附件1：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 编号 | 功能 | 备注 |
| 1 | 升级原《产妇分娩信息登记册》 | 按照新的需求进行《产妇分娩信息登记册》的改版，参见附件1 |
| 2、 | 完成《产妇分娩信息登记册》与平台中其它模块的数据关联 | 完成与新生儿疾病筛查、出生医学证明、妇幼直报系统、高危孕产妇系统等的数据关联。 |
| 3、 | 完成妇幼信息平台中机构的基础信息建设及改进 | 由于所有分娩数据需要上传卫计委决策支持系统，需对系统内所有机构进行对码及改进工作。 |
| 4、 | 完善分娩登记信息相关查询统计和衍生功能 | 实现相关统计查询功能，实现个案生成报表功能，如医疗机构分娩方式月报，围产儿报表、其他相关统计查询功能等。 |
| 5、 | 完成国家项目中出生人口编码功能 | 根据妇幼司联合儿基会妇幼信息化项目建设方案相关要求，建设省级出生人口编码系统和母子健康手册APP，对接国家信息系统，出生人口编码系统和母子健康手册APP，需联动四川省妇幼信息平台内出生医学证明管理系统、分娩登记信息、高危孕产妇信息管理等系统和其他相关信息系统数据内部共享，按照分娩出生人口信息进行编码； |
| 6、 | 母子健康管理的移动端应用 |

**附件1：**

**四川省产妇分娩信息登记表**

20\_\_\_年\_\_\_月 必填年份自动填充 月份自动填充 允许修改。

医疗卫生机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 组织机构代码 □□□□□□□□-□

机构所在地：\_\_\_\_省(区、市)\_\_\_\_市(地、州)\_\_\_县(区) 行政区划代码□□□□□□

是否助产机构（ □是1， □否2） 选择框，选择“是”灰化“否”，选择“否”灰化“是”，重选需去除灰化重选

1.产妇姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 文本格式存储10个汉字以内长度，名字中间不允许有空格。**必填**

2.产妇住院病案号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 文本格式存储。**必填**

3.产妇证件类型（1身份证，2户口簿，3护照，4军官证，5驾驶证，6台港澳通行证，9其他） 下拉菜单选择，当选择“军官证”和“其他”时需要输入其他证件号码 ，选择“1、2、5”内容时“产妇身份证号码”必填，同时灰化“其他证件号码”填写，选择“3、4、6、9”内容时，“其他证件号码”必填，同时“产妇身份证号码”灰化。 **必填**

4.产妇身份证件号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□ 按照国家标准设置，按身份证格式限制。 其他证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 文本格式20位不允许字符中间有空格。**必填**

5.产妇出生日期\_\_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_\_\_\_日 键盘输入数字年4位数字（逻辑关系年份应该介于1950年至填写当前年份之间），月两位数字只能介于1-12之间，日两位数字只能介于1-31之间。**必填**

6.产妇年龄□□ 年龄根据出生日期自动计算年龄。**必填**

7.联系电话□□□□□□□□□□□ 11位手机号码格式 增加□不详（代码9），当选择不详时灰化联系电话，填写了联系电话灰化不详选项。**必填**

8.产妇国籍□□□ 按照标准编码。**必填**

9.产妇民族（限中国及台港澳居民填）□□ 按照标准编码(增加一项其他,选择其他弹出输入框)。**必填**

10.产妇户籍所在地：\_\_\_\_省（区、市）\_\_\_\_\_市（地、州）\_\_\_\_\_县（区）行政区划代码□□□□□□**必填**

11.产妇实际居住地：\_\_\_\_省（区、市）\_\_\_\_\_市（地、州）\_\_\_\_\_县（区）行政区划代码□□□□□□**必填**

12.产妇户籍 □农业户籍 □非农业户籍□ 选择框，选择一个其他需要灰化。**必填**

13.产妇户籍地划分 本县□ 本市外县□ 本省外市□ 外省□ 选择框，只能选择一个，其他灰化不能选择。**必填**

14.孕次（含本次）\_\_\_\_\_\_\_\_ 两位数字1-20之间 录入数据大于10红色文字提示：请核实孕次填写是否正确。**必填**

15.产次（含本次）\_\_\_\_\_\_\_\_两位数字1-20之间 录入数据大于5 红色文字提示：请核实产次填写是否正确。

16.孕周\_\_\_\_\_\_\_\_ 两位数字限制1-50之间。**必填**

17.妊娠风险分级（1绿色 2黄色 3橙色 4红色 5紫色） 下拉菜单选择。**必填**

18.分娩地点（1医疗机构内，2医疗机构外：家中□ 途中□ 其他□\_\_\_\_\_）医疗机构内和医疗机构外选择框，选择一个灰化另一个。 当选择“医疗机构内”时灰化“医疗机构外”（包括灰化家中，途中，其他选项），选择“医疗机构外”灰化“医疗机构内”，同时需要选择“家中”、“途中”和“其他”，当选择“家中 ”或者“途中”灰化“其他”，选择“其他”灰化“家中”、“途中”，且需要填写其他内容10个汉字格式。**必填**

19.分娩方式（1阴道产 2剖宫产 3臀吸 4产钳 5臀产 6其他\_\_\_\_\_）下拉菜单，只能选择一个，当选择其他需要录入其他文本内容10个汉字格式。 选择“剖宫产”跳过19.1内容填写，其余都需要填写19.1内容。**必填**

19.1会阴（非剖宫产进行填写）完整 □ 侧切 □ 正切 □ 裂伤度\_\_\_\_\_\_\_ 完整、侧切、正切 为单选项选择一个灰化其他，裂伤度 后面列出 I度 Ⅱ度 Ⅲ度 单选框，选择一个灰化其他选项。

20.分娩日期\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_时\_\_\_\_\_分 键盘输入数字年4位数字（逻辑关系年份应该介于2019年至填写当前年份之间），月两位数字只能介于1-12之间，日两位数字只能介于1-31之间，时0-23之间，分0-59之间。**必填**

21.产妇胎盘娩出完整□ 不完整□ 人工剥离□ 清宫□ 单选框，选择一个灰化其他选项。**必填**

22.产妇产时出血量ml**\_\_\_\_\_\_** 0- 5000 之间 必填

23.产妇产后出血及原因\_\_\_\_\_\_ 50个汉字文本内 必填

24.妊娠结局：

本次为：①单胎妊娠 ②双胎妊娠 ③多胎妊娠（三胎及以上） （增加多胎个数选择3胎 4胎 5胎 6胎 7胎） 单选框，选择一个灰化其他选项。**必填**

选择单胎时 填写以下“胎儿一”信息，选择双胎填写“胎儿一”“胎儿二”信息，选择多胎时，需要勾选多胎数量，对应数量胎儿信息必填。

胎儿一：性别（1男， 2女，9性别不明）□，妊娠结局（1活产，2死胎死产，3新生儿死亡）□，

1分钟Apgar评分\_\_\_\_分,5分钟Apgar评分\_\_\_\_分, 10分钟Apgar评分\_\_\_\_分

出生体重\_\_\_\_\_\_\_g 身长\_\_\_\_\_\_cm 出生缺陷 是□ 接生者\_\_\_\_\_\_**必填**

性别男女性别不明为复选但选项，选择一个灰化其他两个，评分填写为0-10之间数数字，妊娠结局活产、死胎死产、新生儿死亡 为单选项，选择一个灰化其他两个；出生体重（0-10000）之间，体重超过4000时 在右侧红字提示，请注意检查体重数据是否正确；身长0-80之间 超过56 右侧红字提示请注意检查身长数据是否正确；**出生缺陷打勾选项**。接生者按照名字格式 以下胎儿2-7 相同逻辑。

