胸腔按压机项目招标文件（第一次）

一、项目名称：胸腔按压机

二、采购预算（最高上限价）：178000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 | 套 | 178000 | 178000 |

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）适用范围：

★适用于院前及院内以及患者转运过程中对成年心脏骤停患者进行不间断心肺复苏急救，车载便携急救应用。

（二）技术参数：

1. 电动电控型心肺复苏机，无需任何气源即可实现心脏按压，摆脱了长途转运过程中气源不足无法按压的问题
2. 按压原理：采用单点按压结合胸廓束带方式，通过胸泵和心泵机制，改善血流动力学效果，提高心肺复苏成功率
3. 按压深度：30-55mm范围以上
4. 按压深度：连续可调，调节步长：≤1mm
5. 按压深度误差：≤±2mm
6. 按压频率：100-120次/分钟
7. 按压频率误差：≤±1次/分钟
8. 按压释放比：1:1
9. 按压模式包括：至少包括连续按压模式，30:2模式，CPR联动模式等
10. 30:2模式下，2次通气停顿时间≤3秒
11. ▲采用PC+ABS硬质背板与软绑带结合，避免纯绑带弹性形变引起按压深度不足，可保障按压深度，提高心肺复苏抢救质量
12. 主机上具有按压深度显示窗口，可显示实际按压深度
13. 主机最大工作倾斜度：≥60°：在工作倾斜度范围内，主机工作参数稳定，实际按压深度与设定值误差≤±2mm，确保下楼梯、转运途中能维持持续稳定的胸腔按压
14. 电池续航时间：新电池充满电情况下，单块电池最大运行时间不少于60分钟
15. 电池最大充电时间：≤2小时
16. 外接交流电源，可对低电量电池充电，同时可持续稳定实施长时间胸外按压
17. 低电量指示灯闪烁警示后，仍可连续工作时间≥15分钟
18. 电池具有电池电量检查按钮和电池电量指示灯
19. 智能终端：至少可显示按压深度、按压波形、按压频率、按压时间、按压中断时间、心肺复苏总时间、CCF值，操作简单，可视化程度高
20. 智能终端可同屏调节按压模式，按压深度，无需翻页，操作便捷，节约时间
21. ▲心肺复苏机可与呼吸机联动，通过WIFI或蓝牙连接，心肺复苏机按压30次后，呼吸机自动通气2次，实现按压通气精准控制，节省人力，提高抢救效率
22. PCI环境下：采用可透X光材质，可在导管室经皮冠脉贯通术时，在连续胸外按压时，不阻挡手术视野
23. 数据通信功能：可通过蓝牙或WIFI连接，通过APP（手机或平板）实时监测心肺复苏波形和数据，可获取至少含有按压频率、按压深度、按压中断时间、CCF值的心肺复苏报告，
24. 主机通过航空适航RTCA/DO-160G认证，
25. 主机通过EN1789：2020认证，
26. 通过正弦振动试验：频率循环5Hz-35Hz-5Hz，振幅值0.35mm，各轴向振动循环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

与按压深度设定值误差≤±0.2厘米

1. 通过碰撞试验：加速度50m/s2，脉冲持续时间11ms，各轴向分别碰撞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
2. 主机防水防尘等级：IP44以上
3. 防电击类型分类：II级
4. 主机防电击程度分类：CF型
5. 主机最低工作温度：≤-10℃，满足寒冬野外急救需求
6. 最高工作温度： ≥45℃，满足炎夏野外急救需求
7. 最高工作相对湿度：≥98%，无冷凝，满足潮湿天气环境下的急救需求
8. 工作大气压力：70kPa-110kPa范围以上
9. 存储温度：-40℃-70℃范围以上
10. 主机至少具有RS232协议通讯接口；具有USB接口
11. 内存卡容量：≥16G
12. 主机重量（含电池）：≤4kg

注：标**▲ 号为采购的重点参数**

（三）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**