**附件1：**

**大庆市第三医院检验科部分检验项目对外委托服务项目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **申请名称** | **物价编码** | **项目名称** | **收费标准** |
| 血清促肾上腺素皮质激素测定 | 250310006-X1 | 血清促肾上腺素皮质激素测定（化学发光法） | 36.00 |
| 血浆皮质醇测定 | 250310018-X1 | 血浆皮质醇测定（化学发光法） | 36.00 |
| 血清药物浓度测定(丙戊酸) | 250309005-e | 血清药物浓度测定（丙戊酸） | 59.70 |
| 血清药物浓度测定(卡马西平) | 250309005-g | 血清药物浓度测定(卡马西平) | 59.70 |
| 女性肿瘤标志物5项 | 250404002-X | 甲胎蛋白（AFP）测定（化学发光法） | 35.00 |
|  | 250404001-X | 癌胚抗原（CEA）测定（化学发光法） | 35.00 |
|  | 250404011-X | 糖链抗原CA19-9测定(化学发光法) | 50.00 |
|  | 250404011-X | 糖链抗原CA125测定(化学发光法) | 50.00 |
|  | 250404011-X | 糖链抗原CA15-3测定（化学发光法） | 50.00 |
| 男性肿瘤标志物5项 | 250404002-X | 甲胎蛋白（AFP）测定（化学发光法） | 35.00 |
|  | 250404001-X | 癌胚抗原（CEA）测定（化学发光法） | 35.00 |
|  | 250404011-X | 糖链抗原CA19-9测定(化学发光法) | 50.00 |
|  | 250404011-X | 糖链抗原CA125测定(化学发光法) | 50.00 |
|  | 250404005-X | 总前列腺特异性抗原(化学发光法） | 50.00 |
| 免疫球蛋白五项 | 250401023 | 免疫球蛋白IgG定量测定（免疫比浊法） | 18.40 |
|  | 250401023-1 | 免疫球蛋白IgA定量测定(免疫比浊法) | 18.40 |
|  | 250401023-1 | 免疫球蛋白IgM定量测定（免疫比浊法） | 27.40 |
|  | 250401020b | 单项补体C3测定 | 27.00 |
|  | 250401020b | 单项补体C4测定 | 27.00 |
| 风湿三项测定 | 250403043-X | 抗链球菌溶血素O测定 | 18.00 |
|  | 250401025-X | C-反应蛋白测定(CRP) | 22.50 |
|  | 250402035-X | 类风湿因子（RF）测定(免疫比浊法) | 27.00 |
| 微量元素9项测定 | 250304004-X | 钙测定 | 7.20 |
|  | 250304006-Y | 镁测定 | 7.20 |
|  | 250304007-Y | 铁测定 | 7.20 |
|  | 250304013 | 锌测定 | 9.40 |
|  | 250304009 | 全血铅测定 | 23.50 |
|  | 250304013 | 锰测定 | 9.40 |
|  | 250304013 | 硒测定 | 9.40 |
|  | 250304013 | 钼测定 | 9.40 |
|  | 250304013-1 | 铜测定 | 9.40 |
| 其他肿瘤标志物 | 250310055-X | 特异β人绒毛膜促性腺激素（β-HCG）测定 | 45.00 |
|  | 250404009 | 神经元特异烯醇化酶（NSE）测定 | 50.00 |
|  | 250404011 | 糖链抗原CA-50测定(化学发光法) | 50.00 |
|  | 250404011 | 糖链抗原CA24-2测定(化学发光法) | 50.00 |
|  | 250404011 | 糖链抗原CA72-4测定(化学发光法) | 50.00 |
|  | 250404011 | 糖链抗原CA130测定(化学发光法) | 50.00 |
|  | 250404012 | 鳞状细胞癌相关抗原（SCC）测定 | 50.00 |
|  | 250404013 | 肿瘤坏死因子测定 | 41.40 |
| 总IgE测定 | 250405001 | 总IgE测定（化学发光法） | 36.00 |
| 促甲状腺素受体抗体测定 | 250310017-X1 | 促甲状腺素受体抗体测定（全自动化学发光） | 36.00 |
| 血清生长激素测定 | 250310003-X | 血清生长激素测定(全自动化学发光法) | 36.00 |
| 血同型半胱氨酸测定 | 250306011-X | 血同型半胱氨酸测定(化学法/循环酶法) | 45.00 |
| 叶酸测定 | 250309003-X | 叶酸测定（全自动化学发光法） | 54.00 |
| 血清维生素B12测定 | 250309004-X5 | 血清维生素B12测定（全自动化学发光法） | 54.00 |
| 甲状旁腺激素测定 | 250310009-X | 甲状旁腺激素测定(全自动化学发光法) | 36.00 |
| 血清胰岛素测定 | 250310039 | 血清胰岛素测定（全自动化学发光法） | 36.00 |
| 铁蛋白测定 | 250404015 | 铁蛋白测定（全自动化学发光法） | 45.00 |
| 抗核抗体9项 | 250402002 | 抗核抗体测定 | 18.80 |
|  | 250402006 | 抗双链DNA测定（抗dsDNA） | 28.20 |
|  | 250402003-X | 抗SSA测定 | 22.50 |
|  | 250402003-X | 抗SSB测定 | 22.50 |
|  | 250402003-X | 抗JO-1测定 | 22.50 |
|  | 250402003-X | 抗Sm测定 | 22.50 |
|  | 250402003-X | 抗nRNP测定 | 22.50 |
|  | 250402003-X | 抗ScL-70测定 | 22.50 |
|  | 250402003-X | 抗着丝点抗体测定 | 22.50 |
| 细胞角蛋白19片段测定 | 250404010 | 细胞角蛋白19片段测定（CYFRA21-1） | 50.00 |
| 25羟维生素D | 250309001 | 25羟维生素D | 56.00 |
| 游离前列腺特异性抗原 | 250404006 | 游离前列腺特异性抗原（CPSA） | 50.00 |
| 白介素测定 | 250401014 | 白介素-6测定 | 41.4 |
| 乙型肝炎病毒DNA测定 | 250403003 | 乙型肝炎病毒（HBV）DNA测定（定量） | 104.00 |
| 丙型肝炎病毒RNA检测 | 250403013 | 丙型肝炎病毒RNA（HCV-RNA）检测 | 135.00 |

