**Załącznik nr 4**

**Informacja o infrastrukturze i wyposażeniu oddziału chorób płuc,
w ramach którego planowane jest utworzenie sali Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej**

**Tabela nr 1. Informacja o wyposażeniu** (w przypadku braku miejsca odpowiednio wydłużyć tabelę)**\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj aparatury / sprzętu** | **Liczba na wyposażeniu oddziału chorób płuc** | **Wytwórca** | **Rok zakupu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | Łóżko wielofunkcyjne sterowane elektrycznie |  |  |  |
| 2. | Respirator do wspomagania wentylacji okresowej lub okresowej i ciągłej (spełniający wymagania określone w dokumencie programu) |  |  |  |
| 3. | Urządzenie przyłóżkowe do monitorowania - EKG trzyodprowadzeniowe  |  |  |  |
| 4. | Urządzenie przyłóżkowe do monitorowania liczby oddechów |  |  |  |
| 5. | Urządzenie przyłóżkowe do monitorowania ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną |  |  |  |
| 6. | Urządzenie przyłóżkowe do monitorowania wysycenia hemoglobiny tlenem (saturacji) metodą przezskórną (pulsoksymetria) |  |  |  |
| 7. | Nebulizator z wyposażeniem (maska, ustnik, rurka T) |  |  |  |
| 8. | Sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów |  |  |  |
| 9. | Zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny) |  |  |  |
| 10. | Aparat do monitorowania NWM i diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu |  |  |  |
| 11. | Kapnograf do monitorowania przezskórnego pCO2 |  |  |  |
| 12. | Analizator do gazometrii |  |  |  |
| 13. | Elektryczne urządzenie do ssania |  |  |  |
| 14. | Defibrylator |  |  |  |
| 15. | Stacja centralnego nadzoru |  |  |  |

\* Informacja odnosi się jedynie do sprzętu/ aparatury sprawnej technicznie.

**Tabela nr 2. Informacja o infrastrukturze**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Infrastruktura** | **Informacje oferenta** |
| 1 | 2 | 3 |
| **1.** | Liczba łóżek w oddziale chorób płuc (ogółem) |  |
| **2.** | Liczba sal chorych w oddziale chorób płuc |  |
| **3.** | Czy sNWM będą tworzone na bazie obecnie posiadanych sal chorych | TAK / NIE*\*\** |
| **4.** | Jeśli odpowiedź na powyższe pytanie brzmi ”NIE” – należy wskazać na bazie jakich zasobów infrastrukturalnych Oferenta będą tworzone sNWM |  |

\*\* Właściwe zakreślić/ podkreślić, niewłaściwe skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ...........…………………………………… |  | ...........…………………………………… |
| Data, imienna pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe Oferenta |  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |