**Załącznik nr 43 do OPZ**

1. **Wymagania ogólne dotyczące cech oprogramowania oraz wdrażania oprogramowania**
   1. Dostawa i instalacja oprogramowania jest zadaniem mającym na celu dostarczenie licencji, instalację i wdrożenie modułów oprogramowania, które będą uzupełnieniem i poszerzeniem posiadanego przez Zamawiającego systemu firmy Kamsoft S.A. o dodatkowe funkcjonalności.

1.2. Zamawiający wymaga pełnej wzajemnej interoperacyjności nowo wdrażanych modułów HIS oraz zachowania pełnej interoperacyjności z modułami oprogramowania już funkcjonującymi u Zamawiającego. Wymaga się żeby wszystkie nowo dostarczane funkcjonalności pracowały były w pełni kompatybilne z obecnie funkcjonującym Systemem HIS obecnie eksploatowany przez Zamawiającego system informatyczny produkcji Kamsoft S.A.

1.3 Zamawiający oczekuje pełnej wzajemnej interoperacyjności dostarczanych modułów oprogramowania z obecnie funkcjonującym Systemem HIS orazz Platformą Regionalną budowaną w wyniku rozstrzygnięcia postępowania Znak sprawy SzW/1/2019. Pod pojęciem wzajemnej interoperacyjności z Platformą Regionalną Zamawiający rozumie:

System HIS po rozbudowie musi komunikować się z repozytorium lokalnym Platformy Regionalnej tj. ma możliwość wysyłania i pobierania dokumentów EDM z wykorzystaniem Lokalnego Interfejsu Komunikacyjnego zgodnego z IHE XDS.b. którego specyfikację zawiera Załącznik.

System HIS po rozbudowie musi komunikować komunikuje się z portalem pacjenta działającym w Platformie Regionalnej tj. ma możliwość wysyłania i odbierania komunikatów dotyczących zajętości terminów świadczeń udzielanych w ramach lecznictwa ambulatoryjnego z wykorzystaniem HL7 FHIR którego specyfikację zawiera Załącznik.

1.4. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji dla administratora wraz z opisem procedury instalacji i aktualizacji modułów.

1.5. Wykonawca musi zagwarantować dostarczenie dokumentacji użytkowej, systemowej i instalacyjnej zgodnej ze stanem faktycznym.

1.6. Zamawiający wymaga, aby wszystkie moduły oferowanego oprogramowania miały interfejs graficzny.

1.7. Wszystkie dostarczone produkty i komponenty podlegają usłudze instalacji, konfiguracji i wdrożenia.

1.8. Usługę instalacji, konfiguracji i wdrożenia Wykonawca przeprowadzi zgodnie z zapisami niniejszego Opisu Przedmiotu Zamówienia w uzgodnieniu z Zamawiającym oraz najlepszymi praktykami w projektach informatycznych.

1.9. Wszystkie nazwy własne oprogramowania i sprzętu użyte w opisie przedmiotu zamówienia należy traktować, jako określenie standardów parametrów technicznych, użytkowych, funkcjonalnych i jakościowych oczekiwanych przez Zamawiającego i należy odczytywać wraz z wyrazami „lub równoważne”.

1.10. Zamówienie będzie realizowane w oparciu o zdefiniowany uprzednio przez Wykonawcę harmonogram, który powinien być uzgodniony i zaakceptowany przez Zamawiającego. Uzgodnieni harmonogramu musi nastąpić w terminie 14 dni od daty podpisania umowy.

1.11. Wykonawca w harmonogramie musi uwzględniać w szczególności podział na zadania takie jak, dostawy, instalacja, testowanie, wdrożenie, szkolenie i odbiory.

1.12. Wdrożenie należy rozumieć, jako szereg uporządkowanych i zorganizowanych działań mających na celu oddaniedo użytkowania przez Zamawiającego opisanych w niniejszym dokumencie modułów oprogramowania.

1.13. Wykonawca umożliwi Zamawiającemu udział we wszystkich pracach realizowanych przez Wykonawcę w ramach realizacji przedmiotu zamówienia (m.in. w czasie instalacji, konfiguracji i wdrożenia).

1.14. Wykonawca zobowiązany jest do wykonania przedmiotu zamówienia z należytą starannością oraz zgodnie z najlepszą praktyką i wiedzą zawodową.

1.15. Wykonawca zobowiązany jest do wykonania w całości przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w opisie przedmiotu zamówienia.

1.16. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania z Zamawiającym wszelkich ustaleń mogących wpłynąć na przedmiot zamówienia i sposób jego realizacji oraz ciągłą współpracę z Zamawiającym na każdym etapie wykonania przedmiotu zamówienia.

1.17. Zaoferowane rozwiązanie jest zgodne z obowiązującymi przepisami prawa na dzień złożenia oferty jak i finalnego odbioru systemu. Wymagania dotyczące zgodności z poszczególnymi aktami prawnymi określa punkt 4.

1.18. Dostawa wszelkiej dokumentacji oraz certyfikatów odbędzie się bezpośrednio do siedziby Zamawiającego. Zamawiający oczekuje również dostarczenia dokumentacji konfiguracji ogólnej dostarczonego systemu (w szczególności gdzie zainstalowano poszczególne elementy rozwiązania), sposobu aktualizacji, instalacji, deinstalacji poszczególnych komponentów, a także specyfikacji interfejsów HL7 posiadanych przez System HIS po rozbudowie z oprogramowaniem specjalistycznym.

1.19. Zamawiający wymaga, aby dostarczane moduły był w postaci zestawów instalacyjnych wraz z dokumentacją stanowiskową dla użytkowników.

1.20. Komunikacja System HIS po rozbudowie musi odbywać się z użytkownikiem się w języku polskim z uwzględnieniem polskich znaków diakrytycznych (dopuszczalnym wyjątkiem jest administrowanie systemami baz danych). Dostępność polskich znaków diakrytycznych wymagana jest w każdym miejscu i dla każdej funkcji w systemie.

1.21. Zamawiający wymaga, aby zaoferowany System HIS po rozbudowiebył wytworzony w tej samej, spójnej technologii zapewniającej wykorzystanie interfejsu użytkownika typu desktop.

1.22. W funkcjach systemu związanych z wprowadzaniem danych do nowych modułów System HIS po rozbudowiemusi oferować udostępnienie podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól, słowniki grup danych (takich jak katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, terytorialnych).

1.23. System HIS po rozbudowie musi umożliwiać w każdym module dostęp do danych pacjenta poprzez zeskanowanie kodu kreskowego identyfikującego danego pacjenta. Musi również istnieć możliwość ręcznego wprowadzenia tego kodu.

1.24. Moduły System HIS po rozbudowiemuszą być wyposażony w system umożliwiający tworzenie i podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej. Podpisywanie musi być możliwe za pomocą tzw. certyfikatów wewnętrznych oraz mieć możliwość wykorzystania podpisów kwalifikowanych, ePUAP oraz ZUS.

1.25. System HIS po rozbudowie musi umożliwiać oznaczanie podmiotu na podstawie następujących danych:

1. nazwę podmiotu,
2. adres podmiotu, wraz z numerem telefonu,
3. 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,
4. nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego,
5. nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
6. numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską - w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej.

1.26. Zaoferowane rozwiązanie wykorzystuje bazę danych musi umożliwiać wykonywanie kopii bezpieczeństwa w trybie online (hot backup).

1.27. System HIS po rozbudowie musi udostępniaćpełną, aktualną bazę leków (lekospis) z opisem, w tym charakterystyka produktu leczniczego oraz aktualny poziom refundacji. Baza leków musi aktualizować się automatycznie w cyklu przewidzianym przez podmiot, któremu przynależą prawa autorskie. Zamawiający wymaga jednak aby aktualizacja następowała co najmniej raz w tygodniu.

1.28. System HIS po rozbudowie musipracować w trybie 24/7/365 (czyli przez 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu przez 365 dni w roku). Dopuszczalne są okienka serwisowe zgodne z technologicznymi potrzebami Wykonawcy oraz konieczne z powodu uaktualnień systemu stanowiących w szczególności wynik nowelizowanych uwarunkowań prawnych.

1.29. System HIS po rozbudowie ma musi mieć możliwość współpracy z urządzeniami przenośnymi typu Laptop, Tablet poprzez bezprzewodową sieć lokalną. Dostępne jest dedykowane rozwiązania na tablety realizujące funkcje dedykowane dla obchodu lekarskiego i obchodu pielęgniarskiego

1.30. Bezpieczeństwo przesyłu danych w sieci komputerowej – przesył danych między urządzeniem dostępowym a serwerem musi być szyfrowany.

1.31. System HIS po rozbudowie musizapewni niezakłóconą i jednoczesną pracę użytkowników bez spadku wydajności.

1.32. Oprogramowanie umożliwia pracę z wykorzystaniem protokołu TCP/IP.

1.33. Administrator może wysyłać komunikaty do wszystkich użytkowników lub grup użytkowników (np. ostrzeżenie o odłączeniu sieci w ciągu określonego czasu).

1.34. System HIS po rozbudowie musizapewnić odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwalać na odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również posiadać łatwość wykonania ich kopii bieżących oraz łatwość odtwarzania z kopii. System HIS po rozbudowie musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem.

1.35. Zabezpieczenia funkcjonują na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych).

1.36. Każda nowa wersja System HIS po rozbudowie musizawierać i uwzględnić zmiany z wszystkich poprzednich upgradów. Dostępna musi być historia zmian (updatów i upgardów) z opisem, co zostało zmienione w każdej wersji.

1.37. System HIS po rozbudowie musiumożliwiać administratorowi z poziomu oprogramowania wprowadzanie i zmianę parametrów pracy aplikacji, w szczególności dotyczących:

* danych identyfikacyjnych Szpitala,
* komórek organizacyjnych,
* zasobów sprzętowych i systemowych,
* zasobów słownikowych,
* struktury użytkowników z podziałem na grupy.

1.38. System HIS po rozbudowie musiumożliwiać administratorowi z poziomu oprogramowania definiowanie i zmianę praw dostępu dla poszczególnych użytkowników i grup użytkowników z możliwością rozróżnienia praw.

1.39. Administrator musi mieć możliwość zarządzania słownikiem jednostek struktury organizacyjnej Zamawiającego na poziomie całego Systemu HIS po rozbudowie: w tym tworzenie i modyfikacja listy jednostek organizacyjnych ( gabinety, pracownie, oddziały, izby przyjęć, bloki operacyjne, sale, łóżka itp.).

1.40. W Systemie HIS po rozbudowiekażdy użytkownik może być przypisany do jednej lub wielu jednostek organizacyjnych z rozróżnieniem innych uprawnień w każdej z nich, co determinuje dostęp do danych pacjentów przebywających wyłącznie w tych jednostkach.

1.41. System HIS po rozbudowie ma umożliwiać administratorowi zarządzanie zbiorem standardowych raportów oraz dodawanie, modyfikowanie, usuwanie raportów.

1.42. System HIS po rozbudowiemusi umożliwiać definiowanie wartości domyślnych parametrów w kontekście użytkownika i jednostki organizacyjnej. Lista parametrów zostanie ustalona na etapie analizy przedwdrożeniowej.

1.43. System HIS po rozbudowiemusi umożliwiać wyszukiwanie użytkowników według następujących kryteriów: nazwisko oraz części nazwiska (początkowej frazie).

1.44. System HIS po rozbudowiemusi umożliwiać dodawanie użytkowników.

1.45. System HIS po rozbudowiemusi umożliwiać edytowanie użytkowników.

1.46. System HIS po rozbudowiemusi umożliwiać usuwanie (zmiana statusu na nieaktywny) użytkowników.

1.47. System HIS po rozbudowiemusi umożliwiać dostęp administratora do listy uprawnień.

1.48. System HIS po rozbudowiemusi umożliwiać dodawanie / odbieranie uprawnień użytkownikowi.

1.49. System HIS po rozbudowiemusi umożliwiać wgląd do listy personelu oraz edycja danych wybranego pracownika.

1.50. System HIS po rozbudowiemusi zapewniać obsługę drukarek w ramach systemu operacyjnego.

1.51. Skróty klawiszowe muszą być przypisane do wybranych przycisków widocznych w oknie programu.

1.52. Podstawowe funkcje nawigacji po strukturze menu muszą być logiczne dla całego System HIS po rozbudowie.

1.53. Interfejs powinien pozwalać na obsługę klawiszami.

1.54. System HIS po rozbudowie musi zapewnić integralność danych, w szczególności:

* integralność danych i transakcji na poziomie bazy danych i aplikacji,
* efektywny i bezbłędny dostęp użytkowników i procesów do wspólnych danych,
* pełną identyfikację ewidencjonowanych podmiotów,
* bieżącą kontrolę poprawności wprowadzanych danych zgodną z zasadami ogólnymi (formaty danych, chronologia zdarzeń).

1.55. System HIS po rozbudowie musigenerować kopię bezpieczeństwa automatycznie (o określonej porze) i na żądanie administratora oraz umożliwiać odtwarzanie bazy danych z kopii archiwalnej, w tym sprzed awarii.

1.56. System HIS po rozbudowie musi posiadać wspólną bazę danych pacjenta dla wszystkich jednostek i komórek Szpitala, dotyczy zarówno lecznictwa otwartego jak i zamkniętego.

1.57. W trosce o bezpieczeństwo gromadzonych danych System HIS po rozbudowie musidziałać w oparciu o motor bazy danych, na który Wykonawca dostarczy gwarancję, usługę wsparcia producenta oraz certyfikowane szkolenia dla administratorów systemu ze strony Zamawiającego.

1.58. System HIS po rozbudowie musipozwalać na pełną obsługę pacjentów od momentu ich zarejestrowania, do momentu zakończenia procesu leczenia oraz umożliwiać udostępnianie zgromadzonych danych zgodnie z przepisami prawa. Obejmować prowadzenie dokumentacji medycznej, administracyjnej i statystycznej oraz zarządzanie gospodarką lekami. Wskazywać miejsca powstawania kosztów i ich wielkość. 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.

1.59. System HIS po rozbudowie musi umożliwiaćraportowanie i rozliczanie świadczeń medycznych z NFZ i innych płatników 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).

**2. Stan obecny posiadanego oprogramowania u Zamawiającego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Moduł / funkcjonalność** | **Licencje obecnie posiadane** | **TYP LICENCJI** |
| MEDIS | | |
| **Obsługa oddziału i dokumentacji medycznej** | 14 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| WEW - ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH |
| CHR\_DZ - ODDZIAŁ CHIRURGII DZIECIĘCEJ |
| CHIR - ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ |
| GIN\_POŁ - ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOZNICZY |
| NOW - ODDZIAŁ NOWORODKOWY |
| PED - ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY |
| ITM - ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII MEDYCZNEJ |
| ZOL - ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY |
| PRZEŁOŻONA |
| ODDZIAŁ PALIATYWNY |
| **Izba Przyjęć i statystyka** | 1 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| Statystyka |
| Izba Przyjęć |
| **Podpis elektroniczny -** MODUŁ PODPISYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ | 9 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Zlecenia lekarskie -** MODUŁ ZLECEŃ LEKARSKICH | 14 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Wspomaganie rozliczeń JGP w SZP** | 8 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **eWuś -** AUTOMAT WERYFIKACJI UPRAWNIEŃ EWUŚ | 1 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| ASW | | |
| **Apteka Szpitalna** | 2 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Apteka oddziałowa** | 13 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Kody kreskowe** | 1 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Bloz - -** BAZA LEKÓW | 15 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Przetargi -** MODUŁ OBSŁUGI PRZETARGÓW | 1 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Interakcje -** BAZA LEKÓW - SPRAWDZANIE INTERAKCJI | 15 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| SOMED | | |
| **Rejestracja** | 4 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| Statystyka |
| IP -IZBA PRZYJĘĆ |
| POR. GAST - PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA |
| POR. GIN - PORADNIA GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZA |
| **Gabinet medyczny** | 8 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| POR. GAST - PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA |
| POR. GIN - PORADNIA GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZA |
| POR. PEDIAT. - PORADNIA PEDIATRYCZNA |
| POR. CHOR. WEW. - PORADNIA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH |
| IP - IZBA PRZYJĘĆ |
| POR. CHIR. OG - PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ |
| POR. CHIR. DZI - PORADNIA CHIRURGII DZIECIĘCEJ |
| ENDOSKOPIA - PRACOWNIA ENDOSKOPII |
| USG - PRACOWNIA USG |
| TOMOGRAF - PRACOWNIA TK |
| MAMOGRAFIA - PRACOWNIA MAMMOGRAFII |
| **Podpis elektroniczny** | 3 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Wspomaganie AOS w systemie JGP** | 3 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **eWuś -** AUTOMAT WERYFIKACJI UPRAWNIEŃ EWUŚ | 1 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Bloz -** BAZA LEKÓW | 10 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| SOLAB | | |
| **Analityka -** LABORATORIUM STANOWISKO ANALITYCZNE | 4 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Urządzenie diagnostyczne -** LICENCJA NA PODŁĄCZENIE APARATU DIAGNOSTYCZNEGO W LABORATORIUM | 7 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |

**3. Wdrożenie obejmuje:**

3.1. Dostawę i instalację modułów oprogramowania składającego się z komponentów koniecznych do osiągnięcia specyfikacji ilościowej przewidzianej w tabeli poniżej. Zamawiający oczekuje konwersji posiadanych licencji oraz ich odpowiednie uzupełnienia tak, żeby specyfikacja ilościowa po wykonaniu Projektu była nie mniejsza, niż określa ją tabela poniżej.

3.2. Dostarczone przez Wykonawcę licencje/moduły Systemu HIS po rozbudowiemuszą zapewnić spełnienie wszystkich wymogów oraz cech technologicznych określonych w punkcie 1, jak również realizować specyfikację funkcjonalną przewidzianą w punkcie 5.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Moduł / funkcjonalność** | **Oczekiwana liczba modułów/licencji po rozbudowie systemu.** | | **TYP LICENCJI** |
| **MEDIS** | | | |
| **Obsługa oddziału i dokumentacji medycznej** | - | 39 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| WEW - ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH | 8 |
| CHR\_DZ - - ODDZIAŁ CHIRURGII DZIECIĘCEJ | 4 |
| CHIR - - ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ | 6 |
| GIN\_POŁ - - ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOZNICZY | 6 |
| NOW - ODDZIAŁ NOWORODKOWY | 3 |
| PED - - ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY | 4 |
| ITM - ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII MEDYCZNEJ | 2 |
| ZOL - ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY | 2 |
| PRZEŁOŻONA | 1 |
| ODDZIAŁ PALIATYWNY | 3 |
| **Izba Przyjęć i statystyka** | - | 7 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| Statystyka | 3 |
| Izba Przyjęć | 4 |
| **Blok operacyjny** | 2 | 2 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Zakarzenia szpitalne -** MODUŁ ZLECEŃ LEKARSKICH | 1 | 1 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Podpis elektroniczny -** MODUŁ PODPISYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ | 39 | 39 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Zlecenia lekarskie** | 30 | 30 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Wspomaganie rozliczeń JGP w SZP** | 8 | 8 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **SOMED** | | | |
| **Rejestracja** | - | 6 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| Statystyka | 2 |
| IP - IZBA PRZYJĘĆ | 2 |
| POR. GAST - PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA | 1 |
| POR. GIN - PORADNIA GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZA | 1 |
| **Gabinet medyczny** | - | 12 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| POR. GAST - PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA | 1 |
| POR. GIN - PORADNIA GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZA | 1 |
| POR. PEDIAT. - PORADNIA PEDIATRYCZNA | 1 |
| POR. CHOR. WEW. - PORADNIA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH | 1 |
| IP - IZBA PRZYJĘĆ | 2 |
| POR. CHIR. OG - PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ | 1 |
| POR. CHIR. DZI - PORADNIA CHIRURGII DZIECIĘCEJ | 1 |
| ENDOSKOPIA - PRACOWNIA ENDOSKOPII | 1 |
| USG - PRACOWNIA USG | 1 |
| TOMOGRAF - PRACOWNIA TK | 1 |
| MAMOGRAFIA - PRACOWNIA MAMMOGRAFII | 1 |
| **Rehabilitacja** | - | 2 | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| Rehabilitacja, planowanie | 1 |
| Pracownia rehabilitacyjna | 1 |
| **Podpis elektroniczny** | 11 | | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Wspomaganie AOS w systemie JGP** | 6 | | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Bloz -** BAZA LEKÓW | 20 | | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **ICD** | 1 | | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **SOLAB** | | | |
| **Analityka -** LABORATORIUM STANOWISKO ANALITYCZNE | 9 | | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **Urządzenie diagnostyczne -** LICENCJA NA PODŁĄCZENIE APARATU DIAGNOSTYCZNEGO W LABORATORIUM | 9 | | RÓWNOCZESNY UŻYTKOWNIK |
| **BAZA DANYCH ORACLE** | | | |
| **Oracle 18c ASFU SE2 Processor (CPU) Bezterminowa+ Asysta techniczna i konserwacja (1 rok)** | 1 | |  |

**4. Wymagania prawne**

4.1. Oferowane oprogramowanie winno być zgodne z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi organizację i działalność sektora usług medycznych i opieki zdrowotnej (przez cały okres realizacji umowy), w tym m.in.:

4.2. Ustawa z dnia 16 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2016r. poz. 1638 ze zm.).

4.3. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (j.t. Dz.U. z 2016r. poz. 1047 ze zm.).

4.4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2017r. poz. 1938).

4.5. Ustawa z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (j.t. Dz.U. z 2017r. poz. 1844).

4.6. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (j.t. Dz.U. z 2016r. poz. 2142 ze zm.).

4.7. Ustawa z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (j.t. Dz.U. z 2017r. poz. 1221 ze zm.),wraz z rozporządzeniami.).

4.8. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (j.t. Dz.U. z 2016r. poz. 2032 ze zm.).

4.9. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (j.t. Dz.U. z 2017r. poz. 570) ze szczególnym uwzględnieniem przepisów wykonawczych do ww. ustawy.

4.10. Ustawa z dnia 20 maja 2010 o wyrobach medycznych (j.t. Dz.U. z 2017r. poz. 211).

4.11. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (j.t. Dz.U. z 2016r. poz. 1666 ze zm.).

4.12. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t. Dz.U. z 2017r. poz. 1368).

4.13. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (j.t. Dz.U. z 2017r. poz. 1778), System bezwzględnie musi spełniać wymogi wynikające z Rozporządzenia MSWiA z 29 kwietnia 2004 roku w sprawie przetwarzania danych osobowych (…), w szczególności system musi przechowywać informacje o:

a) dacie wprowadzenia danych osobowych,

b) identyfikatorze użytkownika wprowadzającego dane osobowe,

c) źródle danych (o ile dane nie pochodzą od osoby, której te dane dotyczą),

d) odbiorcach danych, którym dane osobowe zostały udostępnione,

e) dacie i zakresie tego udostępnienia,

f) dacie modyfikacji danych osobowych,

g) identyfikatorze operatora modyfikującego dane.

4.14. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 2032 z późn. zm.).

4.15. Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. 2016 poz. 1888).

4.16. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2017 r., poz. 1368).

4.17. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638).

4.18. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459).

4.19. Ustawa o minimalnym wynagrodzeniu z dnia 10 października 2002 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 847).

4.20. Ustawa z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy.

4.21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4.22. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia - Standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali.

