**附件：**

**病案缩微数字化翻拍系统参数等要求**

★**一、自动扫描仪及手动扫描仪技术参数要求**

1、设备配置一体化病案数字化处理系统。该系统应包含病案数字化主机、显示器、图像处理系统，图像处理设备位于显示器上方，操作人员不需侧身就可正面长时间操作。

2、图像采集部件不能接触病案，以免对病案损坏；采集部件可以进行水平方向和垂直方向适当调整，以能适应不同纸张大小的要求。

4、光源能进行水平方向180度调整和垂直方向90度折叠调整，能够满足不同环境光的要求。

5、设备处理速度在2秒内就可处理一页，可适应病案档案资料快速数字化处理。

6、病案数字化翻拍系统需设置专门的定位板，能保证准确定位，避免歪斜。定位板位于图像处理设备正下方。

7、能专门的针对不同类型的病案纸张预先设置相关参数，能保证不同类型病案纸张更好的影像效果。

8、个性化的快捷键。能根据医院病案粘贴单情况不同，粘贴单位置情况，设置了多个快捷键，操作人员可根据病案粘贴具体情况个性化选择按键，方便操作。

9、同步预览。采用同步预览，能实时发现加工有质量问题的页面，避免在以后发现再来处理时的繁杂工作量。

10、能同医院现已处理的病案数字化数据进行整合，实现数据、标签的一致性，实现统一管理和应用，减少管理复杂度；能在成交之日起5个工作日内完成整合工作;如不能按期完成整合工作，视为验收不合格。

★**二、病案缩微数字化管理系统技术参数要求**

1. 能按住院号、病案号、姓名、ICD-10编码、时间段等关键字进行信息检索或综合查询。
2. 能按A4纸张要求进行打印，同时可按页码或内容进行选择性打印。
3. 能通过局域网实现病案的使用申请、批复、查阅等功能，并能实现病案管理员的全程监控。
4. 能采用Microsoft SQL server、oracle、等数据库进行数据存储。
5. 电子病案图像信息采用分布式动态扩展逻辑服务器进行管理，不依耐某一具体设备；并能在windows、unix等不同操作系统上运行。
6. 能通过权限设定，实现分级管理。
7. 日志管理功能，实现对所有用户的全程跟踪管理，包括对系统功能的使用和对每页病案的浏览。

8、系统能将扫描的病案自动上传到HQMS平台。能在成交之日起5个工作日内完成此项功能;如不能按期完成此项功能，视为验收不合格。

**★三、商务要求**

1、交货期及地点

1.1 交货日期：合同签订后，产品须在3日内交货并调试交付采购人使用。

1.2 交货地点：内江市第二人民医院指定地点。

2、付款方式：设备及软件验收后15个工作日内支付。

3、安装调试及验收

3.1 供应商负责产品安装、调试，直至采购人能正常使用，所需的一切材料、备件、专业工具均由供应商负责提供。供应商应向采购人提供产品安装、维修所需的专用工具、仪器及耗材，所涉及的价格包括在报价总价格中。

3.2 货物到交货地点现场后，供应商达交货地点现场组织安装、调试，达到正常运行要求，保证采购人正常使用。所需的费用包括在报价总价格中。

3.3 供应商需对采购人方相关工作人员完成前期操作培训。

3.4 供应商需对设备进行定期维护，并对采购人方提出的维修要求在24小时内进行响应。

3.5必须保证提供的货物(包括零部件)具有稳定性、可靠性、安全性，并完全符合国家、行业规定的质量、规格和性能要求等技术标准。

4、质保期：设备及软件质保期均不少于1年。

**★四、其他要求**：

1、报价要求

此次报价包含系统整合涉及的所有费用，包含设备租赁费用、购买软件费用、运行维护费用及使用期间更换耗材的费用等。

2.知识产权要求

本次租赁在使用中扫描的所有资料的知识产权均归属于内江市第二人民医院。

**注：带★的要求为实质性条款，不满足作无效响应处理。**

**五、评审**

**1.本项目评审方法为最低评标价法。**响应文件满足招标文件全部实质性要求，且报价最低的供应商为中标候选人。

2.内江市第二人民医院对未中选原因不作任何解释，且提交的所有响应文件均不退回。

**响应文件封面格式：**

**XXXX采购项目**

**响**

**应**

**文**

**件**

**供应商（加盖公章）：**XXXX

**法定代表人或其委托代理人签字：**XXXX

**联系人及联系方式：**XXXX

***\_\_\_\_\_*年 月 日**

**响应文件内容格式：**

**一、报价表**

我单位作为供应商,对此次评审活动中我方所承诺的条款已经完全明确,也深知所承诺的事项和作出的报价可能给我方带来的风险和后果。如果我方在评审活动中有弄虚作假等违法违规行为，以及中选后因报价低或不执行承诺条款而不履约,本单位愿承担一切责任（包括赔偿损失、取消评审及中选资格等）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（服务内容） | 单 位 | 数 量 | 单 价（元） | 金 额（元） | 备 注（若为货物采购项目，须备注品牌及型号） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 分项报价合计： （元）， 大写：  |

注：报价包含运输、安装、调试、检验、培训、调换、税金和保险等费用以及采购文件规定的其他费用均应包含在报价中。

供应商名称 （盖章）：

法定代表人或授权代表（签字）：

日期： 年 月 日

**二、法定代表人授权委托书**

内江市第二人民医院：

本授权声明： （供应商名称） （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ （项目名称）” 的询价活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关响应、签订合同以及执行合同等一切事宜。

代理人无转委托权，本授权书自 年 月 日签字生效。

法定代表人签字或者加盖个人名章： 。

授权代表签字或者加盖个人名章： 。

供应商名称： （加盖单位公章）

**三、承诺函**

内江市第二人民医院：

我单位作为本次采购项目的供应商，根据采购文件要求，现郑重承诺如下：

1. 具备参加本项目规定的以下条件：

（一）在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具备履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（五）本项目规定的其他要求。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取中选追究法律责任。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**四、供应商应当提供的资格、资质性及其他**

**相关材料**

（供应商提供加盖公司鲜章的书面证明材料）

**五、技术参数应答表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **招标文件****参数序号** | **招标文件技术参数要求** | **供应商响应** | **偏离情况** |
|  | XX |  |  |
|  |  |  |  |
|  | … | … |  |

**注：供应商必须根据招标文件要求据实逐条填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。**需提供响应产品技术参数佐证材料，包括但不仅限于：**产品合格证（或经验报告单）、技术白皮书，有厂家盖章的产品说明书、彩页资料或国家检测机构出具的检测报告，医疗器械注册证等**。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**六、商务（其他）要求应答表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **文件要求** | **供应商响应** | **偏离情况****（正/负/无）** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| ... |  |  |  |

**注：供应商必须根据招标文件要求据实逐条填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。**

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**七、实施及服务方案**

（详细阐述，包含但不限于计划、方案、服务承诺等）