**Załącznik nr 1C do SIWZ**

**(do zadania nr 3)**

**Wymagane Parametry Techniczne**

**MONITOR GŁĘBOKOŚCI ZNIECZULENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Producent / Firma |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie typ / model |  |
|  | Numer katalogowy |  |
|  | Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Parametr/Warunek graniczny | **TAK/NIE\*** | **Oferowana wartość****Należy podać zakresy lub opisać parametry****(wypełnia Wykonawca pod rygorem nieważności oferty)** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  |  System wolnostojący monitorowania przeznaczony do wyświetlania przetworzonych danych oraz fal EEG w czasie rzeczywistym |  |  |
|  | Dane z EEG: |  |  |
| a. | Automatyczne tłumienie artefaktów |  |  |
| b. | Skale EEGWyświetlacz jednokanałowy: 25 μV na jednostkę (+/- 50 μV pełna skala )Wyświetlacz dwukanałowy: 50 μV na jednostkę ( +/- 50 μV na falę ) |  |  |
| c. | Prędkość przesuwu zapisu EEG 25 mm / s |  |  |
| d. | Parametry obliczane: indeks głębokości znieczulenia, współczynnik tłumienia, EMG, wskaźnik jakości sygnału i liczba impulsów |  |  |
| e. | Fale trendu i EEG w czasie rzeczywistym |  |  |
| f. | Szybkość aktualizacji: 1 sekunda dla liczby BIS, 10 sekund dla trendu |  |  |
| g. | Wyświetlane wartości: indeks głębokości znieczulenia ( wartość cyfrowa oraz trend w czasie ), wskaźnik jakości sygnału, EMG, współczynnik tłumienia |  |  |
| 8. | Wysłanie danych na dysk wymienny za pośrednictwem portu USB lub ortem szeregowym |  |  |
| 9. | Minimum trzy pre – programowane konfiguracje użytkownika |  |  |
| 10. | System alarmów o zmiennych priorytetach z możliwością wyciszenia |  |  |
| 11. | Obsługa i komunikacja w języku polskim |  |  |
| 12. | System sprawdzający impedancję elektrod |  |  |
| 13. | Zasilanie sieciowe i wbudowany akumulator ( min. 45 minut pracy z akumulatora ) |  |  |
| 14. | Waga urządzenia ( poniżej 2 kg. ) |  |  |
| 15. | Pakiet czujników startowych w ilości 25 sztuk |  |  |

**UWAGA:**

1. **Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

 **\*Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

*Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.*

*Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).*

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

 *(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)*