Załącznik nr 10.1 do SWZ

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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
 |
|  | System ultrasonograficzny do diagnostyki ultrasonograficznej ogólnego zastosowania, zasilany za pomocą akumulatora i działający w oparciu o intuicyjną platformę (aplikację mobilną) stosując tzw. Ultrasound-on-Chip oraz dedykowany tablet.  |  |
|  | Aparat w jednej głowicy posiadający głowicę sektorową, convex i linię. |  |
|  | Jednoczesne pokazanie na ekranie w trybie on-line projekcji wzdłużnej i poprzecznej naczyń oraz wiele innych narządów i układów. |  |
|  | Wykonanie blokady nerwów obwodowych oraz diagnostyki i zaopatrzenia urazów układu kostno-stawowego poprzez wykonywanie iniekcji pod kontrolą urządzenia.  |  |
| 1. WYMAGANIA TECHNICZNE
 |
|  | Korpus głowicy wykonany z anodyzowanego aluminium, odporny na kurz i wodę, stopień ochrony minimum IP67.  |  |
|  | Wymiary max: 180 x 70 x 50 mm. |  |
|  | Masa: od 300 do 350 gram. |  |
|  | Długość kabla:- złącze lightning: co najmniej 1,5 metra;- złącze USB-C: co najmniej 1,5 metra. |  |
|  | Ultrasound-on-Chip: matryca 2D, min. 9000 czujników poddanych mikroobróbce. |  |
|  | Akumulator:- rodzaj: litowo-jonowy;- pojemność: minimum 2600 mAh,- żywotność: min 2 godziny ciągłego użytkowania;- czas ładowania: do 5 godzin do pełnego naładowania. |  |
|  | Ładowanie bezprzewodowe: kompatybilny z Qi. |  |
|  | Odporność na upadki, drop-test co najmniej z wysokości 1m i przeciążeniem do 100G. |  |
|  | W zestawie tablet współpracujący z głowicą:  - zgodny z normami IP68, MIL STD 810G, Anti –Shock co najmniej 1 m;- wymiary ekranu od 8” do 10”. |  |
| 1. WYMAGANIA FUNKCJONALNE
 |
|  | Tryby:- tryb M;- tryb B;- kolorowy Doppler;- Doppler mocy. |  |
|  | Pomiary i adnotacje:- maksymalnie 4 pomiary liniowe;- maksymalnie 1 pomiar elipsy. |  |
|  | Opcja utworzenia własnej etykiety tekstowej. |  |
|  | Minimalna głębokość skanowania 1 cm. |  |
|  | Maksymalna głębokość skanowania 30 cm. |  |
|  | Znaczniki linii środkowej. |  |
|  | Ochrona przesyłania danych w sieci protokołem HTTPS. |  |
|  | Elementy sterowania:- wzmocnienie;- zasięgowa regulacja wzmocnienia (pole bliskie, środek, pole dalekie);- głębokość. |  |
| 1. DODATKOWE WYMAGANIA FUNKCJONALNE
 |
|  | 1 głowica – 4 tryby obrazowania:- jama brzuszna;- jama brzuszna: głęb.;- aorta i pęcherzyk żółciowy;- pęcherz;- sercowy;- sercowy: głęb.;- FAST;- płuca;- MSK – tkanka miękka;- mięśniowo-szkieletowy;- nerwowy;- POŁ1/GIN;- OB 2/3;- okulistyczny;- jama brzuszna u dzieci;- sercowe u dzieci;- płuca u dzieci;- mały narząd;- naczyniowy: dostęp;- naczyniowy: szyjny;- naczyniowy: głęboka żyła. |  |
|  | Dedykowana walizka transportowa. |  |
|  | Bezpłatna licencja oprogramowania głowicy. |  |

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)