Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Tel: 012 658-20-11; fax 012 658-10-81

Regon 351375886 NIP 679-252-57-95

Kraków, 25.01.2016

EZP-271-2/6/2016/p-2

dotyczy: postępowania w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę pomp insulinowych – 4 grupy, EZP-271-2/6/2016

W związku z zapytaniami Wykonawców, Zamawiający wyjaśnia

Pytanie 1 - Dotyczy Grupa 3, 4 punkt 2

Czy Zamawiający wyraża zgodę na zmianę zapisu w punkcie 2 na rok produkcji 2015/2016?

**Odpowiedź: Zamawiający zmienia zapis w punkcie 2 na rok produkcji 2015/2016**

Pytanie 2 - Dotyczy Grupa 1, 3, 4 punkt 5

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmianę zapisu w punkcie 5: „Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 7" na klasę przynajmniej IPX 7 bez punktacji dodatkowej za klasę IPX 8?

**Odpowiedź. Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz**

Pytanie 3 - Dotyczy: Grupa 1, 3 punkt 51; Grupa 4 punkt 49

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmianę zapisu w punktach jak wyżej?

„Gwarancja min. 48 m-cy od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy” bez punktacji dodatkowej za długość udzielenia gwarancji.

**Odpowiedź. Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz**

Pytanie 4 - Grupa 1, 3 punkt 32

Zwracamy się z prośbą, aby Zamawiający wyjaśnił zapisy SIWZ i potwierdził, że zgodnie z zapisami opublikowanego SIWZ, przedmiotem zamówienia są pompy insulinowe z wbudowanym Systemem Ciągłego Monitorowania (CGM), jak to zostało opisane przez Zamawiającego w załączniku nr 3/1 i 3/3 w części „Parametry Wymagane”, w punkcie:

„Ciągłe monitorowanie glikemii (CGM)”.

**Odpowiedź: Zamawiający potwierdza, że w GRUPIE 1 i 3 przedmiotem zamówienia są pompy insulinowe które posiadają wbudowany System Ciągłego Monitorowania**

Pytanie 5 - Dotyczy Grup 1, 3, 4 punkt 27 i 28

Dotyczy parametru „Kalkulator bolusa posiłkowego i korekcyjnego wewnętrzny lub zewnętrzny”

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na dopisanie w SIWZ dodatkowego parametru punktowanego, nieograniczającego innych Wykonawców:

*Funkcja kalkulatora bolusa będącą integralną częścią pompy insulinowej tzw. Kalkulator wewnętrzny*

*TAK –10 pkt.*

*NIE – 0 pkt*

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz**

Pytanie 6 - Dotyczy Grup 1, 2, 3 punkt 27 i 28

Prosimy o wyjaśnienie, czy Zamawiający wymaga, aby kalkulator bolusa w swoim algorytmie uwzględniał zawsze insulinę aktywną jako całość insuliny podanej przez pompę (sumę insuliny podanej na posiłek i na korektę)?

**Odpowiedź: Zamawiający nie wymaga**

Pytanie 7 - Dotyczy Grup 1 i 3 punkt 32

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zapis w SIWZ dodatkowego parametru punktowanego, dotyczącego Ciągłego Monitorowania Glikemii z funkcją hipoblokady (automatycznego wstrzymywania podaży insuliny) zintegrowanego z pompą?

*TAK - 30 pkt*

*NIE - 0 pkt*

**Odpowiedź: Zamawiający wprowadza w specyfikacji technicznej Grupa 1 i Grupa 3 punkt o treści: Możliwość ciągłego monitorowania glikemii z funkcją hipoblokady zintegrowanego z pompą – parametr dodatkowy, oceniany Tak – 30pkt., Nie – 0 pkt. W załączeniu aktualne formularze specyfikacji techniczne dla Grupy 1 i Grupy 3**

Pytanie 8 - Dotyczy Grupa 4: Funkcje dodatkowe pompy

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zapis w SIWZ w części: „Funkcje Dodatkowe Pompy” nowego parametru punktowanego:

*System Ciągłego Monitorowania Glikemii wbudowany w pompie*

*TAK – 30 pkt*

*NIE – 0 pkt*

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz**

Pytanie 9

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na umieszczenie w zapisie projektu umowy następujących zapisów:

- w przypadku braku możliwości dostawy przedmiotu umowy, Dostawca zgłosi niezwłocznie ten fakt Zamawiającemu i przedstawi możliwość dostawy innych produktów o parametrach co najmniej takich, jak określone w załącznikach 3.1, 3.3, 3.4.

