**Załącznik Nr 6 do SWZ**

(pieczątka firmowa Wykonawcy)

 **Znak: P/1/2025**

**SPECYFIKACJA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i UŻYTKOWYCH APARATU**

Nazwa aparatu ……………………………………………….

(Model, typ) ……………………………………………….

numer katalogowy ……………………………………………….

Rok produkcji ……………………………………………….

Ilość 1 sztuka

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** |  | **Wymagane parametry graniczne podlegające ocenie** | **Parametry oferowanego aparatu****TAK lub NIE** | **Uwagi Wykonawcy** |
| 1. | Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żylno – żylnej hemofiltracji (**CVVH**) | **TAK** |  |  |
| 2. | Możliwość wykonania zabiegu żylno – żylnej hemodializy (**CVVHD**) | **TAK** |  |  |
| 3. | Możliwość wykonania zabiegu żylno – żylnej hemodiafiltracji (**CVVHDF**) | **TAK** |  |  |
| 4. | Możliwość wykonania zabiegu powolnej ciągłej ultrafiltracji (**SCUF**) | **TAK** |  |  |
| 5. | Możliwość wykonania zabiegu plazmaferezy (**PF**) | **TAK** |  |  |
| 6. | Możliwość wykonania zabiegu hemoperfuzji (**HP**) | **TAK** |  |  |
| 7. | Graficzny kolorowy podgląd istotnych stanów pracy urządzenia | **TAK** |  |  |
| 8. | Bateria, która w przypadku braku zasilania sieciowego, zapewni pracę aparatu przez co najmniej 15 min. | **TAK** |  |  |
| 9. | Regulowana ultrafiltracja 0 – 100 ml/min. | **TAK** |  |  |
| 10. | Przepływ płynu substytucyjnego min. od 10 – 70 ml/min. | **TAK** |  |  |
| 11. | Przepływ dializatu min. od 10 – 70 ml/min. | **TAK** |  |  |
| 12. | Dwa indywidualne systemy do podgrzewania płynu substytucyjnego i dializatu z możliwością wyłączenia w trakcie zabiegu | **TAK** |  |  |
| 13. | Możliwość regulacji temperatury w zakresie min. 35 – 39 ºC | **TAK** |  |  |
| 14. | Regulacja przepływu pompy krwi min. od 10 – 450 ml/min. | **TAK** |  |  |
| 15. | Kasetowy system drenów umożliwiający łatwy i szybki montaż oraz wielokrotną wymianę samego hemofiltra w trakcie zabiegu, bez konieczności wymiany całej kasety | **TAK** |  |  |
| 16. | System bilansujący: min. trzy niezależne wagi do płynów dializacyjnych, substytucyjnych, osocza, filtratu, itp. | **TAK** |  |  |
| 17. | Dokładność ważenia – 1 g | **TAK** |  |  |
| 18. | Najwyższy stopień ochrony przeciwporażeniowej (**CF**) umożliwiający bezpieczną defibrylację pacjenta podczas zabiegu. | **TAK** |  |  |
| 19. | Cztery pompy umożliwiające przepływ krwi, płynu dializacyjnego, substytucyjnego, filtratu lub osocza | **TAK** |  |  |
| 20. | Niezależne odpowietrzanie drenów substytutu, dializatu i filtratu | **TAK** |  |  |
| 21. | Możliwość poboru płynu dializacyjnego z 4 worków po 5 l. jednocześnie | **TAK** |  |  |
| 22. | Moduł cytrynian – wapń | **TAK** |  |  |
| 23. | Ciągła hemodializa i hemodiafiltracja z regionalną antykoagulacją cytrynianową **(CVVHD i CVVHDF CiCa)** | **TAK** |  |  |
| 24. | Możliwość zmiany rodzaju antykoagulacji z cytrynianowej na heparynową w trakcie zabiegu bez konieczności zmiany zestawu drenów | **TAK** |  |  |
| 25. | Możliwość prowadzenia jednoczesnej antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej na aparacie | **TAK** |  |  |
| 26. | Detektor przecieku krwi | **TAK** |  |  |
| 27. | Detektor powietrza | **TAK** |  |  |
| 28. | Pułapki powietrza (za i/lub przed hemofiltrem) | **TAK** |  |  |
| 29. | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim | **TAK** |  |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |  |
| 30. | Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą) | **TAK** |  |  |
| 31. | Gwarancja na cały okres dzierżawy | **TAK** |  |  |
| 32. | Czas reakcji serwisu – do 48 godzin w dni robocze | **TAK** |  |  |
| 33. | Czas naprawy aparatu powyżej 72 godzin w dni robocze – wymagane wstawienie urządzenia zastępczego na okres naprawy | **TAK** |  |  |

\*Niespełnienie jednego z parametrów dyskwalifikuje całą ofertę

miejscowość................................., dnia................

……………………………………………………………………………………

(pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)