



נספח ב' - מכרז 12199591

אפיון טכני מיטת אשפוז עבור טיפול מוגבר ביה"ח שיבא

שם המציע: _____

שם הדגם: _____

שם היצרן: _____

יש לצרף את המסמכים הרלוונטיים, התייחסות למפרט הטכני, כמו כן יש לצרף פרוספקט עם ספציפיקציות של המיטה.

יש לציין אופציות לצבע של מיטה – לבחירת ביה"ח שיבא.

א. מפרט הטכני:

| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|----------------|----------------------------------|
| | | | 1. <u>אישורי תקינה</u> |
| | תנאי סף | יש לצרף | 1.1. תקן בינלאומי CE/FDA |
| | תנאי סף | יש לצרף | 1.2. אישור אמ"ר בתוקף |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|--|-------------------------------|--|
| | תנאי סף | יש לצרף | 1.3. תקן EN60601-2-52 |
| | תנאי סף | יש לצרף | 1.4. ISO13485 ליצרן |
| | | | 2. מבנה המיטה ונתונים טכניים לציון: |
| | תנאי סף | 85 ÷ 95 cm נא לציין בס"מ | 2.1. רוחב מצע |
| | תנאי סף | 195 ÷ 205 cm נא לציין בס"מ | 2.2. אורך מצע |
| | | נא לציין בס"מ | 2.3. מידות חיצוניות של המיטה |
| | תנאי סף תוספת מזרון תסופק עם 50% מיטות ט. מוגבר | נא לציין בס"מ | 2.4. מיטה ניתנת להארכה (מנגנון הארכה מובנה במיטה כולל תוספת מזרון) |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|---|--|
| | | נא לציין סוג החומר, סוג הצבע (אלקטרוסטטי, בתנור וכדומה) | 2.5. מיטה עשויה מחומרים לא מחלידים כגון פלסטיק קשיח, מתכת צבוע |
| | תנאי סף | | 2.6. על מצע המיטה להיות עשוי מארבע חלקים - Full Fowler |
| | | | 2.7. משענת גב (Back Rest Section) |
| | | | 2.8. משענת גב תחתון - ישבן (Seat Section) |
| | | | 2.9. משענת ירכיים (Thigh Section) |
| | | | 2.10. משענת שוקיים (Foot Section) |
| | תנאי סף | | 2.11. משענת גב שקיפה לצילומי X-ray |
| | תנאי סף | | 2.12. במשענת גב קיים מקום לקסטה X-ray |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|-----------------------|---|--|
| | תנאי סף | נא לציין סוג החומר. העדפה ל- חומר אנטי- בקטריאלי | 2.13 מצע המיטה עשוי מחומר פלסטי: ABS בשיטת Vacuum Forming, או Blow Molding או HPL |
| | תנאי סף | | 2.13.1 חלקים לא קבועים של המצע ניתנים לשליפה לצורך ניקוי (למעט חלק של משענת גב שקיף X-Ray) |
| | | נא לציין קיים/לא קיים | 2.13.1 חלקי המצע כוללים חללים לצורך ניקוז נוזלים ואוורור |
| | תנאי סף במידה וקיימים | | 2.13.1.1 חללים של המצע לא גדולים מ- 5×18 cm |
| | תנאי סף | | 2.14 הגנה בפינות המיטה (Bumper Wheels) |
| | תנאי סף | נא לציין סוג החומר | 2.14.1 עשויים מחומר גמיש (Vinyl, גומי) ולא משאיר סימנים על הקיר |
| | תנאי סף | | 2.14.2 מחובר בצורה מובטחת |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|----------------------------------|--|
| | תנאי סף | | 2.14.3. ניתנים להחלפה |
| | תנאי סף | | 2.15. המיטה עמידה בשטיפה ע"י חומרי ניקוי וחיטוי המאושרים ע"י משרד הבריאות (חוזר מנהל רפואה מספר 12.2006 – הנחיות לניקוי וחיטוי במוסדות רפואיים) ובחומר מאושר בשיבא: כלור 1,000 ppm |
| | | נא לציין במידה וקיים | 2.15.1. מיטה עמידה לניקוי בקיטור |
