**ZADANIE NR 1-** Zestaw, w którego skład wchodzi :

1. Spirometr,
2. Ergospirometr,
3. Sprzęt do treningu rowerowego w tym fotel do ćwiczeń mięśnia czworogłowego

**Formularz parametrów technicznych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Skład zestawu:**   1. **Spirometr** 2. **Ergospirometr** 3. **Sprzęt do treningu rowerowego w tym fotel do ćwiczeń mięśnia czworogłowego** | |
| 1. **Spirometr** | |
| **Producent (marka) *………………………………* (Należy podać)**  **Model *……………………………………* (Należy podać)**  **Numer katalogowy *………………………………………* Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia *…………………………………………* Należy podać)**  Urządzenie fabrycznie nowe. | |
| WYMAGANIA OGÓLNE | |
|  |  |
|  | Konfiguracja aparatu umożliwia przeprowadzenie takich badań jak:   * Spirometria (spokojna, natężona, MVV), * Siła mięśni wdechowych * Siła mięśni wydechowych * Próby rozkurczowe |
|  | Wszystkie powyższe moduły stanowią jeden zestaw pomiarowy, obsługiwany z jednego komputera. |
|  | Oferowany system musi być wyposażony w niezbędne akcesoria do wykonywania wszystkich pomiarów wymienionych w punkcie 2. |
|  | Oprogramowanie medyczne zainstalowane na stacji roboczej o parametrach: system operacyjny Windows 10 lub nowszy. Wyposażenie stacji roboczej musi umożliwiać podłączenie wszystkich komponentów zestawu do badań i pracę systemu zgodnie z przeznaczeniem i parametrami specyfikacji technicznej |
|  | Oprogramowanie bazy danych umożliwia dokonywanie automatycznych kopii zapasowych każdego dnia. |
|  | Podgrzewana głowica pneumotachograficzna bez konieczności wymiany po każdym pacjencie współpracująca z filtrami bakteryjno-wirusowymi. |
|  | Opór głowicy pomiarowej mierzony przy przepływie 10l/s jest ≤0,05 kPa/(l/s) |
|  | Zakres pomiaru przepływu, 0 do ± 20 L/s |
|  | Rozdzielczość pomiaru przepływu 1 μl/s |
|  | Zakres pomiaru objętości, ±20L |
|  | Rozdzielczość pomiaru objętości 1 μl |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia w ustach, ± 20 kPa |
|  | Rozdzielczość pomiaru ciśnienia w ustach, 0,001 Pa |
|  | Spirometr wymagający codziennej kalibracji objętości zgodnie z zaleceniami ATS ERS. |
|  | Oprogramowanie spirometryczne w pełni zgodne ze standaryzacją badań spirometrycznych ATS/ERS\_2019 |
|  | W ramach standardowego wyposażenia dostarczona zostanie 3L pompa kalibracyjna. |
|  | Program spirometryczny wyposażony w graficzne wskaźniki informujące operatora o spełnieniu kryteriów zakończenia manewru:  **Zgodnie ze standaryzacją z 2005 roku**   * Czas wydechu (>3 lub >6 sekund) w zależności od wieku pacjenta * Ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml)   **Zgodnie ze standaryzacją z 2019 roku**   * Czas wydechu monitorowany do 15 s. * Ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml) * Ocena przydatności i poprawności wykonania manewrów   W zależności od preferencji operator może zmienić system monitorowania jakości badania |
|  | Program spirometryczny wyposażony w podpowiedzi tekstowe informujące operatora jaką instrukcję i w którym momencie przekazać pacjentowi. |
|  | minimum 8 różnych animacji wspomagających wykonanie badania |
|  | Oprogramowanie spirometryczne umożliwia uwzględnienie pozycji, w jakiej jest wykonane badanie:   * stojąca * siedząca   leżąca |
|  | Szablony do automatycznego opisu badania umożliwiają, w sposób automatyczny za pomocą makr wstawianie zmierzonych parametrów do opisu. |
|  | Możliwość konfiguracji własnych raportów użytkownika |
|  | Możliwość umieszczenia w raportach z badania takich parametrów jak:   * Percentyl   Odchylenie standardowe |
|  | Możliwość wydrukowania raportu na drukarce podłączonej do komputera oraz generowanie go w formie elektronicznej w formatach PDF, TIF, JPG, RTF |
|  | Możliwość wyboru modułu wartości należnych, niezależnie dla każdego badania |
|  | Oferowany aparat wyposażony jest w oprogramowanie umożliwiające użytkownikowi samodzielnie wprowadzać nowe formuły wartości należnych oraz zmieniać istniejące. |
|  | Laptop oraz monitor 50cali |
| 1. **Ergospirometr** | |
| **Producent (marka) *………………………………* (Należy podać)**  **Model *……………………………………* (Należy podać)**  **Numer katalogowy *………………………………………* Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia *…………………………………………* Należy podać)**  Urządzenie fabrycznie nowe. | |
| WYMAGANIA OGÓLNE | |
|  | System do sercowo-płucnych, spiroergometrycznych testów wysiłkowych zawierający:   * ergo-spirometr, * moduł do 12-kanałowej, wysiłkowej, rejestracji EKG, * Ergometr rowerowy * Bieżnia wysiłkowa * zestaw komputerowy z dwoma monitorami do jednoczesnej prezentacji danych metablicznych oraz EKG   kolorowa drukarka laserowa, |
|  | Konfiguracja aparatu umożliwia przeprowadzenie takich badań jak:   * Spirometria (spokojna, natężona, MVV), * Ergospirometria * Kardiologiczna próba wysiłkowa   Próby rozkurczowe |
|  | Moduł do 12-kanałowej rejestracji EKG posiadający jedną wspólną bazę danych razem z systemem ergospirometrycznym |
|  | Oprogramowanie medyczne zainstalowane na stacji roboczej o parametrach: system operacyjny Windows 10 Pro 64-bit lub nowszy, dysk SSD. Wyposażenie stacji roboczej musi umożliwiać podłączenie wszystkich komponentów zestawu do badań i pracę systemu zgodnie z przeznaczeniem i parametrami specyfikacji technicznej |
|  | Drukarka laserowa, kolorowa, format A4 |
| PARAMETRY SYSTEMU SPIROERGOMETRYCZNEGO | |
|  | Analiza gazów oddechowych |
|  | Prezentacja cyklu oddechowego podczas testu w czasie rzeczywistym |
|  | Wyznaczane parametry spiroergometryczne podczas testu:nie mniej niż: HR, BF, TV, VE, VO2, VCO2, VO2/kg, VCO2/kg, VO2 peak, RER, VE/VO2, VE/VCO2, PETO2, PETCO2, PACO2, VO2/HR, FIO2, FEO2, FICO2, FECO2, METS. |
|  | Możliwość automatycznego wyznaczania nachyleń nie mniej niż   * V’O2/Load * V‘E/V’CO2 * V‘O2/(Log(V‘E)) * HR/V‘O2   V‘E/V‘O2 |
|  | Możliwość odwołania się podczas próby ergospirometrycznej do spirometrii natężonej wykonanej przed ergospiormetrią, z możliwością oceny parametrów EILV oraz EELV |
|  | Możliwość oceny cyklicznej fluktuacji wentylacji minutowej (VE) - EOV z oceną parametrów takich jak:  Total oscillatory time, Total oscillatory time %, Total oscillatory time (exercise), Total oscillatory time (exercise) %. |
|  | Możliwość przeprowadzenia pełnej spirometrii z uwzględnieniem:   * Spirometria spokojna SCV * Spirometria natężona FVC * Spiormetria MVV   Próba rozkurczowa Pre/Post |
|  | Program spirometryczny wyposażony w graficzne wskaźniki informujące operatora o spełnieniu kryteriów zakończenia manewru:  **Zgodnie ze standaryzacją z 2005 roku**   * Czas wydechu (>3 lub >6 sekund) w zależności od wieku pacjenta * Ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml)   **Zgodnie ze standaryzacją z 2019 roku**   * Czas wydechu monitorowany do 15 s. * Ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml) * Ocena przydatności i poprawności wykonania manewrów   W zależności od preferencji operator może zmienić system monitorowania jakości badania |
|  | Cyfrowa turbina optyczna wielorazowego użytku o oporach poniżej 0,1kPa/l/s przy przepływie 15l/s. |
|  | Aparat wyposażony w automatyczną stację do kalibracji gazu, która nie wymaga ręcznej pompy kalibracyjnej. |
|  | Aparat wyposażony w automatyczną stację do kalibracji objętości. |
|  | Codzienna kalibracja objętości zgodnie z zaleceniami ATS ERS |
|  | Analizator O2 z czujnikiem elektrochemiczny |
|  | Czas narastania analizatora O2 (T10-90) po filtracji 75 ms |
|  | Zakres pomiaru O2 od 0 do 100 % |
|  | Dokładność pomiaru O2 ≤ 0,05 % obj. |
|  | Analizator tlenu o czasie życia min. 24 miesiące |
|  | Możliwość wymiany analizatora tlenu przez użytkownika, bez konieczności korzystania ze specjalistycznych narzędzi. |
|  | Rozdzielczość pomiaru O2 ≤ 0,01% obj. |
|  | Analizator CO2 wykorzystujący zjawisko absorpcji podczerwieni. |
|  | Zakres pomiaru CO2 min 15 %, lub lepsza.  Lepsza oznacza szerszy zakres. |
|  | Dokładność pomiaru CO2 ≤ 0,05 % obj. |
|  | Czas narastania analizatora CO2 (T10-90) 75 ms |
|  | Rozdzielczość pomiaru CO2 0,01% obj. |
|  | Przestrzeń martwa głowicy pomiarowej (bez maski) max 30 ml |
|  | Zakres pomiaru objętości od 0 do minimum 10 l |
|  | Rozdzielczość pomiaru objętości ≤ 3 ml |
|  | Zakres pomiaru przepływu od 0 do min 15 l/ |
|  | Zakres pomiaru wentylacji przynajmniej od 0 do min. 300 l/min |
|  | Możliwość wprowadzania pomiarów gazometrycznych do badania spiroergometrycznego. |
|  | Możliwość wyznaczania trzech progów wentylacyjnych (VT1, VT2 i VT3) |
|  | Wyznaczanie progów wentylacyjnych metodami:   1. V-slope 2. Na podstawie RER 3. EqO2 w czasie   Ręcznie |
|  | Algorytm interpretacji testu spiroergometrycznego według Eschenbachera i Mannina. |
|  | Oprogramowanie umożliwia prezentację klasycznych 9 paneli Wasserman-a w układzie zgodnym z:   1. Układ Wassermana z 2009 roku 2. Układ Wassermana z 2012 roku   Własna modyfikacja operatora |
|  | System umożliwia wybór protokołu obciążenia na podstawie zmierzonych wartości spirometrycznych. |
|  | Możliwość predefiniowania i stosowania własnych ekranów prezentacji danych wykorzystywanych podczas badania jak również wykonywania analizy. |
|  | Automatyczne wyznaczanie wartości regresyjnych, co najmniej współczynnika nachylenia zależności: VO2/moc (moc tlenowa), VE/VCO2, VE/VO2, VO2/HR (puls tlenowy), V’O2(Log (V’E)) - OUES |
|  | Możliwość prezentacji wykresów bez uśrednienia lub w formie uśrednionej z uśrednianiem czasowych oraz według liczby oddechów. |
|  | Dostępny zestaw standardowych i możliwość tworzenia nowych protokołów badań wysiłkowych dla bieżni ruchomej i cykloergometru, w tym narastających liniowo i progresywnych schodkowych o nieregularnym czasie trwania i zmiennych przyrostach obciążenia. |
|  | Zestaw standardowych i możliwość tworzenia własnych raportów badania |
|  | Możliwość wydrukowania raportu na drukarce oraz generowanie go w formie elektronicznej w formatach PDF, TIF, JPG, RTF |
|  | Moduł 12-kanałowej rejestracji EKG. |
|  | Częstotliwość próbkowania sygnału EKG przynajmniej 500 Hz |
|  | Zapamiętywanie i możliwość przeglądu całego, 12 –kanałowego zapisu EKG po zakończeniu badania (full disclousure) z możliwością analizy retrospektywnej. |
| ERGOMETR ROWEROWY- sztuk 1 | |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)**  **Model *………………………………………………* (Należy podać)**  **Numer katalogowy *………………………………….* Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**  Urządzenie fabrycznie nowe. | |
|  | Zakres obciążeń ergometru od 20-999W |
|  | Dokładność zadawanych obciążeń zgodna z normą DIN VDE 0750-238 |
|  | Max. Waga użytkownika 120 kg |
|  | Możliwość korzystania z ergometru również niezależnie od współpracy z ergospirometrem |
|  | Możliwość zaprogramowania treningów – min.5 programów. |
|  | Regulacja wysokości i kąta nachylenia kierownicy. |
| BIEŻNIA RUCHOMA- sztuk 1 | |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)**  **Model *………………………………………………* (Należy podać)**  **Numer katalogowy *………………………………….* Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**  Urządzenie fabrycznie nowe. | |
|  | Długość pasa bieżni max 150 cm |
|  | Szerokość pasa bieżni max 50 cm |
|  | Prędkość przesuwu pasa ruchomego od 0 do min. 20 km/h |
|  | Regulowane nachylenie bieżni w zakresie przynajmniej od 0 do min. 20% |
|  | Zasilanie prądem jednofazowym 220V, 50Hz. |
|  | Kompatybilność z oferowanym systemem do sercowo-płucnych, spiroergometrycznych testów wysiłkowych z modułem EKG. |
| 1. **Sprzęt do treningu rowerowego w tym fotel do ćwiczeń mięśnia czworogłowego** | |
| Ergometry rowerowe – 2 szt. | |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)**  **Model *………………………………………………* (Należy podać)**  **Numer katalogowy *………………………………….* Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**  Urządzenie fabrycznie nowe. | |
|  | Zakres obciążeń ergometru 20-999W |
|  | Dokładność zadawanych obciążeń zgodna z normą DIN VDE 0750-238 |
|  | Max. waga użytkownika 120 kg |
|  | Możliwość korzystania z ergometru również niezależnie od współpracy z ergospirometrem |
|  | Możliwość zaprogramowania treningów – min 5 programów. |
|  | Regulacja wysokości i kąta nachylenia kierownicy. |
|  | Ergometr kompatybilny z ergospirometrem opisanym w punkcie **„B”** |
| Ergometr cyklometryczny kończyn górnych i dolnych z oporem wodnym ("wioślarz") 2 szt. | |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)**  **Model *………………………………………………* (Należy podać)**  **Numer katalogowy *………………………………….* Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**  Urządzenie fabrycznie nowe. | |
|  | Regulacja oporu  Komory na wodę |
|  | Możliwość ćwiczeń kończyn górnych i dolnych |
|  | Obrotowe siedzisko z oparciem pod plecy  Obrotowa regulacja pozycji ramienia |
|  | Możliwość ćwiczenia kończyn górnych w pozycji stojącej |
|  | Monitor wyświetlający:  - tętno  - prędkość  - kalorie  - ilość obrotów  - dystans  - poziom obciążenia  - czas |
| Fotel do ćwiczeń oporowych – 1 szt. | |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)**  **Model *………………………………………………* (Należy podać)**  **Numer katalogowy *………………………………….* Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**  Urządzenie fabrycznie nowe. | |
|  | Długość maksymalnie 170 cm lub mniej |
|  | Szerokość 120 cm lub mniej |
|  | Wysokość 170 cm lub mniej |
|  | Zakres regulacji oparcia 85°-180°, lub więcej |
|  | Zakres regulacji podpór pod kończyny dolne 0° - 90° |
|  | Waga fotela poniżej 90 kg |
|  | Maksymalne obciążenie 150 kg |
|  | Laptop |
|  | Monitor 24 |
|  | Wysięgnik pod monitor i laptop |
|  | Pólka pod laptopa |
|  | Listwa zasilająca, niezbędne okablowanie |
|  | Oprogramowanie do powyższego sprzętu |

