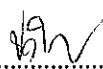
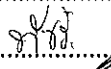
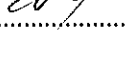


รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ
ชุดอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกแรกคลอด

1. **ความต้องการ** เครื่องให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิดพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต
2. **วัตถุประสงค์** ใช้สำหรับให้ความอบอุ่นและควบคุมอุณหภูมิของทารกแรกเกิด พร้อมทั้งมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกแรกคลอด
3. **คุณลักษณะทั่วไป**
 - 3.1 ใช้กับไฟฟ้า 220 โวลต์ 50 เฮิร์ตซ์
 - 3.2 เป็นรถเข็นมีล้อเลื่อนล้อคล้อยได้ 4 ล้อ และมีที่จับเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้าย
 - 3.3 เป็นรถเข็นที่มีเบาะหรือที่นอนสำหรับทารกแรกคลอด มีที่กันป้องกันทารกตกเตียง 4 ด้าน สามารถดึงออกจากเตียงหรือพับลงได้อย่างน้อย 1 ด้าน เพื่อสะดวกในการให้การรักษายาบาล
 - 3.4 พื้นเตียงสามารถปรับเอียงได้ และพื้นเตียงมีถาดหรือ cassette tray สำหรับ X-ray ผ่านได้
 - 3.4 ผลิตภัณฑ์มีมาตรฐาน IEC 60601-2-21, CE0434
 - 3.5 เป็นผลิตภัณฑ์ของประเทศในทวีปยุโรปหรืออเมริกา
4. **คุณลักษณะทางเทคนิค**
 - 4.1 เป็นเครื่องให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิด โดยสามารถให้พลังงานความร้อนได้ 0-540 วัตต์ หรือดีกว่า และมีชุดแผงให้ความอบอุ่นหรือโคม Heater ที่สามารถปรับหรือหมุนไปด้านซ้ายหรือขวาได้อย่างน้อย 90 องศา
 - 4.2 ทำงานด้วยระบบ Micro Processor สามารถตรวจสอบระบบการทำงานโดยอัตโนมัติหลังเปิดใช้เครื่องทุกครั้ง
 - 4.3 มีการแสดงผลอุณหภูมิเป็นตัวเลขพร้อมไฟสัญญาณแสดงระดับการทำงานของระบบให้ความร้อน
 - 4.4 เลือกการใช้งานได้ 2 ระบบ คือ
 - 4.4.1 Manual Mode เป็นระบบที่ผู้ใช้งานควบคุมปรับตั้งอุณหภูมิเอง ซึ่งสามารถปรับได้ตั้งแต่ 0- 100%
 - 4.4.2 Skin Mode หรือ Baby Mode เป็นระบบปรับอุณหภูมิอัตโนมัติจากผิวหนังเด็ก โดยปรับอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 30 - 38 องศาเซลเซียส หรือดีกว่าโดยปรับอุณหภูมิให้ลดหรือเพิ่มได้ครั้งละ 0.1 องศาเซลเซียส
 - 4.5 เครื่องมีระบบให้พลังงานความร้อน เพื่อเตรียมพร้อมก่อนรับทารกแรกคลอด

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

- 4.6 มี Apgar Timer แสดงเวลาการทำงานพร้อมเสียงสัญญาณเตือน
- 4.7 มีระบบสัญญาณเตือน (Alarm) ทั้งแสงและเสียง ในกรณีต่อไปนี้
 - 4.7.1 กระแสไฟฟ้าขัดข้อง
 - 4.7.2 ระบบภายในเครื่องขัดข้อง
 - 4.7.3 Skin probe ที่วัดอุณหภูมิหลุดจากตำแหน่งหรือชำรุด
 - 4.7.4 อุณหภูมิที่ผิวหนังเด็กสูงหรือต่ำกว่าอุณหภูมิที่ตั้งไว้ ± 1 องศาเซลเซียส ใน Skin Mode หรือ Baby Mode
- 4.8 อุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกแรกเกิด
 - 4.8.1 สามารถปรับความเข้มข้นของออกซิเจน 21-100%
 - 4.8.2 มีมาตรวัดแรงดันเพื่อแสดงค่าความดัน -10 ถึง 80 cmH₂O หรือดีกว่า
 - 4.8.3 สามารถปรับ Peak Inspiratory Pressure ได้สูงสุด 50 cmH₂O หรือดีกว่า
 - 4.8.4 ปรับค่า PEEP 2 ถึง 9 cmH₂O หรือดีกว่า
 - 4.8.5 อัตราการไหลของก๊าซ ตั้งแต่ 5 ถึง 15LPM หรือดีกว่า

5. อุปกรณ์ประกอบ

- | | |
|--|----------------|
| 5.1 Skin Probe | 1 ชิ้น |
| 5.2 เสาน้ำเกลือ | 1 ชิ้น |
| 5.3 เบาะโฟม | 1 ชิ้น |
| 5.4 ถาดสำหรับวางของอเนกประสงค์ | 1 ชิ้น |
| 5.5 ถาดสำหรับ X-Ray | 1 ชิ้น |
| 5.6 ขวด Aspiration Flask | 2 ใบ |
| 5.7 Oxygen reduction flow meter | 1 ชิ้น |
| 5.8 หน้ากากพลาสติกขนาด S, M, L | อย่างละ 1 ชิ้น |
| 5.9 T-Piece with Test Lung | 1 ชิ้น |
| 5.10 สายแรงดันสำหรับออกซิเจน (สีเขียว) | 1 เส้น |
| 5.11 สายแรงดันสำหรับ Compressed Air (สีเหลือง) | 1 เส้น |
| 5.12 ถังออกซิเจน | 2 ถัง |

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

6. เงื่อนไขเฉพาะ

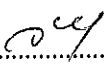
- 6.1 มีคู่มือการใช้งานภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ 1 ชุด
- 6.2 ผู้ขายต้องมีหลักฐานหนังสือรับรองการเป็นตัวแทนจำหน่ายที่ได้รับการแต่งตั้งจากบริษัทโดยตรง
- 6.3 เป็นของใหม่ที่ไม่เคยใช้งานหรือสาธิตมาก่อน
- 6.4 ผู้ขายต้องรับประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์ 2 ปี นับตั้งแต่วันส่งมอบ
- 6.5 บริษัทจะต้องส่งเจ้าหน้าที่มาแสดงวิธีการใช้งานและบำรุงรักษาเครื่องโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น
- 6.6 มีช่างผ่านการอบรมการใช้งานและบำรุงรักษาจากบริษัทผู้ผลิต
- 6.7 ในระยะประกันผู้ขายจะต้องมาตรวจเช็คและบำรุงรักษาอย่างน้อย 3 เดือนต่อครั้งหากเครื่องมีปัญหาขัดข้องต้องรีบดำเนินการแก้ไขให้ใช้งานได้ภายใน 15 วัน นับตั้งแต่ได้รับแจ้งหากแก้ไขแล้วถึง 2 ครั้ง ยังไม่สามารถใช้งานได้ปกติผู้ขายต้องเปลี่ยนชิ้นส่วนใหม่หรือเปลี่ยนเครื่องใหม่ให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น
- 6.8 เครื่องต้องได้รับการสอบเทียบก่อนส่งมอบ พร้อมเอกสารแสดงผลการสอบเทียบ รวมทั้งมีการสอบเทียบค่าความเที่ยง(Calibration) ปีละหนึ่งครั้งเป็นระยะเวลา 2 ปี โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆจากผู้ซื้อ
- 6.9 ผู้เสนอราคาต้องแนบแค็ตตาล็อกตัวจริงที่ระบุรายละเอียดของตู้อบเด็ก เพื่อประกอบการพิจารณาพร้อมทำเครื่องหมายและลงหมายเลขข้อตรงตามรายละเอียดข้อกำหนดของทางราชการ ในที่เสนอให้ชัดเจนทุกรายการ

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

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

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

(ลงชื่อ)..........กรรมการ
(นางสาวสาธรา ธรรมเนียมอินทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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