

รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ
เครื่องวัดออกซิเจนในเลือดอัตโนมัติชนิดพกพา

1. **ความต้องการ** เครื่องวัดปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) และอัตราการเต้นของชีพจร (Pulse) ชนิดพกพา
2. **วัตถุประสงค์การใช้งาน**
 - 2.1 ใช้วัดค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) และอัตราการเต้นของชีพจร (Pulse) ชนิดพกพา ด้วยระบบ Non-Invasive
3. **คุณลักษณะทั่วไป**
 - 3.1. เครื่องวัดและติดตามปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) และอัตราการเต้นของชีพจร (Pulse) อย่างต่อเนื่องชนิดพกพา ด้วยระบบ Non-Invasive
 - 3.2. ตัวเครื่องมีขนาดเล็ก กะทัดรัด สะดวกแก่การพกพา
 - 3.3. ตัวเครื่องทำงานด้วยแบตเตอรี่ขนาด AA จำนวน 4 ก้อน สามารถใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้
 - 3.4. เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน CE และ UL และ FDA เป็นอย่างน้อย
 - 3.5. จอภาพแสดงผลการวัดตัวเลข
4. **คุณลักษณะเฉพาะทางเทคนิค**
 - 4.1. ภาควัดค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2)
 - 4.1.1. สามารถวัดและแสดงค่าได้ในช่วงไม่น้อยกว่า 0 – 100%
 - 4.1.2. ค่าความเที่ยงตรงในช่วงการวัดค่าระหว่าง 70 – 100% ในกรณีที่ผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือเด็กโตที่มีภาวะ No Motion ไม่มากกว่า ± 2 digits และภาวะที่มี Motion หรือ Low Perfusion ไม่มากกว่า ± 3 digits เมื่อใช้ Finger Clip Sensor สำหรับการวัดค่า
 - 4.2. ภาควัดค่าอัตราการเต้นของชีพจร (Pulse Rate)
 - 4.2.1. สามารถวัดและแสดงค่าได้ในช่วงไม่น้อยกว่า 18 – 321 ครั้งต่อนาที
 - 4.2.2. มีค่าความเที่ยงตรงในกรณีที่ผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือเด็กโตที่มีภาวะแบบ No Motion หรือ Low Perfusion ไม่มากกว่า ± 3 digits และภาวะที่มี Motion ไม่มากกว่า ± 5 digits
 - 4.3. จอแสดงภาพเป็นชนิด LED สีแดง มองเห็นได้ชัดเจนทั้งในที่มืดและสว่าง

- 1..........ประธานกรรมการ
- 2..........กรรมการ
- 3..........กรรมการ
- 4..........กรรมการ
- 5..........กรรมการ

- 4.4. สามารถใส่แบตเตอรี่โดยการเลื่อนฝาเปิดปิด (Slide) ใช้งานได้ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 80 ชั่วโมง หรือ แบตเตอรี่แบบชาร์จประจุไฟเข้าได้ โดยสามารถใช้งานได้ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง เมื่อชาร์จประจุไฟเต็ม
- 4.5. มีสัญญาณไฟแสดงคุณภาพของซีพียู ซึ่งจะสามารถเปลี่ยนสีได้ตามคุณภาพของสัญญาณซีพียูที่ได้รับ และมีสัญญาณไฟเตือนเมื่อประจุแบตเตอรี่อ่อน
- 4.6. สามารถใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางเครื่องบินได้สูงถึงระดับ 40,000 ฟุต และที่มีมีแรงดัน 4 บรรยากาศ

5. อุปกรณ์มาตรฐาน/เครื่อง

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| 5.1. Finger clip sensor | จำนวน 1 เส้น |
| 5.2. กระเป๋าบรรจุอุปกรณ์ | จำนวน 1 ใบ |
| 5.3. คู่มือการใช้งานภาษาไทย | จำนวน 1 เล่ม |

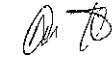
6. เงื่อนไขเฉพาะ

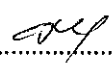
- 6.1. ผู้ขายรับประกันคุณภาพตัวเครื่องเป็นเวลา 2 ปี
- 6.2. ผู้ขายจะต้องทำการสาธิตการใช้งานให้แก่ผู้ปฏิบัติงานจนสามารถใช้งานเครื่องได้
- 6.3. ผู้ขายจะต้องเป็นตัวแทนจำหน่ายที่ได้รับการแต่งตั้งโดยตรงจากโรงงานผู้ผลิตโดยตรง
- 6.4. ในระยะประกันบริษัทจะดำเนินการสอบเทียบเครื่องมือให้ทุกๆ 1 ปี โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ
- 6.5. ผู้เสนอราคาต้องได้รับการอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากองค์การอาหารและยา (อย.) และนำหลักฐานมาแสดงในวันรับส่งมอบเครื่อง

(ลงชื่อ)..........ประธานกรรมการ
(นางสาวปวีณา อมรเพชรกุล)
นายแพทย์ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ)..........กรรมการ
(นางพัชรี เกษมสุข)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)..........กรรมการ
(นางประเทือง ธารธรรุ่งเรือง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)..........กรรมการ
(นางสาวสาธร์ ธรรมเนียมอินทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)..........กรรมการ
(นางจันทรา สุขสวัสดิ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