Załącznik nr 5.1.2 do SWZ

**WYMAGANIA CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**DOTYCZĄCE WYPOSAŻENIA AMBULANSU W WYROBY MEDYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis wymaganych minimalnych warunków oraz wymaganych parametrów techniczno-użytkowych** | **Oświadczam spełnienie warunku** **TAK/NIE\*** | **Wymogi co****do parametrów które ma wskazać****Wykonawca w kolumnie nr 5** | **Parametry oferowane**(np. waga urządzenia 4 kg)***Wykonawca uzupełnia jeżeli wymagają tego informacje w kolumnie Uwagi*** | **Podać nazwę i nr strony dokumentu potwierdzającego spełnienie wymagań**(np. instrukcja użytkowania str. 42)***dotyczy tylko pól oznaczonych kolorem białym*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1.** | **NOSZE GŁÓWNE****producent…………………..………****marka……………………………….****model……………………………….**  |
| 1. nosze wykonane z lekkiego materiału odpornego na korozję (stopu aluminium, włókna węglowego);
 | TAK/NIE\* | Podać materiał, z którego wykonane są nosze |  |  |
| 1. rama noszy wykonana z profili o przekroju dającym podwyższoną wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. waga noszy maksymalnie 23 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać wagę noszy |  |  |
| 1. ładowność minimum 150 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać ładowność noszy w kg |  |  |
| 1. nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. płynna regulacja nachylenia oparcia pod plecami, regulowane co najmniej do 85 stopni;
 | TAK/NIE\* | Podać kąt nachylenia oparcia |  |  |
| 1. możliwość wprowadzenia noszy na transporter przodem i tyłem do kierunku jazdy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. cienki, niesprężynujący materac anatomiczny z tworzywa sztucznego, umożliwiający ustawienie wszystkich pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, odporny na środki dezynfekujące, nieabsorbujący krwi i płynów;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. poduszka anatomiczna;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. składane poręcze boczne;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. wysuwane, teleskopowe rączki z przodu i z tyłu noszy do przenoszenia;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. składane poręcze boczne;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. wysuwane, teleskopowe rączki z przodu i z tyłu noszy do przenoszenia;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. przystosowane do prowadzenia reanimacji;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. komplet pasów zabezpieczających – pasy szelkowe i pasy poprzeczne mocowane bezpośrednio do ramy noszy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zgodne z normą PN-EN 1865-1+A1.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **2.** | **TRANSPORTER NOSZY** **producent……………………….** **marka……………….…………….** **model………………….………….** |
| 1. transporter wykonany z materiału odpornego na korozję;
 | TAK/NIE\* | Podać rodzaj materiału. |  |  |
| 1. system niezależnego składania się przednich i tylnych goleni transportera w momencie załadunku do pojazdu sanitarnego i rozładunku pozwalający na wprowadzenie zestawu transportowego do pojazdu sanitarnego przez 1 osobę, minimalizujący ryzyko urazów operatora noszy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. możliwość prowadzenia bokiem przez jedną osobę z dowolnej strony noszy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. szybki i łatwy system bezpiecznego połączenia z noszami;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. regulacja wysokości na minimum 5 poziomach wysokości;
 | TAK/NIE\* | Podać ilość poziomów regulacji wysokości |  |  |
| 1. transporter wyposażony w 4 kółka o średnicy 15-20 cm, umożliwiające prowadzenie noszy po różnych rodzajach podłoży, wszystkie kółka obrotowe w zakresie 360 stopni, dwa koła wyposażone w hamulce;
 | TAK/NIE\* | Podać średnicę kół w cm |  |  |
| 1. możliwość blokowania kół – jazda na wprost, jazda bokiem lub koła skrętne;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. możliwość prowadzenia noszy bokiem przez jedna osobę;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. możliwość ustawienia pozycji drenażowych – Trendelenburga i Fowlera;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. możliwość złożenia do minimalnego poziomu wysokości poprzez zwolnienie dedykowanych blokad, bez konieczności wykonywania dodatkowych czynności;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. wszystkie powierzchnie zabezpieczone przed korozją, czynnikami atmosferyczne i środkami czyszczącymi i dezynfekcyjnymi;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. elementy odblaskowe ułatwiające lokalizację transportera podczas słabej widoczności;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. waga transportera do 28 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg |  |  |
| 1. obciążenie dopuszczalne co najmniej 249 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalne dopuszczalne obciążenie w kg |  |  |
| 1. zgodny z normą PN-EN 1865-1+A1;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. mocowanie transportera do lawety zgodne z normą PN-EN 1789: 2021-02.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **3.** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE:** **producent……………………….** **marka……………….…………****model…………………………** |
| 1. składane, z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem w trakcie transportu;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. co najmniej 3 pasy bezpieczeństwa;
 | TAK/NIE\* | Podać ilość pasów |  |  |
| 1. elastyczne pokrycie z miękkiego tworzywa sztucznego, umożliwiające szybki demontaż/montaż do mycia i dezynfekcji;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. 2 małe kółka przednie oraz 2 duże kółka tylne;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. wysuwane przednie uchwyty z regulacją ich wysokości co najmniej na 2 poziomach;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. składane lub uchylne rączki tylne;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. waga maksymalnie 15 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać wagę maksymalną w kg |  |  |
| 1. maksymalne obciążenie co najmniej 150 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać max obciążenie w kg. |  |  |
| 1. zgodne z normą PN EN 1865-1+A1.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **4.** | **NOSZE PODBIERAJĄCE:** **producent……………………….** **marka……………….……………** **model…………………………….** |
| 1. Nosze przeznaczone ewakuacji i transportu osób z podejrzeniem urazów kręgosłupa, miednicy i urazów wielonarządowych;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. możliwości zastosowania - podebranie, podniesienie i przełożenie poszkodowanego na nosze główne lub deskę ortopedyczną przez min. 2 osoby
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. wykonane z lekkich stopów lub tworzywa sztucznego;
 | TAK/NIE\* | Podać materiał |  |  |
| 1. maksymalna waga 11 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać wagę noszy |  |  |
