|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **全自动化学发光免疫分析仪** | | | | | | |
| **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CFDA认证 | | | | 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 | | | | 1台 | |
| **二** | **技术要求** | | | |  | |
| ★1 | 检测原理：化学发光，具有二步法和一步法两种检测方法 | | | | 具备 | |
| 2 | 标本类型：血清、血浆 | | | | 具备 | |
| 3 | 检测项目：≥30个，至少包括肌酸激酶同工酶、肌红蛋白、脑利钠肽N端前体蛋白、肌钙蛋白I、异常凝血酶原（PIVKA-II）、维生素B12、铁蛋白、叶酸、鳞状上皮细胞癌相关抗原（SCC）、胃蛋白酶I、胃蛋白酶II等心脏标志物、炎症标志物项目，所有试剂须通过食品药品监督管理局注册批准，提供注册证 | | | | 具备 | |
| 4 | 请按顺序提供以下检测项目所需试剂名称、规格、每人份标本类型及用量、每人份试剂用量及试剂单价 | | | | 具备 | |
| 4.1 | 肌酸激酶同工酶 | | | | 具备 | |
| 4.2 | 肌红蛋白 | | | | 具备 | |
| 4.3 | 脑利钠肽N端前体蛋白 | | | | 具备 | |
| 4.4 | 肌钙蛋白I | | | | 具备 | |
| 4.5 | 异常凝血酶原（PIVKA-II） | | | | 具备 | |
| 4.6 | 维生素B12 | | | | 具备 | |
| 4.7 | 铁蛋白 | | | | 具备 | |
| 4.8 | 叶酸 | | | | 具备 | |
| 4.9 | 鳞状上皮细胞癌相关抗原（SCC） | | | | 具备 | |
| 4.10 | 胃蛋白酶I | | | | 具备 | |
| 4.11 | 胃蛋白酶II | | | | 具备 | |
| ★5 | 测试速度：>100测试/小时 | | | | 具备 | |
| 6 | 定标方法：内置定标曲线、可点定标，支持6点定标 | | | | 具备 | |
| 7 | 试剂冷藏：支持24小时不间断试剂冷藏 | | | | 具备 | |
| 8 | 急诊功能：支持随时急诊检测 | | | | 具备 | |
| 9 | 异常情况处理：实时自诊断、自处理、自保护 | | | | 具备 | |
| 10 | 携带污染率：<1.0ppm | | | | 具备 | |
| 11 | 试剂通道数：>10个，可放置不同和相同类型的10种试剂 | | | | 具备 | |
| 12 | 软件系统：具有对标本进行自动稀释、预稀释、转测和重测功能，可对试剂、消耗品、废物进行实时跟踪。并免费升级项目软件 | | | | 具备 | |
| 13 | 模块化化学发光分析仪，可与样品前处理器、生化、免疫分析仪相连，以符合现代实验室发展要求 | | | | 具备 | |
| 14 | 提供设备附件及各类配件详细报价（含名称、规格、型号、数量、单价) | | | | 具备 | |
| 15 | 提供配套耗材或试剂名称及详细报价（含名称、规格、型号、数量、单价) | | | | 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 | 提供合同签订后到货时间 | | | | 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