|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAM_REGIONALNY** | herbWOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE |  |  |

 **ZP/UR/11/2015 Załącznik nr 1.1 do siwz – modyfikacja z dn. 25.03.2015r**

**Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia**

**Zadanie 3: Dostawa zestawu platform siłowych umożliwiających obiektywną ocenę zaburzeń równowagi i stabilności ciała na podłożu stabilnym i niestabilnym w różnych warunkach otoczenia i oddziaływania różnych bodźców.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu zamówienia**  | **Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)** |
|  |  |
| ***Pozycja nr 1*** Zestaw platform siłowych umożliwiający obiektywną ocenę zaburzeń równowagi i stabilności ciała na podłożu stabilnym i niestabilnym, w różnych warunkach otoczenia i oddziaływania różnych bodźców |  |
| **Lp.** | **Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia** | **Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia** | **Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1. | System do obiektywnej oceny metodą komputerowej posturografii dynamicznej, realizujący testy organizacji sensorycznej oraz testy koordynacji ruchowej które obejmują: ocenę ilościową informacji z układów wzrokowego, przedsionkowego oraz somatosensorycznego; ocenę ilościową ośrodkowych mechanizmów integrujących wyboru odpowiedniego(ich) zmysłu(ów) orientacji, ocenę ilościową odpowiednich czynnościowo strategii ruchu w różnych zadanych i kontrolowanych układach, ocenę ilościową wykonawczych mechanizmów ruchowych wytwarzających w odpowiednim czasie skuteczne ruchy dotyczące postawy ciał, testy organizacji sensorycznej i koordynacji ruchowej, testy położenia środka ciężkości oraz limitów stabilności, testy analizy strategii (stawu biodrowego i skokowego, testy oceny przemieszczania środka ciężkości. | TAK / NIE | XXXX |
| 2. | Zestaw platform siłowych powinien umożliwiać obiektywną ocenę zaburzeń równowagi i stabilności ciała na podłożu stabilnym i niestabilnym, w różnych warunkach otoczenia i oddziaływania różnych bodźców. | TAK / NIE | XXXX |
| 3. | W zakresie oprogramowania zestaw powinien posiadać gotową pulę testów stosowanych w ocenie równowagi statycznej i dynamicznej ocenianej podczas siadania, wstawania, wchodzenia na schody, obracania się i innych. | TAK / NIE | XXXX |
| 4. | Oprogramowanie zestawu powinno zawierać testy organizacji sensorycznej, dokładności i stabilności wzrokowej i inne.  | TAK / NIE | XXXX |
| 5. | Zastosowane w urządzeniu oprogramowanie powinno pozwalać na prowadzenie treningu równowagi z wykorzystaniem biofeedbacku. | TAK / NIE | XXXX |
| 6. | W zestawie powinny znajdować się dwie płyty siłowe w tym jedna pozwalająca na ocenę równowagi w warunkach niestabilnego podłoża (obroty, wychylenia i przesunięcie) a druga statyczna mocowana w podłożu pozwalająca na wykonywanie testów w staniu, siadaniu i wstawaniu, chodu, wejścia i zajścia. | TAK / NIE | XXXX |
| 7. | W zestawie powinna być kabina pacjenta, system asekuracji jednostka gromadzenia danych pomiarowych, akcesoria do wszystkich testów równowagi. | TAK / NIE | XXXX |
| 8. | Do wszystkich testów powinny być dostępne normy. Wyniki testu, dane normatywne oraz wyniki nieprawidłowe powinny być jasno prezentowane na ekranie. Oferent powinien udokumentować przydatność systemu w praktyce klinicznej. | TAK / NIE | XXXX |
| 9. | W zestawie powinna się znajdować podwójna płyta siłowa, kabina pacjenta, długa płyta siłowa wraz z akcesoriami do testów, jednostka główna komputer z monitorem, drukarką i akcesoriami, programowania do prowadzenia badań i testów, czujnik żyroskopowy do oceny dokładności i stabilności fiksacji wzrokowej. Oraz wszystkie konieczne do funkcjo akcesoria. | TAK / NIE | XXXX |
|  | **podwójna płyta siłowa** |  |  |
| 10. | Minimalne wymiary płyty 45 cm x 45 cm ± 3 cm | XXXX |  |
| 11. | Maksymalne wychylenie płyty +/- 10 stopni | XXXX |  |
| 12. | Maksymalne przesunięcie płyty powinno wynosić +/- od 5 do 10 cm od jej środka | XXXX |  |
| 13. | Częstotliwość próbkowania powinna wynosić 90 ± 10 HZ.  | XXXX |  |
| 14. | Dopuszczalna waga badanego 190 ± 10 kg. | XXXX |  |
| 15. | Siła pionowa powyżej 1500 N na środku płyty | XXXX |  |
|  | **kabina pacjenta** |  |  |
| 16. | kabina pacjenta wraz z otoczeniem wzrokowym powinna pozwalać na wychylenie nie większe niż 15 stopni z maksymalną prędkością nie przekraczającą 20 stopni na sekundę. | XXXX |  |
|  17. | Kabina powinna być wyposażona w monitor LCD 15” z możliwością podłączenia do komputera sterującego. | XXXX |  |
| 18.  | Kabina powinna być wyposażona w system asekuracji badanego w trzech rozmiarach uprzęży. | XXXX |  |
| 19. | Wymiary kabiny powinny pozwalać na badanie pacjentów o wzroście do min. 190cm | XXXX |  |
