急救转运呼吸机项目招标文件（第一次）

一、项目名称：急救转运呼吸机

二、采购预算（最高上限价）：340000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 急诊科 | 急救转运呼吸机 | 2 | 套 | 170000 | 340000 |

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，现场需二次议价

六、投标人的资格要求

（一）基本要求

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”、“医疗器械经营许可证”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。

（二）其它要求

1、母公司及其控股子公司不能同时参与本项目的申请。

2、单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位，不得参加同一包投标或者未分包的同一项目投标。

3、与招标人存在利害关系可能影响招标公正性的法人、其他组织或者个人。不得参加投标。

4、本项目不接受联合体投标。

5、其他说明:“法定代表人”即“负责人”。

1. 采购需求：

（一）整机与显示要求

1. 通过EN1789YY0600.3转运标准测试，同时通过RTCA/DO-160G和EN 13718-1直升机转运标准测试，提供第三方检测报告。
2. ★适用于成人、小儿和婴幼儿患者通气辅助及呼吸支持，车载便携急救应用。
3. 整机为电动电控设计，涡轮驱动产生空气气源。
4. 可支持单管路通气，管路更加简单便携。
5. 电池续航时间1块电池≥5小时，标配2块电池≥10小时。
6. ▲呼吸机主机重量≤4.5kg。
7. 呼吸机主机（不含把手）尺寸不超过300mmx 160mmx 200mm，方便携带。
8. 吸气峰值流速≥210L/min。
9. 可配备提拿悬挂一体化多功能把手，灵活便携。
10. 可选配主流CO2监测模块和附件。
11. 支持高压氧气气源和低压氧气气源两种方式。
12. 采用≥7英寸彩色电容触摸控制屏，分辨率≥800\*480像素，可同时显示波形和监测参数。
13. 具有屏幕亮度自动调节功能，根据环境光线强度自动调节屏幕亮度。
14. 具有关机状态下电量显示功能，更加高效掌握机器剩余电量。
15. 支持显示≥100小时的全部监测参数趋势图、表分析，≥8000条报警和操作日志记录。
16. 具备截屏U盘导出功能，可缓存≥50张屏幕文件。
17. 环境适应性要求

1.防尘防水等级≥IP34，保证机器在复杂环境中的安全。

2.最高工作海拔≥7000m，满足高海拔和直升机转运要求。

3.▲工作温度范围：-20 ~ 50 ℃，满足低温和高温环境下工作要求。

4.具有自动海拔补偿功能和自动漏气补偿功能。

1. 呼吸模式及功能

1.标配模式：控制/辅助通气模式A/C和同步间歇指令通气SIMV；持续气道正压通气模式/压力支持通气CPAP/PSV、双水平气道正压通气（如BIPAP或DuoLevel或BiLevel）、压力调节容量控制通气（如AUTOFLOW或PRVC等）、压力调节容量控制-同步间歇指令通气模式（PRVC-SIMV）、心肺复苏通气模式（如CPRV，CPRmode等）。

2.高级模式：容量支持通气VS、气道压力释放通气APRV；自适应分钟通气（如AMV或ASV等以Otis公式患者最小呼吸做功为通气目标的智能通气模式）

3.配备无创通气模式和氧疗模式。

4.▲呼吸同步技术（如IntelliCycle，IntelliSync+），自动调节吸气和呼气触发灵敏度、压力上升时间，提高人机同步性和舒适度，减少手动调节参数。

5.标配内源性PEEP、口腔闭合压P0.1和浅快呼吸指数RSBI的测定。

1. 设置参数

1.潮气量：20ml—2000ml

2.吸气压力：1—60 cmH2O

3.呼气末正压：0—50 cmH2O

4.吸入氧浓度：21—100%

5.吸气时间：0.1—10s

6.压力触发灵敏度：-20— - 0.5cmH2O，或OFF

7.流速触发灵敏度：0.5—20L/ min，或OFF

8.呼气触发灵敏度：Auto, 1—85%

9.氧疗流量：2—80L/min

1. 监测参数和报警

1.监测参数：氧浓度、分钟通气量、潮气量、气道压力、呼吸频率等关键参数。

2.波形监测：压力—时间、流速—时间、容量—时间和CO2—时间波形。

3.报警：潮气量、通气量、压力、呼吸频率、窒息、氧浓度、氧气不足、电量不足、管路脱落、机器故障等。

1. 信息化功能要求

1.信息互连：支持多种无线方式（选配WiFi、5G）灵活将呼吸机数据传输到远程终端，实现患者的远程实时监控，满足转运过程中的信息化的需求。

注：标▲ 号为采购的重点参数

1. 其它要求：

1.驻地以上城市具有厂家备件库及售后服务工程师，支持安装、调试及维修

2.厂家提供操作人员的外出培训或现场操作培训.

3.本项目要求提供生产日期为6个月内出厂的设备,设备使用年限≥8年（提供佐证）。

4.质保期大于或等于2年，质保期从验收合格后开始计算。质保期内所有软件维护、升级和设备维护等要求免费上门服务。

5.提供设备标准配置清单，涉及耗材及易损件提供清单分项报价。

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：2025年7月29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：0731-83620086  宋先生：0731-83605784

浏阳市人民医院

2025-7-21

**附件1：投标文件制作格式**

**投 标 文 件**

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

**投标单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公章）**

**企业法人营业执照注册号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人或委托人:：\_\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

**投标人或委托人联系电话：\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

**投标日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

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”、“医疗器械经营许可证”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” “医疗器械经营许可证”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**