**Załącznik nr 27 do OPZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - SZPITAL POWIATOWY w TURKU**

1. **INFORMACJE OGÓLNE:**

Ilekroć w niniejszym opisie, innych dokumentach dotyczących niniejszego postępowania jest:

**ZSI –** Rozbudowa posiadanego przez Zamawiającego systemu poprzez dostawę i wdrożenie nowych funkcjonalności oprogramowania w zakresie działalności medycznej, dostawę i wdrożenie e-usług elektronicznych i elektronicznej dokumentacji medycznej do obsługi Placówki Medycznej

**System –** ilekroć w opisie funkcjonalnym występuje zwrot System, należy rozumieć to jako System HIS.

**Użytkownik** - osoba należąca do personelu Zamawiającego, posiadającą uprawnienia do korzystania z danego Modułu Oprogramowania Aplikacyjnego, nadane jej przez Wykonawcę lub Zamawiającego.

**Oprogramowanie aplikacyjne** – zbiór programów komputerowych (Aplikacji) wykonujących swoje procedury w interakcji ze sobą, składających się na produkt chroniony znakiem towarowym o nazwie oraz będący w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych1) utworem, do którego prawa autorskie i majątkowe przysługują autorowi.

**Aplikacja** – program komputerowy będący częścią składową (modułem) Oprogramowania aplikacyjnego charakteryzujący się spójnym zakresem merytorycznym realizowanych funkcji, wykonujący swoje procedury w interakcji z innymi Aplikacjami wchodzącymi w skład Oprogramowania aplikacyjnego.

**Motor bazy danych** – program komputerowy dedykowany do zarządzania bazami danych.

**Błąd aplikacji** – reakcja programu komputerowego użytkowanego we właściwych warunkach eksploatacji na prawidłowe działanie użytkownika, polegająca na wykonaniu procedur w sprzeczności z dokumentacją lub przewidzianą (założoną) funkcją, a nie powodowana przez co najmniej jedną z następujących przyczyn:

1. zastosowanie Aplikacji w sposób niezgodny z przeznaczeniem,
2. błędne wprowadzenie przez użytkownika danych,
3. użytkowanie Aplikacji na sprzęcie komputerowym nie spełniającym ogólnie przyjętych w branży norm technicznych oraz bezpieczeństwa,
4. użytkowanie Aplikacji na sprzęcie komputerowym nie spełniającym minimalnych parametrów wydajnościowych określonych dla wskazanej ilości stanowisk i producenta motoru bazy danych.
5. użytkowanie Aplikacji w pomieszczeniach z niesprawną lub niewydolną instalacją elektryczną i zasilaniem elektrycznym,
6. działanie wirusa komputerowego,
7. wdrożenia Aplikacji wykonanego w sposób wadliwy, z wyłączeniem sytuacji, w której to było wykonywane przez WYKONAWCĘ,
8. niedomaganie Aplikacji wykryte po wgraniu upgade jeśli ZAMAWIAJĄCY dokonywał w okresie poprzedzającym wgrania powyższych modyfikacji, ingerencji w strukturę bazy danych,
9. działanie osób spoza organizacji ZAMAWIAJĄCEGO,
10. działanie siły wyższej,
11. użytkowanie Aplikacji ze złamaniem obwarowań licencyjnych nałożonych na ZAMAWIAJĄCEGO postanowieniami umowy licencyjnej.

Ze względu na uciążliwość błędy Aplikacji zostały podzielone na cztery grupy:

1. **Dysfunkcja** – Błąd powodujący niewygodę lub uciążliwości w obsłudze ZSI zgłaszany przez większość Użytkowników.
2. **Usterka** – Błąd polegający na niejasności metody interpretacji danych uzyskiwanych z ZSI, spowodowany np. nieadekwatną do sytuacji lub potrzeb Użytkownika nazwą opisującą dane liczbowe na ekranie monitora lub na wydruku.
3. **Stan Awaryjny** – Błąd powodujący działanie ZSI odmiennie od oficjalnych instrukcji użytkowania lub powodujący uzyskiwanie z ZSI niepoprawnych wartości, odmiennych od oszacowań dokonanych na podstawie logicznej analizy algorytmów ZSI.
4. **Stan Krytyczny** – sytuacja uniemożliwiająca prawidłowe użytkowanie ZSI lub jego istotnej części, w zakresie ustalonym przez Strony, wymagająca niezwłocznej interwencji Serwisanta celem przywrócenia stanu funkcjonalnego ZSI sprzed awarii, w tym również usunięcia nieprawidłowości w Bazie Danych. Stan Krytyczny oznacza nieprawidłowość ZSI, która prowadzi do zatrzymania Eksploatacji ZSI w obrębie ścieżek krytycznych, utraty danych lub naruszenia ich spójności, w wyniku której niemożliwe jest prowadzenie bieżącej działalności przy użyciu ZSI.

**Dokumentacja** - podręcznik w formie elektronicznej, zawierający opis użytkowy oprogramowania oraz instrukcję jego obsługi w języku polskim. Integralną częścią dokumentacji są udostępniane biuletyny opisy aktualizacji oprogramowania.

**Upgrade aplikacji** - obejmuje zmiany zakresu funkcjonalnego i użytkowego oprogramowania w ramach poszczególnych Aplikacji oznaczające przynajmniej jedną z poniższych modyfikacji:

1. usprawnienia dotychczasowych mechanizmów,
2. poszerzenia funkcjonalności zastosowanych mechanizmów,
3. dodanie nowych mechanizmów,
4. zmiany estetyczne i formalne.

**Nośnik** – fizyczny środek (materiał lub urządzenie) przechowujący lub przeznaczony do przechowywania w nim danych (ciągów symboli): CD, DVD, PenDrive.

**Serwer** - specjalizowany komputer przeznaczony do gromadzenia i przetwarzania danych, wraz z niezbędnym oprogramowaniem systemowym, a także innym oprogramowaniem koniecznym do pracy oprogramowania aplikacyjnego oraz motoru bazy danych.

**Serwis** – Departament WYKONAWCY, w zakres obowiązków, którego wchodzi między innymi realizacja zobowiązań z tytułu opieki serwisowej i gwarancyjnej.

1. **OGÓLNE WYMAGANIA STAWIANE WOBEC ZAMAWIANEGO ZINTEGROWANEGO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO (ZSI):**
2. System musi pozwalać na wykonywanie kopii zapasowych struktur danych w trakcie jego pracy.
3. System musi posiadać mechanizmy gwarantujące spójność danych.
4. Wymagane jest wzajemne współdziałanie modułów poprzez powiązania logiczne i korzystanie ze wspólnych danych przechowywanych na serwerach.
5. Wszystkie moduły muszą mieć wbudowany system haseł zabezpieczający przed dostępem osób niepowołanych z uwzględnieniem przyznawania praw do różnych funkcji poszczególnym operatorom.
6. Moduły muszą współpracować z aplikacjami typu edytor tekstu, arkusz kalkulacyjny w zakresie eksportu danych.
7. System musi zapewniać aktualizację informacji w bazach danych podczas rutynowych czynności wykonywanych na stanowiskach pracy.
8. System musi być polskojęzyczny oraz posiadać dokumentację w języku polskim w wersji elektronicznej pozwalającą na samodzielną naukę obsługi każdego modułu.
9. System musi posiadać sprawny mechanizm archiwizacji danych. System musi obsługiwać drukarki atramentowe, laserowe.
10. System musi zapewniać obsługę wydruków w formie graficznej w formacie A4, z możliwością zapisu wydruku do pliku oraz podglądu na ekranie.
11. Na stanowiskach użytkowników musi pracować w środowisku graficznym MS Windows lub równoważnym (praca na stacjach roboczych – komputery 64 bitowe oraz 32 bitowe)
12. System musi komunikować się z użytkownikiem w języku polskim, udostępniając mu możliwość korzystania z rozbudowanych podpowiedzi.
13. System musi zapewniać odporność struktur danych (baz danych) na zakłócenia w pracy oraz pozwalać na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również łatwość wykonania ich kopii bieżących.
14. System musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia muszą funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych).
15. System musi odpowiadać warunkom technicznym oraz pozwalać na adaptację warunków organizacyjnych (przy jego eksploatacji), jakie powinny spełniać systemy informatyczne przetwarzające dane osobowe - (warunki te wynikają z ustawy z 28.03.2018 r. o ochronie danych osobowych oraz z Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 29 kwietnia 2004 roku w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych, z późniejszymi aktualizacjami).
16. System musi monitorować wszystkie zdarzenia związane z jego eksploatacją (wprowadzanie danych, ich modyfikacja itp.), przechowując informacje o użytkowniku obsługującym zdarzenie.
17. System musi umożliwiać interoperacyjność z systemami centralnymi budowanymi w obszarze służby zdrowia.
18. System ZSI jest wyprodukowany przez jednego wykonawcę.
19. **WYKONAWCA ZOBOWIĄZANY BĘDZIE DO:**
20. Zamawiający wymaga aby w ramach ZSI:

* Dostarczone moduły systemu ZSI pochodziły od jednego producenta oprogramowania
* Dostarczone moduły systemu ZSI działały na jednym motorze bazy danych

1. Instalacji i konfiguracji oprogramowania aplikacyjnego, sprzętu komputerowego oraz oprogramowania operacyjnego i bazodanowego
2. Świadczenia usługi nadzoru autorskiego i serwisowego przez okres 36 m-cy od daty zakończenia projektu
3. Udzielenia bezterminowej niewyłącznej licencji na użytkowanie wdrożonego oprogramowania aplikacyjnego. Szczegółowy wykaz licencji jest zawarty w Tabeli nr 1 -Wykaz licencji.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania Wykonawców, którzy złożyli oferty, do udziału w procesie weryfikacji zgodności złożonej oferty z wymaganiami SIWZ.

**DOSTAWA LICENCJI MODUŁÓW ZSI – ZINTEGROWANEGO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**

**Tabela 1: Wykaz modułów**

|  |
| --- |
| **Funkcjonalność** |
| Szpital |
| Ruch chorych - Izba przyjęć, statystyka, rozliczanie NFZ |
| Ruch chorych - Obsługa oddziału i tworzenie EDM |
| Obsługa szpitalnego oddziału ratunkowego |
| Zarządzanie blokiem operacyjnym i moduł anestezjolog |
| Obchód lekarski |
| Monitorowanie zakażeń szpitalnych |
| Gospodarka żywieniowa |
| Zlecenia lekarskie |
| Wspomaganie rozliczania umów szpitalnych w systemie JGP |
| Podpisywanie dokumentów podpisem elektronicznym (EDM) |
| Repozytorium EDM |
| Diagnostyka |
| Laboratorium – Rejestracja, obsługa kontrahentów, fiskalizacja, zlecenia |
| Laboratorium – Pracownia analityki |
| Laboratorium – Pracownia patomorfologii |
| Laboratorium – Podłączenie urządzenia diagnostycznego |
| Laboratorium – Prowadzenie kontroli jakości |
| Laboratorium – Podpisywanie wyników badań podpisem elektronicznym |
| Przychodnia |
| Rejestracja, Kasa, Rozliczanie NFZ |
| Gabinet lekarski specjalistyczny, medycyny pracy |
| Pracownia radiologiczna |
| Punkt pobrań |
| Podpisywanie HZiCh podpisem elektronicznym (EDM) |
| Wspomaganie rozliczenia umów ambulatoryjnych w systemie JGP |
| e-Usługi |
| e-Rejestracja, e-Dokumentacja, e-Leki, e-Wyniki |
| Integracja z Systemem Regionalnym |
| Lokalne Oprogramowanie Komunikacyjne |

1. Wszystkie moduły oferowanego ZSI muszą być dostępne wg potrzeb łącznie na 150 stanowiskach komputerowych, bez żadnych ograniczeń do ilości uruchomień poszczególnych modułów lub jednoczesnych użytkowników.
2. Wszystkie moduły oferowanego ZSI muszą być ze sobą zintegrowane. Zamawiający dopuszcza wszystkie technologie i protokoły integracji wewnętrznej poszczególnych modułów ZSI.
3. **DOSTAWA OPROGRAMOWANIA BAZODANOWEGO**

Oprogramowanie bazy danych - licencja bezterminowa, na serwer 1 procesorowy – z asystą 36 miesięcy.

1. **WDROŻENIE - INSTALACJA, KONFIGURACJA I SZKOLENIA ZSI**
2. Pod pojęciem wdrożenia Zamawiający rozumie wszystkie usługi niezbędne do uruchomienia ZSI, w zakresie funkcjonalnym opisanym w SIWZ. Usługi wdrożeniowe realizowane będą według wymagań określonych w SIWZ oraz według załączonego do oferty ramowego harmonogramu wdrożenia - z podziałem na tygodnie.
3. Szczegółowy harmonogram wdrożenia i podziału prac zostanie sporządzony przez Wykonawcę w konsultacji z Zamawiającym do 10 dni od daty podpisania umowy i będzie stanowił jej integralną część. Harmonogram powinien być rozbity na etapy. Każdy etap będzie zakończony podpisaniem protokołu odbioru etapu. Po zakończeniu realizacji wszystkich etapów wskazanych przez Wykonawcę oraz po stwierdzeniu poprawności działania całości przedmiotu zamówienia, podpisany zostanie protokół odbioru końcowego.
4. W ramach wdrożenia zrealizowane zostaną przez Wykonawcę następujące prace:

* analiza procesów
* instalacja baz danych i aplikacji
* konfiguracja baz danych i aplikacji
* konfiguracja kopii bezpieczeństwa dla dostarczanych baz danych i aplikacji
* konfiguracja uprawnień użytkowników
* ustanowienie praw dostępu do poszczególnych funkcji modułów dla ich użytkowników w komórkach organizacyjnych (utworzenie grup uprawnień)
* konfiguracja elementów leczenia, badań, paneli zleceń
* utworzenie słowników (np. kartoteki lekowe, materiałowe, konta księgowe itp.);
* utworzenie szablonów obowiązujących dokumentów tj. max. 50 szablonów i wdrożenie administratora do budowy szablonów dokumentów. Przejście z dokumentacji papierowej na elektroniczną o wzorcach jak najbardziej zbliżonych do funkcjonujących w Placówce;
* szkolenia
* zarządzanie projektem

**W chwili obecnej u Zamawiającego wdrożone i użytkowane są następujące systemy:**

**Cześć szara** - oprogramowanie firmy Kamsoft S.A.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA PODSYSTEMU/MODUŁU** | **ILOŚĆ LICENCJI** |
| 1 | KS-ASW - Magazyn - Licencja na stanowisko | 3 |
| 2 | KS-ASW - Obsługa przetargów (ASW24) - Licencja na moduł | 1 |
| 3 | KS-ASW - Obsługa asortymentu komisowego - Licencja na moduł | 1 |
| 4 | KS-ESM - Ewidencja składników majątkowych - Licencja na stanowisko | 1 |
| 5 | KS-ESM - Obsługa źródeł finansowania - Licencja na moduł | 1 |
| 6 | KS-ESM - RAP Builder - Licencja na stanowisko | 1 |
| 7 | KS-FKW - Finanse-Księgowość - Licencja na stanowisko - 1 i 2 stanowisko | 2 |
| 8 | KS-FKW - Finanse-Księgowość - Licencja na stanowisko - 3-10 stanowiska | 6 |
| 9 | KS-FKW - Wirtualne rachunki - Licencja na moduł | 1 |
| 10 | KS-FKW - Kalkulacja kosztów - Licencja na moduł | 1 |
| 11 | KS-FKW - Fakturowanie - Licencja na moduł | 1 |
| 12 | KS-FKW - Rozliczenia międzyokresowe - Licencja na moduł | 1 |
| 13 | KS-FKW - Rezerwy na należności - Licencja na moduł | 1 |
| 14 | KS-ZZL - Wersja do 400 pracowników, do 8 stanowisk | 1 |
| 15 | KS-ZZL - Moduł Kreatora podwyżek | 1 |
| 16 | KS-ZZL - Moduł KS-RAP Builder | 1 |
| 17 | KS-ZZL - Moduł e-Deklaracje | 1 |
| 18 | KS-ZZL - Moduł obsługi egzekucji | 1 |

**Część biała -** oprogramowanie firmy Kamsoft S.A.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA PODSYSTEMU/MODUŁU** | **ILOŚĆ LICENCJI** |
| 1 | Baza BLOZ-1: odpłatności, wersja do 10 stanowisk | 1 |
| 2 | KS-ASW - Apteka centralna - Licencja na stanowisko | 3 |
| 3 | KS-ASW - Apteczka oddziałowa - Licencja na stanowisko | 9 |
| 4 | KS-ASW - Bank krwi - Licencja na stanowisko | 1 |
| 5 | KS-ASW - Obsługa kodów kreskowych - Licencja na moduł | 1 |
| 6 | KS-MEDIVERIS - Obsługa serializacji - Licencja na stanowisko | 2 |
| 7 | KS-SOLAB - Rejestracja - Licencja na stanowisko | 1 |
| 8 | KS-SOLAB - Pracownia mikrobiologii - Licencja na stanowisko | 1 |
| 9 | KS-SOLAB - Pracownia serologii transfuzjologicznej - Licencja na stanowisko | 1 |
| 10 | KS-SOLAB - Obsługa kontraktów (umowy z płatnikami) i fakturowanie | 1 |
| 11 | KS-SOMED - Obsługa pracowni diagnostycznej (RIS) - Licencja na stanowisko | 2 |
| 12 | KS-SOMED - Podpisywanie HZiCh podpisem elektronicznym (EDM) - Licencja na stanowisko | 2 |
| 13 | KS-SOMED - Rejestracja - Licencja na stanowisko | 1 |
| 14 | KS-SOMED - Połączenie z systemem zewnętrznym HL7 ver 2.3 - Licencja na system | 1 |
| 15 | KS-SERUM - Obsługa Ruchu chorych i rozliczeń z NFZ - Licencja na moduł | 1 |
| 16 | KS-SERUM - Obsługa Rejestracji poradni i rozliczeń z NFZ - Licencja na moduł | 1 |

1. **WYMAGANIA W ZAKRESIE SZKOLEŃ PERSONELU ZAMAWIAJĄCEGO Z OBSŁUGI ZSI**
2. Szkolenia dla personelu musza być zorganizowane i przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego.
3. Założenia:

* przygotowanie i przedstawienie szczegółowego harmonogramu szkoleń,
* szkolenia dot. ZSI musza być prowadzone przez certyfikowanych przez producenta oprogramowania konsultantów. Zamawiający może żądać przedłożenia certyfikatów przed rozpoczęciem szkoleń,
* szkolenia użytkowników systemu muszą być prowadzone w pomiędzy godziną 8.00 i 15.00 w dni robocze (od poniedziałku do piątku). Dopuszcza się inne godziny, po uzyskaniu pisemnej zgody Zamawiającego,

1. Terminy szkoleń w każdej jednostce organizacyjnej będą uprzednio ustalane z kierownikiem projektu po stronie Zamawiającego w taki sposób, aby nie dezorganizować jej pracy.
2. Wykonawca zobligowany jest do przeprowadzenia dwóch etapów szkoleń dla:

- personelu medycznego w łącznej ilości minimum 80 dni szkoleniowych, gdzie 1 dzień szkoleniowy rozumiany jest jako 8 godzin szkoleniowych, po 45 minut każda z nich (szczegółowy harmonogram, podział personelu na grupy, czas trwania szkoleń zostaną ustalone pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą podczas analizy przedwdrożeniowej),

- dla Administratorów w łącznej ilości minimum 6 dni szkoleniowych, gdzie 1 dzień szkoleniowy rozumiany jest jako 8 godzin szkoleniowych, po 45 minut każda z nich,

ETAP 1 - dla personelu medycznego Zamawiającego, przy czym ustala się następujące warunki:

1. szkolenia zakończą się nie później niż na 14 dni roboczych przed rozpoczęciem pracy produkcyjnej ZSI.
2. szkolenia odbędą się w siedzibie Zamawiającego.
3. Zakres szkolenia obejmował będzie - co najmniej następujące tematy:
   * przekazanie podstawowych informacji o systemie i interfejsie użytkownika,
   * omówienie cech oraz funkcji nowego systemu informatycznego,
   * omówienie i praktyczne przećwiczenie obsługi programów,
   * wprowadzanie danych, tworzenie raportów, wykonywania analiz i sprawozdań, tworzenia dokumentów i przekazywania danych innym jednostkom organizacyjnym zakładu oraz instytucjom do tego upoważnionym,
   * omówienie możliwości konfiguracyjnych
4. Szkolenia będą prowadzone w następujących grupach:
   * Szkolenie dla pracowników prowadzących rejestrację (rejestratorka),
   * Szkolenie dla lekarzy,
   * Szkolenie dla pielęgniarek,
   * Szkolenie dla technik radiolog,
   * Szkolenie dla rehabilitant /masażysta,
   * Szkolenie dla statystyk, referent ds. rozliczeń (moduły rozliczeniowe z NFZ i raporty),
   * Szkolenie dla statystyk (statystyki, zamówienia, raporty z pracy itp. ),
   * Szkolenie dla administrator (instalacja, konfiguracja, parametryzacja, przydzielanie uprawnień),
   * Dietetyk, Żywienie.
5. Wykonawca przeprowadzi w siedzibie Zamawiającego  szkolenia grupowe personelu opierając się o następujące założenia:

* grupa szkoleniowa to maksymalnie 10 osób
* czas trwania jednego szkolenia maksymalnie 2 godziny zegarowe

1. Po zakończeniu szkoleń Wykonawca zapewni nadzór autorski nad rozruchem produkcyjnym ZSI w ilości minimum trzech konsultantów w siedzibie Zamawiającego, w wymiarze czasowy wynoszącym minimum 20 dni roboczych (1 dzień roboczy to 7 godzin zegarowych w przedziale od 7:00 do 15:00 w dni robocze, a szczegółowy harmonogram i zakres nadzoru zostaną ustalone pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą podczas analizy przedwdrożeniowej).

ETAP 2 - dla Administratorów

1. szkolenia zakończą się nie później niż na 10 dni roboczych przed podpisaniem protokołu odbioru końcowego,
2. szkolenia powinny odbyć się w siedzibie Zamawiającego, jeżeli to nie będzie możliwe, to Zamawiający poniesie wszystkie koszty związane z przeprowadzeniem szkoleń i ewentualnym uzyskaniem certyfikatów,
3. szkolenia powinny obejmować 40 godz. wykładów i ćwiczeń.
4. Zakres szkolenia administratora musi obejmować co najmniej następujące tematy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka szkolenia** | **Liczba uczestników** | **Czas trwania w godzinach** |
|  | Zarządzanie użytkownikami, uprawnieniami, grupami użytkowników w ZSI | 2 | 4 |
|  | Zarządzanie bazą danych Oracle 19c (administrowanie, tuning). | 2 | 24 |
|  | Zarządzanie raportami, formularzami i wydrukami w ZSI | 2 | 6 |
|  | Obsługa tworzenia oraz odtwarzania kopii danych z macierzy dyskowej i serwera pomocniczego. | 2 | 4 |
|  | Administracja, konfiguracja i zarządzanie ZSI | 2 | 6 |

1. **WARUNKI SERWISU ORAZ ZAKRES USŁUG SERWISOWYCH**
2. **objęcie gwarancyjnym nadzorem autorskim dostarczonego ZSI przez okres min 36 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu umowy**

* **Warunki nadzoru autorskiego**

Usługa musi być realizowana w szczególności poprzez:

1. zapewnienie wsparcia zdalnego i telefonicznego w godzinach od 8:00 do 16:00
2. doradztwo w zakresie rozwoju sieci oraz oprogramowania, planowanie rozbudowy infrastruktury informatycznej
3. zapewnienie oprogramowania w przypadku pojawienia się nowej wersji systemu lub zmian przepisów prawa w tym rozporządzeń NFZ,
4. Możliwość rejestracji zgłoszeń serwisowych poprzez portal www, dostępny 24/7/365
5. Możliwość stałej kontroli postępu w realizacji zgłoszeń na portalu,
6. Możliwość przeglądu zgłoszeń historycznych.

* **Procedura realizacji Nadzoru autorskiego**

1. Zamawiający przesyła zgłoszenie serwisowe za pomocą internetowego systemu zgłoszeń, z zaznaczeniem statusu zgłoszenia. W zależności od wybranego zakresu usług, Zamawiający przesyła zgłoszenia serwisowe, według następujących kryteriów:
2. Usterka,
3. Stan Awaryjny,
4. Stan Krytyczny (ten typ zgłoszenia musi być potwierdzony także w formie dokumentowej),
5. Konsultacje i inne usługi nie objęte nadzorem autorskim.
6. Wykonawca przyjmuje zgłoszenie serwisowe za pośrednictwem serwisu i dokonuje weryfikacji i kwalifikacji statusu wskazanego przez Zamawiającego.
7. Wykonawca ma prawo zmiany kwalifikacji statusu zgłoszenia serwisowego, przy czym każdorazowo zmiana kwalifikacji statusu zgłoszenia wymaga podania uzasadnienia w formie dokumentowej. W przypadku, gdy Zamawiający nie zgadza się ze zmianą kwalifikacji statusu, to może wszcząć procedurę eskalacji. Procedura eskalacji polega na przedstawieniu spornej kwestii do rozstrzygnięcia Kierowników Projektu Stron. Kierownicy Projektu Stron przy rozstrzygnięciu spornej kwestii będą kierować się treścią metodyki Information Technology Infrastructure Library v 2.0 (ITIL - Zarządzanie Usługami IT). Do czasu podjęcia rozstrzygnięcia przez Kierowników Projektu Stron obowiązuje kwalifikacja statusu skorygowana przez Wykonawcę.
8. Zmiana kwalifikacji statusu zgłoszenia serwisowego wymaga uzasadnienia oraz powiadomienia Zamawiającego przez Wykonawcę.
9. Wykonawca potwierdza za pośrednictwem systemu zgłoszeń przyjęcie zgłoszenia serwisowego w terminie nie później niż:
10. 24 Godzin Roboczych w przypadku Usterki lub Konsultacji i innych usług objętych nadzorem autorskim,
11. 6 Godzin Roboczych w przypadku Stanu Awaryjnego,
12. 3 Godzin Roboczych w przypadku Stanu Krytycznego.
13. W celu uniknięcia wątpliwości, jeżeli Zgłoszenie Serwisowe wpłynie po godzinie 16:00, za czas zgłoszenia przyjmuje się godzinę 8:00 pierwszego Dnia Roboczego następującego po dniu dokonania zgłoszenia.
14. Wykonawca jest zobowiązany do realizacji zgłoszenia serwisowego w następujących terminach:
15. Konsultacje i inne usługi nie objęte nadzorem autorskim w terminie ustalonym przez Strony,
16. Usterka w terminie do kolejnej edycji wersji ZSI, jednakże nie później niż 2 miesiące od chwili potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia serwisowego przez Wykonawcę,
17. Stan Awaryjny w terminie do 48 Godzin Roboczych od chwili potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia serwisowego przez Wykonawcę,
18. Stan Krytyczny w terminie 24 godzin od chwili potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia serwisowego przez Wykonawcę.
19. Realizacja zgłoszeń serwisowych w terminach podanych powyżej obowiązuje, jeżeli przyczyna zgłoszenia serwisowego leży po stronie Wykonawcy.
20. W przypadku wystąpienia Stanu Krytycznego Wykonawca może wprowadzić tzw. rozwiązanie tymczasowe, doraźnie rozwiązujące problem Stanu Krytycznego. W takim przypadku czas realizacji zgłoszenia serwisowego, określony w ust. 7 powyżej, nie znajduje zastosowania. Strony ustalą termin realizacji takiego zgłoszenia serwisowego z uwzględnieniem zastosowanego rozwiązania tymczasowego dla możliwości korzystania funkcjonalności ZSI.
21. W przypadku, gdy przyczyna powodująca zgłoszenie serwisowe i potrzebę podjęcia działań serwisowych nie jest spowodowana błędami ZSI, a jej usunięcie wymaga czynności nie związanych bezpośrednio z ZSI, czas realizacji zgłoszenia może być odpowiednio przedłużony o czas realizacji innych czynności nie związanych z ZSI.
22. W przypadku wystąpienia zgłoszenia serwisowego, Zamawiający gwarantuje współpracę w jego realizacji, co najmniej poprzez współdziałanie dedykowanej osoby dostępnej w ciągu całego procesu realizacji zgłoszenia.
23. Wykonawca udostępni Zamawiającemu możliwość bieżącego przeglądania wszystkich zgłoszeń serwisowych wraz z ich statusami, treścią, czasem realizacji, informacji o niezrealizowaniu zgłoszenia serwisowego w terminie oraz danymi osób zgłaszających.
24. **WYMAGANIA TECHNICZNE I FUNKCJONALNE DOT. ROZBUDOWY**

|  |
| --- |
| **Funkcjonalność** |
| **Wymagania ogólne** |
| Wszystkie oferowane moduły ZSI muszą być zgodne z wprowadzanymi i realizowanymi przez CSIOZ projektami P1 (Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych). |
| W każdym zaoferowanym module ZSI, gdzie jest możliwy dostęp do danych pacjenta musi on być możliwy poprzez zeskanowanie kodu kreskowego identyfikującego danego pacjenta. |
| Zaoferowane moduły ZSI muszą być wyposażone w system umożliwiający tworzenie i podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej. Podpisywanie musi być możliwe za pomocą tzw. certyfikatów wewnętrznych oraz mieć możliwość wykorzystania podpisów kwalifikowanych. Możliwość składania podpisu elektronicznego z wykorzystaniem magazynu certyfikatów systemu Windows. Weryfikowanie podpisów elektronicznych złożonych pod dokumentami elektronicznymi z uwzględnieniem wymagań narzucanych przez Infrastrukturę Klucza Publicznego (PKI). Podpisywanie dokumentów XML zgodnie ze standardem XML Signature i XAdES. |
| Ogólnie dostępna w systemie pełna aktualna baza leków (lekospis zawierający wszystkie leki dostępne w obrocie na terytorium RP, aktualny na dzień składania ofert) z opisem, w tym charakterystyka produktu leczniczego oraz aktualny poziom refundacji. Baza musi być aktualizowana w cyklu min. 1 tygodniowym.  Każdy lek znajdujący się na liście musi być w czytelny sposób oznaczony, w ramach jakich dodatkowych uprawnień może być dostępny, np. dla seniorów, dla kobiet w ciąży, dla honorowych dawców krwi, itp. |
| Zamawiający wymaga dostarczenia modułów pozwalających na możliwość korzystania przez pacjentów z e-usług, e-rejestracji, wdrożenie kompleksowej informatyzacji szpitala, poprzez zintegrowanie oferowanego ZSI obejmującego sferę medyczną i administracyjną oraz uruchomienie e-Usług, za pośrednictwem których pacjenci będą mieli możliwość rejestracji, sprawdzenia terminu wizyty w przychodniach /poradniach /pracowniach, pobrania wyników badań laboratoryjnych oraz wyników z pracowni RIS. |
| Moduły ZSI muszą umożliwiać przeglądanie historii zmian dokonywanych na rekordach modułów medycznych przez użytkownika. |
| Oferowane moduły ZSI muszą działać w oparciu o zintegrowaną, wielodostępną relacyjną bazę danych i muszą być zaprojektowany w architekturze klient – serwer. Zamawiający nie określa rodzaju architektury i dopuszcza rozwiązania zarówno dwuwarstwowe, jak i trójwarstwowe. |
| Dostęp do modułów ZSI musi być zabezpieczony za pomocą mechanizmów uwierzytelnienia, tzn. każdemu użytkownikowi przypisuje się jednoznaczny, unikalny identyfikator oraz dane służące uwierzytelnieniu w postaci hasła wpisywanego na klawiaturze. |
| Moduły ZSI muszą pozwalać na pełną obsługę pacjentów od momentu ich zarejestrowania, do momentu zakończenia procesu leczenia oraz umożliwiać udostępnianie zgromadzonych danych zgodnie z przepisami prawa. Moduły te muszą obejmować prowadzenie dokumentacji medycznej, administracyjnej i statystycznej. Moduły ZSI muszą pozwalać na określanie miejsc powstawania kosztów, umożliwiać generowanie raportów do NFZ oraz innych płatników (Fundusze, Firmy Ubezpieczeniowe) jak i do organów państwowych i samorządowych w zakresie, w jakim jest zobowiązany przepisami prawa Zamawiający. |
| Moduły ZSI muszą umożliwiać raportowanie i rozliczanie świadczeń medycznych z NFZ i innymi płatnikami zgodnie z formatem wymiany danych opisanym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (otwarte komunikaty XML: wszelkiego rodzaju raporty do NFZ i innych płatników i raporty zwrotne z NFZ i innych płatników, w tym kolejki oczekujących i inne zgodnie z aktualnymi wymogami prawnymi). |
| Zamawiający dopuszcza interfejs dostarczanym modułów ZSI zarówno typu desktop, jak i dostępny przez przeglądarki. W przypadku interfejsu dostępnego przez przeglądarkę WWW, formatki ekranowe w zaoferowanym ZSI muszą być wyświetlane w jednakowy sposób, niezależnie od platformy systemowej (przeglądarki). |
| Zamawiający wymaga, aby wszystkie moduły i elementy oferowanego ZSI zostały dostarczone w najnowszych opublikowanych wersjach w języku polskim. |
| Zamawiający wymaga, aby wszystkie moduły oferowanego ZSI miały interfejs graficzny. |
| Wdrożenie należy rozumieć jako szereg uporządkowanych i zorganizowanych działań mających na celu wprowadzenie do użytkowania przez Zamawiającego opisanych w niniejszym dokumencie modułów ZSI. |
| Wykonawca zapewni Zamawiającemu udział we wszystkich pracach realizowanych przez Wykonawcę w ramach realizacji przedmiotu zamówienia (m.in. w czasie projektowania, instalacji, konfiguracji i wdrożenia). |
| Moduł ZSI musi umożliwić Zamawiającemu utrzymanie kartoteki pacjentów w następującym zakresie: nazwisko oraz nazwisko panieńskie, imiona pacjenta, numer PESEL pacjenta, inny automatyczny unikalny identyfikator pacjenta w systemie, data urodzenia pacjenta (w przypadku podania numeru PESEL data urodzenia oraz płeć ustawiana jest automatycznie), zdjęcie pacjenta (możliwość importu pliku graficznego i zapisania go w kartotece pacjenta), obywatel polski / obywatel UE / obcokrajowiec spoza UE, narodowość pacjenta – system udostępnia słownik krajów, OW NFZ przynależności pacjenta lub informacja o braku ubezpieczenia, uprawnienia dodatkowe do otrzymywania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, adresy: stały i tymczasowy (miasto, gmina, województwo, kod pocztowy, nazwa ulicy, numer domu, numer mieszkania), adres poczty elektronicznej, dane kontaktowe osoby będącej prawnym opiekunem pacjenta (nazwisko, imię, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon, mail, stopień pokrewieństwa, dodatkowe uwagi), dane kontaktowe osoby upoważnionej przez pacjenta do kontaktu (nazwisko, imię, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon, mail, stopień pokrewieństwa, dodatkowe uwagi), dane kontaktowe osoby upoważnionej przez pacjenta do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta (nazwisko, imię, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon, mail, stopień pokrewieństwa, dodatkowe uwagi), dane kontaktowe osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskania informacji o stanie zdrowia (nazwisko, imię, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon, mail, stopień pokrewieństwa, dodatkowe uwagi) (dane kontaktowe osób wskazanych przez pacjenta zapisywane są bezpośrednio w kartotece pacjenta i nie zostają zapisane jako kartoteki pacjentów), oznaczenie pacjenta „NN”, oznaczenie pacjenta „noworodek”, miejsce urodzenia pacjenta, imię ojca, imię matki (w przypadku pacjenta oznaczonego jako „noworodek” na kartotece pacjenta można wskazać powiązanie z kartoteką matki o ile jest ona pacjentem jednostki), liczba dzieci, rodzaj dokumentu opiekuna pacjenta (numer PESEL, nr identyfikacyjny w UE, dowód osobisty, paszport), numer dokumentu opiekuna pacjenta, seria, numer, data wydania, organ wydający dowodu osobistego, seria, numer, data wydania, organ wydający paszport, seria, numer, data wydania, organ wydający kartę stałego lub tymczasowego pobytu, podmiot gospodarczy z którym powiązany jest pacjent wraz z informacją o typie powiązania (zatrudnienie, ubezpieczenie, szkoła, bank, inne) oraz z datą początku i końca powiązania, informacje dodatkowe o źródle utrzymania (praca etatowa, samodzielna działalność gospodarcza, praca dorywcza, emeryt, rencista, zasiłek dla bezrobotnych, pomoc społeczna), informacje dodatkowe o wykształceniu (podstawowe, gimnazja, średnie, wyższe, brak danych), informacje dodatkowe o zamieszkaniu (samotnie, z rodziną, z innymi osobami, dom akademicki, dom pomocy społecznej, bezdomny, wojsko, inne), informacje dodatkowe o statusie społeczno – zawodowym (uczeń, student, robotnik, rolnik, pracownik umysłowy, emeryt, rencista, bezdomny, bezrobotny, inne), informacje dodatkowe o stopniu niepełnosprawności (pełnosprawny, znaczny, lekki, niepełnosprawny, brak danych), informacje dodatkowe o ubezwłasnowolnieniu (całkowicie, częściowo, nie, brak danych), grupa krwi (wybór ze słownika), możliwość rejestracji dodatkowych ważnych informacji o pacjencie, które wyświetlane są przy wyborze kartoteki ze słownika, NIP pacjenta, numer kontrahenta w systemie finansowo księgowym lub oznaczenie kontrahenta jednorazowego, informacja o zgodzie pacjenta na przetwarzanie danych osobowych. |
| Moduł ZSI musi umożliwić włączenie / wyłączenie funkcji przechowywania historii zmian danych osobowych na kartotece pacjenta (data modyfikacji, pracownik dokonujący modyfikacji oraz opis przyczyny modyfikacji danych). System umożliwia włączenie / wyłączenie walidacji oraz widoczności wybranych pól zawartych w kartotece pacjenta w zależności od konfiguracji systemu. |
| Moduł ZSI udostępnia możliwość rejestracji pacjentów niestandardowych (pacjenci o nieustalonej tożsamości, noworodki bez nadanego numeru PESEL, obcokrajowcy z UE oraz spoza UE) oraz możliwość rejestracji materiałów pochodzenia odzwierzęcego. |
| Moduł ZSI umożliwia Zamawiającemu utrzymanie kartoteki jednostek organizacyjnych w zakresie: nazwa, nazwa skrócona, przypisanie do podmiotu gospodarczego, V, VI, VII oraz VIII części kodu resortowego, przypisanie do ośrodka kosztów. |
| Moduł ZSI umożliwia Zamawiającemu utrzymanie kartoteki grup pracowni laboratoryjnych, grup oddziałów kierujących i grup zleceniodawców (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwa, nazwa skrócona i możliwości przypisania jednostek organizacyjnych. |
| Moduł ZSI umożliwia Zamawiającemu utrzymanie kartoteki jednostek kierujących (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwa, nazwa skrócona, dane adresowe – wybór miejscowości ze słownika miejscowości, NIP, REGON, nr filii jednostki. |
| Moduł ZSI umożliwia Zamawiającemu utrzymanie kartoteki pracowników zlecających (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwisko, imię, skrót, nr prawa wykonywania zawodu, PESEL, data urodzenia, płeć, dane adresowe – wybór miejscowości ze słownika miejscowości, tytuł naukowy, powiązanie z jednostką kierującą – wybór ze słownika jednostek kierujących. System automatycznie nadaje unikalny identyfikator pracownika kierującego przy dodawaniu nowej kartoteki do słownika. |
| Moduł ZSI umożliwia Zamawiającemu utrzymanie kartoteki pracowników wewnętrznych (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwisko, imię, skrót, nr diagnosty laboratoryjnego, informacja o specjalizacji, grupa pracowników (lekarz, inny personel etc.), PESEL, data urodzenia, płeć, dane adresowe – wybór miejscowości ze słownika miejscowości, tytuł naukowy, powiązanie z jednostkami organizacyjnymi – wybór ze słownika jednostek organizacyjnych, powiązanie z operatorem systemu. |
| Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji każdej z powyżej opisanej cech podczas badania prowadzonego przez Wykonawcę na etapie badania oferty (nie obejmuje tych cech, które wyłącznie ze względu na ograniczenia techniczne nie mogą być zweryfikowane na etapie badania oferty). |

**Wymagania szczegółowe**

|  |
| --- |
| **Funkcjonalność** |
| **Szpital (Izba Przyjęć, Rozliczenia z NFZ)** |
| System udostępnia mechanizm podziału kwoty z umowy ryczałtowej na limity dla poszczególnych miejsc wykonywania usług. |
| Mechanizm dzielenia oddziałów na tzw. odcinki. |
| Rezerwacja łóżek dla pacjentów pozwalająca na: zarejestrowanie rezerwacji łóżka w powiazaniu z wpisem do kolejki oczekujących, zarejestrowanie rezerwacji łózka dziennej lub godzinowej, wyświetlenie zajętości łóżek przez pacjentów aktualnie przebywających na oddziale, wyróżnienie w sposób graficznie obrazujący następujące statusy rezerwacji: rezerwacja z przeszłości, pobyt z oddziału, pobyt zamknięty, rezerwacja aktualna. |
| System udostępnia mechanizm rezerwacji łóżek dla pacjentów hospitalizowanych, który umożliwia: wyświetlenie w kolumnach poszczególnych łóżek zdefiniowanych dla oddziałów, wyświetlenie w wierszach kolejnych dni (z wyróżnieniem sobót i niedziel), zarejestrowanie rezerwacji łóżka w powiazaniu z wpisem do kolejki oczekujących, zarejestrowanie rezerwacji łózka dziennej lub godzinowej, wyświetlenie zajętości łóżek przez pacjentów aktualnie przebywających na oddziale, wyróżnienie kolorami następujących statusów rezerwacji: rezerwacja z przeszłości, pobyt z oddziału, pobyt zamknięty, rezerwacja aktualna. |
| Przypisywanie pacjentom łóżek podczas ich przyjęcia do oddziału pozwalający na: przeglądanie aktualnej statystyki zajętości łóżek na oddziale, zarezerwowanie konkretnego łóżka dla pacjenta w kolejce oczekujących. |
| System umożliwia przegląd w Księdze Oddziałowej wszystkich pobytów jednocześnie niezależnie o ich statusów (otwarte, zamknięte etc.) |
| System prezentuje w widoku Księgi Oddziałowej co najmniej następujące informacje: ilość pacjentów na oddziale, numer Księgi Głównej pobytu, numer Księgi Oddziałowej pobytu, status pacjenta oznaczony graficznie (co najmniej: oczekujący na przyjęcie, przyjęty, przeniesiony z innego oddziału, przeniesiony na inny oddział, wypisany, zgon), data przyjęcia oraz data wypisu, lekarz prowadzący czy pacjent aktualnie na zabiegu operacyjnym. |
| Mechanizm konfiguracji walidacji umożliwia konfigurację co najmniej następujących walidacji niezależnie dla każdego oddziału: Liczba obserwacji lekarskich oraz pielęgniarskich wymagana za każdy dzień pobytu; Brak opisu znieczulenia w zabiegu operacyjnym; Brak numeru PESEL pacjenta; Błąd niezrealizowanych zleceń na krew i preparaty krwiopochodne; Brak zarejestrowanych informacji o odleżynach; Brak karty rejestracji nowotworu przy rozpoznaniach z zakresu C00-D09; Błąd niezrealizowanych zleceń na badania laboratoryjne; Liczba obserwacji lekarskich w dniu przyjęcia i w dniu wypisu; Niezamknięty pobyt pacjenta na bloku operacyjnym; Brak formularza protokołu operacyjnego na bloku operacyjnym; Brak karty rejestracji zakażenia dla zarejestrowanego patogenu alarmowego; Błąd niezrealizowanych zleceń na zabiegi operacyjne; Błąd niezrealizowanych zleceń na transport; Błąd niezrealizowanych zleceń na konsultacje; błąd niezrealizowanych zleceń na badania diagnostyczne; Błąd niezrealizowanych zleceń na diety; Brak zarejestrowanych informacji o opiece pielęgniarskiej;  System umożliwia konfigurację wszystkich powyższych walidacji niezależnie co najmniej dla trybów wypisu: wypis do domu, przeniesienie między oddziałami, zgon  System umożliwia oznaczenie badań laboratoryjnych dla których zlecenia nie powinny być automatycznie usuwane przy wypisie pacjenta |
| System udostępnia alfabetyczny rejestr archiwalnej dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w szpitalu. |
| System umożliwia przegląd danych archiwalnych pacjenta dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych pobytów w Szpitalu (rejestr pobytów w lecznictwie otwartym i zamkniętym), z dostępem do wyników badań, konsultacji itp. |
| System umożliwia automatyczne sprawdzanie uprawnień pacjenta eWUŚ podczas przyjęcia pacjenta na izbę przyjęć. System posiada funkcję jednorazowej weryfikacji statusu eWUŚ w przypadku pobytu pacjenta w lecznictwie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym. |
| System umożliwia przyjęcie nowego pacjenta i wprowadzenie danych personalnych z możliwością wykorzystania skorowidza pacjentów. |
| System umożliwia rejestrację nowego pacjenta z wprowadzeniem minimalnego zakresu danych: dane osobowe wymagane przez obowiązujące ustawy (imię/imiona, nazwisko, imiona rodziców, PESEL, data urodzenia i wiek); płeć,; obywatelstwo; nr ewidencyjny w UE (jeżeli dotyczy); automatyczne wprowadzanie daty urodzenia oraz płci pacjenta na podstawie numeru PESEL; oddział NFZ; dane adresowe (adres stały, tymczasowy, elektroniczny, telefon); dane o opiekunie; telefon do osoby upoważnionej; dane osoby, która jest prawnym opiekunem pacjenta; dane osoby która jest faktycznym opiekunem pacjenta; dane osoby upoważnionej do kontaktu; dane osoby upoważnionej do wglądu w dokumentację medyczną; dane osoby upoważnionej do otrzymywania informacji o stanie zdrowia; osoby upoważnione nie są zapisywane w kartotece pacjentów jako pacjenci; możliwość zarejestrowania informacji o tym że pacjent nikogo nie upoważnia; dane ojca (w zakresie zgodnym z zakresem danych dla pacjenta w bazie danych); dane matki (w zakresie zgodnym z zakresem danych dla pacjenta w bazie danych); dane o urodzeniu; dane o rodzinie pacjenta (w tym dane opiekuna (SWX) oraz opiekuna eWUŚ); dokumenty tożsamości; dane o ubezpieczeniu (uprawnienia do świadczeń); dane karty DiLO: numer identyfikacyjny, data sporządzenia, miejsce wydania, lekarz wydający kartę, świadczeniodawca, data początku i końca obowiązywania karty; dane sesji terapeutycznych w ramach pobytu pacjenta, informacje dodatkowe (grupa krwi, dializa, fenotyp); możliwość ewidencji informacji o grupie krwi pacjenta wraz z określeniem źródła pochodzenia informacji oraz datą utworzenia, autorem wpisu i możliwością zarejestrowania uwag; możliwość wydzielenia uprawnienia do zmiany grupy krwi wprowadzonej na kartotece pacjenta: użytkownik może wypełnić pole puste, ale nie może modyfikować pola wypełnionego; ważne informacje dot. uczuleń pacjenta na konkretny składnik leku lub dot. alergii pacjenta. Informacja ta prezentowana jest użytkownikowi podczas zlecania leku o ile wybrany został lek na który pacjent jest uczulony. |
| System umożliwia wprowadzenie dokumentu ubezpieczeniowego z datą jego ważności. |
| System umożliwia wprowadzenie Pacjentów anonimowych NN. |
| System umożliwia przyjęcie nowego pacjenta NN z wprowadzeniem minimalnego zakresu danych (Płeć). |
| System umożliwia rejestrację pobytu pacjenta w Izbie Przyjęć z obligatoryjnym odnotowaniem danych przyjęciowych: tryb przyjęcia (m.in.: tryb nagły, planowane poza kolejnością, planowane ze skierowaniem, przymusowy); data przyjęcia; kierowany przez (bez skierowanie, POZ, poradnia specjalistyczna, pogotowie ratunkowe, inny szpital) VII i VIII część kodu resortowego jednostki kierującej, REGON, nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego. |
| System umożliwia odnotowanie odmowy przyjęcia do szpitala – wpis do Księgi Odmów. |
| System umożliwia skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział z możliwością m.in.: ustalenia trybu przyjęcia, wydruku pierwszej strony historii choroby oraz nadania numeru Księgi Głównej. |
| System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi Głównej z następującym zakresem informacji: numer pacjenta w księdze; numer noworodka; status wpisu; imię i nazwisko pacjenta; numer PESEL pacjenta; data przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta; data planowanego wypisu; czy istnieje zlecenie; liczba dni pobytu; rodzaj płatnika; czy wprowadzono rodzaj karty ubezpieczenia; izba, w ramach której został dodany wpis; status eWUŚ; rehabilitacja: liczba miesięcy od zachorowania, rehabilitacja: liczba dni od wypisu; rehabilitacja: ocena Barthel ADL; rehabilitacja: ocena ASIA; rehabilitacja: ocena wg GMFCS; rehabilitacja: ocena wg skali zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych; rehabilitacja: ocena zaburzenia znacząco zwiększającego wymagania dla rehabilitacji; śpiączka u dzieci: data przyjęcia do zakładu; śpiączka u dzieci: data wybudzenia ze śpiączki; śpiączka u dzieci: identyfikator programu zdrowotnego; dane karty statystycznej: czas przygotowania; dane karty statystycznej: czas wprowadzania, |
| System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze Głównej z minimalnym zakresem informacji: dane podstawowe: dane pacjenta, oddział NFZ, data urodzenia, czy noworodek, tryb przyjęcia, czy odleżyny podczas przyjęcia, data i godzina przyjęcia, aktualny oddział, rodzaj Księgi Głównej; rozpoznania zasadnicze; rozpoznanie wstępne; informacje o przedmiotach w depozycie; wywiad i badania z przyjęcia; parametry hospitalizacji: tryb hospitalizacji, charakter hospitalizacji, numer wersji grupera, tryb realizacji hospitalizacji, wskaźnik zgody, typ hospitalizacji, rodzaj hospitalizacji.  W przypadku rejestracji karty noworodka system musi posiadać mechanizm weryfikacji prawdopodobieństwa wystąpienia konfliktu serologicznego. Jeżeli matka dziecka posiada grupę krwi z czynnikiem “Rh–”, a ojciec “Rh+”, to istnieje możliwość wystąpienia konfliktu serologicznego, co musi być oznaczone w widoczny sposób na karcie noworodka. |
| System umożliwia wpis pacjenta do Księgi Głównej za pomocą skróconego schematu rejestracji z pominięciem Izby Przyjęć. Skrócony schemat wpisu pacjenta do Księgi Głównej dostępny powinien być bezpośrednio w oddziałach szpitalnych i umożliwiać rejestracje przyjęcia pacjenta zgłaszającego się bezpośrednio do oddziału. |
| System umożliwia przyjęcie pacjenta do Księgi Głównej z datą inną niż w rejestrze izby przyjęć. |
| System umożliwia identyfikację kolorem pól obligatoryjnych. |
| System umożliwia walidację poprawności REGON’u jednostki kierującej. |
| System umożliwia walidację poprawności numeru prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego. |
| System pozwala na dostęp do kartoteki pacjenta z możliwością zmiany danych. |
| System umożliwia podgląd stanu łóżek na oddziale, do którego przyjmowany jest pacjent, z podziałem na płeć. |
| System ostrzega użytkownika o braku wolnych łóżek na oddziale podczas przyjmowania pacjenta na oddział. |
| System umożliwia prowadzenie ewidencji Rejestru wstępnego (czyli wykazu pacjentów zaplanowanych do przyjęcia lub będących w trakcie przyjmowania do szpitala) z następującym zakresem informacji: numer pacjenta w Rejestrze; status wpisu; nazwisko i imię pacjenta; numer PESEL pacjenta; data i godzina przyjęcia; data planowana wypisu; numer pacjenta w rejestrze Izby przyjęć; czy istnieje zlecenie; jednostka, w ramach której został dodany wpis; status eWUŚ. |
| System umożliwia wypis pacjenta z Rejestru do Księgi Głównej lub do Księgi odmów i porad ambulatoryjnych. |
| System umożliwia rejestrację pacjentów w Rejestrze z minimalnym zakresem informacji: dane z przyjęcia: rodzaj izby przyjęć, rodzaj Rejestru, dane pacjenta, pracownik przyjmujący, data przyjęcia, czy istnieje zlecenie, numer w Rejestrze, planowana data wypisu; dane z wypisu: data zakończenia (wypisu), tryb wypisu (przyjęcie do Księgi Głównej, przyjęcie do Księgi odmów i porad), oddział, do którego zostanie wypisany pacjent, tryb przyjęcia, numer w Księdze Odmów i Porad lub numer w Księdze Głównej, typ pobytu, rodzaj wypisu, powód odmowy; rozpoznania; dane dodatkowe: wartości badane. |
| System umożliwia prowadzenie w Rejestrze ewidencji wykonanych pacjentowi elementów leczenia (formularze, procedury, leki, badania, konsultacje, itp.), ze statusami (zlecone, wykonane) oraz ze znacznikami czasowymi i personelu zlecającego i wykonującego. |
| System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi oczekujących z następującym zakresem informacji: numer w Księdze oczekujących; status wpisu; nazwisko i imię pacjenta; numer PESEL pacjenta; data wpisu; data planowana; data zamknięcia; data planowanego wypisu; skrót kolejki; skrót oddziału; numer w rejestrze Izby przyjęć; płatnik; rodzaj powiadomienia pacjenta; czy istnieje zlecenia; izba, w ramach której został dodany wpis; oznaczenie przypadku pilnego; czy wykonano eksport w statystyce kolejek oczekujących; rodzaj kolejki (stacjonarna, ambulatoryjna). |
| System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze oczekujących z minimalnym zakresem informacji: dane Księgi oczekujących: dane pacjenta, data urodzenia, numer w Księdze oczekujących, telefon pacjenta, nazwa oddziału, pracownik wpisujący, łóżko, w jaki sposób powiadomić pacjenta o ewentualnej zmianie terminu, tryb wypisu, opis, data wpisu, data planowanego przyjęcia, data zamknięcia, czy istnieje zlecenie, data przyjęcia, data planowanego wypisu, numer w KSOP lub KSGL, czy pacjent powiadomiony, oznaczenie przypadku (pilny, stabilny, onkologiczny), czy zaplanować dietę; kolejka do świadczenia: kod kolejki, planowana data świadczenia, czy pacjent skreślony z kolejki, przyczyna skreślenia z kolejki, data skreślenia, numer wpisu do kolejki, pozycja w kolejce; powiadomienie: przyczyna powiadomienia pacjenta, uzasadnienie, sposób powiadomienia, pracownik, który powiadomił pacjenta, data ustalenia powiadomienia, data powiadomienia. |
| System umożliwia przyjęcie pacjenta na oddział korzystając bezpośrednio z Księgi Oczekujących wraz z danymi pacjenta w niej zarejestrowanymi. |
| System umożliwia przypięcie aktywnej (niezamkniętej) kolejki oczekujących do dowolnego pobytu na oddziale pacjenta. |
| System umożliwia skreślenie pacjenta z kolejki oczekujących z podaniem przyczyny. |
| System umożliwia grupową zmianę planowanych terminów w kolejce oczekujących. |
| System umożliwia prowadzenie w Księdze odmów i porad ewidencji wykonanych pacjentowi elementów leczenia (procedury, świadczenia, leki, badania, konsultacje, itp.), ze statusami (zlecone, wykonane) oraz ze znacznikami czasowymi i personelu zlecającego i wykonującego |
| System umożliwia ustawienie dla komórki wewnętrznej typu Izba Przyjęć, wartości domyślnych dodawanego wpisu w Księdze Odmów i Porad Ambulatoryjnych, w tym: domyślny rodzaj wypisu; domyślny tryb przyjęcia; domyślny typ pobytu; domyślny kod świadczenia. |
| System umożliwia rejestrację dokumentów rozchodu leków z poziomu Księgi odmów i porad ambulatoryjnych. |
| System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi oddziałowej z poziomu Izby przyjęć. |
| System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze oddziałowej z poziomu Izby przyjęć. |
| System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi zgonów z następującym zakresem informacji: numer w Księdze zgonów; nazwisko i imię pacjenta; numer PESEL pacjenta; data zgonu. |
| System umożliwia wprowadzenie rozpoznań w ramach historii choroby: wstępnych; ze skierowania; dodatkowych; przyczyn zgonu (w przypadku zgonu pacjenta). |
| System umożliwia wydruk wymaganych dokumentów (np. karta informacyjna, karta odmowy przyjęcia do szpitala, itp.) z zakresu danych gromadzonych w systemie. |
| System umożliwia przegląd, edycję i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia. |
| System umożliwia obsługę elektronicznych zleceń w ramach ZSI: wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (badania) do jednostki realizującej (np. pracownia diagnostyczna, laboratorium); śledzenie stanu wykonania zlecenia (statusy: zlecone, zrealizowane); zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (np. wyniku badania). |
| System umożliwia włączenie kontroli ponownego pobytu pacjenta w okresie krótszym niż 14 dni w Księdze Głównej i Księdze oddziałowej. |
| System umożliwia weryfikację okresów finansowania i uprawnienia dla określonego zestawu świadczeń. |
| System umożliwia drukowanie recept Rp i Rpw zgodnie z obowiązującymi wzorami. |
| System umożliwia wydruk kodów kreskowych i podstawowych danych na opaskach identyfikacyjnych. |
| System umożliwia odczytanie wydrukowanych kodów na opaskach przez czytniki kodów, sprzężone z systemem informatycznym. Czytniki nie są elementem postępowania. |
| System umożliwia przegląd i wydruk ksiąg: Księga Izby Przyjęć; Księga Główna; Księga Oczekujących; Księga Odmów i Porad Ambulatoryjnych; Księga Zgonów. |
| Wszystkie zebrane informacje przed przyjęciem pacjenta do szpitala przenoszą się odpowiednio do docelowej Księgi pacjenta (głównej, odmów i porad ambulatoryjnych) |
| Oznaczanie podmiotu na podstawie następujących danych: nazwę podmiotu; adres podmiotu, wraz z numerem telefonu; kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 1 pkt. 4a ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej, zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej; nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego; nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej; numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską - w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej, |
| Zestawienie Ruchu Chorych zawiera m.in. następujące dane: liczba łóżek na oddziale (A rzeczywiste, B rejestrowe). |
| Wyszczególnienie obłożenia – liczbowe z podziałem na mężczyzn, kobiety i dzieci: pozostało z dnia poprzedniego; przyjęto do szpitala; przyjęto z innego oddziału; razem leczono; przeniesiono na inny oddział; wypisano ze szpitala; zmarło; razem ubyło; pozostało pacjentów na dzień bieżący; liczba łóżek rzeczywistych nieobłożonych; liczba łóżek rzeczywistych w remoncie. |
| Zestawienie ilości pacjentów w szpitalu z podziałem na oddziały. Dzienne sprawozdanie z działalności szpitala. |
| Generowanie zestawienia liczbowego ruchu chorych całego szpitala, z podziałem na oddziały – liczbowo, oraz z podziałem na: A) mężczyzn, B) kobiety, C) dzieci. W tym m.in.: stan z poprzedniego dnia; przybyło; wypisano; zmarło; stan na dzień bieżący; razem: A) mężczyzn, B) kobiety, C) dzieci; ogółem; dializy: A) mężczyzn, B) kobiet, C) dzieci, ogółem. |
| Tabela-zestawienie miesięczne sumaryczne, Dzień: hospitalizacje; przyjęcia; wypisy; zgony; wypisy i zgony. |
| Księga Główna przyjęć i wypisów (zapisy zgodne z § 26 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) zawiera: dane identyfikujące Szpital; numer kolejny pacjenta w księdze; datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24 godzinnym; imię i nazwisko pacjenta; kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał; rozpoznanie wstępne; rozpoznanie przy wypisie; określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje; datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta — datę zgonu; adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany; adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane; przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach; oznaczenie lekarza wypisującego; numer karty depozytowej. |
| Generowanie listy wyborów –z pozycji oddziału, zawierającej: PESEL; data urodzenia w układzie (rok, miesiąc, dzień); nazwisko; imię; imię ojca; gmina; miejscowość; ulica; nr budynku; nr lokalu. |
| Księga Odmów Przyjęć i porad ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć (zapisy zgodne z § 27 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) zawiera: dane identyfikujące Szpital; numer kolejny pacjenta w księdze; imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta; oznaczenie lekarza kierującego; datę zgłoszenia się pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotację o braku skierowania; istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych; rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu; informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi; datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala; adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego; adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane; oznaczenie lekarza. |
| W przypadku, gdy pacjent odmawia podpisania adnotacji o braku zgody informację o tym zamieszcza się w księdze. |
| W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach. |
| Generowanie Listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (zapisy zgodne z § 28 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania): dane identyfikujące Szpital; numer kolejny pacjenta; datę i godzinę dokonania wpisu; oznaczenie pacjenta; rozpoznanie lub powód przyjęcia; numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem; termin udzielenia świadczenia zdrowotnego; datę i przyczynę skreślenia; imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu. |
| Komunikacja Raportu Lekarskiego i Pielęgniarskiego z modułem zleceń w celu pobrania informacji o zleconych badaniach. |
| Księga raportów lekarskich zawiera (zapisy zgodne z § 30 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania): dane identyfikujących Szpital (oznaczenia zgodne z § 10 ust. 1 pkt. 1 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania); numer kolejny wpisu; datę sporządzenia raportu; treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania; oznaczenie lekarza dokonującego wpisu. |
| Księga raportów pielęgniarskich zawiera (zapisy zgodne z § 31 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania): dane identyfikujących Szpital, (j. w.); numer kolejny wpisu; treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania; statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych; datę sporządzenia raportu; oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu. |
| Księga zabiegów zawiera (zapisy zgodne z § 32 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania): dane identyfikujących Szpital (j. w.); numer kolejny pacjenta w księdze; datę wykonania zabiegu; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; oznaczenie lekarza zlecającego zabieg; a w przypadku, gdy zlecającym jest inny podmiot — także oznaczenie tego podmiotu; adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu; oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych. |
| Księga bloku operacyjnego zawiera (zapisy zgodne z § 33 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania): dane identyfikujących Szpital (j. w); numer kolejny pacjenta w księdze; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; rozpoznanie przedoperacyjne; oznaczenie lekarza kierującego na zabieg albo operację (a w przypadku, gdy kierującym jest inny podmiot — także oznaczenie tego podmiotu; oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; (uwaga czas zabiegu konieczny jest do wykazu –część analizy –Departament Zdrowia zadaje pytania dotyczące czasu zabiegu); adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu albo operacji; szczegółowy opis zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne; rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa; oznaczenie osób wchodzących odpowiednio, w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu. |
| Przeglądanie historii łóżka (informacje o tym jaki pacjent leżał na łóżku w jakim okresie czasu) dla celów epidemiologicznych |
| Przeglądanie historii pacjenta (informacje o tym na jakim łóżku leżał pacjent w jakim okresie czasu) dla celów epidemiologicznych |
| Mechanizm konfiguracji walidacji danych umożliwiający ustawienie co najmniej następujących walidacji niezależnie dla każdego oddziału (walidacja, czyli sprawdzenie czy wszystkie wymagane informacje lub dokumenty zostały wprowadzone lub utworzone dla danego pobytu /hospitalizacji) oraz dla trybów wypisu: wypis do domu, przeniesienie między oddziałami, zgon: liczba obserwacji lekarskich oraz pielęgniarskich wymagana za każdy dzień pobytu, brak opisu znieczulenia w zabiegu operacyjnym, brak numeru PESEL pacjenta, istniejące niezrealizowane zlecenia na krew i preparaty krwiopochodne, brak zarejestrowanych informacji o odleżynach, brak karty rejestracji nowotworu przy rozpoznaniach z zakresu C00-D09, istniejące niezrealizowane zlecenia na badania laboratoryjne, liczba obserwacji lekarskich w dniu przyjęcia i w dniu wypisu, niezamknięty pobyt pacjenta na bloku operacyjnym, brak formularza protokołu operacyjnego na bloku operacyjnym, brak karty rejestracji zakażenia dla zarejestrowanego patogenu alarmowego, istniejące niezrealizowane zlecenia na zabiegi operacyjne, istniejące niezrealizowane zlecenia na transport, istniejące niezrealizowane zlecenia na konsultacje, istniejące niezrealizowane zlecenia na badania diagnostyczne, istniejące niezrealizowane zlecenia na diety, brak zarejestrowanych informacji o opiece pielęgniarskiej. |
| System posiada mechanizm konfiguracji tzw. grupy (kategorie, rodzaje) dokumentacji medycznej, z możliwością przypisania formularzy dokumentacji medycznej oraz funkcji (formatek) umożliwiających prowadzenie dokumentacji medycznej do tak utworzonych grup dokumentacji medycznej z określoną grupą właścicieli (lekarze, pielęgniarki).  System umożliwia utworzenie tzw. grupy użytkownika i przypisanie do niej dowolnych formularzy dokumentacji medycznej  System umożliwia utworzenie tzw. grupy funkcjonalnej i przypisanie do niej co najmniej następujących funkcjonalności: rejestracja obserwacji lekarskich, rejestracja obserwacji pielęgniarskich, rejestracja obserwacji logopedy, rejestracja obserwacji psychologa, rejestracja obserwacji terapeuty zajęciowego, rejestracja konsultacji, rejestracja plików pacjenta (dołączonych do historii choroby zeskanowanych dokumentów lub innych dowolnych plików elektronicznych), rejestracja indywidualnych kart obserwacji, rejestracja indywidualnych kart opieki pielęgniarskiej, rejestracja ocen pacjentów w skalach medycznych, rejestracja wartości badanych, rejestracja epikryzy i zaleceń przy wypisie pacjenta, rejestracja karty informacyjnej lekarskiej, rejestracja karty informacyjnej pielęgniarskiej.  Mechanizm umożliwia nadanie każdej z powyższych funkcjonalności dowolnej nazwy grupy (kategorii) oraz ułożenie ich w kolejności określonej na poziomie indywidualnego oddziału |
| Tworzenie grup formularzy dokumentacji medycznej używanej przez personel oraz grup innych funkcji pozwalających na tworzenie dokumentacji medycznej (np. obserwacje, indywidulane karty opieki, karty konsultacji, ocen pacjentów w skalach medycznych, rejestracji wartości badanych).  Dla takiej grupy można określić właściciela (lekarze i/lub pielęgniarki) oraz kolejność jej prezentacji na ekranie. Mechanizm musi umożliwiać nadanie każdej z grup funkcjonalności dowolnej nazwy grupy (kategorii) oraz ułożenie ich w kolejności określonej na poziomie indywidualnego oddziału. |
| Zaznaczenie do wypełnienia kilku dokumentów medycznych, a następnie wyświetlanie ich kolejno do uzupełnienia (bez konieczności każdorazowego wskazywania dokumentu). |
| Zestawienie z kosztów bezpośrednich hospitalizacji pacjenta w Księdze Oddziałowej, zawierające elementy: data i źródło powstania kosztu, typ zasobu (pracownik, usługa, towar), wartość jednostkowa kosztu, ilość, wartość kosztu, podsumowanie kosztów w rozbiciu na usługi, badania, leki i materiały oraz posiłki |
| **Szpital (Oddział, Dokumentacja medyczna)** |
| System umożliwia prowadzenie Księgi Oddziałowej zgodnie z aktualnymi wymaganiami stosownego Rozporządzenia Ministra Zdrowia. |
| System umożliwia prowadzenie dla oddziału następujących dodatkowych ksiąg zgodnych z aktualnymi wymaganiami stosownego Rozporządzenia Ministra Zdrowia: Księga Odmów i Porad Ambulatoryjnych; Księga Zabiegów Operacyjnych. |
| System umożliwia konfigurację grup oddziałów oraz odcinków. W przypadku zalogowania się użytkownika do grupy oddziału – dostępne są dla niego wszystkie wpisy w księgach oddziałowych wszystkich oddziałów zgrupowanych jako oddział z wyraźnym oznaczeniem oddziału. |
| System umożliwia rejestrację wpisów na oddziałach typu: noworodkowy; położniczy; noworodkowo-położniczy; intensywnej terapii; anestezjologiczny. |
| System posiada mechanizm definiowania struktury oddziałów szpitalnych.  Dla każdej komórki organizacyjnej typu oddział można w systemie określić co najmniej następujące parametry: nazwa; skrót; kody resortowe: V,VI, VII, VIII; powiązanie z ośrodkiem kosztów wraz z określeniem czasu trwania przypisania; możliwość zdefiniowania odcinków funkcjonujących w ramach oddziału; telefon; adres e-mail; ordynator; pielęgniarka oddziałowa; typ komórki: oddział; rodzaj oddziału: noworodkowy, położniczy, intensywnej terapii, anestezjologiczny; czy na oddziale włączona jest obsługa sal; czy na oddziale włączona jest obsługa sal i łóżek; czy na oddziale jest możliwa seria pobytów (wyjścia i wejścia z oddziału); rodzaj księgi głównej w ramach której oddział rejestruje pobyty;  konfiguracja indywidualnych preferencji oddziału: domyślny tryb wypisu pacjenta, domyślny słownik rozpoznań, domyślny tryb hospitalizacji, czy oddział rejestruje pobyty niezależne, domyślny typ świadczenia, domyślny kod świadczenia;  konfiguracja indywidualnych preferencji oddziału w zakresie rejestracji zleceń na leki: dostępne dla oddziału słowniki z których możliwy będzie wybór leku: towary grupowane po nazwie handlowej lub międzynarodowej, ogólnodostępny słownik wszystkich leków zarejestrowanych do sprzedaży na terenie kraju, leki złożone, leki robione, możliwość ręcznego zapisania zlecenia, dostępne sposoby podawania leku: dzienne, godzinowe, opisowe, doraźne, wlew ciągły.  Dodatkowe: możliwość stosowania zamienników leku, możliwość zablokowania zlecenia dwukrotnie tego samego leku w ramach 24h, sposób kontroli sposobu podawania leku, sposób kontroli jednostki miary zlecanego leku, możliwość dodawania leków po wypisie pacjenta, wymagalność antybiogramu przy zlecaniu antybiotyku, weryfikacja poziomu uprawnień do zlecenia leku (standardowe, ordynatorskie, dyrektorskie etc.), weryfikacja uprawnień ATC, weryfikacja podzielności leku;  konfiguracja indywidualnych walidacji oddziału: kontrola istnienia niezrealizowanych zleceń na badania diagnostyczne, laboratoryjne, dietę, konsultacje, kontrola istnienia karty zgłoszenia nowotworu przy rozpoznaniach z zakresu C00 – D09, kontrola istnienia wymaganej ilości obserwacji pielęgniarskich i lekarskich, kontrola istnienia informacji o odleżynach, kontrola istnienia formularza opisu operacji, kontrola istnienia karty zakażeń dla zarejestrowanego patogenu alarmowego, kontrola niezamkniętego pobytu pacjenta na bloku operacyjnym.  Każda z tych walidacji może być ustawiona dla konkretnego oddziału jako blokada możliwości wypisania pacjenta lub ostrzeżenie;  Możliwość określenia domyślnych procedur ICD9 oraz domyślnych świadczeń, które dodawane będą przez system automatycznie do każdego pobytu przy przyjęciu pacjenta lub wypisie w zależności od konfiguracji; zdefiniowanie struktury oddziału w zakresie sal i łóżek.  Dla każdej sali możliwe jest określenie następujących parametrów: nazwa, typ (męska, żeńska, dynamiczna, mieszana), rodzaj (zwykła, operacyjna, wybudzeń, VIP). Dla każdego łóżka możliwe jest określenie następujących parametrów: nazwa, typ (męskie, żeńskie, dowolne). |
| System udostępnia mechanizm seryjnego tworzenia łóżek na oddziale po uprzednim wskazaniu ilości do utworzenia oraz sposobu ich numerowania. |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w Księdze Oddziałowej wg co najmniej następujących kryteriów: nazwisko i imię; PESEL; numer w Księdze Głównej; numer w Księdze Oddziałowej; wiek pacjenta; data urodzenia pacjenta; płeć (K/M); identyfikator świadczenia; identyfikator pozycji rozliczeniowej. |