| 1. wykonane z materiału umożliwiającego łatwe czyszczenie i dezynfekcję;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. odporne na korozję, czynniki atmosferyczne oraz na środki czyszczące i dezynfekcyjne;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. maksymalny udźwig co najmniej 150 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalny udźwig. |  |  |
| 1. regulowana długość umożliwiająca dopasowanie długości do wzrostu pacjenta;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. minimalne wymiary rozłożonych noszy wys./szer./głęb. (mm) - 2010 x 400 x 60;
 | TAK/NIE\* | Podać wymiary noszy. |  |  |
| 1. możliwość złożenia noszy do transportu w pojeździe;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zamki spinające dwie części podbieraków umieszczone po zewnętrznej stronie ramy noszy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zgodne z normą PN-EN 1865-1+A1.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **5.** | **NOSZE MIĘKKIE TYPU PŁACHTOWEGO:** **producent……………………….** **marka……………….…………..** **model……………………………**  |
| 1. wykonane z tworzywa sztucznego, ze stabilnej i wytrzymałej mechanicznie miękkiej tkaniny, pokrytej polichlorkiem winylu o wysokich parametrach wytrzymałościowych na rozciąganie i rozrywanie;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. tkanina wzmacniana na brzegach taśmą;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. odporne na płyny fizjologiczne i innego rodzaju ciecze;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. łatwe w czyszczeniu, dezynfekcji i myciu;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. maksymalna długość co najmniej 1850mm;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalną długość w mm |  |  |
| 1. maksymalna szerokość co najmniej 740 mm (z uchwytami do przenoszenia min. 6 uchwytów wykonanych z taśmy, ze specjalnymi wzmocnieniami i gumowymi rączkami );
 | TAK/NIE\* | Podać szerokość i ilość uchwytów |  |  |
| 1. obciążenie maksymalne minimum 150 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalne obciążenie |  |  |
| 1. waga maksymalna 5 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalną wagę |  |  |
| 1. przepuszczalne dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. torba transportowa;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zgodne z normą PN-EN 1865-1+A1.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **6.** | **NOSZE EWAKUACYJNE TYPU SKED:** **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Nosze rolowane, ewakuacyjno-transportowe
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zastosowanie:
	* ewakuacja z ciasnych i wąskich przestrzeni;
	* ewakuacja z wody;
	* transport wysokościowy w pozycji horyzontalnej i pionowej;
	* ewakuacja przy użyciu śmigłowca;
	* transport przez 1 osobę.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Konfiguracja:
	* nosze
	* zawiesia do transportu wysokościowego;
	* taśma do ciągnięcia noszy na duże odległości;
	* dodatkowe uchwyty transportowe do przenoszenia;
	* system pływający;
	* kamizelka unieruchamiająca lub materac próżniowy;
	* zestaw lin do stabilizacji (antyrotacyjne);
	* plecak transportowy na zestaw.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Konstrukcja:
* materiał – elastyczne tworzywo sztuczne, dopasowujące się do pacjenta;
* wbudowane uchwyty do przenoszenia;
* pasy zabezpieczające;
* otwory konstrukcyjne do mocowania osprzętu dodatkowego (pływaki, dodatkowe rączki itp.).
* możliwość transportu i przechowywania noszy zwiniętych w rulon;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Możliwość poziomego nasunięcia pacjenta na nosze.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. System bezpieczeństwa zapewniający niezatapialność zestawu oraz bezpieczeństwo osób znajdujących się w wodzie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. System umożliwiający pływanie noszy z pacjentem zawsze w pozycji w której głowa i część klatki piersiowej jest ponad powierzchnią wody z taśmami do holowania oraz dopinanym balastem.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Możliwość zastosowania zestawu do koszy ratowniczych siatkowych.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Maksymalne obciążenie noszy 200 kg przy transporcie pionowym i poziomym.
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalne obciążenie noszy. |  |  |
| 1. Waga noszy maksymalnie 9 kg.
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalną wagę noszy. |  |  |
| **7.** | **MATERAC PRÓŻNIOWY PODCIŚNIENIOWY DLA DOROSŁYCH:** **producent………………….………………** **marka……………………………………….** **model……………………………………….**  |
| 1. Materac wyposażony w system pasów spinających;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wykonany z tworzywa sztucznego, ze wzmacnianą dopinaną podłogą zabezpieczająca przed rozszczelnieniem, powleczony z obu stron powłoka PCV;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Polimerowe wypełnienie;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Szybkie czyszczenie i dezynfekcja, nie przyjmujący płynów fizjologicznych, odporny na środki czystości i dezynfekcyjne;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Z uchwytami rozmieszczonymi na obwodzie materaca służącymi do przenoszenia (min. 8 uchwytów);
 | TAK/NIE\* | Podać ilość uchwytów |  |  |
| 1. Zawór regulujący ciśnienie;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Lekka pompa aluminiowa;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Pompa musi zmniejszyć ciśnienie o 500 hpa w maksymalnie 4 minuty;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Praca w przedziale temperatur co najmniej od -20 o C do +70o C;
 | TAK/NIE\* | Podać przedział temperatur pracy |  |  |
| 1. Przenikalny dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Maksymalna waga 7,5 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalną wagę |  |  |
| 1. Wymiary: długość co najmniej 2000 mm., szerokość co najmniej 800mm;
 | TAK/NIE\* | Podać długość oraz szerokość |  |  |
| 1. Maksymalny udźwig co najmniej 150 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalny udźwig |  |  |
| 1. Zestaw naprawczy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Torba transportowa;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 1865-1+A1.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **8.** | **ZESTAW SZYN PRÓŻNIOWY** **producent………………….………………****marka……………………………………….****model……………………………………….** |
| 1. Zestaw szyn próżniowych do unieruchomienia uszkodzonej części ciała w pożądanej pozycji w celu udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Unieruchomienie: rąk, kolan, nóg i kręgów szyjnych.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Produkt wielorazowego użytku wykonany z tworzywa sztucznego przystosowanego do dezynfekcji, nie absorbujący krwi, brudu, moczu i innych wydzielin.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wypełnione granulatem z tworzywa sztucznego.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Mocowanie szyn na rzepy.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Szyna na kończynę górną.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Szyna na kończynę dolną.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Szyna do unieruchomienia kręgów szyjnych.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Ręczna pompka próżniowa.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Torba transportowa.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zestaw transportowy z dodatkowym zaworem.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **9.** | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH Z UNIERUCHOMIENIEM GŁOWY I PASAMI:****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Deska ratownicza do ewakuacji i transportu pacjentów z podejrzeniem urazów kręgosłupa, miednicy i wielonarządowych
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Możliwości zastosowania:
* Przenoszenie przez min 2 osoby;
* Ewakuacja z pojazdów i wąskich przestrzeni;
* Ewakuacja w pozycji pionowej;
* Transport w noszach – koszu ratowniczym;
* Transport na noszach w środkach ewakuacji medycznej.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Konstrukcja:
* Materiał – gładkie tworzywo sztuczne, wypełnione pianką, odporne na smary, nie wchłaniająca płynów, łatwa w utrzymaniu czystości;
* Minimum 10 uchwytów (otworów) do przenoszenia, rozmieszczonych na obwodzie deski, zdystansowanych od podłoża;
* Wbudowane trzpienie – min 5 po każdej stronie deski do mocowania pasów zabezpieczających;
* Przystosowana do montażu unieruchomienia i stabilizacji głowy.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. W zestawie:
* deska ortopedyczna;
* stabilizator klockowy głowy;
* system pasów zabezpieczających.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Przenikalna dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Waga maksymalnie 8 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalną wagę. |  |  |
| 1. Wymiary:
* długość w zakresie 1830 - 1980 mm;
* szerokość w zakresie 400 mm – 500 mm;
 | TAK/NIE\* | Podać wymiary w mm |  |  |
| 1. Maksymalny udźwig co najmniej 175 kg;
 |  | Podać maksymalny udźwig |  |  |
| 1. Pasy zabezpieczające do deski ortopedycznej:
* konstrukcja pasa – dwuczęściowa;
* możliwość regulacji długości;
* zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza;
* mocowanie pasa do deski za pomocą metalowych, obrotowych karabińczyków;
* kodowanie pasów kolorami;
* minimum 4 szt. pasów w zestawie;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. System unieruchomienia głowy w konfiguracji:
* podkładka pod głowę z paskami mocującymi do mocowania w otworach montażowych deski ortopedycznej;
* min. 4 uchwyty do pasków mocujących, po każdej stronie podkładki pod głowę;
* 2 demontowalne klocki do stabilizacji bocznej głowy z otworami usznymi;
* paski mocujące głowę;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zgodna z normą PN-EN 1865-1+A1.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **10.** | **DESKA ORTOPEDYCZNA PEDIATRYCZNA:** **producent………………….………………** **marka………………………………………..** **model…………………………………………**  |
| 1. Deska do stabilizacji poszkodowanego, przeznaczona specjalnie dla dzieci;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalnego, nienasiąkliwa, przystosowana do dezynfekcji;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Przepuszczalna dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wyposażona we wbudowane unieruchomienie głowy, kodowane kolorem pasy zabezpieczające i co najmniej 4 uchwyty do przenoszenia;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wbudowane uchwyty do mocowania na noszach;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Dopuszczalne obciążenie minimum 40 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać minimalne obciążenie |  |  |
| 1. Waga deski maksymalnie 4 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalną wagę deski |  |  |
| 1. Pokrowiec ochronny transportowy.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **11.** | **SSAK ELEKTRYCZNY AKUMULATOROWY PRZENOŚNY** **producent………………….………………** **marka.……………….……………………** **model…………………….………………**  |
| 1. Przepływ bez obciążenia co najmniej 25 litrów/min.;
 | TAK/NIE\* | Podać przepływ minimalny bez obciążenia |  |  |
| 1. Siła ssania regulowana co najmniej w zakresie od 5 do 75 kPa;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji siły ssania |  |  |
| 1. Słój wielorazowego użytku o pojemności min. 1 l, przystosowany do dezynfekcji w płynach;
 | TAK/NIE\* | Podać pojemność słoja |  |  |
| 1. Zawór zabezpieczający przed przepełnieniem słoja;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do słoja wielorazowego z przejściówką;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Filtr zabezpieczający przed zanieczyszczeniem pompy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wąż ssący silikonowy z zaworkiem;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Temperatura pracy co najmniej w zakresie od 0 do 45 °C,
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury |  |  |
| 1. Poziom hałasu maksymalnie 70 dB;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalny poziom hałasu |  |  |
| 1. Wymiary nie większe niż: 400 x 150 x 350mm;
 | TAK/NIE\* | Podać wymiary |  |  |
| 1. Waga nie większa niż 5,5 kg (z pełnym wyposażeniem);
 | TAK/NIE\* | Podać wagę urządzenia z pełnym wyposażeniem w kg |  |  |
| 1. Wbudowany uchwyt do przenoszenia;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Ładowarka z mocowaniem na ścianie pojazdu;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wbudowany akumulator, czas pracy na akumulatorze co najmniej 45 minut;
 | TAK/NIE\* | Podać czas pracy na akumulatorze w minutach |  |  |
| 1. Wskaźnik poziomu naładowania akumulatora;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Ssak wraz z płytą ścienną musi być zgodny z normą PN-EN 1789 w zakresie bezpiecznego mocowania w przedziale medycznym, uchwyt naścienny w komplecie;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Możliwość zasilania i ładowania z instalacji 12V DC i 230 V AC;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Urządzenie zgodne z normą PN-EN ISO 10079-1
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **12.** | **PRZENOŚNE URZĄDZENIE DO ODSYSANIA (SSAK RĘCZNY):****producent………………….………………** **marka……………………………………….** **model…………………………………………**  |
| 1. Minimalna siła ssania 350mmHg;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wydajność ssaka co najmniej 15 l/min;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Urządzenie wielokrotnego użytku;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Giętki cewnik działający również przy załamaniu;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wyposażony w filtr, zabezpieczający przed ewentualnymi zakażeniami grypą, HIV/AIDS, TB, Hepatitis i SARS.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **13.** | **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY Z KARDIOWERSJĄ** **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. WYMAGANIA OGÓLNE
 |
| 1. Defibrylator przenośny posiadający funkcję defibrylacji w trybie automatycznym i ręcznym, kardiowersji, nieinwazyjnej stymulacji oraz monitorowania EKG i czynności życiowych.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Praca w trybie:
* AED;
* ręcznym;
* dostęp do zapisanych informacji;
* zmiany ustawień i konfiguracji;
* serwisowania – testy diagnostyczne i kalibracja;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Waga aparatu z kompletem akumulatorów/baterii zasilających oraz papierem w drukarce do 10 kg.
 | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg z kompletem akumulatorów/ baterii zasilających oraz papierem w drukarce |  |  |
| 1. Komplet wyposażenia i akcesoriów niezbędnych do pracy defibrylatora oraz użycia w przypadku osoby dorosłej. Zakres akcesoriów i wyposażenia musi być dostosowany do przewidywanego (opisanego w wymaganiach) sposobu użycia.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. DEFIBRYLACJA
 |
| 1. Dwufazowa fala defibrylacji.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Defibrylacja ręczna i półautomatyczna.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Protokół AED zgodny z aktualnymi wytycznymi ERC/AHA.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wbudowany metronom.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Energia defibrylacji trybu ręcznego w zakresie, co najmniej od 2 J do 200 J.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres energii defibrylacji trybu ręcznego w J |  |  |
| 1. Minimum 20 poziomów energii defibrylacji.
 | TAK/NIE\* | Podać ilość poziomów energii defibrylacji |  |  |
| 1. Czas ładowania do energii maksymalnej do 10 sekund, gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym.
 | TAK/NIE\* | Podać czas ładowania do energii maksymalnej |  |  |
| 1. Automatyczna kompensacja impedancji ciała pacjenta.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wyświetlanie energii wyładowania zadanego lub wydruk protokołu defibrylacji z informacją o energii wyładowania zadanego i dostarczonego.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Łyżki standardowe oraz elektrody do stymulacji / defibrylacji / EKG w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wykrywanie odłączenia łyżek.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Kardiowersja synchroniczna.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Dodatkowe niezbędne wyposażenie w komplecie, w tym żel do elektrod 2 opakowania, co najmniej 100 g.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. STYMULACJA ZEWNĘTRZNA
 |
| 1. Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Tryby stymulacji: sztywny i „na żądanie”.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Tempo stymulacji w zakresie, co najmniej od 40 do 150 imp./min.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres tempa stymulacji w imp/min |  |  |
| 1. Prąd stymulacji w zakresie, co najmniej od 0 do 140 mA.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres prądu stymulacji w mA |  |  |
| 1. Dodatkowe niezbędne wyposażenie w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. MONITOROWANIE EKG
 |
| 1. Monitorowanie co najmniej 3, 6 (lub 5) i 12 odprowadzeń EKG za pomocą odpowiedniego przewodu. Automatyczne wykrywanie przewodu. Odpowiednie przewody na wyposażeniu.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Analiza i interpretacja danych 12-odprowadzeniowego EKG.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wyświetlanie częstości akcji serca w zakresie co najmniej od 30 do 300 uderzeń/min.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres wyświetlania częstości akcji serca w uderzeniach/min |  |  |
| 1. Dokładność wyświetlania częstości akcji serca co najmniej ± 4% lub ± 3 uderzeń/minutę.
 | TAK/NIE\* | Podać dokładność wyświetlania częstości w % lub w uderzeniach/min |  |  |
| 1. Prędkość przesuwu: 25 lub 50 mm/sek.
 | TAK/NIE\* | Podać prędkość przesuwu w mm/sek |  |  |
| 1. Dodatkowe niezbędne wyposażenie w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. PULSOKSYMETRIA
 |
| 1. Pomiar SpO2 w technologii odpornej na zakłócenia.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Pomiar SpO2 w zakresie co najmniej od 50 do 100%.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres SpO2 w % |  |  |
| 1. Dokładność pomiaru SpO2 co najmniej ±3 cyfry w zakresie od 70 do 100%.
 | TAK/NIE\* | Podać dokładność pomiaru |  |  |
| 1. Zakres częstości tętna co najmniej od 25 do 240 uderzeń na minutę.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres częstości tętna w ud./minutę |  |  |
| 1. Czujnik wielorazowy typu klips na palec dla dorosłych do monitorowania SpO2 w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Dodatkowe niezbędne wyposażenie w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. KAPNOMETRIA
 |
| 1. Monitorowanie etCO2, możliwość monitorowania pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Pomiar EtCO2 w zakresie co najmniej od 0 do 99 mmHg.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru EtCO2 w mmHg |  |  |
| 1. Pomiar respiracji w zakresie co najmniej od 5 do 80 oddechów/minutę.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru respiracji w oddechach/ minutę |  |  |
| 1. Dokładność pomiaru respiracji co najmniej ±3 oddechy/minutę.
 | TAK/NIE\* | Podać dokładność pomiaru respiracji |  |  |
| 1. Dodatkowe niezbędne wyposażenie w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. CIŚNIENIE NIEINWAZYJNE
 |
| 1. Pomiar ciśnienia w zakresie co najmniej od 30 do 250 mmHg.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru ciśnienia w mmHg |  |  |
| 1. Dokładność pomiaru ciśnienia co najmniej ±5 mmHg.
 | TAK/NIE\* | Podać dokładność pomiaru ciśnienia |  |  |
| 1. Tryb pomiarów:
* manualny;
* automatyczny w interwałach w zakresie od 2 do 60 minut.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wyświetlanie: ciśnienie skurczowe, rozkurczowe i średnie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zabezpieczenie mankietu przed przepompowaniem.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Mankiet wielorazowy dla dorosłych w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. WYŚWIETLACZ
 |
| 1. Ekran kolorowy o przekątnej co najmniej 6,5 cala.
 | TAK/NIE\* | Podać przekątną wyświetlacza w calach |  |  |
| 1. Rozdzielczość co najmniej 640 x 480 punktów, wysoki kontrast.
 | TAK/NIE\* | Podać rozdzielczość wyświetlacza |  |  |
| 1. Wyświetlanie co najmniej 3 krzywych.
