Załącznik nr 9.1 do SWZ

|  |
| --- |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA****APARAT USG** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Producent…………………………………****Model………………………………………****Rok produkcji…………………………….** |
| L.p. | **Wymagania Zamawiającego** | **Potwierdzenie minimalnych wymagań lub /Parametry oferowane** (podać dokładne wartości ) Zalecane jest podanie numeru strony dokumentu potwierdzającego spełnienie wymagania |
| 1. WYMAGANIA OGÓLNE:
 |
|  | Urządzenie przeznaczone do przeprowadzenia specjalistycznego badania ultrasonograficznego, dedykowane dla anestezjologów i lekarzy.  |  |
|  | Aparat USG dedykowany do zastosowań z obszaru POC. |  |
|  | Szeroki zakres scenariuszy medycznych. |  |
| 1. PARAMETRY TECHNICZNE:
 |
|  | Aparat USG sterowany gestami na pełnym ekranie dotykowym. |  |
|  | Monitor z pełnym ekranem dotykowym minimum 15” z powłoką antyodblaskową i szerokim kątem widzenia. Funkcja czyszczenia musi zapewniać jego skutecznie czyszczenie i dezynfekcję. |  |
|  | Widok pełnoekranowy o wysokim standardzie wydajności dający możliwość wyświetlania większego obrazu, ułatwiając wyraźniejszą obserwację z odległości podczas procedur blokady nerwów. |  |
|  | Badania:* nerwów mięśni i ścięgien;
* tkanek powierzchownych;
* tkanek głębokich.
 |  |
|  | Wykrywanie małych naczyń i stanów zapalnych oraz schorzeń w tym co najmniej reumatoidalne zapalenie stawów. |  |
|  | Przetwornik dla tkanek w promieniu min. 2 cm. |  |
|  | Przetwornik liniowy o ultra wysokiej częstotliwości do 20MHz musi wizualizować nerwy i włókna o wysokiej rozdzielczości. |  |
|  | Badania USG w rękawiczkach pokrytych żelem. |  |
|  | Zapis, rejestracja oraz archiwizacja wykonanego badania. |  |
|  | Obsługiwanie danych pacjentów. |  |
|  | Presety dedykowane do nerwów i wkłuć zapewniające najlepszą jakość obrazowania 2D. |  |
|  | Podwójna wizualizacja z opcjami dwóch obrazów w czasie rzeczywistym i obrazu w czasie rzeczywistym i historycznym zamrożonego obrazu, w formacie szerokoekranowym. |  |
|  | Optymalizacja wizualizacji igły, umożliwiająca zwiększoną widoczność igły i końcówki podczas zabiegów wykonywanych pod dużym kątem przy jednoczesnym zachowaniu wyższej jakości obrazu. |  |
|  | Obrazowanie panoramiczne, obrazowanie trapezowe, Doppler, możliwość porównania obrazów tego samego pacjenta. |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne z przesunięciem fazy, obrazowanie krzyżowe, funkcja poprawiająca jakość obrazowania, automatyczna optymalizacja, automatyczna detekcja, śledzenie przebiegu naczyń w czasie rzeczywistym, automatyczna optymalizacja parametrów obrazowania dla trybów dopplerowskich. |  |
|  | Precyzyjny tryb B, wysokiej czułość tryb kolor doppler, power doppler, kierunkowy power doppler, doppler PW. |  |
|  | Głowica liniowa wysokiej częstotliwości do badań powierzchniowych. |  |
|  | Głowica liniowe niskiej częstotliwości do badań głębokich. |  |
|  | Głowica liniowa z wbudowanymi programowalnymi przyciskami, sterowanie głosowe, możliwość wyświetlania obrazu na całym ekranie. |  |
|  | Głowica hokejowa. |  |
|  | Wysocze czuły Doppler oraz oprogramowanie do biopsji dające możliwość wykonania procedur interwencyjnych w medycynie sportowej, ortopedii i reumatologii. |  |
|  | Wbudowany moduł WIFI. |  |
|  | Wbudowana bateria o długiej żywotności. |  |
|  | Zarządzanie przewodem przetwornika zapewniające jego trwałość i łatwość użytkowania. |  |
|  | Zwijany przewód zasilający dla efektywnego transportu i przechowywania. |  |
|  | Wózek z regulacją wysokości. |  |
|  | Uchwyt ścienny do sali operacyjnej. |  |
|  | Stojak biurkowy. |  |
|  | Wygodne pojemniki na akcesoria. |  |

W przypadku, gdy Wykonawca 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 „Wymagania zamawiającego”.

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

 ………..…………………………… ..……………………………

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis)