

รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ
รายละเอียดการเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติตรวจ Hb typing พร้อมน้ำยา
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

๑. วัตถุประสงค์

ต้องการเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติตรวจ Hb typing พร้อมน้ำยา จำนวน ๑ เครื่อง เพื่อใช้สำหรับตรวจวินิจฉัยและแยกชนิดฮีโมโกลบิน (Hemoglobin Typing) เป็นระยะเวลา ๓ ปี

๒. ขอบข่ายของงาน

๒.๑ ผู้ให้เข้าจะต้องให้เข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติตรวจ Hb typing พร้อมน้ำยา จำนวน ๑ เครื่อง เป็นระยะเวลา ๓ ปี ซึ่งเป็นเครื่องใหม่ไม่เคยใช้งานที่ไหนมาก่อน โดยมีคุณสมบัติด้านเทคนิคของเครื่อง ดังนี้

๒.๑.๑ เป็นเครื่องตรวจวิเคราะห์หาชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมตัวอย่างการแยกชนิดฮีโมโกลบิน จนถึงการวัดปริมาณและการรายงานผล

๒.๑.๒ ตรวจวิเคราะห์ด้วยหลักการ High Performance Liquid Chromatography (HPLC) หรือ Capillary Electrophoresis (CE)

๒.๑.๓ สามารถแยกชนิดของฮีโมโกลบินได้ไม่น้อยกว่า ๗ ชนิด ได้แก่ Hb A, Hb F, Hb A๒, Hb E, Hb Bart's, Hb H และ Hb Constant Spring

๒.๑.๔ สามารถตรวจตัวอย่างได้จาก Primary tube โดยตรง

๒.๑.๕ สามารถบรรจุหลอดตัวอย่างลงในเครื่องได้ครั้งละไม่น้อยกว่า ๒๕ ตัวอย่าง

๒.๑.๖ ควบคุมและสั่งการผ่านคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรมที่ควบคุมการทำงานของเครื่องสามารถส่งข้อมูลผ่านระบบ โดยเชื่อมต่อระบบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์เข้ากับระบบสารสนเทศของห้องปฏิบัติการ (LIS) และเชื่อมกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS)

๒.๑.๗ มีโปรแกรมควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ

๒.๒ ผู้ให้เข้าจะต้องจัดหาชุดน้ำยาตรวจวิเคราะห์ให้เพียงพอต่อปริมาณการใช้ จำนวนการรายงานผลที่สมบูรณ์ ๑๒,๐๐๐ Report ในระยะเวลา ๓ ปี โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้


๒.๒.๑ เป็นชุดน้ำยาสำหรับใช้ร่วมกับเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติตรวจ Hb typing เพื่อใช้ในการแยกชนิดของฮีโมโกลบิน

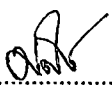
๒.๒.๒ ชุดน้ำยาต้องอยู่ในลักษณะพร้อมใช้งาน

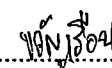
๒.๒.๓ น้ำยาที่ส่งมอบต้องมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๖ เดือน นับจากวันที่ส่งมอบ

๒.๓ เครื่องมือและน้ำยาต้องผ่านการรับรองรับรองจาก US FDA หรือ ISO๑๓๔๘๕ หรือ CE mark อย่างใดอย่างหนึ่ง


๒.๔ ผู้เสนอราคาที่ได้รับการคัดเลือกแล้วจะต้องทำราคาค่าเช่าพร้อมน้ำยาโดยต้องไม่สูงกว่าราคาต่อหน่วยของราคากลาง

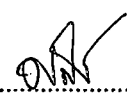
ลงชื่อ..........ประธานกรรมการ
(นายทวี ยิ่งสง่า)

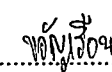
ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางศศิธร หัสวาที)

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางสาวขวัญเรือน จงจอหอ)

- ๒.๕ ผู้ให้เช่าต้องรับผิดชอบในการติดตั้งเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติตรวจ Hb typing ภายใน ๙๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ลงนามในสัญญา และมีการทดสอบเครื่องให้พร้อมใช้งานตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ด้วยค่าใช้จ่ายของผู้ให้เช่าจนสามารถใช้งานได้
- ๒.๖ ผู้ให้เช่าจะต้องติดตั้งเครื่องสำรองไฟ (UPS) ไม่น้อยกว่า ๑ เครื่อง และสำรองไฟได้ไม่น้อยกว่า ๓๐ นาที/เครื่อง เพื่อสำหรับใช้ร่วมกับเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติตรวจ Hb typing
- ๒.๗ ในระหว่างการใช้งาน ผู้ให้เช่าจะต้องทำการบำรุงรักษา และรับผิดชอบการซ่อมแซมรวมทั้งค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าอะไหล่ทั้งหมดจนใช้งานได้โดยไม่คิดมูลค่าตลอดระยะเวลาการเช่า
- ๒.๘ ในกรณีเครื่องเสียหรือชำรุดทำให้ไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ ผู้ให้เช่าต้องทำการซ่อมแซมแก้ไข ภายในเวลา ๔๘ ชั่วโมงนับตั้งแต่ได้รับแจ้ง ในระหว่างการซ่อมผู้ให้เช่าจะต้องนำเครื่องสำรองที่มีศักยภาพเท่ากันหรือใกล้เคียงมาให้โรงพยาบาลใช้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆหรือรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลส่งตัวอย่างไปตรวจยังหน่วยงานภายนอก
- ๒.๙ ผู้ให้เช่าต้องเพิ่มเครื่องหรือเปลี่ยนเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นให้กับโรงพยาบาลในกรณีที่โรงพยาบาลมีปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น หรือไม่เพียงพอกับการใช้งานโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ภายในอายุสัญญา
- ๒.๑๐ ผู้ให้เช่าต้องจัดหาอุปกรณ์ในการเชื่อมต่อระบบรายงานผลของเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติตรวจ Hb typing โดยเชื่อมต่อระบบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์เข้ากับระบบสารสนเทศของห้องปฏิบัติการ (LIS) และเชื่อมกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) โดยผู้ให้เช่าต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเชื่อมระบบ และบำรุงรักษาระบบสารสนเทศตลอดอายุการใช้งาน
- ๒.๑๑ ผู้ให้เช่าต้องจัดหาวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการใช้งาน เช่น วัสดุสอบเทียบ (Calibrator หรือ Standard) สารควบคุมคุณภาพ จำนวนการใช้งานตามมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการของผู้เช่า cup น้ำยาล้างทำความสะอาด เครื่องพิมพ์ กระดาษพิมพ์ผล ผ้าห่มหรือหมวกพิมพ์ เป็นต้น ให้เพียงพอกับปริมาณการใช้งานภายในอายุสัญญา
- ๒.๑๒ ในกรณีที่เครื่องมือไม่ใช่แล้ว ผู้ให้เช่าจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการขนย้ายเครื่องมือให้เสร็จภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งแล้วปรับปรุงสถานที่ติดตั้งให้อยู่ในสภาพเดิมด้วยค่าใช้จ่ายของผู้ให้เช่าเองทั้งสิ้น
- ๒.๑๓ ผู้ให้เช่าต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการสมัครเข้าร่วมโครงการควบคุมคุณภาพโดยหน่วยงานภายนอก (EQA) จากในประเทศ อย่างน้อย ๑ แห่ง ตลอดอายุสัญญา
- ๒.๑๔ ผู้ให้เช่าต้องอบรมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้สามารถใช้เครื่องได้ และมีการอบรมเพิ่มเติมอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง หรือเมื่อมีเจ้าหน้าที่ใหม่ และจัดทำคู่มือการใช้งานเป็นภาษาไทยจำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๑๕ จำนวนชื่อรายการและจำนวนตรวจวิเคราะห์ที่ประกาศ เป็นเพียงยอดประมาณการที่ได้จากฐานข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ของปีที่ผ่านมา ซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์และผู้รับบริการที่มีความจำเป็นใช้บริการ ดังนั้นจำนวนชื่อรายการและจำนวนตรวจวิเคราะห์อาจจะไม่แน่นอน เพิ่มขึ้นหรือลดลงจากจำนวนประมาณการในแต่ละรายการได้ตามราคาต่อหน่วย ภายในวงเงินตามสัญญา

ลงชื่อ..........ประธานกรรมการ
(นายทวี ยิ่งสง่า)

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางศศิธร หัสวาที)

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางสาวขวัญเรือน จงจอหอ)

๓. ระยะเวลาการเช่า

ระยะเวลาการเช่า ๓ ปี นับแต่ผู้เช่าได้รับมอบเครื่องตรวจวิเคราะห์หัตถ์โนมิตที่ติดตั้งพร้อมใช้งานจากผู้ให้เช่า หรือจัดซื้อครบตามวงเงินตามสัญญา

๔. วิธีการชำระค่าเช่าพร้อมน้ำยา


ค่าเช่าเครื่องตรวจวิเคราะห์หัตถ์โนมิตตรวจ Hb typing พร้อมน้ำยา ชำระเป็นรายเดือนโดยคิดยอดชำระจากปริมาณรายงานผลการทดสอบที่สมบูรณ์ (Report)

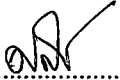
๕. ข้อกำหนดเมื่อสิ้นสุดสัญญาเช่า


ผู้ให้เช่าจะต้องนำเช่าเครื่องตรวจวิเคราะห์หัตถ์โนมิตตรวจ Hb typing พร้อมอุปกรณ์ ออกนอกพื้นที่ของโรงพยาบาล แล้วปรับปรุงสถานที่ให้อยู่ในสภาพเดิมด้วยค่าใช้จ่ายของผู้ให้เช่าภายใน ๑๕ วัน

๖. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือก

ใช้เกณฑ์ราคา

ลงชื่อ..........ประธานกรรมการ
(นายทวี ยิ่งสง่า)

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางศศิธร หัสวาทิ)

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางสาวขวัญเรือน จงจอหอ)