 | TAK/NIE\* | Podać ilość wyświetlanych krzywych |  |  |
| 1. DRUKARKA
 |
| 1. Wbudowana drukarka termiczna.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Wydruk na papierze o szerokości od 80 do 106 mm.
 | TAK/NIE\* | Podać szerokość papieru |  |  |
| 1. Papier 10 rolek w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. ALARMY
 |
| 1. Alarm bezdechu.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Alarm zakresu częstości akcji serca.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Alarm VF/VT.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Możliwość ustawienia głośności oraz odłączenia i szybkiego włączenia alarmów.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. ZARZĄDZANIE DANYMI I KOMUNIKACJA
 |
| 1. Pamięć, wewnętrzna lub wymienna, z możliwością zapisywania monitorowanych parametrów, zdarzeń, trendów oraz danych pacjenta. Pamięć o pojemności co najmniej 2 GB lub umożliwiająca zapisanie co najmniej 360 minut ciągłego monitorowania EKG lub 400 pojedynczych zdarzeń z krzywymi.
 | TAK/NIE\* | Podać rozmiar pamięci |  |  |
| 1. Przesyłanie danych za pomocą połączeń przewodowych lub bezprzewodowych m.in. do komputera PC.
 | TAK/NIE\* | Podać sposoby przesyłania danych do komputera PC |  |  |
| 1. Oprogramowanie do komputera PC do przeglądania i archiwizacji zapisu wszystkich danych dołączone do defibrylatora.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Moduł połączenia bezprzewodowego typu BLUETOOTH lub WiFi lub GSM.
 | TAK/NIE\* | Podać typ połączenia bezprzewodowego |  |  |
| 1. Teletransmisja danych w czasie rzeczywistym lub FAX lub e-mail.
 | TAK/NIE\* | Podać rodzaj teletransmisji danych |  |  |
| 1. WARUNKI ŚRODOWISKOWE EKSPLOATACJI
 |
| 1. Temperatura pracy w zakresie co najmniej od 0 st. C do 45 st. C.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury pracy w st. C |  |  |
| 1. Temperatura przechowywania w zakresie co najmniej od -20 st. C do +50 st. C
 | TAK/NIE\* | Podać zakres przechowywania w st. C |  |  |
| 1. Praca przy wilgotności bez kondensacji w zakresie co najmniej od 15% do 95%.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres wilgotności w % |  |  |
| 1. Stopień ochrony co najmniej IP44 zgodnie z normą IEC60529.
 | TAK/NIE\* | Podać stopień ochrony zgodnie z normą IEC60529 |  |  |
| 1. Odporność na wibracje, wstrząsy, upadek i udarowość zgodnie z odpowiednią regulacją: EN-1789, IEC 60601-1, IEC 60068-2, MIL-STD-810E lub nowszą.
 | TAK/NIE\* | Podać, z którymi regulacjami dotyczącymi odporności na wibracje, wstrząsy, upadek i udarowość produkt jest zgodny |  |  |
| 1. Zgodność urządzenia z normą EN 1789 z możliwością bezpiecznego montażu w pojeździe sanitarnym za pomocą mocowania naściennego. Uchwyt naścienny zgodny z normą EN 1789 w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. ZASILANIE
 |
| 1. Zasilanie akumulatorowe/ bateryjne (wielokrotnego ładowania).
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Akumulatory/baterie litowo-jonowe bez efektu pamięci.

W zestawie co najmniej dwa komplety akumulatorów/ baterii. | TAK/NIE\* | Podać ilość kompletów akumulatorów/ baterii |  |  |
| 1. Czas pracy przy całkowicie naładowanym 1 kpl. akumulatorów/baterii minimum 340 minut ciągłego monitorowania lub 200 defibrylacji.
 | TAK/NIE\* | Podać czas pracy akumulatorów/ baterii w minutach lub ilościach defibrylacji |  |  |
| 1. Ładowanie akumulatora/baterii napięciem 220-240V AC i 12V DC. Zasilacz integralny lub zewnętrzny moduł w komplecie. Wszystkie niezbędne przewody w komplecie.
 | TAK/NIE\* | Podać typ zasilacza |  |  |
| 1. Czas ładowania akumulatora/baterii do pełnej pojemności maksymalnie 7 godzin.
 | TAK/NIE\* | Podać czas ładowania akumulatorów/ baterii |  |  |
| 1. Wyświetlanie stanu naładowania akumulatora / baterii wraz z pozostałym czasem działania urządzenia oraz wskaźnik i komunikat niskiego poziomu naładowania baterii i komunikat konieczności wymiany baterii. Dopuszczalne jest rozwiązanie: wyświetlanie stanu naładowania akumulatorów/baterii oraz wskaźnik i komunikat niskiego poziomu naładowania baterii i komunikat konieczności wymiany baterii.
 | TAK/NIE\* | Podać sposób powiadamiania o poziomie na naładowania oraz niskim poziomie naładowania baterii |  |  |
| 1. Krótki czas wymiany akumulatorów/ baterii przez użytkownika.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **14.** | **RESPIRATOR TRANSPORTOWY****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Respirator transportowy przeznaczony do wentylacji osób poszkodowanych, wymagających właściwego zaopatrzenia medycznego.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zasilanie respiratora pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu o ciśnieniu do 6,0 bar. Dopuszcza się zasilanie elektryczne respiratora za pomocą baterii/akumulatora sterującego jego pracą. Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym minimum 6h.
 | TAK/NIE\* | Podać typ zasilania.Podać czas pracy na zasilaniu akumulatorowym jeśli dotyczy |  |  |
| 1. Zużycie gazu napędowego do 60 ml/cykl oddechowy (jeśli dotyczy).
 | TAK/NIE\* | Podać zużycie gazu napędowego w ml/cykl oddechowy |  |  |
| 1. Okres eksploatacji baterii zasilającej pracę respiratora minimum 2 lata (jeśli dotyczy).
 | TAK/NIE\* | Podać okres eksploatacji/ żywotność baterii/ akumulatora w latach pracy |  |  |
| 1. Okres eksploatacji baterii zasilającej alarmy świetlne i dźwiękowe min. 1 rok (jeśli dotyczy).

