie rzeczywistym, w całym zakresie, w trakcie pracy, bez wstrzymywania urządzenia lub brak takiej funkcji~~ | | ~~spełnia/nie spełnia\*~~ | |
| 20. | Podłączenie zasilania umożliwiające ładowanie urządzenia umieszczonego w torbie lub plecaku. Minimum 2 wielorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z ciałem, 2 sztuki akumulatorów | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 21. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 22. | Oprogramowanie:   * Oprogramowanie dostarczone wraz z urządzeniem musi być dołączone na zasadach niewyłącznej, bezterminowej licencji, obejmującej pola eksploatacji niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania sprzętu zgodnie z jego przeznaczeniem. * Zamawiający nie dopuszcza dostawy licencji ograniczonych czasowo. * Wykonawca zobowiązuje się do niewypowiadania udzielonych licencji na korzystanie z oprogramowania. W przypadku niewywiązania się przez Wykonawcę z tego zobowiązania, niezależnie od przyczyn, Wykonawca ponosi odpowiedzialność zgodnie z zapisami umowy. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 16) WIDEOLARYNGOSKOP Z ZESTAWEM JEDNORAZOWYCH ŁYŻEK** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany minimum w 2024 r. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Wyświetlacz kolorowy, antyrefleksyjny i przeciwsmugowy odporny na wielokrotne czyszczenie i zużycie podczas normalnego użytkowania. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Funkcja nagrywania oraz zapisywania obrazu w pamięci wewnętrznej . | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Ekran wyświetlacza umieszczony w rękojeści. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Wodoodporny. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Zasilanie bateryjne. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Minimalny czas pracy urządzenia na zasilaniu własnym 3 godz. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim (wersja papierowa). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 10. | Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski lub umowa z autoryzowanym serwisem o świadczeniu usług | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 11. | Walizka/torba do przechowywania i transportu | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 12. | Laryngoskop gotowy do użytku bez dodatkowych inwestycji ze strony zamawiającego | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 13. | Zestaw minimum 10 kompatybilnych łyżek jednorazowych w różnych rozmiarach w zależności od wieku lub 2 komplety łyżek wielorazowych wykonanych z materiału odpornego na mycie oraz dezynfekcję. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 14. | Zamawiający dopuszcza wideolaryngoskop UED-A o parametrach:   * Wyświetlacz dotykowy (błyszcząca matryca) o przekątnej 3” i rozdzielczości HD 720x480px, * Funkcja bezprzewodowego udostępniania obrazu na inny ekran, * Wodoodporność zgodnie z IPX3 dla wyświetlacza oraz IPX7 dla toru wizyjnego, * Bateria litowo-jonowa 3,7V 2250mAh, pod warunkiem spełnienia pozostałych wymagań. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 17) SZYNA WYCIĄGOWA DLA DOROSŁYCH (1 szt.)** | | | | |
| 1. | Aluminiowa rama | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Możliwość dopasowania do długości szyny do kończyny pacjenta długość maksymalna 137cm, długość minimalna 81cm | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Zestaw pasów unieruchamiających kończynę | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | System wyciągowy z możliwością blokowania | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Pokrowiec z rączką do przenoszenia w zestawie | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | W zestawie torba transportowa | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji minimum 2024 r. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 18) KAMIZELKA KENDRICKA** | | | | |
