|  |
| --- |
| **新生儿培养监护系统** |
| **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、ISO13485认证 | 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 | 30台 |
| **二** | **技术要求** | 　 |
| 1 | 用于培养和监护，具有温度和湿度监测及控制、电动床体升降、电动床体倾斜、体重监测、氧浓度监测等功能。（提供证明材料） | 具备 |
| **＃**2 | 标配插件监护模块，监测心电、呼吸、血氧、血压等参数，呼末二氧化碳（提供证明材料） | 具备 |
| 3 | 监护参数 | 具备 |
| 3.1 | 心率测量范围：≥40-300bpm，精度：≤±1%或±1bpm，具有心律失常分析、ST段分析功能 | 具备 |
| 3.2 | 呼吸测量范围：≥6-150rpm，精度：≤±1rpm | 具备 |
| 3.3 | 窒息报警设置范围：≥10-20s，误差为≤±5s | 具备 |
| 3.4 | 无创血压测量范围：≥0-150mmHg，测量精度为：≤±3 mmHg | 具备 |
| 3.5 | 血氧饱和度范围：0-100%，精度≤±3% | 具备 |
| 4 | 温度 | 具备 |
| 4.1 | 具有箱温和肤温控制模式 | 具备 |
| 4.2 | 升温时间：≤35min | 具备 |
| 4.3 | 温控范围：婴儿模式≥35-37.5℃，空气模式≥25-39℃ | 具备 |
| 4.4 | 测量精度：≤±0.2℃（35.3℃-36.9℃），≤±0.1℃（37℃-39℃） | 具备 |
| 4.5 | 控制精度：婴儿模式≤±0.7℃，空气模式≤±1℃ | 具备 |
| 4.6 | 温度偏差（培养箱温度与平均培养箱温度差）：≤0.5℃ | 具备 |
| 4.7 | 温度均匀度：水平床≤±0.8℃，倾斜床≤±1℃ | 具备 |
| 4.8 | 具有温度调节对照表，方便医护人员根据实际情况调节舒适温度 | 具备 |
| 5 | 湿度 | 具备 |
| 5.1 | 设置范围≥30%-90%（提供检验报告证明） | 具备 |
| 5.2 | 控制精度：≤±10%  | 具备 |
| 5.3 | 加湿系统 | 具备 |
| 5.4 | 水箱缺水报警功能 | 具备 |
| 6 | 新生儿窒息监测与窒息唤醒功能 | 具备 |
| **＃**7 | ≥10英寸LED背光触控屏，分辨率≥800\*600，上下倾斜可调，方便医护人员从多个角度观察 | 具备 |
| 8 | 自动风帘系统，防止箱门开启后导致温湿度快速降低 | 具备 |
| 9 | 标配阻尼门，防止开门误操作导致撞击床体噪声过大或门体分解 | 具备 |
| 10 | 采用双层箱门设计，保证箱内温度稳定 | 具备 |
| 11 | 床体采用原色材料一体注塑成型，无需后喷漆工艺，减少甲醛污染 | 具备 |
| 12 | 床体升降及床体倾斜可通过触摸屏控制，床体倾斜电动无极可调 | 具备 |
| 13 | 数据储存：≥120小时趋势图/表回顾、≥2000组NIBP回顾、≥300组报警事件回顾、全息波形回顾 | 具备 |
| 14 | 箱内气体流速：≤0.2m/s | 具备 |
| 15 | 提供详细配置清单及分项报价(含名称、规格、型号、数量、单价) | 具备 |
| 16 | 提供设备附件及各类配件详细报价（含名称、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（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