**Додаток 2**

*до тендерної документації*

**ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ**

**Основні вимоги до учасників по закупівлі**

**Послуги з обстеження хворих**

**шляхом проведення магнітно-резонансної томографії**

**(ДК 021:2015 - 85150000-5 «Послуги діагностичної візуалізації»)**

1. Послуги що будуть надаватися забезпечують виконання якісних обстежень кваліфікованими спеціалістами - послуги з обстеження хворих шляхом проведення магнітно-резонансної томографії (далі – обстеження) щодо пацієнтів неврологічного, нейрохірургічного та терапевтичного профілів.

2. Все обладнання медичного призначення, на якому буде проводитися обстеження, відповідає вимогам технічного регламенту щодо медичних виробів, затвердженого Кабінетом Міністрів України (учасником надаються копії сертифікатів відповідності з додатками до них).

Учасником надається підтвердження наявності медичного обладнання, яке буде використано при наданні послуг та його відповідності медико-технічним характеристикам (таблиця відповідності) у формі подання гарантійного листа у довільній формі з відмітками щодо наявності необхідних медико-технічних характеристик обладнання, перелічених у таблиці відповідності.

3. Учасник у складі тендерної пропозиції надає копію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

4. Учасник забезпечує надання послуг з використанням безпечного для застосування обладнання, апаратури, витратних матеріалів та інших об’єктів матеріально-технічної бази.

5. Учасник гарантує, що технічні, якісні характеристики предмета закупівлі будуть відповідати встановленим/зареєстрованим діючим нормативним актам діючого законодавства, які передбачають застосування заходів із захисту довкілля.

6. Учасник забезпечує можливість безперешкодного під’їзду спеціалізованого автотранспорту до місця надання послуг.

7. Місце розташування переможця повинно бути у місті Полтава та Полтавській області.

**ТАБЛИЦЯ ВІДПОВІДНОСТІ**

**Медико-технічні характеристики обладнання для проведення магнітно-резонансних томографічних обстежень**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Найменування** | **Базові параметри**  | **Наявність** |
| **1** | **Загальні характеристики** |
| 1.1 | Напруженість (індуктивність) магнітного поля, Тесла | не менше 1,0 T |  |
| 1.2 | Максимальне допустиме навантаження на стіл пацієнта | не більше 160 кг |  |
| 1.3 | Діаметр тунелю | не менше 60 см |  |
| 1.4 | Можливість сканування всього тіла з використанням стандартної деки столу | наявність |  |
| 1.5 | Система підготовки пацієнта до сканування, спостереження та керування процесом дослідження | наявність |  |
| 1.6 | Система вентиляції та освітлення тунелю | наявність |  |
| 1.7 | Система двостороннього зв’язку оператора та пацієнта | наявність |  |
| **2** | **Параметри сканування, імпульсні послідовності** |
| 2.1 | Мінімальна товщина зрізу в режимі сканування 2D  | не більше 0.5 мм |  |
| 2.2 | Мінімальна товщина зрізу в режимі сканування 3D | не більше 0.1 мм |  |
| 2.3 | Імпульсна послідовність інверсійного відновлення з придушенням сигналу води і Т1 контрастуванням  | наявність |  |
| 2.4 | Імпульсна послідовність інверсійного відновлення з придушенням сигналу води і Т2 контрастуванням | наявність |  |
| 2.5 | Дифузійно-зважені імпульсні послідовності (ехопланарна візуалізація) | наявність |  |
| 2.6 | Імпульсні послідовності (градієнтне ехо, швидке градієнтне ехо, градієнтне ехо з очищенням) | наявність |  |
| 2.7 | Імпульсні послідовності для оцінки дрібних структур мозку, а також кори мозку з можливість побудови мульти-планарних реконструкцій | наявність |  |
| 2.8 | Імпульсні послідовності для оцінки кордону сірої, білої речовини, аномалій кори мозку | наявність |  |
| **3** | **Проведення контрастно-посиленого МР-сканування при нейроонкології, а також в складних діагностичних випадках.** |
| 3.1 | Використання МР-контрастної речовини на основі гадолінію | наявність |  |
| 3.2 | Об'єм контрастної речовини, що використовується при дослідженні | У залежності від ваги пацієнта |  |
| **4** | **Комп'ютерна система, програмні пакети протоколів сканування і реконструкцій отриманих даних, програмні додатки обробки даних і методи збору даних** |
| 4.1 | Архівація на CD/DVD дисках | наявність |  |
| 4.2 | Радіологічний стандарт DICOM- 3 при видачі даних на електронних носіях (CD, DVD) | наявність |  |
| 4.3 | Програмний пакет протоколів для нейровізуалізації (дослідження головного мозку, хребта) | наявність |  |
| 4.4 | Програмний пакет протоколів для контрастної та безконтрастної МР-ангіографії (артерій і вен) | наявність |  |
| 4.5 | Програмний пакет протоколів для візуалізації органів черевної порожнини, позачеревинного простору і малого тазу | наявність |  |
| 4.6 | Програмний пакет протоколів для ортопедії | наявність |  |
| 4.7 | Програмний пакет для поєднання зображень різних модальностей з можливістю оцінки результатів МРТ і КТ | наявність |  |
| 4.8 | Можливість синхронізації сканування з ЕКГ | наявність |  |
| 4.9 | Можливість синхронізації сканування з диханням пацієнта | наявність |  |
| 4.10 | Можливість синхронізації сканування з периферичним пульсом пацієнта | наявність |  |
| **5** | **Додаткове забезпечення** |
| 5.1 | Немагнітні МР-каталки для перекладання пацієнтів в кабінеті МРТ | наявність |  |
| 5.2 | Набір для розміщення і фіксації пацієнта | наявність |  |
| 5.3 | Лазерний DICOM-принтер з можливість друку на рентгенівську плівку і кольоровий фотопапір | наявність |  |

**Обсяг надання послуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Найменування** | **Од. виміру** | **Кількість**  |
| 1 | МРТ головного мозку, МРТ одного відділу хребта (шийного, або грудного, або попереково-крижового), або органів середостіння | послуга | 917 |
| 2 | МРТ органів черевної порожнини, або МРТ органів малого тазу | послуга | 98 |
| 3 | МРТ одного із суглобів | послуга | 35 |