Zadanie nr 1: Kardiowerter-defibrylator jednojamowy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa produktu/symbol/nr katalogowy: ............................................................. |   |
| Producent: .............................................................. | Rok produkcji: …………... wymagany min. 2017 |
| Lp. | Parametr | Warunek | Punktacja | Oferta (wypełnia Wykonawca) |
| 1 | Waga poniżej 100 gramów | Tak, podać | parametr wymagany |   |
| 2 | Dostarczona energia defibrylacji min. 35 [J] | Tak, podać | parametr wymagany |   |
| 3 | Żywotność przy 50% stymulacji - 4 ładowania w roku (nast.: 60/ppm; 500 Ohmów; 2.5V/0.4 ms) - min. 5 lat | Tak | parametr wymagany |  |
| 4 | Gniazda elektrod typ IS-1 i DF-1 | Tak | parametr wymagany |   |
| 5 | Rozpoznawanie arytmii min. 2 typy - VF i VT | Tak | parametr wymagany |   |
| 6 | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego - min. 2 | Tak, podać | parametr wymagany |   |
| 7 | Automatyczny opis stanu baterii i oporności elektrody | Tak | parametr wymagany |   |
| 8 | Terapia antyarytmiczna min. 3 typy | Tak, podać | parametr wymagany |   |
| 9 | Ilość wyładowań w czasie jednej interwencji min. 6 | Tak | parametr wymagany |   |
| 10 | Co najmniej 2 kanały zapisu EGM | Tak | parametr wymagany |   |
| 11 | Możliwość dyskryminacji arytmii nadkomorowych w strefie VF | Tak | parametr wymagany |  |
| 12 | Możliwość dyskryminacji oversensingu załamka T bez zmiany czułości  | Nie - 0 pkt.Tak - 20 pkt. | podać |  |
| 13 | Możliwość bezprzewodowej komunikacji wszczepionego urządzenia z programatorem | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |   |
| 14 | Funkcja umożliwiająca dostarczenie terapii ATP przed rozpoczęciem ładowania kondensatorów | Tak | parametr wymagany |   |
| 15 | Możliwość programowalnego wyłączenia obudowy urządzenia z obwodu wysokonapięciowego | Tak | parametr wymagany |   |
| 16 | Funkcja umożliwiająca dostarczenie terapii ATP podczas ładowania kondensatorów | Tak | parametr wymagany |   |
| 17 | Gwarantowany czas ładowania kondensatorów do maksymalnej energii poniżej 10s. przez cały okres pracy urządzenia do osiągnięcia ERI | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |   |
| 18 | Możliwość programowania strefy FVT w strefie VF oraz w strefie VT | Nie - 0 pkt.Tak - 5 pkt. | podać |   |
| 19 | Możliwość programowalnego wyłączenia dodatkowego pierścienia defibrylującego z obwodu wysokonapięciowego | Nie - 0 pkt.Tak - 5 pkt. | podać |   |
| 20 | Automatyczna sygnalizacja ERI (sygnał emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta) | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |   |
| 21 | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody (sygnał emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta) | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |   |
| 22 | Waga | poniżej 90g. - 1 pktponiżej 80g. - 3 pkt.poniżej 70g. - 5 pkt. | podać |   |
| 23 | Całkowita długość zapisu EGM jednokanałowego | do 30 min. - 0 pkt.pow. 30 min. - 10 pkt. | podać |  |
| 24 | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołów QRS rytmu komorowego do różnicowania częstoskurczu komorowego od nadkomorowego | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |  |

|  |
| --- |
| Elektroda defibrylująca |
| Nazwa produktu/symbol/nr katalogowy: .............................................................  |
| Producent: .............................................................. | Rok produkcji: ………………... (min. 2017) |
| Lp. | Parametr | Warunek | Punktacja | Oferta (wypełnia Wykonawca) |
| 1 | Liczba pierścieni defibrylujących do wyboru jeden lub dwa | Tak | parametr wymagany |  |
| 2 | Grubość elektrody - nie więcej niż 9F | 9F - 0 pkt.≤ 8F - 10 pkt. | podać |  |
| 3 | Końcówka elektrod uwalniająca steryd | Tak | parametr wymagany |  |
| 4 | Elektrody aktywne/pasywne do wyboru | Tak | parametr wymagany |  |

......................., dn. \_ \_ . \_ \_ . 2017 r. ..................................................................

