ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

2 Elektroterapia

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Aparat 2-kanałowy do elektroterapii |  |
| 2. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7 cali ułatwiający sterowanie  aparatem |  |
| 3. | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi |  |
| 4. | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych |  |
| 5. | Możliwość wyboru protokołu w zależności od miejsca aplikacji – klasyfikacja  protokołów w grupach anatomicznych |  |
| 6. | Funkcja ulubione – umożliwiająca szybkie uruchomienie programu  terapeutycznego |  |
| 7. | Możliwość zdefiniowania minimum 8 programów terapeutycznych dostępnych jednocześnie na ekranie ulubione |  |
| 8. | Pokrętło nawigacyjne umożliwiające szybkie poruszanie się po menu aparatu |  |
| 9. | Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów i czasów  terapii |  |
| 10. | Dostępne prądy:  Galwaniczny,  Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS, CP-ISO),  Träberta, Faradaya, NPHV  Sekwencje, Neofaradyczny,  Rosyjska stymulacja - prąd Kotza  Impulsy trapezoidalne Impulsy stymulujące Impulsy prostokątne Impulsy trójkątne Impulsy eksponencjalne  Impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym  Impulsy łączone  Impulsy Przerywane  TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty),  2-polowa interferencja 4-polowa interferencja  Izoplanarne pole wektorowe Fale o średniej częstotliwości HVT  Impulsy IG  Modulowany prąd impulsowy Prąd VMS  Prąd Kotza  EPIR  Prąd Leduca Fale H Mikroprądy  Stymulacja spastyczna wg Hufschmidta Stymulacja spastyczna wg Jantscha  Elektrodiagnostyka |  |
| 11. | Prosta zmiana polaryzacji elektrod |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12. | Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv) |  |
| 13. | Programowalne sekwencje (zestawy) prądów |  |
| 14. | Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny,  współczynnik akomodacji. |  |
| 15. | Test jakości elektrod |  |
| 16. | Współpraca z aparatem podciśnieniowym VAC |  |
| 17. | Sygnały dźwiękowe |  |
| 18. | Kontrola kontaktu elektrod ze skórą |  |
| 19. | Regulacja kontrastu ekranu |  |
| 20. | Możliwość zmiany kolorów ekranu |  |
| 21. | Podgląd (interpretacja graficzna) płynącego prądu |  |
| 22. | Płynna modyfikacja parametrów prądów |  |
| 23. | Sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150) |  |
| 24. | Historia ostatnich 20 zabiegów |  |
| 25. | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe  diagnozy) |  |
| 26. | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych  (minimum 500) |  |
| 27. | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi z dokładnie  opisanymi jednostkami chorobowymi i zalecaną systematyką prowadzenia zabiegów (ilość, częstotliwość) |  |
| 28. | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych |  |
| 29. | Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie |  |
| 30. | Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączanie |  |
| 31. | Wielojęzyczne menu |  |
| 32. | Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów elektroterapii |  |
| 33. | Identyfikacja i test akcesoriów |  |
| 34. | Kolumna jezdna aparatu na gumowanych kółkach w tym dwa z hamulcami,  wyposażona w 6 otwieranych uchylnie schowków umożliwiająca jednoczesne bezpieczne zainstalowanie aparatu oraz aparatu podciśnieniowego |  |
| 35. | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim |  |
| 36. | Klasa bezpieczeństwa II ( wg IEC 536 ) |  |
| 37. | Zasilanie 100-240v , 50-60 Hz |  |
| 38. | Wymiary 380 x 190 x 260 mm |  |
| 39. | Autoryzacja serwisowa producenta |  |
| 40. | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności z CE dołączony do oferty |  |

UWAGI:

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego**

parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

1. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

…………………………….

Podpis Wykonawcy