|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基因测序仪** | | | | | |
| **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 | 满足开展外显子测序、基因组低深度测序、靶向基因测序、全转录组测序、全基因组甲基化测序、单细胞测序、单细胞甲基化测序等应用 | | | | 具备 |
| 2 | 用于对来源于人体样本的脱氧核糖核酸（DNA）和核糖核酸（RNA）进行测序 | | | | 具备 |
| 3 | 测序芯片系统：支持两张芯片同时上机；四色通道光学系统；单张芯片通道数≥4条lane，支持分lane测序 | | | | 具备 |
| 4 | 支持SE50、SE75、SE100、PE100、PE150等多种测序读长模式 | | | | 具备 |
| 5 | 支持多种芯片类型 | | | | 具备 |
| 6 | 单次运行数据产出≥300G | | | | 具备 |
| 7 | 四色荧光标记不同的碱基 | | | | 具备 |
| 8 | 具备一键测序模式 | | | | 具备 |
| 9 | 从核酸到可测序文库样本的处理过程，无需进行油包水反应 | | | | 具备 |
| 10 | 全封闭检测室，测序试剂盒即插即用，具备试剂盒放置到位检测功能 | | | | 具备 |
| 11 | 数据质量满足PE100，Q30≥85%，PE150，Q30≥85% | | | | 具备 |
| 12 | 提供快捷清洗模式 | | | | 具备 |
| 13 | 开放测序平台，兼容第三方按照标准要求所开发的测序文库试剂盒 | | | | 具备 |
| 14 | 支持标准化数据格式（FASTQ），确保数据与第三方的下游分析和可视化工具兼容 | | | | 具备 |
| 15 | 提供与高通量基因检测配套的数据分析软件 | | | | 具备 |
| 16 | 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 |
| ★16.1 | 全外显子检测 | | | | 具备 |
| ★16.2 | 单基因病携带者筛查 | | | | 具备 |
| 18 | 使用年限≥ 7年，提供铭牌或说明书证明 | | | | 具备 |
| 19 | 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 |
| 20 | 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 |
| 21 | 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