**政府采购项目**

**采购需求调查文件**

**项目名称：中山大学中山眼科中心飞秒激光角膜屈光治疗机采购项目**

**公司名称（盖章）：**

**联系人:**

**联系方式:**

 **年 月 日**

1. **供应商基本信息**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **供应商情况** |
| **1** | 供应商名称： |  |
| **2** | 供应商注册地址： |  |
| **3** | 单位主体类型： | □制造商 □外资企业在中国境内的子公司 □代理商（一级） □其他（请在对应框内打☑） |
| **4** | 产品制造商是否属于中小微企业（对应的中小企业划分标准所属行业：工业）： | □大型企业 □中型企业 □小型企业 □小型企业 □微型企业 □其他 （请在对应框内打☑） |

 **注:上表需提供供应商的营业执照/法人证明/自然人身份证等证明材料**。

**二、拟参与调研的产品信息**

**（一）调研设备信息表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 是否具有产品医疗器械注册证 | 医疗器械注册证号 | 使用年限 | 是否属于进口产品 |
| 飞秒激光角膜屈光治疗机 |  |  |  |  |

**注:需提供相关证明文件**

**（二）设备报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 品牌 | 产地 | 规格型号 | 数量 | 单位 | 报价（元） |
| 飞秒激光角膜屈光治疗机 |  |  |  | 1 | 套 |  |
| 合计 |

 **（三）设备技术参数**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **技术参数** | **供应商响应情况（满足/不满足）** | **产品技术参数情况** | **能满足该技术参数的品牌** |
| 1 | 临床应用功能：飞秒制瓣 |  |  |  |
| 2 | 技术特点：微小切口飞秒透镜取出术； |  |  |  |
| 3 | 最大激光频率：2000KHz |  |  |  |
| 4 | 激光最大输出平均功率：760mW |  |  |  |
| 5 | 激光波长：≥1043nm |  |  |  |
| 6 | 脉冲时间：220-580fs |  |  |  |
| 7 | 透镜激光时间：≤10s |  |  |  |
| 8 | 制瓣激光时间：6s |  |  |  |
| 9 | 激光发射频率： ≥500KHz，脉冲能量≥200nj |  |  |  |
| 10 | 扫描中心定位：患者固视下角膜顶点 |  |  |  |
| 11 | 角膜瓣厚度：80~220μm |  |  |  |
| 12 | 角膜瓣侧切角可调范围：45°~ 135° |  |  |  |
| 13 | 角膜瓣蒂的位置：360°任意可调 |  |  |  |
| 14 | 制作角膜瓣蒂均一性恒定 |  |  |  |
| 15 | 负压吸引系统：低负压角膜吸引，负压吸引环只需装载一次，计算机控制自动一次性负压吸引，患者舒适性好；手术床具有自动负压反馈系统 |  |  |  |
| 16 | 弧形负压吸引环：弧形曲面设计，符合人体角膜生理形状，可行三维立体切割 |  |  |  |
| 17 | 人体角膜设计的接触镜，术中眼内压变化小 |  |  |  |
| 18 | 手术过程检测器下均同步可见，手术全程在全视野显微镜下观察操作 |  |  |  |
| 19 | 手术显微镜:5档变倍;滤光片（蓝光、黄光）;裂隙照明：裂隙宽≤ 0.3 mm / 0.7 mm；裂隙长：11.0 mm |  |  |  |
| 20 | 智能辅助功能：具有中心定位功能、旋转补偿功能等功能，以帮助消除术中眼位旋转可能带来的治疗误差 |  |  |  |
| 21 | .....（如有其他参数，请补充） |  |  |  |
| **序号** | **配置清单** | **供应商响应情况（满足/不满足）** | **配置清单情况** |
| 1 | 平台基本构件 1套 |  |  |
| 2 | 旋转床 1张 |  |  |
| 3 | 旋转平台 1个 |  |  |
| 4 | 手术椅 2张 |  |  |
| 5 | 电源线 1根 |  |  |
| 6 | 全飞秒模块 1套 |  |  |
| 7 | 飞秒手术器械包 1包 |  |  |
| 8 | 键盘 1个 |  |  |
| 9 | 显示器 1台 |  |  |
| 10 | 一次性使用负压吸引透镜（适用于全飞秒） 330套 |  |  |
| 11 | .....（如有其他配置，请补充） |  |  |
| **序号** | **商务条款** | **供应商响应情况（满足/不满足）** | **商务条款情况** |
| 1 | 维保期≥10年 |  |  |

**注:上述技术参数需提供相关技术证明文件**

**三、需求调查**

**（一）相关产业发展***（调查应当选择真实、有效的信息，信息来源应当有依据且符合当前市场实际情况，不得随意编造。）*

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、产品资质、人员资质：

3.涉及的相关标准和规范：

**（二）市场供给***（调查应当选择真实、有效的信息，信息来源应当有依据且符合当前市场实际情况，不得随意编造。）*

1.市场竞争程度：

2.价格水平或价格构成：

3.潜在供应商的数量、履约能力、售后服务能力：

**（三）同类采购项目历史成交信息***（调查应当选择真实、有效的信息，信息来源应当有依据且符合当前市场实际情况，不得随意编造。）*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年度** | **采购人** | **项目名称** | **项目预算** | **中标人** | **中标价** | **中标品牌** | **中标型号** | **相关结果公告网址链接或采购合同** |
| 2025 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2024 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2023 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**（四）后续采购情况***（调查应当选择真实、有效的信息，信息来源应当有依据且符合当前市场实际情况，不得随意编造。）*

1.可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件等情况：

2.医用耗材使用情况

如有配套使用的医用耗材，请说明更换期限及数量，并附报价单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材****名称** | **耗材****品牌** | **规格型号** | **注册证号** | **生产厂家** | **包装规格** | **是否专机专用** | **耗材报价** | **供应商** | **报价** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**（五）其他情况***（调查应当选择真实、有效的信息，信息来源应当有依据且符合当前市场实际情况，不得随意编造。）*

1.如适用于本单位实际情况的技术要求、商务要求等情况:

**四、用户需求优化意见及建议**

 **公司名称（盖章）：**

**年 月 日**