Zamawiający może wyrazić zgodę na dostarczenia takich produktów, bez zmiany ceny określonej w umowie. Zamawiający dopuszcza możliwość dostarczania w ramach umowy produktów spełniających wymagania siwz, lecz o parametrach lepszych niż produkty z załączników nr 3.1, 3.3, 3.4. Produkty takie będą dostarczane po uprzedniej zgodzie wyrażonej przez Zamawiającego w cenie określonej w niniejszej umowie.

**Odpowiedź:** **Zamawiający wyraża zgodę.**

Pytanie 10 dotyczy Grupa nr 1, 2, 3, 4

Czy Zamawiający dopuści oferowanie pomp insulinowych zasilanych bateriami ½ AA

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

Pytanie 11 dotyczy Grupa nr 1, nr 2

Czy Zamawiający dopuści oferowanie pomp insulinowych bez ciągłego monitorowania glikemii?

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

Zamawiający zmienia termin składania i otwarcia ofert. Nowe terminy:

**SKŁADANIA OFERT: 29.01.2016r. do godz. 10:45 pok. 2h-06b**

**OTWARCIA OFERT: 29.01.2016r godz. 11:00 pok. 2h-06b**

Pozostałe zapisy SIWZ pozostają bez zmian

Niniejsze pismo zostaje zamieszczone na stronie internetowej bip.usdk.pl.

 Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

 lek. med. Andrzej Bałaga

**Załącznik nr 3/1 do siwz**

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa Wykonawcy:.........................................................................................................

Adres Wykonawcy:...........................................................................................................

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA - GRUPA 1** - **POMPA INSULINOWA DLA DZIECI PONIŻEJ 6 ROKU ŻYCIA Z MONITOROWANIEM GLIKEMII w ilości 4 sztuk**

Producent ...............................................................................................................................................