4.23. Zaoferowane rozwiązanie spełnia wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (RODO).

**5. Specyfikacja Funkcjonalna**

1. WYMAGANIA OGÓLNE

|  |
| --- |
| Zaoferowane rozwiązanie ZSI jest zgodne z obowiązującymi przepisami prawa na dzień złożenia oferty jak i finalnego odbioru systemu. |
| Zaoferowane rozwiązanie spełnia wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) |
| Zamawiający wymaga aby Producent ZSI posiadał certyfikat w zakresie projektowania i produkcji systemów informatycznych ISO 9001:2015 lub równoważny; |
| Wykonawca jako świadczący usługi wdrożenia i serwisu oprogramowania aplikacyjnego spełnia wymogi jakościowe co najmniej w zakresie instalacji, uruchamiania i wdrożenia systemów informatycznych oraz świadczenia usług serwisowych, np.: certyfikat ISO 9001:2015 (lub równoważny) i ISO 27001:2013 (lub równoważny); |
| Zamawiający wymaga, aby dostarczany ZSI był dostarczony w postaci zestawów instalacyjnych wraz z dokumentacją stanowiskową dla użytkowników. |
| Oczekujemy zastosowania mechanizmu wydruków umożliwiającego definiowanie nagłówków i stopek dedykowanych dla Placówki. |
| Komunikacja systemu z użytkownikiem odbywa się w języku polskim z uwzględnieniem polskich znaków diakrytycznych; (dopuszczalnym wyjątkiem jest administrowanie systemami). |
| Zamawiający wymaga, aby zaoferowane ZSI było wytworzone w tej samej, spójnej technologii, za wyjątkiem E-Usług i aplikacji na urządzenia mobilne. |
| Zamawiający wymaga aby zaoferowane ZSI zostało wytworzone przez jednego Producenta. |
| System działa w oparciu o zintegrowaną, wielodostępną relacyjną bazę danych i jest zaprojektowany w architekturze klient – serwer. |
| Jeżeli system działa w oparciu o przeglądarkę internetową, wymaga się aby działał bez konieczności doinstalowywania jakikolwiek pluginów i działał w sposób jednakowy (treści wyświetlane były w taki sam sposób) na co najmniej: Firefox, Mozilla, EDGE, IE od wersji 7 w górę, Safari. |
| Dostępność polskich znaków diakrytycznych wymagana jest w każdym miejscu i dla każdej funkcji w systemie. |
| W każdym module ZSI, gdzie jest możliwy dostęp do danych pacjenta musi on być możliwy poprzez zeskanowanie kodu kreskowego identyfikującego danego pacjenta. |
| ZSI musi być wyposażony w system umożliwiający tworzenie i podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej. Podpisywanie musi być możliwe za pomocą tzw. certyfikatów wewnętrznych oraz mieć możliwość wykorzystania podpisów kwalifikowanych. |
| Zaoferowane rozwiązanie wykorzystuje bazę danych umożliwiającą wykonywanie kopii bezpieczeństwa w trybie online (hot backup). |
| 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. |
| Zamawiający wymaga wprowadzenia możliwości 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, pobrania wyników badań laboratoryjnych oraz wyników z pracowni RIS. |
| Moduły ZSI muszą umożliwiać przeglądanie historii zmian dokonywanych na rekordach modułów medycznych przez użytkownika. |
| ZSI musi działać w oparciu o zintegrowaną, wielodostępną relacyjną bazę danych i musi być zaprojektowany w architekturze klient – serwer. |
| Dostęp do 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. |
| System umożliwia integrację użytkowników z systemem Active Directory (AD) minimum w zakresie: utworzenie użytkownika w strukturze AD automatycznie tworzy użytkownika w ZSI, dezaktywacja użytkownika w strukturach AD blokuje użytkownikowi dostęp do ZSI. |
| ZSI musi zapewniać odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz musi pozwalać na odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również musi posiadać możliwość wykonania ich kopii bieżących oraz odtwarzania z kopii. System musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia musza funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych). |
| ZSI pozwala na pełną obsługę pacjentów od momentu ich zarejestrowania, do momentu zakończenia procesu leczenia oraz umożliwia udostępnianie zgromadzonych danych zgodnie z przepisami prawa. Musi obejmować prowadzenie dokumentacji medycznej, administracyjnej i statystycznej oraz zarządzanie gospodarką lekami. ZSI musi pozwalać na określanie miejsc powstawania kosztów, musi 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. |
| ZSI musi 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 wymaga, aby wszystkie moduły i elementy oferowanego oprogramowania zostały dostarczone w najnowszych opublikowanych wersjach w języku polskim. |
| Zamawiający wymaga, aby wszystkie moduły ZSI miały interfejs graficzny oraz pracowały na jednej bazie danych (za wyjątkiem E-Usług i aplikacji na urządzenia mobilne). |
| 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). |
| ZSI umożliwia administratorowi 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. |
| System umożliwia 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. |
| System 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. |
| System umożliwia administratorowi 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. |
| System umożliwia administratorowi 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. |
| System umożliwia administratorowi 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. |
| System umożliwia administratorowi 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 |
| System umożliwia administratorowi 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. |
| W systemie musi być dostępna pełna aktualna baza leków (lekospis) z opisem, w tym charakterystyka produktu leczniczego oraz aktualny poziom refundacji. Baza leków musi aktualizować się automatycznie w cyklu min. 1 tygodniowym. |
| Wszystkie nazwy producentów i wskazanie modeli w treści SIWZ są przykładowymi i dopuszczalne jest zaproponowanie rozwiązań równoważnych o ile spełniają one założenia SIWZ i nie zmieniają jego sensu. |
| System umożliwia wsparcie dla Administratora Danych Osobowych w zakresie generowania dokumentacji zgodnej z wymogami prawnymi w zakresie ochrony danych osobowych. Dodatkowo system umożliwia wytworzenie dokumentacji dla ADO w zakresie danych przetwarzanych przez system zgodnie z następującą funkcjonalnością: |
| W ramach ochrony danych osobowych system prezentując w różnych kontekstach ( np. rezerwacje do lekarza, wpisy w księdze oczekujących, wpisy w księdze głównej ) listy pacjentów zawierające imię, nazwisko, pesel stosuje maskowanie. W danej chwili użytkownik widzi fragment danych niepozwalający jednoznacznie określić pacjenta. Wejście w szczegóły danego elementu listy pozwala wyświetlić pełne dane pacjenta. |

RUCH CHORYCH – IZBA PRZYJĘĆ / STATYSTYKA

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ADT (Ruch chorych)** |
|  | 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 uniemożliwia wprowadzenie błędnego numeru PESEL pod warunkiem posiadania przez użytkownika stosownego uprawnienia |
|  | 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. |
|  | Moduł udostępnia funkcję rezerwacji łóżek dla pacjentów rehabilitacyjnych, która umożliwia (w postaci graficznego kalendarza) co najmniej: |
|  | -     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. |
|  | - po zarejestrowaniu rezerwacji w kalendarzu istnieje możliwość jej poprawy lub usunięcia. |
|  | 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 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. |
|  | System umożliwia wpis pacjenta do Księgi Głównej za pomocą skróconego schematu rejestracji. |
|  | 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 Księgi wstępnej z następującym zakresem informacji: |
|  | -     numer pacjenta w Księdze wstępnej, |
|  | -     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 Księgi wstępnej do Księgi Głównej lub do Księgi odmów i porad ambulatoryjnych. |
|  | System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze wstępnej z minimalnym zakresem informacji: |
|  | -     dane z przyjęcia: rodzaj izby przyjęć, rodzaj Księgi wstępnej, dane pacjenta, pracownik przyjmujący, data przyjęcia, czy istnieje zlecenie, numer w Księdze wstępnej, 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 KSOP lub numer w KSGL, typ pobytu, rodzaj wypisu, powód odmowy, |
|  | -     rozpoznania, |
|  | -     dane dodatkowe: wartości badane. |
|  | System umożliwia prowadzenie w Księdze wstępnej 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 kolejek onkologicznych |
|  | 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) |

