细菌鉴定及药敏分析系统和全自动血

培养系统等设备采购征询会公告

根据《上饶市医疗设备器械采购内控工作监督管理办法（暂行）》的具体要求，现对广丰区中医院拟采购的细菌鉴定及药敏分析系统和全自动血培养系统（预算价52万）等设备项目进行公开询价。本次公开征询情况将作为采购人编制政府采购招标文件最高限价、主要技术指标及配置的参考依据，欢迎广大符合要求的生产企业及经营企业积极参与。现将有关事项公告如下：

一、采购项目及需求

| 序号 | 品目 | 数量 | 主要技术指标（基本配置和功能要求） | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 细菌鉴定及药敏分析系统 | 1 | 细菌鉴定及药敏分析系统技术参数  1、鉴定细菌种类：可以鉴定>10大类，>500余种临床常见病原菌  2、药敏种类：含临床上常用抗生素，鉴定药敏板中所含药物均已验证，药敏判读标准每年根据CLSI文件更新。  3、标本容量：可同时进行60块测试卡的测定  4、测试卡组合多元化：有鉴定板、药敏板、鉴定/药敏复合板；全面符合CLSI年文件要求及国家耐药监测网细菌耐药监测需求。  5、自动化程度：  1）自动检测功能：装载试剂板后仪器自动识别条形码，并启动对板条进行初读作为阴性对照，孵育完成后，自动进行读板并对结果进行对照分析，并在读板后自动废弃试剂板。  2）自动温控系统：a.监测并控制培养箱温度，保持恒温状态；b.监测并控制辅助试剂冷藏温度，保证其长期有效；c.控制加热效能，避免所需添加辅助试剂孔上封口膜扩大，防止辅助试剂添加器污染。  3）自动移液装置：仪器根据试剂板孵育状态，严格按照辅助试剂的反应时间及数量自动添加辅助试剂，避免由于人工误差导致生化反应不准确。  4）系统自检功能：系统可根据标准比色液进行自检和自动初始化，系统可根据标准比色液进行自检和自动初始化，保证仪器长期稳定工作。  6、系统软件功能：  具备各种细菌种类/药敏统计分析系统：可根据医院需求添加设置统计项目。  7、专家系统：①抗生素优化组合，根据临床选择用药的先后原则，分组（A、B、C、U）报告药敏结果。②提示药敏结果出现的异常表型，有效防止错用抗生素。客户可自行根据需要编缉报告，可根据纸张尺寸缩放报告。  8、细菌鉴定与药敏数据可与世界卫生组织药敏分析系统WHONET共享数据。  9、有院内网接口，可与医院LIS系统和/或HIS系统联网。  10、配置全自动加样仪：自动完成各种板位测试卡的加样，保证加样均匀，准确无误。  11、耗材情况：原装耗材，统一剂量，无需配制消毒，方便质控。  **配置清单**  细菌鉴定及药敏分析系统 1台  细菌鉴定及药敏分析系统软件 1 套  浊度计1台  操作说明书1本  打印机1台 |  |
| 2 | 全自动血培养系统 | 1 | 全自动血培养系统技术参数  1：检测范围：适用于血液或各种无菌体液标本。  2：仪器标本位：>=100个  3：采集方式：负压定量采血  4：能够持续实时监控，能查阅、储存生长过程曲线等相关信息，对阴阳性结果自动检测，并能给出不少于一种的报警信号提示:  5：具备自动检错和自动纠错功能，培养瓶孔位可根据不同需求灵活设定独立不同的培养周期。  6：具备延迟上机功能  7：具备误取报警功能，防止操作失误，错位置瓶能够自动提示  8：有多种培养瓶可供选择，需具备吸附抗生素的功能  9：培养瓶保存无特殊环境及温度要求 |  |

二、公告时间

2021年12月31日—2022年1月5日

三、报名时间、地点及方式

1.时间： 2021年12月31日至2022年1月5日

3.报名方式：

（1）现场报名，同时递交法人授权委托书、参询代表身份证复印件及产品相关授权书复印件等印证材料。

（2）外地参询企业可以电话报名，相关印证材料邮寄或电子版发送。

4.联系人及联系方式：甘女士 13767373776

5.所有符合报名条件的机构均可参加报名，采购人不得以任何理由拒绝。

6.监督电话：0793-2685083 0793-2630261

四、价格征询会时间、地点

时间：2022年1月6日下午2点

地点：区中医院门诊四楼会议室

五、参询单位需提供的相关材料

1、响应函；

2、询价品种报价表（格式见附表1）；

3、产品详细配置清单（格式见附表2） ；

4、参询产品的参数响应表(响应/偏离)(格式见附表3)；

5、参询产品的详细参数和功能介绍（需提供产品生产厂家盖章的产品详细参数技术白皮书）及产品的彩页；

6、参询产品的相关资质证明材料

6.1生产企业营业执照（三证合一证）复印件；

6.2生产企业《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许

可证》复印件 ；

6.3医疗器械产品注册证及注册登记表复印件；

6.4厂家售后服务方案及承诺书；

7、产品业绩材料（需提供与参询产品同规格的产品中标公告或销售合同复印件）；

8、参询企业的资质证明材料

8.1营业执照（三证合一证）复印件；

8.2《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》复

印件；

8.3法人授权委托书、参询代表身份证复印件。

8.4进口产品需附产品授权书。

参询材料分开装订，一正两副共三份加盖参询单位公章，参询方在参加征询会时现场递交。

六、参询文件编制的注意事项

1.1参询单位应认真、仔细阅读招标文件中所有的事项、格式、条款和规范等要求。

1.2参询人应以无线胶装的形式按投标文件的格式按顺序编制目录及页码装订成册，否则材料丢失引起的后果自负。

1.3参询文件分为正、副本，副本可为正本的复印件。

1.4参询文件及往来函件均须用中文书写。

1.5参询人应按要求，规范、明确、准时的提交参询材料。如果没有按照公告要求提交全部资料并保证所提供全部资料的真实性，其风险由参询方自行承担。

1.6参询方应根据参数需求如实编制参数响应表，提供产品实际参数值并标明正负偏离。如虚假响应，视情节轻重取消该企业本次参询资格或纳入失信企业名单。纳入失信名单的企业将不得再次在本区域内参加设备参询。

七、参询报价

1.1参询企业可就询价项目中某个产品或全部产品进行参询报价，报价表每个参询产品分开填报。

1.2参询人如有不同品牌、不同规格产品参询，可分别报价；所参询品种含设备易损件及主要部件，需同时报价。

1.3、所参询产品如属限价品种，须同时提供江西省医用设备和医用耗材采购监管平台中医用设备（医用耗材）最高限价，本次参询报价不能超过监管平台限价。

八、价格征询

1.1价格征询会由市卫健委采购内控领导小组指定人员主持，邀请所有参询方、专家组成员参加，驻委纪检监察部门对征询会全过程进行监督，参询方的代表人员应签到以证明其出席。

1.2 在纪检监察部门监督下，从专家库随机抽取2名医疗专家、1名医装备专家共计3名专家组成临时专家组，并由专家组成员推荐一名专家为此次价格征询会专家组组长。

1.3、价格征询应做好记录。

九、评审原则与标准

1.1 征询公告、参询材料及相关的法律法规为评审依据。

1.2科学评估、集体决策，体现公开、公平、公正。

1.3质量优先、价格合理、售后有保障。

1.4以综合评价为原则，性价比优先。

广丰区中医院  
 2022年12月30日

附表一

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗设备参询品种报价表** | | | | | | | | | | |
| **参询序号** | **设备名称** | **产品注册证名称** | **产品注册证号** | **生产厂家** | **规格型号** | **江西省限价（万元）** | **报单价 （万元）** | **数量** | **合计（万元）** | **参询单位** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | 主要部件（易损件） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **注：①、参询单位有不同品牌、不同规格品种参询，需分别报价；②、设备主要部件（易损件），需同时报价。** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | **参询单位：（盖章）** | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | **法定代表人或授权代表：（签字）** | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | **日 期：** | | | |

附表二

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗设备参询产品详细配置清单** | | | | | | | |
| **参询序号** | **设备名称** | **产品注册证名称** | **产品注册证号** | **生产厂家** | **规格型号** | **参询单位** | **配置清单** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **注：参询单位有不同品牌、不同规格品种参询，需单列，例：参询序号1-1，依次类推1-2、1-3…** | | | | | | | |
|  |  | **参询单位：（盖章）** | | | | | |
|  |  |  |  |  | **法定代表人或授权代表：（签字）** | | |
|  |  |  |  |  | **日 期：** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附表三：  **医疗设备询价产品参数响应表** | | | | |
| **询价序号： 设备名称：** | | | | |
| **序号** | **询价参数** | **参询参数** | **响应情况（响应/偏离）** | **说明** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 注：①询价序号及设备名称为询价文件项目内容中的询价序号及相对应的设备名称；②响应情况：参询参数与对应的询价参数响应及正偏离即为“响应”；参询参数与询价参数不符合即为“偏离”。 | | | | |