**Parametry techniczno-użytkowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **Spełnia war. graniczne** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE POJAZDU** | | | |
| 1 | Samochód fabrycznie nowy  (podać markę i model) | X |  |
| 1. **NADWOZIE** | | | |
| 1 | Typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony | TAK |  |
| 2 | Maksymalna długość całkowita pojazdu do 5550 mm | TAK |  |
| 3 | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą | TAK |  |
| 4 | Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 270 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł (podać kąt otwarcia drzwi) | TAK |  |
| 5 | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z dodatkowym wewnętrznym uchwytem, z otwieraną szybą, Przy prawych drzwiach przesuwnych do przedziału medycznego stopień automatycznie chowany (obrotowy) przy zamykaniu drzwi. Kąt obrotu stopnia min. 90°. Możliwość ręcznego włączania i wyłączania stopnia przyciskiem umieszczonym na słupku przy drzwiach prawych przesuwnych do przedziału medycznego. | TAK |  |
| 6 | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | TAK |  |
| 7 | Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny | TAK |  |
| 8 | Kolor nadwozia fabryczny - żółty RAL 1016 zgodnie z PN EN 1789, objęty gwarancją producenta pojazdu bazowego. | TAK |  |
| 9 | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami zewnętrznego schowka) sterowany pilotem | TAK |  |
| 10 | Autoalarm | TAK |  |
| 11 | Immobilizer | TAK |  |
| 12 | Przystosowany do przewozu min. 4 osób personelu medycznego wraz z kierowcą w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach (podać ilość osób) | TAK |  |
| 13 | Zewnętrzny schowek (tj. podświetlony, odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu) o wymiarach umożliwiających montaż w nim co najmniej dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami tlenowymi, krzesełka kardiologicznego, deski ortopedycznej dla dorosłych, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz dwóch kasków, miejsce na plecak, torby medyczne | TAK |  |
| 14 | Okna w przedziale medycznym w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą | TAK |  |
| 15 | Izolacja termiczna i akustyczna ścian | TAK |  |
| 16 | Fabryczny zbiornik paliwa o pojemności powyżej 100 litrów pozwalający na duży zasięg ambulansu. Fabryczny tzn. montowany przez producenta samochodu bazowego. | TAK |  |
| 17 | Wizualna sygnalizacja niedomkniętych drzwi w Ambulansie z wyświetlaniem w desce rozdzielczej które drzwi są otwarte | TAK |  |
| 18 | Fotel kierowcy regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem | TAK |  |
| 19 | Fotel pasażera regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem | TAK |  |
| 20 | Przednie i boczne poduszki powietrzne kierowcy i pasażera | TAK |  |
| 21 | Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy | TAK |  |
| 22 | Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne z wbudowanym kierunkowskazem | TAK |  |
| 23 | Fabryczny radioodtwarzacz z wyświetlaczem. Możliwość podłączenia telefonu bezprzewodowo. Obsługa radia i telefonu za pomocą przycisków w kolumnie kierownicy. Fabryczny tzn. montowany przez producenta pojazdu bazowego. | TAK |  |
| 24 | Fabryczne reflektory przednie z funkcją doświetlania zakrętów zintegrowane z reflektorami przednimi. Fabryczne tzn. montowane przez producenta samochodu bazowego. | TAK |  |
| 25 | Światła przeciwmgielne przednie | TAK |  |
| 26 | Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy z filtrem przeciw pyłkowym | TAK |  |
| 27 | Minimum dwa fabryczne gniazda 12V w kabinie kierowcy oraz jedno gniazdo USB | TAK |  |
| 28 | Czujnik światła | TAK |  |
| 29 | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów | TAK |  |
| 30 | Drzwi przednie ze schowkami min. 4 | TAK |  |
| 1. **SILNIK I NAPĘD** | | | |
| 1 | Turbodiesel o pojemności min. 2200 cm³ max 2500 cm3 | TAK |  |
| 2 | Spełniający wymagania normy Euro 6 | TAK |  |
| 3 | Moc silnika min. 125 kW (podać moc w KM oferowanego silnika oraz moment obrotowy w Nm.) | TAK |  |
| 4 | Skrzynia biegów manualna synchronizowana min. 6 przełożeń (podać ilość biegów) | TAK |  |
| 5 | Napęd wałka rozrządu za pomocą łańcucha (nie dopuszcza się napędu za pomocą paska ze względu na dużą usterkowość) | TAK |  |
| 6 | System odzyskiwania energii podczas zwalniania i hamowania | TAK |  |
| 7 | Napęd na koła przednie lub 4 x 4 (podać) | TAK |  |
| 8 | System Start/Stop | TAK |  |
| 9 | System zapobiegający poślizgowi kół napędowych ASR lub równoważny | TAK |  |
| 10 | Zużycie energii max. 2,6 MJ/km (podać zużycie paliwa w l/100km w cyklu łączonym, według Świadectwa Zgodności WE dla pojazdu kompletnego N1) | TAK |  |
| 11 | Emisja dwutlenku węgla (CO2)w cyklu łączonym max 200 g/kmzmierzona według procedury ustalonej dla celów badań homologacyjnych, a w przypadku pojazdów nieobjętych tą procedurą — określoną według innej metody pomiaru emisji, zapewniającej porównywalność ofert;(podać wartość emisji CO2 w g/km) | TAK |  |
|  |  |  |  |
| 1. **UKŁAD HAMULCOWY** | | | |
| 1 | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania wraz z elektronicznym korektorem siły hamowania np. EBV | TAK |  |
| 2 | Wspomaganie układu hamulcowego | TAK |  |
| 3 | System wspomagania nagłego hamowania | TAK |  |
| 4 | System rozdziału siły hamowania | TAK |  |
|  | 1. **UKŁAD KIEROWNICZY** | | |
| 1 | Ze wspomaganiem | TAK |  |
| 2 | Regulowana kolumna kierownicy | TAK |  |
| 1. **ZAWIESZENIE** | | | |
| 1 | System elektronicznej stabilizacji toru jazdy ESP lub równoważny | TAK |  |
| 2 | Zawieszenie zapewniające stabilną, bezpieczną i komfortową jazdę | TAK |  |
| 1. **KOŁA I OGUMIENIE** | | | |
| 1 | Rozmiar felg min. 16 cali | TAK |  |
| 2 | Dodatkowy komplet kół (felgi stalowe z oponami zimowymi (4 szt.) | TAK |  |
| 1. **OGRZEWANIE I WENTYLACJA PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | |
| 1 | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik | TAK |  |
| 2 | Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230V z termostatem o mocy min. 2,1 kW | TAK |  |
| 3 | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania typu powietrznego o mocy min. 5,0 kW – umożliwiający dodatkowo ogrzewanie wnętrza pojazdu do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem silnika | TAK |  |
| 4 | Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę (podać wydajność w m3/godzinę) | TAK |  |
| 5 | Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego; | TAK |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | |
| 1 | Wzmocniony alternator min. 185 A | TAK |  |
| 2 | Dwa akumulatory Pojemność pojedynczego akumulatora min. 80 Ah -jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230 V - widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregokolwiek (podać pojemność akumulatorów) | TAK |  |
| 3 | Zasilanie zewn. 230 V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym. Układ automatycznej ładowarki sterowanej procesorem zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie obu akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów- widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory podczas postoju. | TAK |  |
| 4 | Grzałka w bloku silnika do utrzymywania temperatury płynu chłodniczego pow. Temperatury otoczenia po podłączeniu do sieci zewnętrznej 230V | TAK |  |
| 5 | Minimum 3 gniazda 230 V w przedziale medycznym z bezpiecznikami zabezpieczającymi | TAK |  |
| 6 | Gniazda zasilające 12V (min. 4) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem, wyposażone we wtyki (podać ilość gniazd 12V) | TAK |  |
| 1. **OZNAKOWANIE POJAZDU** | | | |
| 1 | W przedniej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory typy LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz wyświetlacz LED z napisem AMBULANS. Sygnalizacja świetlna (wraz z reflektorami oraz wyświetlaczem LED) powinna być wbudowana w nadwozie pojazdu (zespolona z nadwoziem jednym kloszem) tworząc jedną bryłę. | TAK |  |
| 2 | 4 niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej | TAK |  |
| 3 | Niebieskie lampy pulsacyjne LED barwy niebieskiej, zamontowane na błotnikach przednich | TAK |  |
| 4 | W tylnej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania pola za pojazdem. Sygnalizacja świetlna (wraz z reflektorami) powinna być wbudowana w nadwozie pojazdu (zespolona z nadwoziem jednym kloszem) tworząc jedną bryłę | TAK |  |
| 5 | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu | TAK |  |
| 6 | Dodatkowe lampy obrysowe zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia | TAK |  |
| 7 | Pas mikropryzmatyczny barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas mikro pryzmatyczny barwy czerwonej pod niebieskim | TAK |  |
| 8 | Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu | TAK |  |
| 9 | Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. | TAK |  |
