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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | |