|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **裂隙灯影像系统** | | | | | |
| **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 | 数量 | | | | 1台 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| 1 | 光学体技术参数 | | | |  |
| 1.1 | 显微镜类型：平行夹角式（伽利略型） | | | | 具备 |
| 1.2 | 照明方式：上光源照明 | | | | 具备 |
| 1.3 | 倍率转换方式：转鼓式 | | | | 具备 |
| 1.4 | 目镜倍率：12.5X | | | | 具备 |
| 1.5 | 显微镜总倍率：6X; 10×；16×；25×；40× | | | | 具备 |
| 1.6 | 屈光度调节：≥-7D～+7D | | | | 具备 |
| 1.7 | 裂隙宽度：≥0～14(mm)连续可调 | | | | 具备 |
| 1.8 | 裂隙高度：≥1～14 (mm)连续可调 | | | | 具备 |
| 1.9 | 光栏直径：ф14、ф10、ф8、ф5、ф2、ф0.2(mm) | | | | 具备 |
| 1.10 | 裂隙角度：≥0°～ 180°连续可调 | | | | 具备 |
| 1.11 | 光学分辨率：≥2300.N线对/mm,可轻松观察角膜内皮，房角等 | | | | 具备 |
| 1.12 | 裂隙前倾：5°、10°、15°、20° | | | | 具备 |
| 1.13 | 滤色片：隔热片、减光片、无赤片、钴蓝片 | | | | 具备 |
| 1.14 | 固视标：红色发光二极管 | | | | 具备 |
| 1.15 | 照明灯泡：暖色LED灯 | | | | 具备 |
| 1.16 | 配置弥散镜，预留眼底激光接口 | | | | 具备 |
| 1.17 | 自带Dicom 3.0接口，可接入医院的HIS系统，PACS系统，支持医疗网络化 | | | | 具备 |
| 1.18 | 内置黄色增强滤光片 | | | | 具备 |
| 1.19 | 内置景深调节器 | | | | 具备 |
| 1.20 | 无线型裂隙灯光学体：照明电源线，相机数据线，拍摄控制线均隐藏在光学体内 | | | | 具备 |
| 2 | 数码采集及图像分析系统 | | | | 具备 |
| 2.1 | 数码图像采集方式：专业医用单反相机，≥2400万像素 | | | | 具备 |
| 2.2 | 静态照相/动态录像采集方式 | | | | 具备 |
| 2.3 | 具备裂隙灯图像处理软件全程控制单反相机参数（非相机上手动调整） | | | | 具备 |
| 2.4 | 配置同步闪光照明照相补偿系统 | | | | 具备 |
| 2.5 | 配置同轴背景光照明补偿系统 | | | | 具备 |
| 2.6 | 专业裂隙灯图像处理软件 | | | | 具备 |
| 3 | 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 |
| 4 | 提供附件及耗材详细报价 | | | | 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：中标方应提供中文说明书、操作手册、详细维修手册、整机线路图、系统安装软件及维修密码，软件终身免费升级 | | | | 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30日内 | | | | 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）** | |

以上参数经科室签字即视为同意，能够满足临床科室需求