**关于医用耗材市场调研公告**

我院拟对一批医用耗材进行市场调研，详见附表一，请有意向供应商提供以下资料：

一、文件封皮请按附件二准备，资料请按附件三准备，附件四留存备用，附件五发至邮箱。

二、注意事项

1、产品授权：需为制造商对产品代理或经销资格的授权书

2、提供国家医保编码、类别、收费编码。

3、现行价格证明：提供河北省医用耗材招采管理系统；提供石家庄市内三甲医院购买该耗材的随货同行及发票（至少三家）。

4、所有复印件原版尺寸，字迹清晰。

5、如有配套耗材或软件，请提供相应资质。

6、非医疗器械请提供相应依据。

以上资料，扫描电子版请在规定时间内发至邮箱srmyyhczj1@126.com，邮件名称：项目编码+项目名称+供应商名称，不需要再交纸质版资料。

截止时间：2025年3月4日

地址：石家庄建华南大街365号石家庄市人民医院

 医疗设备科

 2025年2月25日

附表一：医用耗材明细

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| XG0225-01 | 大动脉覆膜支架系统 | 1. 用于胸主动脉B型夹层；
2. 适配鞘管≤18Fr；
3. 带有锥度，预弯型输送系统；
4. ePTFE材质。
 |
| YK0225-01 | 生物羊膜 | 1. 用于眼表化学性烧伤、热烧伤；眼表创伤及眼表损害创面的修复等；
2. 尺寸：10mm×10mm、10mm×15mm、20mm×30mm；
3. 材质：干燥型；
4. 无滤纸型。
 |
| GC0225-01 | 特定电磁波治疗器 | 1. 用于消炎镇痛、促进伤口愈合、改善血液循环等；
2. 要求材质耐用
 |
| JY0225-01 | 白血病免疫分型相关抗体（包括白血病、淋巴瘤等） | 1、血液病检测流式单克隆抗体，用于更准确地诊断血液系统疾病(白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、MDS等)，特别是对分型疑难的血液病进一步明确分型；2、需适配以下机器使用，适配机型：设备名称：流式细胞仪生产厂家：BD、Beckman型号：BD FACSlyric、BC NAVIOS、BC DxFLEX3、急性白血病免疫分型相关抗体；4、T、B、NK细胞淋巴瘤免疫分型相关抗体；5、MDS免疫分型相关抗体。 |
| JY0225-02 | APOE基因检测试剂 | 1、用于精确辨别个体APOE基因型，从而评估他汀类药物的降脂疗效、不饱和脂肪酸的临床价值，帮助制定个体化的降脂方案；还可用于评估老年痴呆症、心脑血管疾病的发生风险，指导高危人群尽早进行预防治疗；2、需适配以下机器使用，适配机型：设备名称：实时荧光PCR检测仪生产厂家：ABI型号：75003、可检测SNP位点rs7412和rs429358；4、内标监控。 |
| JY0225-03 | CYP2C19基因多态性检测试剂盒 | 1、用于指导氯吡格雷、奥美拉唑、西酞普兰、伏立康唑等药物的个体化使用，根据检测结果合理调整药物的剂量，以提高临床疗效，减少不良反应；2、需适配以下机器使用，适配机型：设备名称：实时荧光PCR检测仪生产厂家：ABI型号：75003、PCR-荧光探针法，一个位点只需占用一个反应空位；4、可检测CYP2C19\*2、CYP2C19\*3、CYP2C19\*17。 |
| JY0225-04 | 低吸附吸头 | 1、用于乙肝五项定性检测的全自动酶免疫分析仪试剂与样本的加样过程；用于普通移液器分装质控品校准品；2、需适配以下机器使用，适配机型：设备名称：全自动酶联免疫分析仪生产厂家：科瑞迪型号：HB-900E3、最大量程1000uL，CV要求≤3%；4、无静电吸附，气密性良好。 |

附件二：封皮

 项目编码

 项目名称

 公司名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 业务员姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附件三：供应商报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耗材名称****（注册证名称）** |  | **品牌** |  | **制造商** |  |
| **内容** | **标准** | **页码** | **审核结果** |
| 公章 | 复印件均加盖公章 | （此**列**标注) | ） （此**列**空白） |
| 报名信息 | 耗材名称**（注册证名称）** |  |  |
| 规格型号列表 |
| 注册证号 |
| 全国医保码、类别、收费编码 |
| 制造商 |
| 供应商 |
| 授权代表人 |
| 联系电话 |
| 医疗器械注册证 | 注册证 |  |  |
| 注册证附表 |  |  |
| 非医疗器械依据 |  |  |
| 制造商资质 | 营业执照 |  |  |
| 医疗器械生产许可证 |  |  |
| 医疗器械生产产品登记表（国产） |  |  |
| 供应商资质 | 营业执照 |  |  |
| 医疗器械经营许可证/备案凭证 |  |  |
| 产品授权 | 制造商授权书（两票） |  |  |
| 业务员授权 | 业务员法人授权书 |  |  |
| 法定代表人居民身份证复印件 |  |  |
| 被授权人居民身份证复印件 |  |  |
| 耗材信息 | 规格型号 |  |  |
| 技术参数 |  |  |
| 配置清单 |  |  |
| 产品说明书 |  |  |
| 现行价格证明(如没有，报名无效） | 河北省医用耗材招采管理系统(必须提供，如未挂网提供申请文件) |  |  |
| 市内三甲医院合同/随货同行/发票(每个型号必须提供三家近半年内） |  |  |
| 产品市场信息 | 三级甲等医院用户名单 |  |  |
| 彩页 |  |  |

|  |
| --- |
| 附件四：耗材报价表耗材报价表（此表供应商留存备用） |
| 项目编码 | 项目名称 | 产品名称（注册证名称） | 品牌 | 规格型号 | 注册证号 | 制造商 | 供应商 | 报价（元） | 计价单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 签字： |  | 日期： |  |

附件五：耗材信息表

|  |
| --- |
| 耗材信息表（EXCL版，与报名资料一起发邮箱） |
| 项目编码 | 项目名称 | 产品名称 | 品牌 | 规格型号 | 注册证号 | 全国医保编码 | 医保类别 | 收费编码 | 河北省挂网价(元） | 提供价格证明（市内三甲医院合同/随货同行/发票三家）（元） | 提供价格证明用户名称 | 制造商 | 供应商 | 业务员 | 电话 |
| （注册证名称） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：不得空项。