| System umożliwia zarejestrowanie przyjęcia pacjenta do Księgi Oddziałowej w dwóch trybach: standardowo przez Izbę Przyjęć lub bezpośrednio na oddziale z pominięciem Izby Przyjęć. W obu przypadkach możliwe jest zarejestrowanie takiego samego zestawu informacji o pacjencie. |
| System umożliwia pobranie informacji o uprawnieniach pacjenta do otrzymywania nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych za pomocą systemu eWUŚ. Jeśli pacjent w tym samym dniu przyjęty był w przychodni – informacja ta jest automatycznie pobierana do hospitalizacji bez potrzeby ponownej weryfikacji. |
| System umożliwia automatyczne sprawdzanie uprawnień eWUŚ dla pacjentów przebywających w szpitalu oraz planowanych do przyjęcia w danym dniu. Sprawdzenie dobywa się o określonej godzinie bez konieczności uruchomienia aplikacji HIS. Wysyłanie komunikatów mailowych o udanych i nieudanych próbach sprawdzeniach pacjentów. Automat eWUŚ działający jako usługa systemu operacyjnego. |
| System umożliwia zarejestrowanie przyjęcia pacjenta w Księdze Oddziałowej wraz z pełnym zakresem informacji, określonym w stosownym rozporządzaniu Ministra Zdrowia oraz dodatkowo: rodzaj pobytu (wewnętrzny słownik świadczeniodawcy); sala i łóżko pobytu pacjenta; lekarz przyjmujący pacjenta i / lub lekarz prowadzący pacjenta; rozpoznanie wstępne zgodnie z klasyfikacją ICD10; ocena pacjenta w skali Waterlow; ocena pacjenta w skali Norton; ocena pacjenta w skali Douglas; ocena pacjenta w skali Braden; ocena pacjenta w skali CBO, ocena pacjenta w skali Wellsa (ZŻG), ocena pacjenta w skali HAS-BLED, ocena pacjenta w skali NYHA, ocena pacjenta w Krótkim Teście Stanu Psychologicznego, ocena pacjenta w skali MMSE, ocena pacjenta w skali Hamiltona HAM-D, ocena pacjenta w skali GDS, ocena pacjenta w skali TINETTI, ocena pacjenta w skali IADL, ocena pacjenta w skali APACHE II, ocena pacjenta w skali KATZA – ADL, ocena pacjenta w skali VES-13, ocena pacjenta w skali HARRISA, ocena pacjenta w skali ZUBRODA-ECOG-WHO, ocena pacjenta w skali SOFA, ocena pacjenta w skali NRS-202, ocena pacjenta w skali SAPSII;  Dla każdej z powyższych ocen możliwość zarejestrowania dodatkowych uwag; pomiary podstawowych parametrów pacjenta przy przyjęciu: temperatura, ciśnienie, tętno, waga, wzrost oraz automatyczne wyliczenie BMI. |
| System umożliwia automatyczne dodanie domyślnej diety podczas przyjęcia pacjenta, zarejestrowanie informacji o tzw. kategorii opieki pielęgniarskiej, zarejestrowanie informacji o umiejscowieniu odleżyny. |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów lub grup pacjentów wg określonych parametrów (możliwość zastosowania zaawansowanych filtrów): nazwisko i imię; PESEL; numer Księgi Głównej; numer Księgi Oddziałowej; wiek pacjenta; data urodzenia; płeć (K/M); id świadczenia; id pozycji rozliczeniowej; data przyjęcia; lekarz prowadzący; status wpisu. |
| System udostępnia dla Księgi Oddziałowej następujący minimalny zakres filtrów: data przyjęcia, wypisu, modyfikacji, pobytu, planowanego wypisu; lekarz prowadzący; lekarz przyjmujący; wpisy: otwarte, zamknięte, zmarli, zatwierdzone, niezatwierdzone; rodzaj pobytu; JGP: wyznaczone, tylko potencjalne, nie wyznaczone; nr ubezpieczenia: jest, nie ma; płatnik: NFZ, prywatny, inna jednostka; sale; produkt JGP. Wszystkie powyższe filtry mogą zostać ukryte w widoku Księgi Oddziałowej. |
| System umożliwia cofnięcie przyjęcia pacjenta na oddział. |
| System umożliwia modyfikację kartoteki pacjenta zarejestrowanej na Izbie Przyjęć. |
| System umożliwia zmianę sali i łóżka pobytu pacjenta. |
| System umożliwia zmianę lekarza prowadzącego pacjenta oraz przechowuje pełną historię zmian lekarza prowadzące w następującym minimalnym zakresie: nazwisko i imię lekarza, data od, data do. |
| System automatycznie wyświetla w Księdze Oddziałowej rozpoznanie wstępne zarejestrowane na Izbie Przyjęć. |
| System prezentuje Księgę Oddziałową w postaci siatki danych na której wyświetlane są co najmniej następujące informacje: numer księgi głównej; numer księgi oddziałowej; nazwisko i imię pacjenta; numer PESEL pacjenta; nazwisko i imię lekarza prowadzącego; data przyjęcia; data wypisu; płatnik. |
| W przypadku kliknięcia na nagłówki kolumn system sortuje dane wg wybranej kolumny rosnąco lub malejąco. |
| System graficznie wyróżnia pobyty pacjentów w zależności od ich statusu: nowo przyjęty z Izby Przyjęć, nowo przyjęty z innego oddziału, leżący, wypisany do domu, wypisany na inny oddział, zmarł. |
| Dla każdego pacjenta, zarejestrowanego w Księdze Oddziałowej system umożliwia zarejestrowanie następujących elementów leczenia oraz elementów dodatkowych: rozpoznania zgodnie z katalogiem ICD10; wykonane procedury ICD9 oraz wykonane świadczenia do rozliczenia z OW NFZ; pomiar wartości badanych; zlecenia lekarskie i pielęgniarskie w zakresie opisanym w odrębnej części dokumentu; zlecenia na zabiegi w tym także zabiegi rehabilitacyjne; zlecenia dodatkowe; dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami stosownego Rozporządzenia Ministra Zdrowia, |
| System umożliwia rejestrację pomiarów następujących wartości badanych: ciśnienie; diureza; glikemia; obwód brzucha; ocena bólu; oddech; powierzchnia ciała; saturacja; temperatura; tętno; waga; wzrost; obwód klatki piersiowej; etCO2 (końcowo wydechowe CO2); CVP; stolec; centyle obwodu ramienia; centyle obwodu głowy; centyle wzrostu; centyle wagi; centyle obwodu klatki piersiowej; centyle BMI; zgłębnik; wymioty; dren; płyny przyjęte; płyny wydalone. |
| Dla każdego pomiaru możliwe jest odnotowanie osoby wykonującej pomiar oraz daty i godziny jego wykonania. |
| Pomiary wartości badanych wprowadzone do systemu wyświetlane są w postaci wykresu. |
| Do wykazu wartości badanych pobierane są także pomiary zarejestrowane przy okazji rejestracji obserwacji pielęgniarskich. |
| System umożliwia rejestrację rozpoznań w dwóch trybach: rejestracja rozpoznań z konkretnym typem: z przyjęcia, z pobytu oraz z wypisu. W takim wypadku rozpoznania rejestrowane są w pakietach: rozpoznanie zasadnicze, trzy rozpoznania współistniejące, opis; rejestracja rozpoznań pojedynczych: w takim wypadku rozpoznanie zarejestrowane jako pierwsze w kolejności traktowane jest jako rozpoznanie zasadnicze, a każde kolejne rozpoznanie traktowane jest jako rozpoznanie współistniejące. Dla każdego rozpoznania możliwe jest zarejestrowanie odrębnych uwag. |
| System umożliwia tworzenie tzw. pakietów rozpoznań, a więc szablonów składających się z rozpoznania zasadniczego oraz trzech rozpoznań współistniejących. |
| System umożliwia zamknięcie Księgi Oddziałowej pacjenta wraz z zastosowaniem wszystkich indywidualnych walidacji dla oddziału, określonych na jego kartotece. |
| Przy wypisie pacjenta system wyświetla listę wszystkich braków i błędów wykrytych podczas stosowania walidacji oddziałowych. |
| System umożliwia cofnięcie wypisu pacjenta |
| System umożliwia rejestrację wykonanych pacjentowi procedur ICD9. Dla każdej procedury możliwe jest zarejestrowanie co najmniej następującego zakresu danych: nazwa usługi zgodnie z klasyfikacją ICD9; krotność wykonania; data początkowa i końcowa wykonania (z godziną lub bez – w zależności od konfiguracji); pracownik wykonujący; rodzaj procedury. |
| System umożliwia wykorzystanie mechanizmu kopiowania procedur ICD9 na kolejne dni. |
| System umożliwia rejestrację grup procedur ICD9. |
| System umożliwia automatyczną rejestrację procedur ICD9 na podstawie zrealizowanych badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz konsultacji. |
| System umożliwia przypisanie do każdej procedury ICD9 formularza ze wzorem opisu. Jeśli dla procedury zdefiniowano tzw. koszt normatywny to prezentowany jest on w oknie rejestracji procedury ICD9 wraz z możliwością skorygowania do wartości rzeczywistych. |
| System umożliwia wypełnianie i drukowanie standardowych druków (Karta Statystyczna, Karta Nowotworowa, Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, Karta Zgonu, itp.) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów z zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. |
| System udostępnia statystykę obłożenia z informacjami o wykorzystaniu łóżek na sali oraz możliwość przenoszenia pacjentów w obrębie Oddziału. |
| System umożliwia generowanie przepustek oraz obsługę odnotowywania przepustek dla pacjenta. |
| System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów: zestawienie dzienne oddziału: lista pacjentów przyjętych do szpitala, lista pacjentów przebywających w oddziale, lista pacjentów wypisanych ze szpitala, liczba zgonów; obłożenie łóżek; zestawienie ruchu chorych; zestawienie dni pobytu; przeniesienia z innych oddziałów; rejestr zleceń dla bloku operacyjnego; zlecenia dodatkowe do realizacji; raport zatwierdzania hospitalizacji; zestawienia opieki pielęgniarskiej: zestawienie ilościowe pacjentów, zestawienie imienne pacjentów, druk kategorii pacjentów, zestawienie ilości pacjentów według kategorii dniami; Księga raportów pielęgniarskich i lekarskich; wydruk Księgi oddziałowej; wydruk Księgi raportów: wydruk Księgi raportów lekarskich, wydruk Księgi raportów pielęgniarskich, wydruk anestezjologicznej Księgi raportów lekarskich, wydruk anestezjologicznej Księgi raportów pielęgniarskich; wydruk Księgi noworodkowej; zestawienie kart obserwacji; zestawienie pacjentów na dzień. |
| Możliwość oznaczania antybiotyków, dla których należy określić celowość podawania po 2 lub 7 dobie. Podania takie, poza pogrubieniem musza być oznaczone dodatkowo kolorem czerwonym i w pomocy kontekstowej muszą posiadać opis w stylu: Jest to 3/8 doba podawania antybiotyku. Proszę sprawdzić celowość jego dalszego podawania. |
| Mechanizm tworzenia kart obserwacji umożliwiający: definiowanie typu pól, jakie powinny być dostępne w konkretnej kolumnie (liczbowe, tekstowe), rejestrację kart opieki pielęgniarskiej w ramach odpowiedniej kategorii dokumentacji medycznej zdefiniowanej na oddziale, |
| Mechanizm kontroli kompletności wprowadzonej dokumentacji medycznej pozwala na definiowanie szablonów wymagalności składających się z: nazwy szablonu, poziomu weryfikacji (przyjęcie do oddziału, wypis z oddziału, zgon), przypisanej akcji (ostrzeżenie, blokada), przypisania szablonu do oddziałów, określenie poziomu wymagalności dla poszczególnych dokumentów: wymagana ilość, okres (pobyt, hospitalizacja), czy wymagane utworzenie dokumentu, czy wymagany podpis elektroniczny dla dokumentu. |
| Przeglądanie wszystkich dokumentów podpisanych elektroniczne w postaci osi czasu. |
| System posiada wbudowany mechanizm umożliwiający projektowanie formularzy dokumentacji medycznej. |
| Mechanizm tworzenia formularzy dokumentacji medycznej umożliwia co najmniej: określenie czy konkretny formularz jest monitorowany epidemiologicznie (w takim wypadku każdy formularz zarejestrowany u dowolnego pacjenta dostępny jest do przeglądu w module Zakażenia Szpitalne); kontrolę poprawności pisowni w języku polskim; definiowanie pól wymagalnych; definiowanie pól tekstowych edycyjnych (z możliwością formatowania tekstu); definiowanie pól tekstowych zesłownikowanych (z możliwością samodzielnej rozbudowy słowników przez użytkowników na etapie wypełniania dokumentu); definiowanie pól liczbowych; definiowanie list pojedynczego wyboru; definiowanie list wielokrotnego wyboru; definiowanie pól z datą; definiowanie nagłówka i stopki dokumentu; wstawianie do formularza elementów stałych, pobieranych bezpośrednio z bazy danych; import oraz eksport gotowych formularzy. |
| System posiada mechanizm umożliwiający tworzenie grup dokumentów, w ramach których administrator definiuje dostępne dla użytkowników formularze. Grupy dokumentów pozwalają na uporządkowanie dokumentacji na oddziałach szpitala, mogą być dowolnie nazywane na każdym z oddziałów, ułożone w dowolnej kolejności oraz zawierać dowolne formularze dokumentacji medycznej. |
| System posiada wbudowany mechanizm tworzenia tzw. formularzy obserwacji. |
| System posiada wbudowany mechanizm tworzenia tzw. kart indywidualnej opieki pielęgniarskiej umożliwiający zdefiniowanie diagnozy, problemów oraz czynności pielęgniarskich. |
| Mechanizm tworzenia kart opieki pielęgniarskiej umożliwia rejestrację dowolnej ilości kart opieki dla pobytu oraz dzienne i nocne oznaczanie realizacji czynności pielęgniarskich. |
| System umożliwia tworzenie reguł wymagalności w zakresie ilości dokumentów: na dzień, na hospitalizację, na pobyt na oddziale, na pobyt na bloku. |
| System umożliwia tworzenie szablonów wymaganych dokumentów na oddział. |
| System umożliwia weryfikację reguł szablonu kompletności w sposób ręczny lub automatyczny (np. przy wypisie). |
| System umożliwia przeglądanie utworzonych dokumentów, podpisanych elektronicznie w układzie hierarchicznym. |
| System umożliwia przeglądanie wszystkich utworzonych dokumentów podpisanych elektronicznie (z podpisem lub bez). |
| System umożliwia przegląd historii podpisów - (wersji) dokumentu. |
| System umożliwia zapisanie dokumentu w postaci xml wraz z rejestrem zapisu. |
| System umożliwia tworzenie raportu z weryfikacji kompletności dokumentacji w dowolnym momencie hospitalizacji. |
| System posiada wbudowany mechanizm tworzenia tzw. formularzy obserwacji |
| Mechanizm tworzenia kart obserwacji umożliwia co najmniej: definiowanie kolumn jakie powinny być dostępne w konkretnym dokumencie typu karta obserwacji, definiowanie typu pól jakie powinny być dostępne w konkretnej kolumnie (liczbowe, tekstowe), rejestrację kart opieki pielęgniarskiej w ramach odpowiedniej kategorii dokumentacji medycznej zdefiniowanej na oddziale. |
| System umożliwia prowadzenie rejestru reanimacji. |
| System udostępnia mechanizm do tworzenia Karty Informacyjnej Lekarskiej oraz Karty Informacyjnej Pielęgniarskiej wraz z możliwością: wyboru szczegółowych informacji jakie mają się znaleźć na dokumencie; dynamicznego ustawiania kolejności kategorii informacji jakie mają znaleźć się na dokumencie; zdefiniowania szablonu wydruku dla każdej kategorii informacji oddzielnie; zdefiniowania indywidualnych szablonów kart informacyjnych dla oddziałów; dodania odręcznych notatek do każdej z kategorii informacji; definiowania własnych kategorii informacji jakie mają być wyświetlane do wyboru, wystawienia zwolnienia lekarskiego (eZLA bądź tradycyjne) oraz recepty bezpośrednio z okna przygotowania Karty Informacyjnej; przygotowania epikryzy i zaleceń przed opracowaniem Karty Informacyjnej; oznaczenia wydania Karty Informacyjnej pacjentowi; utworzenia własnych kategorii informacji prezentowanych w Karcie Informacyjnej; utworzenia własnych zawartości kategorii informacji prezentowanych w Karcie Informacyjnej. |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru Zdarzeń Niepożądanych. |
| Definiowanie schematów zabiegów operacyjnych zawierających informacje: tytuł zabiegu, opis zabiegu, role personelu w zespole operacyjnym, główna procedura ICD9, materiały zużywane przy zabiegu w podziale na definiowane we własnym zakresie grupy, oznaczenie czy na podstawie ewidencji zużycia generowane mają być rozchody oraz czy ewidencjonowana ma być ilość po zabiegu, lista towarów używanych przy zabiegu co najmniej w zakresie: nazwa, jednostka miary, ilość, domyślna data podania oraz domyślny pracownik podający. |
| Przegląd wywiadu położniczego przeprowadzonego z pacjentką w karcie wpisu do Księgi Porodów |
| **Szpital (Blok operacyjny)** |
| Mechanizm tworzenia protokołu pielęgniarki operacyjnej, pozwalający na: wyświetlenie pełnej listy towarów przypisanych do schematu zabiegu operacyjnego w zakresie: nazwa, jednostka miary, ilość dostępna, ilość przygotowana, ilość zużyta, ilość po, oznaczenie zużycia, oznaczenie rozchodu, odnotowanie faktycznie zużytej ilości towaru (w przypadku braku wystarczającej ilości towaru na magazynie system wyświetla odpowiedni komunikat), dorejestrowanie towaru zużytego przy zabiegu, który nie został uwzględniony w schemacie, wygenerowanie dokumentu rozchodu wewnętrznego na podstawie zarejestrowanych informacji o zużytych towarach, wydruk protokołu pielęgniarki operacyjnej. |
| Planowanie zabiegów, w szczególności: daty i godziny; miejsca (sala operacyjna); tytułu zabiegu; rodzaju znieczulenia; inne uwagi. |
| Potwierdzanie przyjęcia pacjenta na wykonanie zabiegu. |
| Przypisanie zespołów chirurgicznych i anestezjologicznych do wykonania danych operacji z możliwością podglądu na oddziałach. |
| Prowadzenie ewidencji m.in.: Księgi Bloku Operacyjnego; wykonanych procedur medycznych; dokumentacji operacyjnej, w tym karty zabiegowej pacjenta; protokołów pielęgniarskich; zużytych leków i materiałów wraz z kosztami. |
| Generowanie raportów zdefiniowanych przez użytkownika, takich jak: wykorzystanie sal (czas); wszystkie przekrojowe analizy na podstawie wprowadzonych danych. |
| Aktualizacja on-line stanów magazynowych apteczek, magazynu depozytów na podstawie np. zewidencjonowanego zużycia po wprowadzeniu zmian przez operatora. |
| Odnotowywanie zużycia sprzętu jednorazowego oraz narzędzi. |
| Księga Bloku Operacyjnego umożliwia generowanie schematów opisów zabiegu do wyboru. |
| Możliwość podziału kosztów Bloku na poszczególne Oddziały zlecające, w szczególności koszty materiałów medycznych i leków, które zamawia Blok Operacyjny muszą obciążać Oddziały macierzyste pacjenta, który trafia na operację. |
| Możliwość utworzenia magazynu depozytu. |
| Automatyczne przyjęcie pacjenta na blok operacyjny po odczytaniu kodu kreskowego pacjenta. |
| Możliwość odnotowania imienia i nazwiska, spełnianej roli w zespole operacyjnym oraz czasu, w którym członek zespołu brał udział w zabiegu (na potrzeby wyliczeń zw. z kosztami zabiegu). |
| System umożliwia rejestrację zabiegów w Księdze bloku operacyjnego z minimalnym zakresem informacji: DANE PODSTAWOWE (dane identyfikacyjne pacjenta, dane podstawowe zabiegu, informacja o wybranym schemacie operacji, opis schematu, informacje o sali operacyjnej, informacje o zgodzie na zabieg); OPIS OPERACJI (informacja o składzie zespołu operacyjnego, dane dotyczące wykonanych procedur ICD-9, dane dotyczące rozpoznań przed i pooperacyjnych, informacje związane z zakażeniami); ANESTEZJOLOGIA (ocena pacjenta w skali ASA, dane podstawowe o znieczuleniu, opis znieczulenia, powikłania po znieczuleniu); PROTOKÓŁ PIELĘGNIARSKI (informacje o zabiegu, informacja o składzie zespołu operacyjnego, opis, materiały i sprzęt użyty przy zabiegu). |
| System umożliwia prowadzenie ewidencji zabiegów z następującym zakresem informacji: numer Księgi Głównej, numer Księgi Oddziałowej, numer Księgi Bloku Operacyjnego, numer Księgi Operacyjnej, status wpisu, nazwisko i imię pacjenta, numer PESEL, oddział kierujący, oddział, na który przeniesiono pacjenta po zabiegu, nazwa zabiegu, pracownik operujący, początek operacji, koniec operacji, czy była reoperacja, czy uzupełniono protokół operacji, czy uzupełniono protokół pielęgniarki operacyjnej. |
| Możliwość utworzenia schematu operacji, wstępnie definiującego takie elementy jak: skład zespołu operacyjnego, procedura ICD-9, leki i materiały medyczne użyte podczas zabiegu. |
| Możliwość utworzenia słownika Opisów zabiegu w Księdze Bloku Operacyjnego. |
| Automatyczne sprawdzanie pisowni podczas wprowadzania Opisu zabiegu w Księdze Bloku Operacyjnego. |
| Możliwość wprowadzenia danych dotyczących wystąpienia ewentualnego zakażenia w zakresie: opis miejsca operacji, określenie czystości pola operacyjnego, informacja czy był wykonany wszczep, informacje o urazach, wskazanie czy przeprowadzony zabieg miał charakter zabiegu wieloprocedurowego, informacja o zastosowania Videochirurgii. |
| Możliwość uzupełnienia informacji o wykonanym znieczuleniu podczas zabiegu w zakresie: dane osoby znieczulającej, rodzaj i typ znieczulenia, okres znieczulenia pacjenta, opis znieczulenia, określenie oceny ryzyka w skali ASA, wprowadzenie informacji czy wykonany zabieg był nagły, czy występowała intubacja, czy wystąpiły powikłania, wskazanie rodzaju powikłania po znieczuleniu i możliwość jego opisu. |
| Możliwość rejestracji skali oceny ryzyka operacyjnego EUROSCORE oraz skalę CPOT z możliwością zbiorczego wydruku dla wszystkich pomiarów. |
| Możliwość rejestracji danych protokołu pielęgniarki w zakresie: ułożenia chorego, dezynfekcji pola operacyjnego przed zabiegiem, dezynfekcji rąk przed zabiegiem, dezynfekcji narzędzi chirurgicznych, zespołu operacyjnego, materiału i sprzętu użytego podczas operacji. |
| Odnotowywanie zużycia leków i sprzętu jednorazowego oraz narzędzi w zakresie: nazwy towaru, rodzaju zużytego towaru, jednostki miary, ilość dostępna, ilość przygotowana, ilość zużyta, ilość strat, ilość pozostała po zabiegu. |
| Możliwość tworzenia grup asortymentowych w ramach ewidencji leków i materiałów. |
| Możliwość opisu zleconych badań oraz opisu materiału pobranego podczas zabiegu. |
| System umożliwia zlecanie badań laboratoryjnych oraz diagnostycznych pacjentom przebywającym na bloku. |
| System umożliwia definiowanie i uzupełnianie formularzy wywiadów dla pacjentów przebywających na bloku. |
| System umożliwia zlecanie obserwacji i konsultacji pacjentom przebywającym na bloku. |
| System umożliwia rejestrację wartości badanych pacjenta przebywającego na bloku. |
| System pozwala na planowanie zabiegów w terminarzu, w następującym zakresie informacji: data i godzina zabiegu, sala operacyjna, oddział zlecający, nazwa zaplanowanej procedury, nazwisko i imię pacjenta. |
| System umożliwia filtrowanie zaplanowanych zabiegów w następującym zakresie: data od i do, zakres dat: dzienny, tygodniowy, miesięczny, tydzień bez niedzieli, tydzień bez soboty i niedzieli, godzina od i do, przedział czasowy, pracownik zlecający, wykonujący, biorący udział w zabiegu, wykonana usługa, pacjent. |
| System umożliwia wstawienie w terminarzu: terminu zabiegu zleconego z oddziału, terminu nagłego, rezerwacji, rezerwacji z Księgi oczekujących, rezerwacji na podstawie odrzuconej. |
| System umożliwia zmianę terminu zabiegu poprzez jego przesunięcie metodą drag & drop. |
| System automatycznie przenosi informacje o wykonanym zabiegu do modułu Zakażenia. |
| System umożliwia ponowne przyjęcie pacjenta na blok z sali wybudzeń. |
| System umożliwia tworzenie zleceń na badania i konsultacje dla pacjentów przebywających w sali wybudzeń. |
| System umożliwia obsługę czytnika kodów typu datamatrix, umożliwiając czytanie informacji o użytym zestawie narzędzi wraz z kosztem. |
| System umożliwia zmianę formatu opisu przebiegu operacji z formularza na tekst. |
| System umożliwia blokadę uzupełnienia opisu zabiegu operacyjnego po upływie określonej liczby godzin. |
| System umożliwia widoczność Ksiąg bloku operacyjnego na oddziale oraz Ksiąg operacyjnych na bloku. |
| System umożliwia prowadzenie rejestru zleceń na zabiegi operacyjne. |
| System umożliwia prowadzenie rejestru sal wybudzeń z następującym zakresem informacji: numer Księgi bloku operacyjnego, typ Księgi, status wpisu, nazwisko i imię pacjenta, numer PESEL, data przyjęcia, data wypisu. |
| Możliwość wprowadzenia danych dotyczących wystąpienia ewentualnego zakażenia w zakresie: opis miejsca operacji, określenie czystości pola operacyjnego, informacja czy był wykonany wszczep, informacje o urazach, wskazanie czy przeprowadzony zabieg miał charakter zabiegu wieloprocedurowego, informacja o zastosowania Videochirurgii. |
| System automatycznie przenosi informacje o wykonanym zabiegu do modułu Zakażenia. |
| System udostępnia możliwość rejestracji takich dokumentów jak:; karta zgłoszenia zachorowania na AIDS lub zakażenia HIV; karta zgłoszenia zgonu z powodu choroby zakaźnej; karta zgłoszenia zachorowania na chorobę zakaźną; karta zgłoszenia zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową; karta zgłoszenia zachorowania na gruźlicę; karta zgłoszenia nowotworu złośliwego. |
| Wszystkie powyższe dokumenty gromadzone są w systemie w odrębnych rejestrach. |
| System posiada odrębne okno rejestracji danych przez anestezjologa |
| System umożliwia ocenę pacjenta w skali ASA, oznaczenie informacji o intubacji oraz oznaczenie informacji o braku powikłań |
| System umożliwia rejestrację opisu znieczulenia |
| System posiada możliwość zarejestrowania powikłań po znieczuleniu: powikłania płucne znieczulenia, powikłania sercowe znieczulenia, powikłania ze strony ośrodkowego układu nerwowego spowodowane znieczuleniem, powikłania polekowe, reakcje poprzetoczeniowe, powikłania techniczne i inne podczas znieczulania ogólnego, nieudana lub trudna intubacja. |
| **Moduł dla anestezjologa** |
| Zaoferowane rozwiązanie jest dedykowaną aplikacją dla urządzeń mobilnych  Aplikacja posiada obszar prezentujący dostępnych w systemie lekarzy oraz oddziały. Wybór poszczególnego lekarza i oddziału powoduje otwarcie strony z listą pacjentów znajdujących się na danym oddziale i podzielonych na sale, do których są przypisani.  Aplikacja wykorzystuje funkcjonalność ekranów z obsługą multidotyku.  Możliwość pracy w trybie szkoleniowym, bez dostępu do bazy danych.  Aplikacja umożliwia zalogowanie się do aplikacji z podaniem nazwy operatora oraz hasła zdefiniowanymi w systemie HIS.  Możliwość wyboru pracownika i oddziału.  Możliwość przeglądu aktualnego stanu obłożenia wszystkich sal oddziału na jednej stronie. Minimalny zakres informacji jaki powinna zawierać strona przeglądu obłożenia oddziału to: - Aktualna liczba pacjentów na oddziale, - Nr Sali, - Imię, nazwisko pacjenta, - Miejscowość i województwo zamieszkania pacjenta, - Wiek pacjenta, - Rozpoznanie z przyjęcia lub z ks. głównej, - Dzień pobytu pacjenta na oddziale.  Aplikacja umożliwia przegląd wprowadzonych danych pomiarowych w zakresie: - Temperatura, - Masa ciała, - Ciśnienie, - Wzrost, - Tętno, - Glikemia, - Diureza.  Aplikacja umożliwia zapisywanie kart zabiegu. Minimalny zakres informacji jaki powinna zawierać karta zabiegu pacjenta to: - Dane pacjenta: § Imię, Nazwisko, § Data urodzenia, § PESEL, § Wiek, § Grupa krwi pacjenta, § Numer w księdze oddziałowej, - Wartości ostatnich danych pomiarowych.  Minimalny zakres danych na temat zabiegu jakie powinny być możliwe do zarejestrowania: - Możliwe trudności intubacji, - Rozpoznanie kliniczne, - Procedura przed zabiegiem – ICD9 - Imię i nazwisko operatora, - Imię i nazwisko asysty, - Imię i nazwisko anestezjologa, - Imię i nazwisko pielęgniarki anestezjologicznej, - Godzina rozpoczęcia i zakończenia karty zabiegu.  Aplikacja umożliwia rejestrowanie premedykacji i antybiotykoterapii.  Aplikacja umożliwia zapisywanie zastosowanych znieczuleń. W ramach znieczulenia możliwe jest zarejestrowanie danych: - Typu znieczulenia, - Rodzaju znieczulenia, - Daty i godziny zastosowania znieczulenia, - Zabezpieczenia dróg oddechowych, - Pozycji pacjenta i miejsca wkłucia, - Rodzaju i długości igły, - Rodzaju kaniuli dożylnej, miejsca wkłucia, strony pacjenta.  Aplikacja umożliwia przeprowadzenia kwalifikacji pacjenta w skalach: - Mallampatiego, - Aldreta, - Glasgow, - Asa.  Aplikacja umożliwia zarejestrowanie danych odnośnie przekazania pacjenta po zabiegu: - Oddział przyjmujący, - Pracownik przyjmujący, - Pracownik wydający, - Zabieg, - Czas wydania.  Minimalny zakres rejestrowanych w czasie na karcie zabiegu pomiarów: - RR (inwazyjne), - RR (nieinwazyjne), - Puls.  Aplikacja umożliwia rejestrowanie notatek w tabeli pomiarów pod osią czasu, a także przeglądania ich w osobnym oknie, na chronologicznej liście.  Minimalny zakres rejestrowanych w karcie zabiegu czynności: - Początek znieczulenia, - Koniec znieczulenia, - Intubacja, - Ekstubacja, - Początek operacji, - Koniec operacji.  Minimalny zakres podań rejestrowanych w czasie w karcie zabiegu: - Podania leków, - Podania płynów, - Podania preparatów krwi, - Podania gazów anestetycznych  Możliwość rejestrowania zmiany parametrów oddechu w czasie w karcie zabiegu.  Możliwość rejestrowania wydaleń w karcie zabiegu.  Aplikacja zlicza bilans płynów podanych i wydalonych zarejestrowanych w karcie zabiegu.  Możliwość konfigurowania słowników leków dla: - podań, - leków dla premedykacji, - leków dla antybiotykoterapii, - płynów, - parametrów oddechu, - preparatów krwi, - gazów anestetycznych,  - rozpoznań, - procedur przed zabiegiem, - procedur po zabiegu, - badań diagnostycznych, - badań laboratoryjnych, - pomiarów, - oddziałów, - pracowników wydających.  Możliwość tworzenia nowych pozycji w słownikach: - płynów, - wydaleń.  Możliwość tworzenia i edycję pakietów, celem przyspieszenia dodawania pozycji na kartę zabiegu, i uzupełniania o pozycje: - leków, - płynów, - preparatów krwi, - parametrów oddechu, - gazów anestetycznych, - wydaleń.  Minimalny zakres możliwych do skonfigurowania warunków zatwierdzenia kart zabiegów: - wypełnienie skali Asa, - wypełnienie skali Glasgow, - wypełnienie skali Aldret, - wypełnienie skali Mallampatiego, - oznaczenie ekstubacji, - oznaczenie końca operacji, - oznaczenie końca znieczulenia.  Aplikacja umożliwia rejestrowanie podań jednorazowych jak i przepływów w jednostkach, zdefiniowanych w karcie produktu, na godzinę.  Aplikacja w przypadku rejestrowania końca przepływu podpowiada jego wartość od początku najbliższego przepływu do czasu w którym ma zostać wpisany koniec, o ile koniec danego przepływu nie został już wpisany.  Aplikacja umożliwia dodawanie pozycji podania preparatów krwi z listy preparatów jak i z listy zleceń złożonych dla danego pacjenta.  Aplikacja umożliwia filtrowanie listy preparatów krwi po grupie i rodzaju krwi pacjenta.  Aplikacja umożliwia rejestrowanie pomiarów wzrostu i masy ciała pacjenta.  Aplikacja umożliwia dodawanie pozycji rejestracji gazu anestetycznego: - Dezfluranu, - Halotanu, - Izofluranu, - Sewofluranu wraz ze zdefiniowaniem jednego z trzech nośników: - tlenu, - tlenu z powietrzem, - tlenu z podtlenkiem azotu.  Aplikacja umożliwia stworzenie, edytowanie i usuwanie uproszczonego zlecenia na krew zawierającego minimalny zakres danych w postaci: - daty i godziny zlecenia, - źródła zlecenia, - nazwy preparatu krwi, - grupy i rodzaju preparatu krwi, - ilości zleconych jednostek, - ilości zamówionych jednostek, - imienia i nazwiska zlecającego lekarza, - statusu realizacji.  Aplikacja dostosowana jest do rozporządzenie o ochronie danych osobowych RODO. |
| **Obchód lekarski** |
| Zaoferowane rozwiązanie jest dedykowaną aplikacją dla urządzeń mobilnych  W zakresie prezentacji danych pacjenta system prezentuje dane : identyfikacyjne Pacjenta, zdjęcie, wiek,  Aplikacja umożliwia wyszukiwanie pacjenta za pomocą zeskanowanego kodu QR lub kodu kreskowego wydrukowanego na opasce pacjenta.  Bezpośrednio z systemu możliwe jest zlecanie leków, badań  Aplikacja zapamiętuje nazwę ostatnio zalogowanego operatora.  Możliwość pracy w trybie szkoleniowym, bez dostępu do bazy danych.  Aplikacja umożliwia zalogowanie się do aplikacji z podaniem nazwy operatora oraz hasła zdefiniowanymi w systemie HIS.  Aplikacja uwzględnia konfigurację uprawnień operatorów zdefiniowaną w systemie HIS.  Możliwość wyboru pracownika prowadzącego obchód na oddziale.  Możliwość wyboru oddziału.  Minimalny zakres informacji jaki powinna zawierać lista wyboru pracownika prowadzącego obchód to: - Imię, nazwisko pracownika, - Zdjęcie pracownika, - Tytuł naukowy, - Grupa zawodowa.  Minimalny zakres informacji jaki powinna zawierać lista wyboru oddziału to: - Nazwa oddziału, - Ordynator, - Aktualne obłożenie.  Aplikacja umożliwia wybór pracownika prowadzącego obchód oraz oddziału zgodnie z zasobami przypisanymi do zalogowanego operatora.  Możliwość przeglądu aktualnego stanu obłożenia wszystkich sal oddziału. Minimalny zakres informacji jaki powinna zawierać strona przeglądu obłożenia oddziału to: - Nazwa oddziału, - Aktualna liczba pacjentów na oddziale, - Nr Sali, - Imię, nazwisko pacjenta, - Miejscowość i województwo zamieszkania pacjenta, - Wiek pacjenta, - Rozpoznanie z przyjęcia lub z ks. głównej, - Dzień pobytu pacjenta na oddziale.  Aplikacja umożliwia wybór pacjenta poprzez bezpośrednie wskazanie, wyszukanie za pomocą kodu wprowadzonego ręcznie lub zeskanowanie numeru opaski pacjenta  Aplikacja umożliwia przegląd wprowadzonych danych pomiarowych w zakresie: - Temperatura, - Ciśnienie, - Tętno, - Oddech, - Saturacja, - Glikemia, - Diureza, - Waga, - Wzrost, - BMI, - Ocena bólu, - Obwód brzucha, - Obwód głowy, - Centyle wzrostu, - Centyle wagi, - Dren, - Centyle BMI, - Centyle obwodu ramienia, - Centyle obwodu głowy - Stolec, - Obwód ramienia, - Obwód klatki piersiowej, - Zgłębnik, - Doustnie, - Wymioty - Inne, - Dożylnie, - Domięśniowo, - Podskórnie - Sonda.  Minimalny zakres informacji jaki powinna zawierać strona pacjenta to: - Dane podstawowe: § Imię, Nazwisko, § Wiek, § Data urodzenia, § Miejscowość i województwo zamieszkania, § Obywatelstwo, § Stan cywilny, § Liczba dzieci, § Wykształcenie, § Status społeczny, § Źródło utrzymania, § Sposób zamieszkania, § Stopień niepełnosprawności, § Ubezwłasnowolnienie, § Rok pierwszego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, - Rozpoznanie z przyjęcia lub z ks. głównej, - Dzień pobytu pacjenta na oddziale, - Wartości ostatnich danych pomiarowych, - Wykresy danych pomiarowych, - Wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych w ramach pobytu, - Lista zrealizowanych podań leków w ramach pobytu, - Lista zarejestrowanych wywiadów i badań przedmiotowych. - Lista zrealizowanych konsultacji lekarskich  Możliwość przeglądania innych zarejestrowanych wywiadów, obserwacji czy badań przedmiotowych bez konieczności powrotu do list wszystkich zarejestrowanych dokumentów  Możliwość łączenia wykresów dwóch różnych wielkości pomiarowych.  Możliwość wyboru zakresu danych do wykresu danych pomiarowych: ostatni miesiąc, 6 ostatnich miesięcy, bez ograniczeń  Możliwość przeglądu danych pomiarowych w postaci tabelarycznej w zakresie: data i godzina zarejestrowania pomiaru, wartość pomiaru, uwagi.  Możliwość zestawienia wyników parametrów tego samego badania z wartościami historycznymi.  Możliwość przeglądania zdarzeń medycznych pacjenta w sposób chronologiczny: - wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych, - podane leki, - zarejestrowane pomiary, - wprowadzone wywiady i badania przedmiotowe - zrealizowane konsultacje  Możliwość rejestracji zleceń na badania laboratoryjne / diagnostyczne, zlecenie przejmuje elektronicznie odpowiedni aplikacja.  Możliwość przeglądania obrazów (format poglądowy) dołączonych do wyników badań diagnostycznych  Możliwość rejestracji zleceń na badania laboratoryjne / diagnostyczne w minimalnym zakresie informacji: - Lekarz zlecający, - Tryb realizacji zlecenia (Normalne, dyżurowe, Cito), - Lista badań do wykonania, - Rozpoznanie z księgi oddziałowej pobytu pacjenta - Dodatkowe uwagi, opis zlecenia.  Możliwość zlecenia wielu badań laboratoryjnych i diagnostycznych jednocześnie.  Automatyczne rozdzielenie zleceń na badania laboratoryjne od badań diagnostycznych.  Możliwość wyszukiwania badań w słowniku wg fragmentu skrótu i nazwy badania bez względu na wielkość liter.  Możliwość wyszukiwania badań w słowniku wg pierwszej litery nazwy badania bez konieczności jej wprowadzania.  Aplikacja umożliwia przegląd wyników badań laboratoryjnych / diagnostycznych pacjenta z minimalnym zakresem informacji: - Data zlecenia, - Data planowana wykonania zlecenia, - Lekarz zlecający, - Skróty i nazwy zleconych badań, - Tryb realizacji zlecenia (Normalne, dyżurowe, Cito).  Możliwość wybrania materiału badanego powiązanego z badaniem  Możliwość blokady modyfikacji zlecenia przyjętego do realizacji przez laboratorium / pracownię diagnostyczną  Automatyczne podpowiadanie lekarza zlecającego zgodnie z lekarzem wybranym jako przeprowadzający obchód.  Możliwość automatycznego zatwierdzenia zlecenia diagnostycznego.  Możliwość automatycznego wysłania zlecenia diagnostycznego do zewnętrznego systemu za pomocą protokołu HL7.  Możliwość usunięcia / zmiany danych zlecenia.  Aplikacja umożliwia rejestrowanie zleceń na leki i środki medyczne – zlecenie przejmuje odpowiedni aplikacja  Możliwość zlecania badań z pakietów (użytkownika, oddziałowych, ogólnych)  Aplikacja umożliwia rejestrowanie zleceń na leki z minimalnym zakresem informacji: - Lekarz zlecający, - Zlecany lek (wybór ze słownika), - Dawkowanie (godzinowe, opisowe, doraźne, dzienne), - Oznaczenie do podania w trybie CITO, - Oznaczenie leku „na ratunek”, - Oznaczenie leku spoza apteczki oddziałowej (np. lek pacjenta), - Rozpoznanie z księgi oddziałowej pobytu pacjenta - Oznaczenie leku „bez kontynuacji”. - Uwag do podania.  Aplikacja umożliwia odnotowanie tzw. leków pacjenta (leków spoza apteczki oddziałowej).  Możliwość wyboru najczęściej wybieranych dawkowań  Możliwość wyboru schematów godzinowych podań leków  Aplikacja umożliwia kontynuację na dzień następny zleceń nadal obowiązujących.  Aplikacja umożliwia kontynuację wielu lub wszystkich nadal obowiązujących zleceń na leki  Aplikacja umożliwia zmianę dawkowania leku .  Aplikacja umożliwia zmianę sposobu podawania leku .  Możliwość usunięcia / zmiany danych zlecenia.  Aplikacja wyróżnia zlecenia do zrealizowanie w trybie CITO.  Strona przeglądu zleceń na leki zawiera zlecenia z poprzedniej doby oraz z doby aktualnej.  Aplikacja umożliwia przegląd zleceń na leki z minimalnym zakresem informacji: - Nazwy zleconych leków, - Nazwy międzynarodowe leków, - Postać leku, - Dawka leku, - Ilość w opakowaniu - Sposób dawkowania.  Możliwość wyszukiwania leków w słowniku wg fragmentu nazwy leku bez względu na wielkość liter.  Możliwość wyszukiwania leków w słowniku wg pierwszej litery nazwy leku bez konieczności jej wprowadzania.  Automatyczne podpowiadanie jednostki leku jeśli taka została określona na karcie towaru w odpowiednim module.  Automatyczne podpowiadanie sposobu podania leku jeśli taki został określony na karcie towaru w odpowiednim module.  Automatyczne podpowiadanie lekarza zlecającego zgodnie z lekarzem wybranym jako przeprowadzający obchód.  Aplikacja umożliwia podpis cyfrowy zleceń na leki, badania oraz konsultację  Aplikacja umożliwia dodanie, edycję oraz usuniecie zlecenia na konsultację lekarską.  Aplikacja umożliwia rejestrację zleceń na konsultację z minimalnym zakresem informacji: - Typ konsultacji - Oddział konsultujący - Pracownik konsultujący - Data preferowana - Czy konsultacja pilna - Rozpoznanie z księgi oddziałowej pobytu pacjenta - Opis zlecenia  Aplikacja umożliwia wykonanie zdjęcia za pomocą aparatu w urządzeniu czy zapis notatki tekstowej w formie pliku, który zostaje załączony do dokumentacji pacjenta.  Aplikacja umożliwia podgląd aktualnej godziny na każdej ze stron widocznych w aplikacji  Aplikacja dostosowana jest do rozporządzenie o ochronie danych osobowych RODO. |
| **Szpital (Monitorowanie zakażeń szpitalnych)** |
| System musi realizować wspomaganie w zakresie kontroli występowania zakażeń zakładowych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z przepisami prawa w szczególności: a. prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego; b. wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego; c. prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego; d. wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego; e. prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną; f. wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną; g. prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV; h. wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV; i. prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową; j. wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową; k. prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę; l. wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę; m. prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej; n. wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej; o. prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje); p. prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych; q. wydruki na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych; r. prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych; s. wydruki na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych; t. raporty zgodne z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia; u. analizy ilościowe zakażeń zakładowych. |
| System musi pozwalać na współpracę z modułem ruchu chorych oraz modułem Laboratorium w zakresie podań antybiotyków i zleceń badań do pracowni mikrobiologicznej, co najmniej poprzez: a. monitorowanie o konieczność założenia tzw. Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podania antybiotyku powyżej 3 dni; b. monitorowanie o konieczność założenia tzw. Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym. |
| System musi pozwalać na prowadzenie tzw. Rejestru Kart zakażeń dla pracowników. |
| System musi pozwalać na prowadzenie tzw. Rejestru szczepień i odmów szczepień pracowników. |
| System musi mieć możliwość dostosowania wydruku tzw. Kart zakażeń. |
| System musi posiadać możliwość dostosowania widoczności pól na Kartach zakażeń oraz na Kartach drobnoustroju. |
| System musi mieć możliwość definicji walidacji pól na Kartach zakażenia oraz Kart drobnoustroju. |
| System musi mieć możliwość definiowania powiązań zgłoszeń zachorowań na choroby zakaźne z patogenem i rozpoznaniem. |
| System musi mieć możliwość definicji diagnoz pielęgniarskich pod kątem wymagalności zakładania Kart zakażeń. |
| System musi mieć możliwość definicji rozpoznań dla których zakładana jest Karta zakażenia. |
| System musi mieć możliwość definicji zakładania Kart zakażeń na podstawie założonych Kart drobnoustroju. |
| System musi obsługiwać zależność Kart zakażeń na podstawie założonych Kart drobnoustroju oraz szybki podgląd listy pacjentów dla nowo założonych: kart obserwacji, kart zakażenia, kart drobnoustroju, alert-patogenów. |
| System musi mieć kartę zgłoszenia zakażenia i patogenu alarmowego z wstępnym uzupełnieniem danych pacjenta z systemu. |
| Oznaczenie dowolnego formularza dokumentacji medycznej jako monitorowanego epidemiologicznie, co powoduje, że dokument ten automatycznie jest dostępny do przeglądania w module Zakażenia Szpitalne |
| **Szpital (Gospodarka żywieniowa)** |
| Możliwość definicji diet przez dietetyka. Definicja powinna uwzględniać w szczególności:·- opis diety;·- dobowa wartość odżywcza;·- punktacja diety;·- składniki pokarmowe diety;·- posiłki diety  Możliwość tworzenia potraw jadłospisów w skład których wchodzą: ·- opis potrawy;·- produkty potrawy oraz ich ilości  System umożliwia tworzenie dobowych jadłospisów, które zawierają:·- posiłki dla wybranej diety;·- informacje o składnikach pokarmowych;·- informacje o produktach;·- raporty  System umożliwia obsługę zleceń na posiłki z oddziałów szpitalnych.  System umożliwia zlecanie posiłków na podstawie zleceń dodatkowych zdefiniowanych na podstawie:·- wybranej jednostki organizacyjnej;·- odbiorcy: pacjenta, lekarza lub pracownika;·- diety oraz jej posiłków; - ilości zlecanych posiłków  System umożliwia tworzenie dokumentów rozchodu na podstawie zleceń. Funkcjonalność ta powinna umożliwiać:·- wybór zleceń;·- edycję produktów wchodzących w skład rozchodu;·- tworzenie asygnat; - raportowanie rozliczeń  Możliwość tworzenia, edycja oraz przekazywanie zapotrzebowań do wybranych jednostek na podstawie planowanej produkcji kuchennej.  Uzależnienie widoczności składników pokarmowych w całym module od flagi ustawianej przez operatora.  Udostępnienie możliwości definiowania godzin poszczególnych posiłków.  Możliwość tworzenia jadłospisu w postaci drzewiastego widoku umożliwiającego swobodną edycję ilości produktów oraz intuicyjną zmianę kolejności potraw przy użyciu mechanizmu drag&drop.  Udostępnienie raportu dobowych jadłospisów dla każdego zlecającego oddziału.  Udostępnienie rozdzielnika kuchennego dla okresu czasu zawierającego listę towarów dla produkcji kuchennej na podstawie zleceń.  Rozszerzenie edycji zleceń dodatkowych zawierające podział zlecenia w sytuacji gdy jego część jest w fazie produkcji kuchennej.  Kontrola stanów magazynowych, zgodności podzielności podczas tworzenia produkcji kuchennej.  Umożliwienie szybkiego podglądu diet nie zawierających jadłospisu.  Możliwość poglądu zleceń nie zawierających jadłospisu.  Kontrola minimalnej podzielności podczas edycji zapotrzebowania na produkty żywnościowe.  Prezentacja pozycji zapotrzebowania w jednostce miary hurtowej oraz kuchennej.  Kontrola stanów magazynowych dla zamienników produktów żywnościowych biorących udział w produkcji.  Możliwość przeglądania historii zmian wydawanego produktu żywnościowego.  Możliwość szybkiego obliczenia ilości posiłków dla oddziałów, diet oraz posiłków oraz dowolnej kombinacji tych warunków.  Prezentacja szacowania zasobów kuchennych wg wybranych pozycji zleceń na posiłki. |
| **Szpital (Zlecenia lekarskie)** |
| Rejestrowanie zleceń na konsultacje: lekarskie, dietetyczne, anestezjologiczne, psychologiczne. |
| Mechanizm tworzenia mieszanek żywieniowych o nazwie nadanej przez użytkownika, w zakresie: nazwa składnika, ilość wymagana składnika, ilość aktualna, ilość w jednostce, zawartość. |
| Okno rejestracji zlecenia na badanie laboratoryjne w oddziale szpitalnym prezentuje grupy badań laboratoryjnych na liście w której: grupy badań wyświetlane są w kolejności ustalonej dla oddziału, grupy badań oznaczone są nazwami i kolorami ustalonymi dla oddziału, badania oraz ich kolejność w ramach grupy ustalona jest dla oddziału, dla każdej z grup możliwe jest określenie innego wzorca wydruku skierowana |
| System sygnalizuje rejestrację nowego zlecenia w mobilnym module Księga Oddziałowa |
| System udostępnia panel rejestracji i przeglądu zleceń lekarskich i pielęgniarskich, umożliwiający rejestrację oraz przegląd wyników realizacji co najmniej następujących rodzajów zleceń: zlecenia na badania laboratoryjne (w tym: analityka, mikrobiologia, patomorfologia, serologia); zlecenia na badania diagnostyczne; zlecenia na leki; zlecenia na krew i preparaty krwiopochodne; zlecenia na transport medyczny; zlecenia na zabiegi operacyjne; zlecenia na zabiegi w gabinecie; zlecenia na konsultacje lekarską; zlecenia na konsultację dietetyczną; zlecenia na konsultację anestezjologiczną; zlecenia dodatkowe wg słownika zdefiniowanego przez jednostkę; zlecenia na dietę. |
| Każdy rodzaj zlecenia oznaczony jest w widoku innym kolorem w zależności od indywidualnej konfiguracji użytkownika. |
| Poszczególne rodzaje zleceń dostępne są na oddzielnych zakładkach do których dostęp ograniczony jest konkretnymi uprawnieniami użytkownika. |
| Panel rejestracji i przeglądu wyników zleceń udostępnia okno przeglądu wszystkich zleceń. Okno umożliwia: wyświetlenie wszystkich zleceń oddziału lub konkretnego pacjenta; wyświetlenie wybranych rodzajów zleceń (np. tylko zlecenia na leki); wyświetlenie zleceń zarejestrowanych tylko przez wybranego pracownika; wyświetlenie zleceń z konkretnego okresu czasu; wyświetlenie zleceń z konkretnym statusem; posortowanie wyświetlanych zleceń wg daty zlecenia, daty planowanej realizacji, pacjenta, pracownika. |
| Panel umożliwia zarejestrowanie wyniku badania wykonanego poza szpitalem. |
| W przypadku zleceń na lek widocznych w panelu system umożliwia co najmniej: przegląd szczegółowej karty zlecenia; edycję lub usunięcie zlecenia; przegląd wydanych leków w razie, gdy zlecenie na status zrealizowane. |
| W przypadku zleceń na badania laboratoryjne lub diagnostyczne w panelu system umożliwia co najmniej: przegląd szczegółowej karty zlecenia; edycję lub usunięcie zlecenia; przegląd wyniku w razie, gdy zlecenie ma status zrealizowane. |
| Indywidualny użytkownik posiada możliwość konfiguracji następujących elementów panelu: kolory wszystkich rodzajów zleceń; ilość wyświetlanych kolumn; włączenie / wyłączenie gradientu; wybór typu okna: funkcje dostępne dla poszczególnych rodzajów zleceń dostępne są pod przyciskami tekstowymi lub graficznymi. |
| System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na badania laboratoryjne, który umożliwia co najmniej: rejestrację, podpisanie elektroniczne oraz wydruk zlecenia na badanie analityczne; rejestrację, podpisanie elektroniczne oraz wydruk zlecenia na badanie mikrobiologiczne; rejestrację, podpisanie elektroniczne oraz wydruk zlecenia na badanie patomorfologiczne; przegląd wyników zleconych badań. |
| Okno rejestracji zlecenia na badanie laboratoryjne umożliwia zarejestrowanie: daty rejestracji zlecenia z automatyczną podpowiedzią bieżącej daty; daty planowanej realizacji z automatyczną podpowiedzią bieżącej daty oraz możliwością automatycznego ustawienia odpowiedniego wyprzedzenia czasowego; lekarza kierującego z automatycznym podpowiadaniem na podstawie zalogowanego użytkownika; uwag dla laboratorium; uwag dla pielęgniarki pobierającej materiał. Okno umożliwia ukrycie w/w informacji. |
| Okno rejestracji zlecenia na badanie cytologiczne umożliwia zarejestrowanie: numeru preparatu, daty ostatniej miesiączki, opisu ostatniej miesiączki, informacji o zażywanych przez pacjentkę doustnych środkach antykoncepcyjnych, informacji o wkładce wewnątrzmacicznej (IUD), stosowanej hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), dacie i wyniku ostatniego badania cytologicznego, oraz numerze skierowania w SIMP, lekarza kierującego z automatycznym podpowiadaniem na podstawie zalogowanego użytkownika; uwag dla laboratorium; uwag dla pielęgniarki pobierającej materiał. |
| System posiada mechanizm umożliwiający rejestrację przez oddział zleceń na badania laboratoryjne wykonywane poza placówką wraz z możliwością wprowadzenia wyniku badań bezpośrednio na oddziale taki, że: możliwe jest wprowadzenie wyników dla poszczególnych parametrów wraz z określeniem norm; możliwe jest wprowadzenie wyników badań mikrobiologicznych (antybiogram); możliwe jest włączenie wyniku badania zewnętrznego zarejestrowanego ręcznie przez oddział; wydruk dokumentacji medycznej z zachowaniem spójności i chronologii z wynikami badań otrzymanymi elektronicznie z laboratorium szpitala; wygląd wydruku wyników badań na dokumentach pacjenta (np. karta informacyjna) nie różni się niczym dla wyników wewnętrznych i zewnętrznych; możliwe jest włączenie wyniku zewnętrznego badania w sortowanie wyników badań na wydrukach np. wg nazwy badania lub wg czasu jego wykonania. |
| Jeśli podział badań na grupy odzwierciedla strukturę organizacyjną pracowni laboratoryjnych – system automatyczne rozdzieli badania z różnych grup zlecone przez lekarza na jednym zleceniu i zarejestruje odrębne zlecenie dla każdej z pracowni. |
| Lista grup badań laboratoryjnych w odrębnych zakładkach wyświetla: badania najczęściej zlecane przez oddział; badania pozostałe; pakiety badań laboratoryjnych zdefiniowane dla oddziału lub dla użytkownika. |
| W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne możliwe jest zapisanie zaznaczonych badań jako tzw. pakietu. System udostępnia możliwość tworzenia pakietów użytkowników – takie pakiety widoczne są tylko dla użytkownika, który je stworzył – lub dla oddziału – takie pakiety widoczne są dla wszystkich użytkowników przypisanych do oddziału. |
| W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne możliwe jest wyszukanie konkretnego badania według ciągu znaków. Po wpisaniu ciągu znaków w pole wyszukiwania system odnajduje wszystkie nazwy badań spełniających warunek wyszukiwania i zaznacza je na liście. System wyświetla informację o tym ile odnaleziono badań spełniających warunki wyszukiwania. |
| W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne możliwe jest wyszukanie badania według ciągu znaków. Po wpisaniu ciągu znaków w pole wyszukiwania system odnajduje grupę badań, której nazwa spełnia warunki wyszukiwania. |
| W oknie rejestracji zlecenia dostępny jest mechanizm wstrzymywania oraz wznawiania zlecenia Wstrzymane zlecenia wyróżnione są na liście zleceń innym kolorem. |
| W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne możliwe jest skopiowanie zlecenia na kolejne dni poprzez wskazanie ich w kalendarzu. Kalendarz posiada oznaczenie sobót i niedziel oraz dni wolnych od pracy. |
| W razie wyboru funkcji powielenia zlecenia na kolejne dni system posiada możliwość konfiguracji, które decyduje o tym czy kilka badań zostanie zarejestrowanych jako jedno zlecenie czy też utworzonych zostanie oddzielne zlecenie dla każdego dnia. |
| W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne po wybraniu (zaznaczeniu) zlecanych badań – system prezentuje je na odrębnej liście wraz z informacją o materiale badanym oraz koszcie badania. |
| W razie gdy badanie może być wykonane tylko na jednym rodzaju materiału system podpowiada materiał automatycznie. Jeśli badanie może być wykonane na różnych rodzajach materiału system podpowiada automatycznie domyślny materiał oraz umożliwia jego zmianę. Jeśli dla badania nie określono rodzaju materiału na którym ma zostać wykonane – system uniemożliwia zapisanie zlecenia. |
| System umożliwia tzw. dozlecanie nowego badana do istniejącej i pobranej wcześniej od pacjenta próbki. W takim wypadku informacja o tym, że jest to badanie dozlecanie prezentowana jest na tej samej liście na której wyświetlany jest rodzaj materiału badanego. |
| System udostępnia co najmniej następujące możliwości analizy wyników badań laboratoryjnych analitycznych i mikrobiologicznych: przegląd tabelaryczny wraz z możliwością utworzenia wykresu wartości parametrów; przegląd tekstowy; przegląd pojedynczych badań w postaci tabelarycznej z automatycznym utworzeniem wykresu wartości parametrów; roboczy przegląd zleceń wraz ze szczegółowymi informacjami o statusie zlecenia, statusie każdego badania w ramach zlecenia oraz wynikami. |
| Przegląd tabelaryczny wyników badań udostępnia widok co najmniej w zakresie: nazwa badania; nazwa parametru; jednostka; norma; data i godzina wykonania badania lub data wykonania badania; wynik badania; możliwość grupowania wg daty zlecenia lub wg daty wykonania. |
| Przegląd tabelaryczny wyników badań umożliwia co najmniej: wyświetlanie wyników poszczególnych parametrów pogrupowanych wg nazw badań; wyświetlanie wyników poszczególnych parametrów pogrupowanych wg konfiguracji systemu (tzw. grupy parametrów); wyświetlanie wyników badań z aktualnego pobytu na oddziale, z aktualnej hospitalizacji oraz archiwalnych wyników badań; wyświetlanie wyników z zadanego okresu czasu; wyświetlanie wyników badań zleconych przez konkretnego lekarza zlecającego; wyświetlanie wyników badań wykonanych w konkretnej pracowni; wyświetlanie wyników badań wybranych grup parametrów; wyświetlanie wyników badań tylko chodzących w skład konkretnych pakietów; wyświetlanie wyników badań od najstarszych do najnowszych; wyświetlanie wyników badań od najnowszych do najstarszych; wyświetlanie wyników badań wraz z datą wykonania; wyświetlanie wyników badań wraz z datą pobrania materiału; wyświetlanie wyników badań wraz z datą i godziną. |
| Przegląd tabelaryczny wyników badań udostępnia dla każdego wybranego przez użytkownika wyniku badania przegląd wyniku w postaci klasycznej, tekstowej. |
| Przegląd tabelaryczny wyników badań posiada oznaczenia graficzne uwag dołączonych do wyniku badania lub też dodatkowych informacji, które nie mieszczą się w komórce tabeli. |
| Wyniki badań znajdujących się poza normą oznaczone są w tabelce kolorem czerwonym oraz przy pomocy symbolu graficznego: odrębnego dla wartości parametrów ponad normę; odrębnego dla wartości parametrów poniżej normy. |
| Przegląd tekstowy wyników badań udostępnia widok w zakresie: nazwa badania; wynik; jednostka; norma; opis; data pobrania materiału; nazwa pobranego materiału; lekarz zlecający badanie; data wykonania badania. |
| Przegląd tekstowy wyników badań umożliwia: wyświetlanie wyników z zadanego okresu czasu; wyświetlanie wyników badań zleconych przez konkretnego lekarza zlecającego; wyświetlanie wyników badań wykonanych w konkretnej pracowni; wyświetlanie wyników badań wybranych grup parametrów; wyświetlanie wyników badań tylko chodzących w skład konkretnych pakietów; wyświetlanie wyników badań od najstarszych do najnowszych; wyświetlanie wyników badań od najnowszych do najstarszych; wyświetlanie wyników badań wraz z datą wykonania; wyświetlanie wyników badań wraz z datą pobrania materiału; wyświetlanie wyników badań wraz z datą i godziną. |
| Przegląd tabelaryczny pojedynczych badań udostępnia widok w zakresie: listę nazw badań oznaczonych kolorem zgodnym z grupą w której badanie się znajduje; tabelaryczną prezentację wyników badań w zakresie zgodnym z przeglądem tabelarycznym opisanym powyżej. |
| Przegląd tabelaryczny pojedynczych badań umożliwia: wyświetlanie wyników z zadanego okresu czasu; wyświetlanie wyników badań zleconych przez konkretnego lekarza zlecającego; wyświetlanie wyników badań z aktualnego pobytu na oddziale, z aktualnej hospitalizacji oraz archiwalnych wyników badań. |
| Okno rejestracji zlecenia na badanie patomorfologiczne umożliwia zapisanie: numeru zlecenia; rozpoznania; istotnych danych klinicznych; nazwa badania; materiał na którym badanie będzie wykonywane; informacje o topografii; dodatkowy opis. |
| System umożliwia automatyczne zarejestrowanie procedury ICD9 na podstawie zrealizowanego badania laboratoryjnego po uprzednim skonfigurowaniu takich powiązań. |
| System umożliwia zlecanie badań laboratoryjnych dla grupy pacjentów . |
| Okno grupowej rejestracji zleceń na badania laboratoryjne umożliwia: wyświetlenie w postaci tabeli listy badań oraz listy pacjentów; wyświetlenie tylko pacjentów posiadających pobyty otwarte na oddziale; wyświetlenie tylko badań z konkretnych grup; wyświetlenie tylko konkretnego badania; zarejestrowanie zlecenia na badania. |
| Roboczy przegląd listy zleceń udostępnia widok: listy zleceń na badania laboratoryjne zarejestrowane dla pacjenta z minimalnym zakresem danych: data zlecenia, data planowanego wykonania, data wykonania, lekarz zlecający, status zlecenia, status zlecenia HL7 (jeśli dotyczy); listy badań zleconych w ramach każdego zlecenia z minimalnym zakresem danych: skrót badania, nazwa badania, data wykonania badania, status, usługa ICD9; listy wyników każdego z badań z minimalnym zakresem: nazwa parametru, wynik, norma, opis. |
| System pozwala na rejestrowanie 8- i 10-znakowych kodów kreskowych zleceń do laboratoriów zewnętrznych. |
| System pozwala na rejestrowanie 12-cyfrowych kodów kreskowych zleceń wewnętrznych do systemu laboratoryjnego. |
| System umożliwia taką konfigurację słownika badań, aby zlecenia na badania dla których czas oczekiwania na wyniki może być dłuższy – nie były usuwane z systemu w wypadku śmierci lub wypisu pacjenta. |
| System udostępnia okno dla pielęgniarek, pozwalające na obsługę zleceń na badania laboratoryjne. |
| Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne prezentuje listę zleceń w zakresie: tryb zlecenia (cito / zwykłe); data zarejestrowania zlecenia; nazwisko i imię pacjenta; data planowanej realizacji; status zlecenia; kod kreskowy; oddział kierujący. W szczegółach zleceń: nazwa badania; materiał na którym wykonane ma być badanie; pobierający; data pobrania. |
| Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne wyświetla uwagi dla pielęgniarki pobierającej materiał, zarejestrowane przez lekarza zlecającego badanie. |
| Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne umożliwia: przypisanie kodu zlecenia; usunięcie kodu zlecenia; przypisanie kodów próbek; przypisanie kodów próbek i automatyczne wygenerowanie kodu zlecenia; scalenie i powielenie próbek; przenoszenie badań pomiędzy próbkami na zasadzie drag & drop; automatyczne uzupełnienie daty pobrania oraz osoby pobierającej w momencie sczytania kodów próbek; zmianę materiału na którym wykonane ma być badanie; szybkie przelogowanie osoby pracującej w oknie; zatwierdzenie okodowanych zleceń; wydrukowanie listy materiałów pobranych od pacjentów. |
| Okno obsługi zleceń prezentuje listę próbek w postaci rozwijanego drzewka na którego poszczególnych gałęziach wyświetlane są nazwy badań do wykonania na próbkach. |
| Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne udostępnia zakres filtrów: pacjent; data planowanego wykonania badania; oddział kierujący; odcinek kierujący (jeśli dotyczy); kierunek badana; status zlecenia; tryb zlecenia; wyświetlaj uwagi dla pielęgniarki. |
| Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne zapewnia mechanizm kontroli poprawności rejestracji próbek w zakresie: kontroli zgodności kodu zlecenia i kodów próbek w przypadku tego samego zlecenia; kontroli wprowadzenia kodów próbek dla wszystkich zarejestrowanych próbek (chyba, że w konfiguracji oznaczono iż jest możliwe przekazanie do laboratorium zlecenia bez wszystkich okodowanych materiałów); kontroli ponownego użycia zarejestrowanego wcześniej kodu. |
| System umożliwia taką konfigurację, aby do każdego rodzaju próbki możliwe było przypisanie materiału badanego oraz materiałów medycznych i towarów, które rozchodowane powinny być z magazynu przy zatwierdzeniu realizacji zlecenia. |
| System posiada możliwość zdefiniowania domyślnego trybu cito dla zleceń rejestrowanych na konkretnych oddziałach |
| System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na badania diagnostyczne, który umożliwia zarejestrowanie, podpisanie elektroniczne oraz wydruk skierowania na badanie diagnostyczne do systemu RIS. |
| Okno rejestracji zlecenia na badanie diagnostyczne umożliwia zarejestrowanie: daty zlecenia; daty planowanej realizacji; trybu (cito / zwykły); miejsce wykonania badania (przyłóżkowe, pracownia); badanie z opisem lub bez; pracownia; usługa; dodatkowe uwagi; automatyczne pobranie wyników badań laboratoryjnych do zlecenia. |
| System automatycznie podpowiada pracownię jeśli usługa wybrana została jako pierwsza, a wykonywana jest tylko w jednej pracowni. |
| System posiada możliwość konfiguracji oddzielnego formularza i wydruku zgody pacjenta dla każdej usługi zlecanej jako badanie diagnostyczne. W przypadku wykorzystania takiej konfiguracji lista usług możliwych do zlecenia zawiera także informację o niezbędnej zgodzie i możliwość wypełnienia jej i wydrukowania bezpośrednio w oknie zlecenia. |
| System umożliwia zarejestrowanie wielu usług laboratoryjnych na jednym zleceniu. |
| System umożliwia automatyczną rejestrację procedury ICD na podstawie zrealizowanego badania diagnostycznego po uprzednim zdefiniowaniu takiego powiązania. |
| System umożliwia wprowadzenie dodatkowego opisu wyniku badania diagnostycznego niezależnie od opisu przekazanego z systemu RIS. W takim wypadku opis badania otrzymany z systemu RIS także jest dostępny w systemie. |
| System posiada możliwość archiwizacji kolejnych wersji opisu badania przekazanego z systemu RIS (np. w sytuacji kiedy w pierwszej kolejności do systemu HIS przekazywany jest sam obraz, a dopiero w drugiej kolejności jego opis). |
| Okno przeglądu wyników badań diagnostycznych udostępnia następujące informacje: data zlecenia; data wykonania badania; lekarz zlecający; pracownia wykonująca; status zlecenia; nazwa usługi; opis wyniku; link do zdjęcia w postaci DICOM (o ile przekazany z systemu RIS); link do zdjęcia w postaci JGP (o ile przekazany z systemu RIS). |
| System udostępnia roboczą listę zarejestrowanych zleceń. Roboczy przegląd listy zleceń udostępnia widok: listę zleceń na badania diagnostyczne zarejestrowane dla pacjenta z minimalnym zakresem danych: data zlecenia, data planowanego wykonania, lekarz zlecający, status zlecenia, status zlecenia HL7 (jeśli dotyczy), czy zarchiwizowany; listę badań zleconych w ramach każdego zlecenia z minimalnym zakresem danych: skrót badania, nazwa badania, data wykonania badania, usługa ICD9; treść wyniku badania. |
| System udostępnia mechanizm rejestracji wyników badań wykonanych poza systemem. Mechanizm umożliwia zarejestrowanie co najmniej:; nazwy badania; data wykonania badania; informację czy badanie zostało wykonane w szpitalu czy poza nim; opis wyniku z możliwością skorzystania ze słownika. |
| System umożliwia oddzielną rejestrację wyników badań diagnostycznych i laboratoryjnych. |
| System udostępnia zbiorczy widok wszystkich wyników badań laboratoryjnych pacjentów oddziału w następującym zakresie: data i godzina wykonania badania; nazwisko i imię pacjenta; oddział kierujący na badanie; sala; nazwa badania; parametr; norma; wynik. |
| Zbiorczy widok wszystkich wyników badań laboratoryjnych pacjentów oddziału udostępnia następujący zakres filtrów: lekarz prowadzący; lekarz zlecający; data zlecenia od – do; grupa badań; pacjent; odcinek; sala. |
| W zakresie rejestracji oraz realizacji zleceń na leki system współpracuje z systemem magazynowym apteczki oddziałowej. |
| System umożliwia zdefiniowanie magazynów oddziałowych oraz odcinkowych. |
| System umożliwia zdefiniowanie wielu magazynów dla jednego oddziału lub odcinka. |
| Okno rejestracji zlecenia na lek pozwala na zarejestrowanie: nazwa zlecanego leku; sposób dawkowania: dzienne, godzinowe, opisowe, doraźne, wlew ciągły; sposób podawania; jednostka podania; uwagi do podania; rozpoznanie; czy lek spoza apteczki oddziałowej; czy lek w ramach profilaktyki okołooperacyjnej; w przypadku zlecenia antybiotyku: terapia celowana, empiryczna, profilaktyka około zabiegowa, profilaktyka medyczna; czy zlecenie zwykłe czy cito; możliwość powiązania zlecenia z antybiogramem; uwagi zlecającego. |
| Okno rejestracji zlecenia na lek po wybraniu konkretnego leku prezentuje: postać leku; dawkę; opakowanie; możliwe sposoby podania; możliwe jednostki rozchodu oraz umożliwia dostęp do następujących rozszerzonych informacji o leku: nazwa handlowa; nazwa międzynarodowa; postać, dawka, opakowanie; ilość w opakowaniu, ilość w jednostce; kategoria przechowywania; miejsce przygotowania; - czas trwania terapii; przerwa; dawkowane jednorazowe; dawkowanie dobowe; podzielność; czas przechowywania; poziom uprawnień niezbędny do zlecenia leku; dopuszczalne sposoby podawania; czy lek jest: trucizną, lekiem silnie działającym, lekiem bardzo silnie działającym, narkotykiem, psychotropem, prekursorem, lekiem silnie upośledzającym, lekiem upośledzającym, cytostatykiem, pochodzi z importu docelowego, lekiem z receptariusza. |
| Okno rejestracji zlecenia na lek w trybie wlewu dożylnego pozwala na zarejestrowane dodatkowo:; data rozpoczęcia wlewu; ilość; jednostka; status. |
| System umożliwia rejestrację zleceń wg nazw międzynarodowych leków: lekarz wskazuje jedynie nazwę substancji czynnej, natomiast powiązanie zlecenia z konkretnym lekiem (opakowaniem leku) następuje podczas realizacji zlecenia i wydawania towaru z magazynu. |
| System umożliwia użytkownikowi przełączenie się ze zlecania wg nazw międzynarodowych leków na zlecanie wg nazw handlowych na bieżąco w trakcie pracy bez konieczności zmiany konfiguracji aplikacji. |
| System umożliwia użytkownikowi przeglądnięcie informacji nt. tego jakie nazwy handlowe leków odpowiadają nazwom międzynarodowym bez konieczności zmiany konfiguracji aplikacji. |
| System udostępnia możliwość zbudowania słownika leków złożonych w następującym zakresie: nazwa leku; jednostka; składniki leku: nazwa, postać, dawka, ilość, jednostka. |
| Lista leków dostępnych do zlecenia zawiera co najmniej następujące informacje: nazwa leku; postać; dawka; opakowanie; poziom uprawnień niezbędny do zlecenia leku. |
| Poszczególne kolumny zawierające informacje o ilościach włączane są oddzielnymi opcjami. |
| System umożliwia zastosowanie zaawansowanego wyszukiwania w którym wprowadzenie do systemu nazwy międzynarodowej leku powoduje odszukanie wszystkich nazw handlowych leków, których nazwa międzynarodowa odpowiada ciągowi znaków wpisywanemu w wyszukiwaniu. |
| System umożliwia kontrolę tzw. najmniejszej podzielności leku na podstawie definicji karty towaru w systemie magazynowym. Kontrola taka powoduje brak możliwości zlecenia leku w dawce mniejszej niż określona na karcie towaru. |
| System posiada możliwość rejestracji tzw. zleceń stałych. Zlecenia zarejestrowane w taki sposób mają cały czas status zlecenia aktywnego aż do momentu jego zamknięcia. |
| System posiada funkcjonalność rejestrowania tzw. zleceń ciągłych, a więc obowiązujących od momentu rejestracji aż do momentu zamknięcia przez uprawnionego do tego użytkownika. Zlecenia ciągłe prezentowane są w elektronicznej karcie zleceń na leki przy pomocy odrębnych symboli graficznych i są wyraźnie wyróżnione wśród pozostałych zleceń. |
| System posiada funkcje usprawniające rejestrację zleceń na leki w tym: możliwość kopiowania zleceń na kolejne dni na zasadzie drag & drop pojedynczo lub dla całego dnia; możliwość powielenia zleceń zarejestrowanych dla konkretnego pacjenta na innych pacjentów; możliwość grupowego kontynuowania zleceń na kolejne dni dla każdego oddziału; możliwość zarejestrowania zlecenia z czasem trwania od – do; możliwość zarejestrowana schematu terapeutycznego, składającego się z kompletu leków; możliwość kopiowania leków z poprzedniego pobytu pacjenta na oddziale. |
| System blokuje możliwość zlecenia dowolnego leku z ogólnodostępnej bazy leków i środków medycznych dopuszczonych do sprzedaży na terenie Polski za wyjątkiem rejestracji leków spoza apteczki oddziałowej. |
| System automatycznie zamyka zlecenia na leki w momencie zamknięcia księgi oddziałowej. |
| System udostępnia widok listy zamienników dla każdego leku. |
| System udostępnia widok indywidualnej karty zleceń lekowych w której prezentowany jest następujący minimalny zakres informacji:; nazwa leku; postać leku; jednostka; kolejne dni podawania leku w podziale na pory: rano, południe, popołudnie, wieczór, noc; status zlecenia (nowe, w trakcie realizacji, zrealizowane, odrzucone, wycofane); zlecenia stałe wyróżnione przy pomocy odrębnych symboli graficznych |
| Indywidualna karta zleceń lekowych podzielona jest na następujące części: zlecenia stałe; zlecenia doraźne; wlewy ciągłe; żywienie pozajelitowe; leczenie chemioterapeutyczne. Oznacza to że powyższe rodzaje zleceń prezentowane są na karcie oddzielnie. |
| Terapia antybiotykowa prezentowana jest w elektronicznej karcie zleceń kolorem innym niż pozostałe zlecenia na leki wraz z informacją o tym, który dzień stosowana jest antybiotykoterapia. Kolor czcionki jest konfigurowany indywidualnie przez użytkownika. Widoczność kolumny z informacją o dniu terapii jest konfigurowalna. Informacja o stosowanej antybiotykoterapii wyświetlana jest także w oknie rejestracji obserwacji lekarskich i pielęgniarskich. |
| Indywidualna karta zleceń lekowych umożliwia także przegląd wszystkich leków wydanych na pacjenta bezpośrednio z systemu magazynowego z pominięciem systemu rejestracji zleceń w następującym minimalnym zakresie: oddział; data wydania; numer dokumentu wydania; nazwa wydawanego towaru; ilość; jednostka; koszt netto; koszt brutto. |
| System umożliwia wydruk indywidualnej karty zleceń lekowych oraz indywidualnej karty różnicowej w której zawarte są tylko zmiany w zleceniach dokonane od czasu ostatniego wydruku karty zleceń. |
| System umożliwia podgląd na jednym ekranie zleconych leków oraz wyników badań diagnostycznych i laboratoryjnych. |
| System umożliwia wystawienie recept pacjentowi w tym samym oknie w którym rejestrowane są zlecenia na leki. |
| Funkcja wystawiania recept umożliwia przegląd wszystkich recept wystawionych pacjentowi podczas poprzednich pobytów oraz wystawienie a ich podstawie recepty dla bieżącego (otwartego) pobytu pacjenta. |
| Funkcja wystawiania recept umożliwia wystawienie recepty na podstawie bieżących zleceń na leki otwartych dla pacjenta. |
| System udostępnia tzw. mechanizm rejestracji wniosków, który może zostać powiązany ze zleceniami na leki |
| Mechanizm rejestracji wniosków umożliwia co najmniej:; zdefiniowanie (w oparciu o mechanizm formularzy dokumentacji medycznej) dokumentów wniosków (np. wniosek o zakup drogiego leku); dla każdego wniosku zdefiniowanie ścieżki decyzyjnej co do stanowisk lub osób, które muszą zaakceptować dokument. Ścieżka decyzyjna dokumentu prezentowana jest w postaci graficznej; przypisanie dokumentu do konkretnych leków / grupy leków, których zlecenie uwarunkowane powinno być akceptacją wniosku; określenie czy złożenie wniosku wymagane będzie dla każdego czy tylko dla pierwszego podania leku pacjentowi. |
| Mechanizm rejestracji wniosków umożliwia użytkownikowi: wyświetlenie listy wniosków złożonych przez siebie; wyświetlenie listy wniosków akceptowanych przez siebie; procent realizacji każdego z wniosków prezentowany w postaci graficznej; lista wniosków zawiera co najmniej: datę zarejestrowania wniosku, numer wniosku, nazwę wniosku, procent jego realizacji, nazwisko i imię wnioskodawcy; przegląd szczegółów dokumentu wniosku; wprowadzenie dodatkowej treści w dokumencie; dołączenie załączników; akceptację lub odrzucenie wniosku; zarejestrowanie nowego wniosku. |
| Jeśli do podania pacjentowi konkretnego leku niezbędna jest akceptacja konkretnego wniosku – zlecenie zostaje zapisane w systemie HIS, natomiast nie jest przekazywane do realizacji do momentu zatwierdzenia wniosku. |
| System umożliwia wyświetlenie informacji o interakcjach automatycznie przy zapisywaniu zlecenia lub na żądanie użytkownika przy pomocy oddzielnej funkcji. |
| System współpracuje z systemem magazynowym w zakresie poziomów uprawnień użytkowników niezbędnych do zlecania konkretnych leków. |
| System umożliwia zablokowanie możliwości zlecania konkretnych leków użytkownikom, którzy nie posiadają stosownych uprawnień zgodnie z poziomem uprawnień określonym na karcie towaru w magazynie aptecznym. |
| System umożliwia rejestrację zleceń na leki recepturowe. |
| System umożliwia rejestrację zleceń w ramach tzw. doby zleceniowej. |
| System umożliwia rejestrację zleceń na leki złożone z możliwością bieżącej edycji poszczególnych składników leku na potrzeby konkretnego zlecenia i bez ingerencji w definicję leku złożonego |
| Zlecenie na lek przekazywane jest do realizacji do systemu apteczki oddziałowej. |
| System udostępnia zbiorczy rejestr zleceń na leki dla pacjentów oddziału. |
| Rejestr zleceń na leki udostępnia następujący minimalny zakres danych: nazwisko i imię pacjenta; numer w księdze oddziałowej; data zlecenia; nazwa leku; dawkowanie; jednostka; sposób podania; zlecający; status zlecenia; czy zlecenie doraźne; czy zlecenie cito; czy lek spoza apteczki oddziałowej. |
| Rejestr zleceń na leki udostępnia następujący zakres filtrów: data zlecenia od – do; zlecający; pacjent; pobyt; lek; sala. |
| System udostępnia rejestr zleceń na wlewy ciągłe. |
| Rejestr zleceń na wlewy ciągłe udostępnia następujący minimalny zakres informacji: pacjent; sala; data rozpoczęcia; ilość; jednostka; status. |
| System udostępnia mechanizm umożliwiający wystawianie recept. Mechanizm wystawiania recept udostępnia co najmniej następujące funkcje:; możliwość wystawienia recepty Rp zgodnie z obowiązującym wzorem; możliwość wystawienia recepty Rpw zgodnie z obowiązującym wzorem; możliwość wystawienia kilku recept zdefiniowanych wcześniej jako pakiet; możliwość wyboru zapisywanego leku z ogólnopolskiej bazy leków i środków medycznych dopuszczonych do sprzedaży na terenie Polski wraz z automatycznym określeniem poziomu refundacji; możliwość zastosowania słownika użytkownika najczęściej zapisywanych przez niego leków; możliwość automatycznego pobrania to zawartości recepty leków które pacjent przyjmował podczas ostatniego dnia pobytu na oddziale. |
| System umożliwia rejestrację zleceń na żywienie dojelitowe. |
| Możliwa jest taka konfiguracja systemu, aby zlecenia na żywienie dojelitowe wyświetlane było w indywidualnej karcie zleceń na leki lub w indywidualnej karcie zleceń na dietę. |
| W zakresie rejestracji zleceń na żywienie dojelitowe system współpracuje z systemem magazynowym lub umożliwia samodzielne definiowanie składników mieszanek żywieniowych i ich rejestrację na podstawie składników dostępnych w systemie magazynowym. Z tak zdefiniowanych elementów system umożliwia utworzenie mieszanki o dowolnej nazwie, która w dalszej kolejności zlecana jest pacjentom. System zapewnia dla zleceń na żywienie pozajelitowe funkcjonalność analogiczną do funkcjonalności zleceń na leki. |
| System udostępnia uniwersalny mechanizm rejestracji zleceń dodatkowych lekarskich i pielęgniarskich. Jako zlecenie dodatkowe rozumieć należy zlecenie o dowolnej treści. W zakresie rejestracji oraz realizacji zleceń dodatkowych system współpracuje z systemem magazynowym. |
| Mechanizm rejestracji zleceń dodatkowych umożliwia zarejestrowanie następujących informacji o zleceniu: treść zlecenia; odpowiadająca procedura ICD9; typ zlecenia (lekarskie, pielęgniarskie); zlecający; wykonujący; data realizacji; sposób realizacji: dzienne lub godzinowe; podpisanie elektroniczne zlecenia; wydruk karty zleceń. |
| Okno prezentacji zleceń dodatkowych prezentuje następujący zakres danych: treść zlecenia; odpowiadająca procedura ICD9; kolejne dni realizacji zlecenia w podziale na pory: rano, południe, popołudnie, wieczór, noc); status zlecenia (nowe, w trakcie realizacji, zrealizowane, odrzucone, wycofane). |
| Mechanizm konfiguracji zleceń dodatkowych (treści zleceń) pozwala na określenie dla każdego zlecenia następującego zakresu danych: treść zlecenia; skrót; typ zlecenia (lekarskie, pielęgniarskie); odpowiadająca usługa ICD9; sposób realizacji (dzienne, godzinowe) wraz z domyślnym określeniem pór realizacji; uwagi dodatkowe. |
| System udostępnia grupowy mechanizm realizacji zleceń dodatkowych. Mechanizm prezentuje zlecenia dodatkowe z oddziału w formie listy, zawierającej następujące informacje: typ zlecenia (lekarskie, pielęgniarskie); zlecający; nazwisko i imię pacjenta; numer księgi oddziałowej pacjenta; planowana data realizacji; godzina realizacji; treść zlecenia; odpowiadająca procedura ICD9. |
| Lista zleceń dodatkowych udostępnia następujący zakres filtrów: data początkowa zlecenia; data końcowa zlecenia; data realizacji; typ zlecenia; status zlecenia; pacjent; zlecający; wykonujący; treść zlecenia; usługa ICD9. |
| Mechanizm umożliwia oznaczenie realizacji zlecenia i rejestrację następujących informacji o realizacji zlecenia: data realizacji; godzina realizacji; pracownik wykonujący; ilość wykonana; opis; hurtową realizację wielu zleceń; cofnięcie realizacji zlecenia; dodanie formularza opisującego szczegóły realizacji zlecenia. |
| System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na krew i preparaty krwiopochodne. W zakresie rejestracji zleceń system współpracuje z systemem magazynowym. |
| Mechanizm rejestracji zleceń na krew i preparaty krwiopochodne umożliwia zarejestrowanie następującego zakresu informacji: grupa krwi pacjenta; przeciwciała odpornościowe; rozpoznanie pacjenta; pracownik zlecający; data i godzina zlecenia; fenotyp; wskaźnik do transfuzji; typ biorcy; data ostatniego przetoczenia; czy pacjent po przeszczepie (jeśli tak – data przeszczepu i krew dawcy narządu); wzrost i waga pacjenta (wraz z możliwością zapisania do listy pomiarów parametrów); preparat krwi: grupa krwi preparatu, nazwa preparatu, produkt, ilość zlecana, ilość zamawiana, usługi dodatkowe na produkcie, uwagi; czy skierowanie na krew do pilnej transfuzji; podpisanie zlecenia elektronicznie; przekazanie zlecenia do systemu magazynowego. |
| Okno prezentacji zleceń na krew i preparaty krwiopochodne prezentuje następujący zakres informacji: nazwisko i imię pacjenta; nazwę preparatu krwi; grupa preparatu krwi; rozpoznanie; wskaźnik do transfuzji; pracownik zamawiający; data zamówienia; czy zamówienie pilne; status; czy wpisano do księgi transfuzji; czy zlecenie podpisane elektronicznie; wydruk zapotrzebowania na krew. |
| Okno prezentacji zleceń na krew udostępnia następujący zakres filtrów: rozpoznanie; wskazanie do transfuzji; pracownik zamawiający; preparat; usługa; data zlecenia od – do; status zlecenia. |
| System umożliwia bezpośrednio z listy zleceń zarejestrowanie wpisu w księdze transfuzji. |
| System umożliwia prowadzenie księgi transfuzji zgodnie z obowiązującymi przepisami. |
| Z poziomu rejestracji wpisu do księgi transfuzji system umożliwia zaczytanie wynik zgodności próby krzyżowej. |
| Mechanizm umożliwia taką konfigurację, aby zarejestrowanie zlecenia na przetoczenie krwi lub preparatu krwiopochodnego skutkowało automatyczną rejestracją zlecenia na badanie próby krzyżowej. |
| System umożliwia pracę mechanizmu także bez systemu obsługującego bank krwi. |
| System udostępnia mechanizm zatwierdzania zleceń na przetoczenie krwi lub preparatu krwiopochodnego przed jego przekazaniem do systemu magazynowego. |
| System umożliwia zapisanie na kartotece pacjenta informacji o wykonanych przeszczepach tak, aby mogły one być automatycznie wypełniane podczas rejestracji zlecenia na krew. |
| System umożliwia rejestrację zleceń na konsultacje: lekarską; dietetyczną; anestezjologiczną. W zależności od rodzaju zlecenia – zostaje ono przekazane do właściwej komórki. |
| System umożliwia rejestrację następującego zakresu informacji dla każdego zlecenia: lekarz zlecający; data zlecenia; data preferowanej realizacji zlecenia; tryb zlecenia (cito, zwykłe); uwagi; rozpoznanie zasadnicze i rozpoznania współistniejące; podpisanie elektroniczne zlecenia; wydruk zlecenia; wydruk wyniku konsultacji. |
| Okno przeglądu zleceń na konsultacje prezentuje następujący zakres danych: data i godzina zlecenia; tryb konsultacji; status; rozpoznanie; oddział kierujący; pracownik konsultujący; oddział konsultujący; rodzaj konsultacji; czy zlecenie podpisane elektronicznie. |
| Okno przeglądu zleceń na konsultacje udostępnia następujący zakres filtrów: data zlecenia, proponowana data realizacji, zatwierdzona data realizacji od – do; tryb zlecenia; status zlecenia; typ zlecenia; pracownik konsultujący; oddział. |
| System umożliwia taką konfigurację, aby realizacja zlecenia na konsultację powodowała automatyczne zarejestrowanie w historii choroby odpowiadającej procedury ICD9. |
| System udostępnia rejestr zleceń na konsultacje przekazanych do oddziału. |
| Rejestr zleceń na konsultacje prezentuje następujący zakres informacji: data zlecenia; tryb konsultacji; status zlecenia; rozpoznanie; pacjent; oddział kierujący; oddział konsultujący; pracownik konsultujący; jednostka konsultująca; rodzaj konsultacji; czy zlecenie podpisane elektronicznie. |
| Rejestr zleceń na konsultacje umożliwia realizację zleconej konsultacji. Wynik konsultacji dopisywany jest automatycznie do historii choroby pacjenta i jest dostępny w jego dokumentacji. |
| System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na następujące rodzaje zabiegów: zabieg operacyjny na bloku operacyjnym; zabieg w gabinecie zabiegowym; zabieg rehabilitacyjny w gabinecie rehabilitacyjnym lub na oddziale. |
| System udostępnia jedno okno prezentacji wszystkich wyżej wymienionych rodzajów zleceń na zabiegi dla pacjenta wraz z prezentacją wyników ich realizacji. Poszczególne rodzaje zabiegów wyróżniane są na liście w sposób graficzny. |
| System udostępnia możliwość zarejestrowania zlecenia na zabiegi rehabilitacyjne do gabinetu rehabilitacyjnego. Zlecenie przejmuje odpowiedni moduł obsługujący pracownię rehabilitacyjną. |
| System umożliwia rejestrację następującego zakresu informacji w zleceniu na zabiegi rehabilitacyjne: data początku zabiegów; data końca zabiegów; rozpoznanie zasadnicze i rozpoznania współistniejące; domyślna ilość osobodni realizacji zabiegów; okolica ciała; uwagi; wzorzec leczenia rehabilitacyjnego; pozycje wzorca leczenia rehabilitacyjnego; podpisanie zlecenia elektronicznie; wydruk karty zleceń na zabiegi rehabilitacyjne. |
| System udostępnia mechanizm konfiguracji wzorców leczenia rehabilitacyjnego, umożliwiający zdefiniowanie szablonów rehabilitacyjnych w następującym zakresie: nazwa wzorca leczenia rehabilitacyjnego; wybrane usługi ICD9 wraz z określeniem ich pozycji na liście. |
| Okno prezentacji zleceń na zabiegi rehabilitacyjne prezentuje w formie kalendarza procedury rehabilitacyjne zlecone pacjentowi. |
| Okno wyróżnia graficzne co najmniej następujące statusy zleceń w kalendarzu: procedura zaplanowana w grafiku rehabilitanta; procedura wykonana; komentarz rehabilitanta do wykonanej procedury. |
| Okno wyróżnia graficznie w kalendarzu procedury rehabilitacyjne wewnętrzne (oddziałowe) oraz procedury wewnętrzne realizowane w gabinecie rehabilitacyjnym. |
| Mechanizm umożliwia zatwierdzenie zlecenia na zabiegi rehabilitacyjne przed jego przekazaniem do pracowni rehabilitacji. |
| Mechanizm umożliwia kontynuację w innym terminie zabiegów rehabilitacyjnych wg umawianego wcześniej wzorca leczenia rehabilitacyjnego. |
| Mechanizm umożliwia manualną aktualizację wykonań zabiegów rehabilitacyjnych. |
| System umożliwia rejestrację następującego zakresu informacji w zleceniu do gabinetu zabiegowego: usługa; gabinet; rozpoznanie; data skierowania; proponowana data zabiegu; pracownik kierujący; uwagi dotyczące pacjenta; uwagi dotyczące zabiegu. |
| Zlecenie przekazywane jest do odpowiedniego modułu obsługującego gabinet. |
| System umożliwia zatwierdzenie zlecenia przed jego przekazaniem do gabinetu zabiegowego. |
| System umożliwia rejestrację następującego zakresu informacji w zleceniu do bloku operacyjnego: usługa; rozpoznanie przedoperacyjne; proponowana data i godzina zabiegu; operacja nagła; reoperacja; uwagi dotyczące pacjenta; uwagi dotyczące zabiegu. |
| Zlecenie przekazywane jest do odpowiedniego modułu obsługującego blok operacyjny. |
| System umożliwia rejestrację zlecenia na diety. W zakresie rejestracji zlecenia na dietę system współpracuje z systemem magazynowym. |
| System umożliwia zarejestrowanie zlecenia na dietę z następującym zakresem informacji: nazwisko i imię pacjenta; zlecający; nazwa diety; data początku zlecenia; data końca zlecenia; od jakiego posiłku; do jakiego posiłku; do odbioru na stołówce; podpisanie elektroniczne zlecenia; wydruk zlecenia. |
| Okno prezentacji zlecenia na dietę prezentuje następujący zakres danych: status zlecenia na dietę; data od; data do; nazwa diety; czy zlecenie podpisane elektronicznie. |
| System umożliwia prezentację rodzaju posiłków jakie otrzymywał będzie pacjent w ramach zlecenia na dietę. |
| System umożliwia taką konfigurację, że każdy pacjent przyjęty do określonego oddziału otrzymuje automatycznie zlecenie na dietę domyślną. |
| System umożliwia taką konfigurację że zlecenie na żywienie pozajelitowe może być rejestrowane albo jako zlecenie na dietę albo jako zlecenie na lek. |
| System umożliwia tworzenie zleceń na dietę dla pracowników szpitala. |
| System umożliwia tworzenie zleceń na dietę dla osób spoza szpitala. |
| System umożliwia tworzenie zleceń dodatkowych na określone posiłki, bez konieczności przypisania ich do określonego pacjenta. |
| System umożliwia rejestrację zleceń na transport medyczny. |
| Mechanizm rejestracji zlecenia na transport umożliwia zarejestrowanie następującego zakresu danych: typ transportu: transport pacjenta lub transport materiału medycznego; miejsce początkowe transportu; usługa transportowa (wybór z umowy transportowej); transport osobowy przejazd tam lub przejazd tam i z powrotem; miejsce docelowe; data transportu; lekarz kierujący; pozycja; rozpoznanie; powód; cel przewozu; stopień niepełnosprawności; rodzaj środka transportu; transport z lekarzem, z ratownikiem, z sanitariuszem, reanimacyjny, kierowca; odpłatność; dodatkowy dowolny formularz z dodatkowymi informacjami. |
| System udostępnia rejestr zleceń na transport w którym możliwa jest ich obsługa. |
| Podczas rejestrowania zlecenia na lek funkcja wyświetla dodatkowo odrębnie informacje o: ilości leku na magazynie odcinka, na magazynie oddziałuoraz na magazynie centralnym. |
| Podczas rejestrowania zlecenia na lek funkcja wyświetla dodatkowo informacje o: zatwierdzonym limicie wartościowym obowiązującym w danym okresie rozliczeniowym, wykonaniu w odniesieniu do limitu wartościowego, szacunkowym koszcie realizacji rejestrowanego zlecenia na lek (na podstawie dokumentów zakupu na magazynie). |
| Podczas rejestracji zlecenia na krew system pobiera informacje o grupie krwi z rejestru przeszczepów. |
| **Szpital (Wspomaganie rozliczania JGP)** |
| Symulator JGP wyznacza grupę zachowawczą. |
| System posiada wbudowany mechanizm wspomagania rozliczania świadczeń w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów bez konieczności przekazywania danych poza lokalną sieć jednostki i z automatycznym pobieraniem z hospitalizacji wszystkich danych niezbędnych do wyznaczenia grupy JGP. |
| System dla każdej wyznaczonej grupy weryfikuje i jawnie prezentuje, czy grupa jest zakontraktowana z danym płatnikiem, w danej jednostce organizacyjnej, w okresie wypisu pacjenta ze szpitala oraz dla odpowiedniego trybu hospitalizacji. |
| Mechanizm umożliwia wyliczenie grupy JGP i prezentuje następujący minimalny zakres informacji: kod grupy, taryfa całkowita, taryfa dodatkowa, taryfa całkowita, produkt. |
| Mechanizm umożliwia wyliczenie potencjalnych grup JGP i prezentuje następujący minimalny zakres informacji: kod grupy potencjalnej, taryfa grupy potencjalnej, taryfa dodatkowa grupy potencjalnej, taryfa całkowita grupy potencjalnej, produkt potencjalny, wymagania do wyznaczenia grupy potencjalnej. |
| Mechanizm udostępnia następujące dodatkowe funkcje: możliwość wyświetlenia historii generacji, możliwość wyliczenia grupy potencjalnej dla wszystkich pobytów, możliwość wyznaczenia grupy zachowawczej, uwzględnienie wszystkich rozpoznań w grupowaniu, uwzględnienie procedur ICD9 z tego samego zakresu co zarejestrowane |
| W przypadku opisu elementów brakujących do tego aby grupa potencjalna mogła zostać wyznaczona jako grupa właściwa. |
| Mechanizm umożliwia weryfikację wyliczonych grup JGP w kontekście produktów rozliczeniowych zakontraktowanych przez jednostkę. |
| Mechanizm udostępnia widok: nazwa oddziału, grupa JGP (potencjalna lub rzeczywista), umowa z której produkt może zostać rozliczony, pozycja umowy z której produkt może zostać rozliczny, kod grupy JGP, rok, miesiąc, limit miesięczny, wykonanie miesięczne, procent wykorzystania limitu, taryfa, limit miesięczny narastająco, wykonanie narastająco, procent wykorzystania limitu narastająco. |
| System udostępnia mechanizm umożliwiający symulację wyliczenia grupy JGP na otwartym pobycie w Księdze Oddziałowej. |
| Mechanizm pobiera z hospitalizacji wszystkie niezbędne informacje do wyliczenia JGP. |
| Mechanizm umożliwia modyfikację wszystkich informacji niezbędnych do wyliczenia JGP bez ingerencji w rzeczywiste dane pobytu. |
| Mechanizm umożliwia zapisanie w danych pobytu danych procedur ICD9 oraz rozpoznań. |
| System udostępnia mechanizm umożliwiający weryfikację rozliczenia z NFZ wszystkich możliwych zleconych leków chemioterapeutycznych oraz zleconych przetoczeń krwi. |
| Mechanizm udostępnia widok: numer księgi oddziałowej, nazwisko i imię pacjenta, zlecony lek (nazwa handlowa i międzynarodowa, ilość i data zlecenia), odpowiadające świadczenie do rozliczenia z NFZ, czy utworzono świadczenie do rozliczenia z NFZ. |
| Mechanizm umożliwia hurtową rejestrację świadczeń w historiach chorób pacjentów na podstawie zestawienia zleceń – zarówno świadczeń z czasem trwania jak i pojedynczego świadczenia dla każdego zlecenia. |
| Mechanizm umożliwia przypisanie do konkretnego towaru (leku) lub preparatu krwi odpowiadającego mu produktu rozliczeniowego dla NFZ. |
| Mechanizm umożliwia wyświetlenie zleceń z konkretnego zakresu czasu oraz konkretnego rodzaju (leki lub preparaty krwi). |
| Symulator JGP wyświetla historię generacji |
| Symulator JGP wylicza grupę potencjalną dla wszystkich pobytów w hospitalizacji, |
| Symulator JGP uwzględnia procedury ICD9 z tego samego zakresu co procedury zarejestrowane |
| **Szpital (Podpisywanie dokumentów podpisem elektronicznym)** |
| ZSI musi być wyposażony w funkcje umożliwiające tworzenie i podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej. Podpisywanie musi być możliwe za pomocą tzw. certyfikatów opartych na kluczach prywatnych i publicznych zapewniających autentyczność, niezaprzeczalność oraz integralność danych oraz mieć możliwość wykorzystania podpisów kwalifikowanych. |
| Moduł umożliwia przegląd i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej przygotowanych zgodnie z wzorcami obowiązującymi w zakładzie Zamawiającego w zakresie: Karta informacyjna – odmowa przyjęcia oraz Karta informacyjna leczenia szpitalnego. |
| Moduł umożliwia złożenie podpisu elektronicznego oraz jego weryfikację pod wygenerowanymi księgami. |
| **Szpital (Repozytorium EDM)** |
| Moduł umożliwia archiwizowanie wszystkich wygenerowanych dokumentów, które zostały podpisane elektronicznie lub certyfikatem (zarówno w module Szpital, Laboratorium, jak i Przychodnia). |
| System posiada centralne repozytorium dla wszystkich modułów. Repozytorium może zawierać dowolne dokumenty (pliki graficzne, dźwiękowe, tekstowe, PDF itp.) oraz podpisane cyfrowo dokumenty np. HZiCh. |
| ZSI posiada bazę, w której zapisywane są informacje o podpisanych elektronicznie dokumentach. |
| ZSI umożliwia archiwizację podpisanych elektronicznie dokumentów na innym serwerze niż serwer bazy danych. |
