**Załącznik nr 4**

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Płyn i sprzęt zużywalny:**

1. Płyn substytucyjny z zawartością cytrynianu kompatybilny z zaoferowanymi aparatami – 1 450 opakowań (2 szt. w opakowaniu).
2. Płyn dializacyjny lub substytucyjny bezwapniowy kompatybilny z zaoferowanymi aparatami – 2 000 opakowań (2 szt. w opakowaniu).
3. Zestaw do zabiegów nerkozastepczych z użyciem cytrynianu lub heparyny kompatybilny z zaoferowanymi aparatami – 150 sztuk.
4. Cewnik dializacyjny prosty, 2-światłowy, wysokoprzepływowy bez otworów bocznych z miękkiego poliuretanu z powłoką bizmutową 11,5 lub 13 Fr/15/20/25 cm – 200 sztuk.
5. Inne niezbędne materiały do prawidłowej pracy oferowanych aparatów np. zestaw z filtrem z błoną posiadającą właściwości „celowania” cząsteczek biorących udział w kaskadzie septycznej (cytokiny, endotoksyny), zestaw do automatycznego usuwania płynu odprowadzającego, wkład do podgrzewacza krwi, linia do podaży wapnia, kompatybilne z zaoferowanymi aparatami w ilości zabezpieczające cały czas trwania umowy.
6. Płyn substytucyjny /dializacyjny stosowany w ostrej niewydolności nerek zawierający wapń w ilości zabezpieczające cały czas trwania umowy.

|  |
| --- |
| **Aparaty do ciągłej terapii nerkozastępczej – 2 szt.** |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oferowany/spełnienie wymagań** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2022ProducentModel/typKraj pochodzenia | TAKpodać |  |
|  | **Parametry wymagane** |  |  |
|  | Możliwość wykonania zabiegów: SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, TPE. | TAKpodać |   |
|  | Zintegrowany system podaży cytrynianu i wapnia | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania zabiegu terapeutycznej wymiany osocza (TPE) z antykoagulacją heparynową  | TAK |  |
|  | Kasetowy system drenów umożliwiający łatwy i szybki montaż zestawu | TAK |  |
|  | Graficzny kolorowy pogląd istotnych parametrów pracy urządzenia | TAK |  |
|  | Detektor przecieku krwi umożliwiający bezpieczne prowadzenie terapii | TAK |  |
|  | Detektor powietrza umożliwiający bezpieczne prowadzenie terapii | TAK |  |
|  | Detektor wycieku płynu umożliwiający bezpieczne prowadzenie terapii | TAK |  |
|  | Aparat z opcją zwrotu krwi do pacjenta po zakończonym zabiegu | TAK |  |
|  | Aparat pozwalający na wykonanie recyrkulacji zestawu drenów w sytuacji czasowego odłączenia pacjenta | TAK |  |
|  | Obrotowy monitor. | TAK |  |
|  | Aparat w pełni kompatybilny z wymaganymi płynami i sprzętem jednorazowym | TAK |  |
|  | Oprogramowanie z interfejsem w języku polskim. | TAK |  |
|  | **Parametry podlegające ocenie** |  |  |
|  | Możliwość zastosowania terapii umożliwiającej eliminację endotoksyn i cytokin równocześnie za pomocą jednego zestawu. | TAK/NIE TAK-10 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Funkcja auto — effluent automatyczne odprowadzanie ultrafiltratu bez konieczności zmiany worka ściekowego podczas zabiegu | TAK/NIETAK-10 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Układ podgrzewający krew powracającą do pacjenta z możliwością wyłączenia i włączenia w trakcie zabiegu oraz możliwością regulacji temperatury. | TAK/NIETAK-10 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Kompensacja usuwania płynu z ciała pacjenta do osiągnięcia zaleconego poziomu w celu zrekompensowania przerw w leczeniu. | TAK/NIETAK-10 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Komora odpowietrzania z czujnikiem poziomu płynu, który automatycznie utrzymuje wysokość płynu w komorze. | TAK/NIETAK-10 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Profile (zapisane zlecenia) pozwalające użytkownikowi na szybszy wybór konfiguracji zabiegu. | TAK/NIETAK-10 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Kolorowe diody LED nad wagami kierujące użytkownika podczas ustawiania leczenia i zarządzania alarmami. | TAK/NIETAK-10 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
| 22. | Wykonawca w okresie obowiązywania umowy zapewni serwis dzierżawionych aparatów oraz poniesie wszelkie koszty związane z wykonywaniem napraw i przeglądów serwisowych, w tym wszelkie koszty wymiany części eksploatacyjnych. | TAK |  |
| 23. | Wykonawca zapewni możliwość zgłaszania usterek 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. Awaria zostanie usunięta nie później niż 3 dni robocze od otrzymania zgłoszenia. | TAK |  |
| 24. | Wykonawca wraz z dostawą dostarczy instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta oraz paszporty techniczne dla oferowanych aparatów. | TAK |  |
| 25. | Wykonawca przeszkoli wskazany przez Zamawiającego personel medyczny w zakresie obsługi oferowanych aparatów. | TAK |  |