**Анализатор газов крови электродный**

**Минимальные технические требования к оборудованию**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ТЕХНИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКАЦИЯ** | | |
| **A.** | **НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ**  **Анализатор газов крови** | | |
|  |  | **Модель:** *- заполняется поставщиком-* | |
|  |  | **Производитель**: *- заполняется поставщиком-* | |
|  |  | **Страна происхождения:** *- заполняется поставщиком* | |
| **B.** | **КРАТКОЕ Описание и предназначение МЕДИЦИНСКОГО оборудования**  **Электродно-жидкостный автоматический анализатор газов крови, предназначен для измерения уровня парциального давления газов крови, электролитов** | | |
|  |  | |  |
|  | **Наименование параметра или функции** | | **Требуемое значение параметра** |
| **C.** | **ТЕХНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ** | |  |
|  | Измеряемые параметры | | * PO2 - Парциальное давление кислорода * PCO2 - Парциальное давление углекислого газа * pH * K + Калий * Na + Натрий * Ca ++ Кальций ионизированный |
|  | Тип анализатора КЩС | | *Электродный (с жидкими реагентами)* |
|  | Принтер | | Встроенный термопринтер |
|  | Версия программного обеспечения | | Русскоязычная |
|  | Контроль качества | | (По заданному интервалу не менее 2х ампульный) |
|  | Монитор | | Цветной TFT-LCD, сенсорный, фронтальный, расположенный на основном блоке анализатора |
|  | Коммуникационные возможности | | RS232, RJ45, USB (LIS 1 -3) |
|  | Объем пробы | | Не более 150 мкл |
|  | Одновременное расположение минимум 3х электродов (электролитов) на борту | | *Соответствие* |
|  | Линейный тракт прохождения образца | | *Соответствие* |
|  | Наличие полностью прозрачного тракта прохождения образца для визуального контроля | | *Соответствие* |
|  | Сканер штрих-кодов | | *Соответствие* |
|  | Встроенная операционная система | | *Соответствие* |
|  | Возможность записи данных на CDR, CDRW через USB | | *Соответствие* |
|  | Стабильность электродов на борту не менее 12-18 месяцев | | *Соответствие* |
|  | Графическая интерпретация результатов контроля качества. Не менее 2х ампульное исполнение. | | *Соответствие* |
|  | Время до результата не более 60 секунд | | *Соответствие* |
|  | Возможность ручного прогона образца по измерительному тракту при сверхмалых объемах | | *Соответствие* |
|  | Ловушка для сгустков на пробозаборнике | | *Соответствие* |
| **D.** | **СТАНДАРТНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ/ОПЦИОНАЛЬНЫЕ АКСЕССУАРЫ, РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ЗАПАСНЫЕ ЧАСТИ** | | |
|  | ***Набор расходных материалов:*** | |  |
|  | Стартовый набор электродов на все перечисленные методики включая калибрационные газовые баллоны, растворы (кондиционер, депротеинизатор, промывающий раствор и др.)  Капилляры гепаринизированные 500 шт. (175 мкл) | | *500 (для запуска)* |
|  | Все комплектующие и запасные части:  Контрольные материалы (не менее 2 уровня, ампульного типа),  Референс электрод,  Трубки насосов,  Сетевой стабилизатор,  Бумага для термопринтера и др. | | *По 1 набору* |
|  | Инструкция по эксплуатации (на русском языке) | | *По 2 экз.* |
|  | Прайс-лист цен для запасных частей и реагентов (для дальнейшей работы) | | *По 2 экземпляра* |
|  | **Примечание:** Оборудование должно быть полностью укомплектованным и готовым к эксплуатации, все необходимые части для функционирования должны быть включены в предложение. | | |
| **E.** | ***ТРЕБОВАНИЯ К КАЧЕСТВУ ОБОРУДОВАНИЯ*** | | |
|  | *Сертификаты качества ISO 9001:2010 и ISO 13485:9001 или аналогичные.* | | *Наличие* |
|  | *Оборудование должно соответствовать стандартам CE / FDA, или аналогичным (ГОСТ).* | | *Наличие* |
| **F.** | **ТРЕБОВАНИЯ К БЕЗОПАСНОСТИ ОБОРУДОВАНИЯ** | | |
|  | **Класс электрической безопасности** | | **Не ниже II класса.** |
| **G.** | **ТРЕБОВАНИЯ К ТЕХНИЧЕСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ** | | |
|  | *Гарантийный срок* | | *36 месяцев* |
|  | *Наличие запасных частей и принадлежностей после снятия модели с производства:* | | *5 лет* |
|  | *Сервисный агент на территории КР:* | | *Фирма:*  *Адрес:*  *Тел:*  *Контактное лицо:* |
| **H.** | **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ (НЕ ВОШЕДШИЕ В ТРЕБОВАНИЯ ВЫШЕ)** | | |
|  | *Регистрация в ДЛОиМТ МЗКР* | | *Регистрационное удостоверение или гарантийное письмо*  *о проведении регистрации в ДЛОиМТ до момента поставки.* |
|  | *Регистрация в Реестре средств измерений Кыргызской Республики* | | *Свидетельства об утверждении типа СИ или гарантийное письмо* |
| *Проведение обучения клиническому использованию поставляемого оборудования для сотрудников организаций здравоохранения на территории КР (на русском языке).* | | | *Требуется с выдачей сертификата* |

**Спецификацию составили:**

Туркменова Э.М. – главный внештатный специалист по лабораторной диагностике МЗКР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Абдыкеева З.Т. – зав. лабораторией НЦОМИД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Макеева М.Ж. – Врач лаборатории НЦОМИД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_