北京清华长庚医院 设备调研

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加厂商** |  | **联系人** |  | **电话** |  |
| **公司地址** |  | **税号** |  | **填报日期** |  |

| **序** | **设备名称** | **数量** | **保修期****(2年起)** | **品牌****及产地** | **规格型号** | **是否****进口（详见注释）** | **交货期** | **报价单价** | **优惠单价** | **总价** | **是否为全部配置(如需选配，请在下方列出)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公司：(盖章)

注：一.上述设备配置完全满足院方要求，是否为设备全配价格，**如非全部配置，请列明额外选配清单及价格。**

二.请于报价单中注明总价，且上述价格为含税人民币价格，上述表中设备，如果某些产品无法提供，请勿删项，空白即可。

三.进口产品是指通过中国海关报关验收进入中国境内且产自境外的产品，外资品牌中国境内组装生产的都不认为是进口产品

四.基本服务要求

1）安装、调试、检验、培训及技术服务费用分项报价并计入总价。

2）提供设备使用说明书、操作手册、维修手册、工作软件说明书等技术资料。

3）工程师到设备用户现场安装、调试设备，要求按照购置需求要求进行验收。

4）在用户现场对用户的设备操作、维修和电气人员免费进行技术培训。培训内容包括设备的基本原理、安装、调试、操作使用和日常保养维修等。培训时间均不少于个工作日。验收合格后一个月，再在用户现场进行第2次提高培训。

5）质保期内，卖方接到买方故障信息后24小时内（第二个工作日）到达用户现场，排除故障，**整机保修，免费更换损坏零件。**

**质保期内，软件免费更新、升级。**

6）设备质保期满后，卖方应对设备提供终生服务，并且提供广泛而优惠的技术支持和备件成本价格供应。

五．厂商已充分了解设备所需空间、水、暖、电符合现场要求，如产生场地改造费用厂商自理，且不影响其它作业。

北京清华长庚医院 试剂、耗材 价格调研

相关设备名称/型号：

| **序** | **试剂、耗材名称** | **单位** | **保质期** | **品牌** | **规格型号** | **单价** | **是否可计价**  | **更换率** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | 例如：1.15人份/瓶2.只能使用10次3.一次性使用 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

公司：（盖章）

注：如有以上未提到之试剂、耗材，厂商承诺免费提供

北京清华长庚医院 保养、维修配件 价格调研

相关设备名称/型号：

| **序** | **维修配件名称** | **单位** | **保修期** | **品牌规格型号** | **规格型号** | **单价** | **更换率** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 例如：1.约3月更换1个2.寿命1000小时 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

公司：（盖章）

注：如有以上未提到之维修零配件，厂商承诺免费更换

北京清华长庚医院设备采购连网要求

1. 检验设备连接LIS
2. 病理设备连接PIS
3. 输血科设备连接BLOOD
4. 心内科连接MUSE/RIS
5. 放射，超声等设备连接PACS/RIS
* 设备可通过标准接口（DICOM、HL7）与HIS和PACS连接。
* 厂商免费配合完成接口开发

具体要求如下：

* 具备接收HL7医嘱消息功能 消息包含病人、临床诊断及医嘱内容等数据。
* 检查完毕后需将检查数据结果（结构化的形式）和报告文档（PDF形式）以HL7方式发送给HIS，HIS根据HL7消息中给定的地址下载原始的PDF报告文档，并解析HL7消息将一些测量和数值及文本数据存入HIS系统数据库，返回报告HL7消息中需含有医嘱消息中的检查编号等信息以便于在HIS完成报告数据与医嘱申请信息的匹配。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 | 设备名称 | 品牌、规格型号 | 是否满足以上要求 | 授权人签名 |
|  |  |  |  |  |