**ZAŁACZNIK NR 1B-1 DO SIWZ**

**PARAMETRY PODLEGAJĄCE OCENIE JAKOŚCI**

**Zadanie nr 1**

**ZESTAWY DO ZAMYKANIA UBYTKÓW W PRZEGRODACH SERCA ORAZ NIEPRAWIDŁOWYCH POŁĄCZEŃ NACZYNIOWYCH**

**ZESTAWY DO ZAMYKANIA DROŻNEGO OTWORU OWALNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK lub NIE** |
| 1. | W przypadku nieprawidłowego miejsca otwarcia dysków okludera, czy nieprawidłowego wszczepienia, możliwość ponownego załadowania okludera do koszulki dostarczającej i ponownego wszczepienia w przegrodę* tak – **15 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2. | Możliwość zamknięcia drożnych otworów owalnych różnego typu (z różną długością kanałów, z obecnością lub bez obecności tętniaka przegrody międzyprzedsionkowej).* tak – **15 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 3 | Liczba zabiegów z użyciem oferowanych okluderów wykonanych dotychczas w ośrodkach krajowych min. 300.* tak – **10 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

**ZESTAWY DO ZAMYKANIA UBYTKÓW MIĘDZYPRZEDSIONKOWYCH TYPU DRUGIEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK lub NIE** |
| 1. | W przypadku nieprawidłowego miejsca otwarcia dysków okludera, czy nieprawidłowego wszczepienia, możliwość ponownego załadowania okludera do koszulki dostarczającej i ponownego wszczepienia w przegrodę* tak – **15 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2. | * Samocentralizacja okludera w ubytku
* tak – **15 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 3 | Liczba zabiegów z użyciem oferowanych okluderów wykonanych dotychczas w ośrodkach krajowych min. 300.* tak – **10 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

**ZESTAWY Z OKLUDEREM O KONSTRUKCJI PLECIONEJ NITINOLOWEJ DO ZAMYKANIA PRZETRWAŁYCH PRZEWODÓW TĘTNICZYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK lub NIE** |
| 1. | W przypadku nieprawidłowego miejsca otwarcia okludera, czy nieprawidłowego wszczepienia, możliwość ponownego załadowania okludera do koszulki dostarczającej i ponownej implantacji* tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2. | Możliwość zamknięcia przewodów różnych typów ( np. lejkowatych, tubularnych, czy typu „okienko” ) * tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

**ZESTAWY DO ZAMYKANIA UBYTKU W PRZEGRODZIE MIĘDZYKOMOROWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK lub NIE** |
| 1. | W przypadku nieprawidłowego miejsca otwarcia okludera, czy nieprawidłowego wszczepienia, możliwość ponownego załadowania okludera do koszulki dostarczającej i ponownej implantacji* tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2. | Dostępność okluderów o rozmiarach : 4 do 18 mm.* tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

…………………………………………. ……………………………………………………………………………….

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej / uprawnionych do występowania w

 obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu/

**ZAŁACZNIK NR 1B-2 DO SIWZ**

**PARAMETRY PODLEGAJĄCE OCENIE JAKOŚCI**

**Zadanie nr 2**

**ZESTAWY DO ZAMYKANIA UBYTKÓW W PRZEGRODACH SERCA ORAZ NIEPRAWIDŁOWYCH POŁĄCZEŃ NACZYNIOWYCH O ODMIENNYM MECHANIZMIE MOCUJĄCYM IMPLANT NA UKŁADZIE WPROWADZAJĄCYM ORAZ ZMNIEJSZONEJ ILOŚCI ELEMENTÓW METALOWYCH OD STRONY LEWEGO PRZEDSIONKA SERCA**

 **ZESTAWY DO ZAMYKANIA UBYTKÓW W PRZEGRODZIE MIĘDZYPRZEDSIONKOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK lub NIE** |
| 1. | Pokrycie powierzchni okludera substancjami redukującymi uwalnianie niklu* tak – **10 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2. | * Zestaw wprowadzający z okluderem zmontowany fabrycznie
* tak – **15 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 3. | Zakres ruchomości na zestawie wprowadzającym przed uwolnieniem >=90%* tak – **15 pkt.**
* nie – **0 pkt**
 |  |

…………………………………………. ……………………………………………………………………………….

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej / uprawnionych do występowania w

 obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu/

**ZAŁACZNIK NR 1B-3 DO SIWZ**

**PARAMETRY PODLEGAJĄCE OCENIE JAKOŚCI**

**Zadanie nr 3**

 **PĘTLE DO USUWANIA CIAŁ OBCYCH Z SYSTEMU NACZYNIOWEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK lub NIE** |
| 1. | Zestaw posiadający dwie pętle* tak – **10 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2. | Zestaw posiadający trzy pętle * tak – **30 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

…………………………………………. ……………………………………………………………………………….

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej / uprawnionych do występowania w

 obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu/