**广东医科大学附属医院遂溪医院**

**医教研设备（5万元以下）及配套专机专用耗材用户需求**

|  |  |
| --- | --- |
| **申请设备名称** | **MR机专用高压注射器** |
| **设备预算单价（元）** |  | **申请设备数量** | **1** | **单位** | **台** | **预算总金额（元）** |  |
| 1. **科室申请理由：**

新院区MR机需配备高压注射器 |
| **二、设备功能要求、参数、配置、售后服务要求** |
| 1. ****设备功能要求：****

**MR机专用高压注射器技术参数**1、 能控制造影剂的注入速度。2、 确保注射过程中能承受高压3、 能设定一次注射的总造影剂量4、 能根据不同检查需求选择类型：单相、双相和多相注射5、 能协调注射与影像扫描的时间。6、 具备压力监控、流量控制、空气检测、自动停止等功能7、 触摸屏或按键操作，支持多语言，预设方案存储等。 |
| ****2.配置（清单）：****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 单位 | 数量 |
| 1 | 主机 | 台 | 1 |
| 2 | 电源线 | 条 | 1 |
| 3 | 说明书 | 台 | 1 |

） |
| ****3.售后服务要求:**（第1-4项是固定要求，如有其它要求可增加）**（1）保修期：三年以上，提供货物终身维修服务。（2）信息化：医疗设备支持并实现与医院信息化系统对接的数据接口；数据采集端口终身免费开放，设备所有信息化端口软、硬件终身免费升级。（3）报修2小时内厂家工程师响应， 24小时到场，48小时内无法维修好须提供备用机。（4）耗材供货期不少于5年及供货价不高于遴选价。 |
| **三、所推荐该项目设备（三家或三家以上）情况比较：如申购科室无法满足填写三家厂家要求，须上交调研结果** |
| **所推荐该项****目设备名称** | ****品牌******（设备类填写）** | **生产企业** **（设备类填写）** | **规格****（设备类填写）** | **型号****（设备类填写）** | **单位（台）** | **参考单价****（元）** |
| 1. **耗材用户需求**（ 检验试剂类产品最小计量单位是人份，单价按照人份填写；其它耗材类最小计量单位按最小包装规格填写）。
 |
| **配套设备名称** | **耗材公告名称** | **检查或治疗项目名称** | **耗材功****能用途需求****（注：填5条以上参数）** | **最小计量单位** | **最小计量单位价格（元）** | **耗材年度估计用量** | **耗材年预算（元）** |
| MR机专用高压注射器 | 一次性使用高压注射器及附件 | MR增强扫描 | 1.普通MR增强；2.CE-MRA；3.CTP；4.MRV；5.同时行全身多部位MRA检查 | 套 |  |  |  |
| **五、交货时间 （合同签订后1 个月内）** |

**说明：**

**1.医用耗材必须在政府采购平台有备案，有交易系统药交耗材ID（尚在办理过程中，提交回执才能报名，但遴选时必须有在政府采购平台备案）。**

**2.检验试剂类产品最小计量单位是人份，单价按照人份填写；其它耗材类最小计量单位按照包装规格填写。**

**3.不同名称的产品，如功能需求也能满足检查或治疗项目需求，厂家或者代理商也能参加咨询遴选会议。**