Nazwa urządzenia/model/typ/kraj pochodzenia ........................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany/ dodatkowy** | *Wymagana odpowiedź***Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** | **Zakres punktacji** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe  | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 2. | Rok produkcji: 2015/2016 | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
|  | **Parametry techniczne** |
| 3. | Masa pompy z baterią i pojemnikiem na insulinę [g]  |  | TAK(podać) |  | Bez punktacji |
| 4. | Zasilanie pompy z baterii ogólnodostępnej AAA, AA w sprzedaży w Polsce (sieć supermarketów, stacje benzynowe, kioski typu „Ruch”, sklepy ze sprzętem AGD i RTV, apteki) | wymagany | TAK(podać typ baterii) |  | Bez punktacji |
| 5. | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 7 |  | TAK/NIE(parametr oceniany) |  | Odpowiedź: klasa IPX 8 – 10 pkt,klasa IPX 7– 0 pkt. |
| 6. | Pełny interfejs użytkownika w j. polskim | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 7. | Zakres temperatury pracy, minimalny zakres +5 do + 40 [oC] | wymagany | TAK(podać zakres) |  | Bez punktacji |
|  | **Parametry programowalne** |
| 8. | Programowanie wielkości dawki bazy | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 9. | Różne rodzaje programowalnych baz, minimum 3 rodzaje | wymagany |  TAK (podać, parametr oceniany) |  | Największa ilość – 5 pkt.,najmniejsza ilość – 0 pkt.Pozostałe proporcjonalnie. |
| 10. | Dokładność dawkowania bazy nie mniejsza niż 0,05j./godzinę, (każdy rodzaj bazy) | wymagany | TAK(podać dokładność) |  | Bez punktacji  |
| 11. | Programowanie wielkości bolusa | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 12. | Różne rodzaje bolusa, minimum 3 rodzaje | wymagany | TAK(podać, parametr oceniany) |  | 3 rodzaje – 0 pkt.,większa ilość – 5 pkt. |
| 13. | Minimalna dokładność dawkowania bolusa 0,1 jednostki (każdy rodzaj bolusa) niezależnie od wielkości bolusa | wymagany | TAK(podać dokładność) |  | Dokładność bolusa <0,1j – 5 pkt.  |
| 14. | Maksymalny czas trwania bolusa nie mniej niż 7 godz.  | wymagany | TAK(podać dokładność) |  |  |
|  | **Alarmy** |
| 15. | Alarm dźwiękowy (tonowy) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 16. | Alarm wibracyjny | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 17. | Rodzaje alarmów | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 18. | Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70 % | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 19. | Możliwość wyłączenia alarmu dźwiękowego | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Funkcje dodatkowe pompy** |
| 20. | Automatyczne wypełnienie drenu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 21. | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 22. | Blokada przed przypadkową zmianą parametrów | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 23. | Możliwość anulowania podaży bolusa jednym przyciskiem | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 24. | Bezpłatne zapewnienie oprogramowania i interfejsu do sczytywania danych z pompy (m.in. historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej) do komputera na użytek ośrodka diabetologicznego prowadzącego terapię (minimalne wymogi w załączniku 4/1) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| Możliwość transferu danych z glukometrów innych producentów i odczyt na wykresach danych z pompy. | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |
| Bezpłatny Program dla pacjentów dostępny po przez stronę internetową | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | TAK - 5 pktNIE - 0 pkt |
| Możliwość synchronizacji komputera lekarza z kontem pacjenta w programie dla pacjenta i pobranie danych z jego konta | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | TAK - 5 pktNIE – 0 pkt |
| Zintegrowany z pompą, CGM,  i glukometrem | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | TAK - 10 pktNIE – 0 pkt |
| 25. | Pamięć minimum 1000 zdarzeń (bolusy, alarmy) | wymagany | TAK(podać ilość) |  | Bez punktacji |
| 26. | Przegląd raportów, z minimum ostatnich 90 dni | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 27. | Kalkulator bolusa posiłkowego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych z możliwością ustawień funkcji aktywnej insuliny | wymagany | TAK |  | Uwzględnienie opcji stanu zdrowia – 5 pkt |
