**重庆市东南医院医学检验项目**

**外送检验服务市场需求调查邀请书**

我院拟对医学检验项目外送检验服务三方公司招标前进行市场需求调查，欢迎具有资质和意向的供应商前来参与。

**一、供应商的资格条件**

(一)基本资格条件

必须符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件：

1.具有独立承担民事责任的能力。

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

3.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力。

4.具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

5.参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录及安全事故。

6.法律、行政法规规定的其他条件。

(二)特定资格条件

1.具有医疗机构执业许可证，有独立医学实验室和检测资质。

2.重庆市二级病原微生物实验室备案证书（二级）。

3.供应商具有中国合格评定国家认可委员会(CNAS)IS015189实验室认证.

4.连续三年参加重庆市临检中心及国家临检中心室间质评合格证书。  
注：以上资料提供复印件并加盖供应商公章。

**二、委托检验项目清单**

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | **项目名称** |
| 1 | 真菌D-葡聚糖检测 |
| 2 | 人乳头瘤病毒(HPV)核酸检测(低危型) |
| 3 | 人乳头瘤病毒(HPV)核酸检测(高危型) |
| 4 | 抗双链DNA测定(抗dsDNA) |
| 5 | 抗中性粒细胞胞浆抗体测定(cANCA) |
| 6 | 抗中性粒细胞胞浆抗体测定(pANCA) |
| 7 | 细菌抗体测定(幽门螺杆菌) |
| 8 | 直接抗人球蛋白试验(Coombs') |
| 9 | 血型抗体特异性鉴定(放散试验) |
| 10 | 血细胞簇分化抗原(CD)系列检测 |
| 11 | EB病毒抗体测定(IgM) |
| 12 | EB病毒抗体测定(IgA) |
| 13 | EB病毒抗体测定(EBV-EAIgG) |
| 14 | EB病毒抗体测定(EBV-CA) |
| 15 | EB病毒抗体测定(EBNA-G) |
| 16 | 红细胞孵育渗透脆性试验 |
| 17 | 血红蛋白电泳 |
| 18 | 血红蛋白H包涵体检测 |
| 19 | 丙型肝炎病毒(HCV)基因分型 |
| 20 | 人类白细胞抗原B27测定(HLA-B27) |
| 21 | 血型抗体效价测定 |
| 22 | 曲霉菌血清学试验 |
| 23 | 血清胃泌素释放肽前体(ProGRP)测定 |
| 24 | 戊型肝炎抗体(Anti-HEV)测定(IgG) |
| 25 | 戊型肝炎抗体(Anti-HEV)测定(IgM) |
| 26 | 血清总铁结合力测定 |
| 27 | 恶性肿瘤特异生长因子(TSGF)测定 |
| 28 | 血细胞簇分化抗原(CD)系列检测 |
| 29 | β地中海贫血基因诊断 |
| 30 | α地中海贫血基因诊断 |
| 31 | 血清α羟基丁酸脱氢酶测定 |
| 32 | 丙型肝炎RNA测定 |
| 33 | 单项补体测定(C2－C9) |
| 34 | 血同型半胱氨酸测定 |
| 35 | 血清透明质酸酶测定 |
| 36 | 血清层粘连蛋白测定 |
| 37 | 血清Ⅳ型胶原测定 |
| 38 | 血清Ⅲ型胶原测定 |
| 39 | 甘胆酸(CG)检测 |
| 40 | 骨髓涂片细胞学检验 |
| 41 | 吸入物变应原筛查 |
| 42 | 食入物变应原筛查 |
| 43 | 间接抗人球蛋白试验 |
| 44 | 结核感染T细胞检测 |
| 45 | 抗β2-糖蛋白1抗体测定 |
| 46 | 抗核抗体测定(ANA) |
| 47 | 抗核提取物抗体测定(抗SSA) |
| 48 | 抗核提取物抗体测定(抗SSB) |
| 49 | 抗核提取物抗体测定(抗JO－1) |
| 50 | 抗核提取物抗体测定(抗Sm) |
| 51 | 抗核提取物抗体测定(抗nRNP) |
| 52 | 抗核提取物抗体测定(抗ScL-70) |
| 53 | 抗核提取物抗体测定(抗着丝点) |
| 54 | 抗增殖细胞核抗原抗体(抗PCNA)测定 |
| 55 | 抗核小体抗体(AnuA)测定 |
| 56 | 抗组蛋白抗体(AHA)测定 |
| 57 | 抗核糖核蛋白抗体测定 |
| 58 | 抗线粒体抗体测定(AMA) |
| 59 | 抗线粒体抗体(AMA)测定(抗线粒体抗体-M2测定加收) |
| 60 | 抗核抗体测定(ANA) |
| 61 | 抗环瓜氨酸肽抗体(抗CCP抗体)测定 |
| 62 | 抗甲状腺微粒体抗体测定(TMAb) |
| 63 | 抗角蛋白抗体(AKA)测定 |
| 64 | 抗缪勒氏管激素检测（AMH） |
| 65 | 抗肾小球基底膜抗体测定 |
| 66 | 血细胞簇分化抗原(CD)系列检测 |
| 67 | 免疫球蛋白定量测定(IgA) |
| 68 | 免疫球蛋白定量测定(IgG) |
| 69 | 免疫球蛋白定量测定(IgM) |
| 70 | 免疫球蛋白亚类定量测定 |
| 71 | 单项补体测定(C2－C9) |
| 72 | β2微球蛋白测定 |
| 73 | 铁蛋白测定 |
| 74 | 血清维生素测定 |
| 75 | 叶酸测定 |
| 76 | 总前列腺特异性抗原测定(TPSA) |
| 77 | 游离前列腺特异性抗原测定(FPSA) |
| 78 | 腮腺炎病毒IgG抗体 |
| 79 | 腮腺炎病毒IgM抗体（定性） |
| 80 | 血清生长激素测定 |
| 81 | 食入物变应原筛查 |
| 82 | 血清药物浓度测定 |
| 83 | 抗组织细胞抗体测定(胰岛细胞) |
| 84 | 血清抗谷氨酸脱羧酶抗体测定 |
| 85 | 抗胰岛素抗体测定 |
| 86 | 铜蓝蛋白测定 |
| 87 | 胃蛋白酶原Ⅰ(PGⅠ)测定 |
| 88 | 胃蛋白酶原Ⅱ测定 |
| 89 | 胃泌素-17检测 |
| 90 | 戊型肝炎抗体(Anti-HEV)测定(IgG) |
| 91 | 戊型肝炎抗体(Anti-HEV)测定(IgM) |
| 92 | 细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1) |
| 93 | 抗胰岛素抗体测定 |
| 94 | 类胰岛素生长因子-1测定 |
| 95 | 类胰岛素生长因子结合蛋白-3测定 |
| 96 | 唐氏综合症筛查 |
| 97 | 特异β人绒毛膜促性腺激素(β-HCG)测定 |
| 98 | 抗磷脂酶A2 受体（PLA2R）抗体 |
| 99 | 基因甲基化检测 |

