# 关于医疗设备市场调研的公告

# [经医院研究决定，我院将对以下医疗设备（详见附表一）进行市场调研，了解相关产品的型号、性能、配置、价格等情况，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的](mailto:经医院研究决定，我院将对以下医疗设备（详见附表一）进行市场征询，了解相关产品的型号、性能、配置、价格等情况，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的生产厂家按附件二顺序扫描电子版在规定时间内发至医学装备部邮箱srmsbzj@126.com。)**[生产厂家](mailto:经医院研究决定，我院将对以下医疗设备（详见附表一）进行市场征询，了解相关产品的型号、性能、配置、价格等情况，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的生产厂家按附件二顺序扫描电子版在规定时间内发至医学装备部邮箱srmsbzj@126.com。)**[在规定时间内按附件二要求将资料扫描为PDF文档格式发至邮箱sjzsrmyycwc@126.com。](mailto:经医院研究决定，我院将对以下医疗设备（详见附表一）进行市场征询，了解相关产品的型号、性能、配置、价格等情况，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的生产厂家按附件二顺序扫描电子版在规定时间内发至医学装备部邮箱srmsbzj@126.com。)

# 邮件名称及PDF文档名称：项目编号+项目名称+品牌及型号。附件三《设备信息表》以Excel格式随报名资料同一邮件发邮箱，名称：项目编号+项目名称+品牌及型号。

报名截止时间：2024年6月14日14:30

报名地址：石家庄市建华南大街365号

联系电话：69088124

石家庄市人民医院

2024年6月6日

附表一：《清单》

| 项目  编码 | 项目  名称 | 数量 | 功能需求 |
| --- | --- | --- | --- |
| CW4 | 压力滴定呼吸机 | 1 | 提供气道正压通气疗法，适用于治疗有自主呼吸的阻塞性睡眠呼吸暂停患者。   1. 压力范围：4-25 cmH2O 2. 延迟升压时间：0-45分钟，延迟升压起始压力：4cmH2O 3. 智能算法，能够根据患者的呼吸模式和需求，自动调整压力水平，自动漏气补偿。 4. 可连接睡眠监测系统，进行压力滴定。 5. 具有数据记录和分析功能，可以记录患者的治疗数据。 |
| CW5 | 脉搏血氧仪 | 10 | 用于测量成人患者的脉搏血氧饱和度和脉率。   1. 可以准确的评价动静态下患者的血氧脉搏变化。 2. 可以保障至少48小时监测时间，每个病人可以连续记录12小时或以上的血氧脉搏资料。 3. 每个记录盒可以存储至少60个病人的资料，可通过下载器及分析软件系统进行分析。 4. 可以准确的诊断出患者的减氧次数，每小时平均指数，12小时的综合趋势，每小时脉搏血氧趋势图。 5. 对于睡眠呼吸暂停患者的夜间低氧血症的诊断，睡眠呼吸暂停患者压力滴定及呼吸机治疗的评价，以及COPD患者活动期或睡眠时的低氧血症均可做出准确的诊断。 6. 可以分析并在报告中提供的参数包括：AHI指数(睡眠呼吸暂停指数)，最低血氧%，最低血氧发生的时间和平均血氧饱和度%，连续血氧饱和度在不同%上所占的比率，血氧饱和度每个时间点的数值和持续时间，连续12-24小时的血氧趋势及综合趋势，心律失常分析。 7. 可通过血氧分析软件进行各项报告的数据分析及打印。 |

附件二：《市场调研表》及《设备资料》（此表为**PDF版**发邮箱，名称：项目编号+项目名称+品牌及型号）

市场调研表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | |  | 设备型号 |  |
| 注册证号 | |  | 交货周期 |  |
| 生产厂家 | |  | | |
| 市场报价  （万元/台） | |  | 优惠价  （万元/台） |  |
| 质保期 | |  | 使用年限 |  |
| 收费情况 | | 物价名称 | 物价编码 | 收费标准 |
|  |  |  |
| 配置清单 | |  | | |
| 主要技术参数 | | 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 同型号设备  采购情况 | | 医院名称 | | 成交价（万元/台） |
| 1. | |  |
| 2. | |  |
| 3. | |  |
| 专属耗材 | 耗材名称 | 常用型号 | 价格 | 注册证号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

设 备 资 料

项目编号: 项目名称:

设备名称(注册证名称)： 型号：

生产厂家：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 资料名称 | 页码 |
| 1 | 市场调研表 |  |
| 2 | 医疗器械注册证（设备及该设备所需耗材均需提供）/非医疗器械提供相关说明 |  |
| 3 | **生产厂家**营业执照、生产许可证（未显示生产范围的需提供“医疗器械生产产品登记表”） |  |
| 4 | 使用年限证明文件（设备铭牌照片或说明书等官方文件，需用红线标示使用年限） |  |
| 5 | 报名设备价格证明3份（销售发票或合同） |  |
| 6 | 技术参数 |  |
| 7 | 配置清单 |  |
| 8 | 报名设备型号的产品彩页 |  |
| 9 | 其他补充资料 |  |

附件三：《设备信息表》（此表**不列入**附件二，为**Excel版**发邮箱，名称：项目编号+项目名称+品牌及型号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | 项目名称 | 品牌 | 注册证号 | 设备名称 | 型号 | 生产厂家 | 联系人 | 联系电话 | 设备单价(万元） | 质保年限 | 使用年限 | 配套耗材 | | | | |
| 耗材名称 | 注册证号 | 型号 | 生产厂家 | 耗材价格 |
| 参照  附件一 | 参照  附件一 |  |  | 以注册证产品名称为准 | 与注册证批准型号一致 |  |  |  |  |  |  | 以注册证产品名称为准 |  | 与注册证批准型号一致 |  |  |