|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **负压清洗消毒器** | | | | | |
| **一** | **总体要求** | | | |  |
| 1 | 满足医院要求，凡涉及设备安装及施工由中标方负责，安装符合要求，按照医院要求提供交钥匙工程 | | | | 具备 |
| 2 | 投标时要求提供投标产品注册检验报告、技术参数表（datasheet）及产品彩页 | | | | 具备 |
| 3 | 投标产品为知名品牌，最新先进机型及配置 | | | | 具备 |
| ★4 | 提供医疗器械注册证 | | | |  |
| 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 | 所有项目必须满足现今主流设备的需求，并能根据实际情况以及用户的要求进行及时做出硬件上的调整，并负责做好相应设备的安装 | | | | 具备 |
| 7 | 数量 | | | | 2台 |
| 8 | 提供消毒卫生产品卫生安全评价报告或备案证明 | | | | 具备 |
| 9 | 满足安装场地要求 | | | | 具备 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| ＃1 | 容积：≥400L | | | | 具备 |
| 2 | 装载量：≥27个DIN标准器械托盘（480×250×50mm）或18个特制器械托盘（580×250×60mm） | | | | 具备 |
| 3 | 装载方式：置于托盘内堆叠摆放或直接置于槽内清洗，清洗管腔器械无需对接（并提供该方式可清洗合格的证明资料） | | | | 具备 |
| 4 | 清洗舱材质及工艺要求：采用进口316Ti不锈钢（需提供进口报关单） | | | | 具备 |
| 5 | 密封门密封方式：压缩气主动密封 | | | | 具备 |
| 6 | 门数量：单门 | | | | 具备 |
| 7 | 加热方式：蒸汽加热或电加热 | | | | 具备 |
| 8 | 舱体工作压力：-0.1-0 Mpa | | | | 具备 |
| 9 | 工作原理：脉动真空清洗、煮沸消毒、真空干燥、热风干燥 | | | | 具备 |
| 10 | 运行周期（高位手术器械）：≤65分钟 | | | | 具备 |
| 11 | 液位可调：根据负载量多少，三级液位可调，达到节能运行的目的；同时可自动调整耗材进给量 | | | | 具备 |
| 2 | 主要元器件：真空泵、电磁阀、气动阀均采用进口知名品牌，应提供报关单 | | | | 具备 |
| 13 | 程序名称：≥10套预置程序，20套自定义程序，用户可根据需要进行程序编辑 | | | | 具备 |
| 14 | 流程控制：清洗、漂洗、消毒、干燥全过程由控制器自动控制，保证设备稳定、有序的运行。 | | | | 具备 |
| 15 | 记录方式：可自动打印过程曲线、并记录A0值 | | | | 具备 |
| 16 | 显示屏：≥8寸触摸屏，显示清晰，触摸准确 | | | | 具备 |
| 17 | 安全保护：电机过流保护装置：设备电机过载时，过流保护开关动作，电机停止工作 | | | | 具备 |
| 18 | 真空泵空转保护 | | | | 具备 |
| 19 | 真空泵超时保护 | | | | 具备 |
| 20 | 真空泵过载保护：防止由于异物堵塞或者抽水等可能对泵造成的损坏 | | | | 具备 |
| 21 | 配置：至少包括主机1台，清洗架1个，搬运车2辆，18个器械托盘 | | | | 具备 |
| 22 | 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 |
| 23 | 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** | | | |  |
| **★**1 | 整机质保期≥5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，4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日历天内 | | | | 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，