**云南省阜外心血管病医院2025年医疗设备咨询公告**

云南省阜外心血管病医院拟对2025年拟采购医疗设备进行咨询，以充分了解相关产业发展、市场供给、同类采购项目历史成交情况等信息，保证采购项目的合法性、合规性、合理性。欢迎有意向的供应商积极参加本次咨询活动。

**一、拟采购设备清单：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **采购需求概况** | **预算金额（万元）** |
| **1** | 临床药品智能管理设备 | 临床药品智能管理设备，1套。覆盖门诊药房、住院病房、手术室等的药品管理需求，满足智能化管理，实现动态库存监控或用药安全预警等。 | 460 |
| **2** | 心脏彩色多普勒超声诊断仪 | 心脏彩色多普勒超声诊断仪，12套。满足高清晰度成像、多种成像模式、高速数据处理、患者安全与舒适、支持科研和教学等功能需求。 | 4640 |
| **3** | 体外循环机 | 体外循环机,4套。支持基础的血液氧合与循环功能，同时满足智能监测与炎症调控模块等功能。 | 1520 |
| **4** | 移动DR | 移动DR，3套。满足高分辨率和快速成像、多种检查模式、影像存储和回放等功能。 | 390 |
| **5** | 药品分包及核对设备 | 药品分包及核对设备，1套。集成AI图像识别技术，自动匹配药品形状、颜色及光谱特征，减少人工干预，同时支持“双码追溯”，实现从医嘱到病床的闭环管理。 | 360 |
| **6** | 4k胸腔镜 | 4k胸腔镜，1套。满足荧光显影、智能导航、支持多模态影像融合等功能需求。 | 260 |
| **7** | 移动介入手术室设备 | 移动介入手术室设备，1套。麻醉、监护仪、呼吸机等手术设备与移动介入手术车高度集成，可快速部署至基层或应急场景，满足开展经超声引导的心脏介入手术等功能需求。 | 200 |
| **8** | 手术设备感染控制设备 | 手术设备感染控制设备，1套。满足全流程自动化、高效清洗技术、安全合规等功能需求。 | 260 |
| **9** | 医疗信息存储设备 | 医疗信息存储设备,1套。满足医疗信息存储等功能。 | 1500 |
| **10** | 射频消融仪 | 射频消融仪，3套。满足多模态影像融合、无辐射技术、导管兼容性等功能需求。 | 600 |
| **12** | 主动脉内球囊反搏泵(IABP) | 主动脉内球囊反搏泵(IABP)，4套。用于心源性休克、重症心力衰竭等危重症的抢救，满足多模态支持、抗炎调控、低创伤设计等功能需求。 | 540 |
| **13** | 心脏康复评估及治疗设备 | 主要用于冠心病术后康复、慢性心衰患者运动训练及基础心肺功能评估，同时要满足智能化数据采集与个性化康复方案制定等功能需求。包括：心肺运动测试仪2套、体外反搏4套、有氧自行车2套、运动心电监测1套、肺功能及呼吸肌功能测定仪1套、祛痰清肺仪体疗1套、膈肌起搏器1套、反重力跑台1套、负荷超声运动踏车1套、康复信息化数据平台1套 | 500 |
| **14** | X线计算机断层扫描仪（CT） | X线计算机断层扫描仪（CT）,1套。具备高时间分辨率、快速扫描、先进的心电门控和自适应技术，以及辐射剂量管理功能。软件方面需要强大的后处理和AI支持。 | 2000 |
| **16** | 智能血液样本采集处理设备 | 智能血液样本采集处理设备，1套。要求单日样本处理量≥2000例，支持多模块并行操作；集成AI算法，实现异常样本自动识别等。 | 855 |
| **17** | 共聚焦显微镜 | 共聚焦显微镜，1套。满足多色检测、动态成像、智能化扩展、临床-科研双模式等方面功能需求。 | 580 |
| **18** | 三重四极杆质谱仪 | 三重四极杆质谱仪，1套。满足全流程智能化、临床科研双模式、应急响应能力等方面的功能需求。 | 300 |
| **19** | 多色流式细胞分析仪 | 多色流式细胞分析仪，满足精准免疫解析、临床-科研双模式、多组学研究兼容等方面功能需求。 | 300 |
| **20** | 心脏三维电生理导航仪 | 心脏三维电生理导航仪，需满足聚焦智能化标测、多模态兼容等方面功能需求。 | 300 |
| **21** | 复合手术室用数字减影血管造影机(DSA) | 复合手术室用数字减影血管造影机(DSA)，1套。满足高图像质量、低辐射剂量、术中CT扫描功能等功能需求，结合超声、麻醉、监护等设备，构建一站式手术环境，优化复杂手术流程。 | 1500 |
| **22** | 自动化单细胞测序设备 | 自动化单细胞测序设备,1套。处理能力：单次运行支持8通道并行操作；技术整合：支持单细胞转录组、免疫组、空间转录组及表观组学联合分析；智能化核心：集成AI算法等方面。 | 180 |
| **23** | 数字减影血管造影机(DSA) | 数字减影血管造影机(DSA)，5套。满足高图像质量、低辐射剂量、术中CT扫描功能、多功能成像、科研能力提升等方面功能需求。 | 4000 |
| **24** | 数字化病人生命体征监测设备 | 数字化病人生命体征监测设备，3套。满足支持多参数同步监测、集成AI预警引擎、多模态数据融合等方面功能需求。 | 450 |
| **25** | 胶囊胃镜 | 胶囊便于患者吞服。采用医用级安全材料，胶囊外壳耐腐蚀且密封性高，避免消化道内液体渗入影响设备功能。通过体外磁场实时控制胶囊在胃内的运动，支持360度旋转和多角度拍摄，可精准调整姿态以观察胃黏膜各区域，减少检查盲区。磁场控制精度达毫米级，确保胶囊稳定移动并贴近病灶部位进行高清拍摄。运动覆盖范围：可覆盖胃部全区域及部分小肠，适应胃部精细检查和小肠疾病的联合筛查。实时将图像数据通过无线传输至体外便携记录器，患者检查期间可自由活动，无需卧床。数据支持后期回放与分析，提升诊断准确率。全程无需麻醉或插管，患者仅需吞服胶囊并穿戴记录设备即可。 | 180 |

**二、咨询方式**

本项目不一定召开现场咨询会，现采用问卷调查的方式进行需求调查。为保证咨询效果，请各供应商按要求详尽提供相关文件及资料咨询。

**三、提交资料**

**1.供应商可根据拟参加咨询的产品提交相关资料，资料内容格式详见附件。**

**2.提交资料的截止时间：2025年5月23日17:00（供应商可在截止时间前8:00-11:30,13:30-17:00递交）；递交地点：云南省昆明市五华区沙河北路528号云南省阜外心血管病医院运营保障部设备组办公室。本项目不接受邮寄递交。**

**四、公告发布网站：**

本咨询公告在云南省阜外心血管病医院官网和中国招标投标公共服务平台发布。

**五、联系方式：**

联系人：张老师、廉老师

电话：0871-68285676

**重要提示：**

**1.本次咨询活动参考《政府采购需求管理办法》开展需求调查，不代表项目采购结果，不向各供应商支付或收取任何相关费用。**

**2.各供应商应对所填报信息和所提交文件的真实性负责；严禁提供虚假材料，严禁伪造、变造相关证明文件。**

**3.各供应商禁止相互串通参加咨询会。**

**4.若在咨询会过程中发现供应商提供虚假材料或者有串通等违法行为的，将向财政部门报告，由财政部门及行政监督部门依照政府采购相关法规规定处罚；构成犯罪的，由司法机关依法追究刑事责任。**

附件：

**云南省阜外心血管病医院2025年医疗设备咨询**

**咨询资料**

**拟参与咨询的产品序号： 、 、**

**拟参与咨询的产品名称： 、 、**

供应商全称： (盖单位章)

法定代表人或委托代理人： （签字或签章）

日期： 年 月 日

格式1：

营业执照

格式2：

法定代表人身份证明书

供应商名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

**注:后附法定代表人身份证复印件。**

投标人：（盖单位章）

年 月 日

格式3：

法定代表人授权委托书

本授权书声明： （供应商全称） 的法定代表人代表本公司授权（委托代理人姓名）为本公司合法代理人，就贵方组织的有关（咨询项目名称）项目的咨询，以本单位名义参与。代理人在本项目咨询过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我方均予承认。

代理人无转委托权。

法定代表人签字或签章：

供应商全称：（盖单位章）

签发日期： 年 月 日

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 附： |  |
| 委托代理人姓名： |  |
| 职 务： |  |
| 身份证号码： |  |
| 详 细 地 址： |  |
| 电 话： |  |

**注:后附委托代理人身份证复印件。**

格式4：

咨询报价

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 医疗器械注册证号 | 制造商名称、国别 | 品牌 | 型号和规格 | 制造商规模类型 | 制造商授权 | 单价报价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.供应商填报多个产品的，按顺序填写公告中的序号及产品名称。**

**2.供应商可针对同一产品填报多品牌、多型号产品参与咨询。**

供应商全称： (盖单位章)

法定代表人或委托代理人： （签字或签章）

日期： 年 月 日

格式5：

产品技术参数、配置、质保及交货期

# （按拟报产品序号及名称依次附后）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 交货期 | 质保期 | 配置清单 | 技术参数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

供应商全称： (盖单位章)

法定代表人或委托代理人： （签字或签章）

日期： 年 月 日

格式6：

医疗器械生产（经营）许可证、医疗器械注册证

# （按拟报产品序号及名称依次附后）

**序号：； 产品名称：；**

格式7：

产品介绍（如产品优势、专利技术、市场占有率等）

# （按拟报产品序号及名称依次附后）

**序号：； 产品名称：；**

格式8：

供应商认为需要提供的其他资料