| 10 | Logotyp/nazwa Zamawiającego po uzgodnieniu | TAK |  |
| 1. **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | |
| 1 | Światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego | TAK |  |
| 2 | Oświetlenie punktowe (regulowane punkty świetlne LED nad noszami w suficie) | TAK |  |
| 3 | Włączenie /wyłączenie oświetlenia (min. jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego | TAK |  |
| 4 | Dodatkowe oświetlenie punktowe LED zainstalowane nad blatem roboczym | TAK |  |
| 5 | Oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnym włącznikiem | TAK |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | |
| 1 | Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów (w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na zamek szyfrowy schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami), zamykane i podświetlone półki górne na prawej i lewej ścianie, zamykane przeźroczystymi drzwiczkami. Nie dopuszcza się montowania szufladek w górnym ciągu szafek. | TAK | . |
| 2 | Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania plecaka ratowniczego lub torby medycznej z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną | TAK |  |
| 3 | Min. 4 chwyty do kroplówek mocowane w suficie (podać na ile sztuk) | TAK |  |
| 4 | Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia | TAK |  |
| 5 | Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga (o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu (podać markę i model podstawy oraz załączyć folder wraz z opisem). Nie dopuszcza się sterowania elektrycznego z uwagi na możliwość usterki związanej z brakiem zasilania. | TAK |  |
| 6 | Na ścianie lewej - panele montażowe do sprzętu medycznego wykonane z blachy, regulowane | TAK |  |
| 7 | Szczegóły dotyczące zabudowy przedziału medycznego (szafki, rozmieszczenie sprzętu, dodatkowe uchwyty) zostaną ustalone po podpisaniu umowy. TAK | TAK |  |
| 1. **PANEL STERUJĄCY** | |  |  |
| 1 | - informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu | TAK |  |
| 2 | - z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) |  |
| 3 | - informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu |  |
| 4 | - sterujący oświetleniem przedziału medycznego |  |
| 5 | - sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego |  |
| 6 | - zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury |  |
| 7 | -Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego |  |
| 1. **CENTRALNA INSTALACJA TLENOWA** | | | |
| 1 | Min. 2 punkty poboru typu AGA na ścianie lewej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej | TAK |  |
| 2 | Punkt poboru na suficie typu AGA z wtykiem do podłączeń zewnętrznych | TAK |  |
| 3 | Dwie butle tlenowe o pojemności 10 l, z reduktorami, w schowku zewnętrznym | TAK |  |
| 4 | Przepływomierz 0-15 l/min | TAK |  |
| 1. **OŚWIETLENIE SPECJALNE** | | | |
| 1 | Oświetlenie zewnętrzne LED z trzech stron pojazdu (tył i boki) ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i przedziału medycznego | TAK |  |
| 1. **SYGNALIZACJA DŹWIĘKOWA** | | | |
| 1 | Sygnał dźwiękowy modulowany | TAK |  |
| 2 | Sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej (podać markę i model) z dodatkowym włącznikiem przy dźwigni zmiany biegów | TAK |  |
| 1. **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | | | |
| 1 | Kabina kierowcy przystosowana do zainstalowania radiotelefonu przewoźnego | TAK |  |
| 2 | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu | TAK |  |
| 3 | Wmontowana dachowa antena do podłączenia radiotelefonu o parametrach: | TAK |  |
| * 3.1 | -    zakres częstotliwości 168-170 MHz |  |
| * 3.2 | -    impedancja wejścia 50 Ohm |  |
| * 3.3 | -    współczynnik fali stojącej 1,6 |  |
| * 3.4 | -    charakterystyka promieniowania dookólna |  |
| * 3.5 | -    zamontowana w sposób umożliwiający |  |
| * 3.6 | - serwisowanie |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | |
| 1 | Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki | TAK |  |
| 2 | Urządzenie do wybijania szyb | TAK |  |
| 3 | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym | TAK |  |
| 4 | Kosz na śmieci min. 2 szt. | TAK |  |
| 5 | Nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa | TAK |  |
| 6 | Kamera cofania i przedziału medycznego z wyświetlaczem w kabinie kierowcy | TAK |  |
| 1. **KABINA KIEROWCY WYPOSAŻONA W PANEL STERUJĄCY** | | | |
| 1 | - informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych | TAK |  |
| 2 | - informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V |  |
| 3 | - informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy |  |
| 4 | - informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |
| 5 | - ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |
| 6 | - sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych pneumatycznych |  |
| 7 | -wyświetlacz w technologii LCD |  |
| 8 | -Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego | - |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** | | | |
| 1 | Długość przedziału medycznego min. 300 cm (podać długość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
| 2 | Szerokość przedziału medycznego min. 170 cm (podać szerokość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
| 3 | Wysokość przedziału medycznego min.182 cm (podać wysokość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
| 4 | Jedno obrotowe o kąt min. 90o miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki, ze składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1 | TAK |  |
| 5 | Fotel u wezgłowia noszy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy, ze składanym do pionu siedziskiem z pasem trzypunktowym bezwładnościowym | TAK |  |
| 6 | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne | TAK |  |
| 7 | Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian | TAK |  |
| 8 | Ściany boczne, sufit z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym | TAK |  |
| 9 | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami); | TAK |  |
| 10 | Ampulatorium pleksowe zamontowane na zewnątrz szafek lub półek | TAK |  |
| 11 | Miejsce mocowania defibrylatora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt Zamawiającego) | TAK |  |
| 12 | Miejsce mocowania respiratora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt wykonawcy) | TAK |  |
| 13 | Miejsce mocowania pompy infuzyjnej (uchwyt wykonawcy) | TAK |  |
| 14 | Ogrzewacz płynów infuzyjnych ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min. 3 litry z termoregulatorem zabezpieczającym płyny przed przegrzaniem | TAK |  |
|  | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu | TAK |  |
| 15 | Załączyć świadectwo homologacji typu pojazdu WE na pojazd skompletowany jako – M1 (bez załączników). | TAK |  |

**SPRZĘT MEDYCZNY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **NOSZE GŁÓWNE** | | | |
| 1. | Podać markę, model |  |  |
| 2. | przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym | TAK |  |
| 3. | nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; | TAK |  |
| 4. | z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami powyżej 85 stopni; | TAK |  |
| 5. | rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak; | TAK |  |
| 6. | z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; | TAK |  |
| 7. | z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służącej do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej – podać markę i model załączyć folder wraz z opisem oraz potwierdzenie producenta o kompatybilności z zaoferowanymi noszami transportowymi; | TAK |  |
| 8. | nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą; | TAK |  |
| 9. | z poręczami bocznymi składanymi w sposób ergonomiczny prostopadle do osi wzdłużnej noszy | TAK |  |
| 10. | Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy. Dodatkowy zestaw rączek bocznych służący do przenoszenia noszy przy transporcie pacjentów o znacznej wadze. (ciężar jednostkowy przenoszony przez jedna osobę musi być zgodny z Kodeksem Pracy oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej dnia 18 marca 2009 r. (Dz. U. Nr 56, poz. 462) w sprawie bhp przy pracach ręcznych transportowych dla pracy dorywczej). | TAK |  |
| 11. | z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy; | TAK |  |
| 12. | nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi; | TAK |  |
| 13. | z cienkim niesprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nieprzyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; | TAK |  |
| 14. | wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy | TAK |  |
| 15. | obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 220 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | TAK |  |
| 16. | waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg); | TAK |  |
