|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **凝血分析仪流水线** | | | | | | |
| **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套 |
| **二** | | **技术要求** | | | |  |
| 1 | | 设备配置：包含6台凝血主机和标本进出样处理系统 | | | | 具备 |
| **2** | | **进出样处理系统** | | | | 1台 |
| 2.1 | | 快速进样/出样模块具备样本管理功能 | | | | 具备 |
| **★**2.2 | | 进出样处理系统处理速度需≥500管标本/小时 | | | | 具备 |
| **3** | | **凝血分析仪主机** | | | | 6台 |
| **★**3.1 | | 单模块工作通量≥300测试/小时，适用于不同类型的样本管 | | | | 具备 |
| 3.2 | | 自动条码识别功能，可自定义样本上载标准 | | | | 具备 |
| 3.3 | | 急诊测试：随时插入急诊标本，立即优先处理，不限制数量和位置，不干扰进行中的检测 | | | | 具备 |
| 3.4 | | 分析仪试剂位同时在线不少于60个 | | | | 具备 |
| 3.5 | | 全部试剂位置须具备冷藏，拥有温度控制系统，且需具有微量试剂位 | | | | 具备 |
| 3.6 | | 具备样品和试剂自动识别功能 | | | | 具备 |
| **4** | | **定标系统** | | | | 具备 |
| 4.1 | | 有厂家预定标功能 | | | | 具备 |
| 4.2 | | 对同一项目，仪器可同时保存两条及以上定标曲线，节约试剂和定标品，节省操作时间 | | | | 具备 |
| **5** | | **软件系统** | | | | 具备 |
| 5.1 | | 集中式软件控制系统 | | | | 具备 |
| 5.2 | | 通过计算机控制系统进行样本实时追踪管理 | | | | 具备 |
| 5.3 | | 可与LIS连接 | | | | 具备 |
| 6 | | 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 |
| 6.1 | | 凝血酶原时间 | | | | 具备 |
| 6.2 | | 活化部分凝血活酶 | | | | 具备 |
| 6.3 | | FIB 纤维蛋白原 | | | | 具备 |
| 6.4 | | TT 凝血酶时间测定 | | | | 具备 |
| 6.5 | | D-二聚体测定试剂盒 | | | | 具备 |
| 6.6 | | 纤维蛋白/纤维蛋白原 | | | | 具备 |
| 6.7 | | 抗凝血酶III | | | | 具备 |
| 7 | | 提供详细配置清单及分项报价(含名称、规格、型号、数量、单价) | | | | 具备 |
| 8 | | 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 |
| **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** |  | | |

以上参数经科室签字即视为同意，能够满足临床科室需求