|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **微波刀** |
| **使用科室** | **手术室** |
| **一** | **基本要求** |
| 1.1 | 用途：在医疗机构中使用，用于外科手术3mm以下血管组织凝固、止血及多血实质性脏器切除。 |
| 1.2 | 数量：1台。 |
| **二** | **主要功能及参数** |
| 2.1 | 产品适用于儿童、婴儿。 |
| 2.2 | 满足手术中对直径3mm以下血管组织的凝固、止血以及多血实质性脏器切除的需求。 |
| 2.3 | 具备手术切割和手术止血两种工作模式，以适应不同的手术需求。 |
| 2.4 | 主机应具备指示灯和蜂鸣两种输出提示方式，以便在手术过程中及时反馈设备状态。 |
| 2.5 | 主机应支持手动控制和脚踏控制两种操作模式，以提供灵活的操作选择。 |
| 2.6 | 主机的功率发生模式应为固态源，以确保设备的高效能和可靠性。 |
| 2.7 | 微波手术刀应至少包含开放手术和腔镜手术使用的两种类型 |
| 2.8 | 微波手术刀应设计为可重复使用，且使用次数应≥10次 |
| 2.9 | 微波手术刀应具有双面U型刀头 |
| 2.10 | 微波手术刀应设有钝性分离头，以便于在手术中进行钝性分离操作。 |
| 2.11 | 传输导线可消毒 |
| 2.12 | 具有脚踏开关 |
| 2.13 | 预算充足的情况下，考虑额外配置1套设备。 |
| **三** |  **主要配置及附件** |
| 3.1 | 微波治疗仪主机1台 |
| 3.2 | 微波手术刀 1把 |
| 3.3 | 传输导线 1根 |
| 3.4 | 脚踏开关 1 个 |
| 3.5 | （增配）微波治疗仪1套 |
| 四 | **售后服务要求** |
| 4.1 | 原厂质保期不少于（ 3 ）年  |
| 4.2 | 如属医院强检、非强检目录内的设备，中标方需提供经医院认可的具有资质的检测机构出具的检测合格报告，检测费用包含在合同总价中 |
| 4.3 | 中标方提供设备联网数据接口类型及协议，并负责完成设备与医院网络的互联互通（如需） |
| 4.4 | 其他： |