**Przetarg nr UMW / IZ / PN - 90 / 19 Część 4 Załącznik nr 2 do Siwz**

**Arkusz informacji technicznej**

***Korekta z dnia 07.11.2019r.***

|  |
| --- |
| **Dostawa Systemu Wirtualnej Symulacji Medycznej wraz z wyposażeniem dwóch stanowisk treningowych na potrzeby Zakładu Ratownictwa Medycznego.** - zestaw wyposażenia stanowisk wirtualnej symulacji medycznej – 2 szt. - gogle VR – 2 szt. |
| **Nazwa,** **numer katalogowy *(jeśli dotyczy),* producent** |  |
| **Rok produkcji: (wymagany min. 2018 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry | **Wartość** **wymagana** | **Parametry oferowane**(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry jeśli dotyczy) W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów). |
| **zakres podstawowych czynności ratujących życie** |
|  | tworzenie i udostępnianie scenariuszy przez instruktorów, możliwość konfiguracji wirtualnych pacjentów , w tym ich reakcji | TAK |  |
|  | realizacja jednoosobowych sesji symulacji | TAK |  |
|  | głosowa i tekstową komunikację w trakcie symulacji | TAK |  |
|  | komunikacja z wirtualnym pacjentem oraz wykonywanie czynności takich jak: sprawdzenie reakcji, oddechu, badanie tętna, uciskanie klatki piersiowej(minimum 4 różne tempa do wyboru w tym 1 zgodne z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi resuscytacji krążeniowo - oddechowej) | TAK |  |
|  | wykonanie oddechów ratowniczych | TAK |  |
|  | wykonanie telefonu pod nr alarmowy 999 lub 112. W przypadku wybrania numeru innego niż 999 lub 112 musi wyświetlić się komunikat o wyborze błędnego numeru | TAK |  |
|  | rozcięcie ubrania pacjenta | TAK |  |
|  | wykorzystanie wirtualnego defibrylatora AED | TAK |  |
|  | Minimum 2 rodzaje wirtualnych pacjentów: postać osoby dorosłej (minimum płeć męska),- postać dziecka w wieku maksymalnie 7 lat (minimum płeć męska) | TAK |  |
| **zakres segregacji medycznej** |
|  | tworzenie i udostępnianie scenariuszy przez instruktorów możliwość konfiguracji wirtualnych pacjentów , w tym ich reakcji | TAK |  |
|  | realizacja wieloosobowych sesji symulacji | TAK |  |
|  | głosowa i tekstową komunikację w trakcie symulacji | TAK |  |
|  | komunikacja z wirtualnym pacjentem oraz wykonywanie czynności takich jak: sprawdzenie reakcji, oddechu, badanie tętna, sprawdzenie nawrotu kapilarnego, wykonanie wdechów ratowniczych za pomocą maski twarzowej, włożenie rurki ustno-gardłowej, założenie opaski segregacyjnej | TAK |  |
|  | Minimum 2 rodzaje wirtualnych pacjentów: postać osoby dorosłej (minimum płeć męska),- postać dziecka w wieku maksymalnie 7 lat (minimum płeć męska) | TAK |  |
| **zakres kwalifikowanej pierwszej pomocy** |
|  | tworzenie i udostępnianie scenariuszy przez instruktorów, możliwość konfiguracji wirtualnych pacjentów , w tym ich reakcji | TAK |  |
|  | realizacja wieloosobowych sesji symulacji | TAK |  |
|  | głosowa i tekstową komunikację w trakcie symulacji | TAK |  |
|  | komunikacja z wirtualnym pacjentem oraz wykonywanie czynności takich jak: sprawdzenie reakcji, oddechu, badanie tętna, uciskanie klatki piersiowej(minimum 4 różne tempa do wyboru w tym 1 zgodne z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi resuscytacji krążeniowo - oddechowej), badanie nawrotu kapilarnego, wykonanie oddechów ratowniczych, pomiaru glukozy we krwi, odsysania z jamy ustnej wirtualnego pacjenta- wykorzystanie wirtualnego defibrylatora AED | TAK |  |
|  | Minimum 2 rodzaje wirtualnych pacjentów: postać osoby dorosłej (minimum płeć męska),- postać dziecka w wieku maksymalnie 7 lat (minimum płeć męska). | TAK |  |
| **zakres ratownictwa medycznego** |
|  | tworzenie i udostępnianie scenariuszy przez instruktorów, możliwość konfiguracji wirtualnych pacjentów , w tym ich reakcji | TAK |  |
|  | realizacja wieloosobowych sesji symulacji | TAK |  |
|  | głosowa i tekstową komunikację w trakcie symulacji | TAK |  |
|  | komunikacja z wirtualnym pacjentem oraz wykonywanie czynności takich jak: sprawdzenie reakcji, oddechu, badanie tętna, uciskanie klatki piersiowej(minimum 4 różne tempa do wyboru w tym 1 zgodne z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi resuscytacji krążeniowo - oddechowej), badanie nawrotu kapilarnego, wykonanie oddechów ratowniczych, pomiaru glukozy we krwi, odsysania z jamy ustnej wirtualnego pacjenta | TAK |  |
|  | włożenie do jamy ustnej wirtualnego pacjenta: rurki ustno-gardłowej, rurki krtaniowej, maski krtaniowej | TAK |  |
|  | wykonywanie wentylacji za pomocą worka samorozprężalnego z maską twarzową | TAK |  |
|  | osłuchiwanie tonów serca, odgłosów płuc i jamy brzusznej wirtualnego pacjenta | TAK |  |
|  | wykorzystanie wirtualnego defibrylatora manualnego umożliwiającego wykonanie kardiowersji(z reakcją wirtualnego pacjenta), elektrostymulacji, założenie elektrod EKG, pulsoksymetru, mankietu do pomiaru ciśnienia. Wirtualny defibrylator manualny powinien posiadać takie funkcje jak: wybór energii defibrylacji w zakresie od 2 do 360 J, mechanizm regulacji prądu elektrostymulacji w zakresie od 0 do 200 mA. | TAK |  |
|  | Minimum 2 rodzaje wirtualnych pacjentów: postać osoby dorosłej (minimum płeć męska),- postać dziecka w wieku maksymalnie 7 lat (minimum płeć męska) | TAK |  |
| OKRES GWARANCJI |
| 1 | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłowe uruchomienie przedmiotu dostawy w infrastrukturze Zamawiającego. | TAK24 miesiące – 0pkt.od 25 miesięcy do 35 miesięcy– 10 pkt.36 miesięcy i więcej – 20 pkt. |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenia są fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 **Podpis Wykonawcy**