胎儿二：性别（1男， 2女，9性别不明）□，妊娠结局（1活产，2死胎死产，3新生儿死亡）□，

1分钟Apgar评分\_\_\_\_分,5分钟Apgar评分\_\_\_\_分, 10分钟Apgar评分\_\_\_\_分

出生体重\_\_\_\_\_\_\_g 身长\_\_\_\_\_\_cm 出生缺陷是□接生者\_\_\_\_\_\_

胎儿三：性别（1男， 2女，9性别不明）□，妊娠结局（1活产，2死胎死产，3新生儿死亡）□，

1分钟Apgar评分\_\_\_\_分,5分钟Apgar评分\_\_\_\_分, 10分钟Apgar评分\_\_\_\_分

出生体重\_\_\_\_\_\_\_g 身长\_\_\_\_\_\_cm 出生缺陷是□接生者\_\_\_\_\_\_

胎儿四：性别（1男， 2女，9性别不明）□，妊娠结局（1活产，2死胎死产，3新生儿死亡）□，

1分钟Apgar评分\_\_\_\_分,5分钟Apgar评分\_\_\_\_分, 10分钟Apgar评分\_\_\_\_分

出生体重\_\_\_\_\_\_\_g 身长\_\_\_\_\_\_cm 出生缺陷是□接生者\_\_\_\_\_\_

25.产妇孕产期艾滋病(HIV)咨询与**筛查 必填 25-27 为 选择其中一个选项灰化其他选项。**

孕期 孕期咨询□ 不详□ 孕期检测 阴性□ 阳性□ 不详□

产时 产时咨询□ 不详□ 产时检测 阴性□ 阳性□ 不详□

确诊确诊阳性□ 不详□

26.产妇孕产期梅毒检测 **必填**

孕期孕期检测阴性□ 阳性□ 不详□

产时产时检测阴性□ 阳性□ 不详□

确诊确诊阳性□ 不详□

27.产妇孕产期乙肝表面抗原检测及新生儿免疫球蛋白注射情况 **必填**

孕期孕期检测阴性□ 阳性□ 不详□

产时产时检测阴性□ 阳性□ 不详□

确诊新生儿免疫球蛋白注射 胎儿一□ 胎儿二□ ......, 关联24妊娠结局胎儿个数,24选择机构胎儿本结果显示机构胎儿勾选项目，注射打勾，未注射不勾选， 此小项为非必填

单位负责人： 填表人： 联系电话 报出日期： 年 月 日

填表说明：1.本表要求全省医疗机构、妇幼保健机构、乡镇卫生院、社区卫生服务机构填报。县（区、市）妇幼保健机构负责催报并审核本辖区助产机构报送的数据。

2. 产妇分娩包括住院分娩和医疗机构外分娩。乡镇卫生院和社区卫生服务机构负责收集并报送本辖区医疗机构外产妇分娩信息。

3. 产妇分娩后10日内通过四川省妇幼卫生信息平台直报系统报送。

以上内容都为必填项目

助产机构所在地区归属辖区妇幼保健机构业务审核-区县行政审核—市级妇幼保健机构业务审核-市级行政审核——省级妇幼保健机构业务审核-省级妇幼保健机构行政审核。

填写所有助产机构填写。

附件2：

**采购文件书装订顺序**

1、封面（公司、项目、联系人、联系方式）

2、目录

3、品目及报价表（格式见附件1）

4、规格型号、配置及偏离表（格式见附件3）

5、企业营业执照（复印件）

6、组织机构代码证、税务登记证（复印件）

7、法定代表人授权书（原件，格式见附件3）暨经办人授权书，法人、经办人身份证（复印件）

8、生产厂家授权书（投标人不是生产厂家的）

9、如有产品质量和企业管理体系认证（考核），请提供的有效证明文件的复印或扫描件，质量管理体系认证包括FDA、CE、ISO等认证（提供中文翻译复印件）

10、质量检测中心或法定机构出具的产品检测报告，性能自测报告，出厂检验报告的复印或扫描件

11、如有其他证书：产品在技术、节能、安全、环保和自主创新方面获得的认证证书或制造厂家和产品所获国家级荣誉称号等复印或扫描件

12、产品执行标准（提供产品注册标准：YZB等资料供评审）

13、产品质量及货源保证书

14、售后服务承诺书

15、如有，提供进口原材料证明书或产品报关资料等

16、产品说明书或与投标医疗耗材型号一致的产品彩页资料和其他有关介绍资料。业绩证明文件（近三年用户名单及联系人与联系方式及合同复印件或近三个月内送货复印件，格式见附件3）。

17、如有物流公司配送，请提供配送证明材料：配送商基本情况、配送商营业执照复印件、配送商经营许可证复印件

18、如有，国家规定的其它相关资质证明文件或其它涉及特许经营许可的须提供相关证书。如：卫生许可证、药品经营许可证、生产批件或新药证书等；

19、封底

**注：请务必按以上顺序装订资料，如有非中文资料，请同时提供中文翻译件。**

**附件3：主要表格格式**

**附件3-1：** **报价一览表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 单价（万元） | 金额（万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **合计** |  |  |  |

