

附件：采购需求附件

| 序号 | 检测项目         | 试剂名称                                                      | 是否允许进口 | 产品规格 | 试剂报价(元) | 每瓶/盒理论测试份数 | 人均成本(元) | 最大包装量金额限价元/盒 | 备注        |
|----|--------------|-----------------------------------------------------------|--------|------|---------|------------|---------|--------------|-----------|
| 1  | 肺癌 ALK 基因检测  | 检测方法:免疫组化法要求: ALK 抗体试剂及检测系统,应满足诊疗指南中要求,并符合该适应症的伴随诊断       | 允许     |      |         |            |         |              | 克隆号 D5F3  |
|    |              | DAB 染色增强液体                                                | 允许     |      |         |            |         |              |           |
| 2  | 肿瘤预后相关蛋白表达检测 | 检测方法:免疫组化法要求: PD-L1 抗体试剂及检测系统,克隆号应满足诊疗指南中要求,并符合该适应症的伴随诊断。 | 允许     |      |         |            |         |              | 克隆号 SP263 |
|    |              | 二抗系统(增                                                    | 允许     |      |         |            |         |              |           |

|  |  |          |    |  |  |  |  |  |  |
|--|--|----------|----|--|--|--|--|--|--|
|  |  | 强)       |    |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 二抗系统(普通) | 允许 |  |  |  |  |  |  |

| 租赁设备 |            |    |        |      |                                         |
|------|------------|----|--------|------|-----------------------------------------|
| 序号   | 设备名称       | 品牌 | 是否允许进口 | 规格型号 | 备注                                      |
| 1    | 全自动免疫组化染色仪 |    | 允许     |      | 每套限价为设备市场价格除以 10，<br>(设备市场价格按 10 年折旧计算) |

注：其他具体内容详见综合评比文件。