**Załącznik nr 1-A-1 do SIWZ**

**(do zadania nr 1)**

**Wymagane parametry graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pakiet do krioablacji**  | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych****warunków**  |
| 1. **1**
 | Cewnik balonowy do krioizolacji okrążającej żyły płucne |  |
| 1.1. | Współpraca z kriokonsolą zaoferowaną prze Wykonawcę |  |
| 1.2. | Średnica balonu 23-28mm |  |
| 1.3. | Kanał wewnętrzny cewnika balonowego umożliwiający wprowadzenie prowadnika o średnicy 0,032-0,035 cala |  |
| 1. **2**
 | Koszulka długa sterowalna do cewników balonowych |  |
| 2.1 | Kompatybilność z cewnikiem balonowym do krioizolacji okrążającej żyły płucne |  |
| 2.2 | Średnica wewnętrzna 12F |  |
| 2.3 | Długość użytkowa co najmniej 65cm |  |
| 2.4 | Kanał wewnętrzny rozszerzacza umożliwiający wprowadzenie prowadnika o średnicy 0,032-0,035 cala |  |
| 2.5 | Zagięcie końca koszulki co najmniej do 135 stopni |  |
| 1. **3**
 | Kabel gazowy do kriokonsoli |  |
| 3.1 | Kabel sterylny w jednorazowym opakowaniu kompatybilny z zaoferowaną kriokonsolą |  |
|  | Kabel elektryczny do kriokonsoli |  |
| 4.1 | Kabel sterylny w jednorazowym opakowaniu kompatybilny z zaoferowaną kriokonsolą |  |
|  | Kriokonsola |  |
| 5.1 | Uniwersalna konsola do krioablacji umożliwia wykonywanie krioablacji przy użyciu cewników punktowych 7Fr i 9 Fr oraz cewników balonowych 10,5 Fr o średnicy balonu 23 mm i 28 mm. |  |
| 5.2 | Możliwość wykonywania krioablacji punktowych, kriomapingu oraz krioablacji balonowych migotania przedsionków. |  |
| 5.3 | Obrazowanie na monitorze w sposób bezpośredni temperaturowego  i czasowego przebiegu krioaplikacji. |  |
| 5.4 | Możliwość wprowadzania danych dotyczących pacjenta i procedury. |  |
| 5.5 | Zapamiętywanie danych pacjenta i procedury w postaci numerycznej i graficznej. |  |
| 5.6 | Możliwość archiwizacji danych na pendriv-ie. |  |
| 5.7 | Możliwość przeglądu przebiegów wykonanych procedur dla każdego pacjenta. |  |
| 5.8 | Automatyczne testowanie systemu po załączeniu zasilania sieciowego |  |
| 5.9 | Kolorowy monitor z funkcją dotykową „touch screen” umożliwiającą obsługę funkcjonalną konsoli do krioablacji. |  |
| 5.10 | Monitor z możliwością regulacji wysokości i nachylenia ekranu. |  |
| 5.11 | Łatwość transportu – zamontowane w podstawie kółka obrotowe z możliwością blokady typu zatrzymanie oraz blokadą kierunku transportu. |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

……............................. ……........................................................

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu

**Załącznik nr 1-A-2 do SIWZ**

**(do zadania nr 2)**

**Wymagane parametry graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Cewnik diagnostyczny 4-biegunowy o stałej krzywiźnie** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  | **Parametry graniczne.** |  |
| 1.1. | Średnice cewnika:5 F6 F |  |
| 1.2. | Długość użytkowa min. 110 cm (dla cewników 5F dopuszczalna długość minimalna 80 cm) |  |
| 1.3. | Dostępne krzywizny: JOSEPHSON, COURNAND, DAMATO, HIS |  |
| 1.4. | Pierścienie 2 mm |  |
| 1.5. | Odstępy między pierścieniami 2 – 5 – 2 mm |  |
| 1.6. | Elektrody wykonane z platyny |  |
| 1.7. | Cewniki wykonane z materiału tłumiącego drgania (np. stabilne lub równoważne) |  |
| 1.8**.** | Wybór cewników musi obejmować wersję 5F z miękką końcówką dla pacjentów pediatrycznych |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty**

……............................. ……........................................................

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu

**Załącznik nr 1-A-3 do SIWZ**

**(do zadania nr 3)**

**Wymagane parametry graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zestaw do transseptalnego wprowadzania cewników do mapingu żył płucnych (dla dorosłych)** **(typu Fast – Cath, Swartz SL 0, Preface lub równoważny)** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  | Parametry graniczne |  |
| 1.1. | W skład zestawu wchodzi koszulka (*sheath*), rozszerzacz (*dilator*) i prowadnik (*guidewire*) |  |
| 1.2. | Zestaw nadaje się do współpracy z igłą transseptalną Brockenbrough dla dorosłych (zagiętą) |  |
| 1.3. | Długość użytkowa koszulki: co najmniej 62 cm i rozszerzacz o długości: co najmniej 67cm |  |
| 1.4. | Rozmiar koszulki: 8F |  |
| 1.5. | Koszulka wyposażona w zastawkę hemostatyczną, boczny dren do przepłukiwania (z kranikiem trójdrożnym) |  |
| 1.6. | Końcowy odcinek koszulki jest zagięty pod kątem 30–55° |  |
| 1.7. | Koszulka (lub samo jej zakończenie wewnątrzsercowe) jest widoczna w obrazie skopii rentgenowskiej (radiopaque) |  |
| 1.8. | Atraumatyczna końcówka |  |
| 1.9. | Wewnętrzna średnica rozszerzacza jest odpowiednia dla prowadnika 0,032” i igły 18G |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty**

……............................. ……........................................................

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu

**Załącznik nr 1-A-4 do SIWZ**

**(do zadania nr 4)**

**Wymagane parametry graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Igła do nakłuć transseptalnych(dla dorosłych)typ Brockenbrough** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych****warunków**  |
| 1.1. | Średnica zewnętrzna igły 18 G |  |
| 1.2. | Długość użytkowa minimum 71 cm |  |
| 1.3. | Uchwyt ze wskaźnikiem kierunku zagięcia igły |  |
| 1.4. | Wewnętrzny kanał igły zawierający ruchomy mandryn (stylet) wysuwany poza końcówkę igły |  |
| 1.5. | Igła w całości wraz z mandrynem wykonane ze stali nierdzewnej |  |
| 1.6. | Dostępność co najmniej dwóch krzywizn |  |
| 1.7. | Igła wyposażona w kranik |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

……............................. ……........................................................

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu

**Załącznik nr 1-A-5 do SIWZ**

**(do zadania nr 5)**

**Wymagane parametry graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Prowadnik**  | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych****warunków**  |
| 1.1. | Prowadnik 0,032 x 200 cm |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

……............................. ……........................................................

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu