**ZESTAW URZĄDZEŃ DO KINEZYTERAPII**

| Lp. | Nazwa/Opis przedmiotu zamówienia | Jm. | Ilość | Nazwa handlowa  urządzenia/zestawu, typ, model [[1]](#footnote-1) | Cena urządzenia PLN 1 | **TAK/ NIE [[2]](#footnote-2)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | *7.* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Zestaw urządzeń** zgodnie z opisem określonym w rozdz. I.1 | kpl | 1 | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… .  Rok prod. …………..…………….. .[[3]](#footnote-3) | Cena brutto:  ………………………………….……….  w tym  stawka VAT: ……....… % | xxx |
| **Zestaw urządzeń – 5 stanowiskowy z obsługą za pomocą kart chipowych, o jednostkowej powierzchni podstawy nie większej niż 1.60 x 1,60 m, sterowanych za pomocą jednej stacji fizjoterapeuty (obejmującej: stolik, komputer z monitorem), z oprogramowaniem umożliwiającym obiektywną diagnostykę i terapię pacjentów z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa lędźwiowego, piersiowego i szyjnego – prowadzoną w oparciu o dowody (EBM – Evidence Basaed Medicine) zwanym dalej *„zestawem”.*** | | | | | | |
| **I.1.** | **WYMAGANIA zestawu** | | | | | |
| 1) | Wykonywanie obiektywnej oceny siły mięśniowej zespołów mięśniowych odpowiadających za zgięcie (skłon tułowia w przód) wyprost (skłon tułowia w tył), zgięcie w bok (skłon tułowia w bok), skręty tułowia oraz zespołów dynamicznych odcinka szyjnego odpowiedzialnych za zgięcie(skłon głowy i szyi w przód), wyprost (skłon głowy i szyi w tył), skłon głowy i szyi w bok w oparciu o skurcz izometryczny i auksotoniczny mięśni oraz bez bólowy zakres ruchu; | | | | |  |
| 2) | Ocenę funkcjonalną zakresu ruchu kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, piersiowym i szyjnym; | | | | |  |
| 3) | Możliwość indywidualnego wyboru dla pacjenta sesji ćwiczeniowej w postaci generowanych automatycznie wystandaryzowanych planów treningowych adekwatnie do wyników testów wstępnych pacjenta, obiektywnej oceny siły mięśniowej pacjenta z możliwością modyfikacji przez fizjoterapeutę (edytowania i korekt) schematu treningowego proponowanego przez oprogramowanie; | | | | |  |
| 4) | Terapię siły mięśni kręgosłupa opartą o skurcz izometryczny i izotoniczny (auksotoniczny) oraz trening koordynacji nerwowo- mięśniowej; | | | | |  |
| 5) | Regulację obciążenia stosowanego do ćwiczeń mięśni kręgosłupa lędźwiowego, piersiowego, szyjnego nie więcej niż co 1 kg (1000 g) | | | | |  |
| 6) | Terapię siły mięśniowej z biofeedbackiem (informacją zwrotną) dla pacjenta odnośnie poprawności wykonywania ćwiczeń; | | | | |  |
| 7) | Oprogramowanie stanowisk pozwalające na dokumentowanie przebiegu oceny i terapii oraz ich obiektywną analizę (wartość siły mięśniowej, czas terapii, ilość serii, ilość powtórzeń w serii, wskaźnik efektywnej pracy pacjenta, ilość przerw w trakcie realizowanej terapii, poprawności wykonywanych ćwiczeń); | | | | |  |
| 8) | Zapis wyników oceny i treningu pacjenta na indywidualnej karcie chipowej pacjenta zintegrowanej z monitorem każdego z urządzeń zestawu; | | | | |  |
| 9) | Wygenerowanie indywidualnego raportu z testów i treningu pacjenta oraz dokumentowanie i archiwizowanie wyników oceny i treningu z możliwością ich porównywania w formie plików elektronicznych oraz wydruku w standardowym oprogramowaniu środowiska Windows; | | | | |  |
| 10) | Wyposażenie stanowisk terapeutycznych w monitor wizualizujący program wykonywanych ćwiczeń , a na stanowisku terapeuty pokazujący dane pacjenta , czas realizacji i przebieg ćwiczeń na stanowiskach pacjentów; | | | | |  |
| 11) | Zestaw urządzeń musi umożliwić jednoczasowe wykonywanie ćwiczeń nie mniej niż czterem pacjentom; | | | | |  |
| 12) | Zestaw urządzeń musi umożliwić ćwiczenia pacjentom o masie ciała powyżej 150 kg; | | | | |  |
| 13) | Zestaw urządzeń musi posiadać możliwość dostosowania wysokości siedziska podstawy stóp oraz stabilizacji(mechanizm pneumatyczny lub elektryczny), adekwatnie do indywidualnych potrzeb pacjenta; | | | | |  |
| 14) | Zapewnienie precyzyjnej kontroli pozycji pacjenta w trakcie testu i ćwiczeń; | | | | |  |
| 15) | Posiadać możliwość precyzyjnego ustawienia osi ruchu; | | | | |  |
| 16) | Masa regulacji dopuszczalnego obciążenia w zakresie nie mniej niż 50 kg; | | | | |  |
| 17) | Zasilanie jednofazowe 230V; | | | | |  |
| 18) | Udzielenie bezterminowej licencji oprogramowania zestawu urządzeń z możliwością bezterminowej ( min. 10 lat), bezpłatnej aktualizacji oprogramowania. Wyłącznie lokalna baza danych na urządzeniu . Nieodpłatny dostęp do wersji instalacyjnej oprogramowania umożliwiający instalację na nowym komputerze w wypadku awarii.  Zestaw urządzeń musi posiadać certyfikat medyczny klasy 1M | | | | |  |
|  | | | | | | |

Uwaga:

*Niniejszy formularz wymaga**złożenia pod rygorem nieważności w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawców zgodnie z formą reprezentacji określoną w dokumencie rejestrowym właściwym dla formy organizacyjnej lub innym dokumencie.*

1. Wykonawca zobowiązany jest obowiązkowo wypełnić niezacienione pola zgodnie z treścią opisu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykonawca zobowiązany jest w kol. 7 w niezacienionych polach dokonać zapisu o treści „TAK” jeżeli zaproponowany sprzęt spełnia wymogi w każdej pozycji stawiane przez Zamawiającego. Zapis o treści „NIE” jak również niewypełnienie lub zastosowanie innych znaków w niezacienionych polach w kol. 7 spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 226 ust. 1 ustawy Pzp. [↑](#footnote-ref-2)
3. przedmiot zamówienia musi być nowy z datą produkcji nie starszą niż z 2021 roku [↑](#footnote-ref-3)