|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **全自动血培养仪** | | | | | |
| **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 | 用于血培养及鉴定；无菌体液细菌培养及鉴定 | | | | 具备 |
| 2 | 检测技术：瓶外非侵入性连续检测 | | | | 具备 |
| 3 | 单机样本检测量≥200个标本 | | | | 具备 |
| 4 | 检测标本种类包括血液及胸水、腹水、脑脊液等无菌体液 | | | | 具备 |
| 5 | 检测菌种种类包括：需氧菌、厌氧菌、兼性厌氧菌、苛养菌、产CO2较少的布鲁氏菌、放线菌、真菌和分枝杆菌 | | | | 具备 |
| 6 | 具备误取报警功能，防止操作失误；具备匿名瓶功能，允许上机后补录信息 | | | | 具备 |
| 7 | 对阴阳性结果自动检测，并能给出声音、图形等相关报警信号提示 | | | | 具备 |
| 8 | 平均阳性检出时间≤10小时。24小时的阳性检出率≥90%。48小时的阳性检出率≥95% | | | | 具备 |
| 9 | 具有数据分析功能, 以确保检测结果高度准确性。假阳性≤0.5%，假阴性≤0.2% | | | | 具备 |
| 10 | 培养瓶 | | | | 具备 |
| 10.1 | 培养瓶规格：至少具有需氧瓶、厌氧瓶、儿童瓶、真菌培养瓶 | | | | 具备 |
| 10.2 | 培养瓶具备吸附抗生素的功能，且所有需氧瓶均应具备真菌培养功能 | | | | 具备 |
| 10.3 | 培养瓶需内置负压，利于标本采集 | | | | 具备 |
| 10.4 | 培养瓶保存无特殊环境及温度要求 | | | | 具备 |
| 10.5 | 培养瓶机内随意放置，智能识别 | | | | 具备 |
| 11 | 具备培养状态指示灯，显示仪器和血培养瓶状态 | | | | 具备 |
| 12 | 具备自动检错和自动纠错功能，无需手工校正 | | | | 具备 |
| 13 | 具备延迟放入功能。室温下，培养瓶最长可延迟放入≥48小时 | | | | 具备 |
| 14 | 具备重新输入功能。培养瓶拿出后再放入，保证至少3小时内所有数据不丢失，可以继续检测 | | | | 具备 |
| 15 | 触摸屏 | | | | 具备 |
| 16 | 数据录入方式支持条码扫描，可扫描双条码 | | | | 具备 |
| 17 | 与医院LIS等信息系统无缝对接 | | | | 具备 |
| ＃18 | 提供各种规格型号培养瓶医疗器械注册证及长期供应价格（含名称、品牌、规格型号、单价及每人份价格) | | | | 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 |
| **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）** | |

以上参数由签字确认后即满足科室使用需求，