Dopuszcza się jedną baterię zasilającą pracę respiratora oraz zasilającą alarmy świetlne i dźwiękowe. Okres eksploatacji takiej baterii minimum 2 lata. | TAK/NIE\* | Podać zastosowane rozwiązanie i okres eksploatacji baterii |  |  |
| 1. Tryby pracy co najmniej:
* kontrolowana wentylacja mechaniczna CMV/IPPV lub równoważny;
* częściowo wspomagana wentylacja SMMV/SIMV lub równoważny;
* CPAP lub równoważny.
 | TAK/NIE\* | Podać tryby pracy |  |  |
| 1. Wentylacja 100% tlenem i Air Mix lub równoważny.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Częstość oddechów regulowana w zakresie minimum 8-40 oddechów na minutę.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres częstości oddechów/min |  |  |
| 1. Objętość oddechowa regulowana w zakresie minimum 75-1500 ml lub odpowiadająca objętość minutowa.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres objętości oddechowej lub zakres objętości minutowej |  |  |
| 1. Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa regulowana w zakresie minimum 20 – 60 cm H2O.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji zastawki |  |  |
| 1. Zastawka PEEP regulowana w zakresie minimum 0 – 20 cm H2O lub w zakresie minimum 0 mbar do 20 mbar.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji zastawki |  |  |
| 1. Detekcja oddechu spontanicznego.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Alarmy wizualne lub dźwiękowe co najmniej:
* wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych;
* niskiego ciśnienia / rozłączenia w układzie oddechowym;
* spadku ciśnienia zasilania/ rozładowania baterii.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Manometr ciśnienia w drogach oddechowych.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Budowa:
* zwarta, monoblokowa;
* odporność na wstrząsy, wibracje, upadki, uszkodzenia mechaniczne,
* elementy sterujące osłonięte przez obudowę urządzenia;

- wodoodporność - stopień ochrony co najmniej IPX 4. |  | Podać stopień ochrony |  |  |
| 1. Przewód pacjenta jednorazowego użytku.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Maska twarzowa nr 3, maska twarzowa nr 5 lub równoważne.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Przewód zasilający:
* długość minimum 150 cm;
* zakończony wtykiem szybkozłącza typu AGA.
 | TAK/NIE\* | Podać długość przewodu zasilającego |  |  |
| 1. Waga maksymalnie 4 kg.
 | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg |  |  |
| 1. Temperatura pracy w zakresie co najmniej od -5 st. C do + 50 st. C.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury pracy |  |  |
| 1. Temperatura przechowywania w zakresie co najmniej od -20 st. C do + 60 st. C.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury przechowywania |  |  |
| 1. Autotest pozwalający na sprawdzenie działania respiratora.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zgodny z normami PN-EN 60601-1, PN-EN 794-3, RTCA-DO 160.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Urządzenie zgodne z normą PN-EN 1789, z możliwością bezpiecznego montażu w pojeździe sanitarnym za pomocą mocowania naściennego, zawieszenia na ramie noszy, przenoszenia w ręku lub zawieszenia na ramieniu. Uchwyt naścienny zgodny z normą PN-EN 1789 w komplecie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **15.**  | **PRZENOŚNY ZESTAW TLENOWY do RESPIRATORA TRANSPORTOWEGO:****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………** |
| 1. Możliwość zawieszenia na ramie noszy, przenoszenia w ręku, na ramieniu lub na plecach.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Konfiguracja zestawu:
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| torba transportowa:* z materiału z typu CORDURA lub równoważnego;
* umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach;
* chowane szelki do transportu na plecach;
* kieszenie i uchwyty do mocowania akcesoriów dodatkowych;
* niezależny, wyjmowany organizer na zestaw intubacyjny;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| butla tlenowa 2 szt.:* aluminiowa o pojemności 2,0-2,7 dm3;
* możliwość napełnienia min. 400 l O2;
* możliwość pracy przy min. 200 atm;
* głowica DIN;
 | TAK/NIE\* | Podać pojemność, objętość i maksymalne ciśnienie butli |  |  |
| reduktor tlenowy:* typu AGA ze złączem umożliwiającym podłączenie do źródła zasilania o stałym ciśnieniu tlenu znajdujących się w pojeździe;
* konstrukcja umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy;
* z przepływomierzem obrotowym 0-25l/min;
* z gniazdem typu AGA;
* możliwość pracy przy min. 200 atm;
* ciśnienie zredukowane 3,5-4 bar;
* manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 5 szt. filtrów przeciwbakteryjnych: * konstrukcja mechaniczna;
* z wymiennikiem ciepła i wilgoci;
* dla HIV, hepatitis C, TBC;
* opór przepływu przy 30l/min poniżej 1,5 cm słupa H2O;
* skuteczność dla wirusów powyżej 99,99%;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| maski twarzowe silikonowe – 1 szt. nr 3 i 1 szt. nr 5 (lub równoważne); | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **16.** | **ZESTAW DO INFUZJII:****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. zestaw do infuzji musi posiadać:
* uchwyt do zestawu do infuzji;
* ogrzewacz płynów infuzyjnych z termostatem;
* pompa infuzyjna.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Układ do infuzji przeznaczony do podawania płynu ogrzanego do 37± 2°C musi posiadać:
* pasek do powieszenia na stojaku;
* czytelny wyświetlacz temperatury w stopniach °C;
* zabezpieczenie przed przegrzaniem;
* sygnalizacja wizualna informująca o awarii termostatu.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Urządzenie do infuzji pod ciśnieniem musi posiadać:
* ciśnieniowy mankiet z manometrem i gruszką do wytworzenia ciśnienia, z możliwością zwieszenia;
* odczyt poziomu płynu;
* manometr z łatwą do odczytu skalą (do 300 mmHg).
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Objętościowa pompa infuzyjna musi posiadać:
* automatyczne chwytanie i rozpoznawanie strzykawki zmniejszające błędy początkowe infuzji;
* kolorowy wyświetlacz dotykowy;
* możliwość instalacji strzykawek o różnych objętościach (2, 5, 10, 20, 30, 50 ml);
* możliwość infuzji w różnych jednostkach;
* bolus automatyczny i manualny z możliwością programowania dawki, czasu lub szybkości podaży;
* system alarmów;
* rejestr zdarzeń umożliwiający zapisanie pełnej historii infuzji;
* biblioteka leków;
* stacja dokująca z ładowarką oraz płytą do mocowania w ścianie pojazdu.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **17.** | **ZESTAW UNIERUCHAMIAJĄCY DO ZŁAMAŃ:****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Zestaw szyn metalowych typu KRAMERA do usztywniania złamań kończyn;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Szyny w rozmiarach:
* 1500x120 mm – 2 szt.
