|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耳鼻喉综合诊疗台** | | | | | |
| **一** | **总体要求** | | | |  |
| 1 | 满足科室要求，凡涉及设备安装及施工由中标方负责，按照科室要求提供交钥匙工程 | | | | 具备 |
| 2 | 投标时要求提供原厂家的检验报告、技术参数表及产品彩页 | | | | 具备 |
| **★**3 | 提供医疗器械注册证 | | | | 具备 |
| 4 | 提供近三年的销售业绩 | | | | 提供 |
| 5 | 仪器配备所有软件使用最新版本且终身免费升级，端口免费开放，能与我院各信息系统无缝对接 | | | | 具备 |
| 6 | 数量 | | | | 2台 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| 1 | 用途：供耳鼻喉科诊断及治疗用 | | | | 具备 |
| 2 | 治疗台主操作台：设有器械盘、药棉罐、污物瓶、正压泵、负压泵等 | | | | 具备 |
| 3 | 治疗台台面为原装优质人造大理石，坚固、不断裂；美观、不褪色、防划、防震、防腐蚀、防渗透、易擦净、不留痕迹 | | | | 具备 |
| 4 | 正压泵：高质量无油页片式压缩机1台，最低压力≥2.0Kg/cm²以上 | | | | 具备 |
| 5 | 负压泵：高质量无油页片式压缩机1台，最低吸引力≥680mmHg以上 | | | | 具备 |
| 6 | 操作控制：液晶触摸1套，人性化按键设计，可控制治疗椅的升降位 | | | | 具备 |
| 7 | 喷枪装置：喷雾器3只，其中1只为弯型喷雾器。喷枪可拆卸，枪体轻巧且手感好，喷雾均匀无滴水现象，不易堵塞；微动开关，提起喷枪自动工作 | | | | 具备 |
| 8 | 吸引装置：负压吸引枪1支，微动开关，提起吸引头自动工作，负压吸引管路采用易拆除设计，便于拆卸清洗消毒 | | | | 具备 |
| 9 | 喉镜预热装置：自动停止，预热时间≤15秒 | | | | 具备 |
| 10 | 照明灯装置：过滤红外线无辐射亮度≥40000Lx，过滤红外线、无发热感。带阻力平衡支臂，移动可在任意位置固定。LED光源。使用寿命≥15000个小时 | | | | 具备 |
| 11 | 电脑办公边台：选配书写桌与主台面材质一样 | | | | 具备 |
| 12 | 吸入污物瓶：3个。防止污物倒流，有双重保护功能，分泌物容器具有双重防溢流保护 | | | | 具备 |
| 13 | 具备消音装置 | | | | 具备 |
| 14 | 笔试灯 1支（选配）。LED光源 | | | | 具备 |
| 15 | 尺寸不少于：740(W)\*551(D)\*800(H)mm,书写台880（W）\*551(D)\*800(H)mm | | | | 具备 |
| 16 | 预警装置1套，当喷枪复位不当时，控制面板液晶按钮闪烁，正压泵停止工作，重新正确复位喷枪，恢复正常工作 | | | | 具备 |
| 17 | 配置：  主操作台 1台  直型喷雾器 2支  弯型喷雾器 1支  负压吸引枪 1支  加热除雾装置 1套  照明灯 1套  高性能压力泵 1台  高性能负压泵 1台  医用药瓶 4个  53MM医用容器 1个  83MM医用容器 3个  器械盘 1副  100MM医用器具容器 2个  吸入污物瓶 1套  耳鼻喉科用病人座椅 1把  观片灯 1套  医生座椅 1把 | | | | 具备 |
| 18 | 提供详细配置清单及分项报价(含名称、品牌、规格型号、数量、单价) | | | | 具备 |
| 19 | 提供设备附件及各类配件详细报价（含名称、品牌、规格型号、数量、单价) | | | | 具备 |
| **三** | **技术及售后服务** | | | | 具备 |
| **★**1 | 整机质保期≥3年，在质保期内每年由维修工程师提供至少4次的上门维护保养工作 | | | | 具备 |
| 2 | 中标后，提供厂家保修承诺 | | | | 具备 |
| 3 | 中标方应对设备操作及维修人员进行操作及维修培训，直至技术人员熟练掌握使用及维修技能为止，提供详细培训记录,提供设备设计使用寿命 | | | | 具备 |
| 4 | 维修保障：提供中文说明书、操作手册、详细维修手册、电路图、系统安装软件及维修密码，软件系终身免费升级 | | | | 具备 |
| 5 | 一个月内非人为质量问题提供换货。设备出现故障时2个小时内响应，6小时内提供维修方案及报价，24小时内到达现场，郑州有常驻工程师，提供工程师姓名及联系方式 | | | | 具备 |
| 6 | 到货时间：合同签订后30日内 | | | | 具备 |
| **申请部门** | | **（科室主任签字、日期）** | **审核** | **（签字、日期）** | |
| **医学装备部** | | **（签字、日期）** | **主管领导审批** | **（签字、日期）** | |

以上参数由签字确认后即满足科室使用需求，