ODDZIAŁ

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 klinik oraz odcinków. W przypadku zalogowania się użytkownika do kliniki – dostępne są dla niego wszystkie wpisy w księgach oddziałowych wszystkich oddziałów zgrupowanych jako klinika z wyraźnym oznaczeniem oddziału. |
|  | System umożliwia rejestrację wpisów na oddziałach typu: |
|  | -     noworodkowy, |
|  | -     położniczy, |
|  | -     intensywnej terapii, |
|  | -     opieki długoterminowej, |
|  | 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, SOR, psychiatryczny, intensywnej terapii, rehabilitacyjny, opieki długoterminowej, stacja dializ, 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. Dla każdego z tych elementów (słownik oraz sposób podania) możliwe jest określenie domyślnego ustawienia filtrów przy zlecaniu. 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, sprawdzanie interakcji, 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. Struktura prezentowana jest w postaci rozwijanego drzewka. 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 „hurtowego” 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 |
|  | System umożliwia zarejestrowanie informacji o tzw. kategorii opieki pielęgniarskiej |
|  | System umożliwia zarejestrowanie informacji o umiejscowieniu odleżyny |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pacjentów lub grup pacjentów wg określonych parametrów (możliwość zastosowania zaawansowanych filtrów), np.: |
|  | -     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 |
|  | 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, m.in.: |
|  | -     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. |

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 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 etc.) |
|  | - rejestrację kart opieki pielęgniarskiej w ramach odpowiedniej kategorii dokumentacji medycznej zdefiniowanej na oddziale |
|  | System posiada wbudowany mechanizm tworzenia tzw. kart indywidualnej opieki pielęgniarskiej |
|  | System umożliwia definiowanie kompletności wprowadzonej dokumentacji: |
|  | - kontrola stanów podpisów dokumentów |
|  | - kontrola ilości dokumentów |
|  | - kontrola rodzajów dokumentów lub całych kategorii |
|  | 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 wymagalności dokumentów na oddział. |
|  | System umożliwia tworzenie szablonów zalecanych 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 pozwala na przeglądanie wszystkich dokumentów podpisanych elektroniczne w postaci osi czasu (poziomo lub pionowo): |
|  | - pozwala na sortowanie dokumentów wg rodzaju lub daty utworzenia |
|  | - pozwala na sortowanie dokumentów wg pobytu na oddziale lub wizyty w poradni |
|  | System umożliwia przegląd historii podpisów - (wersji) dokumentu. |
|  | System umożliwia zapisanie dokumentu w postaci xml wraz z rejestrem zapisu. |
|  | System umożliwia przeglądanie (eksport) dokumentów w przeglądarce internetowej . |
|  | System umożliwia tworzenie raportu z weryfikacji kompletności dokumentacji w dowolnym momencie hospitalizacji. |

BLOK OPERACYJNY

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 m.in.: |
|  | -     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. |
|  | Istnieje 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. |
|  | Utworzenie 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 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 umożliwia tworzenie tzw. schematów zabiegów operacyjnych, zawierających co najmniej elementy takie jak: |
|  | - nazwa schematu operacji |
|  | - opis zabiegu operacyjnego |
|  | - skład zespołu operacyjnego |
|  | - procedury ICD9 wraz z wykonującym, opisem, datą początkową i końcową oraz ilością |
|  | - rozpoznania pooperacyjne |
|  | System umożliwia wykorzystanie schematu zabiegu operacyjnego do rejestracji danych dotyczących konkretnych zabiegów operacyjnych |
|  | System umożliwia rejestrację protokołu pielęgniarki operacyjnej w taki sposób, iż możliwe jest oznaczenie zużycia poszczególnych materiałów oraz możliwe jest rozliczenie poszczególnych materiałów przed i po zabiegu operacyjnym |
|  | System prezentuje listę materiałów możliwych do zużycia / rozliczenia wraz z kolumnami w których użytkownik wypełnia zużyte bądź rozliczone ilości |
|  | 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 |

**ZLECENIA MEDYCZNE DO DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ/LABORATORYJNEJ/INNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Zlecenia szpitalne w zakresie diagnostyki i badań laboratoryjnych** |
|  | 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 co najmniej: |
|  | -     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 dowolnego rodzaju zlecenia z jednego okna |
|  | Panel umożliwia zarejestrowanie wyniku badania wykonanego poza szpitalem. |
|  | Panel umożliwia włączenie i wyłączenie listy pacjentów. |
|  | Lista pacjentów dostępna w panelu udostępnia następujący minimalny zakres filtrów: |
|  | -     nazwisko i imię pacjenta, |
|  | -     numer PESEL pacjenta, |
|  | -     numer w Księdze Głównej, |
|  | -     numer w Księdze Oddziałowej, |
|  | -     płeć pacjenta (K/M), |
|  | -     data przyjęcia, wypisu, modyfikacji, |
|  | -     tryb wypisu: wszystkie, otwarte, zamknięte, |
|  | -     lekarz prowadzący. |
|  | 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 w panelu system umożliwia co najmniej: |
|  | -     przegląd szczegółowej karty zlecenia, |
|  | -     edycję lub usunięcie zlecenia, |
|  | -     przegląd wyniku w razie gdy zlecenie ma status zrealizowane. |
|  | W przypadku zleceń na badania 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. |
|  | 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. |
|  | Okno rejestracji zlecenia na badanie laboratoryjne prezentuje grupy badań laboratoryjnych na liściew 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, |
|  | -     możliwe jest zmiana układu wyświetlanych grup z poziomego na pionowy i odwrotnie, |
|  | -     każde badanie oznaczone jest skrótem oraz nazwą, |
|  | -     dla każdego badania możliwe jest określenie skrótu technicznego i skrótu użytkownika, |
|  | -     dla każdej z grup możliwe jest określenie innego wzorca wydruku skierowana. |
|  | 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, |
|  | Każdy z trybów dostępny jest w systemie pod odrębną funkcją i jest dostępny dla każdego użytkownika bez konieczności dodatkowej konfiguracji. |
|  | 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 dołączonychdo 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 co najmniej 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 co najmniej: |
|  | -     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 co najmniej 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 co najmniej: |
|  | -     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 co najmniej: |
|  | -     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 co najmniej: |
|  | -     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 co najmniej 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 odrębne okno dla pielęgniarek, pozwalające na obsługę zleceń na badania laboratoryjne |
|  | Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne prezentuje listę zleceń co najmniej 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 co najmniej: |
|  | -     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 minimalny 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 co najmniej 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 co najmniej 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 jeji 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 przekazanegoz 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 co najmniej 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 co najmniej 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 minimalnym 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 minimalny zakres filtrów: |
|  | -     lekarz prowadzący, |
|  | -     lekarz zlecający, |
|  | -     data zlecenia od – do, |
|  | -     grupa badań, |
|  | -     pacjent, |
|  | -     odcinek, |
|  | -     sala. |
|  | **Zlecenia na leki** |
|  | System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na leki. |
|  | W zakresie rejestracji oraz realizacji zleceń na leki system współpracuje z systemem magazynowym. |
|  | 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 co najmniej: |
|  | -     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 co najmniej: |
|  | -     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. |
|  | Okno rejestracji zlecenia na lek pozwala na wyświetlenie dodatkowo informacji o: |
|  | -     Ilości leku na magazynie odcinka, |
|  | -     Ilości leku na magazynie oddziału, |
|  | -     Ilości leku na magazynie kliniki, |
|  | -     Ilości leku na magazynie centralnym. |
|  | Każda z tych informacji konfigurowana jest niezależnie dla wybranych oddziałów. |
|  | 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 minimalnym zakresie: |
|  | -     nazwa leku, |
|  | -     jednostka, |
|  | -     składniki leku: nazwa, postać, dawka, ilość, jednostka. |
|  | Okno rejestracji zlecenia na lek prezentuje dodatkowe informacje: |
|  | -     limit wartościowy, |
|  | -     wykonany limit wartościowy, |
|  | -     procent wykonania wartości limitu, |
|  | -     całkowity procent wartości, |
|  | -     szacunkowy koszt realizacji zlecenia na lek (na podstawie dokumentów zakupu) |
|  | 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 co najmniej: |
|  | -     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 |
|  | System umożliwia użytkownikowi zmianę kolejności wyświetlania zleconych leków na zasadzie drag & drop. |
|  | 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 powiązanyze 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 co najmniej: |
|  | -     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 przekazywanedo 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 określonymna 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 ingerencjiw definicję leku złożonego |
|  | Zlecenie na lek zarejestrowane w systemie HIS przekazywane jest do realizacji do sytemu magazynowego. |
|  | 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 minimalny 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. |
|  | **Zlecenia szpitalne w zakresie żywienia pozajelitowego** |
|  | 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. |
|  | W przypadku samodzielnej konfiguracji mieszanek na podstawie składników dostępnych systemie magazynowym system umożliwia zdefiniowanie następujących elementów: |
|  | -     nazwa składnika, |
|  | -     ilość wymagana składnika, |
|  | -     ilość aktualna, |
|  | -     ilość w jednostce, |
|  | -     ilość, |
|  | -     zawartość. |
|  | Z tak zdefiniowanych elementów system umożliwia utworzenie mieszanki o dowolnej nazwie, która w dalszej kolejności zlecana jest pacjentom. System zapewnia dla zleceńna żywienie pozajelitowe funkcjonalność analogiczną do funkcjonalności zleceń na leki. |
|  | System udostępnia uniwersalny mechanizm rejestracji zleceń dodatkowych lekarskichi 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 minimalnych 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 minimalny 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 co najmniej 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 minimalne 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 minimalny 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. |
|  | **Zlecenia szpitalne w zakresie gospodarki krwią** |
|  | 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 minimalnego 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 minimalny 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 minimalny 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 magazynowego 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. |
|  | **Zlecenia szpitalne w zakresie konsultacji lekarskich** |
|  | System umożliwia rejestrację zleceń na konsultacje: |
|  | -     lekarską, |
|  | -     dietetyczną, |
|  | -     anestezjologiczną. |
|  | - psychologiczną |
|  | W zależności od rodzaju zlecenia – zostaje ono przekazane do właściwej komórki. |
|  | System umożliwia rejestrację następującego minimalnego 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 minimalny 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 minimalny 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 minimalny 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. |
|  | **Zlecenia szpitalne w zakresie zabiegów** |
|  | System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń co najmniej 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 minimalnego 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 minimalnym 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 minimalnego 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 minimalnego 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. |
|  | **Zlecenia Szpitalne w zakresie diet i żywienia** |
|  | 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 minimalnym 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 minimalny zakres danych: |
|  | -     status zlecenia na dietę, |
|  | -     data od, |
|  | -     data do, |
|  | -     nazwa diety, |
|  | -     czy zlecenie podpisane elektronicznie. |
|  | System umożliwia prezentację rodzaju posiłków jakie otrzymywał będzie pacjentw 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. |
|  | **Szpitalne zlecenia w zakresie rehabilitacji** |
|  | System umożliwia rejestrację zleceń na rehabilitację wykonywanych w pracowni rehabilitacyjnej |
|  | System umożliwia rejestrację zlecenia na rehabilitację zawierającego co najmniej następujące dane: |
|  | -     data i godzina początku, |
|  | -     data i godzina końca, |
|  | -     domyślna ilość (wyliczana automatycznie na podstawie dni), |
|  | -     okolica ciała, |
|  | -     rozpoznanie zasadnicze i współistniejące, |
|  | -     uwagi, |
|  | -     nazwa wzorca leczenia rehabilitacyjnego, |
|  | -     elementy wzorca leczenia rehabilitacyjnego w zakresie: skrót usługi, nazwa usługi, ilość, czas zabiegu, okolica. |
|  | Zlecenie przejmuje odpowiedni moduł odpowiedzialny za realizację . |
|  | System udostępnia widok zarejestrowanych zleceń w postaci kalendarza wraz z graficznym oznaczeniem zabiegów zarejestrowanych, zaplanowanych oraz zrealizowanych. |
|  | Wykonanie zlecenia po stronie pracowni rehabilitacyjnej powoduje automatyczne zarejestrowanie odpowiadającej procedury ICD9 w historii choroby pacjenta. |
|  | System umożliwia rejestrację nowych zleceń na rehabilitację oraz kontynuowanie zleceń istniejących. |
|  | System umożliwia wydruk karty zabiegów rehabilitacyjnych . |
|  | **Szpitalne zlecenia w zakresie transportu medycznego** |
|  | System umożliwia rejestrację zleceń na transport medyczny. |
|  | Mechanizm rejestracji zlecenia na transport umożliwia zarejestrowanie następującego minimalnego 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. |
|  | Rejestr zleceń na transport udostępnia następujący minimalny zakres informacji: |
|  | -     typ transportu, |
|  | -     czy zlecenie łączone, |
|  | -     czy materiał badany (jaki), |
|  | -     czy zlecenie utworzone przez dyspozytora, |
|  | -     status zlecenia, |
|  | -     oddział kierujący, |
|  | -     usługa, |
|  | -     miejsce docelowe, |
|  | -     data transportu, |
|  | -     data realizacji, |
|  | -     suma kosztów, |
|  | -     zleceniobiorca, |
|  | -     czy transport komercyjny, |
|  | -     czy zlecenie podpisane elektronicznie, |
|  | -     czy realizacja zlecenia podpisana elektroniczne. |
|  | -     Rejestr zleceń na transport udostępnia następujący minimalny zakres filtrów: |
|  | -     data transportu, realizacji, modyfikacji od – do, |
|  | -     status zlecenia: wszystkie, niezrealizowane, zrealizowane, zatwierdzone, odwołane, przyjęte do realizacji, odrzucone, przekazane do realizacji, |
|  | -     zleceniobiorca, |
|  | -     oddział, |
|  | -     usługa, |
|  | -     miejsce docelowe, |
|  | -     zleceniodawca, |
|  | -     pokaż usługi łączone. |
|  | Rejestr zleceń na transport udostępnia następujący minimalny zakres funkcji: |
|  | -     rejestracja nowego zlecenia na transport, |
|  | -     akceptacja lub odrzucenie zlecenia, |
|  | -     poprawa zlecenia, |
|  | -     usunięcie zlecenia, |
|  | - utworzenie zlecenia łączonego w taki sposób, iż dyspozytor rejestruje dane podstawowe zlecenia (nazwa, data transportu etc.) oraz z istniejących i zapisanych w systemie zleceń na transport wybiera te, które powinny zostać złączone, |
|  | -     rejestracja uwag dodatkowych do zlecenia łączonego. |
|  | Okno wyboru zleceń na transport do utworzenia zlecenia łączonego zawiera następujący minimalny zakres informacji: |
|  | -     nazwisko i imię pacjenta, |
|  | -     nazwa materiału badanego, |
|  | -     oddział kierujący, |
|  | -     usługa, |
|  | -     miejsce docelowe, |
|  | -     data planowana, |
|  | -     zleceniobiorca. |
|  | Okno wyboru zleceń na transport do utworzenia zlecenia łączonego udostępnia następujący minimalny zakres filtrów: |
|  | -     oddział, |
|  | -     miejsce docelowe, |
|  | -     usługa, |
|  | -     tylko zlecenia transportu na dializy, |
|  | -     tylko zlecenia z dzisiejszą datą planowaną, |
|  | -     data planowana od – do. |
|  | System umożliwia ewidencję umów transportowych w następującym minimalnym zakresie: |
|  | -     symbol umowy, |
|  | -     płatnik, |
|  | -     data początku i końca umowy, |
|  | -     limit kwotowy, |
|  | -     limit godzinowy, |
|  | -     usługi wraz z określeniem ceny brutto za km, ceny brutto za h. |
|  | W przypadku pacjentów leczonych w stacji dializ system umożliwia automatyczne utworzenie zlecenia na transport podczas planowania dializy. |

