|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **无创呼吸机** | | | | | |
| **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 | | | | 3台 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| 1 | 适用病人：成人、儿童 | | | | 具备 |
| ＃2 | 液晶触摸屏≥10英寸，中文操作菜单，同屏显示压力、流速、容量三个波形和压力容量环，流量容量环两个环 | | | | 具备 |
| 3 | 内置电池：断电后能使用≥4小时 | | | | 具备 |
| 4 | 呼吸模式 | | | | 具备 |
| 4.1 | 自主/时间控制通气 S/T | | | | 具备 |
| 4.2 | 持续正压通气CPAP | | | | 具备 |
| 4.3 | 双水平气道正压通气 | | | | 具备 |
| 4.4 | 压力控制通气PCV | | | | 具备 |
| 4.5 | 压力支持通气PSV | | | | 具备 |
| 4.6 | 平均容量保证压力支持（AVAPS） | | | | 具备 |
| 5 | 窒息后备通气 | | | | 具备 |
| 6 | 触发方式 | | | | 具备 |
| 6.1 | 自动灵敏度技术 | | | | 具备 |
| 6.2 | 自主触发灵敏度：图形触发、自主切换：最长IPAP时间为3秒，反向流量保护 | | | | 具备 |
| 7 | 漏气补偿≥60L/min | | | | 具备 |
| 8 | 呼吸频率：≥2-80 次/分 | | | | 具备 |
| 9 | 吸气时间：≥0.1-3秒 | | | | 具备 |
| 10 | 最大送气流速：≥240升/分 | | | | 具备 |
| 11 | 压力延迟上升时间：关闭，5-45分钟 | | | | 具备 |
| 12 | 氧浓度：21% - 100% | | | | 具备 |
| 13 | 压力上升时间：≥0.05-0.4s | | | | 具备 |
| #17 | 潮气量: ≥10-3000ml | | | | 具备 |
| 18 | 具有报警功能：频率过高报警、频率过低报警、潮气量过高报警、潮气量过低报警、吸气压力过高报警、吸气压力过低报警、每分钟通气量过高报警、低压报警时间：5-60s | | | | 具备 |
| 19 | 主要配置要求:主机1台、费雪派克湿化装置2套、可重复使用硅胶气道管路及无创面罩4套（规格任选）、原装进口夹板模拟肺和常用消耗材料 | | | | 具备 |
| 20 | 开机自检功能 | | | | 具备 |
| 21 | 能使用管道氧，氧压范围：0.3-0.4MPa，并提供与管道氧连接的接头 | | | | 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、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：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