**广州中医药大学深圳医院（福田）2025年院内自筹设备市场调研公告附件**

**附件1：设备清单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **产地** | **单位** | **数量** | **科室** |
| 1 | 数字化医用X射线摄影系统 | 国产 | 台 | 1 | 香安社康 |

**附件2：采购单位提供的数字化医用X射线摄影系统配置清单：**

| **序号** | **货物名称** | **数量** | **单位** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 高压发生器 | 1 | 台 |  |
| 2 | X射线管组件 | 1 | 套 |  |
| 3 | 自动限束器 | 1 | 个 |  |
| 4 | 碘化铯非晶硅无线平板探测器 | 2 | 个 |  |
| 5 | 防散射滤线栅 | 2 | 块 |  |
| 6 | X射线管支撑装置 | 1 | 套 |  |
| 7 | 探测器支撑装置 | 1 | 套 |  |
| 8 | 无线遥控器 | 1 | 个 |  |
| 9 | 六向浮动摄影床 | 1 | 套 |  |
| 10 | 立式摄影架 | 1 | 套 |  |
| 11 | 图像(全脊柱、长骨等) 自动拼接拍摄 | 1 | 套 |  |
| 12 | 电动拼接架 | 1 | 套 |  |
| 13 | AI摆位质控 | 1 | 套 |  |
| 14 | AI胸部图像质控 | 1 | 套 |  |
| 15 | 可视化曝光系统 | 1 | 套 |  |
| 16 | 成人防护用品套装 | 2 | 套 |  |
| 17 | 儿童防护用品套装 | 1 | 套 |  |
| 18 | 主计算机用不间断电源（UPS） | 1 | 套 |  |
| 19 | 移动空气消毒机 | 1 | 台 |  |
| 20 | 操作间对讲系统 | 1 | 套 |  |
| 21 | 叫号系统 | 1 | 套 |  |
| 22 | 机房内外监控系统 | 1 | 套 |  |
| 23 | 自动跟踪防辐射跟踪帘 | 1 | 套 |  |
| 24 | 专业一体化多功能影像阅片工作站（含医用专业显示屏） | 1 | 套 |  |
| 25 | 除湿机 | 1 | 台 |  |
| 26 | 显示器及计算机主机系统 | 2 | 套 |  |
| 27 | 人工智能辅助诊断系统（AI辅助诊断软件）接入明天医网PACS系统，实现影像数据共享。 | 1 | 套 |  |
| 28 | PACS接口 | 1 | 套 |  |

**附件3：数字化医用X射线摄影系统-设备技术参数符合性确认表**

| **设备名称** | **技术参数** | | **是否满足** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 数字化医用X射线摄影系统 | 1 | 高压发生器:输出功率≥65KW | □满足  □不满足 |  |
| 2 | 高压发生器:最大输出mA≥800mA | □满足  □不满足 |  |
| 3 | X线球管:球管阳极靶热容量≥300KHU | □满足  □不满足 |  |
| 4 | 无线平板探测器由DR整机制造商原厂统一制造并取得合法认证，非OEM产品 | □满足  □不满足 |  |
| 5 | 支持快捷立位/卧位一键到位、跟随等运动功能控制、探测器升降功能 | □满足  □不满足 |  |
| 6 | 具备可视化功能 | □满足  □不满足 |  |
| 7 | 曝光前自动实时识别显示/提示摆位的状态及改进建议（提供设备实时拍摄照片） | □满足  □不满足 |  |
| 8 | AI胸部图像自动质控功能 | □满足  □不满足 |  |
| 9 | 具备一键全自动立位拼接功能，立位拼接时，拼接方式同时具备平行拼接、扇形拼接 | □满足  □不满足 |  |
| 10 | 具备远程培训教学功能，能进行桌面直播，接收端可以看到发起端的桌面直播内容，包括文档以及播放的视频等；图像和视频文件可以直接从app分享到微信群或朋友圈，并可在微信中，通过转发链接直接查看DR图像。支持建立离线交流群组，支持两人或多人离线交流，以及离线DICOM图像上传和下载。 | □满足  □不满足 |  |
| 11 | 整机免费保修期≥5年（含球管、探测器等所有配件） | □满足  □不满足 |  |
| 12 | 软件终身免费升级 | □满足  □不满足 |  |
| **注意：此表格为调研产品部分技术参数。供应商需提供参与调研产品的完整版技术参数另附。** | | | | |

**附件3：报名资料相关格式及目录**

**报名资料封面：**

|  |
| --- |
| **市场调研报名资料**  **（正本/副本）**  **序 号：2025年院内自筹设备第1号**  **设备名称：数字化医用X射线摄影系统**  **报名供应商单位名称（盖公章）：**  **报名供应商授权代表姓名及联系电话：**  **报名供应商授权代表联系邮箱：**  **日期： 年 月 日**  **报名资料递交地点 ：深圳市福田区泰然九路天地源盛唐大厦东座1403** |

**市场调研报名资料目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **市场调研报名资料目录** | **对应页码** |
| 1 | 设备报价单 | 第 页 |
| 2 | **设备详细配置清单** | 第 页 |
| 3 | 医疗器械产品注册证/备案证（如有附件需附，如没有注册证或备案证的请提供相关说明） | 第 页 |
| 4 | 设备授权书 | 第 页 |
| 5 | 生产商证件：设备生产商营业执照、医疗器械生产企业许可（备案）证或医疗器械经营企业许可（备案）证 | 第 页 |
| 6 | 报名供应商证件：供应商企业营业执照、医疗器械经营企业许可（备案）证 | 第 页 |
| 7 | 报名供应商法人证明书、法人授权委托书 | 第 页 |
| 8 | **设备详细技术参数表**（核心技术参数（☆号项）设置不得多于5个，且核心技术参数要求提供三家品牌设备符合的相关佐证材料）； | 第 页 |
| 9 | 设备配套试剂、耗材报价清单（若有） | 第 页 |
| 10 | 设备彩页（含技术参数） | 第 页 |
| 11 | 售后服务承诺书（体现免费维保年限） | 第 页 |
| 12 | 设备历史成交记录：同型号设备在广东省内其他医院成交记录至少3个，提供合同关键页（含配置清单）、中标通知书、验收报告等证明 | 第 页 |
| 13 | 设备交货期（含运输时间） | 第 页 |
| 14 | 设备主要零部件及配件价格清单（售后更换） | 第 页 |
| 15 | **设备有效使用期限（附同类设备铭牌照片或设备有效使用年限说明）** | 第 页 |
| 16 | **数字化医用X射线摄影系统-设备技术参数符合性确认表** | 第 页 |
| 17 | 其他（供应商认为有必要提供的材料） | 第 页 |

注：报名单位按目录顺序提供调研资料报名。

**设备报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **XXX设备报价单** | | | | | | | | | | | | | |
| **设备名称** | |  | | | | | | | | | | | |
| **单价(万元)** | |  | **数量** |  | | | **总价（万元）** | | |  | | | |
| **品牌** | |  | **型号** |  | | | **产地** | | |  | | | |
| **生产厂家** | |  | **厂家是否为中小微企业** | **□是：□中型企业，□小、微企业；**  **□否；** | | | | | | **厂家联系方式（手机）** | |  | |
| **报名供应商名称** | |  | | **报名供应商授权代表**  **联系方式** | | | | **手机号码：**  **邮 箱：** | | | | | |
| **单台/套配置清单** | | **填写说明：**  **1、需逐一列明各主要分项报价；**  **2、清单列明的配置均视为包含在总报价内的配置；**  **3、根据实际自行添加行或删除空白行；** | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 配置名称 | | 品牌型号 | | 数量+单位 | 单价  （万元） | | | 总价  （万元） | 注册证号 | 设备交货期（含运输时间） | | 是否易耗品 |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  |
| 合计金额： | | | | | | | | | | | | | |
| **原厂免费质保期（整机质保，包含主机和所有配件，上表列明易耗品除外）：\_\_\_\_\_年；**  **质保期满后，整机原厂质保1年需要费用：\_\_\_\_\_ 元。** | | | | | | | | | | | | | |
| **是否有试剂、耗材：**□有 □无 其他信息（是否专机专用，是否准入等）： | | | | | | | | | | | | | |
| **报名供应商（单位盖公章）：**  **报名单位授权代表签字：**  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

**注意：其他资料按《市场调研报名资料目录》按顺序附后**