| 27a | Możliwość procentowej lub ręcznej zmiany dawki w jednostkach insuliny w kalkulatorze bolusa - do wykorzystania w sytuacjach szczególnych (wysiłek fizyczny, infekcja).”  | parametr dodatkowy | podać  |  |  |
| 28. | Kalkulator bolusa korygującego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych z możliwością ustawień funkcji aktywnej insuliny | wymagany | TAK |  | Uwzględnienie opcji stanu zdrowia – 5 pkt |
| 28a | Możliwość procentowej lub ręcznej zmiany dawki w jednostkach insuliny w kalkulatorze bolusa - do wykorzystania w sytuacjach szczególnych (wysiłek fizyczny, infekcja).”  | parametr dodatkowy |  |  |  |
| 29. | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 30. | Czasowa zmiana bazy minimum do 24 h | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 31. | Współpraca pompy insulinowej z glukometrem do pomiaru glikemii do którego testy paskowe są objęte refundacją  | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | brak refundacji – 0 pkttak - 20 pkt |
| 32.  | Ciągłe monitorowanie glikemii | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 33 | Możliwość ciągłego monitorowania glikemii z funkcją hipoblokady zintegrowanego z pompą – | parametr dodatkowy  | parametr oceniany podać |  | Tak – 30pkt., Nie – 0 pkt. |
| 34 | Możliwość ręcznego wprowadzenia glikemii do Kalkulatora Bolusa, zmierzonego dowolnym glukometrem stosowanym przez pacjenta;  | oceniany |  |  | TAK-5pkt; NIE -0pkt |
| 35 | Możliwość skomunikowania pompy insulinowej z więcej niż 1 glukometrem współpracującym;  | oceniany |  |  | TAK więcej niż 1 glukometr -5pkt; NIE, tylko 1 glukometr  -0pkt |
|  | **Wyposażenie pompy** |
| 36. | Zestawy infuzyjne (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 37. | Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 2 szt., | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 38. | Baterie zapasowe (dostarczane przy dostawie) min. 2 szt. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 39.  | Etui ochronne | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 40. | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | dodatkowy | TAK/Nie |  | TAK – 5 pkt., NIE – 0 pkt. |
| 41. | Sensory do ciągłego monitorowania glikemii (dostarczane przy dostawie) min. 2 szt. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 42. | 1 transmiter na 5 dostarczonych pomp | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Koszty eksploatacji** |
| 43. | Możliwość używania wkłuć innych producentów w pompach biorących udział w postępowaniu | dodatkowy | TAK/NIE(parametr oceniany) |  |  TAK – 10 pkt., NIE – 0 pkt. |
| 44. | Koszt zakupu 10 zestawów infuzyjnych (minimum jednego rodzaju do 300 zł) | wymagany | TAK |  |  |
| 45. | Koszt zakupu osprzętu:- 10 zestawów infuzyjnych a) metalowych b) tworzyw sztucznych- strzykawek | wymagany | TAK |  |  |
| 46. | Dostępność zestawów infuzyjnych w punktach sprzedaży na terenie całego kraju | wymagany | TAK |  |  |
|  | **Szkolenia/informacje dla pacjentów** |
| 47. | Wykonawca zapewnia dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (konieczność całodobowej infolinii) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 48. | Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz podłączenie pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia.  | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 49. | Wykonawca posiada stronę internetową przedstawiającą formę kontaktu z firmą oraz danymi dotyczącymi pompy i osprzętu (minimalne wymagane parametry podane w załączniku 4/2) | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 50. | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim, w instrukcji muszą być opisane wszystkie komunikaty wyświetlane przez pompę | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 51. | Wymiana pompy w ciągu 24 godz. (dni robocze)Przesyłka pompy na koszt firmy | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
|  | **Warunki gwarancji** |
| 52. | Gwarancja min. 48 m-cy od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy | wymagany | TAK(podać, parametr oceniany) |  | 48 m-cy – 0 pkt.,60 m-cy - 10 pkt.,72 m-ce – 20 pkt., |
| 53. | Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski | wymagany | TAK(podać wykaz: nazwa, adres, tel.,) |  | Bez punktacji |