五、其他要求

**说明：**带★号部分为必须满足或优于的实质性要求。如果不满足，则视为无效投标。

★1.实验室要求：委托检测项目须由投标实验室自行完成，实验室不得将接收标本二次转包其他实验室检测。

★2.为保障服务能力与质量，实验室需通过ISO15189医学实验室质量和能力认可，且通过认可的项目数不少于60项。提供有效证书复印件并加盖公章。

★3.参加 2023、2024年度国家卫生健康委临床检验中心组织的室间质评且成绩合格的项目应至少包含附件1（委托项目清单）所有项目的70%（34项）及以上。提供合格证书复印件并加盖公章。

1. 能够提供完整项目手册供我方参考使用，为后期可能合作的其他项

目提供依据。

5.对物流人员及样本接收的要求：

（1）物流人员需掌握样本转运相关要求，能解答样本检测有关问题，如何时检测、何时报告、采集要求及采样管类型等。

（2）核对清单及样品，有无样品数量错误、信息是否完整无误。

（3）检查样品状态：有无血少、严重溶血、是否抗凝，有无抗凝管错误、样品抗凝不完全或有凝块、采集时间错误、样品污染、样品类型与条形码信息不符、样品容器上无条形码或标签等。如样品不符合要求，物流运送人员当场告知医院工作人员，拒收不合格样品，由医院工作人员反馈临床处理。

（4）负责将有特殊要求的采血管或其它材料运送到采购人单位。

（5）负责反馈检测相关信息，如需复查（结果有异常、有疑问、血少的），检测时间变动等。

★6.对样品安全运输的要求:

（1）保证生物安全，运送包装和容器防渗漏。

（2）保证样品质量：运送过程中有温控监测，防剧烈碰撞、颠簸，以免样品溶血影响检测质量。

7.对样品运送线路及时间要求:样品及时接收，工作日每天至少 1 次，以后按需可酌情增加。

8.普检项目1个工作日内出具报告，特殊项目不超过5个工作日。

★9.检测结果要求:在规定时间内出具检测结果，并发送到院内网系统；具备可实现双向系统对接能力，且信息安全有保障，提供与医院 LIS系统对接参数并承担相应接口费，免费开通网络报告单查询平台，实现网络打印。

10.咨询服务要求:提供免费客户服务电话，而且同时保证物流与业务员的专线电话百分之百的接通率。具备详尽完善的售后服务方案并便于实施，如异常结果复检、结果咨询解答等。

11.危急值快速响应要求:确保检测结果为危急值时第一时间报告，减少医疗纠纷。

12.服务要求: 中标人合作期间必须严格履行上述要求，确保服务品质。若无法满足或违反上述要求，院方将终止合作并解除合同。

13、服务期限：一年。

附件2：

**供应商报名承诺函**

\*\*公司参加大庆市第三医院院内采购项目谈判，项目名称：\*\*\*项目，项目编号：\*\*\*。本次投标所提供的资料、授权真实有效；投标所提供的产品均满足甲方采购项目需求及技术参数要求，如资料虚假产生的一切后果及法律责任由\*\*公司承担。

法定代表人签字：

 \*\*\*公司（盖章）

\*年\*月\*日