|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **全自动模块式血液体液分析仪** | | | | | |
| **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 | 提供设备、试剂耗材医疗器械注册证 | | | | 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 | 不得随机配置需要使用专用耗材或试剂的设备 | | | | 具备 |
| 8 | 数量 | | | | 1台 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| 1 | 检测参数：报告参数≥40个，直方图≥2个，散点图≥5个 | | | | 具备 |
| 2 | 检测速度：CBC+DIFF+NRBC≥90样本/小时，网织红检测速度：≥80样本/小时 | | | | 具备 |
| 3 | 为了能够发现早期白血病，异常细胞检出下限≤1% | | | | 具备 |
| 4 | 具备独立的低值血小板检测通道，具备质控和校准功能 | | | | 具备 |
| 5 | 对脑脊液、胸水、腹水、滑液等体液进行红细胞和白细胞计数，且可以对体液中白细胞分类 | | | | 具备 |
| 6 | 全血用血量：全自动进样、开盖模式手动进样时用血量均≤100ul，预稀释模式用血量≤20ul | | | | 具备 |
| #7 | 异常白细胞筛查通道 | | | | 具备 |
| 8 | 具有原厂配套的校准品，包含低值血小板校准品；校准品可提供多个校准项目包含 RBC、WBC、HGB、PLT、HCT、MCV、RET | | | | 具备 |
| 9 | 具有原厂配套血液分析质控品，质控品的主要成分是人血红细胞、血白细胞、类血小板物质等 | | | | 具备 |
| 10 | 具有原厂配套的体液质控品 | | | | 具备 |
| 11 | 线性范围（静脉血）：白细胞：≥0-400\*109/L;红细胞：≥0-8.6\*1012/L;血小板：≥0-5000\*109/L | | | | 具备 |
| 12 | 具备低值血小板的检测能力，当血小板≥100×109/L，精确度≤2.5%；当血小板≥20×109/L，精确度≤5.0% | | | | 具备 |
| 13 | 检测结果自动审核功能 | | | | 具备 |
| 14 | 提供以下检测项目所需试剂耗材长期供应价格（含名称、品牌、规格、型号、单价） | | | | 具备 |
| 14.1 | 血常规 | | | | 具备 |
| 14.2 | 网织红细胞计数 | | | | 具备 |
| 15 | 使用年限≥8年，提供铭牌或说明书证明 | | | | 具备 |
| 16 | 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 |
| 17 | 提供设备附件及各类配件详细报价（含名称、品牌、规格型号、数量、单价) | | | | 具备 |
| 18 | 提供质保期外原装常用损耗性配件及维修零配件优惠供应价格（含名称、品牌、规格型号、单价） | | | | 具备 |
| **三** | **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，并根据医院要求提供相应记录 | | | | 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个小时内响应，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**  **负责人** | | **（签字，日期）** | **审核小组**  **签字** | **（签字、日期）** | |
| **医学装备部**  **主任** | | **（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