....................................................

*(podpisy i pieczątki osób upoważnionych*

do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 3/3 do siwz**

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa Wykonawcy:.........................................................................................................

Adres Wykonawcy:...........................................................................................................

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA - GRUPA 3 -POMPA INSULINOWA DLA DZIECI POWYŻEJ 6 ROKU Z MONITOROWANIEM GLIKEMII w ilości 18 sztuk**

***Producent ...............................................................................................................................................***

Nazwa urządzenia/model/typ/kraj pochodzenia ........................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany/ dodatkowy** | *Wymagana odpowiedź***Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** | **Zakres punktacji** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe  | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 2. | Rok produkcji: 2015/2016 | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
|  | **Parametry techniczne** |
| 3. | Masa pompy z baterią i pojemnikiem na insulinę [g]  |  | TAK(podać) |  | Bez punktacji |
| 4. | Zasilanie pompy z baterii ogólnodostępnej AAA, AA w sprzedaży w Polsce (sieć supermarketów, stacje benzynowe, kioski typu „Ruch”, sklepy ze sprzętem AGD i RTV, apteki) | wymagany | TAK(podać typ baterii) |  | Bez punktacji |
| 5. | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 7 |  | TAK/NIE(parametr oceniany) |  | Odpowiedź: klasa IPX 8 – 10 pkt,klasa IPX 7– 0 pkt. |
| 6. | Pełny interfejs użytkownika w j. polskim | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 7. | Zakres temperatury pracy, minimalny zakres +5 do + 40 [oC] | wymagany | TAK(podać zakres) |  | Bez punktacji |
|  | **Parametry programowalne** |
| 8. | Programowanie wielkości dawki bazy | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 9. | Różne rodzaje programowalnych baz, minimum 3 rodzaje | wymagany |  TAK (podać, parametr oceniany) |  | Największa ilość – 5 pkt.,najmniejsza ilość – 0 pkt.Pozostałe proporcjonalnie. |
| 10. | Dokładność dawkowania bazy nie mniejsza niż 0,05j./godzinę, (każdy rodzaj bazy) | wymagany | TAK(podać dokładność) |  | Bez punktacji  |
| 11. | Programowanie wielkości bolusa | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 12. | Różne rodzaje bolusa, minimum 3 rodzaje | wymagany | TAK(podać, parametr oceniany) |  | 3 rodzaje – 0 pkt.,większa ilość – 5 pkt. |
| 13. | Minimalna dokładność dawkowania bolusa 0,1 jednostki (każdy rodzaj bolusa) niezależnie od wielkości bolusa | wymagany | TAK(podać dokładność) |  | Dokładność bolusa <0,1j – 5 pkt.  |
| 14. | Maksymalny czas trwania bolusa nie mniej niż 7 godz.  | wymagany | TAK(podać dokładność) |  |  |
|  | **Alarmy** |
| 15. | Alarm dźwiękowy (tonowy) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 16. | Alarm wibracyjny | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 17. | Rodzaje alarmów | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 18. | Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70 % | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 19. | Możliwość wyłączenia alarmu dźwiękowego | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Funkcje dodatkowe pompy** |
| 20. | Automatyczne wypełnienie drenu | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 21. | Nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 22. | Blokada przed przypadkową zmianą parametrów | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 23. | Możliwość anulowania podaży bolusa jednym przyciskiem | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 24. | Bezpłatne zapewnienie oprogramowania i interfejsu do sczytywania danych z pompy (m.in. historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej) do komputera na użytek ośrodka diabetologicznego prowadzącego terapię (minimalne wymogi w załączniku 4/1) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| Możliwość transferu danych z glukometrów innych producentów i odczyt na wykresach danych z pompy. | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |
| Bezpłatny Program dla pacjentów dostępny po przez stronę internetową | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | TAK - 5 pktNIE - 0 pkt |
| Możliwość synchronizacji komputera lekarza z kontem pacjenta w programie dla pacjenta i pobranie danych z jego konta | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | TAK - 5 pktNIE – 0 pkt |
| Zintegrowany z pompą, CGM,  i glukometrem | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | TAK - 10 pktNIE – 0 pkt |
| 25. | Pamięć minimum 1000 zdarzeń (bolusy, alarmy) | wymagany | TAK(podać ilość) |  | Bez punktacji |
| 26. | Przegląd raportów, z minimum ostatnich 90 dni | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 27. | Kalkulator bolusa posiłkowego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych z możliwością ustawień funkcji aktywnej insuliny | wymagany | TAK |  | Uwzględnienie opcji stanu zdrowia – 5 pkt |
| 27a | Możliwość procentowej lub ręcznej zmiany dawki w jednostkach insuliny w kalkulatorze bolusa - do wykorzystania w sytuacjach szczególnych (wysiłek fizyczny, infekcja).”  | parametr dodatkowy | podać  |  |  |
| 28. | Kalkulator bolusa korygującego wewnętrzny lub zewnętrzny z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych z możliwością ustawień funkcji aktywnej insuliny | wymagany | TAK |  | Uwzględnienie opcji stanu zdrowia – 5 pkt |
| 28a | Możliwość procentowej lub ręcznej zmiany dawki w jednostkach insuliny w kalkulatorze bolusa - do wykorzystania w sytuacjach szczególnych (wysiłek fizyczny, infekcja).”  | parametr dodatkowy | podać  |  |  |
| 29. | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę ilości insuliny znajdującej się w zbiorniczku | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 30. | Czasowa zmiana bazy minimum do 24 h | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 31. | Współpraca pompy insulinowej z glukometrem do pomiaru glikemii do którego testy paskowe są objęte refundacją  | dodatkowy | podać parametr oceniany |  | brak refundacji – 0 pkttak - 20 pkt |
| 32.  | Ciągłe monitorowanie glikemii | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 33 | Możliwość ciągłego monitorowania glikemii z funkcją hipoblokady zintegrowanego z pompą – | parametr dodatkowy  | parametr oceniany podać |  | Tak – 30pkt., Nie – 0 pkt. |
| 34 | Możliwość ręcznego wprowadzenia glikemii do Kalkulatora Bolusa, zmierzonego dowolnym glukometrem stosowanym przez pacjenta;  | oceniany |  |  | TAK-5pkt; NIE -0pkt |
| 35 | Możliwość skomunikowania pompy insulinowej z więcej niż 1 glukometrem współpracującym;  | oceniany |  |  | TAK więcej niż 1 glukometr -5pkt; NIE, tylko 1 glukometr  -0pkt |
|  | **Wyposażenie pompy** |
| 36. | Zestawy infuzyjne (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 37. | Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 2 szt., | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 38. | Baterie zapasowe (dostarczane przy dostawie) min. 2 szt. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 39.  | Etui ochronne | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 40. | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | dodatkowy | TAK/Nie |  | TAK – 5 pkt., NIE – 0 pkt. |
| 41. | Sensory do ciągłego monitorowania glikemii (dostarczane przy dostawie) min. 2 szt. | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 42. | 1 transmiter na 5 dostarczonych pomp | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Koszty eksploatacji** |
| 43. | Możliwość używania wkłuć innych producentów w pompach biorących udział w postępowaniu | dodatkowy | TAK/NIE(parametr oceniany) |  |  TAK – 10 pkt., NIE – 0 pkt. |
| 44. | Koszt zakupu 10 zestawów infuzyjnych (minimum jednego rodzaju do 300 zł) | wymagany | TAK |  |  |
| 45. | Koszt zakupu osprzętu:- 10 zestawów infuzyjnych a) metalowych b) tworzyw sztucznych- strzykawek | wymagany | TAK |  |  |
| 46. | Dostępność zestawów infuzyjnych w punktach sprzedaży na terenie całego kraju | wymagany | TAK |  |  |
|  | **Szkolenia/informacje dla pacjentów** |
| 47. | Wykonawca zapewnia dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym) (konieczność całodobowej infolinii) | wymagany | TAK |  | Bez punktacji |
| 48. | Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz podłączenie pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia.  | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 49. | Wykonawca posiada stronę internetową przedstawiającą formę kontaktu z firmą oraz danymi dotyczącymi pompy i osprzętu (minimalne wymagane parametry podane w załączniku 4/2) | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 50. | Instrukcja obsługi pompy w języku polskim, w instrukcji muszą być opisane wszystkie komunikaty wyświetlane przez pompę | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
| 51. | Wymiana pompy w ciągu 24 godz. (dni robocze)Przesyłka pompy na koszt firmy | wymagany | TAK  |  | Bez punktacji |
|  | **Warunki gwarancji** |
| 52. | Gwarancja min. 48 m-cy od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy | wymagany | TAK(podać, parametr oceniany) |  | 48 m-cy – 0 pkt.,60 m-cy - 10 pkt.,72 m-ce – 20 pkt., |
| 53. | Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski | wymagany | TAK(podać wykaz: nazwa, adres, tel.,) |  | Bez punktacji |

....................................................

*(podpisy i pieczątki osób upoważnionych*

do reprezentowania Wykonawcy)