ZAKAŻENIA SZPITALNE

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Zakażenia** |
|  | Dostęp do Karty Zakażeń wypełnianej przez lekarza prowadzącego. |
|  | Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia. |
|  | Analizy ilościowe zakażeń. |
|  | Dostęp do wyników antybiogramów. |
|  | Protokół kontroli czystości brudowników, oddziałów szpitalnych, magazynu odpadów, kuchni (kuchenek). |
|  | Ocena ryzyka powstania odleżyn. |
|  | Karta obserwacji leczenia chorego z odleżynami. |
|  | Dostęp do rejestru i wyników badań bakteriologicznych. |
|  | Dostęp do wykazu zużycia antybiotyków na poszczególnych oddziałach wraz z analizą zużytych antybiotyków zgodnie ze SPA (z podziałem na I, II, III grupę) . |
|  | Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego. |
|  | Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego. |
|  | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną. |
|  | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową. |
|  | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę. |
|  | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, HIV/AIDS. |
|  | Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje). |
|  | Prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. |
|  | Wydruki na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. |
|  | Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. |
|  | Wydruki na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. |
|  | Raporty zgodne z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia. |
|  | Funkcja rejestracji kart zakażeń umożliwia użytkownikowi: |
|  | - zarejestrowanie karty zgłoszenia zakażenia zawierającą następujący minimalny zakres informacji:   * + podstawowe dane o pobycie pacjenta (wybór z księgi oddziałowej)   + populacja pacjentów nadzorowanych (wybór ze słownika populacji)   + sposób postępowania wobec pacjenta (wybór ze słownika sposobów postępowania)   + sposób postępowania wobec oddziału (wybór ze słownika sposobów postępowania)   + wskazanie formy klinicznej zakażenia   + wskazanie drogi zakażenia   + wskazanie źródła zakażenia   + określenie daty pierwszych objawów   + określenie potwierdzenia badaniami mikrobiologicznymi   + określenie czynników ryzyka wystąpienia zakażenia   + wskazanie wyników badań mikrobiologicznych będących podstawą stwierdzenia zakażenia   + wprowadzenie dodatkowych uwag |
|  | - wydrukowanie karty zgłoszenia zakażenia |
|  | * - wydrukowanie karty zgłoszenia drobnoustroju alarmowego |
|  | System udostępnia rozszerzone widoki rejestru zakażeń szpitalnych z następującym minimalnym zakresem informacji:   * rozpoznania pacjenta * sposób postępowania wobec pacjenta (wybór ze słownika sposobów postępowania) * sposób postępowania wobec oddziału (wybór ze słownika sposobów postępowania) * czy poród * czy zabieg * czy nastąpił zgon pacjenta * data operacji * miejsce operacji * czas trwania operacji * stopień czystości pola operacyjnego * czy stosowano znieczulenie ogólne * ocena pacjenta w skali ASA * czy stosowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową * czy zabieg wieloproceduralny * czy stosowano znieczulenie regionalne * czy operacja nagła * forma kliniczna zakażenia * droga zakażenia * źródło zakażenia * czynniki wystąpienia ryzyka zakażenia * wyniki badania mikrobiologicznego potwierdzające zakażenia – wyniki automatycznie pobierane z systemu wspomagającego obsługę laboratorium * grupy ryzyka do których należy pacjent * uwagi dodatkowe |
|  | System udostępnia widok podstawowy rejestru drobnoustrojów w następującym minimalnym zakresie:   * numer historii choroby * nazwisko i imię pacjenta * nazwa populacji pacjentów * data pobrania materiału do badania * nazwa drobnoustroju * oporność * marker epidemiologiczny * miejsce nabycia * potwierdzenie przez zespół epidemiologiczny (tak / nie) |
|  | System umożliwia definiowane oraz automatyczne wyliczanie współczynników polskiego towarzystwa zakażeń szpitalnych, m.in.:   * liczba osobodni ze sztuczną wentylacją * liczba osobodni z cewnikiem centralnym * gęstości zachorowań |
|  | System umożliwia przegląd listy pacjentów zakwalifikowanych do konkretnej grupy ryzyka. |
|  | System udostępnia zestawienie średniej długości pobytu dla wybranego rozpoznania. |