| | | | 3. תנועות המיטה: |
| | תנאי סף | נא לציין וזווית | 3.1. תנועות המיטה חשמליות: Hi-Lo, משענת גב, משענת רגלים (ירכיים), משענת שוקיים, Trendelenburg, Reverse Trendelenburg |
| | | | 3.2. פעולת Hi-Lo חשמלית: |
| | תנאי סף | לא יעלה על-45 ס"מ, נא לציין בס"מ | 3.2.1. הגובה המינימאלי מהרצפה עד מצע המיטה |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|-----------------------------------|--|
| | תנאי סף | לא פחות מ-75 ס"מ, נא לציין בס"מ | 3.2.2. הגובה המקסימאלי מהרצפה עד מצע המיטה |
| | תנאי סף | מ-0 עד 63 מע" לפחות נא לציין זוית | 3.3. פעולת משענת הגב החשמלית של המיטה |
| | תנאי סף | נא לציין בס"מ | 3.4. פעולת משענת הגב עם Retraction (נסיגת משענת גב תוך כידי תנועה) |
| | | | 3.5. פעולת משענת הרגליים : |
| | תנאי סף | נא לציין זוית | 3.5.1. תנועת משענת ירכיים חשמלית |
| | תנאי סף | נא לציין זוית | 3.5.2. תנועת משענת שוקיים חשמלית |
| | תנאי סף | נא לציין זוית | 3.6. פעולות Reverse Trendelenburg ו-Trendelenburg |
| | תנאי סף | | 3.7. Cardiac Chair position |
| | תנאי סף | | 3.8. CPR Position |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|----------------|-------------------------------|--|
| | | נא לציין, במידה וקיימות | 3.9. תנועות נוספות |
| | | | 4. מראשות ומרגלות |
| | תנאי סף | נא לציין שיטה | 4.1. על המראשות להיות ניתנות לשליפה מהירה, והן בעלות מנגנון חיבור ונעילה מהיר וללא ברגים |
| | | נא לציין האם קיים ולציין שיטה | 4.2. על המרגלות להיות ניתנות לשליפה |
| | תנאי סף | נא לציין אופן/תמונה | 4.3. המראשות והמרגלות כוללות ידיות לדחיפה |
| | תנאי סף | | 4.4. המראשות והמרגלות בעלות פינות מעוגלות |
| | תנאי סף | | 4.5. המראשות והמרגלות עשויות כחלק אחד ללא לוח פריק |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|--|---|
| | תנאי סף | נא לציין סוג החומר. העדפה לחומר אנטי בקטריאלי | 4.6. המראשות והמרגלות עשויות מחומר פלסטי: ABS בשיטת Blow Molding |
| | | | 5. <u>דפנות צד</u> : |
| | תנאי סף | | 5.1. דפנות צד מפוצלות (Split side rails) – קדמיות (אזור ראש וגוף של המטופל) ואחוריות (אזור אגן ורגליים של המטופל) |
| | תנאי סף | | 5.2. מתקפלות כלפי מטה |
| | תנאי סף | נא לציין אופן עבודה של מנגנון בלימה | 5.2.1. פתיחת הדפנות שקטה – קיים מנגנון בלימת הדפנות בעת פתיחתן |
| | תנאי סף | | 5.3. מרווח בין הדפנות מפוצלות לא יותר מ-6 ס"מ |
| | תנאי סף | | 5.4. מרווח בין דפנות קדמיות ומראשון לא יותר מ-6 ס"מ |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|---|---|
| | תנאי סף | נא לציין סוג הדפנות – סגירה מלאה, סגירה 3/4 | 5.5. מרווח בין דפנות אחוריות ומרגלות לא יותר מ-6 ס"מ או לא פחות מ-36 ס"מ |
| | תנאי סף | נא לציין בס"מ | 5.6. גובה הדפנות – 36 ס"מ לפחות מעל מצע המזרון |
| | תנאי סף | | 5.7. נעילת הדפנות היא בטיחותית – לא ניתנות לפתיחה ע"י המטופל |
| | תנאי סף | נא לציין סוג החומר. העדפה לחומר אנטי בקטריאלי | 5.8. על דפנות הצד להיות עשויות מחומר פלסטי – ABS Blow Molding או שווה ערך |