……………………………………….

Formularz niniejszy powinien być podpisany

podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

**ZADANIE NR 2 – SZYNA DO ĆWICZEŃ BIERNYCH STAWU BARKOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | | **Parametry oferowane/ podać zakresy**  **lub opisać** |
| **Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego** | | | | | |
| 1 | | Oferent / Producent | Podać |  | |
| 2 | | Nazwa i typ | Podać |  | |
| 3 | | Kraj pochodzenia | Podać |  | |
| 4 | | Rok produkcji - 2021 r. | Tak |  | |
| 5 | | Rodzaj wykonywanych ruchów: Zgięcie/wyprost  Przywiedzenie odwiedzenie  Rotacja wewnętrzna/ zewnętrzna  Odwiedzenie/przywiedzenie w płaszczyźnie horyzontalnej  Wyprost / zgięcie stawu łokciowego | Tak |  | |
| 6 | | regulacja oporu | Tak |  | |
| 7 | | program rozgrzewki | Tak |  | |
| 8 | | możliwość ustawienia pauzy i prędkości pracy | Tak |  | |
| 9 | | możliwość ustawienia szyny dla prawej i lewej strony. | Tak |  | |
| 10 | | pilot w języku polskim | Tak |  | |
| 11 | | Możliwość wyboru programów terapeutycznych | Tak |  | |
| 1. | Termin dostawy – od podpisania umowy | | Podać | |  |
| **WARUNKI GWARANCJI i SERWISU** | | | | | |
| 2. | Gwarancja – minimum 24 miesiące | | TAK | |  |
| 3. | SERWIS – czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki maximum 48 godzin | | TAK | |  |
| 4. | Nieodpłatne użyczenie sprzętu zastępczego ( na czas hipotetycznej naprawy ) o tożsamych lub wyższych parametrach użytkowych – celem zapewnienia ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez Zamawiającego | | TAK | |  |

……………………………………….

Formularz niniejszy powinien być podpisany

podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

**ZADANIE NR 3 – LASER SKANUJĄCY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | | **Parametry oferowane/ podać zakresy**  **lub opisać** |
| **Laser skanujący** | | | | | |
| 1 | | Oferent / Producent | Podać |  | |
| 2 | | Nazwa i typ | Podać |  | |
| 3 | | Kraj pochodzenia | Podać |  | |
| 4 | | Rok produkcji - 2021 r. | Tak |  | |
| 5 | | Zasilanie 230V, 50Hz/60 Hz | Tak |  | |
| 6 | | Emisja światła ciągła i impulsowa | Tak |  | |
| 7 | | Regulacja położenia głowicy w dwóch płaszczyznach | Tak |  | |
| 8 | | Zegar zabiegowy | Tak |  | |
| 9 | | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | Tak |  | |
| 10 | | Oprogramowanie i nazewnictwo parametrów laseroterapii w języku polskim | Tak |  | |
| 11 | | Głowica skanująca umieszczona na ramieniu, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami | Tak |  | |
| 12 | | Laser z regulacją mocy | Tak |  | |
| 13 | | Wyposażenie: stolik do aparatu, Okulary ochronne dostosowane do długości fali - 2 kpl. | Tak |  | |
| 14 | | Regulacja wysokości ramienia min 600-1500 mm | Tak |  | |
| 15 | | Automatyczne przeliczanie dawki i czasu zabiegu w zależności od wielkości pola zabiegowego | Tak |  | |
| 16 | | Możliwość tworzenia programów terapeutycznych | Tak |  | |
| 17 | | Możliwość pełnej modyfikacji parametrów zabiegu | Tak |  | |
|  | | | | | |
| 1. | Termin dostawy – | | Podać | |  |
| **WARUNKI GWARANCJI i SERWISU** | | | | | |
| 2. | Gwarancja – minimum 24 miesiące | | TAK | |  |
| 3. | SERWIS – czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki maximum 48 godzin | | TAK | |  |
| 4. | Nieodpłatne użyczenie sprzętu zastępczego ( na czas hipotetycznej naprawy ) o tożsamych lub wyższych parametrach użytkowych – celem zapewnienia ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez Zamawiającego | | TAK | |  |

……………………………………….

Formularz niniejszy powinien być podpisany

podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

**ZADANIE NR 4 – KAMIZELKA WIBRACYJNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry techniczne sprzętu**  **Kamizelka wibracyjna do oczyszczania dróg oddechowych** | | |
|  | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać zakresy**  **lub opisać** |
| Oferent / Producent | Podać |  | |
| Nazwa i typ | Podać |  | |
| Kraj pochodzenia | Podać |  | |
| Rok produkcji - 2021 r | Tak |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **OPIS** |  |  |
| Przenośna kamizelka wibracyjna, cechująca się mobilnością (możliwość zasilania akumulatorowego oraz przewodowego i wykonania zabiegu w dowolnym miejscu). Kamizelka do oczyszczania górnych dróg oddechowych oraz oskrzeli z zalegających wydzielin. | | | | |
| **WARUNKI DOSTAWY** | | | | |
| 1. | Termin dostawy – | | TAK |  |
| **WARUNKI GWARANCJI i SERWISU** | | | | |
| 2. | Gwarancja – minimum 24 miesiące | | TAK |  |
| 3. | SERWIS – czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki maximum 48 godzin | | TAK |  |

……………………………………….

Formularz niniejszy powinien być podpisany

podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.