**拟购空气波压力循环治疗仪项目初步参数论证征集意见表**

供应商、联系人及电话（加盖公章）：

产品品牌、规格型号、产地、医疗器械注册证号及最低报价：

**备注：**1、按要求格式填写并每页加盖报名供应商公章【电子章无效】，在规定时间内以**原件扫描件和电子版形式**发送至医院指定邮箱（招标办：2523245199@qq.com和归口科室【设备科☑、信息科□、总务科□及其他□ 】：3362790562@qq.com）；

 2、响应情况（是/否）若为否则继续填写具体建议修改指标，建议修改指标须慎重填写（该指标若为独家则无效，原则上须满足业界主流品牌同档次水平产品），**同时务必备注本品牌本规格型号产品相对应的真实指标并标注是否为独家（供医院汇总定稿版参数时选择）；**

**附件：配套耗材、试剂【单人次费用】及须定期更换零部件报价清单（样表【若无则标注“无”且不可删除】、可单列）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本项目初步参数拟设置情况** | **响应情况** | **建议修改指标** | **备注（真实指标、是否独家）** |
| **序号** | **参数要求** |
|  | 12腔叠加气囊设置，配备移动推车。 |  |  |  |
|  | 7”彩色液晶触摸屏外加触摸按键操作，直观方便。 |  |  |  |
|  | 12种默认和预设治疗方案，一键选用。 |  |  |  |
|  | 10种治疗模式可单选或任意组合。 |  |  |  |
|  | 有静脉模式，适用于静脉回流不好的病人。 |  |  |  |
|  | 有水肿增强模式，适用于兼有严重水肿病人。 |  |  |  |
|  | 有动脉组合模式。适用于有下肢动脉缺血情况。 |  |  |  |
|  | 有轻柔按摩模式，适用于老年病人及虚弱病人。 |  |  |  |
|  | 每腔压力0~200mmHg单独可调，可设置为零压力跳过伤口或脆弱部位。 |  |  |  |
|  | 治疗时间5~99分钟可调或连续运行。 |  |  |  |
|  | 腔室达到设置压力后保持时间0~12秒可调。 |  |  |  |
|  | 循环充气间隔时间0~90秒可调。 |  |  |  |
|  | 可同时治疗两个肢体。 |  |  |  |
|  | 手持紧急停止控制按钮。 |  |  |  |
|  | 可配上下肢耐用套筒，套筒有内衬布，方便拆洗，避免交叉感染。 |  |  |  |
|  | 肢体套筒均为医用级TPU材料。 |  |  |  |
|  | 肢体套筒均为圆周压力设计。 |  |  |  |
|  | 气囊漏气检测报警。 |  |  |  |
|  | 主机有实时压力检测及提示功能。 |  |  |  |
|  | 质保期：3年以上（含所有零部件，包括须定期更换零部件） |  |  |  |
|  | 提供近3年内同机型设备国内医院用户合同5家及以上（二级及以上公立医院），标书内提供清晰的合同原件扫描件并加盖公章（遮盖认定为无效业绩）。 |  |  |  |

附：

 配套耗材报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材使用学科 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | **经消毒合格后建议使用次数** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

配套试剂【单人次费用】报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

须定期更换零部件报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 须定期更换零部件 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |