|  |
| --- |
| **多功能流式点阵仪** |
| **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 | 提供近三年的销售业绩 | 具备 |
| 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 | 1套 |
| **二** | **技术要求** | 　 |
| 1 | 用于HLA配型等 | 具备 |
| #2 | 测试速度：≥10000测试/小时 | 具备 |
| #3 | 每孔检测指标≥100个 | 具备 |
| 4 | **光学系统** | 具备 |
| 4.1 | 报告激光：532nm倍频二极管；功率≥10-15mW | 具备 |
| 4.2 | 分类激光：635nm二极管；功率: ≥25mW | 具备 |
| 5 | **检测系统** | 具备 |
| 5.1 | 报告激光检测器：565-585nm，光电倍增管 | 具备 |
| 5.2 | 分类激光检测器：温度补偿的雪崩光电二极管 | 具备 |
| 5.3 | 双联体辨别检测器：温度补偿的雪崩光电二极管 | 具备 |
| 6 | **液相系统** | 具备 |
| 6.1 | 鞘液流速：≥90μl ± 5 μl /s | 具备 |
| 6.2 | 流动室：200μm2流道 | 具备 |
| 6.3 | 进样速度：1 μl± 0.05 μl /s | 具备 |
| 7 | **鞘液分配系统** | 具备 |
| 7.1 | 压力等级：最高≥15psi | 具备 |
| 7.2 | 鞘液流速：最快≥500ml/s | 具备 |
| 7.3 | 鞘液入口：常压，1/4OD管（可更换），10um滤膜，鞘液大容器需放置在低于仪器1m处 | 具备 |
| 8 | **操作平台** | 具备 |
| 8.1 | 加热温度范围：35°C-55°C | 具备 |
| 8.2 | 操作环境:操作温度15°C-30°C，10%-90%相对湿度 | 具备 |
| 8.3 | 96孔微量滴定板:兼容任何厚度不超过19mm的标准96孔板 | 具备 |
| 9 | **软件** | 具备 |
| 9.1 | 便捷的页面导航操作 | 具备 |
| 9.2 | 实时显示数据采集 | 具备 |
| 9.3 | 兼容高级应用统计软件，具备自动生成最优曲线的曲线拟合算法 | 具备 |
| 9.4 | 适用于磁性微球和普通微球 | 具备 |
| 9.5 | 默认高PMT校准，提高试验灵敏度 | 具备 |
| #10 | **提供以下检测项目所需试剂耗材医疗器械注册证及长期供应价格（含名称、规格、型号、单价）** | 具备 |
| 10.1 | HLA分型A、B、C位点 | 具备 |
| 10.2 | HLA分型DRB1、DQA/B1、DPA/B1位点 | 具备 |
| 10.3 | 人类白细胞抗原特异性抗体检测 | 具备 |
| 10.3.1 | 人类白细胞抗原特异性抗体检测（I类） | 具备 |
| 10.3.2 | 人类白细胞抗原特异性抗体检测（II类） | 具备 |
| 10.4 | 淋巴毒CDC | 具备 |
| 10.5 | 流式T/B淋巴细胞交叉配型 | 具备 |
| 10.6 | Taq polymerase、Streptavidin-PE、鞘液、校准试剂盒、验证试剂盒 | 具备 |
| 11 | 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 |
| **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2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：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 |
| 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