项目相关技术参数及配置参阅附件

**附件：**

**说明：**本技术要求仅做参考，不是唯一指标。

商务要求及项目相关技术参数及配置参阅附件1、2.

**1：商务要求**

1. 是否需要连接医院信息系统，如有需做出开放数据接口承诺并承担相关费用（加盖公章）（标准：单向1万元；双向1.4万元）。
2. 成交后需提供厂家售后服务年限及保修期满后每年保修费限价承诺函（加盖厂家公章）。
3. 设备项目如有消耗性易损件（非一次性）及常规配件的请提供清单及报价。
4. 回款时间参考标准：1、新安装设备验收合格后提交发票起3个月内；2、保修设备执行计划9个月后提交发票起3个月内。

**2：技术参数及配置**

1. **低温冲击镇痛仪**
2. **用途：**用于康复医学中心疼痛治疗等
3. **数量**：1台
4. **技术要求（参考）**
	1. 具备实时监测治疗部位皮肤表面温度功能
	2. 喷射气体流速：≥2.0g/s
	3. 工作温度显示范围：0℃～40℃等
	4. 具备安全密码锁定设备功能
	5. 具备声光报警提示功能
	6. 具备快速降温功能
	7. 具备快速唤醒功能
5. **参考配置要求（至少包括）**
	1. 主机 1台
	2. 气瓶 6瓶
6. **干扰电治疗仪**
7. **品牌：**用于康复医学中心疼痛治疗等
8. **数量**：1台
9. **技术要求**
	1. 具备自动温热功能
	2. 具备独立通道输出功能
	3. 调制波波形：≥3种
	4. 调制频率范围：0～150Hz等
	5. 输出载波频率范围：2000Hz～12000Hz等
	6. 差频频率范围：1～150Hz等
	7. 治疗模式：≥15种处方
	8. 具备单通道吸附电极关闭功能
	9. 具备电极脱落自动报警功能
	10. 具备过流保护及提示、强度自动归零的功能
10. **参考配置要求**
	1. 主机 1台
	2. 电极 1套
11. **电动肌肉振动仪**
12. **用途：**用于康复医学中心肌肉痉挛治疗等
13. **数量**：4台
14. **技术要求（参考）**
	1. 握把直径：≤6厘米
	2. 重量：≤2.5千克
	3. 转速：≤2200 RPMs
	4. 震动频率：≤40Hz
15. **参考配置要求**
	1. 主机1台
16. **振动排痰机**
17. **用途：**用于康复医学中心患者排痰治疗等
18. **数量**：4台
19. **技术要求（参考）**
	1. 治疗通道：≥2个
	2. 治疗单元：≥2种
	3. 具备多档强度调节功能
	4. 振动加速度：≤80m/s²
	5. 传导距离：≥60cm
	6. 振动模式：≥3种
	7. 治疗头的振幅值：≤2mm
	8. 具备三维振动功能
20. **参考配置要求**
	1. 主机1台
21. **红外辐照治疗装置**
22. **用途：**用于康复医学中心炎症治疗等
23. **数量**：2台
24. **技术要求（参考）**
	1. 治疗光源：卤素光源等
	2. 功率：≥800W
	3. 具备连续输出方式
	4. 光源光谱波长范围：590-1400nm等
	5. 安全照射距离：≥30cm
	6. 具备连续运行模式
	7. 具备液压升降装置
25. **参考配置要求**
	1. 主机1台
26. **红外荧光显像仪**
27. **用途：**用于甲状腺乳腺外科甲状旁腺损伤监测
28. **数量**：1套
29. **技术要求（参考）**
	1. 具备荧光波形曲线显示功能
	2. 具备旁腺识别提示阈值设置功能
	3. 具备指示灯、声音、波形、指标等可量化显示指标功能
	4. 发射光源峰值波长：785nm等
	5. 光源功率：≥20mW
	6. 探头中心的光功率密度：≥2W/CM2
	7. 激发区域直径：≤1cm
	8. 探头
	9. 光纤传输效率：≥50%
	10. 光纤探头直径：≤2mm
	11. 具备支持开放式手术
	12. 具备病人信息管理系统
30. **参考配置要求（至少包括）**
	1. 主机 1台
	2. 光纤探头 2个
31. **低温等离子灭菌器保修**
32. **品牌与型号：美国**强生STERRAD-100NX型
33. **启用时间：**2012年
34. **技术要求**
	1. 保修类别：整机全保。
	2. 保修年限：1台1年。
	3. 具备故障通知立即响应，≤24小时内到达现场。
	4. 具备一年不少于两次的保养并提供服务报告。
	5. 具备电气校准测试并提供服务报告。
	6. 具备保障年正常开机时间：≥95%。
35. **配置要求**
	1. 低温等离子灭菌器保修1台/1年
36. **低温等离子灭菌器保修**
37. **品牌与型号：美国**强生STERRAD-NX型
38. **启用时间：**2012年
39. **技术要求**
	1. 保修类别：整机全保。
	2. 保修年限：1台1年。
	3. 具备故障通知立即响应，≤24小时内到达现场。
	4. 具备一年不少于两次的保养并提供服务报告。
	5. 具备电气校准测试并提供服务报告。
	6. 具备保障年正常开机时间：≥95%。
40. **配置要求**
	1. 低温等离子灭菌器保修1台/1年