|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **毛细管电泳分析仪** | | | | | |
| **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，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 | 提供医疗器械注册证 | | | | 具备 |
| 4 | 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 |
| 5 | 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 |
| 6 | 满足安装场地要求 | | | | 具备 |
| 7 | 属于计量器具的，提供计量首检证明 | | | | 提供 |
| 8 | 数量 | | | | 1台 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| 1 | 检测方法：高压液相毛细管电泳法 | | | | 具备 |
| 2 | 检测项目：糖化血红蛋白、血红蛋白电泳、血清蛋白电泳，免疫分型电泳 | | | | 具备 |
| 3 | 使用全血标本直接上机，无需任何前处理，机内自动混匀，结果无需人工修图 | | | | 具备 |
| 4 | 检测速度：免疫分型电泳≥12测试/小时；血清蛋白电泳≥80测试/小时；血红蛋白电泳≥40测试/小时；糖化血红蛋白≥40测试/小时 | | | | 具备 |
| 5 | 检测通道≥8条并行毛细管通道同时运行 | | | | 具备 |
| 6 | 进样部分：所有项目标本不需前处理，原始管连续进样，同时进样120个样本，机内吸样、自动稀释；XYZ机械臂控制加样 | | | | 具备 |
| 7 | 光学部分：氘光源和LED光源200-600纳米连续波长扫描，光纤维发射与接收，紫外光镜头CMOS二极管探测器接收信号 | | | | 具备 |
| 8 | 控制单元：具备自动温度控制、自动液面水平监测、自动温度、气路、光路检测、自动冲洗及自动锁功能 | | | | 具备 |
| 9 | 中文操作界面，液晶触摸屏显示 | | | | 具备 |
| 10 | 结果可通过网络传输至医院LIS或HIS系统 | | | | 具备 |
| 11 | 报告格式灵活，可编辑多种中文报告单，可储存最少10万个以上病人报告和图谱 | | | | 具备 |
| 12 | 条码系统：标本试管及试管架均由条型码阅读器自动识别 | | | | 具备 |
| 13 | 质控系统：可使用L-J质控图表进行质控统计 | | | | 具备 |
| 14 | 配备急诊功能 | | | | 具备 |
| 15 | 试剂溯源管理：管理试剂批号，余量，有效期等 | | | | 具备 |
| #16 | 提供以下检测项目所需配套试剂耗材医疗器械注册证及长期供应价格（含名称、品牌、规格型号、单价) | | | | 具备 |
| 16.1 | 糖化血红蛋白 | | | | 具备 |
| 16.2 | 血红蛋白电泳 | | | | 具备 |
| 16.3 | 血清蛋白电泳 | | | | 具备 |
| 16.4 | 免疫分型电泳 | | | | 具备 |
| 17 | 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 |
| 18 | 提供设备附件及各类配件详细报价（含名称、品牌、规格型号、单价) | | | | 具备 |
| **三** | **技术及售后服务** | | | |  |
| **★**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 |
| 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，