绵阳市游仙区妇幼保健院

早期发展综合示范基地项目调研公告

一、项目名称: 早期发展综合示范基地项目调研

二、本市场调研项目在绵阳市游仙区妇幼保健院官网http://www.yxfybj.com/公开发布，供符合条件的潜在供应商前来参加市场调研。

三、市场调研期限: 2021年11月30日-2021年12月3日。

市场调研期间，请各潜在供应商到我院总务科提交资料。

四、早期发展综合示范基地项目采购需求(见附件1)。

五、提供真实齐全的资质证明文件一份( 保证所提供的各种商品和证明材料的真实性，承担相应的法律责任，并请按照下面的顺序装订) :

1.封面(注明项目名称、公司名称、联系人、联系电话、加盖公司印章)

2.具备《政府采购法》第二十二条规定的条件证明文件:按照招标文件格式提供投标人符合《政府采购法》第二十二条规定条件的承诺函原件。

3.有效的营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一营业执照 (副本)复印件。

4.经办人授权委托书(原件，见附件2) ,法人、经办人身份证复印件。

5.报价一览表(见附件3)

6.业绩证明文件(提供近三年内，在国内、川内同类项目业绩不少于三家)(见附件4)

7.售后服务承诺书(含技术实力证明、质量保证，产品验收标准、质保期、售后服务响应等)

8.封底(封条封口，并在封口处盖公章)

六、报价要求

1.以人民币报价(见附件3)。

2.报价表中的价格应包括货物、培训、售后服务、运输、安装、税金等各种费用。

七、其他说明

1.根据要求及自身实际用A4纸编制市场调研书，严格按上述第五条的装订顺序编制市场调研书。

2.提供的所有资料须加盖鲜章。

3.特别申明:现公示的功能需求、配置及技术性能因市场了解的局限性，仅作为医院市场调研参考使用，无任何针对性，如有不全之处，敬请理解，并请参与单位详实介绍推荐产品，最终采购需求以购买时为准。对未公示配置及技术性能的，请各供应商自行提供。

八、市场调研书的递交:于2021年12月3日上午12: 00时之前一式一份送交绵阳市游仙区妇幼保健院总务科(医技楼4楼)。

地址:绵阳市游仙区驿亭路4号

联系人:刘星辰

电话: 0816-8702373

**附件1:**

早期发展综合示范基地项目功能描述

1. **构音语音测量与训练仪**

用于构音障碍的诊断评估和康复训练及指导。具有构音信号实时测量、康复训练功能。通过对构音信号进行基频、谐波、FFT、LPC、语谱图的实时检测、处理，为构音障碍的诊断和康复、疗效监控提供相关信息。采用塞音测量和音位对比反馈技术，以游戏化的形式展开治疗，关注儿童情绪情感动机状态。适用于ICD-11：6A01.0发育性语音障碍、6A01.2发育性语言障碍、6A02孤独症谱系障碍、6A00智力发育障碍。

1. 可开展：口部运动功能评估、构音语音能力评估、构音语音功能测量等构音功能的评估；
2. 可开展：口部运动治疗（不少于40种）；结合声母、韵母和声调进行下颌、唇、舌构音运动的康复训练；音位感知（诱导）康复训练，发音教育评判；音位习得训练；音位对比训练
3. 支持儿童构音PCT疗法：ICF评估、ICF治疗计划、ICF质控、作业支持（通过模块作业发送进行个别化集体康复训练；支持动态查看作业情况，实时监控作业效果；可用于小组训练、家庭康复、床边康复、社区学校教育康复等）

**二、IVA-CPT视听整合连续执行测试系统**

用于多动症 、注意力缺陷的辅助诊断及疗效评价的评估系统。提供6种诊断尺度及28种商数。提供的反应控制商数，可以衡量受测者肌体整体协调能力和意志控制能力，注意力商数可以反映注意力缺陷、对反应变化的敏感程度及反应速度。

**三、营养管理系统**

用于儿童营养评估，包含：营养素设置；膳食调查；食谱制定；营养建议等模块

**四、心理沙盘**

心理门诊的基础设备，把沙具分成了人物、动物、植物、交通工具、建筑、物品、宇宙神灵与自然景观、事件八个大类，每一个小类都有一个对应的象征意义，为心理咨询师对沙盘治疗的结果解释提供参考。

基本配置包含：沙具、沙箱、沙盘收缩支架、实木陈列架、天然海沙等

构音语音测量与训练仪需求

**一、主要功能：**

1、构音功能测量评估，可开展：

2、构音功能康复训练，可开展：

3、综合康复支持，支持儿童构音PCT疗法：

4、主要技术指标：

4.1、实时言语信号：

4.1.1、谐波频率误差：

4.1.2、基频实时响应速率：

4.1.3、FFT实时响应速率：

4.1.4、LPC实时响应速率：

4.1.5、语谱图实时分辨率：

4.2、单通道低通滤波：

4.2.1、增益：

4.2.2、频响：

4.2.3、静止噪声

4.2.4、低通滤波：

4.3、口部构音运动训练器：

4.4、康复学习机：

4.5、电声门图信号支持：

5、其他配置：

IVA-CPT视听整合连续执行测试系统需求

**一、主要参数**

1、测试阶段：

 2、测试参数：

3、测试商数：

4、测试系统及内容：

营养管理系统需求

1、档案管理：

2、体格检查管理：

3、营养素设置：

4、生化评估：

5、膳食调查：

6、食谱制定：

7、营养建议：

8、其他功能：

**附件2：**

**法定代表人身份授权书**

 （采购单位名称）：

本授权声明： （参与调研人名称） （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我 调研活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关事宜。

 特些声明。

法定代表人签字：

授权代表签字：

参与调研人名称（加盖公章）：

日期：

说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。

**附件3：**

游仙区妇幼保健院早期发展综合示范基地项目报价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌规格型号 | 数量 | 单价（元） | 小计（元） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |
|  | 报价（大写）：　　　　　　　　　　　 |

1.报价应是项目最终价，包括货物、售后服务、运输、安装、税金等各种费用。

2.“报价一览表”为多页的，每页均需由法定代表人或授权代表签字并盖公司印章。

公司名称：

代表签字： 联系方式： 日期：

**附件4：**

业绩证明材料

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **客户名称** | **项目名称** | **提供服务内容** | **合同金额** | **联系人及联系方式**  | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：本表后应附合同协议或者用户证明文件的复印件，我方保证上述信息的真实和准确，并愿意承担因我方弄虚作假所引真怕 一切法律后果。

供应商： （盖单位公章）法定代表人或授权代表： （签字或盖章）

日期: