

.....  
(pieczęć wykonawcy)

<b><u>PARAMETRY GRANICZNE</u></b>	
<b><u>analizatora koagulologicznego.</u></b>	
Producent/firma - .....	Urządzenie typ - .....
Wersja konstrukcyjna z roku - .....	

L.p.	Parametry wymagane	Spełnia: TAK/NIE
1.	Analizator, w pełni zautomatyzowany, nie starszy niż 2009.	
2.	Wydajność aparatu, co najmniej 180 oznaczeń na godzinę dla PT i aPTT, minimum 90 oznaczeń na godz.dla D-dimerów.Możliwość jednoczesnego oznaczania PT, aPTT i D-dimerów.	
3.	Możliwość oznaczania zarówno metodami: wykrzepialnymi (metoda optyczna), chromogennymi (odczyt kolorymetryczny) i immunologicznymi.	
4.	Oznaczanie D-Dimerów w jednostkach FEU z wartością odcinającą (cut off) dla wykluczenia ZP i ZŻG na poziomie 0,5 mg/l FEU (lub odpowiednio: 500 ug/l lub 500 ng/ml FEU). Potwierdzenie przydatności testu dla wykluczenia ZP i ZŻG (certyfikat FDA).	
5.	Oddzielne systemy pipetujące dla odczynników i prób badanych (uniemożliwienie kontaminacji)	
6.	Automatyczny transfer nowych kuwet do bloku pomiarowego i zużytych kuwet z bloku pomiarowego do pojemnika na odpady	
7.	Aparat pracujący w oparciu o pojedyncze kuwety pomiarowe -nie łączone w bloki, rotory lub segmenty (minimum 500 na pokładzie jednorazowo)	
8.	Zapamiętywanie kilku krzywych kalibracyjnych i możliwość pracy na kilku seriach danego odczynnika jednocześnie.	
9.	Analizator wyposażony w przebijak korków, z możliwością wykorzystania próbek pediatrycznych.	
10.	Analizator wykorzystujący minimum 4 długości fal, dodatkowo wyposażony w funkcję przed analitycznego skanowania próbki, w celu automatycznego doboru optymalnej długości fali, w przypadku wykrycia interferencji ze strony lipemii, ikterii lub hemolizy (funkcja zastosowania przy pierwszej analizie próbki, bez udziału operatora).	
11.	Rejestracja, monitorowanie, oraz kontrola kinetyki reakcji wraz z możliwością jej przedstawienia w postaci wykresu.	
12.	Funkcje wykonywanych codziennych i okresowych czynności konserwacyjnych automatycznie rejestrowane przez analizator.	
13.	Automatyczne wpisywanie i zapamiętywanie ( bez udziału użytkownika) wyników osocza kontrolnego do bazy kontroli systemu jakości.	
14.	Możliwość podłączenia do sieci komputerowej LIS.	

15.	Wymagany odczynnik do PT w oparciu o tromboplastynę ludzką o ISI $1,0 \pm 0,05$ ; Do kontroli oznaczeń D-Dimer – 2 poziomy kontroli: patologiczna – z wartościami śr. powyżej cut off, oraz prawidłowa – z wartościami poniżej cut off.	
16.	Stabilność odczynników na pokładzie dla oznaczeń podstawowych: PT, PTT i Fibrynogen: 4 dni.	
17.	Aparat posiadający wymagane prawem dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski.	
18.	Oferent zapewni nieodpłatnie kontrolę zewnątrz laboratoryjną w zakresie parametrów koagulologicznych.	
19.	Automatyczna kalibracja.	
20.	Graficzne przedstawienie lokalizacji poszczególnych odczynników wraz z monitorowaniem ich objętości z przeliczeniem na ilość testów pozostałych do wykonania	
21.	Automatyczne powtarzanie pomiaru w przypadku wystąpienia wyników budzących wątpliwości i wyników poza liniowością metody.	
22.	Wewnętrzny czytnik kodów kreskowych umożliwiający identyfikację załadowanych na pokład analizatora próbek pacjentów i odczynników.	
<b>Wymagania wobec odczynników.</b>		
1.	Wymagany odczynnik do PT w oparciu o tromboplastynę ludzką, pochodzenia łożyskowego o ISI $1,0 \pm 0,1$ .	
2.	Zakres oznaczania fibrynogenu 0,3 do 9,0 g/l.	
3.	Materiały standardowe, osocza kontrolne: mianowane ,pochodzenia ludzkiego, liofilizowane z możliwością zamrażania (gwarancja producenta).	

**Powyższe wymagania należy podeprzeć oficjalnymi dokumentami, typu: opublikowana broszura, ulotka specyfikacyjna, ulotka odczynnikowa, dokument prawny lub wyciąg z instrukcji – dostarczonymi na żądanie zamawiającego.**

#### **UWAGA!**

**Warunki opisane w kolumnie „Parametry wymagane” stanowią minimum, które sprzęt oferowany przez Wykonawcę musi spełnić. Nie wypełnienie rubryki „TAK/NIE” będzie traktowane jako niespełnienie wymagań Zamawiającego.**

**Oferty, które nie spełnią ww. wymagań zostaną odrzucone jako niezgodne ze Specyfikacją istotnych warunków zamówienia.**

.....  
(miejscowość i data )

.....  
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)