* 1200x200 mm – 1 szt.
* 1000x100 mm – 1 szt.
* 900x120 mm – 2 szt.
* 800x120 mm – 1szt.
* 800x100 mm – 1szt.
* 700x70 mm – 2szt.
* 600x70 mm – 2szt.
* 250x50 mm – 2 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. szyny w miękkim powleczeniu;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. torba do transportu szyn wyposażona w uchwyty do transportu w ręku lub na ramieniu.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **18.** | **ZESTAW UNIERUCHAMIAJĄCY GÓRNY SZYJNY ODCINEK KRĘGOSŁUPA (zestaw kołnierzy szyjnych):****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. o rozmiarze S – 1 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. o rozmiarze M – 1 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. o rozmiarze L – 1 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **19.** | **URZĄDZENIE DO EWAKUACJI (KAMIZELKA – KRÓTKIE UNIERUCHOMIENIE KRĘGOSŁUPA):**  **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. przeznaczona do ewakuacji i transportu pacjentów z podejrzeniem urazu kręgosłupa;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. unieruchomienie głowy, szyi, tułowia oraz kręgosłupa na całej jego długości;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zastosowanie w trudnodostępnych miejscach;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. swobodny dostęp do klatki piersiowej;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. konstrukcja zawierająca m. in. listwy wzmacniające, wbudowane pasy, min. 3 uchwyty transportowe;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. kodowane kolorami pasy spinające tułów, obręcz barkową i pasy biodrowe;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zachowany dostęp do klatki piersiowej przy założonej kamizelce;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. szybkie i łatwe czyszczenie oraz dezynfekcja;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. wielokrotnego użytku;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. przenikalna dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. maksymalna waga 4 kg;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. maksymalne obciążenie minimum 150kg;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. pokrowiec transportowy.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **20.** | **ZESTAW ODZIEŻY OCHRONNEJ - 2 kpl.**  **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………** |
| 1. kombinezon ochronny klasy co najmniej 3;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. ochraniacze butów;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. półmaska twarzowa wielokrotnego użytku z wymiennym filtrem FFP3;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. okulary ochronne;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. maseczka chirurgiczna 3-warstwowa.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **21.** | **WOREK SAMOROZPRĘŻALNY****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………** |
| 1. worek samorozprężalny dla dorosłych umożliwiający wentylację bierną i czynną 100% tlenem (złączka);
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. wielorazowy, możliwość sterylizacji worka (chemiczna);
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. worek wyposażony w złączkę do zaworu bezpieczeństwa, wkład ze zintegrowanym zaworem zbiornika do resuscytatora oraz ciśnieniowy zawór bezpieczeństwa automatycznie ograniczający nadmierny przepływ gazu do dróg oddechowych pacjenta (redukcja ryzyka wentylacji żołądka) przy zbyt intensywnym sprężaniu worka przez ratownika, narzucający tempo bezpiecznej wentylacji oraz posiadający wbudowany system wizualnego i akustycznego ostrzegania w przypadku prowadzenia niewłaściwej wentylacji; Dopuszczalne jest rozwiązanie równoważne w zakresie funkcji opisanych wyżej.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. rezerwuar tlenu min. 1600 ml rezerwuar (zwiększający stężenie tlenu do ok 85%);
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. przewód tlenowy nie załamujący się, o długości min. 2 m;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. maska do resuscytatora z silikonowym mankietem, rozmiar: 3 – 1 szt., rozmiar 5 – 5 szt. (lub równoważne rozmiary); przeźroczysta, której konstrukcja umożliwia swobodny obrót o 360 stopni względem osi łącznika;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. filtr przeciwbakteryjny mechaniczny – 5 szt. (filtry bakteryjne dla dorosłych dla HIV, hepatitis C, TBC bez wymiennika ciepła i wilgoci – min. 5 sztuk,  konstrukcja mechaniczna;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. objętość worka samorozprężalnego co najmniej 1500 ml.
 |  |  |  |  |
| **22.** | **APARAT DO RĘCZNEGO POMIARU CIŚNIENIA KRWI:** **producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. Ciśnieniomierz mechaniczny, ręczny, precyzyjny, lekki, trwały i prosty w obsłudze.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Przeznaczony do częstych pomiarów ciśnienia tętniczego metodą nieinwazyjną.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Kolor dominujący czarny.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Dokładność pomiaru aneroidu co najmniej +/- 3mmHg.
 | TAK/NIE\* | Podać dokładność pomiaru w mmHg |  |  |
| 1. Manometr dodatkowo chroniony pierścieniem ochronnym z tworzywa sztucznego.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zakres pomiaru: co najmniej 0-300 mmHg.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru |  |  |
| 1. Płynnie regulowany zawór spustowy obrotowy.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Mankiet ciśnieniomierza wielorazowy, posiadający oznaczenia rozmiaru oraz obwodu ramienia, zapinany na rzep.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Mankiet jednoczęściowy, zgrzewany, bez dodatkowego wewnętrznego balonu powietrznego.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. W zestawie mankiet przeznaczony dla obwodu ramienia w zakresie min. 26-34 cm.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Na mankiecie wskazane właściwe miejsce położenia tętnicy.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zgodność z normą EN-ISO 81060-1:2012.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zakres temperatury pracy: co najmniej 10-40 st. C.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury pracy |  |  |
| 1. Waga maksymalnie 200 g.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Gwarancja kalibracji min. 10 lat.
 | TAK/NIE\* | Podać długość gwarancji kalibracji |  |  |
| 1. Miękkie opakowanie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **23.** | **URZĄDZENIE DO OZNACZANIA GLUKOZY WE KRWI:** **producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. w zestawie:
* glukometr;
* nakłuwacz;
* min. 100 szt. pasków;
* min. 100 szt. lancetów;
* 1 kpl. baterii alkalicznych;
* opakowanie transportowe.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. próbka krwi 0,6-2 µl.
 | TAK/NIE\* | Podać wielkość próbki |  |  |
| 1. czas pomiaru maksymalnie 8 sek.
