**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

|  |
| --- |
| **Urządzenie do wykonywania biometrii oka i kalkulacji soczewek wewnątrzgałkowych – 1 sztuka****PRODUCENT - …………………………………….……….….****MODEL - …………………………………….…………..****KRAJ POCHODZENIA - ………………………….…………………......****NAZWA KATALOGOWA - ………………………….…………………......****ROK PRODUKCJI - ………………. nie wcześniej niż 2024 r. (fabrycznie nowy)** |
| **PARAMETRY TECHNICZNE I INNE WARUNKI** |
| **L.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **OPISAĆ PARAMETR TECHNICZNY W OFEROWANYM PRZEDMIOCIE ZAMÓWIENIA****UWAGA – W przypadku określenia przez Zamawiającego parametru granicznego (np. min/max) Wykonawca wpisuje konkretną liczbę w oferowanym przedmiocie zamówienia.**  |
| 1 | Biometr optyczny – dokonujący pomiarów biometrycznych metodą bezkontaktową  | TAK |  |
| 2 | Automatyczny pomiar długości gałki, krzywizny rogówki, głębokości przedniej komory, grubości rogówki, grubości soczewki oraz pomiar WTW (White to white) w jednym badaniu | TAK |  |
| 3 | Obrazowanie wzdłużne gałki ocznej tj. skan obrazujący rogówkę, przednią komorę, soczewkę oraz siatkówkę (projekcja-B) za pomocą wbudowanego (zintegrowanego) źródła OCT o długości fali w zakresie 1035-1080nm | TAK |  |
| 4 | Telecentryczny pomiar krzywizny rogówki oparty na 18 punktach pomiarowych | TAK |  |
| 5 | Pomiar w osi widzenia dzięki wbudowanemu fiksatorowi wewnętrznemu | TAK |  |
| 6 | Dodatkowa kontrola fiksacji pacjenta, dzięki wizualizacji wycinka (skanu OCT) siatkówki w miejscu odbicia fali pomiarowej | TAK |  |
| 7 | Zmotoryzowana podpora brody pacjenta | TAK |  |
| 8 | Wybór trybu pomiaru: automatyczny lub manualny | TAK |  |
| 9 | Pomiar długości gałki ocznej w zakresie 14 – 38 mm | TAK |  |
| 10 | Pomiar głębokości komory przedniej w zakresie 0,7-8mm | TAK |  |
| 11 | Pomiar krzywizny rogówki w zakresie 5 – 11 mm | TAK |  |
| 12 | Pomiar grubości soczewki w zakresie 1mm – 10 mm (dla oka fakijnego) | TAK |  |
| 13 | Pomiar centralnej grubości rogówki w zakresie 0,2 – 1,2 mm | TAK |  |
| 14 | Pomiary WTW („white to white”) w zakresie 8 – 16 mm | TAK |  |
| 15 | Pomiar średnicy źrenicy | TAK |  |
| 16 | Pomiar kąta Kappa i analiza CWC (kąt Alpha z kątem Kappa) | TAK |  |
| 17 | Kalkulacja monofokolanych, multifokalnych i torycznych soczewki wewnątrzgałkowych do wszczepu formułami takimi jak: Haigis, Holladay, SRK/T, Hoffer Q | TAK |  |
| 18 | System automatycznej kontroli poprawności przeprowadzenia pomiaru | TAK |  |
| 19 | Indywidualna wbudowana baza stałych soczewek zoptymalizowanych dla oferowanego modelu aparatu. Min. 200 typów soczewek. Możliwość wprowadzania soczewek z tworzeniem podtypów soczewki z określonymi zakresami cylindrów | TAK |  |
| 20 | Możliwość rozbudowy o moduł pozwalający na wykonywanie zdjęcia referencyjnego oka z unaczynieniem do systemu wspomagającego wszczepianie soczewek wewnątrzgałkowych | TAK |  |
| 21 | Możliwość rozbudowy o dodatkową funkcję pomiaru wewnętrznej powierzchni rogówki  | TAK |  |
| 22 | Możliwość rozbudowy o funkcję Centralnej Topografii | TAK |  |
| 23 | Baza danych pacjentów i archiwizacja wyników pomiarów | TAK |  |
| 24 | Automatyczne rozpoznawanie oka prawego i lewego | TAK |  |
| 25 | Drukarka umożliwiająca wydruk wyników pomiarów i kalkulacji | TAK |  |
| 26 | Jednostka pomiarowa, komputer przetwarzający zintegrowane w jednym urządzeniu | TAK |  |
| 27 | Możliwość tworzenia indywidulanych profili użytkownika | TAK |  |
| 28 | Dotykowy monitor LCD | TAK |  |
| 29 | Stolik o napędzie elektromotorycznym | TAK |  |
| 30 | Gniazdo sieciowe Ethernet oraz porty USB | TAK |  |
| 31 | Export wyników w formacie DICOM |  |  |
| 32 | Pomiar długości gałki ocznej dla oczu:- fakijnych- afakijnych- wypełnionych olejem silikonowym- wypełnionych olejem silikonowym, afakijnych- z soczewką wewnątrzgałkową silikonową- z soczewką wewnątrzgałkową PMMA- z soczewką wewnątrzgałkową akrylową- po zabiegach LASIK, LASEK, PRK, RK |  |  |

**Uwaga:**

**\*WPISANIE „NIE” W PARAMETRACH TECHNICZNYCH WYMAGANYCH SPOWODUJE ODRZUCENIE OFERTY JAKO NIEZGODNEJ Z WYMOGAMI ZAMAWIAJĄCEGO,**

**\*\*NALEŻY WYPEŁNIĆ PODAJĄC SZCZEGÓŁOWY OPIS OFEROWANEGO WYPOSAŻENIA**

|  |
| --- |
| **Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy**  |
| Imię i Nazwisko | Data | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |