胸腔按压机采购项目招标文件（第一次）

一、项目名称：胸腔按压机采购项目

二、采购预算（最高上限价）：250000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 急诊科 | 胸腔按压机 | 1 | 台 | 250000 | 250000 |

三、付款方式：乙方应向甲方提供合法的发票，甲方凭发票分三次付款。乙方对产品进行安装并调试验收合格后次月，甲方按发票支付货款总金额的50%，六个月后，如没有出现质量问题，再支付总金额的40%，余款10%在验收合格满 （乙方提供产品质保期的年限）年后付清。

四、交货时间：自合同签订之日起30天内安装调试完毕。

五、评标办法：竞争性议价

六、投标人的资格要求

1、营业执照（需备注三证合一或五证合一）

2、法定代表人身份证明

3、法定代表人授权委托书（如有）

4、基本账户信息

5、设备配置清单

6、采购需求偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

7、投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”（如为制造商须提供“医疗器械生产企业许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”）

8、投标人所投产品如为进口产品，还需提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

七、采购需求：

**一、治疗有效性：**

1、按压技术：采用结合胸泵机制和心泵机制、模拟心脏搏动原理的心肺复苏技术，能比徒手CPR更高效率地改善血流动力学效应，减少复苏过程引起的损伤。

2、按压频率：默认按压频率＞100次/分钟。

3、按压频率可调范围：按压频率在100-120次/分钟内连续可调，调节步进幅度为1次/分钟。

4、按压频率精度：100-120次/分钟范围内，按压频率允许误差≤±1次/分钟。

5、按压深度：默认按压深度＞5厘米。

6、按压深度可调范围：按压深度在3.0-5.5厘米内连续可调，调节步进幅度为0.1厘米。

7、按压深度精度：3.0-5.5厘米内，按压深度允许误差≤±0.2厘米。

8、按压释放比范围: 50%±5%。

9、按压通气模式：连续按压模式和30:2模式。无15：2模式，避免为儿童患者实施机械按压的风险。

10、支持非水平按压，最大工作倾斜度：≥42°。

11、适合在任意软担架上使用，在下楼梯、转运途中按压头不移位，能够持续稳定实施胸腔按压。

12、额定工作低温环境下性能好：在温度-10℃时，仍能持续稳定实施胸腔按压，确保按压频率允差≤1次/分钟，确保按压深度允差≤0.2厘米，以满足低温环境院外急救的使用需求。

13、额定工作高温环境下性能好：在温度50℃时，仍能持续稳定实施胸腔按压，确保按压频率允差≤1次/分钟，确保按压深度允差≤0.2厘米，以满足高温环境院外急救的使用需求。

14、车载运行性能：通过EN1789《医用车辆和其设备.道路救护车》测试，具有测试报告。

15、紧急医疗服务环境适应性：符合医用电气设备IEC60601-1-12所定义的EMS环境（紧急医疗服务环境）下使用要求，具有测试报告。

16、数据通讯：主机具有蓝牙功能，可无线实时传输CPR数据。

**二、安全可靠性：**

17、驱动方式：电动电控。

18、单块电池供电时间：≥60分钟。

19、动力电池：可充电锂电池，用户自主充放电不少于260次。

20、具有电量指示，低电量指示灯闪烁警示后，仍可连续工作时间≥10分钟。

21、外部交流电源：可接220V交流电工作，支持热插拔，无需中断按压。

22、紧急关闭：当主机发生错误，不能继续工作时，可暂停、停止按压或关闭主机。

23、按压头手动归位：当主机发生错误，若按压头为归位，能够手动将按压头推回零位。

24、抗振性能：频率循环范围5Hz-35Hz-5Hz，振幅值0.35mm，振动循环15次后，实际按压频率与按压频率设定值误差≤±1次/分钟，实际按压深度与按压深度设定值误差≤±0.2厘米。

25、防撞性能：加速度50m/s2，脉冲持续时间11ms，碰撞1000次后，实际按压频率与按压频率设定值误差≤±1次/分钟，实际按压深度与按压深度设定值误差≤±0.2厘米。

26、设备重心≤18cm，救护车突然加速或刹车时，应避免主机倾斜而砸伤患者的风险。

27、防电击保护等级：防除颤CF型。

28、IP等级:≥IP34。

**三、便携性能：**

29、主机（含动力电池）重量≤3.5kg。

30、设备总重量：≤7kg。

31、便携包，适用于到院外患者病发现场。

32、无需硬质背板支撑，不受软床垫影响。

**四、复苏数据要求：**

33、显示屏：具有不小于2.8英寸显示屏，无可视角度问题，适合在户外强光环境。

34、监测参数：至少监测按压深度、按压频率、中断时间、按压时间，并可统计CCF。

35、数据储存及导出：可储存7000人次的全息复苏数据，通过USB数据线进行数据导出至CPR数据分析软件。

36、急救5G通讯要求：具有并免费开放WiFi接入协议，便于进行5G救护车医疗舱移动局域网部署。

**五、配置要求：**

1主机 一台

1. 锂电池 一块
2. 电源适配器（含电源线） 一套
3. 固定绑带 一条
4. 按压头保护套 一个
5. 数据线 一条
6. 心肺复苏数据软件 一张
7. 便携包 一个
8. 智能终端 一套

**六、质保期及使用期限：**

**1、**设备整机质保大于或等于两年（含辅助配件）

2、设备有效使用年限大于等于八年

3、设备到货日期距出厂日期不得大于三个月

八、投标文件编制要求：

1、投标文件必须采用装订成册，一式三份（一份正本，两份副本）。投标文件制作格式见附件1。

2、投标文件必须加盖投标单位公章和法人代表签字或委托代理人签字，并用密封袋密封，密封袋上也必须加盖投标单位公章，否则作废标处理。

九、投标截止时间、开标时间及地点：

1、投标截止及开标时间：2023年10月25日09:00，超过截止时间的投标将被拒绝（★）。

2、开标地点：浏阳市人民医院中央区四楼二会议室

逾期送达或未送达指定地点的或未按招标文件要求密封的投标文件，招标人可拒绝接收。投标人法定代表人或授权委托人须亲自到场参加投标。

十、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

联系电话：采购办 李女士：13574860346  宋先生：13787048812

浏阳市人民医院

2023-10-18

**附件1：投标文件制作格式**

**投 标 文 件**

**采购项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人:**

年 月 日

**投标文件组成**

1. 营业执照（需备注三证合一或五证合一）
2. 法定代表人身份证明（彩印）
3. 法定代表人授权书(委托代理人参加开标)（彩印）
4. 报价文件
5. 技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

六、 投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”（如为制造商须提供“医疗器械生产企业许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”）

七、 投标人所投产品如为进口产品，还需提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

八、 供应商认为需要提供的其它资料。（包括但不限于基本账户信息）

**一、营业执照**（需备注三证合一或五证合一）

**二、法定代表人身份证明书（彩印）**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

经营范围：主营： ；兼营：

姓名： 性别： 年龄： 系（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证（正面） | 法定代表人身份证（背面） |

供应商名称（盖单位章）：

日期：年月日

**三、法定代表人授权委托书（彩印）**

本人（姓名、职务）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

附：法定代表人身份证明

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（正面） |
| 法定代表人二代身份证复印件（反面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

**注：授权代表递交此授权委托书并附法定代表人身份证明参加开标（授权代表由法人本人担任的，仅需提供法定代表人身份证明）。**

**四、报价文件**

投标人名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一 | 项目名称 |  |
| 二 | 交 货 期 |  |
| 三 | 总投标报价 | 小写：大写： |
| 四 | 品牌型号 |  |
| 五 | 备 注 |  |

注：本项目采用费用包干方式，供应商应根据项目要求和现场情况，详细列明项目所需的设备（软件开发）及材料购置，以及产品运输保险保管、项目安装调试、试运行测试通过验收等所有人工、管理、财务等所有费用，如一旦成交，在项目实施中出现任何遗漏，均视为包含在报价中，采购人不再支付任何费用。

供应商（盖单位章）：

法定代表人或其委托代理人签字：

日期：年月日

1. **技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）**

**六、 投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”（如为制造商须提供“医疗器械生产企业许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”）**

**七、 投标人所投产品如为进口产品，还需提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。**

**八、供应商认为需要提供的其它资料**