|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **压力蒸汽灭菌器** | | | | | |
| **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，安装符合标准要求，  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 | 投标产品应为知名品牌，最新先进机型及配置 | | | | 具备 |
| ★4 | 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，与我院消毒供应中心信息化质量追溯系统无缝对接 | | | | 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 | | | | 5台 |
| 7 | 提供消毒卫生产品卫生安全评价报告或备案证明、特种设备生产许可证 | | | | 具备 |
| 8 | 满足安装场地要求 | | | | 具备 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| 1 | 用途：对各类耐湿耐热手术器械、器皿、敷料等物品进行灭菌 | | | | 具备 |
| ★2 | 数量容积：数量≥5台，腔体总容积≥9000升（提供医疗器械注册证附页证明） | | | | 具备 |
| 3 | 需配备自动化装卸载及转运系统（提供实物照片），全程实现自动装载、卸载及转运，且能满足场地安装条件 | | | | 具备 |
| 4 | 工作原理：脉动预真空高温高压蒸汽灭菌方式 | | | | 具备 |
| 5 | 腔体结构和材质：矩形腔体，材质采用耐酸耐碱高等级316L不锈钢 | | | | 具备 |
| 6 | 操作界面：彩色触摸屏，全中文操作系统，可实时显示图形数据 | | | | 具备 |
| 7 | 双门互锁，自动门，外表温度不超过45℃或防烫设计，且具有安全装置，保护工作人员安全 | | | | 具备 |
| 8 | 灭菌器内置打印机，实现灭菌数据打印记录 | | | | 具备 |
| 9 | 管路与阀门、所有管路均采用不锈钢制造，符合卫生学要求。动作阀门均采用气动阀门控制，减少故障、延长使用寿命,并提供技术证明文件 | | | | 具备 |
| 10 | 灭菌程序数量≥5个，至少含有以下程序：134℃器械、敷料等；121℃器械物品；134℃快速程序 ；BD测试；重载程序；全自动腔体测漏等 | | | | 具备 |
| 11 | 加热方式：蒸汽加热 | | | | 具备 |
| 12 | 免费开放信息外界端口，具备设备与计算机通讯通用接口，需具备免费与第三方消毒供应中心信息化质量追溯系统相连接，实现灭菌关键参数监控 | | | | 具备 |
| 13 | 设备支持接入云端平台、支持在云端平台访问设备的实时运行状态、支持在线查看设备程序运行参数 | | | | 具备 |
| 14 | 灭菌器配置：每台设备配2个灭菌层架及2辆装卸载推车；配置标准灭菌篮筐150个；配置知名品牌压力蒸汽灭菌急速生物阅读器1台 | | | | 具备 |
| 15 | 需具备免费与第三方消毒供应中心信息化质量追溯系统相连接，实现灭菌关键参数可监控 | | | | 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 |
| **三** | **技术及售后服务** | | | |  |
| **★**1 | 整机质保期≥5年，在质保期内每月由维修工程师提供2次上门维护保养工作 | | | | 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：提供中文说明书、操作手册、详细维修手册、电路图、系统安装软件及维修密码，软件系统终身免费升级 | | | | 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，4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** | | **（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）** | |

以上参数由签字确认后即满足科室使用需求，