| | תנאי סף | | 5.9. דפנות כוללות ידיות/בליטות לאחיזה |
| | תנאי סף | | 5.10. מד זווית בדפנות קדמיות |
| | | | 6. גלגלים: |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|---------------------|--|
| | תנאי סף | 6" (inch) | 6.1. קוטר הגלגלים |
| | תנאי סף | נא לציין אופן הפעלה | 6.2. קיימת נעילה מרכזית של כל הגלגלים באמצעות מעצור דריכת רגל או בר דריכה בצד המרגלות |
| | תנאי סף | | 6.2.1. על הגלגלים לכלול אפשרות לנעילה לצידוד וגלגול |
| | תנאי סף | | 6.2.2. מעצור של נעילה מרכזית כולל שלושה מצבים: נעילת הגלגלים, נעילת כיוון הגלגלים, שחרור הגלגלים |
| | תנאי סף | | 6.2.3. גלגל עם נעילת הכיוון נמצא בצד המראשות, או מרגלות – בהתאם לדרישת ביה"ח |
| | תנאי סף | נא לציין תוצרת | 6.3. על גלגלי המיטה להיות מתוצרת יצרנים: TENTE, ROMBUS, COLSON, STEINCO או שווה ארך |
| | תנאי סף | | 6.4. על מסב הגלגל להיות מסב כדורי |
| | תנאי סף | | 6.5. גלגלים הם אנטיסטאטיים |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---|-------------------------------|---|
| | תנאי סף | | 6.6. עבור כלל פדלי/מעצור דריכת רגל/בר דריכה להפעלת נעילה מרכזית קיימים סימונים גראפיים על גבי גוף המיטה עמידים לשטיפה |
| | | | 7. שלטי הפעלה מובנים בדפנות: |
| | תנאי סף נא לציין באיזה דופן נמצא שלט חיצוני: בדופן קדמי או אחורי | | 7.1. שלט מובנה בתוך שתי הדפנות הקדמיות או האחוריות משני הכיוונים: מצד המטופל ומצד המשתמש |
| | תנאי סף | נא לציין את הפונקציות הקיימות | 7.1.1. מצד פנימי (שלט של המטופל) הפעלת פונקציות בסיסיות בלבד: משענת גב, משענות רגליים לפחות. Cardiac Chair Hi-Lo , Auto contour , Position (במידה וקיימת) |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|--------------------------------|---|
| | תנאי סף | נא לציין את הפונקציות הקיימות | 7.1.2. מצד חיצוני (שלט של המטפל) הפעלת פונקציות: Hi-Lo, משענת גב, משענות רגליים, Cardiac Chair Position end/or, Autocontour, Trendelenburg/Reverse Trendelenburg, CPR or Emergency Trendelenburg |
| | | נא לציין האם קיים כסטנדרט | 7.1.2.1. כפתור יציאה מהמיטה בשלט המותקן בצד החיצוני של הדופן |
| | | | 8. שלט הפעלה ע"י צוות: |
| | תנאי סף | יש לציין אופן ואופציות הקיימות | 8.1. נמצא במרגלות המיטה (מובנה במרגלות או בתלייה במרגלות, או במגירה ייעודית מתחת למצע המזרון, או מובנה בדפנות אחוריות) |
| | תנאי סף | | 8.2. מאפשר הפעלה של כלל פונקציות החשמליות |
| | תנאי סף | | 8.3. מאפשר נעילת כול פונקציה בודדת בשלט המטופל |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|----------------------|--|
| | תנאי סף | | 8.4. מאפשר נעילת הפעלה של השלט המטופל |
| | תנאי סף | | 8.5. Cardiac Chair position ו/או Auto contour בלחיצת כפתור |
| | תנאי סף | | 8.6. CPR Position בלחיצת כפתור |
| | | נא לציין במידה וקיים | 8.7. איפוס המיטה בלחיצת כפתור אחד |
| | תנאי סף | | 8.8. פדל רגל משני צדי המיטה להפעלת פונקציית Hi-Lo |
| | | | 9. בטיחות: |
| | תנאי סף | | 9.1. משענת גב ניתנת לאפוס ידני (מכאני) למצב CPR משני צדי המיטה |
| | תנאי סף | נא לצרף הצהרת היצרן | 9.2. על החלקים הפלסטיים של המיטה להיות מחומר מעכב בעירה |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|--|--|
| | תנאי סף | נא לציין פרמטרים/טווח זמן/כמות פעולות | 9.3. סוללת גיבוי |
| | | | 10. דרישות כלליות: |
| | תנאי סף | 220 kg לפחות, נא לציין SWL | 10.1. כושר נשיאה מקסימאלי (Safety Work Load-SWL): |
| | | רמת אטימות IPX4 לפחות | 10.2. רמת אטימות של מערכת החשמלית |
| | תנאי סף | | 10.3. פין הארקה להשוואת פוטנציאלים (Grounding pin) |
| | תנאי סף | | 10.4. מיטה מוזנת מרשת חשמל 220 V |
| | תנאי סף | נא לציין סוג הכבל (רגיל, מסולסל) ואופציות קיימות | 10.5. כבל הזנת החשמל כולל תקע יצוק ישראלי |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------------------|---------|---|---|
| | תנאי סף | | 10.6. על המיטה לכלול הכנה ל-4 עמודי עירוי בכל אחת מפינות המיטה: בצדי המראשות (2 יח') ובצדי המרגלות (2 יח') כולל בידוד מחומר פלסטי (Nylon או שווה ערך) |
| | תנאי סף | | 10.7. על המיטה לכלול הכנה לטרפו בצד מראשות |
| | תנאי סף | 4 ווים מכל צד לפחות, נא לציין אורך מתקן תלייה | 10.8. על מיטה לכלול מתקן תלייה לנקזים משני הצדדים בחלק התחתון של המיטה |
| | תנאי סף | | 10.9. תאורת לילה |
| | | נא לציין מה קיים | 10.10. פונקציות, אביזרים נוספים – דוגמת תאורת גובה מינימום וכדומה |
| נא לציין האם קיים/ לא קיים | | | 11. אביזרים |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|----------------|---------------------------------|---|
| | | | 11.1. הערה: אביזרים עם סימון "אביזר מדף חובה" הם אביזרים אשר לא מסופקים ביחד עם המיטה, אך ספק מחויב לאספקתם בהתאם לדרישת המוסד ובהתאם למחיר שנקבע |
| | אביזר מדף חובה | | 11.2. Trapeze: ידית מחומר פלסטי מתכווננת לגובה |
| | | | 11.2.1. משקל נשיאה מרבי מותר 150 kg לפחות |
| | | | 11.2.2. Trapeze לא בולט מהמסגרת המיטה |
| | אביזר מדף חובה | יש לצרף תמונה ולציין עובי העמוד | 11.3. עמוד עירוני טלסקופי נשלף, מקופף (קצה העמוד מרוחק מפס אספקה או מוניטור). חיבור עמוד עירוני למיטה ללא ברגים או פרפרים. |
| | אביזר מדף חובה | | 11.4. גיליון למטופל עם אפשרות סגירת שם המטופל |
| | אביזר מדף חובה | | 11.5. מגש למוניטור |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | תנאי סף | תחונה/ערך נדרש | נתונים טכניים – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|----------------|---|---|
| | אביזר מדף חובה | | 11.6. מתקן למיכל חמצן |
| | אביזר מדף חובה | יש לצרף מפרט המזרון: ממדים, סוג החומר, צפיפות החומר, סוג כיסוי וכולל כלל אישורי תקינה מתאימים | 11.7. מזרון רפואי מקורי מסוג ויסקו-אלסטי מותאם לממדים של המיטה בעובי של 15 ס"מ עשוי משכבה תחתונה (ספוג בצפיפות 32 kg/m ³ לפחות בעובי 7-8 ס"מ ושכבה עליונה עשויה מחומר ויסקו אלסטי). מזרון כולל כיסוי עשוי מחומר אנטי בקטריאלי, בלתי חדיר לנוזלים, נמתח לכל הכיוונים, עמיד בשטיפה עד 80 מע"צ, עמיד נגד שריפה וכולל רוחסן, אשר מוסתר ע"י בד (חצאית). |



