无创高流量一体机招标文件

1. 项目名称：无创高流量一体机

二、采购预算（最高上限价）：150000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 呼吸与危重症医学科 | 无创高流量一体机 | 1 | 台 | 150000 | 150000 |

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七日内，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%在质保期满后(法定一年)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、采购需求偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

5、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”）

6、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

**技术要求**

1 基本要求

* 1. 通气模式：无创通气
  2. 患者类型：成人

1.3显示单元：高分辨率彩色触屏显示器，可同屏显示三道波形和监测参数，方便医护人员对参数进行调节及观察。

1.4电动电控呼吸机，内置进口涡轮驱动，无需配置空气压缩机，最大流速≥210L/min

1.5 内置锂电池，电池工作时间不低于3小时，双电池不低于6小时。

1.6 具备高压氧及低压氧接口

1.7 具有屏幕锁功能，可以进行屏幕锁定防止误触碰，造成通气参数改变。

1.8 具有波形冻结、屏幕截图、录像功能

1.9 数据管理：72小时趋势图、72小时趋势表、20000条日志记录

1.10.氧浓度监测

2 通气模式

2.1 CPAP（持续气道正压通气）模式

2.2 S/T（自主呼吸/时间控制通气）模式

2.3 VS (容量支持通气)模式

2.4 PPS（比例压力支持通气）模式

2.5HFNC高流量氧疗模式

2.6 具有窒息备份通气

1. 参数设置

3.1目标潮气量： 20-2000ml

3.2呼吸频率：4-60bpm

3.3窒息呼吸频率：1-80bpm

3.4吸气时间：0.30-3.00 秒

3.5压力上升时间：1-5

3.6 压力延迟上升时间：关闭，5-45 分钟

3.7吸气压力（IPAP）：4-40cmH2O

3.8呼气末正压(EPAP)： 4-25cmH2O

3.9吸入氧浓度： 21%~100%

3.10持续气道正压（无创呼吸）： 4-25cmH2O

3.11吸气触发灵敏度（Trigger）：多档位可调节（1-5）

3.12高流量氧疗流量调节范围：2-60L/min

4、监测参数

4.1 监测参数：潮气量、呼吸频率、分钟通气量、峰值压力、呼气压力、吸气时间占比、患者触发百分比、氧浓度、平均压力、吸呼比、病人端漏气量

4.2 波形： 压力-时间 容量-时间、流速-时间

5、报警参数

5.1 压力过高报警、压力过低报警、潮气量过高报警、潮气量过低报警、呼吸频率过高、呼吸频率过低报警、分钟通气量过低报警、氧浓度过高、报警氧浓度过低报警。

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：2022年11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：刘宏：13907497269  宋远超：13973193610

**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。

**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**