| ZSI umożliwia przeglądanie dokumentów zarchiwizowanych, uwzględniając odpowiednie ustawienia parametrów (np. data archiwizowanego dokumentu, data przesłania dokumentu itp.). |
| ZSI udostępnia interfejs do prezentacji zawartości repozytorium wybranym użytkownikom przez WWW wraz z pełnotekstowym przeszukiwaniem zgromadzonej dokumentacji. |
| **Diagnostyka – Laboratorium (Rejestracja, obsługa kontrahentów, fiskalizacja)** |
| System udostępnia możliwość rejestracji zleceń na badania: manualne wprowadzanie informacji przez użytkownika, z wykorzystaniem systemu kodów paskowych, z wykorzystaniem automatycznej rejestracji danych przy użyciu skanerów skierowań, automatyczny odbiór skierowań z oddziałów szpitalnych i gabinetów przychodni, automatyczny odbiór skierowań z oddziałów szpitalnych i gabinetów przychodni przez HL7, różne metody zaznaczania badań do wykonania (np. myszą lub numerem testu), możliwość wprowadzania dodatkowych informacji o skierowaniu (rozpoznanie, opis dodatkowy, zastosowane leczenie, możliwość pobierania informacji o wpisie pacjenta ze szpitalnej księgi głównej). Wydruk potwierdzenia zarejestrowanych badań. |
| System udostępnia możliwość wprowadzenia dodatkowego zlecenia na materiale badanym z już zarejestrowanego zlecenia (np. dodatkowe – prywatne badania z materiału pobranego do badań w ramach skierowania z oddziału lub gabinetu lekarskiego), wprowadzanie zmian w zleceniu (dane pacjenta, wybrane badania) oraz tworzenia paneli najczęściej zlecanych badań. Zapis informacji o wykonanych zmianach (pracownik, czas zmiany). |
| System udostępnia możliwość przeglądania cen za zlecane badania podczas rejestracji, zmiany płatnika dla zlecanych badań (pacjent uiszcza opłatę, natomiast FV wystawiana jest na zakład pracy) oraz przeglądu opłat za zarejestrowane badania. Ponadto system udostępnia funkcję pozwalającą wyłączyć wyświetlanie danych osobowych pacjenta w głównych widokach systemu, w celu ochrony danych przed wglądem w nie przez osoby niepowołane. |
| System udostępnia możliwość odmowy przyjęcia zlecenia, anulowania przyjęcia zlecenia, usuwania zleceń zarejestrowanych omyłkowo, anulowania usunięcia badania /zlecenia, określenia uprawnień do usuwania zleceń, odzyskania omyłkowo usuniętych badań i materiałów, rejestrowanie przyczyn usuwania badań lub zleceń (kto, kiedy i dlaczego) oraz kopiowania danych zlecenia – wsparcie rejestracji zleceń seryjnych (możliwość zarejestrowania grupy zleceń kontrahenta bez każdorazowego wprowadzania zlecającego i lekarza). System pozwala na rejestrację zleceń z datą wykonania późniejszą niż data wprowadzenia do systemu. |
| System udostępnia możliwość oznaczenia zleceń klinicznych w ramach prac naukowych (konieczna możliwość określenia danych umowy). |
| Funkcja rejestracji materiałów badanych umożliwia określenie unikalnego identyfikatora materiału z wykorzystaniem systemu kodów paskowych oraz podanie miejsca, daty i godziny pobrania materiału, daty i godziny dostarczenia materiału, osoby pobierającej i dostarczającej materiał, parametrów transportu (temperatury początkowa i końcowa, czas transportu, z możliwością sygnalizowania niedotrzymania warunków transportu), komentarza lub uwag o stanie materiału. |
| Funkcja rejestracji materiałów badanych wspomaga proces rejestracji materiałów badanych przez listę roboczą materiałów oraz umożliwia automatyczne kojarzenie (łączenie) rejestrowanych materiałów ze zleceniami, przy czym operator ma dowolność wyboru kolejności rejestracji zlecenia lub materiału. W przypadku zarejestrowania w pierwszej kolejności dokumentu zlecenia w trakcie rejestrowania kolejnych próbek z materiałem system będzie automatycznie dołączał rejestrowane materiały do danego zlecenia. W przypadku braku zarejestrowanego zlecenia w systemie w trakcie rejestrowania próbek z materiałem badanym system gromadzi na stosie kolejne próbki i w chwili zarejestrowania w systemie dokumentu zlecenia system automatycznie kojarzy zarejestrowane próbki ze zleceniem oraz określa, które badania będą wykonane z której próbki. |
| System wspomaga obsługę badań zlecanych podwykonawcom poprzez generowanie list wysyłkowych badań do zewnętrznych laboratoriów, import zleceń i eksport autoryzowanych wyników badań wykonanych w laboratorium do zleceniodawców zewnętrznych wg standardu wymiany danych w formacie HL7 (po udostępnieniu specyfikacji implementacji systemu użytkowanego przez zleceniodawcę zewnętrznego). |
| System wspomaga nadzór nad pracą laboratorium w zakresie monitorowania stanu wykonania poszczególnych badań, zleceń, monitorowania rozkładu poszczególnych operacji w czasie, monitorowanie pracy stanowisk, operatorów i aparatów oraz graficznie prezentuje poszczególne wyniki monitoringu (rejestracja, wykonanie, odprawianie, wydruk). |
| System udostępnia funkcję wspomagania procesu przyjęcia, podziału próbki i wydania materiału na pracownie laboratoryjne. |
| Funkcja obsługi identyfikatorów próbek (kodów paskowych) umożliwia odczyt kodów za pomocą czytnika oraz wydruk kopii identyfikatora dla podzielonej próbki. |
| Funkcja obsługi przyjęcia materiału podpowiada pracownię docelową oraz analizator laboratoryjny na podstawie badań do wykonania, umożliwia oddzielne, kolejne rejestrowanie materiałów (np. wszystkie mocze, wszystkie surowice, osocza itd.), określenie dodatkowych parametrów rejestrowanych materiałów (warunki transportu, temperatura, informacje dodatkowe), zarejestrowanie informacji o osobie dostarczającej i pobierającej materiał (wybór ze słownika) oraz dacie i godzinie dostarczenia i pobrania materiału. |
| Funkcja obsługi przyjęcia materiału automatycznie oblicza łączny czas transportu na podstawie danych o czasie początkowym i końcowym transportu. |
| Funkcja obsługi przyjęcia materiału umożliwia zarejestrowanie dodatkowych informacji związanych z pobranym materiałem (miejsce pobrania – topografia, podpowiadanie rodzaju probówki do pobrania, dowolny opis dodatkowy itp.) |
| Monitorowanie parametrów dostawy materiałów do badań z sygnalizowaniem możliwości naruszenia prawidłowych parametrów transportu (informowanie o możliwości zaistnienia błędu przedlaboratoryjnego). |
| Funkcja skanowania dokumentacji medycznej (skierowań i wyników badań), automatycznego dołączania zeskanowanych dokumentów w postaci plików graficznych, automatyczne wiązanie plików na podstawie zeskanowanego kodu kreskowego z odpowiednimi zleceniami pacjentów zarejestrowanymi w systemie LIS. |
| System umożliwia administratorowi utrzymanie kartoteki badań wykonywanych w ramach placówki (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwa, nazwa skrócona, kod ICD9 lub podpięcie do słownika kodów ICD9, typ pracowni (Mikrobiologia, Patomorfologia etc.), domyślna grupa /pracownia, parametry składowe badania (nazwa, nazwa skrócona), jednostki badane, stosowane przeliczniki jednostek badanych, przyporządkowanie do domyślnego analizatora, przyporządkowanie domyślnego materiału, wartości referencyjne z uwzględnieniem płci, wieku i dodatkowych czynników (np. fazy hormonalne), wartości krytyczne, możliwość stosowania zdefiniowanych opisów jako zamienników dla wyników liczbowych. |
| System umożliwia administratorowi utrzymanie kartoteki materiałów badanych (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwa, nazwa skrócona, możliwość powiązania ze słownikiem rodzajów probówek. |
| System umożliwia administratorowi utrzymanie słownika rodzajów próbek (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwa, nazwa skrócona, oznaczenie korka (np. kolor), informacje o producencie /dostawcy, opis składu, pojemność. |
| System umożliwia administratorowi utrzymanie słownika procedur SOP (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwa, nazwa skrócona, numer, data obowiązywania, data dodania, zakres /obszar obowiązywania, możliwość dołączenia i przechowania w systemie załącznika z treścią procedury w formie np. pliku tekstowego. |
| System umożliwia administratorowi utrzymanie słownika komentarzy do wyników (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: nazwa, nazwa skrócona, tekst do wydruku. |
| Prezentacja wyników, w tym graficzne wyświetlanie zmienności wyników liczbowych pacjentów dostępne z poziomu systemu na stanowiskach laboratoryjnych dla diagnostów i techników oraz w Internecie i intranecie (on-line) dla lekarzy - z wykorzystaniem popularnych przeglądarek internetowych |
| System umożliwia prowadzenie rejestru wyników badań pacjentów oraz udostępnia filtrowanie rejestru pod kątem: okresu czasu, unikalnego identyfikatora zlecenia (numerycznego, jak i paskowego), rodzaju pracowni, analizatora, punktu pobrania materiału, zleceniodawcy, daty wystawienia, daty wykonania, daty planowanego wykonania, określonego pacjenta, określonej pracowni, określonego zleceniodawcy, określonego lekarza kierującego, stanu realizacji zlecenia lub badania (zarejestrowane, wydane etc.), zleconego trybu wykonania (Rutyna, Dyżur, Pilny), uzyskanych wyników (zgodne/niezgodne z wartościami referencyjnymi), dodatkowych kryteriów (np. badania z wynikami, bez wyników, wynik manualny, zapisany z aparatu, badania z materiałami, bez materiałów). System umożliwia graficzną prezentację wyników liczbowych (wykresy). |
| System umożliwia rejestrowanie uzyskanych wyników wraz z możliwością poprawy wprowadzonego wyniku, zapisanie informacji o zmianach wykonywanych na wyniku, przeglądanie wszystkich wyników archiwalnych pacjenta, przeglądanie wszystkich wyników pacjenta dla wybranego badania (archiwalnych i bieżących), automatyczny odbiór wyników z analizatorów, manualne wprowadzanie wyników, załączenie zdjęć (plik graficzny) jako wyniku badania, załączenie ankiety definiowanej zgodnie z potrzebą użytkownika, wprowadzanie wyników liczbowych, tekstowych (bez ograniczenia ilości tekstu), słownikowych (z konfigurowanymi przez operatora podpowiedziami). |
| System udostępnia funkcję przyspieszonej, automatycznej obsługi zleceń pilnych (wyróżniania kolorem, szybkiego odprawiania i drukowania). |
| System udostępnia funkcję określanie badań widocznych w poszczególnych pracowniach, określania badań widocznych dla poszczególnych pracowników, określania rodzaju badań do wykonania z poszczególnych materiałów badanych. |
| System wspiera konfigurację i obsługę formularzy upoważnień związanych z procesem leczenia składanych przez pacjenta oraz umożliwia zaimportowanie wypełnionych formularzy za pomocą skanera i przechowywanie ich w systemie w postaci graficznej. System umożliwia kasowanie starych upoważnień i dołączanie nowych bez ograniczeń umożliwia przechowywanie wielu formularzy dla jednego pacjenta. |
| System umożliwia drukowanie kodów kreskowych dla próbek podczas rejestracji zlecenia lub ich dodruku. Możliwe jest użycie kodów ogólnych lub kodów „spersonalizowanych”, zawierających dane pacjenta oraz informacje o zleconych badaniach, materiale i jednostce kierującej. |
| System umożliwia drukowanie dedykowanych puli numeracji kodów kreskowych dla poszczególnych kontrahentów oraz oddziałów i poradni wewnętrznych. |
| Możliwość automatycznego wprowadzania danych odczytanych z kodu kreskowego (np. oddział lub kontrahent kierujący). |
| Funkcja obsługuje kody kreskowe typu CODE 128, EAN13. |
| Funkcja pozwala na dodrukowanie kolejnych kodów dla próbek (np. w przypadku uszkodzenia etykiety z kodem) |
| Funkcja umożliwia modyfikacje wzorca wydruku wyniku badania. |
| Współpraca z popularnymi modelami drukarek kodów kreskowych łącznie z drukarkami z obcinarką |
| System udostępnia funkcję przeglądania cen za zlecane badania podczas rejestracji, zmiany płatnika dla zlecanych badań (badania okresowe) oraz przeglądu opłat za zarejestrowane badania. Ponadto system udostępnia funkcję pozwalającą wyłączyć wyświetlanie danych osobowych pacjenta w głównych widokach systemu, w celu ochrony danych przed wglądem w nie przez osoby niepowołane.  System zapewnia prowadzenie rozliczeń z pacjentami (pacjent płaci za badania) i udostępnia funkcję: wystawiania i wydruku faktury podczas rejestracji zlecenia, automatycznej fiskalizacji sprzedaży i wydruku paragonu na drukarce fiskalnej podłączonej do systemu laboratoryjnego, oznaczania sprzedaży zafiskalizowanej na kasie fiskalnej, automatycznej fiskalizacji sprzedaży oraz raportowania sprzedaży fiskalnej do systemu finansowo-księgowego (raporty dobowe). Funkcja umożliwia także definiowanie cennika obowiązującego w zadanym czasie oraz automatyczną zmianę bieżącego cennika (np. na przełomie lat).  Funkcja prowadząca rozliczanie badań udostępnia możliwość określania innych cen dla badań dyżurowych i pilnych (przez podanie wartości lub określanie % wartości w stosunku do ceny badania w trybie rutynowym) i dopłat do standardowych cen usług. Stopień pilności wykonania badań może być określana dla całego zlecenia lub poszczególnych badań wchodzących w skład zlecenia.  Funkcja fiskalizująca sprzedaż umożliwia oznaczanie w systemie skierowań /zleceń zafiskalizowanych na kasie fiskalnej (dotyczy stanowisk rejestracyjnych bez drukarek fiskalnych) oraz generowanie zestawienia wyświetlającego informacje o sposobie rozliczenia (fiskalizacja na drukarce, fiskalizacja na kasie, fakturowanie).  System zapewnia obsługę różnych typów (POSNET, ELZAB, Novitus, itd) drukarek fiskalnych w zakresie sprzedaży komercyjnej, przechowuje informację w systemie o zrealizowanej sprzedaży fiskalnej oraz umożliwia prowadzenie wielu punktów kasowych.  Funkcja fiskalizująca sprzedaż umożliwia zamienne stosowanie fiskalizowania lub fakturowania sprzedaży komercyjnej (domyślny paragon fiskalny, faktura na życzenie pacjenta), zamianę paragonu fiskalnego na fakturę oraz obsługę zwrotów z drukarki fiskalnej (wydruk niefiskalnych komunikatów o zwrotach z drukarek obsługujących komunikaty o zwrotach).  System umożliwia generowanie i wydruk raportu ze sprzedaży fiskalnej (fiskalizacja, fakturowanie) oraz raportowanie danych o sprzedaży fiskalnej do modułu finansowo-księgowego.  System umożliwia przegląd i wydruk danych ze sprzedaży fiskalnej: z zadanego okresu, z zadanego punktu kasowego, ze wskazanej drukarki fiskalnej. |
| **Laboratorium (Pracownia analityki, patomorfologii)** |
| System umożliwia przystosowanie do schematu pracy, który funkcjonuje w danej pracowni w zależności od stanowiska roboczego (stanowisko manualne, stanowisko automatyczne z aparatem z listą roboczą, stanowisko z aparatem w pełni automatycznym). |
| System zapewnia automatyczną archiwizację pełnych wyników diagnostycznych wraz z opisami i uwagami. |
| System udostępnia funkcję drukowania wyników z dla wszystkich lub wybranych pacjentów oraz wszystkich lub wybranych wyników badań z danego zlecenia. Ponadto system umożliwia zbiorczy wydruk wyników (dla określonego badania, grupy badań, pracowni, etc.), podgląd wyników przed wydrukiem, definiowanie własnych szablonów wydruków, stosowanie różnych wzorców wydruków wyników dla tych samych danych (podstawowy, rozszerzony, format A4, format A5, etc.), rejestrowanie faktu wydania wydruków na zewnątrz, wydruk wyników archiwalnych pacjenta, oznaczanie przekroczenia zakresu referencyjnego wyniku oraz rodzaju (przekroczenie górne, przekroczenie dolne z możliwością stosowania symboli określonych przez użytkownika), stosowanie manualnej lub automatycznej zmiany rozmiaru formatu wydruku w zależności od ilości drukowanych danych, zamieszczanie wyniku bieżącego i dwóch poprzednich wyników badania na wydruku wyników pacjenta. |
| System udostępnia funkcję prowadzenia ksiąg laboratorium w postaci księgi stanowisk, księgi pracowni lub księgi głównej laboratoryjnej z następującym zakresem danych: identyfikator zlecenia /badania, data i godzina rejestracji, data i godzina wykonania, nazwa badania, materiał badany, wynik badania, informacje o kierującym, informacje o wykonującym, informacje o pacjencie (imię, nazwisko, PESEL, adres). |
| System pozwala na określenie uprawnień do autoryzowania tylko swoich wyników, tylko dzisiejszych wyników oraz tylko swoich dzisiejszych wyników. |
| System udostępnia funkcję pozwalającą na wprowadzanie wzorów do automatycznego wyliczania wartości (LDL, eGFR, etc.). |
| System udostępnia funkcję wspomagającą wprowadzanie zliczanych przez operatorów wartości (rozmazy, osady) pozwalającą na zliczanie do 20 różnych typów komórek, ustalenie maksymalnej sumy zliczanych komórek (system musi sygnalizować dźwiękiem uzyskanie maksymalnej sumy), ustalenie do 3 maksymalnych zliczanych sum (progi sygnalizowane dźwiękiem) – np. do 100, 200, 300, sygnalizowanie zmianą koloru tła inkrementacji komórki danego typu, cofnięcie operacji zliczania danej komórki, bieżące wyświetlanie % wartości ilości zliczonych komórek (ustalona suma /liczba zliczonych komórek), wprowadzenie opisów do poszczególnych komórek (za pomocą tekstu, wartości słownikowych lub pól wyboru). |
| System udostępnia funkcję pozwalającą na wprowadzanie informacji o podziale materiału badanego (dowolna ilość próbek. |
| Funkcja rejestrująca wyniki badania mikrobiologicznego pozwala na dołączanie komentarzy do zidentyfikowanych organizmów i do wyników, rejestrowanie informacji o pożywkach dla badań mikrobiologicznych oraz na wydruk wyników dodatnich i ujemnych. W trakcie opracowywania wyniku jest możliwość wyłączania z wydruku wskazanych antybiotyków oraz możliwość automatycznego doboru panelu antybiotyków w zależności od wykrytego mechanizmu lekooporności oraz organizmu. |
| Funkcja przekazuje informacje do modułu obsługi zakażeń zakładowych w zakresie alarmów o wystąpieniach patogenów oraz drobnoustrojów nadzorowanych epidemiologicznie. |
| System umożliwia administratorowi utrzymanie słowników wykorzystywanych w trakcie opracowywania raportu z badania mikrobiologicznego (dodawanie, przeglądanie, modyfikowanie oraz usuwanie pozycji tych słowników) w zakresie: antybiotyków stosowanych w pracowni, podłoży hodowlanych, organizmów, z podziałem systematycznym na rodzaje, rodziny i gatunki, standardowych opornościach organizmów (definiowanie stref EUCAST oraz mechanizmów lekooporności), rodzajach materiałów oraz komentarzy dla organizmów i wyników. |
| System posiada wbudowany mechanizm powiadamiania operatora podczas logowania o ważnych zdarzeniach (np. pojawianie się nowych wyników, planowanych przerwach pracy systemu itp.) |
| System udostępnia funkcję zapewniającą dostęp do wyników z poziomu intranetu i Internetu za pomocą dowolnej przeglądarki web (w wersji nie starszej niż 12 miesięcy od daty instalacji). Dostęp nie jest w żaden sposób limitowany (liczba jednoczesnych użytkowników, stanowisk, zakresu transmisji, itp.), jedynym ograniczeniem mogą być warunki techniczne Zamawiającego (przepustowość łącza lub ograniczona licencja bazy danych). Funkcja ogranicza dostęp do danych dla uprawnionych podmiotów i operatorów oraz pozwala na określenie poziomu dostępu do wyników: zarejestrowane przez siebie, przez oddział, poradnię, jednostkę. Funkcja musi być dostępna dla personelu zewnętrznych jednostek zlecających badania (w zakresie dodawania zleceń oraz przeglądania i wydruku wyników) oraz dla tych pacjentów, którzy nie zarejestrują się na portalu e-Usług (w zakresie przeglądania oraz drukowania swoich wyników badań). |
| Funkcja udostępniająca dane pozwala na rejestrowanie nowych zleceń na badania laboratoryjne oraz umożliwia wyszukiwanie, przegląd i wydruk wyników badań oraz graficznie prezentuje wykresy zmienności poszczególnych parametrów liczbowych (Internet, intranet). Funkcja działa z wykorzystaniem protokołu https. Możliwość dodania nowego pacjenta, obsługa trybów zlecenia: normalny, dyżurowy, CITO |
| Możliwość wyszukiwania oraz sortowania zleceń według zadanych kryteriów (np. numery zleceń, status, dane pacjenta, rodzaju badania), przeglądu wyników poszczególnych badań w ramach zlecenia. |
| Możliwość filtrowania widocznych badań według zadanych kryteriów (np. status, dane pacjenta, rodzaj badania), łączenia filtrów podczas wyszukiwania zleceń lub  badań |
| Możliwość zarządzania kontami operatorów WWW z poziomu modułu laboratoryjnego ZSI oraz bezpośrednio z panelu serwisu WWW, obejmujące: autoryzację, automatyczne i manualne blokowanie kont, edycję parametrów, usuwanie, określanie typu dostępu - lekarz/pacjent/administrator). |
| Funkcja zapewnia zróżnicowane poziomy dostępu: pacjent prywatny, pracownik wewnętrzny, zewnętrzny, dostęp w ramach oddziału, grupy oddziałów, jednostki wewnętrznej lub zewnętrznej, |
| Możliwość automatycznego okresowego wymuszania zmiany hasła, konfigurowalny co określony czas oraz określania i wymagania ustalonej jakości haseł. |
| W zakresie obsługi pracowni patomorfologicznej system udostępnia funkcję pozwalającą na oznaczanie próbek i bloczków, rejestrowanie informacji o zużytych środkach i materiałach wykorzystanych do badań (w celu rozliczeń ze zleceniodawcami), definiowanie badań/pracowni wg potrzeb użytkownika oraz umożliwiającą stosowanie różnych kryteriów wyszukiwania zleceń (nr zlecenia, nr badania, zakres dat wg poszczególnych etapów wykonania, dane pacjenta).  Funkcja umożliwia rejestrację pojedynczych zleceń na badania oraz zleceń grupowych zawierających więcej niż jeden typ badania (np. histopatologiczne, cytologiczne, śródoperacyjne, itd.). W trakcie rejestracji zlecenia funkcja umożliwia wykorzystanie wbudowanego słownika rozpoznań, słowników z opcją wielowyboru oraz udostępnia dynamiczny słownik miejsc pobrań (topografia).  Funkcja wprowadzania wyniku badania patomorfologicznego udostępnia wszystkie dane ze skierowania oraz z innych modułów systemu szpitalnego (oddział, izba przyjęć, poradnia), umożliwia konfigurowanie zakresu danych wprowadzanego wyniku, podgląd historii wyników pacjenta i budowanie własnych opisów wyników oraz udostępnia narzędzie do dynamicznego tworzenia stosowanych opisów oraz zapamiętywania do przyszłego wykorzystania. Wszystkie wyniki są automatycznie archiwizowane.  Funkcja umożliwia wydrukowanie wszystkich wyników badań patomorfologicznych wraz z możliwością włączenia podglądu wydruku wyniku. Podgląd wyników odbywa się za pomocą definiowanych przez użytkownika wzorów wydruków, przy czym na kolejnych etapach opracowywania wyniku (rejestracja, rozpoznanie, podział, raport) funkcja umożliwia zastosowanie różnych formularzy podglądu wydruku. |
| **Laboratorium (Podłączenie urządzeń diagnostycznych)** |
| System współpracuje z czytnikami kodów paskowych w zakresie: rejestracji badań, rejestracji materiałów badanych, wyszukiwania informacji o zarejestrowanych badaniach i materiałach badanych oraz z drukarkami kodów paskowych w zakresie: wydruku duplikatów etykiet, wydruku etykiet zawierających podstawowe dane skierowania (pacjent, oznaczenie badań, oznaczenie zlecającego, numer, kod paskowy, etc. z możliwością zarządzania danymi etykiet). System zapewnia jednoznaczną identyfikację zlecenia i materiału w oparciu o zarejestrowany kod paskowy, ma możliwość drukowania kodów kreskowych na drukarce termotransferowej lub termicznej. Przyjęty sposób znakowania i identyfikacji materiałów diagnostycznych oraz innych dokumentów przy pomocy kodów paskowych uwzględnienia specyfikę i możliwości czytników kodów będących na wyposażeniu analizatorów diagnostycznych. System wspomaga wprowadzanie wyników prób krzyżowych (odczyt i zapis numeru donacji z kodu kreskowego zamieszczonego na worku z krwią). |
| System udostępnia funkcję pozwalającą na współpracę z analizatorami diagnostycznymi (jedno lub dwukierunkową). Każde stanowisko robocze umożliwia obsługę transmisji danych z analizatorów pomiarowych (posiadających interfejs komunikacyjny oraz obsługujących ustandaryzowane mechanizmy transmisji danych) z wykorzystaniem kodów paskowych. System ma możliwość sporządzania i wysyłania list badań do analizatorów obsługujących taki tryb pracy oraz udostępnia funkcję manualnej korekty wszystkich skutków działania procedur automatycznych (np. poprawienie nieprawidłowo zaprogramowanego badania). |
| System udostępnia funkcję pozwalającą na powtórzenie wykonania oznaczeń na tym samym lub innym analizatorze i blokowanie wykonania powtórnych oznaczeń, wybór liczby i rodzaju badań do wykonania, zmianę kolejności, przerwania, wpisania wyniku manualnie oraz zatwierdzenia wyniku (w miarę możliwości obsługiwanego analizatora). |
| Funkcja obsługująca transmisję automatycznie zapisuje wszystkie parametry transmisji danych pomiędzy analizatorami a systemem, archiwizuje wprowadzane zmiany na wynikach przesłanych z analizatorów, w odmienny sposób oznacza w systemie wyniki wykonane manualnie i przesłane automatycznie z analizatorów, umożliwia odbiór dodatkowych danych z aparatów bakteriologicznych (MIC, SIQ, informacje o dawkowaniu) oraz pozwala na obsługę kilku analizatorów na jednym stanowisku roboczym. |
| Funkcja obsługująca transmisję zapisuje wyniki do bazy danych dopiero po autoryzacji przesłanych danych i umożliwia zastosowanie autoryzacji wstępnej dla wyników spełniających zdefiniowane kryteria (automatycznej). W przypadku braku akceptacji wyniku z aparatu funkcja umożliwia wpisanie ręcznie innego wyniku. |
| **Laboratorium (Prowadzenie kontroli jakości)** |
| System udostępnia funkcję odprawy wyników z możliwością medycznej autoryzacji wyników przed wydaniem na zewnątrz, także w odniesieniu do poprzednich wyników pacjenta, autoryzacji serii wyników badań oraz anulowania autoryzacji wyników. Funkcja udostępnia przegląd parametrów delta check, wyników archiwalnych, równoczesne porównanie wyników kilku testów (minimum 2), możliwość definiowania zakresów wartości referencyjnych ogólnych oraz uwzględniających: płeć, wiek i dodatkowe informacje (np. faz hormonalnych dla kobiet), automatycznie interpretuje wprowadzone wyniki na podstawie odpowiedniej wartości referencyjnej, sygnalizuje kolorem kwalifikację wyniku jako spełniającego kryteria referencyjne lub nie spełniającego kryteriów, automatycznie interpretuje wprowadzony wynik i sygnalizuje przekroczenia normy. Ponadto udostępnia możliwość określenia wartości referencyjnych dla wyników liczbowych, opisowych i słownikowych, dołączenia do wyniku i wydruku odpowiedniego tekstu słownikowego w zależności od jego interpretacji, przeglądania wyników zakwalifikowanych jako spełniających kryteria referencyjne lub nie spełniających tych kryteriów. |
| System udostępnia funkcje statystyczne obliczające: wartości średnie, mediany, SD, CV, dublet (2,5xŘ), testu T-Studenta, prostej regresji, korelacji – dla wybranych pacjentów, zakresów dat, badań, parametrów. |
| System udostępnia funkcję wspierającą kontrolę jakości w pracowniach analitycznych w zakresie: prowadzenia kontroli jakości długo i krótkoterminowej, prowadzenie kart zbiorczych wyników, graficznej interpretacji uzyskiwanych wyników (karty kontrolne LJ, karty Westgarda), analizy uzyskiwanych wyników kontroli jakości z uwzględnieniem reguł kontrolnych, prezentacji dokładności stosowanych metod na kartach OPS, prowadzenia kontroli według danych od producentów odczynników lub danych wprowadzonych przez pracownika laboratorium, prowadzenia analizy Westgarda (w seriach i pomiędzy, reguły proste i złożone, indywidualny dobór reguł), prowadzenie kontroli metodą nieznanego dubletu oraz wydruku wyników prowadzonej kontroli jakości (karty zbiorcze, wykresy LJ, karty Westgarda). |
| Funkcja ma możliwość automatycznego odbioru wyników pomiarów kontrolnych z aparatów obsługujących transmisję danych oraz manualnego wprowadzania przez operatora, ponadto ma możliwość definiowania i wykorzystywania opisów podejmowanych akcji naprawczych. |
| System udostępnia funkcję wspierającą kontrolę jakości w pracowniach bakteriologicznych w zakresie: automatycznej interpretacji wprowadzanych wyników dla antybiotyków i szczepów wzorcowych (w zakresie, poza zakresem), archiwizowania wyników wykonanych kontroli oraz wydruków raportów z kontroli. |
| System udostępnia funkcję wspierającą kontrolę jakości w pracowniach serologicznych w zakresie: rejestracji krwinek wzorcowych, definiowania słownika odczynników kontrolnych i wybierania pozycji ze słownika podczas wprowadzania wyniku kontroli, określenia producenta odczynnika, rejestracji wyników w zakresie kontroli zestawu odczynników diagnostycznych i krwinek wzorcowych do oznaczeń gruby krwi ABO i Rh, określania wyniku kontroli zestawu odczynników diagnostycznych i krwinek wzorcowych (przydatny /nieprzydatny), archiwizowania wyników wykonanych kontroli oraz wydruków raportów z kontroli. |
| Funkcja wspomagająca kontrolę jakości pozwala na wpisywanie indywidualnych komentarzy do uzyskanych wyników kontroli jakości oraz automatyczne oznaczanie badań (do ponownego wykonania) w przypadku wykonania akcji naprawczej, która wymusza wycofanie wyników z powodu zaleceń kontroli jakości. |
| **Laboratorium (Podpisywanie wyników podpisem elektronicznym)** |
| W systemie dostępna jest funkcja automatycznego generowania wyników w postaci plików pdf z możliwością ich elektronicznego podpisania oraz publikacji (w lokalizacji sieciowej, na serwerze ftp, sftp, ftps, w serwisie WWW). |
| **Przychodnia (Rejestracja, Kasa, Rozliczenia NFZ)** |
| System umożliwia wygenerowanie Jednolitego Pliku Kontrolnego, zawierający wystawione w systemie dokumenty finansowe. Obowiązek wygenerowania pliku JPK i jego dostarczenia powstaje na wezwanie Urzędu Skarbowego. |
| Wystawienie FV dla firm w ramach umów komercyjnych za wykonane świadczenia. |
| Automatyczna rejestracja wpływu przelewu podczas przyjęcia opłaty oraz po jego faktycznym wpływie na konto. |
| Wysyłka drogą elektroniczną FV |
| Rozbicie jednej płatności na kilka form zapłaty – gotówka, przelew, itp. – informacja na paragonie fiskalnym. |
| Przyjęcie opłaty za pojedynczą sprzedaż oraz przyjęcie łącznej opłaty za wszystkie sprzedaże (świadczenia wykonane, rezerwacje, towary). |
| Wydruk raportu dobowego, okresowego na drukarce fiskalnej. Wydruk raportu kasowego. |
| Wydruk protokołu reklamacji po korekcie pozycji lub całego paragonu fiskalnego. |
| Możliwość używania na dokumentach finansowych innych nazw niż nazwa wykonanej usługi (bez ich grupowania), czyli ukrywanie nazw faktycznie wykonanych usług medycznych na dokumentach finansowych. |
| System wyświetla komunikat dotyczący zaległości w płatnościach podczas rezerwacji i przyjęcia pacjenta. |
| Możliwość fiskalizacji przelewów i wpłat 0,00zł |
| Numeracja dokumentów kasowych i finansowych na poziomie podmiotu gospodarczego, stanowiska kasowego, poradni. |
| Tworzenie umów komercyjnych z firmą, jednostką zewnętrzną, z jednostką wewnętrzną, z określeniem z limitu ilościowego i kwotowego na umowę, limitu ilościowego i kwotowego na miesiąc, limitu ilościowego i kwotowego na pacjenta |
| Definiowanie wymaganych do wydruku dokumentów dla pacjenta i sygnalizowanie ich niewydrukowania |
| Definiowanie rodzajów godzin pracy pracowników/gabinetów z przypisaniem różnego czasu ich trwania. |
| Możliwość przeglądania odrzuconych wizyt podczas tworzenia rezerwacji pacjenta. |
| Możliwość lub blokada umówienia pacjenta na ten sam termin zgodnie z limitem liczby pacjentów, jacy mogą być przyjęci przez pracownika lub przy wykorzystaniu danego sprzętu. |