ב. למען הסר ספק, המחיר המוצע למיטת טיפול מוגבר כולל את הפריטים בטבלה לרבות תנאים לאספקה:

| פירוט לגבי הדגם המוצע | כמות | תיאור לאספקה – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|------------------------|---|
| | 1 יח' | 1. מיטת טיפול מוגבר לפי מפרט טכני כוללת הארכה ודוושות Hi-Lo |
| | 1 יח' | 2. אחריות 5 שנים |
| | 1 יח' | 3. עמוד עירווי - סעיף 11.3 של המפרט הטכני לעיל |
| | 1 יח' | 4. מזרון רפואי – סעיף 11.4 של המפרט הטכני לעיל |
| | 1 יח' | 5. גיליון למטופל עם אפשרות סגירת שם המטופל |
| | 1 יח' | 6. מגש למוניטור |
| | 5 יח' עבור כל 10 מיטות | 7. מזרון להשלמה עבור מיטה עם הארכה |
| | | 8. <u>דרישות לאספקה:</u> |
| | נדרש נא לצרף | 8.1. אישורי תקינה שבסעיף 1 של המפרט הטכני לעיל |



| | | |
|--|---|---|
| | מיטה תאושר לתהליך מכרזי בהתאם לתוצאות מבחן בלבד | 8.2. מיטה תעבור מבחן עליה לרמפה של משאית ובהמשך לגוף של משאית |
| | נדרש נא לצרף | 8.3. פרוספקטים של המיטה |
| | נדרש נא לצרף | 8.4. הנחיות הפעלה בעברית |
| | נדרש נא לצרף | 8.5. התחייבות היצרן לאספקת חלקי חילוף 7 שנים לפחות לאחר תום יצור הדגם |
| | נדרש | 8.6. הדרכה של הצוות עד לקבלת שביעות רצון מלאה |
| | נדרש נא לצרף | 8.7. שרטוט המיטה עם כלל החלקים הקיימים – "שרטוט פצצה" |
| | נדרש נא לציין | 8.8. עלות הסכם שירות שנתי לאחר תום תקופת האחריות בת 5 שנים כולל חלקי חילוף ועבודה וטיפולים תקופתיים בהתאם להוראות היצרן |
| | נדרש נא לציין | 8.9. עלות שעת עבודה של טכנאי הספק לקריאת שירות בשעות עבודה רגילות (בין שעות 8 עד 17:00 בימים א' – ה') |
| | נדרש נא לציין | 8.10. עלות שעת נסיעה של טכנאי הספק לקריאת שירות בשעות עבודה רגילות (בין שעות 8 עד 17:00 בימים א' – ה') |
| | נדרש נא לציין | 8.11. עלות שעת עבודה של טכנאי הספק לקריאת שירות בשעות עבודה חריגות (לאחר 17:00 בימים א' – ה' ובסופי שבוע וחגים) |



| | | |
|--|------------------|--|
| | נדרש נא לציין | 8.12. עלות שעת נסיעה של טכנאי הספק לקריאת שירות בשעות עבודה חריגות (לאחר 17:00 בימים א' – ה' ובסופי שבוע וחגים) |
| | נדרש נא לצרף | 8.13. התחייבות ל-SLA – 12 שעות במקרה של תקלה לא משביתה |
| | נדרש נא לצרף | 8.14. התחייבות ל-SLA – 4 שעות במקרה של תקלה משביתה (תקלה שמשביתה חדר לידה) |
| | נדרש נא לצרף | 8.15. התחייבות הספק להחזיק כלל החלקים החיוניים במלאי ארצי (חלקים שהשבתתם מובילה להשבתת המיטה, דוגמת חלקים של מערכת חשמלית, גלגלים, שלטים וכדומה) |
| | נדרש נא לציין | 8.16. השתתפות במכרז כוללת בדיקה פיזית של המיטה ע"י צוות הבודקים. מיטה תיבדקנה לעמידה בתנאי סף ובאופן פונקציונלי (ראה סעיף ה' מתה - אמות מידה). |