三、推荐报名要求

1.公司人员及实验室要求如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 人员 | 数量 | 具体要求 |
| 1 | 项目负责人 | 1人 | 负责处理委托检验工作、学术开展、科研指导等 |
| 2 | 标本运输人员 | ≥1人 | 日常标本接收、报告发放、耗材配送 |
| 3 | 实验室技术人员 | ≥5人 | 具备高级检验师职称≥1人,其余须具备中级检验师职称≥4人 |

2.报价要求：开展检验项目必须符合重庆市物价管理规定，对开展项目规范价格收费和规范医保报销负责，对医保物价造成所有后果负责，全额承担医保物价罚款处罚。报价表按要求项目名称提供收取服务单价及折扣率。标本物流运输不得额外收费。

3. 标本检测质量要求：

3.1保证按国家检验规范进行操作，并对标本的检验报告承担相应的责任，保证检验结果的公正性，不受任何诱使或压力的干扰。

3.2检测样本、检测数据的所有权、使用权为采购人所有，未经许可不得挪作它用，能够按采购人要求妥善保存及销毁检验后样本。

3.3随时接受并妥善安排采购人查阅项目检测、质量控制等情况。

4.对样本运输的要求

4.1临床科室采集样本后，由供应商派专人到指定时间和地点接收并保证物流运输。

4.2标本接受人员负责标本质量的初检、标识的核对，标本的接收登记及包装储存。投标人保证对送检标本按规定保存时限进行保存，随时接受采购人的复查。

4.3样本前处理视检测项目要求与采购人检验科具体商定。

4.4样本运输要求直立、冷藏、封闭，符合《GBT-冷链物流分类与基本要求》与生物安全要求，确保运输过程的样品质量和环境安全。对于需低温冷冻或有特殊要求的样本视具体项目与采购人检验科商定。

4.5具有标本运输资质或提供签订标本运输合同的公司资质。

5.对于检验项目外送的要求

5.1合作期限内，采购人的实验室能够开展招标项目清单范围内的检测项目时，该外送检验项目可提前终止。

5.2服务收费因采购人按照政府有关部门物价调整规定对患者的收费进行重新议价调整。

四、市场需求调查文件要求：（以下资料盖上公司鲜章装订成册提交）

1.公司资质复印件加盖公章。

2.公司人员、服务介绍、市场占有相关资料等。在重庆市内二甲及以上医院近3年内用户情况（注明医院名称、中标通知书或合同等）

3.需求调查报价表（格式如下）：

重庆市东南医院外检项目报价表

公司名称：

联系人及联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 重庆市二级医院服务收费单价（元） | 折扣率 | 报价  （元） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |

五、报名时间：2024年3月5日至2024年3月13日。

报名方式：在规定时限内发送：按照“四、市场需求调查文件要求”相关资料打包发至指定邮箱，邮件名称为“外送检验服务-报送单位名称”。[邮箱543679909@qq.com](mailto:邮箱543679909@qq.com)。

六、市场需求调查时间、地点

需求调查会时间：2024年3月14日上午9.00

需求调查会地点：重庆市东南医院四会议室

七、其他说明

本会议仅是院方进行采购前的产品了解咨询会议，院方不给予参会单位任何形式的报酬和承诺。

八、联系方式

1.采购人：重庆市东南医院

2.联系人：邢蓉

3.电 话：023-62490220

4.地 址：重庆市茶园新区通江大道98号

5.监督电话：023-68964639