| Automatyczne przeniesienie wizyt do innego pracownika (zastępującego). |
| Skanowanie dokumentacji pacjentów i automatyczne wiązanie z kartoteką pacjenta w bazie poprzez wpisanie numeru PESEL na skanerze. |
| Skanowanie wizytówek (danych) pacjentów zapisanych w kodach QR przy pomocy kamerki internetowej. |
| Możliwość ustalenia tygodniowych grafików pracy z określeniem co ile tygodni dany grafik ma być powielany |
| Wysyłka SMS przypominających o wizycie zbiorczo oraz dla pojedynczego pacjenta bezpośrednio z terminarza. |
| Dostępne minimum trzy mechanizmy automatycznej numeracji kartotek pacjentów w systemie: numeracja ciągła od 1 do n, numeracja zależna od poradni oraz numeracja zależna od nazwiska pacjenta. |
| Wyliczenie prowizji dla lekarzy wg zadanego algorytmu za usługi wykonane komercyjnie lub w ramach kontraktu z NFZ. Wyliczenie prowizji zależnej od dnia tygodnia, inna wartość prowizji dla usług wykonanych w soboty, a inna w niedziele; w zależności od postawionego rozpoznania według kodu ICD10 podanego przez operatora jako warunek wyliczenia wyższej prowizji; w zależności od ilości wykonanych w danym okresie usług; wg wzoru, który może zawierać różne formuły, zdefiniowane przez kierownika.  Automatyczne zaokrąglanie wyliczonej prowizji do pełnych złotych. Tworzenie schematów wyliczania prowizji na podstawie dowolnej ilości wcześniej zdefiniowanych profili. System umożliwia przypisanie jednego schematu do wielu pracowników dla których następuje późniejsze wyliczenie prowizji. |
| System umożliwia prowadzenie bazy pacjentów z możliwością przeglądania danych aktualnych oraz danych archiwalnych, dotyczących danych osobowych, o ile uprawnienia operatora pozwalają na uzyskanie takiego widoku. |
| System posiada mechanizm zarządzania grupami pacjentów, pracowników wewnętrznych i zewnętrznych i innych elementów, umożliwiający tworzenie grup oraz dodawanie, kopiowanie, przenoszenie elementów pomiędzy grupami. |
| System umożliwia rejestrację pacjenta ON-LINE (przez Portal Pacjenta) w ramach zdefiniowanej przez administratora liczby miejsc. E-Rejestracja jest produktem wykonanym i w pełni zintegrowanym przez Wykonawcę. |
| System umożliwia wyświetlenie terminarza w układzie dziennym lub w tygodniowym. |
| System umożliwia ustalenie grafików pracy pracowników oraz gabinetów. |
| System wyświetla planowanie pracy lekarzy, pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego w poszczególnych gabinetach. |
| System umożliwia zaplanowanie wizyty pacjenta do gabinetu i pracowni w oparciu o kalendarz wizyt. |
| System umożliwia planowanie pracy poszczególnych lekarzy, gabinetów na najbliższy rok z uwzględnieniem późniejszych zmian czasu i trybu pracy. |
| System umożliwia sygnalizowanie niedogodności czasowych i innych w czasie planowania, udostępniając automatyczną podpowiedź (np. próba rejestracji wizyty poza godzinami pracy lekarza /gabinetu, próba rejestracji pacjenta na termin już zajęty).. |
| System umożliwia przegląd i wydruk terminarza gabinetu i lekarza. |
| System umożliwia dostęp do listy zarezerwowanych pacjentów w danym dniu wraz z wydrukiem. |
| System umożliwia sygnalizowanie zmian czasu i trybu pracy gabinetów z ustalonymi wizytami pacjentów. |
| System umożliwia wyróżnienie wolnych terminów, wyświetlanych innym kolorem. |
| System umożliwia definiowanie różnych czasów pracy, np. wizyty domowe, wizyty ambulatoryjne, itp. (system musi umożliwić zdefiniowanie minimum 10 różnych czasów). |
| System umożliwia przeglądanie grafików pracy poszczególnych lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
| System umożliwia definiowanie nieobecności przerw, urlopów itp. dla poszczególnych lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
| System umożliwia tworzenie własnego słownika różnych typów nieobecności (np. urlop, konferencja, przerwa itp.). |
| System umożliwia edycję, usunięcie grafików pracy pracowników oraz gabinetów. |
| System posiada uprawnienia dotyczące wyświetlania grafików pracowników w oknie głównym Terminarza. Możliwe są dwa rozwiązania: uprawnienia do przeglądania terminarzy z własnego gabinetu /poradni /podmiotu oraz grupy dozwolonych grafików na karcie pracownika, na podstawie domyślnego ciągu lub zatrudnienia w przypadku braku domyślnego gabinetu. |
| System umożliwia wyświetlanie grafików dla lekarzy /gabinetów /pracowni, którzy pracują w dniu bieżącym. |
| System posiada w Terminarzu podział standardowej siatki czasu na mniejszą jednostkę czasu (standardowo 15 min, ale możliwe określenie np. w godzinach od 10:00 do 13:15 siatki 8 minutowej). Mechanizm ten musi być dostępny niezależnie dla zdefiniowanych kalendarzy i nie może korzystać z zewnętrznych kalendarzy. Kalendarz musi być wbudowaną integralną częścią systemu. |
| Kalendarz powinien posiadać informację o wszystkich świętach państwowych, będącymi dniami wolnymi od pracy jak również powinien pozwalać na definiowanie dni wolnych dla całej jednostki przez Administratora. System w zakresie lecznictwa otwartego powinien móc wykorzystać tę informację np. do blokady umawiania pacjentów w dni wolne, o ile Administrator zaakceptuje takie rozwiązanie. |
| System umożliwia założenie blokady na maksymalną ilość wizyt jakie mogą być w tym samym czasie umówione w terminarzu lekarza /gabinetu /pracowni. |
| System umożliwia definiowanie okresów niedostępności wybranego zasobu (lekarz, gabinet) niezależnego od dni świątecznych. Możliwość wskazania typu niedostępności zasobu (np. urlop, konferencja, praca naukowa np.) |
| Dostęp do wybranych informacji z hospitalizacji o ile uprawnienia operatora pozwalają na uzyskanie takiego widoku. |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów według następujących kryteriów: nazwisko, części nazwiska (po frazie); imię; wewnętrzny nr pacjenta; PESEL. |
| System umożliwia wyszukiwanie wolnych terminów pracy pracowników, gabinetów, wybranej grupy i przejście do wskazanego wolnego terminu w celu rejestracji wizyty. |
| System umożliwia wyszukiwanie terminów z dodatkowymi parametrami: okres, pracownik /gabinet, pacjent, status eWUŚ w zakresie: wolne terminy; niezamknięte rezerwacje pacjenta; poprzednie wizyty pacjenta; wizyty, które się nie odbyły; wizyty odrzucone; umówione wizyty; terminy wolne od pracy. |
| System umożliwia umówienie kilku wizyt na zajęty termin, w terminie częściowo zajętym lub między terminy innych wizyt. |
| System umożliwia podgląd zaplanowanych wizyt i wybór z terminarza podczas procesu rejestracji pacjenta z możliwością modyfikacji. |
| System umożliwia dostęp do innych zaplanowanych wizyt pacjenta, podczas rejestracji wizyty pacjenta. |
| System umożliwia dostęp do informacji o pacjencie, o ile uprawnienia operatora na to pozwalają. System powinien podczas rejestracji pacjenta udostępniać informację o: zaległościach pacjenta; dostępnych usługach oraz cenach usług dla pacjenta; konieczności złożenia przez pacjenta wymaganych dokumentów; konieczności wykonania szczepień. |
| System posiada funkcjonalność pozwalającą administratorowi systemu określenie listy poradni /pracowni do których nie jest możliwe umówienie pacjenta na wizytę bez podania danych o skierowaniu. |
| System pozwala wykorzystać informacje o skierowaniu (jednostka, lekarz kierujący, rozpoznanie ze skierowania) z poprzedniej wizyty pacjenta w Przychodni. |
| System posiada mechanizm, który pozwala sprawdzić, czy w zadanym okresie czasu pacjent w danej poradni miał wykonane jakiekolwiek świadczenie. Jeśli takiego świadczenia system nie znajdzie, podczas wprowadzania nowej rezerwacji musi pojawić się stosowny komunikat. Informacja taka może wskazać np. to, że pacjent powinien dostarczyć nowe skierowanie. |
| System posiada mechanizm, który umożliwia podczas rezerwacji usługi refundowanej określić automatycznie rozliczenie z NFZ. Jeśli w systemie brak będzie aktualnej umowy z NFZ, wówczas system automatycznie musi wyłączyć płatności dla takiej rezerwacji oraz ustawić domyślnego płatnika jako NFZ. Po wykonaniu takiej rezerwacji i gdy dostępna będzie już właściwa umowa NFZ system automatycznie musi wykorzystać aktualną umowę z NFZ i rozliczyć tę usługę (świadczenie). |
| System umożliwia dostęp do listy zarejestrowanych pacjentów w danym dniu z podziałem na lekarza lub jednostkę organizacyjną (gabinet, poradnia). |
| System umożliwia korektę informacji pobranej ze skierowania. |
| System umożliwia zaplanowanie wizyty pacjenta do gabinetu /lekarza oraz anulowanie zaplanowanej wizyty pacjentowi z podaniem przyczyny, |
| System umożliwia przeniesienie wizyty lub kilku wizyt na inny termin lub do innego pracownika. Umożliwia również kopiowanie wizyty. |
| System umożliwia przegląd i wydruk zaplanowanych wizyt dla pacjenta. |
| System umożliwia przegląd terminarza wizyt z gabinetu lekarskiego. |
| System umożliwia przegląd, edycję i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej. |
| System umożliwia wydruk standardowych dokumentów, związanych z wizytą pacjenta w zakresie gromadzonych w systemie danych, w tym: karta rejestracji pacjenta do poradni; recepta; naklejki identyfikacji pacjenta; wydruk upoważnienia osoby trzeciej; zwolnienie; pusta recepta z naniesionymi kodami kreskowymi co najmniej z numerem recepty i numerem PESEL pacjenta. |
| System umożliwia zdefiniowanie własnej pieczątki z danymi poradni i Zamawiającego do wydruków dokumentów. |
| System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów: lista jednostek kierujących (wewnętrznych oraz zewnętrznych); księga wizyt; lista wizyt – z podziałem na poradnię /gabinet; lista wizyt – dla lekarza; lista świadczeń na jednostki organizacyjne; raport niepełnych danych pacjentów; raport pacjentów przychodni (poradnia /gabinet, typ wizyty, lekarz, obywatelstwo, status wizyty); raport wizyt pacjentów; raport list oczekujących (generowanie komunikatu); zestawienie pobytów na liście oczekujących; raport niepełnych danych pacjentów i wizyty; raport wykonanych świadczeń; zestawienie statystyczne diagnoz ICD10 i procedur ICD9. |
| System umożliwia eksport zestawień, listy danych z systemu do pliku: xls, .csv, .xml. |
| System umożliwia rejestrację pacjentów do poradni z kolejką oczekujących z co najmniej minimum danych, wymaganych do sprawozdawczości do NFZ. Istnieje możliwość wybrania pacjenta z kolejki oczekujących i dokonanie rejestracji, przy czym system podstawia wszystkie uprzednio wpisane dane. |
| System posiada integrację z usługami sieciowymi udostępnionymi przez NFZ w zakresie prowadzenia kolejek oczekujących. |
| System umożliwia podczas rezerwacji kolejnej wizyty temu samemu pacjentowi wyświetlenie listy zarezerwowanych już wcześniej wizyt pacjenta. |
| System umożliwia wykonanie zarezerwowanego zlecenia. |
| System posiada mechanizm umożliwiający sprawdzenie czy uprawnienia dodatkowe pacjenta są wystarczające do zrealizowania świadczenia. |
| System posiada automat wyboru trybu przyjęcia podczas rejestracji zlecenia na podstawie wprowadzonych parametrów w zleceniu. |
| System umożliwia rejestrowanie zleceń na leki z minimalnym zakresem informacji: lekarz zlecający; zlecany lek; dawkowanie (zwykłe, dzienne). |
| System umożliwia wysyłanie wiadomości do pracownika /grupy pracowników w formie notatki, alarmu, informacji przy użyciu wbudowanego komunikatora. |
| Weryfikowanie statusu ubezpieczenia w eWUŚ, gromadzenie danych o ubezpieczeniu na potrzeby rozliczeń z NFZ: weryfikację prawa pacjenta do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przy pomocy serwisu eWUŚ; przegląd danych historycznych dotyczących statusu uprawnień pacjentów do świadczeń; automatyczne pobranie wyników weryfikacji uprawnień pacjentów wraz z pełną możliwością ich wykorzystania w procesie sprawozdawczym do NFZ; terminarz sprawdzeń – możliwość zaplanowania i następnie automatycznego sprawdzania uprawnień w zadanym dla każdego pacjenta okresie czasu. Sprawdzenie eWUŚ zbiorczo dla wszystkich pacjentów umówionych na dzień sprawdzenia; dostęp do systemu weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców przy wykorzystaniu: smartphone (np. iOS/iPhone, Android, Windows Phone, lub równoważne); tabletu iPad, Android, Windows 10 lub równoważne; notebooka z przeglądarką internetową (Windows, Mac, Linux, lub równoważne); dowolnego telefonu komórkowego (SMS); weryfikacja potwierdzenia uprawnień pacjenta jest możliwa przy wykorzystaniu dowolnego połączenia internetowego; weryfikacja potwierdzenia uprawnień pacjenta jest możliwa bez dostępu do Internetu za pomocą wiadomości SMS; automatyczne zapisanie i archiwizacja wyników weryfikacji uprawnień z możliwością ich wykorzystania w procesie sprawozdawczym w NFZ w aplikacjach Wykonawcy. Zmiana hasła do eWUŚ z poziomu aplikacji bez konieczności zmiany hasła przez portal WWW. |
| System umożliwia określenie w ramach umowy komercyjnej podziału ceny za daną usługę na dwóch płatników: cena dla firmy i cena dla pacjenta np. za wykonanie usługi w ramach umowy firma płaci 80 złotych a pacjent 20 złotych. |
| System umożliwia przyjęcie opłaty za wszystkie zlecenia zarezerwowane oraz zamknięte (wykonane) w danym dniu zlecenia. |
| System umożliwia przyjęcie opłaty za dokument finansowy. |
| System umożliwia wystawienie dokumentów finansowych za wykonane usługi lub towary |
| System umożliwia wystawienie dokumentu finansowego w przypadku, gdy nabywcą jest instytucja typu szkoła. |
| System umożliwia przyjęcie opłaty za dokument finansowy w formie: gotówki, przelewu, karty płatniczej, bezgotówkowo. |
| System umożliwia wystawienie jednego dokumentu finansowego za zlecenia kilku pacjentów. |
| System umożliwia zmianę wystawcy dokumentu finansowego. |
| System umożliwia wystawienie korekty dokumentu finansowego. |
| System umożliwia zarejestrowanie wypłaty z kasy. |
| System umożliwia współpracę z drukarką fiskalną. |
| System umożliwia zafiskalizowanie opłaty za wykonane usługi. |
| System umożliwia ręczną fiskalizację opłaty. |
| System umożliwia zafiskalizowanie faktur VAT. |
| System umożliwia podgląd oraz wydruk dokumentów kasowych. |
| System umożliwia podgląd oraz wydruk dokumentów finansowych. |
| System umożliwia wydruk zleceń dla faktury wystawionej dla firmy oraz innej jednostki. |
| System umożliwia wysłanie drogą elektroniczną (e-mail) dokumentu finansowego oraz zestawienia zleceń dla tego dokumentu. |
| System umożliwia wybór oraz wystawienie dokumentów finansowych na podstawie profilów zdefiniowanych przez Użytkownika. |
| System umożliwia przyjęcie opłaty bez wykonanej sprzedaży. |
| System umożliwia wykonanie raportu kasowego oraz jego podgląd i wydruk. |
| System umożliwia komunikację z systemem finansowo-księgowym dostarczanym w ramach niniejszego postępowania w zakresie przekazywania dokumentów finansowych. |
| System umożliwia wydruk oraz eksport do programu Excel zestawienia opłat oraz dokumentów finansowych. |
| Definiowanie grup grafików do jednoczesnego wyświetlenia w terminarzu. |
| Zestawienie wykonanych świadczeń do faktury wystawionej dla płatnika z kodem autoryzacji wykonania zlecenia od płatnika. |
| Zmiana płatnika /nabywcy podczas wystawiania FV. |
| Wystawienie faktury zaliczkowej oraz faktury z paragonu |
| Przyjęcie wpłaty w dowolnej walucie występującej w Tabeli A NBP |
| Wystawienie dokumentu finansowego z „odwrotnym obciążeniem” tj. w sytuacji, gdy płatnikiem podatku VAT jest nabywca usługi /towaru, a nie jego sprzedawca. |
| Grupowanie pozycji na dokumencie finansowym według stawek VAT, kodu PKWiU, poradni, pracownika wykonującego. |
| Rabat kwotowy /procentowy bezpośrednio na zleceniu z możliwością nadania go podczas rezerwacji i wykonania. |
| Podgląd limitu umowy komercyjnej z poziomu rejestracji świadczenia. |
| Nadanie rabatu kwotowego /procentowego bezpośrednio na Fakturze VAT. |
| Wyliczanie reszty podczas przyjmowania opłat. |
| **Przychodnia (Gabinet lekarski specjalistyczny)** |
| Kopiowanie poszczególnych elementów (wywiadów, skierowań, zaświadczeń, leków) z poprzedniej wizyty danego pacjenta. |
| Definiowanie formularzy opisowych oraz własnych tekstów w polach opisowych – opcjonalnie: wspólnych dla wszystkich /indywidualnych. |
| Obsługa elektronicznych recept (e-Recepta), poprzez: automatyczne pobieranie z ZSI niezbędnych danych: dane pacjenta, informacje dot. leku, kod jednostki chorobowej, która jest podstawą wystawienia recepty, możliwość wydrukowania kuponu potwierdzającego wystawienie e-Recepty (kody kreskowe). |
| Możliwość kopiowania tradycyjnej recepty i utworzenie na jej podstawie e-Recepty i odwrotnie (tworzenie tradycyjnej recepty na podstawie e-Recepty). |
| Obsługa elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA), poprzez: automatyczne pobieranie z ZSI niezbędnych danych: dane pacjenta, informacje dot. zakładu pracy ubezpieczonego, informacje dot. pozostałych członków rodziny w przypadku objęcia opieki nad nimi, kod jednostki chorobowej, która jest podstawa wydania zwolnienia, weryfikację z przepisami prawa oraz datą poprzedniego zwolnienia, daty rozpoczęcia okresu niezdolności do pracy i podpowiadanie odpowiedniego kodu zaświadczenia, możliwość wystawienia dokumentu bez wskazywania pracodawcy, możliwość wystawienia dokumentu e-ZLA również w trybie offline (wcześniejszym po pobraniu numerów e-ZLA), następnie elektronizacja zwolnienia z chwilą przywrócenia łączności z usługami ZUS, w przypadku gdy ubezpieczony zatrudniony jest u kilku pracodawców system musi automatycznie wystawić do każdego zakładu pracy dokument e-ZLA, możliwość wydrukowania wystawionego dokumentu e-ZLA. |
| Sprawdzanie interakcji między lekami ordynowanymi pacjentowi oraz sprawdzanie możliwości wystąpienia alergii u pacjenta. Zamawiający wymaga dostarczenia odpowiedniej bazy zawierającej opisy interakcji występujących pomiędzy lekami dostępnymi w obrocie na terytorium RP. |
| Wydruk pustych recept na wizycie |
| Automatyczne wyliczenie odpłatności za dany lek dla pacjenta (na podstawie aktualnych cen urzędowych oraz zasad refundacji leków, nie dotyczy to leków pełnopłatnych) wraz z możliwością odszukania tańszego zamiennika, w sytuacji gdy pacjent stwierdzi, że ordynowany lek jest zbyt drogi. |
| Rezerwacja skierowania pacjenta na usługę wydaną przez lekarza w gabinecie lekarskim oraz pominięcie rezerwacji – skierowanie widoczne od razu na liście zleceń do wykonania. |
| Wystawienie recepty z datą realizacji z przyszłości. |
| Możliwość zdefiniowania tych elementów wizyty (wywiad aktualny, wykonane świadczenie, rozpoznanie), które muszą zostać zarejestrowane aby operator mógł zakończyć wizytę pacjenta w systemie |
| Zbiorczy przegląd wszystkich elementów wizyty (wywiadów, badań, skierowań, leków, zaleceń) wystawionych przez danego pracownika/poradnię/jednostkę. |
| Automatyczny wydruk dawkowania dla pacjenta po wydruku recepty. |
| Automatyczna podpowiedź odpłatności za dany lek w zależności od wskazania. Automatyczne zapamiętywanie powiązania wybranego przez operatora wskazania medycznego oraz postawionego rozpoznania ICD10. |
| Po zakończonej wizycie pacjenta system generuje dokument historii zdrowia i choroby pacjenta (HZiCh) oraz umożliwia podpisanie tego dokumentu podpisem elektronicznym. |
| Oznaczenie świadczenia jako zlecenie w zakresie diagnostyki różnicowej. |
| Funkcja kontroli wprowadzenia karty DiLO jeśli wybrano usługę z grupy DiLO. Grupa usług definiowane przez operatora /administratora systemu. Kontrola trybu przyjęcia DiLO jeśli wybrano usługę z grupy DiLO. Automatyczna rejestracja w AP-DILO karty zgłoszenia zachorowania na chorobę nowotworową po wprowadzeniu rozpoznania onkologicznego na wizycie pacjenta. |
| Gabinet zabiegowy: możliwość przeglądania skierowań wystawionych do danego gabinetu zabiegowego oraz wystawienia recepty pielęgniarskiej z poziomu gabinetu zabiegowego. |
| Przypisywanie dwóch formularzy do jednej usługi: formularz uzupełniany w trakcie wystawiania skierowania przez lekarza oraz drugi uzupełniany jako wynik badania w gabinecie zabiegowym. |
| System umożliwia prowadzenie bazy pacjentów z możliwością przeglądania danych aktualnych oraz danych archiwalnych, dotyczących zarówno danych osobowych jak i danych z poszczególnych wizyt, o ile uprawnienia operatora pozwalają na uzyskanie takiego widoku. |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów minimum według następujących kryteriów: nazwisko, części nazwiska (po frazie); imię; wewnętrzny nr pacjenta; PESEL. |
| System umożliwia przegląd listy pacjentów do przyjęcia w danym dniu, z możliwością wyszukania konkretnego pacjenta. |
| System umożliwia odnotowanie wykonanych pacjentowi elementów diagnostyki i leczenia wraz z odnotowaniem wyników (rozpoznania, wywiady, treść badania, treść zaleceń, treść epikryzy, procedury, badania laboratoryjnego, skierowania, zażywane leki, wystawione recepty, zwolnienia lekarskie, szczepienia, karty ciąży, itp.). |
| System umożliwia wykonanie zarezerwowanego zlecenia. |
| System umożliwia wprowadzenie skierowania: do specjalisty; na badania laboratoryjne; na badania diagnostyczne; na zabiegi rehabilitacyjne; do szpitala; do szpitala psychiatrycznego; do uzdrowiska/rehabilitację uzdrowiskową; na zaopatrzenie w wyroby medyczne. |
| System umożliwia utworzenie 10 kopii skierowania. |
| System umożliwia wprowadzenie zaleceń i uwag oraz ich wydruk. |
| System umożliwia skanowanie dokumentacji medycznej pacjentów, a także dodawanie dokumentacji z pliku oraz podpięcie dokumentacji do wizyty pacjenta. |
| System umożliwia wprowadzenie, edycję oraz usunięcie ważnych informacji o pacjencie np. przebyte operacje, itp.. |
| System umożliwia wydruk zgłoszenia zachorowania: na chorobę zakaźną; na chorobę przenoszoną drogą płciową; na gruźlicę; na AIDS, HIV; nowotwór. |
| System umożliwia wysłanie drogą e-mailową formularza chorób zakaźnych do właściwej jednostki. |
| System umożliwia powiązanie nowych danych medycznych, wprowadzonych poza wizytą lub z poprzedniej wizyty z aktualną wizytą pacjenta. |
| System umożliwia zawieszenie rejestrowania wizyty pacjenta o ile uprawnienia na to pozwalają. Po zawieszeniu wizyty operator może rozpocząć wizytę kolejnego pacjenta, a następnie może aktywować ponownie zawieszoną wizytę (zastosowanie: w trakcie wizyty należy wykonać badania diagnostyczne np. USG lub RTG, realizowane w innym gabinecie przez innego operatora, po wykonaniu badania pacjent wraca do gabinetu z wynikiem celem kontynuacji wizyty). Zawieszenie nie powoduje uruchomienia mechanizmów kontroli kompletności danych, weryfikacji płatności ani nie może wymuszać wydruku HZiCh. |
| System umożliwia definiowanie i wykorzystywanie tekstów standardowych w polach opisowych. |
| System umożliwia definiowanie i obsługę terminarzy dla gabinetów lekarskich, w szczególności: przegląd terminarza; automatyczne wyszukiwanie wolnych terminów i ich rezerwacji; anulowanie zaplanowanej wizyty pacjentowi; przegląd i wydruk zaplanowanych wizyt dla pacjenta. |
| System umożliwia wystawienie skierowania pacjentowi na izbę przyjęć szpitala. |
| System umożliwia zakończenie wizyty poprzez odnotowanie faktu nie przyjęcia pacjenta do gabinetu z powodu m.in: niestawienia się, rezygnacji z wizyty, braku wolnego terminu, zgonu pacjenta. |
| System umożliwia przegląd, edycję i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej: przygotowanych zgodnie z wzorcami obowiązującymi u Zamawiającego; realizujących walidację danych, rejestrowanych na formularzu. |
| System umożliwia obsługę elektronicznych zleceń w ramach ZSI: wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (np. badania) do jednostki realizującej (np. pracownia diagnostyczna, laboratorium); śledzenie stanu wykonania zlecenia; zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (np. wyniku badania). |
| System umożliwia obsługę pacjenta przysłanego na konsultacje z innego gabinetu, izby przyjęć, oddziału w ramach systemu zleceń: wprowadzenie wyniku konsultacji, lekarz (-y) konsultujących; rejestracja elementów leczenia (procedur, badań laboratoryjnych). |
| System posiada opcję generowania faktury dla pacjenta nie posiadającego dokumentu potwierdzającego status ubezpieczonego. |
| System umożliwia wpisanie pacjenta do Księgi Oczekujących, zmiana terminu wizyty/porady, itp. |
| System umożliwia dostęp do informacji o hospitalizacjach pacjenta. |
| System umożliwia wykonanie standardowych raportów i wykazów ze zgromadzonych danych, w szczególności dzienny ruch chorych. |
| System umożliwia przegląd danych archiwalnych o pacjentach i udzielonych świadczeniach. |
| System umożliwia generowanie zestawień kosztowych w obrębie usług określonych cennikiem. |
| System umożliwia tworzenie podręcznej bazy leków z podziałem na użytkownika, co prowadzi do ograniczenia listy dostępnych leków w tzw. receptariuszu. |
| System w poradni umożliwia wystawianie recept przez pielęgniarki i położne. |
| System umożliwia wystawianie oraz wydruk recepty lekarskiej, zgodny z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich. |
| System umożliwia rozróżnienie kolorem informacji o receptach Rp i Rpw. |
| System automatycznie drukuje receptę na leki narkotyczne i psychotropowe zgodnie z obowiązującym prawem (rodzaj wzorca, opis leku). |
| System analizuje na jakie leki pacjent ma uczulenia (wpisane w kartę pacjenta). Porównuje wystawiany lek z listą uczuleń i informuje lekarza wystawiającego receptę o tym, że pacjent na dany lek jest uczulony. |
| System podczas wystawiania recepty automatycznie wyświetla ostrzeżenia o leku: silnie działający; psychotrop; narkotyk; upośledzający; silnie upośledzający. |
| System umożliwia ustawienie na recepcie informacji o uprawnieniu pacjenta na podstawie danych z systemu eWUŚ. |
| System umożliwia wystawienie recepty na podstawie zlecenia na leki, wystawionego np. w m. Terminarz. |
| System umożliwia wydruk recepty transgranicznej. |
| System umożliwia przeprowadzenie wywiadu lekowego przez oznaczenie, czy pacjent przepisane leki zażywa. |
| System umożliwia wprowadzenie informacji, na które leki pacjent jest uczulony. |
| Użytkownik ma dostęp do wyszukiwania leków z następujących słowników: baza leków, leków recepturowych, leków preferowanych według nazwy lub składu chemicznego. |
| System umożliwia tworzenie tzw. Receptariuszy, w ramach których przechowuje najczęściej ordynowane leki. |
| System umożliwia tworzenie podręcznego słownika leków preferowanych przez użytkownika. Dodanie nowej pozycji słownika jest możliwe z poziomu listy wyszukanych leków z bazy leków lub leków recepturowych. |
| Użytkownik po wybraniu leku ma możliwość wskazania liczby opakowań, dawkowania, dodania komentarza oraz zastrzeżenia zamiany leku. |
| Na receptę automatycznie nanoszony jest oddział NFZ lub kod państwa w przypadku pacjentów zagranicznych, a także niezbędne dane pacjenta, w tym imię i nazwisko oraz adres, PESEL, a także inne dane w formie kodu kreskowego. W przypadkach, gdy pacjent jest nieubezpieczony, automatycznie ustawiany jest brak ubezpieczenia. |
| Dane świadczeniodawcy nanoszą się automatycznie na formularz i wydruk recepty. Odpowiedni świadczeniodawca wybierany jest automatycznie na podstawie miejsca pobytu pacjenta (oddział/poradnia). |
| Numer recepty, generowany wcześniej przez NFZ (lub inny podmiot) jest automatycznie pobierany i nanoszony na receptę. |
| System umożliwia zdefiniowanie zakresu numerów recept dla lekarza. Numery recept zapisują się na lekarza i świadczeniodawcę. |
| System podczas wprowadzania numerów recept automatycznie weryfikuje poprawność wprowadzonego numeru recepty. |
| System automatycznie rejestruje i numeruje recepty ze zdefiniowanej listy numerów recept lekarza. |
| System automatycznie wyświetla licznik numerów recept pozostałych do wykorzystania. |
| System umożliwia ewidencjonowanie wszystkich leków przepisywanych pacjentowi. |
| System umożliwia wystawianie recept na kurację miesięczną (do 12 miesięcy). |
| System blokuje możliwość edycji lekarza na recepcie, gdy został wykorzystany numer recepty z puli danego lekarza. |
| Usunięcie recepty przed jej wydrukowaniem /zatwierdzeniem skutkuje odzyskaniem numeru recepty i włączeniem go do puli numerów recept do wykorzystania. |
| System ostrzega użytkownika w przypadku próby edycji wydrukowanej recepty, przed usunięciem zapisanej /wydrukowanej recepty oraz przed próbą ponownego wydrukowania tej samej recepty. |
| Możliwe jest wybranie opcji: „powtórz receptę”, gdzie automatycznie powtarzane są zadane leki, ale nadawany jest m.in. kolejny numer recepty i aktualna data. |
| Wydrukowanie recepty skutkuje automatycznym jej zapisem. |
| System umożliwia ewidencjonowanie leków bez recepty przepisywanych pacjentowi. |
| Zachowane recepty i listy leków bez recepty prezentowane są w postaci zakładek i są zapisane na pobyt/wizytę. |
| System umożliwia automatyczne przeliczanie ilości leku na podstawie wprowadzonego dawkowania. |
| System umożliwia wydrukowanie listy leków dla pacjenta wraz z ich dawkowaniem. |
| System umożliwia wystawienie recepty z prywatnej puli numerów recept danego lekarza. |
| System umożliwia ustawienie domyślnego wzorca wydruku recept dla Rp i Rpw. |
| System posiada mechanizm definiowania wydruków, umożliwiający m.in. wydruk elementu (np. recepty) na różnych drukarkach z tego samego stanowiska komputerowego z możliwością zapamiętania ustawień konfiguracji drukarki oraz wzorca wydruku. |
| System umożliwia udostępnienie katalogu usług świadczonych i kontraktowanych przez jednostkę. |
| System umożliwia import danych umów oraz aneksów. |
| System umożliwia przeglądanie zrealizowanych zleceń za dany okres. |
| System umożliwia rozliczenie wykonanych świadczeń w podziale na sprawozdania finansowe oraz sprawozdania rzeczowe. |
| System umożliwia rozliczanie świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji - pacjenci z Unii Europejskiej. |
| System umożliwia zamykanie oraz generowanie wydruków sprawozdań. |
| System umożliwia generowanie wydruków do sprawozdań (sprawozdawczość wymagana przez NFZ - załączniki do faktur pacjenci UE, rozliczania z decyzji administracyjnej, chemioterapia itp.). |
| System umożliwia komunikację z NFZ nie tylko transmisji elektronicznej, ale także przegląd niekompletnych czy błędnych danych w celu ich weryfikacji. |
| System umożliwia rozróżnienie typów usług świadczonych przez jednostkę – kryterium podziału usług np. ze względu na typ jednostki. |
| System określa jednostki organizacyjne świadczące poszczególne usługi (szczególne istotne w przypadku kilku jednostek świadczących tę samą usługę). |
| System umożliwia ewidencję ilościowo-wartościową zakontraktowanych usług. |
| System umożliwia ewidencję aneksów do kontraktów. |
| W systemie jest możliwość ewidencji informacji o realizacji świadczeń w ramach kontraktów miesięcznych, w podziale na zakontraktowane usługi z dokładnością do jednostek świadczących usługi. |
| System umożliwia analityczną ewidencję realizowanych kontraktów z określeniem pacjentów, dla których zostały wykonane usługi. |
| System umożliwia definiowanie okresów rozliczeniowych. |