| 1. | Możliwość unieruchomienia szyi, głowy oraz kręgosłupa. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Po założeniu kamizelka przylega do ciała, zapewnia swobodny dostęp do klatki piersiowej | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Przepuszczalna dla promieni X | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 4. | Możliwość założenia również u dzieci i kobiet w ciąży | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 5. | Wykonana z materiału łatwo zmywalnego, możliwość dezynfekcji | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 7. | Parametry techniczne:   * wymiary 78 x 82 cm (+/- w każdym wymiarze 2 cm) Zamawiający dopuszcza alternatywnie kamizelkę KED o wymiarach 85 x 83 cm przy spełnieniu pozostałych parametrów. * waga do 3,8 kg * obciążenie dopuszczalne 230 kg (+/- 5 kg) | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 8. | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji minimum 2024 r. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 9. | Instrukcja w języku polskim | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 19) PRZENOŚNY KAPNOMETR** | | | | |
| Producent/Firma: (Podać) ………………………………………………………………………..……………………..  Urządzenie typ/model: (Podać) …………………………………………………………………………..……………..  Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………….…………………………..  Adres zakładu serwisowego: (Podać) …………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. | | Urządzenie wielokrotnego użytku z wymiennymi jednorazowymi złączkami  oddechowymi | | spełnia/nie spełnia\* |
| 2. | | Zakres pomiarowy:  EtCO2 - 0-99 mmHg  Częstotliwość oddechu 3-150 odd/min  Wyświetlana krzywa pletyzmograficzna (krzywa CO2).  Przycisk wyciszenia alarmu  Predefiniowane alarmy bezdechu, niskiego i wysokiego poziomu EtCO2.  Kapnometr wyposażony w funkcję autotestu. | | spełnia/nie spełnia\* |
| 3. | | Możliwość podłączenia pomiędzy rurką intubacyjną, rurką krtaniową lub maską  twarzową, a workiem resuscytacyjnym lub przewodem pacjenta dowolnego  respiratora | | spełnia/nie spełnia\* |
| 4. | | Wyświetlacz numeryczny LED. | | spełnia/nie spełnia\* |
| 5. | | Wskaźnik/wyświetlacz częstości oddechów | | spełnia/nie spełnia\* |
| 6. | | Wskaźnik stanu rozładowania baterii. | | spełnia/nie spełnia\* |
| 7. | | Wyświetlacz z możliwością pracy w warunkach nocnych. | | spełnia/nie spełnia\* |
| 8. | | Alarmy przekroczenia progów wysokiego i niskiego poziomu EtCO2. | | spełnia/nie spełnia\* |
| 9. | | Zasilanie: na baterie. | | spełnia/nie spełnia\* |
| 10. | | W zestawie: kapnometr, etui, baterie, wymienne jednorazowe złączki oddechowe (50  sztuk), | | spełnia/nie spełnia\* |
| 11. | | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji minimum w 2024 r. | | spełnia/nie spełnia\* |
| **XV. 20) MATERIAŁY RATOWNICZE I OCHRONNE** | | | | |
| 1. | Dwa trójkąty ostrzegawcze. | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 2. | Reflektor punktowy (szperacz akumulatorowy z ładowarką, z możliwością wyniesienia na zewnątrz, elastyczny przewód minimum 3 m). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| 3. | Gaśnice sztuk 2 (norma EN 3-7 lub równoważna). | | spełnia/nie spełnia\* | |
| **XV. 21) ZESTAW SPRZĘTU ORAZ OPROGRAMOWANIA AUDIO-VIDEO (AV) NA POTRZEBY DEBRIEFINGU** | | | | |
| 1. | Dwie kamery we wnętrzu ambulansu połączone ze switchem zamontowanym w kabinie kierowcy. Dwa gniazd Ethernet na ścianie lewej połączone ze switchem w kabinie kierowcy. Mikrofon oraz głośnik w przedziale medycznym. Przewody i wyjścia wyprowadzone w miejscu na boku pojazdu zamykanym klapką. Zestaw ma być gotowy do użycia bez dodatkowych inwestycji przez zamawiającego. Ponadto wymaga się systemu oprogramowania wraz z licencją do przeprowadzania oraz analizy symulacji medycznych (debriefingu) kompatybilnego z zainstalowanym wyposażeniem.  Opisać ………………………………………………………………………………. | | spełnia/nie spełnia\* | |

Ponadto:

* Koszt przeglądów okresowych jest wliczony w cenę zamówienia, ale transport pojazdu do ASO realizuje Zamawiający.
* Dokumenty potwierdzające zgodność z normami (np. PN-EN 1789, PN-EN 1865) oraz certyfikaty dla sprzętu mają być dostarczone w momencie odbioru pojazdu, a nie wraz z ofertą.
* Zamawiający potwierdza, że zapis § 4 z załącznika nr 5 do SWZ – projektowane postanowienia umowy dotyczy oprogramowania dołączonego do wszelkiego sprzętu objętego przedmiotem zamówienia, w tym również oprogramowania sprzętu medycznego wchodzącego w skład wyposażenia ambulansu, o ile takie oprogramowanie jest dostarczone wraz ze sprzętem   
  i niezbędne do jego prawidłowego funkcjonowania.