ג. אביזרים ואביזרים אופציונליים - עלויות:

| אביזרים ואביזרים אופציונליים – מיטת טיפול מוגבר | תנאי סף | מחיר (ללא מע"מ) | פירוט לגבי הדגם המוצע: קיים מובנה/אופציונלי, לא קיים, עלות |
|---|------------|-----------------|--|
| 1. גלגל חמישה לנסיעה | אביזר חובה | מחירון ספק | |
| 2. גלגלים (inch) 6" כפולים | | מחירון ספק | |
| 3. גיליון למטופל עם אפשרות סגירת שם המטופל | אביזר חובה | מחירון ספק | |
| 4. מגש למוניטור | אביזר חובה | מחירון ספק | |
| 5. כפתור זיכרון 30 מע' עבור משענת גב בשלט של הצוות/חולה | | מחירון ספק | |
| 6. מתקן למיכל חמצן | אביזר חובה | מחירון ספק | |
| 7. התראה לגובה נמוך | | מחירון ספק | |
| 8. מעצור דריכת רגל לנעילה מרכזית של המיטה מצד המראשות | | מחירון ספק | |



| פירוט לגבי הדגם המוצע: קיים מובנה/אופציונלי, לא קיים, עלות | מחיר (ללא מע"מ) | תנאי סף | אביזרים ואביזרים אופציונליים – מיטת טיפול מוגבר |
|--|---------------------------|------------|---|
| | מחירון ספק עבור צד אחד | אביזר חובה | 9. פדל רגל משני צדי המיטה לפונקציה Hi-Low |
| | מחירון ספק | | 10. התראה לגובה נמוך |
| | מחירון ספק | | 11. התראה על שחרור נעילת הגלגלים |
| | מחירון ספק | | 12. נעילה אוטומטית של הגלגלים בעת חיבור לחשמל |
| | מחירון ספק | | 13. Trapeze : ידית מחומר פלסטי לא מתכווננת לגובה |
| | מחירון ספק | אביזר חובה | 14. Trapeze : ידית מחומר פלסטי מתכווננת לגובה לפי סעיף 11.2 של המפרט הטכני לעיל |
| | מחירון ספק | אביזר חובה | 15. עמוד עירוני טלסקופי נשלף לפי סעיף 11.3 של המפרט הוטכני לעיל |



| פירוט לגבי הדגם המוצע: קיים מובנה/אופציונלי, לא קיים, עלות | מחיר (ללא מע"מ) | תנאי סף | אביזרים ואביזרים אופציונליים – מיטת טיפול מוגבר |
|--|--------------------|------------|---|
| | מחירון ספק | | 16. גימור המיטה עבור מחלקת אורטופדיה : הכנות מובנות עבור מערכת Traction, הכנות מובנות עבור Trapeze ב-4 פינות המיטה, מראשות ומרגלות מותאמות לציוד הנ"ל |
| | מחירון ספק | אביזר חובה | 17. מזרון רפואי וויסקו-אלסטי בהתאם לסעיף 11.6 של המפרט הטכני לעיל |
| | מחירון ספק | אביזר חובה | 18. מזרון רפואי סטנדרטי בעובי 15 ס"מ , צפיפות החומר לא פחות מ-32 kg/m ³ |
| | מחירון ספק | אביזר חובה | 19. מזרון להארכת המיטה (השלמת מזרון קיים) |
| | מחירון ספק | | 20. תומך לצורך יציאה מהמיטה |
| | מחירון ספק | | 21. התראה במקרה של תנועה לא רצויה של החולה (Bed Exit Alarm) |
| | מחירון ספק | | 22. עצירה אוטומטית ב-30° בעת הפעלת משענת גב |



| פירוט לגבי הדגם המוצע: קיים מובנה/אופציונלי, לא קיים, עלות | מחיר (ללא מע"מ) | תנאי סף | אביזרים ואביזרים אופציונליים – מיטת טיפול מוגבר |
|--|---|-------------------------|--|
| | מחירון ספק | לציין באיזה שלט קיים | 23. כפתור מצב בדיקה (Examination Position) |
| | מחירון ספק | לציין באיזה שלט קיים | 24. כפתור יציאה מהמיטה (Mobilization Position) |
| | מחירון ספק יש לציין תוספת עלות במידה וקיים ולציין נתון IP | | 25. מיטה ברמת אטימות של מערכת החשמלית IPX6 לפחות |
| | | | 26. אביזרים ופונקציות אופציונליים נוספים: במידה וקיימים יש לציין בהבמשך הטבלה |
| | | | 26.1 |
| | | | 26.2 |



| אביזרים ואביזרים אופציונליים – מיטת טיפול מוגבר | תנאי סף | מחיר (ללא מע"מ) | פירוט לגבי הדגם המוצע: קיים מובנה/אופציונלי, לא קיים, עלות |
|--|---------|--------------------|--|
| 26.3 | | | |
| 26.4 | | | |
| 26.5 | | | |