| 1. **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH** | | | |
| 1. | Podać markę, model |  |  |
| 2. | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami, umożliwiający wprowadzenie noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy | TAK |  |
| 3. | regulację wysokości w min sześciu poziomach | TAK |  |
| 4. | możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia) | TAK |  |
| 5. | wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150mm, wszystkie koła jezdne skrętne w zakresie 360 stopni umożliwiające jazdę na wprost oraz prowadzenie bokiem z możliwością automatycznej blokady kierunku do jazdy wprost; wszystkie kółka jezdne umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach). Podać średnicę kółek w mm) | TAK |  |
| 6. | min. 2 kółka tylne wyposażone w hamulce | TAK |  |
| 8. | blokada zabezpieczająca przed samoczynnym opadnięciem noszy w dół w przypadku niekontrolowanego zwolnienia mechanizmu składającego podwozie, sygnalizacja stanu blokady lub jej braku na panelu kontrolnym | TAK |  |
| 9. | obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 230 kg | TAK |  |
| 10. | transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznie elementy związane z jego obsługą | TAK |  |
| 11. | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie go środkami antykorozyjnymi | TAK |  |
| 12. | waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg); | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| 1. **Deska ortopedyczna dla dorosłych** | | | |
| 1. | Podać markę, model |  |  |
| 2. | wykonana z tworzywa sztucznego o dużej wytrzymałości, odporna na urazy mechaniczne, niskie i wysokie temperatury, substancje ropopochodne, zwężona od strony nóg ułatwiająca manewrowanie w ciasnych przestrzeniach | TAK |  |
| 3. | gładka, płaska powierzchnia leża pacjenta, | TAK |  |
| 4. | z możliwością prześwietlania promieniami X, | TAK |  |
| 5. | uchwyty do przenoszenia – min 16 szt. rozmieszczone na obwodzie deski, zdystansowane od podłoża, | TAK |  |
| 6. | pasy zabezpieczające dwuczęściowe min 4 sztuki z możliwością regulacji długości zakończone metalowymi obrotowymi karabińczykami, zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza, | TAK |  |
| 7. | system unieruchomienia głowy składający się z podkładki pod głowę mocowanej do deski ortopedycznej, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami usznymi + min. dwa paski mocujące głowę | TAK |  |
| 8. | dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg, | TAK |  |
| 10. | długość min 180 cm | TAK |  |
| 11. | szerokość min 45 cm | TAK |  |
| 12. | ciężar deski max 8 kg | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Respirator karetkowy** | | | |
| 1. | Podać markę, model | TAK |  |
| 2. | transportowy, zasilany pneumatycznie wyłącznie ze źródła sprężonego tlenu o ciśnieniu 280 - 600 kPa +/- 10%; z zużyciem tlenu do sterowania pracą respiratora do 60ml/cykl | TAK |  |
| 3. | temperatura pracy: - 10 do + 50ºC | TAK |  |
| 4. | tryby pracy CMV i CMV/Demand | TAK |  |
| 5. | przepływ gazu w trybie automatycznym w zakresie minimalnym od 8 do 35 l/min; | TAK |  |
| 6. | alarm dźwiękowy przekroczenia ciśnienia granicznego w drogach oddechowych | TAK |  |
| 7. | min 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej | TAK |  |
| 8. | częstość oddechów regulowana w zakresie minimalnym od 8/min do 40/min; | TAK |  |
| 9. | objętość oddechowa regulowana w zakresie zapewniającym wentylację dorosłych i dzieci od 10 kg (podać zakres regulacji objętości oddechowej); | TAK |  |
| 10. | zastawka bezpieczeństwa regulowana | TAK |  |
| 11. | sygnalizacja spadku ciśnienia zasilania; | TAK |  |
| 12. | manometr ciśnienia w drogach oddechowych; | TAK |  |
| 13. | przewód zasilający z wtykiem AGA; | TAK |  |
| 14. | wielorazowy, przystosowany do sterylizacji przewód pacjenta zakończony zastawką pacjenta umożliwiającą podłączenie maski lub rurki intubacyjnej; | TAK |  |
| 15. | zastawka PEEP zintegrowana regulowana w zakresie od 0 do min 20 cm H2O; | TAK |  |
| 16. | z uchwytem ściennym do ambulansu zgodnym z wymogami polskiej normy PN EN 1789; | TAK |  |
| 17. | Zestaw tlenowy (torba, butla 2,7 l, reduktor z przypływomierzem) | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| 1. **Unieruchomienie pediatryczne** | | | |
| 1. | Podać markę, model |  |  |
| 2. | do zastosowania dla dzieci w przedziale 2-10 lat | Tak |  |
