|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **全自动琼脂糖电泳分析仪** | | | | | |
| **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 | 数量 | | | | 2台 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| 1 | 用电泳方法测定人体样本中各种蛋白的比例，用于肝、肾疾病和多发性骨髓瘤的诊断等 | | | | 具备 |
| 2 | 检测项目:血清蛋白电泳、血红蛋白电泳、免疫固定电泳、尿蛋白电泳、LDH乳酸脱氢同工酶、脑脊液电泳等 | | | | 具备 |
| 3 | 机内自动化点样，电泳、染色/脱色、干燥，扫描程序 | | | | 具备 |
| 4 | 对于样本量较少的免疫固定电泳，有1或2人份胶片可供选择 | | | | 具备 |
| 5 | 标本用量少≤10ul | | | | 具备 |
| 6 | 提供具体加样方式 | | | | 具备 |
| 7 | 内置默认的电泳程序，也可自行设置电泳条件 | | | | 具备 |
| 8 | 电泳时间采用Vh单位控制，保证电泳不会因为不同胶片干燥湿润不同而电泳不一致 | | | | 具备 |
| 9 | 染色舱自动染色，脱色，烘干，使用非刺激性脱色液清洗液等，不使用有挥发刺激性产品 | | | | 具备 |
| 10 | 提供染色液类型 | | | | 具备 |
| 11 | 电泳仪器自带内置扫描功能，电泳仪与胶片扫描仪为一体式仪器 | | | | 具备 |
| 12 | 可将电泳蛋白组份的自动分区，识别并显示各蛋白组份的百分比；可自动将测得值与正常参考值范围进行比对 | | | | 具备 |
| 13 | 中文版软件使用界面 | | | | 具备 |
| 14 | 与医院LIS等信息系统对接，实现结果的双向传输 | | | | 具备 |
| 15 | 数据可依据硬盘大小无限存储，可原始保留1年以上数据且不存在自动覆盖 | | | | 具备 |
| 16 | 具有中文和英文报告系统，并带有原始电泳图谱 | | | | 具备 |
| ＃17 | 提供以下检测项目所需全部试剂医疗器械注册证及长期供应价格（名称、品牌、规格型号、每人份试剂用量及每人份价格（如一个检测项目需要使用多种检测试剂的，须将每种试剂一一列明）） | | | | 具备 |
| 17.1 | 血清蛋白电泳 | | | | 具备 |
| 17.2 | 血红蛋白电泳 | | | | 具备 |
| 17.3 | 免疫固定电泳 | | | | 具备 |
| 17.4 | 尿蛋白电泳 | | | | 具备 |
| 17.5 | LDH乳酸脱氢同工酶 | | | | 具备 |
| 17.6 | 脑脊液电泳 | | | | 具备 |
| 18 | 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 |
| 19 | 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≥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 | | | | 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 |
| 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）** | |