注：1. 报价应是最终用户验收合格后的总价，包括设备运输、保险、代理、安装调试、 培训、税费、系统集成费用和采购文件规定的其它费用。

2.其它服务：请供应商根据“网络设备维护要求”内容或公司提供的服务内容分项进行填写，并说明各项服务的名称、服务内容及价格。

3.“品目及报价表”为多页的，每页均需由法定代表人或授权代表签字并盖投标人印章。

4.“品目及报价表”需单独密封。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字）： 联系方式：

日期：

**附件3-2：**

**规格型号、配置及偏离表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招标要求 | 投标响应 | 偏离及其影响 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注意：1、此表要求投标文件与招标文件要求一一对应、逐一列出；2．投标文件中与招标文件要求有负偏离的内容必须在此表中列出，否则视为无效投标。供应商必须据实填写，不得虚假响应，否则投标无效并按规定追究其相关责任。

法定代表人或授权代表签字：

日期:

**附件3-3：**

**用户情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省外省级以上单位用户 | 用户名称 | 型号 | 数量 | 供货期限 | 联系人及联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 省内省级单位用户 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 省内其他用户 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

说明：1、表中产品为近三年销售，用户仍在使用的货物；2、只填写本次投标产品型号或与本次投标产品相当的型号。

法定代表人或授权代表签字：

日期**:**

## 附件3-4： 法定代表人身份授权书

（采购单位名称）：

本授权声明： （投标人名称）

（法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

授权代表签字：

投标人名称： （加盖公章）

日期：

* 说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。

**附件4： 反商业贿赂承诺书**

为维护卫生行业的整体形象，保证药品、医疗器械、仪器设备、物资、基建工程招投标工作以及药品、试剂销售等工作的合法开展，维护贵院医疗、管理工作的正常秩序，保障广大患者的健康和利益，本厂家、商家、公司特郑重承诺如下：

一、 严格按照《招标投标法》、《药品管理法》、《反不正当竞争法》等有关法律、法规、规章、政策的规定，规范本厂家、商家、公司的药品、医疗器械、设备、物资、基建工程竞标工作以及药品准入贵院以后的销售等工作，保证做到合法竞标、正当竞争、廉洁经营。

二、本厂家、商家、公司保证在药品、医疗器械、设备、物资、基建工程竞标工作及药品、试剂销售等工作中承诺做到：

1、不与其他投标人相互串通投标报价，损害贵院的合法权益；

2、不与招标人串通投标，损害国家利益、社会公共利益或他人的合法权益；

3、不以向招标人或者评标委员会成员行贿的手段谋取中标；

4、竞标报价不违反相关法律的规定，也不以他人名义投标或者以其他方式弄虚作假，骗取中标；

5、保证不以其他任何方式扰乱贵院的招标工作；

6、保证不在药品销售、医疗器械、设备、物资、基建工程竞标中采取账外暗中给予回扣的手段腐蚀、贿赂医护、药剂人员、干部等其他相关人员；

7、保证不以任何名义包括以宣传费、临床促销费、开单费、处方费、广告费、免费度假、考察旅游、房屋装修等任何名义给予贵院采购人员、药剂人员、医护人员、干部等有关人员以财物或者其他利益；

8、保证不让贵院临床科室、药剂部门以及有关人员登记、统计医生处方或为此提供方便，干扰贵院的正常工作秩序；

9、保证不以其他任何不正当竞争手段推销药品、医疗器械、设备、物资。

三、 本厂家、商家、公司保证竭力维护贵院的声誉，不做任何有损贵院形象的事情。

四、 本厂家、商家、公司保证加强对竞标、促销等工作的领导、监督和检查；加强对本厂家、商家、公司工作人员进行相关法律、法规、规章、政策等的教育工作，切实要求本厂家、商家、公司相关工作人员不得采取各类回扣手段腐蚀、贿赂采购、药剂、医护、干部等相关人员。

五、 对本厂家、商家、公司及本厂家、商家、公司工作人员采取以上手段竞标、促销等，干扰贵院正常工作秩序，损害贵院形象的，本厂家、商家、公司保证：

1、对尚处在竞标阶段的，贵院有权取消本厂家、商家、公司的竞标资格；已经中标的，贵院有权取消中标；对已经获得准入资格的，贵院有权随时取消本厂家、商家、公司的准入资格；

2、对本厂家、商家、公司相关工作人员作出严肃处理；

3、对由于本厂家、商家、公司或本厂家、商家、公司工作人员的上述行为给贵院造成经济或名誉损失的，由本厂家、商家、公司负责，并愿意承担全部民事赔偿责任。

六、 采购物资名称：

本《承诺书》一式二份（一份由承诺人自存；一份随竞价书传递）

承诺企业名称（公章） 法人代表或委托代理人（承诺人）