**唐山市人民医院市场调研询价邀请函**

**致：各供应商**

医院今年拟采购脑组织氧饱和度监测仪（详见项目概况），现进行市场调研，并向贵公司征询报价。如有意向，请依据以下项目概况为基础，准备以下材料，将扫描件电子版于公告指定日期发送至指定邮箱。另将纸质材料寄或送至：河北省唐山市路南区胜利路65号唐山市人民医院设备科，张静，15383056308。

1. **公司营业执照、医疗器械经营许可证、医疗器械注册证（如有）各一份（盖章复印件）**
2. **业务人员授权书原件；调研询价报价单原件（见附件1，填全盖章）；产品技术调研问卷原件（见附件2，首页盖章、整份盖骑缝章）**

联系电话：0315-2861591

**项目概况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 备注 |
| 1 | 脑组织氧饱和度监测仪 | 1 |  |

1. **基本技术要求**

1.·监测脑组织血氧饱和度(rSO2)，测量范围及分辨率:1%~99%，分辨率1%;

2.可设置报警范围:上限20-98%，下限15%-95%;

3.可监测信号质量，并由图形模拟显示;

4.可显示及设置基线值，并实时计算相对基线值的变化量;

5.可监测脑组织中氧合血红蛋白浓度相对测量初始值的变化量(ΔOzHb)，测量范围为-100~100μmol/L;

6.监测脑组织中还原血红蛋白浓度相对测量初始值的变化量(ΔHHb)，测量范围为-100~100μmol/L;

7.监测脑组织中总血红蛋白浓度相对测量初始值的变化量(△tHb)，测量范围为-100~100μmol/L;

8.具有多种监测状态报警提示，包括并不限于:传感器连接失败、传感器探头位置出错、传感器数据不稳

定、环境光过强、模块未连接、传感器未连接、电池电量低、超过上限、低于下限;

9.传感器光源穿透深度≥2cm

10.准确度:相对于颈内静脉与桡动脉氧饱和度值的加权值标准差≤2.16%，偏差为0.25%;

11.仪器通道数≥2，每个通道可同屏监测、显示5个参数的数值或趋势曲线;

12.具有USB接口，可通过USB接口进行数据传输、系统升级等功能;13.具有多种型号的一次性使用传感器/单病人使用传感器，自带背胶;14.具有多种型号的可重复使用传感器，可重复使用次数不小于150次;

15.记录存储能力:连续监测时间≥5000小时;

16.传感器:多波长非激光LED 光源，LED 发光管平均辐射功率≤1mW;17.采样及刷新频率:采样频率100Hz，刷新频率2秒/次;

18.显示屏幕:≥12英寸，分辨率≥1024\*768;

19.备用电源:内置可充电锂电池，电池工作时间不少于3小时;

20.测量过程中可标记事件，可在任何时问做标记;

21.时间标尺:可设置不同时间段，最长时间不小于24h23.具有皮肤检查功能，自检时长可设置1-12小时;

24.具有多档屏幕亮度调节功能，可根据实际需求调节需要的屏幕亮度;

**附件1：**

**调研询价报价单**

**唐山市人民医院：**

在贵单位组织的序号：项目名称项目市场调研询价中，我方具体报价如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 推荐设备  品牌型号 | 报价  （万元） | 备注 |
| 1 | 脑组织氧饱和度监测仪 |  |  | 1台 |

并承诺：已了解贵单位询价项目情况，报价真实，并依此履行责任和义务。

报价公司（公章）：

公司地址：

联系电话：

联系邮箱：

法定代表人签字或印章：

日期：

**附件2：**

**医疗设备技术调研问卷**

**项目名称：脑组织氧饱和度监测仪**

**推荐的产品品牌及规格型号：**

**推荐的产品标签注明的使用期限： 年**

**设备可提供保修期： 年**

1. **推荐产品配置及技术参数（请详细列举推荐产品相关参数及其在同类产品中优势）：**

**1.**

**2.**

**….**

**二、其它材料（供应商自愿提供）：**

**1.**

**2.**

**….**