**关于医用耗材市场调研公告**

我院拟对青光眼引流阀等医用耗材进行市场调研，详见附表一，请有意向供应商提供以下资料：

一、文件封皮请按附件二准备，资料请按附件三准备，附件四留存备用，附件五发至邮箱。

二、注意事项

1、产品授权：需为制造商对产品代理或经销资格的授权书

2、提供国家医保编码、类别、收费编码。

3、现行价格证明：提供河北省医用耗材招采管理系统；提供石家庄市内三甲医院购买该耗材的随货同行及发票（至少三家）。

4、所有复印件原版尺寸，字迹清晰。

5、如有配套耗材或软件，请提供相应资质。

6、非医疗器械请提供相应依据。

以上资料，扫描电子版请在规定时间内发至邮箱srmyyhczj1@126.com，邮件名称：项目编码+项目名称+供应商名称，不需要再交纸质版资料。

截止时间：2024年11月7日

地址：石家庄建华南大街365号石家庄市人民医院

医疗设备科

2024年10月31日

附表一：医用耗材明细

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| YK1029-01 | 青光眼引流阀 | 用于救治难治性青光眼，降低眼压、保护视功能，延长患者视力 |
| SX1029-01 | STAR导电加样尖 | 1、与全自动血型分析仪配合使用，完成血液样本、试剂定量加样操作；  2、 需适配以下机器使用，适配机型：  设备名称：全自动血型分析仪  生产厂家：Hamilton Bonaduz AG  型号：185015  3、300ul，加长；  4、需为导电材质。 |
| BL1029-01 | 组织固定液 | 1、用于组织固定，利于切片；  2、要求环保，能抑制甲醛气味的挥发；  3、要求渗透作用强，固定均匀，能很好地保存组织细胞形态结构。  4、主要成分：10%中性缓冲福尔马林、PH稳定剂、甲醛挥发抑制剂等。  5、中性液体，PH约等于7。 |
| BL1029-02 | 清洗液 | 1、用于病理组织学、细胞学样品处理及后续工作；  不改变病理科原有的工作流程；  2、要求环保，不含二甲苯、丙酮等挥发性有毒物质；  3、无色、无味有机溶剂，可常温保存。 |
| BL1029-03 | 载玻片 | 1. 用于组织切片，染色及诊断；   2、长方形，厚度：1.0-1.2mm；  3、可匹配各种封片机、自动染色机等设备； 4、病理级载玻片，要求表面清洁，无污染，透光性较好，可即开即用。 |
| BL1029-04 | 组织包埋盒 | 1、用于取材后组织脱水，制成蜡块并储存；  2、由优质塑料制成，具有良好的耐用性和稳定性；  3、用于固定和保存组织样本；  4、带盖子，具有5种以上不同颜色，适用于病理科各种操作。 |
| BL1029-05 | 切片石蜡 | 1、用于组织侵蜡，制成组织石蜡切片，保存标本；  2、要求干净无杂质；  3、熔点在58-60度之间。 |
| KQ1029-01 | 可吸收生物膜 | 1、口腔植骨耗材；  2、规格：宽10-40mm；长20-50mm；  3、要求来源于经检验的天然胶原材料，天然可吸收胶原膜。  4、用于骨移植程序之后提供屏障功能，防止软组织长入并促进软组织的形成，适应证 ：引导骨再生、拔牙后即刻或者延期种植牙槽嵴重建、 颌面部骨缺损的充填 、唇腭裂修补。 |
| KQ1029-02 | 骨填充材料 | 1、口腔植骨耗材；  2、双峰孔结构；  3、天然骨材料，小颗粒直径0.25-1.0mm；大颗粒直径1.0-2.0mm；  4、规格：0.25g-2g；  5、去蛋白无机骨；  6、适应症：牙槽嵴骨增量/骨重建，位点保存，种植体周围骨缺损，拔上颌窦提升，垂直和水平向骨增量。 |
| KQ1029-03 | 骨填充材料 | 1. 口腔植骨耗材；   2、部分骨粉+胶原；  3、高度纯化胶原；  4、易于塑形，易于剪裁；  5、双峰孔结构；  6、去蛋白无机骨；  7、适应症：牙槽嵴骨增量/骨重建，位点保存，种植体周围骨缺损，拔上颌窦提升，垂直和水平向骨增量；  8、规格：50-250mg。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 以下为第三次征集 | | |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| GD0924-01 | 一次性使用引流管（T形管） | 1. 用于胆总管探查及胆道手术后的胆道引流； 2. 乳胶材质； 3. 引流管可根据胆道的粗细进行选择，要求型号齐全，包含8Fr、10Fr、12Fr、14Fr、16Fr、18Fr、20Fr、22Fr、24Fr。 |

附件二：封皮

项目编码

项目名称

公司名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

业务员姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附件三：供应商报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耗材名称**  **（注册证名称）** |  | **品牌** |  | **制造商** |  |
| **内容** | **标准** | | | **页码** | **审核结果** |
| 公章 | 复印件均加盖公章 | | | （此**列**标注) | ） （此**列**空白） |
| 报名信息 | 耗材名称**（注册证名称）** | | |  |  |
| 规格型号列表 | | |
| 注册证号 | | |
| 全国医保码、类别、收费编码 | | |
| 制造商 | | |
| 供应商 | | |
| 授权代表人 | | |
| 联系电话 | | |
| 医疗器械注册证 | 注册证 | | |  |  |
| 注册证附表 | | |  |  |
| 非医疗器械依据 | | |  |  |
| 制造商资质 | 营业执照 | | |  |  |
| 医疗器械生产许可证 | | |  |  |
| 医疗器械生产产品登记表（国产） | | |  |  |
| 供应商资质 | 营业执照 | | |  |  |
| 医疗器械经营许可证/备案凭证 | | |  |  |
| 产品授权 | 制造商授权书（两票） | | |  |  |
| 业务员授权 | 业务员法人授权书 | | |  |  |
| 法定代表人居民身份证复印件 | | |  |  |
| 被授权人居民身份证复印件 | | |  |  |
| 耗材信息 | 规格型号 | | |  |  |
| 技术参数 | | |  |  |
| 配置清单 | | |  |  |
| 产品说明书 | | |  |  |
| 现行价格证明(如没有，报名无效） | 河北省医用耗材招采管理系统(必须提供，如未挂网提供申请文件) | | |  |  |
| 市内三甲医院合同/随货同行/发票(每个型号必须提供三家近半年内） | | |  |  |
| 产品市场信息 | 三级甲等医院用户名单 | | |  |  |
| 彩页 | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件四：耗材报价表  耗材报价表（此表供应商留存备用） | | | | | | | | | |
| 项目编码 | 项目名称 | 产品名称  （注册证名称） | 品牌 | 规格  型号 | 注册证号 | 制造商 | 供应商 | 报价（元） | 计价  单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 签字： |  | 日期： |  |

附件五：耗材信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耗材信息表（EXCL版，与报名资料一起发邮箱） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目编码 | 项目名称 | 产品名称 | 品牌 | 规格型号 | 注册证号 | 全国医保编码 | 医保类别 | 收费编码 | 河北省挂网价(元） | 提供价格证明（市内三甲医院合同/随货同行/发票三家）（元） | 提供价格证明用户名称 | 制造商 | 供应商 | 业务员 | 电话 |
| （注册证名称） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：不得空项。