**附件2**

**2025年沙滩椅等设备采购项目采购需求调查反馈意见报告**

公司名称（盖章）：

采购人：广州市荔湾区骨伤科医院

调查组织单位：广东远东招标代理有限公司

2025年3月

**表1**

**企业营业执照**

致：广州市荔湾区骨伤科医院/广东远东招标代理有限公司

根据2025年沙滩椅等设备采购项目采购需求调查内容，我公司现按要求提交反馈意见。

联系方法：（包括但不限于：联系人、联系电话、手机、传真、电子邮箱等）

反馈意见的产品为（🗌沙滩椅（手术床配件） 🗌冷疗机 🗌麻醉脑电意识深度监测仪 ）

【备注】在“🗌”打“🗸”

后附企业营业执照

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表2**

**相关产业发展情况**

致：广州市荔湾区骨伤科医院/广东远东招标代理有限公司

注：供应商应针对本项目提供相关产业发展情况说明，附件相关佐证材料（如有）。

1.现有产品的技术路线、工艺水平、技术水平或行业的发展历程、行业现状等：

2.可能涉及的企业资质（如生产企业准入资格）、产品资质（如涉及到强制检验）、人员资质（如电工、焊工等证件）：

3.涉及的相关标准（含国家标准）和规范：

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表3**

**市场供给情况**

致：广州市荔湾区骨伤科医院/广东远东招标代理有限公司

注：供应商应针对本项目提供市场供给情况说明，附件相关佐证材料（如有）。

1.市场竞争程度：

2.价格水平或价格构成：

3.履约能力、售后服务能力：

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表4**

**2022年以来所递交的产品的相同品牌型号的最低的成交价格记录（如有）**

致：广州市荔湾区骨伤科医院/广东远东招标代理有限公司

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购人** | **项目名称** | **项目预算** | **中标/成交人** | **中标/成交价** | **中标/成交品牌** | **中标/成交型号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：供应商应针对本项目提供公司同品牌型号设备的历史成交价格信息，如有应列表并附上相关合同等材料（如有）。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表5**

**后续采购情况**

致：广州市荔湾区骨伤科医院/广东远东招标代理有限公司

可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等情况（主要设计的相关部件如电机、电池、电控系统须明确体现）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **内容** | **费用说明** | **备注** |
| 1 | 设备的运行维护 | 1. 设备在质保期内的运行维护时间、周期及相关费用 2. 设备在质保期后的运行维护时间、周期及相关费用 3. 设备在质保期的时间 4. 设备的使用年限 |  |  |
| 2 | 升级更新（如有） | 1. 设备在质保期内的升级更新承诺及相关费用； 2. 设备在质保期后的升级更新承诺及相关费用 3. 负责设备升级更新的年限承诺 |  |  |
| 3 | 备品备件（非耗材类，如有） | 1. 设备在质保期内的备品备件相关费用； 2. 设备在质保期后的备品备件相关费用； 3. 备品备件的详细清单（按标配备品备件及可选备品备件进行区分列明） |  |  |
| 4 | 耗材（如有） | 1. 设备在质保期内的耗材相关费用； 2. 设备在质保期后的耗材相关费用； 3. 耗材的详细清单（按标配耗材及可选耗材进行区分列明） |  |  |

注：供应商应针对本项目提供可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况说明，可自行增加行数进行详细说明，附件相关佐证材料（如有）。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表6**

**生产厂家的情况**

致：广州市荔湾区骨伤科医院/广东远东招标代理有限公司

【备注】本次项目的行业划分为工业，根据《关于印发中小企业划型标准规定的通知》（工信部联企业〔2011〕300号）的规定：工业。从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 设备的制造商全称 | 制造商从业人员数量 | 制造商2023年度的营业收入 | 制造商的资产总额 | 企业属性（大型、中型、小型或微型） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表7 产品相关情况（技术参数、性能、工艺说明）**

致：广州市荔湾区骨伤科医院/广东远东招标代理有限公司

**表7-1 （适用沙滩椅（手术床配件）【备注】尽可能提供宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料。**

设备名称：沙滩椅（手术床配件）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 供应商所提供的产品技术参数情况 | **备注/说明** |
| 1 | 本次拟采购的沙滩椅（手术床配件）是否可以在手术协助手术医生摆出各种最优手术姿势？是否具有良好的便捷性、稳定性和多功能性，适用于以沙滩椅体位进行的关节镜手术和开放式肩部手术。能帮助外科医生？是否可实现麻醉师和OR人员使患者位于最佳手术位置，把更多复杂的肩关节镜及其他体位相关手术开展起来？ |  |  |
| 2 | 肩关节背板可拆卸的肩部模块是否能够很好地接近肩部区域，方便临床做手术？ |  |  |
| 3 | 肩关节固定头拖是否可以旋转和倾斜，方便临床做手术？ |  |  |
| 4 | 肩关节背板是否具备带记忆功能的且采用良好透气性和吸湿性材料的防褥疮手术垫？是否能保持手术垫表面干爽，减少湿气积聚，防止皮肤因潮湿而受损？ |  |  |
| 5 | 肩关节背板是否具备一键沙滩椅位，方便患者体位摆放？ |  |  |
| 6 | 肩关节背板是否采用模块化设计？患侧挡板是否可快速拆装，增大手术视野？ |  |  |
| 7 | 是否具备头盔连接适配器？是否可实现上下、前后、左右、倾斜的灵活调整？ |  |  |
| 8 | 肩关节背板是否适用于关节镜手术与开放手术？ |  |  |
| 9 | 肩关节背板在术中是否可自由移动患者肩部？ |  |  |
| 10 | 肩关节背板是否接近于直立解剖位置，更方便操作？ |  |  |
| 11 | 肩关节背板是否可在局麻下开展手术？ |  |  |
| 12 | 肩关节背板是否在麻醉后易于检查？ |  |  |
| 13 | 肩关节背板宽度？ |  |  |
| 14 | 肩关节背板长度？ |  |  |
| 15 | 有效使用年限 |  |  |
| 16 | 是否可提供具备CMA标识的第三方检测报告或其他第三方检测报告 |  |  |
| 17 | 设备结构、材料、工艺说明（供应商自拟） |  |  |
| 18 | 设备的优势说明（供应商自拟） |  |  |
| 19 | 在本次项目的预算范围内的设备的标准配置清单及在超过设备预算的情形下可另行加价选则安装的配置清单 |  |  |
| 20 | 质保期期限及售后服务的时效性 |  |  |
| 21 | 其他供应商认为可以添加的内容（如功能性介绍、材质介绍、安全措施介绍等等） |  |  |
| 22 | 交货期 |  |  |

**【备注】供应商可自行增加表格行数进行完整说明。宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料附表后。**

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表7-2 （适用冷疗机）【备注】尽可能提供宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料。**

设备名称：冷疗机

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 供应商所提供的产品技术参数情况 | **备注/说明** |
| 1 | 本次拟采购的冷疗机的用途为治疗需要冷敷和加压的术后和急性损伤，帮助增强淋巴功能，激发血流量，促进组织愈合，有助于优化和促进身体自然修复机制。 |  |  |
| 2 | 是否具备主动加压和冷交换循环技术？是否可对肢体进行均匀迅速的整体降温和主动压疗？ |  |  |
| 3 | 是否具备冷交换快速循环治疗功能？是否可积极快速地驱散热量并冷却组织，减少水肿，肌肉痉挛和疼痛症状促进作用？ |  |  |
| 4 | 是否具备动态主动充气加压功能？是否可模仿自然挤压和释放的肌肉收缩，实现节律性治疗？ |  |  |
| 5 | 是否具备双腔室包裹绑带？内部腔室有多少路？是如果有多路，是否每路均为独立？其结构是否能够协调有序地提供可调节的气压和冷疗？水腔和气腔是否可实现自主工作，互不打扰？ |  |  |
| 6 | 是否具备专用环绕式肢体套筒，无需人为固定，可保障最佳治疗效果和舒适度？ |  |  |
| 7 | 是否具备间歇式处方，可保证长时间应用且不会引起冻伤？ |  |  |
| 8 | 是否具备可选配电池，便于移动中使用？是否具备便携式设计，方便临床紧急使用？ |  |  |
| 9 | 温度范围？误差范围？ |  |  |
| 10 | 压力范围（mmHg ）？分几档压力可调？分别是多少？误差不超过多少值？ |  |  |
| 11 | 机器绑带是否有冷凝水？是否可避免造成二次感染？ |  |  |
| 12 | 有几种操作模式？ |  |  |
| 13 | 连接管的设计方式？是否可实现气路跟水路互不干涉，独立循环运行？ |  |  |
| 14 | 具备多少种交替式临床处方程序？ |  |  |
| 15 | 是否具备排水模式？是否可在该模式下完全排空主机内的冰水？排水模式是否可适用紧急情况下或在外出诊时进行快速排水？ |  |  |
| 16 | 治疗的时间？ |  |  |
| 17 | 是否具备实时显示治疗时间、压力、温度、模式等功能？ |  |  |
| 18 | 是否具备可拆卸的水过滤装置？ |  |  |
| 19 | 是否具备提醒报警功能？ |  |  |
| 20 | 是否可提供具备CMA标识的第三方检测报告或其他第三方检测报告 |  |  |
| 21 | 设备结构、材料、工艺说明（供应商自拟） |  |  |
| 22 | 设备的优势说明（供应商自拟） |  |  |
| 23 | 在本次项目的预算范围内的设备的标准配置清单及在超过设备预算的情形下可另行加价选则安装的配置清单 |  |  |
| 24 | 质保期期限及售后服务的时效性 |  |  |
| 25 | 其他供应商认为可以添加的内容（如功能性介绍、材质介绍、安全措施介绍等等） |  |  |
| 26 | 交货期 |  |  |

**【备注】供应商可自行增加表格行数进行完整说明。****宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料附表后。**

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表7-3 （适用麻醉脑电意识深度监测仪）【备注】每尽可能提供****宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料。**

设备名称： 麻醉脑电意识深度监测仪

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 供应商所提供的产品技术参数情况 | **备注/说明** |
| 1 | 本次拟采购的麻醉脑电意识深度监测仪是否可全程监测全麻患者的麻醉深度，麻醉医生是否可根据麻醉脑电意识深度监测提供的数据精准调控麻醉药物和准确判断患者麻醉深度，有效避免麻醉过深或麻醉过浅？ |  |  |
| 2 | 设备是否可适于全科手术监测，包括开颅、烧伤、眼科、听力障碍等各类手术？ |  |  |
| 3 | 适用病人范围：是否可在0-150 岁之间各年龄段均适用？系统对病人年龄判断是否可精确到日？是否可适用于新生儿、婴幼儿、儿童、老年人等各年龄组？ |  |  |
| 4 | 是否具备准确的原始脑电波分析功能？是否能提供脑电功率谱分析 α、β、 θ、δ 波的活度、边缘频谱（SEF）、中间频谱（MF）等？除了可用于术中麻醉/脑 电 意识深度的监测外，是否还可用于辅助判断术后复苏过程中的脑部供氧状态、癫痫、脑复苏、脑死亡等？ |  |  |
| 5 | 是否可根据原始脑电信号对脑电意识/麻醉深度进行自动分级？指数范围 是多少？分为多少 个阶段？多少个亚级？ |  |  |
| 6 | 监护参数是否包含实时原始脑电波形，麻醉深度趋势指数，麻醉深度等级，电极抗阻，脑  电功率谱，边缘频谱，中间频谱等？是否可实现对比左右大脑的脑电监测？ |  |  |
| 7 | 是否可使用用一次性普通心电电极片？ |  |  |
| 8 | 是否可在大脑任意位置采集脑电信号，如前额、耳后、前部、顶部等？ |  |  |
| 9 | 是否可适用于高精尖手术？如深低温停循环手术、术中唤醒手术、颈动脉内膜剥脱术等 |  |  |
| 10 | 彩色触摸控制屏的尺寸是多少？ |  |  |
| 11 | 电极导联线是否为单通道无创导联？ |  |  |
| 12 | 信号输入的最大阻抗值为多少？ |  |  |
| 13 | 设备有哪些外接接口？ |  |  |
| 14 | 可储存多少小时以上病人原始脑电资料，并可导入电脑储存统计？ |  |  |
| 15 | 主机是否可直接外接普通打印机打印监测数据报告？ |  |  |
| 16 | 设备是否内置可充电电池，可以保证仪器在紧急断电情况下继续使用？ |  |  |
| 17 | 是否可达到病人漏电流<50μA，病人输入电路全悬浮和隔离，有除颤保护的安全标准？ |  |  |
| 18 | 每台主机随机附带不小于多少个专用电极片？ |  |  |
| 19 | 是否可提供具备CMA标识的第三方检测报告或其他第三方检测报告 |  |  |
| 20 | 设备结构、材料、工艺说明（供应商自拟） |  |  |
| 21 | 设备的优势说明（供应商自拟） |  |  |
| 22 | 在本次项目的预算范围内的设备的标准配置清单及在超过设备预算的情形下可另行加价选则安装的配置清单 |  |  |
| 23 | 质保期期限及售后服务的时效性 |  |  |
| 24 | 其他供应商认为可以添加的内容（如功能性介绍、材质介绍、安全措施介绍等等） |  |  |
| 25 | 交货期 |  |  |

**【备注】供应商可自行增加表格行数进行完整说明。宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料附表后。**

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表8**

**设备报价单**

致：广州市荔湾区骨伤科医院/广东远东招标代理有限公司

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 品牌型号 | 制造商名称 | 产地 | 保修年限 | 设备单价报价（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

【备注】

1.设备单价报价包含货物的设计、制造、包装、运输、装卸、安装调试、检测、培训、保险、税费、人工费、验收费、技术服务等费用（包括技术资料等的提供）、质保期保障等一切支出、所有税费和其他服务以及合同实施过程中应预见和不可预见的一切费用。

2.设备单价报价必须包含标准配置清单中的所有内容及相关功能，不含另行加价选择安装的配置清单中的所有内容。

3.在同品牌同型号的情形下，如此表价格超出表4《2022年以来所递交的产品的相同品牌型号的最低的成交价格记录（如有）》的价格达到10%或以上，请附上详细的情况说明。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日