|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **多功能免疫检测仪** | | | | | | |
| **一** | | **总体要求** | | | |  |
| **★**1 | | 满足临床科室要求，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 | | 投标产品应为国内外知名品牌，先进机型及配置，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套 |
| **二** | | **技术要求** | | | |  |
| 1 | | 用途：用于定量检测人血清、血浆中的肌钙蛋白 I、N 末端脑钠肽前体、 心型脂肪酸结合蛋白、 降钙素原的含量以及血浆中D-二聚体的含量 | | | | 具备 |
| **★**2 | | 样品位≥6个（可扩展至≥30个孵育通道） | | | | 具备 |
| 3 | | 有中文操作界面和系统，通过仪器屏幕上显示的菜单指令进行操作 | | | | 具备 |
| 4 | | 提示因操作失误导致的无效检测结果 | | | | 具备 |
| 5 | | 自我检查能力，自动监控系统各组成部分 | | | | 具备 |
| 6 | | 内有激光条码阅读器，检测项目参数可通过检测试剂盒上的条形码自动获得 | | | | 具备 |
| 7 | | 自动感应样本的加入，检测自动开始，依试剂盒上的条形码自动控制孵育时间 | | | | 具备 |
| 8 | | 检测结果包括样本编号、检测结果等信息，并自动于液晶显示屏上显示 | | | | 具备 |
| 9 | | 保持试剂盒恒定的孵育温度，并把温度控制在设定的范围之内 | | | | 具备 |
| 10 | | 可连接打印机，接口：USB ≥4个，网口≥1个，RS232≥ 1个可连接移动存储设备、条形码扫描仪、打印机相连，可与局域网或互联网连接 | | | | 具备 |
| 11 | | 多项目可随意组合检测 | | | | 具备 |
| 12 | | 检测通道对某一标准测试盒CV≤5% | | | | 具备 |
| 13 | | 对于含标准条带的标准测试盒，连续测量10次，所得fM值与对应的fM标称值测量误差≤±10% | | | | 具备 |
| 14 | | 全高清多点触控屏，分辨率：≤20fM | | | | 具备 |
| 15 | | 无需冷链，保质期≥18个月 | | | | 具备 |
| 16 | | 具备用户密码设置功能，保证只有授权的操作人员能使用仪器 | | | | 具备 |
| **★**17 | | 提供以下检测项目所需试剂详细报价（含名称、规格、型号、数量、单价) | | | | 具备 |
| 17.1 | | N末端脑钠肽 | | | | 具备 |
| 17.2 | | 超敏肌钙蛋白I | | | | 具备 |
| 17.3 | | 肌红蛋白 | | | | 具备 |
| 17.4 | | 肌酸激酶MB同工酶 | | | | 具备 |
| 17.5 | | 人心型脂肪酸肌红蛋白 | | | | 具备 |
| 17.6 | | D-二聚体 | | | | 具备 |
| 17.7 | | 降钙素原 | | | | 具备 |
| 17.8 | | 中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白 | | | | 具备 |
| 18 | | 提供详细配置清单及分项报价 | | | | 具备 |
| **三** | | **技术及售后服务** | | | |  |
| **★**1 | | 整机质保期≥3年（提供厂家保修承诺），在质保期内每年由维修工程师提供至少2次的上门维护保养工作 | | | | 具备 |
| 2 | | 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 |
| **★**3 | | 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 |
| 4 | | 一个月内非人为质量问题提供换货。设备出现故障时2个小时内提供备用设备，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 |
| 5 | | 到货时间：合同签订后15日 | | | | 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）** | | |

以上参数经科室签字即视为同意，能够满足临床科室需求