|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **全自动间接免疫荧光操作/酶联免疫一体机** | | | | | | |
| **一** | | **总体要求** | | | |  |
| **★**1 | | 满足临床科室要求，凡涉及设备安装及施工由中标方负责，按照科室要求提供交钥匙工程 | | | | 具备 |
| 2 | | 投标时要求提供原厂家的检验报告、技术参数表及产品彩页 | | | | 具备 |
| **★**3 | | 投标产品应为国内外知名品牌，先进机型及配置，提供CFDA认证 | | | | 具备 |
| 4 | | 提供近三年的销售业绩(附销售合同) | | | | 提供 |
| 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 | | 数量 | | | | 1台 |
| **二** | | **技术要求** | | | |  |
| 1 | | 加载样本数≥200个 | | | | 具备 |
| 2 | | 样本类型：血清 | | | | 具备 |
| **★**3 | | 可加载≥25个荧光载片/4个ELISA微孔板，可分别进行，也可以同时进行 | | | | 具备 |
| 4 | | 样本识别方式：扫描条形码，插入样本轨架时自动读取 | | | | 具备 |
| 5 | | 稀释位≥150个常规稀释位，180个系列稀释位，酶免、荧光稀释 | | | | 具备 |
| 6 | | 移液装置 | | | | 具备 |
| 6.1 | | 可清洗移液针≥4支 | | | | 具备 |
| 6.2 | | 液面探测敏感度：≤200µl | | | | 具备 |
| 6.3 | | 凝块检测功能 | | | | 具备 |
| 6.4 | | 移液针体积：4-1000ul，增量为1 ul | | | | 具备 |
| 7 | | 移液精确度：体积> 20 µl时，CV < 1.5%，体积为10 µl，CV<2.5% | | | | 具备 |
| 8 | | 洗板机：8通道洗板机，酶免、荧光清洗共用 | | | | 具备 |
| 9 | | 酶标仪：波长范围：8通道酶标仪，测量波长范围400-800nm | | | | 具备 |
| 10 | | 滤光片规格≥4种 | | | | 具备 |
| 11 | | 温育步骤可持续时间：1-1000分钟，增量为1分钟 | | | | 具备 |
| 12 | | 稀释模式数量：每项实验可自由定义≥13种稀释 | | | | 具备 |
| 13 | | 硬件：1.6 GHz或更高的双核处理器， RAM≥8GB，15''显示器（分辨率＞1280 x 1024像素） | | | | 具备 |
| **★**14 | | 请按顺序提供以下检测项目所需试剂名称、规格、每人份标本类型及用量、每人份试剂用量及试剂单价：  抗核抗体测定(ANA)  抗环瓜胺酸肽抗体测定(CCP)  抗双链DNA测定(抗dsDNA)  抗线粒体抗体分型  抗平滑肌抗体测定  抗组织细胞抗体测定  抗着丝点抗体测定  抗肝肾微粒体抗体(LKM)测定  抗肝细胞溶质抗原Ⅰ型抗体测定  抗肝特异性蛋白抗体测定 | | | | 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) | | | | 提供 |
| 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：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 | | 提供合同签订后到货时间 | | | | 具备 |
| **申请部门** | | **（科室主任签字、日期）** | | | | **审核** |
| **医学装备部** | | **（签字、日期）** | **主管领导审批** | **（签字、日期）** | | |
|  | |  |  | **（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