ד. חלקי חילוף – עלויות:

| פירוט לגבי הדגם המוצע | מק"ט היצרן | מחיר (בש"ח ללא מע"מ) | פרוט הנתונים – חלקי חילוף מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|------------|----------------------|--|
| | | מחירון ספק | 1. מנוע חשמלי (בוכנה) עבור משענת גב |
| | | מחירון ספק | 2. מנוע חשמלי עבור פעולת Hi Lo |
| | | מחירון ספק | 3. מנוע חשמלי עבור משענת רגליים (ירכיים) |
| | | מחירון ספק | 4. מנוע חשמלי עבור משענת שוקיים |
| | | מחירון ספק | 5. פיקוד של מערכת החשמלית |
| | | מחירון ספק | 6. גלגל קומפלט |
| | | מחירון ספק | 7. גלגל כפול קופלט |
| | | מחירון ספק | 8. דופן קדמית שמאלית קומפלט |
| | | מחירון ספק | 9. דופן קדמית ימנית קומפלט |
| | | מחירון ספק | 10. דופן אחורית שמאלית קומפלט |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | מק"ט היצרון | מחיר (בש"ח ללא מע"מ) | פרוט הנתונים – חלקי חילוף מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|-------------|---------------------------|--|
| | | מחירון ספק | 11. דופן אחורית ימנית קומפלט |
| | | מחירון ספק | 12. מגן קיר קומפלט |
| | | מחירון ספק | 13. שלט המטופל מובנה בדופן (פנימי) |
| | | מחירון ספק | 14. שלט של משתמש מובנה בדופן (חיצוני) |
| | | מחירון ספק | 15. שלט של צוות ממוקם במרגלות (מובנה או תלוי, או מובנה בדפנות אחוריות) |
| | | מחירון ספק | 16. כבל הזנה עם תקע יצוק ישראלי |
| | | מחירון ספק עבור צד אחד | 17. פדל רגל קומפלט מצד המיטה להפעלה חשמלית פונקציה Hi-Low |
| | | | 18. חלקי חילוף נוספים: במידה וקיימים יש לציין בהמשך הטבלה |
| | | מחירון ספק | 18.1 |
| | | מחירון ספק | 18.2 |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | מק"ט היצרן | מחיר (בש"ח ללא מע"מ) | פרוט הנתונים – חלקי חילוף מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|------------|----------------------|--|
| | | מחירון ספק | .18.3 |
| | | מחירון ספק | .18.4 |
| | | מחירון ספק | .18.5 |
| | | מחירון ספק | .18.6 |
| | | מחירון ספק | .18.7 |
| | | מחירון ספק | .18.8 |
| | | מחירון ספק | .18.9 |
| | | מחירון ספק | .18.10 |
| | | מחירון ספק | .18.11 |
| | | מחירון ספק | .18.12 |



ה. אמות המידה לניקוד איכות – מיטת טיפול מוגבר

1. במרכז זה אמות מידה מהוות 30% מהציון המשוקלל, כאשר עלות המיטה מהווה 70% מהציון המשוקלל.
2. מוצר שהניקוד שיינתן לו יהיה נמוך מציון הסף שנקבע לרכיב מסוים - ייפסל.
3. הניקוד בסעיפים 4-7 להלן ייקבע כדלקמן: בודקים מקצועיים מטעם ביה"ח שיבא יעריכו את המוצר, בנפרד ללא התייעצות הדדית. הניקוד שיינתן למוצר יקבע לפי נוסחת חישוב בהתבסס על ממוצע ציוני הבודקים.

| פירוט לגבי הדגם המוצע | ציון | ציון סף | סעיף במפרט | תיאור אמות מידה – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|---------|-----------------------------|--|
| | | | | 1. אחריות מוגדלת: |
| | 7 או | | | 1.1 המחיר כולל אחריות כוללת של שנה מעבר לתקופה הקבועה בחוזה |
| | 11 | | | 1.2 המחיר כולל אחריות כוללת של שנתיים מעבר לתקופה הקבועה בחוזה |
| | 10 | | 2.13, 4.6, 5.8 | 2. חלקים פלסטיים של המיטה (מראשות, מרגלות, דפנות) עשויות מחומר אנטי בקטריאלי |
| | 10 | | 10 דרישות אופציונליות | 3. התראה על שחרור נעילת הגלגלים |
| | 10 | 6 | | 4. נוחיות בהובלת המיטה |
| | 10 | 6 | | 5. נוחיות בניקוי של המיטה |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | ציון | ציון סף | סעיף במפרט | תיאור אמות מידה – מיטת טיפול מוגבר |
|-----------------------|---------|---------|------------|--|
| | 10 | 6 | 4.1, 4.2 | 6. מידת הקושי בשליפת מראשות לצורך ביצוע CPR |
| | 9 | 5 | 5 | 7. מידת הקושי בהפעלת דפנות צד |
| | 9 | 5 | 6.2 | 8. מידת הקושי ונוחיות בהפעלה ושחרור נעילה מרכזית |
| | 9 | 5 | 9.1 | 9. מידת הקושי בהפעלה ידנית של CPR |
| | | | | 10. כושר נשיאה של המיטה: |
| | 8 או | | 10.1 | 10.1 יותר מ-220 ק"ג ופחות מ-240 ק"ג |
| | 12 | | 10.1 | 10.2 יותר מ-240 ק"ג |
| | 100 | | | 11. סה"כ |



ו. טופס בדיקה למיטת טיפול מוגבר

דגם מיטת טיפול מוגבר: _____

יצרן מיטת טיפול מוגבר: _____

שם המציע: _____

שם הבודק: _____

דרג/י בסולם מ-1 עד 5, את הפרמטרים הבאים בהתאם לטבלת נקודות איכות עבור מיטת טיפול מוגבר, כאשר 1 מייצג את הציון הנמוך ביותר ו-5 מייצג את הציון הגבוה ביותר.

| פירוט לגבי הדגם המוצע | הערות | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | תיאור |
|-----------------------|-------|---|---|---|---|---|--|
| | | | | | | | 1. נוחיות בהובלת המיטה |
| | | | | | | | 2. נוחיות בניקוי של המיטה |
| | | | | | | | 3. מידת הקושי בשליפת מראשות לצורך ביצוע CPR |
| | | | | | | | 4. מידת הקושי בהפעלת דפנות צד |
| | | | | | | | 5. מידת הקושי ונוחיות בהפעלה ושחרור נעילה מרכזית |



| פירוט לגבי הדגם המוצע | הערות | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | תיאור |
|-----------------------|-------|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| | | | | | | | 6. מידת הקושי בהפעלה ידנית של CPR |

חתימת הבודק: _____

תאריך: _____



ז. ריכוז סיכום בדיקת מיטת טיפול מוגבר

דגם מיטת טיפול מוגבר: _____

יצרן מיטת טיפול מוגבר: _____

שם המציע: _____

הציון המשוקלל מחושב לפי משוואה –

$$finalGrade = \frac{meanGrade}{max Grade} \cdot Score$$

כאשר –

$finalGrade$ - מייצג את הציון המשוקלל הסופי.

$meanGrade$ - מייצג את הציון הממוצע מבין הבודקים.

$max Grade$ - מייצג את הציון המקסימאלי - 5

$Score$ - מייצג את הניקוד המתאים לפי טבלת נקודות איכות



| תיאור | ציון סף לפי טבלת נקודות איכות | הערות | פירוט לגבי הדגם המוצע |
|--|-------------------------------|-------|-----------------------|
| 1. נוחיות בהובלת המיטה | 6 | | |
| 2. נוחיות בניקוי של המיטה | 6 | | |
| 3. מידת הקושי בשליפת מראשות לצורך ביצוע CPR | 6 | | |
| 4. מידת הקושי בהפעלת דפנות צד | 5 | | |
| 5. מידת הקושי ונוחיות בהפעלה ושחרור נעילה מרכזית | 5 | | |
| 6. מידת הקושי בהפעלה ידנית של CPR | 5 | | |