| 3. | min. 4 uchwyty do przenoszenia oraz min 2 pętle do mocowania do noszy | Tak |  |
| 4. | wbudowane unieruchomienie głowy | Tak |  |
| 5. | system różnokolorowych pasów zabezpieczających | Tak |  |
| 6. | prześwietlne dla promieni X | Tak |  |
| 7. | wymiary minimalne (dł. X szer.) 120x20 | Tak |  |
| 8. | waga do 3 kg | Tak |  |
| 9. | udźwig min. 40 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Nosze płachtowe** | | | |
| 1. | Podać markę, model |  |  |
| 2. | wykonana z mocnego materiału winylowego | Tak |  |
| 3. | min. 8 rączek do przenoszenia | Tak |  |
| 4. | z zakładkami zapobiegającymi wysunięciu pacjenta, w zakładkach otwory do odprowadzania wody | Tak |  |
| 5. | nie wchłaniająca brudu, krwi, płynów i substancji ropopochodnych | Tak |  |
| 6. | min długość 200 cm | Tak |  |
| 7. | min. Szerokość 100 cm | Tak |  |
| 8. | waga do 2,5 kg' | Tak |  |
| 9. | udźwig min. 360 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Ssak akumulatorowo-sieciowy** | | | |
| 1. | Podać markę, model |  |  |
| 2. | zasilanie sieciowe z instalacji 12V ambulansu, ładowanie akumulatora z sieci 12V ambulansu poza uchwytem ściennym, zasilanie akumulatorowe gwarantujące min 40 minut pracy ciągłej z max obciążeniem, w kpl. z uchwytem ściennym zgodnym z normą PN EN 1789 z funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora w trakcie ruchu ambulansu po wpięciu ssaka do uchwytu poprzez podłączony uchwyt do instalacji, wbudowany w ssak wskaźnik poziomu naładowania akumulatora | TAK |  |
| 3. | z regulacją płynną siły ssania w zakresie od 0 do 80kPa (0-800mBar), o przepływie do min. 30L/min, wyposażony w słój wielorazowy o poj. min. 1 L z możliwością stosowania wkładów jednorazowych, z torbą ochronną wyposażona w kieszenie na akcesoria, wyposażonym w uchwyt do przenoszenia ssaka | TAK |  |
| 4. | Waga ssaka kpl. max 4,7 kg | TAK |  |
| 5. | Temperatura pracy i przechowywania zgodna z normą | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Nosze podbierakowe** | | | |
| 1. | Podać markę, model |  |  |
| 2. | łopaty wykonane z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed wnikaniem krwi, płynów ustrojowych | TAK |  |
| 3. | system podwójnego zamka zabezpieczający nosze przed przypadkowym rozdzieleniem łopat przez obsługę lub wyposażone w dodatkowy system zabezpieczający nosze przed rozdzieleniem przypadkowym łopat w trakcie transportu pacjenta (opisać dodatkowy system zabezpieczający) | TAK |  |
| 4. | wielostopniowa regulacja długości | TAK |  |
| 5. | możliwość złożenia do transportu w połowie długości | TAK |  |
| 6. | posiadające min. 5 zdystansowanych od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia umieszczonych na dłuższej stronie łopat | TAK |  |
| 7. | umożliwiające montaż systemu unieruchomienia głowy. | TAK |  |
| 8. | posiadające min. 3 pasy zabezpieczające mocowanie pacjenta do noszy. | TAK |  |
| 9. | obciążenie dopuszczalne powyżej 150 kg | TAK |  |
| 10. | waga noszy do max 10 kg | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Kamizelka KED** | | | |
| 1. | Podać markę, model |  |  |
| 2. | zapewnia całkowitą stabilizację kręgosłupa na całej jego długości oraz umożliwia swobodny dostęp do klatki piersiowej | TAK |  |
| 3. | Kształt kamizelki uniemożliwia nieprawidłowe założenie, wyposażona w różnokolorowe, wbudowane pasy spinające | TAK |  |
| 4. | 3 uchwyty ułatwiające wyciąganie i przenoszenie poszkodowanego | TAK |  |
| 5. | przenikliwa dla promieni X | TAK |  |
| 6. | poduszka wypełniająca anatomiczne krzywizny ciała | TAK |  |
| 7. | 2 pasy stabilizujące głowę (nylonowe) dopinane na tzw. rzep | TAK |  |
| 8. | pokrowiec-torba transportowa | TAK |  |
| 9. | obciążenie dopuszczalne powyżej 225 kg | TAK |  |
| 10. | waga do max 3,5 kg | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dodatkowe wyposażenie medyczne** | | | |
| 1. | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa z kolorowym wyświetlaczem i stacją dokującą(podać markę, model) | TAK |  |
| 2. | Urządzenie do wspomagania resuscytacji – uciskania klatki piersiowej z pomocą pasa, automatycznie dopasowującego się do obwodu klatki piersiowej (nie dopuszcza się stosowania tłoka ze względu na ryzyko urazu pacjenta)- podać markę oraz model.  W zestawie kompatybilna „deska” pod plecy resuscytowanego stanowiąca podkład usztywniający, pozwalający prowadzić uciski na miękkim podłożu(podać markę, model). | TAK |  |