|  | **Dodatkowa długa płyta siłowa** |  |  |
| 20 | Minimalne wymiary dł. 140 cm, szer. 40 cm, maksymalna wysokość 3 cm | XXXX |  |
| 21 | Maksymalne obciążenie do min. 200 kg | XXXX |  |
| 22 | Długa płyta siłowa powinna być wyposażona w drewnianą obudowę | TAK / NIE | XXXX |
| 23 | Do testów powinny w zestawie znajdować się podstawka typu kołyska, bloki do wspinania się, trójkątne klocki, cztery schodki. | TAK / NIE | XXXX |
| 24 | Zakres wykonywanych dynamicznych testów powinien odejmować test określający charakterystykę ruchu podczas wstawania, test określający charakterystykę chodu, test określający charakterystykę chodu „stópkami”, test określający charakterystykę chodu z obrotem, test określający charakterystykę wchodzenia i schodzenia ze schodków, test określający charakterystykę wykroku do przodu, test COG „Center of Gravity” – wykresy położenia środka ciężkości, test badania limitów stabilności, test rytmicznego przenoszenia ciężaru, test stania na jednej nodze. | TAK / NIE | XXXX |
| 25 | Urządzenie powinno umożliwiać określenie procentowego udziału ciężaru przenoszonego przez każda z nóg. Do wszystkich testów powinny być dostarczone dane normatywne dla różnych grup wiekowych. | TAK / NIE | XXXX |
|  | Oprogramowanie |  |  |
| 26 | Oprogramowanie badawczo-naukowe umożliwiające musi umożliwiać dowolne sterowanie płytą siłową (wychylenie albo ruch postępowy) oraz otoczeniem wzrokowym, ustawiania czasu badania i wielkości kursora, tworzenie własnych protokołów badawczych oraz tworzenie i wprowadzanie własnych danych normatywnych. | TAK / NIE | XXXX |
| 27 | System powinien być wyposażony w moduł rehabilitacji z biofeedback’iem umożliwiający definiowanie, prowadzenie i kontrolę treningu dla każdego pacjenta, trening służący wytworzeniu habituacji i kompensacji na podłożu ruchomym i w ruchomym otoczeniu wizualnym, trening w zamkniętym łańcuchu sekwencyjnym. System powinien pozwalać na dokumentowanie treningu oraz możliwość tworzenia codziennego raportu postępów | TAK / NIE | XXXX |
|  | **moduł do oceny dokładności i stabilności fiksacji wzrokowej** | TAK / NIE | XXXX |
| 28 | **moduł do oceny dokładności i stabilności fiksacji wzrokowej** powinien umożliwiać ocenę wpływu systemu przedsionkowo-ocznego pacjenta na umiejętność dokładnej percepcji obiektów w trakcie poruszania głową z określoną prędkością i w określonym kierunku oraz ocenę zakresu prędkości ruchów głowy w określonym kierunku przy którym pacjent jest w stanie zachować akceptowalny poziom ostrości wzrokowej. | TAK / NIE | XXXX |
| 29 | Urządzenie powinno być oparte na czułych czujnikach żyroskopowych pracujących w 3 osiach, mocowanych na głowie za pomocą komfortowej opaski | XXXX |  |
|  | Zestaw komputerowy i akcesoria. |  |  |
| 30 | System operacyjny powszechnie dostępny na rynku współpracujący z urządzeniem  | XXXX |  |
| 31 | monitor min. LCD 17" | XXXX |  |
| 32 | Drukarka do wydruku w kolorze. Transformator bezpieczeństwa. Pozostałe akcesoria klawiatura, mysz komputerowa, specjalny wózek jezdny pod komputer, monitor i drukarkę. | XXXX |  |
| 33 | Przedmiot zamówienia musi być dopuszczony do obrotu i odpowiadać wszelkim wymaganiom określonym ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 107 poz. 679), | TAK / NIE | XXXX |
|  | Szkolenia i gwarancje |  |  |
| 34 | Pełna gwarancja na wszystkie elementy zestawu min. 24 miesiące. \*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert | XXXX | \* |
| 35 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i zagwarantowanie serwisu urządzenia.. | TAK / NIE | XXXX |
| 36 | Wszystkie wymagane przez producenta oferowanego zestawu przeglądy w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca. | TAK / NIE | XXXX |
| 37 | Możliwość zgłoszenia serwisowego 24h/dobę, 365 dni w rokuCzas reakcji serwisowej –max. 72 godz. | TAK / NIE | XXXX |
| 38 | Czas naprawy-max. 21 dni – w przypadku dłuższego zapewnienie urządzenia zastępczego  | TAK / NIE | XXXX |
| 39 | dostarczenie, montaż i uruchomienie zestawu oraz instruktaż z obsługi urządzania pokrywa Wykonawca | TAK / NIE | XXXX |
| 40 | Darmowa aktualizacja oprogramowania aparatu | TAK / NIE | XXXX |

**UWAGA !!**

1. **W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.**
2. **W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.**
3. **W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.**
4. **Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.**
5. **Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.**

**Opis kryteriów wyboru oferty.**

**Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

A. Cena brutto oferty: 80%

B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące

Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 36 miesięcy lub więcej.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone.