**表1： 新郑市公立人民医院**

**医疗设备购置申请表**

申请科室：康复科 送表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟购置  设备名称 | **手功能训练仪** | 质量层次 | | 🞎国产  🞎进口品牌 🞎原装进口 | 申购  数量 | 1 | 原有  数量 | 1 |
| 是否  允许收费 | 🞎是 🞎否 | 收费  项目名称 | | 等速肌力训练 | 收费标准 | 24.42元 | | |
| 参考单价（万元） | 40000元 | | | | | | | |
| 使用范围： | 🞎全院战略设备 | | 🞎多科使用设备 | | ☑单科使用设备 | | | |
| 设备用途及功能（必填项） | 通过柔性手套，驱动手指和手腕活动，主要用于手指关节和手腕关节功能性障碍患者的康复训练，促进脑部损伤的辅助治疗。 | | | | | | | |
| 经济效益分析  （必填项） | 每日20人次，收入488.4元，每月收入14652元，每年收入175824元 | | | | | | | |
| 配套耗材  （必填项） | 🞎标内耗材 🞎标外耗材 ☑无需耗材 | | | | | | | |
| 是否存在易损配件 | 🞎存在易损配件，且需定期更换 ☑无易损配件 | | | | | | | |
| 申请科室  负责人签字  年 月 日 | | | | 存放科室  负责人签字  年 月 日 | | | | |
| 医务部意见 | | | | 主管院长意见 | | | | |
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | | |
| 医学装备部意见 | | | | 主管院长意见 | | | | |
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | | |
| 招标部门意见 | | | | 总会计师意见 | | | | |
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | | |
| 院长审批 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | |

注：1、请逐项填写，如为独家产品可注明。

**2、电子版发至医学装备部，纸质版需科室主任手签字。**

表2 技术参数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **手功能训练仪** | **数量** | **1** |
| **质量层次** | 🞎国产 🞎进口品牌 🞎原装进口 | | |
| **是否与医院现有设备配套使用（配套使用设备品牌及型号）：**  **技术参数1、操作方式:智能液晶显示，动画展示治疗状态**  **2、柔性手套:分指式设计仿生性柔性手套，穿戴舒适。**  **3、气囊腔数: 单侧8腔柔性手部气囊，双侧共16个气囊。**  **4、核心配件: 进口气泵，双泵稳压，高精度压力传感器控压、实现腔体精准稳压。5、输出通道:双通道输出，可同时进行双手治疗**  **\_6、压力范围:50mmHg~260mmHg，步进10mmHg。7、治疗时间:1min~99min可调，开机默认30min。8、治疗模式:2种，按时间或次数进行治疗:实现手指，手掌、腕部及前臂的一体化加压治疗，有效预防和治疗上肢肢体水肿、疼痛，增加上肢本体感觉，降低上肢及手部的肌张力，缓解痉挛，增加腕关节及指掌关节活动度。9、安全保护功能:配备紧急功能开关，遇到紧急情况可以进行紧急停止功能开关无需另外安装电池即可使用。10、自动泄压功能:达到闯值时、突然断电或中断治疗时，气囊可自动泄压**  **11、静音治疗:设备使用噪声不超过60dB(A)。** | | | |
| **设备配置要求及用途：** | | | |
| **具体技术参数：（通用参数，不可按照某一品牌填写）** | | | |
| 第一部分：基础功能 | | | |
| 第二部分：拓展功能 | | | |
| **1、操作方式:智能液晶显示，动画展示治疗状态** | | | |
| **2、柔性手套:分指式设计仿生性柔性手套，穿戴舒适。** | | | |
| **3、气囊腔数: 单侧8腔柔性手部气囊，双侧共16个气囊。** | | | |
| **4、核心配件: 进口气泵，双泵稳压，高精度压力传感器控压、实现腔体精准稳压。5、输出通道:双通道输出，可同时进行双手治疗** | | | |
| **\_6、压力范围:50mmHg~260mmHg，步进10mmHg。7、治疗时间:1min~99min可调，开机默认30min。8、治疗模式:2种，按时间或次数进行治疗:实现手指，手掌、腕部及前臂的一体化加压治疗，有效预防和治疗上肢肢体水肿、疼痛，增加上肢本体感觉，降低上肢及手部的肌张力，缓解痉挛，增加腕关节及指掌关节活动度。9、安全保护功能:配备紧急功能开关，遇到紧急情况可以进行紧急停止功能开关无需另外安装电池即可使用。10、自动泄压功能:达到闯值时、突然断电或中断治疗时，气囊可自动泄压** | | | |
| **11、静音治疗:设备使用噪声不超过60dB(A)。** | | | |
| 15、售后服务要求 | | | |
| 15.1维修响应速度：一小时内做出维修方案决定；如2小时内无法通过电话解决问题，维修人员必须在接到故障报告后24小时内到达医院，不管是否节假日； | | | |
| 15.2保修期内的开机率：投标方保证开机率98%（按一年365天计算）； | | | |
| 15.3备件送达期限：国内不超过7天，国外不超过14天； | | | |
| 15.4设备免费原厂保修期3年（包含所有问题）；保修期过后厂家免费维修，不换配件不收费。每半年免费保养一次。 | | | |
| 15.5提供现场技术培训，保证使用人员正常操作设备的各种功能； | | | |
| 15.6根据设备技术要求，提供使用和维修技术人员培训 | | | |
| 15.7设备送货时，生产日期必须是近一年内的产品。 | | | |

产品配置清单：

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 数量 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

表3  
 **申请科室购置医疗设备初步论证记录表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 论证科室： | | | | | 日期： |
| 设备名称： | | | | | 设备预算： |
| 拟购设备情况简介： | | | | | |
| 论证情况： | | | | | |
| 参加人员及意见：（1万元以下设备由科室负责人及护士长、科室业务骨干等三人以上参与；1万元及以上设备由本科室负责人及同专业两名中级职称以上人员及护士长参与。并填写填写同意、暂缓、不同意等意见） | | | | | |
| 姓名 |  | 工号 |  | 论证意见： | |
| 姓名 |  | 工号 |  | 论证意见： | |
| 姓名 |  | 工号 |  | 论证意见： | |
| 姓名 |  | 工号 |  | 论证意见： | |
| 论证结果：  科主任意见： | | | | | |

表4 **医疗设备申请购置可行性论证报告**

（单价5万元及以上设备填写此表） 年 月 日

|  |
| --- |
| 一、购置医疗设备的必要性（含新技术新业务）  二、购置医疗设备的主要用途  三、购置进口设备的理由（若为进口设备须填写）  四、购置医疗设备的社会效益、经济效益、成本周期 |