|  |
| --- |
| **舌下微循环成像系统** |
| **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 | 1台 |
| **二** | **技术要求** | 　 |
| 1 | 用于观察舌下微循环，对舌下组织内微循环的红细胞流动情况进行放大观察；同时可用于人体及动物的实质性器官、胃肠道、生殖器等进行直观的组织微循环观察 | 具备 |
| 2 | 光源：LED灯持续照明，波长范围515nm-525nm | 具备 |
| 3 | 采用光纤导光并成角度聚焦照明，光源不在探头前端，降低探头前端温度，提高照度均性，提高光强利用率 | 具备 |
| 4 | 光源功率≥3mw，为视野充分照明提供保证 | 具备 |
| 5 | 手持式操作主体 | 具备 |
| 6 | 分辨率≥130LP/mm | 具备 |
| **＃**7 | CCD分辨率≥600×400 | 具备 |
| **＃**8 | 录像帧率≥30帧/秒 | 具备 |
| 9 | 光学放大倍率≥5倍 | 具备 |
| 10 | 调焦方式：手动调焦；调焦范围：≥-55-355μm | 具备 |
| 11 | 智能光学自适应系统，不需手动调节光源亮度，提高微循环图像采集的成功率 |  |
| 12 | 单手稳定操作设计，操作舒适轻松，快速看见清晰稳定的微循环图像 | 具备 |
| 13 | 设置床位数量、病人信息，以及自动标记每一床位的上次采集时间，方便科室的使用 | 具备 |
| 14 | 对已分析的检查自动标记 | 具备 |
| **＃**15 | 血管自动识别，并计算出血管长度与直径 | 具备 |
| **＃**16 | 血管自动分类，分成大、中、小血管 | 具备 |
| 17 | 报告界面：用触控方式，将图像快速拖入报告单，方便临床操作 | 具备 |
| 18 | 导出功能：将选择的检查，快速导出，方便科研与教学 | 具备 |
| 19 | 病例对比功能：提供同一/不同患者的微循环图像、动图及报告的同屏对比，便于分析患者微循环情况 | 具备 |
| 20 | 趋势图功能：根据采集时间生成趋势图，用不同图标及颜色进行参数区分，同时可保存及打印趋势图 | 具备 |
| 21 | 一次性镜片采用医用光学材料，保证成像质量，防止病人交叉感染 | 具备 |
| 22 | 配有一体式专用移动工作站，线路内置无需整理；配有专用防水键盘和鼠标，可拆卸内置电池 | 具备 |
| 23 | 移动工作站采用专用医用电脑展示图像及分析数据，配有触摸屏≥21寸，软件触控交互设计，方便床旁使用 | 具备 |
| 24 | 移动工作站的操作托盘气动控制升降，升降范围在≥1m-1.6m之间，符合临床操作场景 | 具备 |
| 25 | 配置要求：至少包括成像主机一台,软件一套，一次性镜片20个，移动工作站一台 | 具备 |
| **＃**26 | 提供一次性镜片长期供应价格及医疗器械注册证 | 具备 |
| 27 | 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 |
| 28 | 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