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka/pieczątki

Zadanie nr 2: Kardiowerter-defibrylator dwujamowy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa produktu/symbol/nr katalogowy: ............................................................. |   |
| Producent: .............................................................. | Rok produkcji: …………... wymagany min. 2017 |
| Lp. | Parametr | Warunek | Punktacja | Oferta (wypełnia Wykonawca) |
| 1 | Waga poniżej 100 gramów | Tak, podać | parametr wymagany |   |
| 2 | Dostarczona energia defibrylacji min. 35 [J] | Tak, podać | parametr wymagany |   |
| 3 | Żywotność przy 50% stymulacji - 4 ładowania w roku (nast.: 60/ppm; 500 Ohmów; 2.5V/0.4 ms) - min. 5 lat | Tak | parametr wymagany |  |
| 4 | Rozpoznawanie arytmii min. 2 typy - VF i VT | Tak | parametr wymagany |   |
| 5 | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego - min. 2 typy | Tak | parametr wymagany |   |
| 6 | Automatyczny opis stanu baterii i oporności elektrody | Tak | parametr wymagany |   |
| 7 | Terapia antyarytmiczna min. 3 typy | Tak, podać | parametr wymagany |   |
| 8 | Ilość wyładowań w czasie jednej interwencji min. 6 | Tak | parametr wymagany |   |
| 9 | Funkcja umożliwiająca dostarczenie terapii ATP podczas ładowania kondensatorów | Tak | parametr wymagany |  |
| 10 | Możliwość bezprzewodowej komunikacji wszczepionego urządzenia z programatorem | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |  |
| 11 | Możliwość dyskryminacji arytmii nadkomorowych w strefie VF | Tak | parametr wymagany |  |
| 12 | Możliwość dyskryminacji oversensingu załamka T bez zmiany czułości  | Nie - 0 pkt.Tak - 20 pkt. | podać |  |
| 13 | Automatyczna zmiana trybu stymulacji w odpowiedzi na szybszy rytm przedsionków niż granicznie zaprogramowany (np. Mode Switch) | Tak | parametr wymagany |  |
| 14 | Co najmniej 2 kanały zapisu EGM | Tak | parametr wymagany |   |
| 15 | Możliwość programowalnego wyłączenia obudowy urządzenia z obwodu wysokonapięciowego | Tak | parametr wymagany |   |
| 16 | Funkcja umożliwiająca dostarczenie terapii ATP podczas ładowania kondensatorów | Tak | parametr wymagany |   |
| 17 | Gwarantowany czas ładowania kondensatorów do maksymalnej energii poniżej 10s. przez cały okres pracy urządzenia do osiągnięcia ERI | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |   |
| 18 | Możliwość programowania strefy FVT w strefie VF oraz w strefie VT | Nie - 0 pkt.Tak - 5 pkt. | podać |   |
| 19 | Możliwość programowalnego wyłączenia dodatkowego pierścienia defibrylującego (np. SVC) z obwodu wysokonapięciowego | Nie - 0 pkt.Tak - 5 pkt. | podać |   |
| 20 | Automatyczna sygnalizacja ERI (sygnał emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta) | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |   |
| 21 | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody (sygnał emitowany przez wszczepione urządzenie informujący pacjenta) | Nie - 0 pkt.Tak - 10 pkt. | podać |   |
| 22 | Waga | poniżej 90g. - 1 pktponiżej 80g. - 3 pkt.poniżej 70g. - 5 pkt. | podać |   |
| 23 | Całkowita długość zapisu EGM jednokanałowego | do 30 min. - 0 pkt.pow. 30 min. - 10 pkt. | podać |  |
| 24 | Przedsionkowy tryb pracy urządzenia z zabezpieczającą stymulacją komorową mający na celu minimalizację odsetka stymulacji prawo komorowej | Nie – 0 pkt.Tak – 10 pkt. | podać |  |
| 25 | Gniazda elektrod typ IS-1 i DF-1 | Tak | parametr wymagany |  |
| 26 | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołów QRS rytmu komorowego do różnicowania częstoskurczu komorowego od nadkomorowego | Nie – 0 pkt.Tak – 10 pkt. | podać |  |

|  |
| --- |
| Elektroda defibrylująca |
| Nazwa produktu/symbol/nr katalogowy: .............................................................  |
| Producent: .............................................................. | Rok produkcji: ………………... (min. 2017) |
| Lp. | Parametr | Warunek | Punktacja | Oferta (wypełnia Wykonawca) |
| 1 | Liczba pierścieni defibrylujących do wyboru jeden lub dwa | Tak | parametr wymagany |  |
| 2 | Grubość elektrody - nie więcej niż 9F | 9F - 0 pkt.≤ 8F - 10 pkt. | podać |  |
| 3 | Końcówka elektrod uwalniająca steryd | Tak | parametr wymagany |  |
| 4 | Elektrody aktywne/pasywne do wyboru | Tak | parametr wymagany |  |

......................., dn. \_ \_ . \_ \_ . 2017 r. ..................................................................

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka/pieczątki

# Zadanie nr 3: Kardiowerter-defibrylator jednojamowy z możliwością wykonania badania MRI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa produktu/symbol/nr katalogowy: ............................................................. |   |
| Producent: .............................................................. | Rok produkcji: …………... wymagany min. 2017 |
| Lp. | Parametr | Warunek | Punktacja | Oferta (wypełnia Wykonawca) |
|  | Waga poniżej 100 gramów | Tak, podać | Parametr wymagany |   |
|  | Dostarczona energia defibrylacji min. 36 [J] od pierwszego wyładowania | Tak, podać | Parametr wymagany |   |
|  | Możliwość dostarczenia energii ponad 36 J od pierwszego szoku | Tak/Nie | Tak – 20 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Żywotność przy 50% stymulacji - 4 ładowania w roku (nast.: 60/ppm; 500 Ohmów; 2.5V/0.4 ms) - min. 6 lat | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Żywotność urządzenia przy 50% stymulacji - 4 ładowania w roku (nast.: 60/ppm; 500 Ohmów; 2.5V/0.4 ms) ponad 6 lat | Podać | Za każdy rok ponad – 5 pkt. |  |
|  | Gniazda elektrod typ IS-1 / DF-1/DF-4 | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Rozpoznawanie arytmii min. 2 typy - VF i VT | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego - min. 2 | Tak, podać | Parametr wymagany |   |
|  | Terapia antyarytmiczna min. 2 tryby w oknie częstoskurczu komorowego | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Funkcja umożliwiająca terapię ATP w oknie migotania komór | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Ilość wyładowań w czasie jednej interwencji min. 6 | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Kształt impulsu dwufazowy | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Co najmniej 2 kanały zapisu EGM | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Gwarantowany czas ładowania kondensatorów do maksymalnej energii poniżej 10 s. przez cały okres pracy urządzenia do osiągnięcia ERI | Tak/Nie | Tak – 20 pkt.Nie – 0 pkt. |   |
|  | Możliwość automatycznego telemonitoringu z codziennymi transmisjami bez konieczności korzystania ze stałej linii telefonicznej i niezależnie od struktury sieci komórkowej | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Funkcja promująca własne przewodnictwo przedsionkowo-komorowe | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość programowania czułości w celu unikania wyczuwania załamka T | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Waga | podać | poniżej 90g. – 5 pkt.poniżej 80g. – 10 pkt. |   |
|  | Całkowita długość zapisu EGM jednokanałowego | podać | do 30 min. – 0 pkt.pow. 30 min. – 10 pkt. |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia badania MRI w urządzeniach po wszczepieniu z zachowaną stymulacją podczas badania | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość programowania trybu pracy urządzenia na czas skanowania w trakcie badania MRI | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Brak ograniczeń wykonania badania MRI w trakcie całego okresu żywotności urządzenia | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Brak ograniczeń czasu trwania badania MRI w trakcie całego okresu żywotności urządzenia | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania badania MRI przy indukcji magnetycznej 1.5 tesli bez stref wykluczenia | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania badania MRI przy indukcji magnetycznej 3.0 tesle ze strefą wykluczenia | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania badania MRI przy indukcji magnetycznej 3.0 tesle bez strefy wykluczenia | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość wykonania pomiarów śródoperacyjnych bez konieczności wkręcania elektrody | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość bezprzewodowej komunikacji wszczepionego urządzenia z programatorem | Tak/Nie | Tak – 20 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Pomiar poziomu płynów w tkankach | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Automatyczny follow-up | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| elektroda defibrylująca |
| Nazwa produktu/symbol/nr katalogowy: .............................................................  |
| Producent: .............................................................. | Rok produkcji: ………………... (min. 2017) |
| Lp. | Parametr | Warunek | Punktacja | Oferta (wypełnia Wykonawca) |
| 1 | Liczba pierścieni defibrylujących do wyboru jeden lub dwa | Tak | Parametr wymagany |  |
| 2 | Grubość elektrody - nie więcej niż 9F | Podać | 9F – 0 pkt.≤ 8F – 10 pkt. |  |
| 3 | Końcówka elektrod uwalniająca steryd | Tak | Parametr wymagany |  |
| 4 | Elektrody aktywne/pasywne do wyboru | Tak | Parametr wymagany |  |
| 5 | Łącznik IS-1/DF-1/DF-4  | Tak | Parametr wymagany  |  |

......................., dn. \_ \_ . \_ \_ . 2017 r. ..................................................................

