赤峰市医院医学装备购置可行性论证报告

（此表用于申请采购50万元及以上医疗设备）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | （必填） | 推荐品牌型号 | 1:（必填） |
| 数 量 | （必填） | 2:（必填） |
| 预估价格 | （必填） | 3:（必填） |
| 设备购置目的 | 业务拓展需要 □ 新技术开展需要 □技术更新需要 □基础医疗安全需要□ 经济效益需要 □学科建设需要 □ 科研教学需要 □ 政策性项目 □其它 □（必填） |
| 立项理由和依据重要性 | 申购理由 |  |
| 适应症 |  |
| 拟开展诊查项目 |  |
| 目前国内外使用情况 |  |
| 现有同类设备情况 | 使用科室及数量 |  |  |
| 购置年份及数量 |  |  |
| 年均工作量（人次/年/台） |  | 年均检查阳性率（除体检） |  |
| 经济效益 | 收费项目名称 | （必填） | 月折旧 | （按60个月或72个月折旧） |
| 正常使用年限（年） | （必填） | 预计年工作量（人次） | （必填） |
| 年均卫生材料支出（万元） | （必填） | 年均维保支出（万元） | （必填） |
| 预计年收入（万元） | （必填） | 投资回收期（年） | （必填） |
| 备注 | $$投资回收期=\frac{申请单价}{预期年收入−年均维保支出−年均卫生材料支出}$$ |
| 效益分析 | 可开展的教学、科研项目 |  |
| 社会效益分析 |  |
| 人员配备情况 | 对使用人员是否有特殊要求 |  | 相关人员配备数量 |  |
| 对使用人员是否完成相应培训 |  |
| 耗材使用情况说明 | （如是否只能使用原厂耗材、耗材价格等）（必填） |
| 配套条件 | 是否需要相应场地改造/修缮 |  | 安装场地 | 满足/不满足 | 光照亮度 | 满足/不满足 |
| 电源 | 满足/不满足 | 水源 | 满足/不满足 |
| 磁场屏蔽 | 满足/不满足 | 辐射防护 | 满足/不满足 |
| 是否有排污放射等问题 |  | 解决措施 |  |
| 特殊要求 |  |
| 技术先进性 | 近年来是否有重大改进 |  | 是否为创新医用设备 |  |
| 主流机型情况 | 序号 | 产地 | 品牌 | 主流型号 |
| 1 | 进口 |  |  |
| 2 | 国产 |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 需说明的事项 | 例：经调研 ，确认为单一来源/无国产此类设备等 |
| 备注 | 需调研进口和国产至少三家主流品牌的设备情况 |
| 技术参数 |  |
| 承诺：所提交的文件材料真实、可靠，对交虚假材料所引起 一切后果承担责任 |
| 科室小组意见 | 小组人员签字：（五人以上单数手签） |
| 填表人 |  | 填表人电话 |  |