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalny czas pomiaru |  |  |
| 1. wyświetlacz LCD oraz obsługa za pomocą przycisków.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zakres pomiaru co najmniej 10-600mg/dl /0,6-33,3mmol/l/.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru |  |  |
| 1. funkcja automatycznego wyłączania urządzenia po maksymalnie 2 minutach bezczynności.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. waga maksymalnie 100 g z baterią.
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalną wagę z baterią |  |  |
| 1. pamięć minimum 250 pomiarów.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres pamięci |  |  |
| **24.** | **LATARKA DIAGNOSTYCZNA:****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. obudowa aluminiowa pokryta specjalnym lakierem odpornym na sterylizację.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. metalowy klips, umożliwiający przyczepienie do kieszeni.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. funkcja włączania/wyłączania realizowana poprzez umieszczony na obudowie przycisk.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zasilanie bateryjne typu AAA.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. w zestawie komplet baterii alkalicznych.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **25.** | **TERMOMETR ELEKTRONICZNY:** **producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. bezdotykowy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zakres pomiaru temperatury ciała co najmniej od 28 °C do 42 °C;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zakres pomiaru temperatury otoczenia co najmniej od 0 °C do 100 °C;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. rozdzielczość 0,1 °C;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. dokładność pomiaru temperatury ciała co najmniej ± 0,3°C;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. czas pomiaru maksymalnie 5 sekund;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. pamięć minimum 10 pomiarów;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. czytelny, podświetlany wyświetlacz LCD;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. automatyczne wyłączanie po okresie bezczynności po maksymalnie 1 minucie;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. tryb cichy, możliwość wyłączenia sygnału dźwiękowego;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. temperatura przechowywania co najmniej w zakresie -20 °C do +50°C;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. waga maksymalnie 100 g (z bateriami);
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zasilanie baterie AAA (kpl. baterii alkalicznych w zestawie).
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **26.** | **Zestaw do segregacji TRIAGE**:**producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| * 1. szybko zakładane opaski odblaskowe kodowane kolorami, umożliwiające oznaczenie stanu klinicznego osoby poszkodowanej 50 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| * 1. karty segregacyjne umożliwiające podanie najważniejszych informacji dotyczących osoby poszkodowanej, tj. stanu zdrowia, obrażeń i zakresu udzielonej pomocy, wykonane na papierze wodoodpornym, nierozrywanym, umieszczone dodatkowo w plastikowym etui ochronnym – 10 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| * 1. kamizelki odblaskowe:
* koordynator medyczny 1 szt.;
* lider segregacji medycznej 1 szt.;
* ratownik zarządzający transportem do szpitala 1 szt.;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| * 1. marker wodoodporny – 1 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| * 1. nożyczki ratownicze – 1 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| * 1. latarka czołowa – 1 szt.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| * 1. rękawiczki nitrylowe – 4 pary.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| * 1. torba transportowa.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **27.** | **Worek na zwłoki:****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. szczelny;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. zapinany na zamek błyskawiczny;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. w komplecie rękawiczki.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **28.** | **Worek na wymiociny 5 szt.:****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| Worek na wymiociny 5 szt.  | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **29.** | **Worek na mocz 1 szt. :****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. możliwość przypinania do noszy;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. pojemność co najmniej 500 ml.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **30.** | **Worek na odpady medyczne – 10 szt. :****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. kolor czerwony;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. pojemność 20 - 30 l.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **31.** | **Pojemnik na zużyte materiały ostre**:**producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. nieprzemakalny;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. odporny na przekłucia;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. posiadający specjalne wycięcie umożliwiające bezpieczne oddzielenie igły od strzykawki;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. koloru czerwonego;
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. oznaczony piktogramem z napisem „MATERIAŁ ZAKAŹNY”.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **32.** | **Rękawiczki ochronne sterylne rozmiar L 5 par**:**producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. Rękawiczki ochronne sterylne rozmiar L – 5 par.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **33.** | **Rękawiczki ochronne nitrylowe jednorazowe niesterylne:****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. Rękawiczki ochronne nitrylowe jednorazowe niesterylne rozmiar L – 100 par.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **34.** | **LATARKA CZOŁOWA:****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. Zasilanie: 3 x AAA lub akumulator (dołączona ładowarka w przypadku zasilania akumulatorowego).
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Stopień ochrony co najmniej IPX4.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Obudowa latarki wykonana z tworzywa sztucznego.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Zasięg świecenia co najmniej 50 m.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Strumień światła co najmniej 250 lumenów.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Waga maksymalna 90 g.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Dyskretne czerwone oświetlenie.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| 1. Trzy poziomy białego oświetlenia.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **35.** | **Koc flizelinowy (jednorazowy) 2 szt.:****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. Jednorazowy koc do okrycia pacjenta o wymiarach co najmniej 110 cm x 190 cm.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |
| **36.** | **Koc bawełniany 2 szt.:****producent……………………………………………..….****marka…………………………………….………………..****model………………………………………………………** |
| 1. Ciepły koc do okrycia pacjenta z hipotermią na czas transportu medycznego o wymiarach 150x180 cm.
 | TAK/NIE\* |  |  |  |

**\* skreślić niewłaściwe**

**Wypełnić pola oznaczone na biało w kolumnach 5 i 6 tj. „Parametry oferowanego urządzenia ” oraz „Podać nazwę i nr strony dokumentu potwierdzającego spełnienie wymagań”.**

**W przypadku, gdy Oferent nie poda dokładnej wartości oferowanego parametru, a jedynie zamieści odpowiedź „TAK” lub „min./max.” Zamawiający uzna, że oferowany parametr ma wartość odpowiadającą wartości określonej przez Zamawiającego w kolumnie nr 2.**

**Będąc świadomym odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne ze stanem faktycznym i parametrami oferowanego produktu.**

 ………..…………………………… ..……………………………

 (miejscowość, data) (pieczęć)