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczątka/pieczątki

# Zadanie nr 4: Kardiowerter-defibrylator dwujamowy z możliwością wykonania badania MRI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa produktu/symbol/nr katalogowy: ............................................................. |   |
| Producent: .............................................................. | Rok produkcji: …………... wymagany min. 2017 |
| Lp. | Parametr | Warunek | Punktacja | Oferta (wypełnia Wykonawca) |
|  | Waga poniżej 100 gramów | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Dostarczona energia defibrylacji min 36 [J] od pierwszego wyładowania | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Możliwość dostarczenia energii ponad 36 J od pierwszego szoku | Tak/Nie | Tak – 20 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Żywotność przy 50% stymulacji - 4 ładowania w roku (nast.: 60/ppm; 500 Ohmów; 2.5V/0.4 ms) - min. 6 lat | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Żywotność urządzenia przy 50% stymulacji - 4 ładowania w roku (nast.: 60/ppm; 500 Ohmów; 2.5V/0.4 ms) ponad 6 lat | Podać | Za każdy rok ponad 5 pkt. |  |
|  | Gniazda elektrod typ IS-1 i/DF-1/DF-4 | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Rozpoznawanie arytmii min. 2 typy - VF i VT | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego - min. 2 | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Terapia antyarytmiczna min. 2 tryby w oknie częstoskurczu komorowego | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Funkcja umożliwiająca terapię ATP w oknie migotania komór | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Ilość wyładowań w czasie jednej interwencji min. 6 | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Kształt impulsu dwufazowy | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Co najmniej 2 kanały zapisu EGM | Tak | Parametr wymagany |   |
|  | Algorytm dyskryminacji arytmii komorowych od nadkomorowych | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Gwarantowany czas ładowania kondensatorów do maksymalnej energii poniżej 10s. przez cały okres pracy urządzenia do osiągnięcia ERI | Tak/Nie | Tak – 20 pkt.Nie – 0 pkt. |   |
|  | Możliwość automatycznego telemonitoringu z codziennymi transmisjami bez konieczności korzystania ze stałej linii telefonicznej i niezależnie od struktury sieci komórkowej | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Funkcja promująca własne przewodnictwo przedsionkowo-komorowe | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość programowania czułości w celu unikania wyczuwania załamka T | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Waga | podać | Poniżej 90g. - 5 pkt.Poniżej 80g. - 10 pkt. |  |
|  | Całkowita długość zapisu EGM jednokanałowego | podać | Do 30 min. - 0 pkt.Pow. 30 min. - 10 pkt. |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia badania MRI po wszczepieniu z zachowaną stymulacją podczas badania | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość programowania trybu pracy urządzenia na czas skanowania w trakcie badania MRI  | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Brak ograniczeń wykonania badania MRI w trakcie całego okresu żywotności urządzenia | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Brak ograniczeń czasu trwania badania MRI w trakcie całego okresu żywotności urządzenia  | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania badania MRI przy indukcji magnetycznej 1.5 tesli bez stref wykluczenia | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania badania MRI przy indukcji magnetycznej 3.0 tesle ze strefą wykluczenia | Tak | Parametr wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania badania MRI przy indukcji magnetycznej 3.0 tesle bez strefy wykluczenia | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość bezprzewodowej komunikacji wszczepionego urządzenia z programatorem | Tak/Nie | Tak – 20 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Pomiar poziomu płynów w tkankach | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Automatyczny follow-up | Tak/Nie | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość wykonania pomiarów śródoperacyjnych bez konieczności wkręcania elektrody | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| Elektroda defibrylująca |
| Nazwa produktu/symbol/nr katalogowy: .............................................................  |
| Producent: .............................................................. | Rok produkcji: ………………... (min. 2017) |
| Lp. | Parametr | Warunek | Punktacja | Oferta (wypełnia Wykonawca) |
| 1 | Liczba pierścieni defibrylujących do wyboru jeden lub dwa | Tak | Parametr wymagany |  |
| 2 | Grubość elektrody - nie więcej niż 9F | Podać | 9F - 0 pkt.≤ 8F - 10 pkt. |  |
| 3 | Końcówka elektrod uwalniająca steryd | Tak | Parametr wymagany |  |
| 4 | Elektrody aktywne/pasywne do wyboru | Tak | Parametr wymagany |  |
| 5 | Łącznik IS-1/DF-1/DF-4 | Tak | Parametr wymagany |  |

......................., dn. \_ \_ . \_ \_ . 2017 r. ..................................................................

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczątka/pieczątki