| System umożliwia prowadzenie spójnego, jednoznacznego, wewnętrznego kodowania realizowanych świadczeń z możliwością zmiany kodowania dla potrzeb sprawozdawczości, zgodnie z zaleceniami płatników. |
| System umożliwia ewidencjonowanie korekt do realizacji kontraktów. |
| System umożliwia wykonanie sprawozdań finansowych z realizacji kontraktów za wybrany okres w ramach roku. |
| System umożliwia definiowanie przez Użytkownika postaci i zawartości sprawozdania (np. z wykorzystaniem możliwości graficznych arkusza kalkulacyjnego MS Excel). |
| System umożliwia generowanie sprawozdań do systemów rozliczeniowych płatników w formatach wymaganych przez NFZ. |
| System umożliwia integrację z systemem Finansowo - Księgowym na poziomie wspólnych słowników: kontrahentów, typów kontrahentów, placówek oraz ośrodków powstawania kosztów. |
| System umożliwia w momencie zapisania świadczenia aktualną prezentację jego wartości punktowej. |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów po określonym kryterium (nazwisko i imię, wewnętrzny numer pacjenta, numer historii choroby, PESEL, telefon). |
| System posiada mechanizm automatycznego przełączania sposobu wyszukiwania pacjentów pomiędzy PESEL a nazwisko imię. |
| System umożliwia podgląd, anulowanie oraz usunięcie zaplanowanej wizyty dla pacjenta. |
| W systemie możliwe jest sygnalizowanie skierowania pacjenta do więcej niż jednego gabinetu w jednym dniu. |
| System umożliwia prowadzenie danych archiwalnych pacjenta (dane osobowe oraz dane z poszczególnych wizyt). |
| System umożliwia sygnalizowanie niedogodności czasowych i innych w czasie planowania, udostępniając automatyczną podpowiedź. |
| System umożliwia wprowadzenie oraz kopiowanie danych ze skierowania (jednostka kierująca, lekarz kierujący, rozpoznanie ze skierowania). |
| System umożliwia wyświetlenie na wizycie informacji o przysługujących pacjentowi programach zdrowotnych. |
| System umożliwia wgląd jednocześnie do kilku grafików różnych lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
| System umożliwia rezerwację wizyt pacjentów tylko w terminach pracy lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
| System umożliwia tworzenie bazy pacjentów oraz gromadzenie niezbędnych informacji wymaganych przez NFZ. |
| System umożliwia wprowadzenie informacji o kierującym na świadczenie (lekarz - numer prawa wykonywania zawodu lekarza, poradnia - kod resortowy, jednostka - numer umowy). |
| System umożliwia tworzenie bazy jednostek, które kierują na świadczenie. |
| System umożliwia automatyczne tworzenie kolejek oczekujących dla NFZ na podstawie zarezerwowanych wizyt w terminarzu (tylko wybrani pacjenci - NFZ). |
| System umożliwia tworzenie zestawień statystycznych z ilości umówionych wizyt z uwzględnieniem dodatkowych kryteriów: wizyty dla wybranego lekarza/ gabinetu/ pracowni; wizyty na dany dzień, rezerwacje wybranego świadczenia itp.. |
| System umożliwia automatyczną zmianę rezerwacji dla wybranego lekarza na innego. |
| System umożliwia wydruk listy zarezerwowanych wizyt w danych dniach, dla danego lekarza/ gabinetu/ pracowni. |
| System umożliwia wyróżnienie wizyt, które zostały już wykonane. |
| System umożliwia określenie powiązania rodzinnego z oznaczeniem wspólnych zaległości w płatnościach na karcie pacjenta. Informacja o wspólnych zaległościach (pacjenta oraz jego rodziny) – w zależności od ustawienia opcji – zostanie automatycznie wyświetlona po otwarciu wizyty lub podczas zamykania wizyty pacjenta. |
| System posiada mechanizm pozwalający na kontrolę zasobów pracowników typu: pule recept, ważność certyfikatów podpisów. Dla każdego z zasobów należy określić wartość krytyczną. Jest to wartość, po przekroczeniu której, system wyświetli informację o krytycznym stanie zasobu w wyświetlanym Panelu Informacyjnym po zalogowaniu się do modułu. |
| System, po zalogowaniu danego lekarza wyświetla w oknie rezerwacji tylko wizyt umówionych do zalogowanego lekarza i /lub jego gabinetu. |
| System umożliwia definiowanych własnych stanów uzębienia np. zęby nadliczbowe, próchnica zębiny, próchnica cementu. |
| W systemie możliwe jest uszczegółowienie zaznaczonego stanu uzębienia (własne, jednorazowe uwagi). |
| Możliwość zaznaczenia na diagramie uzębienia korony, przęsła mostu, implantu, protezy, brak zęba, brak zawiązki itp.. |
| W systemie istnieje możliwość kolorystycznego rozróżnienie na diagramie uzębienia różnych stanów uzębienie (różnych rozpoznań według klasyfikacji ICD10). |
| System posiada mechanizm definiowania listy własnych rozpoznań oraz określenie koloru jakim dane rozpoznanie będzie oznaczane na diagramie uzębienia. |
| System umożliwia oznaczanie okolicy okołowierzchołkowej: zapalenie tkanek, ostre surowice, ostre ropne itp.. |
| System umożliwia oznaczenie na diagramie uzębienia ustawienia zęba: obrót, nachylenie, ułożenie itp.. |
| System umożliwia zaznaczenie na diagramie zęba dodatkowego. |
| System umożliwia wydruk diagramu aktualnego stanu uzębienia. |
| System umożliwia rejestrację wykonanego zabiegu zarówno na całym zębie, określnej przestrzeni jamy ustnej (np. lewa górna ćwiartka, szczęka, żuchwa) jak i na pojedynczej powierzchni wybranego zęba. |
| W systemie istnieje możliwość rejestrowania użytych materiałów do zabiegu wraz z określeniem koloru. |
| System umożliwia tworzenie własnej bazy automatów powiązanych z wykonywanymi zabiegami np. zdefiniowanie automatu który po wykonaniu zabiegu na wskazanym rozpoznaniu zmieni lub skasuje rozpoznanie początkowe (np. zmiana rozpoznania próchnicy na wypełnienie po wykonaniu zabiegu opracowanie ubytku na wskazanej powierzchni zęba). |
| W systemie istnieje możliwość dołączania zdjęć do dokumentacji medycznej danej wizyty. |
| System umożliwia drukowanie oraz wystawianie recept zgodnych z obowiązującymi przepisami, w tym również e-Recept. |
| Wystawienie skierowania na środki pomocnicze automatycznie po wystawieniu recepty okularowej oraz jego wydruk. |
| Wystawienie recepty soczewkowej oraz recepty soczewkowej próbnej. |
| Definiowanie leków zażywanych na stałe przez pacjenta, a następnie możliwość wystawiania recept na podstawie tego wykazu |
| Mechanizm tworzenia grup pacjentów na podstawie wyniku wykonanego zestawienia i wyróżnienie ich na liście. |
| Zapamiętanie dawkowania danego leku wspólnie dla całej przychodni oraz indywidualnie dla każdego pracownika |
| Sprawdzenie przed wejściem do wizyty czy rezerwacja jest w opłacona oraz czy zostało potwierdzone przyjście pacjenta do przychodni. |
| **Przychodnia (Gabinet lekarski specjalistyczny – funkcjonalność dostępna na urządzenia mobilne, bez limitu użytkowników)** |
| Dostępność dedykowanej aplikacji do obsługi wizyt lekarskich na urządzenia mobilne (dalej e-Wizyta). |
| Jednolity wygląd aplikacji e-Wizyta na wszystkich platformach, na które jest dostępna (w tym m.in. Android /Windows /iOS). |
| Dostęp do historii zdrowia pacjenta wraz z wystawionymi dokumentami medycznymi, zażywanymi lekami, wywiadami i badaniami. |
| Możliwość rozliczania świadczeń wykonanych na rzecz pacjenta (rejestrowanie usług oraz procedur medycznych). |
| Możliwość wypełniania formularzy podczas wykonywania wizyty. Dostępne do wypełnienia formularze wybierane są spośród formularzy dostępnych i zdefiniowanych po stronie modułów centralnych ZSI. |
| Przesyłanie danych pomiędzy aplikacją e-Wizyty a bazą danych ZSI odbywa się poprzez bezpieczne szyfrowane połączenie. |
| Możliwość umówienia pacjenta na kolejną wizytę. |
| Możliwość drukowania recept (wydruk recepty zgodnie z obowiązującymi normami – wzorcami recept) i skierowań wystawionych w trakcie realizacji wizyty- zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. |
| Obsługa elektronicznych recept (e-Recepta) (funkcja dostępna tylko w trybie on-line), poprzez: automatyczne pobieranie z ZSI niezbędnych danych: dane pacjenta, informacje dot. leku, kod jednostki chorobowej, która jest podstawą wystawienia recepty, możliwość wydrukowania kuponu potwierdzającego wystawienie e-Recepty (kody kreskowe). |
| Wystawianie skierowania do specjalisty, na badania diagnostyczne (obrazowe), do laboratorium, do szpitala. |
| Obsługa elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA), poprzez: automatyczne pobieranie z ZSI niezbędnych danych: dane pacjenta, informacje dot. zakładu pracy ubezpieczonego, informacje dot. pozostałych członków rodziny w przypadku objęcia opieki nad nimi, kod jednostki chorobowej, która jest podstawa wydania zwolnienia, weryfikację z przepisami prawa oraz datą poprzedniego zwolnienia, daty rozpoczęcia okresu niezdolności do pracy i podpowiadanie odpowiedniego kodu zaświadczenia, możliwość wystawienia dokumentu bez wskazywania pracodawcy, możliwość wystawienia dokumentu e-ZLA również w trybie offline (wcześniejszym po pobraniu numerów e-ZLA), następnie elektronizacja zwolnienia z chwilą przywrócenia łączności z usługami ZUS, w przypadku gdy ubezpieczony zatrudniony jest u kilku pracodawców system musi automatycznie wystawić do każdego zakładu pracy dokument e-ZLA, możliwość wydrukowania wystawionego dokumentu e-ZLA. |
| Podczas wystawiania recepty (e-Recepty) dla leku dostępne są szczegółowe dane o nim takie jak postać, dawka, skład, opakowanie, leki silnie działające musza być dodatkowo wyróżnione graficznie), ponadto musi być dostępny mechanizm automatycznego podpowiadania podczas wypisywania recepty o stopniu odpłatności za dany lek, w zależności od wprowadzonego rozpoznania i uprawnień pacjenta. |
| Dostęp, za pośrednictwem aplikacji e-Wizyty, do informacji o wybranym leku z dowolnej bazy leków dostępnej na rynku polskim. |
| Możliwość wystawiania recept z podręcznego receptariusza lekarza lub na podstawie słownika leków recepturowych (opracowanego w module ZSI) oraz na podstawie zażywanych leków przez pacjenta. Możliwość wystawienia recept na kuracje miesięczne. |
| Aplikacja e-Wizyty pozwala na uzupełnianie danych wizyty typu uczulenia, rozpoznanie, wywiad, badanie przedmiotowe, zalecenia oraz na gromadzenie informacji o zażywanych lekach przez pacjenta, wprowadzenia informacji o wykonanych usługach medycznych refundowanych przez NFZ. |
| Aplikacja e-Wizyty zapewnia bieżącą kontrolę poprawności wprowadzanych danych zgodną z zasadami ogólnymi (formaty danych, chronologia zdarzeń) oraz z zasadami walidacji danych obowiązujących w dokumentacji medycznej. |
| W systemie są zaimplementowane mechanizmy walidacji haseł zgodnie z wymaganiami ustawowymi przewidzianymi dla rodzaju danych przetwarzanych przez ZSI. |
| Aplikacja e-Wizyty wykorzystuje słowniki rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-10, procedur medycznych zgodnie z nową edycją klasyfikacji procedur ICD-9 CM. |
| Aplikacja e-Wizyty pozwala na przeglądanie wizyt archiwalnych pacjentów (niezależnie od tego czy zostały one zarejestrowane za pośrednictwem aplikacji e-Wizyty czy też za pośrednictwem modułów stacjonarnych ZSI). |
| Aplikacja e-Wizyty pozwala na przeglądanie zarezerwowanych wizyt dla zalogowanego lekarza. |
| Po zakończonej wizycie pacjenta aplikacja e-Wizyty automatycznie oznacza w terminarzu, że wizyta się odbyła. |
| Po zakończonej wizycie pacjenta aplikacja e-Wizyty generuje dokument historii zdrowia i choroby pacjenta (HZiCh) oraz umożliwia podpisanie tego dokumentu podpisem elektronicznym. |
| Aplikacja e-Wizyty umożliwia przeglądanie dokumentów historii zdrowia i choroby pacjenta z poprzednich wizyt. |
| **Pracownia radiologiczna** |
| System umożliwia rejestrowanie zleceń na badania diagnostyczne na podstawie skierowań oraz prywatnie.  System umożliwia rezerwowanie skierowań na badania diagnostyczne, przesłane z innych modułów systemu, np. m. Gabinet, m. Zlecenia, a także z jednostki zewnętrznej.  System umożliwia ręczne zatwierdzenie wykonania badania.  System umożliwia dodanie opisu do wykonanych badań diagnostycznych oraz przesłanie zatwierdzonego opisu badań do systemu zlecającego. Opis badania wprowadza się na zdefiniowanych formularzach.  System umożliwia dodanie jednego opisu do kilku badań diagnostycznych pacjenta.  System umożliwia ustawienie opisowi badania „do konsultacji”.  System umożliwia edycję oraz usunięcie opisu badania.  System umożliwia rejestrację zleceń bezopisowych.  System umożliwia wydruk opisu badania.  System umożliwia nadanie badaniom kodu kreskowego.  System umożliwia wprowadzenie uwag technika oraz radiologa do badania.  System umożliwia nagrywanie opisu badań na płytę.  System umożliwia wyświetlenie statusu badania: - badanie nieopisane; - badanie w trakcie opisywania; - badanie opisane; - badanie wysłane do systemu PACS; - badanie do konsultacji; - badanie rozpoczęte; - badanie zakończone.  System umożliwia przyjęcie opłaty za badania oraz wystawienie dokumentu finansowego. |
| System umożliwia wysyłanie zleceń na badania diagnostyczne do systemu PACS z wykorzystaniem protokołu HL7.  System umożliwia odebranie potwierdzenia wykonania badania z systemu PACS z wykorzystaniem protokołu HL7.  System umożliwia dodanie opisu do wykonanych badań diagnostycznych oraz przesłanie zatwierdzonego opisu badań do systemu PACS z wykorzystaniem protokołu HL7. Opis badania wprowadza się na zdefiniowanych formularzach.  W chwili obecnej Zamawiający nie korzysta z żadnego systemu typu PACS, jednakże oferowany przez Wykonawcę system RIS musi posiadać możliwości techniczne wykonania takiej integracji. W ramach niniejszego postepowania Wykonawca udzieli Zamawiającemu odpowiednich licencji (jeśli jest to wymagane ze względu na zasady sprzedaży oferowanego systemu) na moduł integracji z systemem PACS oraz uwzględni standardowe koszty wykonania podłączenia i konfiguracji modułu RIS z później zakupionym przez Zamawiającego systemem PACS. |
| **Przychodnia (Punkt pobrań)** |
| Moduł umożliwia rejestrowanie zleceń na badania laboratoryjne na podstawie skierowania oraz zlecenia prywatne. |
| Moduł umożliwia realizację zleceń na badania laboratoryjne przesłane z innych modułów ZSI, np. Gabinet, Zlecenia lekarskie, a także z jednostki zewnętrznej (w przypadku integracji z systemem zewnętrznym). |
| Moduł współpracuje z czytnikiem kodów kreskowych w zakresie: wyszukiwania pacjentów np. po numerze PESEL; wyszukiwania skierowania po kodzie kreskowym ze skierowania, wyszukiwania zleceń po kodzie kreskowym z etykiety samoprzylepnej. |
| Moduł umożliwia przyjęcie opłaty za badania, wystawienie dokumentu finansowego. |
| Moduł umożliwia wysyłanie zleceń na badania laboratoryjne do podmiotu wykonującego (laboratorium) oraz umożliwia odebranie oraz rejestrację wyników badań otrzymanych od podmiotu wykonującego (laboratorium). Komunikacja musi odbywać się z wykorzystaniem protokołu HL7. W ramach niniejszego postępowania Zamawiający nie wymaga integracji z laboratorium zewnętrznym ale zastrzega sobie prawo do zlecenia takiej usługi w przyszłości. |
| Moduł umożliwia usunięcie całego skierowania lub poszczególnych badań z danego skierowania. |
| Moduł umożliwia zmianę sposobu płatności za badania laboratoryjne (zmiana płatnika ze skierowania lub zmiana płatnika NFZ na pacjenta lub innego płatnika). |
| Moduł umożliwia skopiowanie i wydrukowanie skierowania. |
| Moduł umożliwia przeglądanie odebranych wyników badań z modułu obsługującego laboratorium (dostarczanego w ramach niniejszego postępowania). |
| Przegląd i korekta podsumowania materiałów medycznych zużytych do pobrania materiałów od pacjentów, wygenerowanie dokumentu RW na podstawie tego podsumowania, bezpośrednio w module punku pobrań. |
| **Przychodnia (Podpisywanie HZiCh podpisem elektronicznym)** |
| ZSI musi być wyposażony w funkcje umożliwiające tworzenie i podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej. Podpisywanie musi być możliwe za pomocą tzw. certyfikatów opartych na kluczach prywatnych i publicznych zapewniających autentyczność, niezaprzeczalność oraz integralność danych oraz mieć możliwość wykorzystania podpisów kwalifikowanych. |
| Moduł umożliwia przegląd i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej przygotowanych zgodnie z wzorcami obowiązującymi w zakładzie Zamawiającego w zakresie: Karta informacyjna - porada ambulatoryjna. |
| Moduł umożliwia automatyczne generowanie historii zdrowia i choroby bezpośrednio po zamknięciu wizyty, złożenie podpisu elektronicznego a następnie zarchiwizowanie tak wygenerowanego dokumentu. |
| Moduł umożliwia generowanie dokumentacji medycznej pacjenta ze złożeniem podpisu z jednej wizyty, z kilku wizyt, które odbyły się tego samego dnia w określonym przedziale czasowym oraz z wizyt w dniu bieżącym, w określonym przedziale czasowym. |
| Możliwość zbiorczego generowania dokumentacji medycznej pacjenta z kilku jego wizyt, jako jeden dokument. |
| **Przychodnia (Wspomaganie rozliczeń umów dot. opieki specjalistycznej w systemie JGP)** |
| Moduł posiada wbudowany mechanizm wspomagania rozliczania świadczeń w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów bez konieczności przekazywania danych poza lokalną sieć jednostki i z automatycznym pobieraniem wszystkich danych niezbędnych do wyznaczenia grupy JGP. |
| Mechanizm umożliwia wyliczenie grupy JGP i prezentuje następujący minimalny zakres informacji: kod grupy, taryfa całkowita, taryfa dodatkowa, produkt. |
| Mechanizm umożliwia wyliczenie potencjalnych grup JGP i prezentuje następujący minimalny zakres informacji: kod grupy potencjalnej, taryfa grupy potencjalnej, taryfa dodatkowa grupy potencjalnej, taryfa całkowita grupy potencjalnej, produkt potencjalny, wymagania do wyznaczenia grupy potencjalnej. |
| Mechanizm umożliwia weryfikację wyliczonych grup JGP w kontekście zakontraktowanych produktów rozliczeniowych. |
| Mechanizm umożliwia modyfikację wszystkich informacji niezbędnych do wyliczenia JGP w tym dodanie ICD9 bez konieczności otwierania danej wizyty lekarskiej. |
| Mechanizm umożliwia zapisanie w danych procedur ICD9 oraz rozpoznań. |
| Moduł umożliwia obsługę komunikatu AP-KOLCE w aktualnej wersji oraz automatyczną komunikację z systemem kolejek centralnych z poziomu oferowanego ZSI. |
| **Uruchomienie elektronicznych usług dla pacjentów** |
| Realizacja zadania polega na dostawie i wdrożeniu odpowiednich modułów ZSI, poprzez dostawę licencji, zainstalowanie oraz skonfigurowanie do pracy oprogramowania aplikacyjnego udostępnionego z poziomu jego strony internetowej, służącego do samodzielnego, elektronicznego rejestrowania przez pacjentów na świadczenia medyczne udzielane przez Zamawiającego (dalej Portal Pacjenta).  Wykonawca dostarczy licencję dla Portalu Pacjenta w wersji bez limitu użytkowników, stacji roboczych czy innych ograniczeń ilościowych.  **Wymagane moduły funkcjonalne w zakresie Portalu Pacjenta**  Wszystkie funkcje dostępne w ramach Portalu pacjenta muszą być dostarczone jako zestaw aplikacji, które umożliwią interakcję z użytkownikiem (szczególnie pacjentem i lekarzem) metodą zdalną, między innymi za pośrednictwem Internetu.  Najważniejsze moduły to:   1. e-Rejestracja, umożliwia dokonywanie rezerwacji wizyt przez pacjenta metodą zdalną, za pośrednictwem Internetu oraz śledzenie statusu w kolejce oczekujących zdefiniowanej w oddziale, poradni, pracowni. 2. e-Recepta, pozwala na przesłanie za pośrednictwem portalu „zamówienia” na wystawienie recepty na lek związany z terapią choroby przewlekłej. 3. e-Dokumentacja, pozwala pacjentowi na przeglądanie kart wypisowych oraz innych udostępnionych pacjentowi dokumentów za pośrednictwem Internetu. 4. e-Wyniki, pozwala pacjentowi na przeglądanie wyników badań laboratoryjnych za pośrednictwem Internetu. |
| **Wymagane parametry techniczne w zakresie dostarczanych modułów e-Usług** |
| **Wymagania ogólne** |
| Wszystkie aplikacje wchodzące w skład Portalu pacjenta (Aplikacje) korzystają z tej samej bazy danych (w rozumieniu zbioru danych i modelu danych) co system centralny ZSI, ale nie łączą się bezpośrednio do tej bazy, a jedynie poprzez dodatkowy zabezpieczony interfejs komunikacji (np. WebServices).  Aplikacje dostępne dla pacjentów w Internecie do komunikacji z systemem centralnym w intranecie placówki wykorzystują zabezpieczony kanał szyfrowanej komunikacji (podniesienie bezpieczeństwa danych), jak VPN i/lub HTTPS.  Wszystkie aplikacje są zarządzane przez jeden moduł administracyjny dla całego systemu centralnego przynajmniej w zakresie zarządzania dokumentacją medyczną i grafikami dostępności.  Portal umożliwia wskazanie lokalizacji poradni, np.: Google i prezentacji lokalizacji poradni pacjentowi (e-Mapy).  Dostęp do poszczególnych Aplikacji jest możliwy wyłącznie dla pacjentów posiadających konta stałe, zweryfikowane przez operatora na podstawie dokumentu tożsamości wskazanego przez pacjenta podczas zakładania konta tymczasowego.  Aplikacje obsługiwane są w języku polskim, ponadto muszą być przystosowane do obsługi różnych języków, w zakresie zarówno elementów stałych strony WWW, jak i zasobów przechowywanych w bazie danych (np. typy poradni, specjalizacje lekarzy, itp.) wraz zapamiętywaniem wybranego przez operatora języka.  Wykonawca wraz z aplikacją dostarczy tłumaczenie elementów stałych strony WWW na język angielski oraz skonfiguruje ZSI w taki sposób aby Zamawiający mógł samodzielnie wprowadzać tłumaczenia zasobów w bazie danych. |
| **Wymagania dotyczące standardu WCAG 2.0** |
| Portal, oprócz standardowego szablonu wczytywanego domyślnie podczas wejścia na stronę, musi zawierać również dodatkowy szablon dla osób posiadających osłabiony wzrok. Na stronie głównej Portalu musi być dostępny wyraźnie oznaczony przycisk, po naciśnięciu którego musi pojawić się ekran pozwalający na powiększenie czcionek, przełączenie ekranu na wysoki kontrast odpowiedniej kolejności kolorystycznej: kontrast biało-czarny, Kontrast czarno biały, Kontrast żółto-czarny, Kontrast czarno-żółty. |
| **e-Rejestracja** |
| Aplikacja musi umożliwiać dokonywanie rezerwacji wizyt przez pacjenta metodą zdalną, za pośrednictwem Internetu.  Indywidualne konta pacjenta na Portalu pacjenta zakłada samodzielnie pacjent. W pierwszym etapie pacjent zakłada konto tymczasowe, do założenia którego pacjent musi podać następujące dane: imię, nazwisko, PESEL (tylko w przypadku posiadania obywatelstwa polskiego), typ i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz adres e-mail. Po zatwierdzeniu danych Portal musi wysłać kod aktywacyjny na podany przez pacjenta adres e-mail. Wprowadzenie i zatwierdzenie otrzymanego kodu powoduje automatyczne aktywowanie tymczasowego konta pacjenta. Następnie pacjent musi wydrukować wygenerowany przez Portal wniosek, tj. dokument potwierdzający założenie konta tymczasowego oraz zawierający dane do logowania). Do uzyskania statusu konta stałego, a tym samym dostępu do wszystkich Aplikacji Portalu, pacjent musi zgłosić się do siedziby Zamawiającego z wydrukowanym wnioskiem, gdzie upoważniony pracownik Zamawiającego aktywuje konto stałe pacjenta.  Konto tymczasowe pozwala pacjentowi na przeglądanie grafików pracy poszczególnych lekarzy oraz pozwala na rezerwację w danym czasie tylko jednego terminu wizyty.  Pacjent korzystając z przygotowanej witryny internetowej może się zalogować, wybrać na podstawie różnych kryteriów interesującą go wizytę i zarezerwować ją.  Informacja o dokonanej rezerwacji trafia bezpośrednio do bazy danych ZSI (w znaczeniu: bez konieczności jakiejkolwiek ingerencji ze strony personelu Zamawiającego). Aplikacje portalu, w zakresie wyświetlanych grafików pracy lekarzy lub gabinetów muszą korzystać z definicji tych samych grafików co ZSI.  Rejestracja w bazie danych ZSI dokonana przez Internet musi mieć taki sam charakter i status jak rejestracja dokonana bezpośrednio w siedzibie Zamawiającego.  Funkcja pozwala pacjentowi na wyszukanie wolnych terminów wizyt wg kryteriów: lekarza lub poradni, daty wizyty oraz czasu jej trwania (od do). Do wyszukania najbliższej wolnej wizyty niezbędne jest podanie lekarza lub poradni.  Po wybraniu jednego z głównych kryteriów (lekarza lub poradni) lista wyboru dla pozostałych kryteriów musi zawęzić się (np. po wybraniu poradni pediatrycznej w polu lekarz mamy do wyboru jedynie lekarzy pediatrów).  Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania funkcja wyświetla listę wszystkich wolnych wizyt spełniających kryteria wraz z informacjami o typie wizyty (typy wizyt np.: NFZ, prywatna, medycyna pracy, itp.). Typy wizyt (słowniki) są definiowane przez operatora w ZSI.  Portal udostępnia funkcję umożliwiającą pacjentowi przesłanie za jego pośrednictwem pliku zawierającego skierowanie (ustandaryzowany plik xml lub skan skierowania).  Po wybraniu terminu z listy funkcja udostępnia ekran, na którym ostateczne pacjent potwierdza wszystkie dane. W przypadku wybrania wizyty prywatnej, pacjent dodatkowo potwierdza fakt przyjęcia do wiadomości, że usługa nie jest refundowana przez NFZ.  Rejestracja za pośrednictwem Portalu pacjenta może zostać ograniczona: do wybranych poradni, lekarzy oraz gabinetów; poprzez ustalenie liczby rezerwacji wprowadzanych przez pacjenta; poprzez ustalenie liczby dni jakie muszą upłynąć pomiędzy kolejnymi rezerwacjami do tej samej poradni.  Funkcja musi pozwalać na zablokowanie możliwości rejestracji dla pacjenta z kontem tymczasowym.  Funkcja musi pozwalać na zablokowanie możliwości rejestracji za pośrednictwem portalu dla pacjenta pierwszorazowego w danej poradni.  Funkcja (po stronie ZSI) musi pozwalać na określenie procentowej puli grafika do wykorzystania przez Aplikacje e-Rejestracji.  Funkcja musi pozwalać na blokadę rezerwacji dla pacjenta, który nie zjawił się na 3 kolejnych potwierdzonych wizytach.  Wszyscy pacjenci musza mieć możliwość korzystania z tej samej puli dostępnych terminów, z uwzględnieniem definiowanego przez operatora procentowego podziału puli grafika na rejestracje za pośrednictwem Portalu oraz rejestracji w siedzibie Zamawiającego.  Funkcja musi umożliwiać zdefiniowanie okresu, w jakim pacjent musi potwierdzić zarezerwowaną wizytę (np. wizyty zarezerwowane na 7 dni przed terminem muszą być potwierdzone od 4 do 2 dni przed wizytą, w przeciwnym przypadku rezerwacja jest automatycznie anulowana).  Funkcja musi umożliwiać określenie ilości dni, po upływie których do pacjenta zostanie automatycznie wysłane przypomnienie o wizycie. |
| Funkcja musi umożliwiać pacjentowi śledzenie statusu w kolejce oczekujących zdefiniowanej w oddziale, poradni, pracowni (e-Kolejka).  Pacjent musi mieć możliwość przeglądania kolejek oczekujących – prowadzonych zgodnie z wymaganiami NFZ w tym zakresie oraz osobno statusów i historii pozostałych wizyt (komercyjnych lub wizyt w poradniach, w których nie jest prowadzona kolejka oczekujących w rozumieniu NFZ). |
| Aplikacja musi pozwalać na zdefiniowanie automatycznych powiadomień pacjenta o zbliżających się terminach wizyt oraz innych zdarzeniach medycznych (np. termin badania, wizyty, informacje o badaniach profilaktycznych) za pomocą 3 kanałów komunikacji: SMS, e-mail, wiadomości systemowe dostępne po zalogowaniu do Portalu pacjenta.  Funkcja musi pozwalać na konfigurację formatu treści wiadomości do wysyłki, a w tym użycie parametrów: imię i nazwisko pacjenta, numer pacjenta, data wizyty (dd-mm-yyyy), dzień wizyty (dd), miesiąc wizyty (numer w formacie mm lub słownie), rok wizyty (yyyy), godzina wizyty (HH:mm), nazwa krótka usługi.  Funkcja musi pozwalać na definiowanie niezależnych szablonów wiadomości dla każdego typu usług /porad, z określeniem szablonu domyślnego.  Funkcja musi obsługiwać format CSV dla pakietu dostarczanego dostawcy bramki SMS.  Funkcja musi pozwalać na generowanie wiadomości tylko dla tych pacjentów, którzy wyrazili zgodę na ich otrzymywanie. Pacjent, za pośrednictwem portalu, musi mieć możliwość zarządzania zgodami (na wysyłanie wiadomości poprzez e-mail lub SMS).  Funkcja musi zapisywać w bazie danych systemu wszystkie wysłane wiadomości wraz z datą ich wygenerowania. Wiadomości te muszą być powiązane z wizytą, usługą, pacjentem oraz wykorzystanym szablonem wiadomości.  Funkcja musi posiadać mechanizm kontroli przed ponowną wysyłką tego samego komunikatu.  Funkcja musi pozwalać na określenie godziny oraz cykli w dniach, w jakich pakiety wiadomości będą generowane do wysyłki.  Funkcja musi pozwalać na określenie maksymalnej długości wiadomości SMS.  Funkcja musi pozwalać na generowanie wiadomości tylko do tych pacjentów, którzy posiadają uzupełniony w systemie numer telefonu komórkowego.  Funkcja musi pozwalać na określanie indywidualnie dla każdego pacjenta preferowanych kanałów komunikacyjnych w przypadku powiadomień o wizytach, badaniach, zbliżającym się terminie przyjęcia do placówki wg kolejki oczekujących, informacjach o badaniach profilaktycznych. |
| **e-Recepta** |
| Dla pacjentów przewlekle chorych (i posiadających konto stałe) funkcja musi pozwalać na przesłanie za pośrednictwem portalu „zamówienia” na wystawienie recepty na lek związany z terapią choroby przewlekłej np. w ramach rezerwacji wizyty recepturowej.  Funkcja musi pozwalać pacjentowi na wybranie z listy leków wypisanych wcześniej tych pozycji, których z dotyczy „zamówienie”.  Po zatwierdzeniu przez pacjenta wybranych leków, wykaz ten musi trafić do lekarza, który po stronie ZSI podczas wystawiania recepty w czasie wizyty, musi mieć możliwość wybrania (bez konieczności wyszukiwania w słowniku) i zatwierdzenia do przepisania wg własnego uznania leków wskazane przez pacjenta. Zatwierdzone przez lekarza leki umieszczane są na recepcie dla pacjenta. Zwrotnie pacjent otrzymuje informację o tym, które leki zostały umieszczone na recepcie.  Po uruchomieniu pełnej funkcjonalności portalu e-Recepta przez CSIOZ, w Aplikacji e-Recepta na Portalu pacjenta muszą pojawiać się informacje o wszystkich wystawionych receptach dla danego pacjenta przez lekarzy w ZSI Zamawiającego (bez konieczności wcześniejszego „zamawiania” recept (funkcjonalność dotycząca współpracy z portalem CSIOZ nie będzie wymagana na próbce). |
| **e-Dokumentacja** |
| Aplikacja musi pozwalać pacjentowi na przeglądanie wszystkich podpisanych elektronicznie i udostępnionych pacjentowi dokumentów za pośrednictwem Internetu. Portal musi obsługiwać wyłącznie dokumentację podpisaną podpisem elektronicznym.  Po zalogowaniu pacjent musi mieć możliwość wybrania na podstawie różnych kryteriów (lekarz, jednostka wykonująca) interesujących go dokumentów, odczytania ich oraz ich wydrukowania.  Funkcja musi pozwalać na ustalenie okresu, z którego dokumentacja będzie możliwa do przeglądania za pośrednictwem Portalu pacjenta. |
| **e-Wyniki** |
| Aplikacja musi pozwalać pacjentowi na przeglądanie wyników badań laboratoryjnych za pośrednictwem Internetu. Portal musi mieć możliwość wyświetlania wyników badań zarówno podpisanych podpisem elektronicznym, jak i wyników o statusie „zatwierdzone” ale wydrukowanych i zatwierdzonych przez diagnostę w sposób tradycyjny (podpis i pieczęć na wydruku).  Po zalogowaniu pacjent musi mieć możliwość wybrania na podstawie różnych kryteriów (nazwa badania, jednostka wykonująca) interesujących go wyników, odczytania ich oraz ich wydrukowania.  Funkcja musi pozwalać na ustalenie okresu, za który wyniki będą możliwe do przeglądania za pośrednictwem Portalu. |