**REJESTRACJA DO PORADNI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność** |
|  | W systemie istnieje możliwość wprowadzania kalendarza wizyt pacjentów. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pacjentów po określonym kryterium (nazwisko i imię, wewnętrzny numer pacjenta, numer kartoteki pacjenta -, PESEL, telefon). |
|  | System wyświetla planowanie pracy lekarzy, pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego w poszczególnych gabinetach oraz grafiki czasu pracy personelu z informacją o czasie trwania wizyty, typie godzin pracy, danych lekarza/pielęgniarki/rejestratorki. Przeglądnięcie grafiku pracy lekarza/pielęgniarki zawiera również informację o przypisanych do danych godzin pracy gabinetów lub poradni (funkcja pozwalająca na wiązanie godzin pracy personelu w gabinecie/poradni w którym pracuje w danym okresie czasu).  . |
|  | Możliwość rejestrowania pacjentów poza ustalonymi godzinami pracy gabinetu/poradni/lekarza. Np. grafik lekarza 8:00-12:00 i możliwość umówienia pacjenta na godzinę 13:00. Rejestrowanie pomimo braku wyznaczonych godzin pracy. |
|  | W systemie jest możliwość podglądu, anulowania oraz usunięcia zaplanowanej wizyty dla pacjenta. |
|  | Możliwość dokonywania korekty miejsca skierowania. |
|  | W systemie możliwe jest sygnalizowanie skierowania pacjenta do więcej niż jednego gabinetu w jednym dniu. |
|  | 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 umożliwia zdefiniowanie wymaganych danych podczas zakładania elektronicznej karty pacjenta. |
|  | W systemie możliwe jest zaplanowanie wizyty pacjenta do gabinetu i pracowni w oparciu o kalendarz wizyt oraz podpowiedzi systemu. |
|  | W systemie możliwe jest planowanie pracy poszczególnych lekarzy, gabinetów co najmniej na rok z uwzględnieniem późniejszych zmian czasu i trybu pracy. |
|  | W systemie możliwe jest ustalenia tygodniowych grafików pracy z określeniem co ile tygodni dany grafik ma być powielanyfunkcja pozwalaj na powielenie grafiku np. co 3,4,5 tygodni niekoniecznie z założeniem że personel posiada identyczny grafik w tygodnie nieparzyste lub parzyste. |
|  | System umożliwia określenie na grafiku pracy lekarza/gabinetu/pracowni średniego czasu trwania wizyty pacjenta. |
|  | Możliwość powiązania godzin pracy z podmiotem/gabinetem/poradnią na jednym grafiku z typem godzin i odróżnienie każdego typu godzin innym kolorem. Chodzi o sytuację w której dany personel w przeciągu kilku godzin pracuje w jednej poradni a w innym okresie w innej poradni. Chodzi o wskazanie na grafiku personelu powiązania godzin do miejsca wykonywania (gabinet/poradnia/podmiot) oraz zaznaczenie kolorem takiego powiązania. Kolor definiowany przez administratora systemu na karcie gabinetu/poradni/podmiotu. |
|  | Ustalenia czasu trwania wizyty w zależności od typu godzin pracy w jeden dzień dla tego samego grafiku np. od 08:00 do 12:00 wizyta u lekarza trwa 10 minut, od 12:00 do 14:00 wizyta u tego samego lekarza trwa 20 minut. Czas definiowany przez administratora. |
|  | Przypisania czasu trwania wizyty do usługi: usługa 1 trwa 30 minut, usługa druga 40 minut. Czas zajętości grafiku dobierany na podstawie wybranej usługi automatycznie. |
|  | System umożliwia prowadzenie danych archiwalnych pacjenta (dane osobowe oraz dane z poszczególnych wizyt). |
|  | W systemie istnieje możliwość wyszukiwania pacjenta po określonym kryterium podczas rejestracji. |
|  | System umożliwia sygnalizowanie niedogodności czasowych i innych w czasie planowania, udostępniając automatyczną podpowiedź. |
|  | W systemie istnieje możliwość powiadomienia pacjenta o wizycie poprzez usługę sms lub e-mail. |
|  | Możliwość przeglądu i wydruku terminarza gabinetu lekarskiego. |
|  | W systemie możliwy jest dostęp do listy zarezerwowanych pacjentów w danym dniu, wraz z wydrukiem. |
|  | System umożliwia kopiowanie danych z poprzednich wizyt pacjenta. |
|  | W systemie istnieje możliwość wprowadzenia oraz kopiowania danych ze skierowania (jednostka kierująca, lekarz kierujący, rozpoznanie ze skierowania). |
|  | Możliwość sygnalizowania zmian czasu i trybu pracy gabinetów z ustalonymi wizytami pacjentów. System wyświetla ostrzeżenia lub blokady w momencie modyfikacji czasu i trybu pracy grafików gabinetów na których znajdują się umówione wizyty pacjentów. |
|  | Współpraca z AP-KOLCE: umówienie pacjenta w terminarzu powoduje umieszczenie pacjenta w systemie AP-KOLCE. Operator definiuje czy użytkownik ma możliwość logowane się do systemu AP-KOLCE czy NIE |
|  | System umożliwia wyróżnienie wolnych terminów, wyświetlanych innym kolorem. |
|  | W systemie istnieje możliwość rozróżnienia czasu pracy: wizyty domowe, wizyty ambulatoryjne itp.. |
|  | W systemie możliwe jest stworzenie własnego słownika wyróżnienia czasu pracy: wizyty domowe, wizyty ambulatoryjne itp.. |
|  | Możliwość tworzenia własnego słownika różnych typów nieobecności (np. urlop, konferencja, przerwa itp.). |
|  | System umożliwia definiowanie nieobecności przerw, urlopów itp. dla poszczególnych lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
|  | Możliwość przeglądania grafików pracy poszczególnych lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
|  | W systemie możliwy jest wgląd jednocześnie do kilku grafików różnych lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
|  | W systemie możliwa jest rezerwacja skierowania pacjenta na usługę wydaną przez lekarza w gabinecie lekarskim. |
|  | Możliwość wyświetlania grafików dla lekarzy/ gabinetów/ pracowni, którzy pracują w dniu bieżącym. |
|  | System umożliwia rezerwację wizyt pacjentów tylko w terminach pracy lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
|  | W systemie istnieje możliwość tworzenia 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). |
|  | Tworzenie bazy jednostek, które kierują na świadczenie. |
|  | Możliwość wyszukiwania wolnych terminów pracy wybranej grupy lekarzy, konkretnego lekarza wraz z rezerwacją wolnego terminu. |
|  | W systemie możliwe jest anulowanie zarezerwowanej wizyty z określonego powodu jej nie odbycia się. |
|  | Możliwość stworzenia własnego słownika powodów anulowania zarezerwowanej wizyty. |
|  | System umożliwia automatyczne tworzenie kolejek oczekujących dla NFZ na podstawie zarezerwowanych wizyt w terminarzu (tylko wybrani pacjenci - NFZ). |
|  | W systemie możliwe jest 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 automatyczne zmiany rezerwacji dla wybranego lekarza na innego. |
|  | Możliwość wydruku listy zarezerwowanych wizyt w danych dniach, dla danego lekarza/ gabinetu/ pracowni. |
|  | System umożliwia wyróżnienie wizyt, które zostały już wykonane. |
|  | Możliwość rejestracji pacjentów do lekarza przez Internet. |
|  | W systemie możliwy jest widok terminarza dziennego i tygodniowego. |
|  | W systemie istnieje możliwość wyświetlania informacji z terminarza informacyjnego. Funkcja udostępnia minimalny zakres informacji: prezentację godzin przyjęć lekarzy na wyświetlaczach naściennych, naprzemienne wyświetlanie tygodniowego grafiku pracy lekarzy (specjalizacja, godziny przyjęć); dzisiejszych godzin przyjęć lekarzy (specjalizacja, godziny przyjęć, gabinet), prezentację plansz informacyjnych np. reklama, prezentację dowolnego tekstu informacyjnego dla pacjentów. |
|  | System umożliwia wykorzystanie tzw. automatu biletowego. Funkcja udostępnia minimalny zakres informacji: wydawanie pacjentowi bilecików z numerami do lekarza, wydruk dziennych bilecików z numerem dla pacjenta, wraz z informacją o godzinie oraz miejscu wizyty, przywołanie pacjentów oczekujących w poczekalni do lekarza, z użyciem wyświetlaczy naściennych, automatyczna obsługa kolejek pacjentów w poczekalniach, prezentację na każdej poczekalni dowolnego tekstu informacyjnego dla pacjentów. |
|  | Możliwość wprowadzenia danych nowego pacjenta, pracownika lub gabinetu. |
|  | W systemie istnieje możliwość stworzenia zestawień i statystyk, w związku z danymi wprowadzonymi w module. |
|  | System umożliwia uzyskanie informacji o ilości wizyt umówionych, które nie doszły do skutku i z jakiego powodu. |
|  | System umożliwia wyświetlenie informacji o zarezerwowanych wizytach oraz terminach wolnych od pracy. |
|  | Możliwość uzyskania informacji dotyczących pacjenta oraz rezerwacji wizyt. |
|  | System udostępnia minimalny zakres informacji: typ godzin pracy, imię i nazwisko pacjenta, PESEL, adres i telefon pacjenta, numer kartoteki pacjenta, nazwa zarezerwowanego zlecenia, dokładny czas rozpoczęcia wizyty i jego zakończenia, informacja o aktywnych deklaracjach. |
|  | System umożliwia rozszerzenie zakresu informacji: informacja, że wizyta się odbyła, uwagi zapisane w karcie pacjenta, termin wolny od pracy, dokładny czas rozpoczęcia i zakończenia terminu wolnego, powód ustalenia wolnego terminu, alarmy, wiadomości, notatki. |
|  | System umożliwia odświeżanie wyglądu terminarza. |
|  | W systemie możliwe jest szybkie wyszukiwanie danego terminarza. |
|  | Możliwość poprawienia zarezerwowanej wizyty. |
|  | System umożliwia poprawę następujących pól: termin wizyty, czas trwania wizyty, pacjent, usługa, ilość, kierunek zlecenia (zewnętrzna jednostka lub wewnętrzna). |
|  | W systemie możliwe jest umówienie kilku wizyt, na ten sam termin. |
|  | System umożliwia założenie blokady na maksymalną ilość wizyt jakie mogą być w tym samym czasie umówione w terminarzu lekarza/gabinetu/pracowni. |
|  | System umożliwia umówienie wizyty pacjenta w termin częściowo zajętym. |
|  | Możliwość rezerwacji wizyty, między terminy innych wizyt. |
|  | W systemie możliwe jest przyjęcie opłaty oraz wystawienie dokumentu finansowego (faktura,paragon fiskalny), ze wskazaniem zlecenia. |
|  | System umożliwia przyjęcie łącznej opłaty za wszystkie zarezerwowane oraz zamknięte (wykonane) w danym dniu zlecenia. |
|  | System ma możliwość przyjęcia łącznej opłaty za wszystkie zlecenia. |
|  | Możliwość wprowadzenia i usuwania wiadomości (alarmów) przypisanych do wizyty pacjenta. |
|  | W systemie możliwe jest przeglądanie i filtrowanie wprowadzonych alarmów. |
|  | W systemie istnieje możliwość wykonania zarezerwowanego zlecenia. |
|  | 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 * Rozbudowy 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 8 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 posiada przynajmniej trzy mechanizmy automatycznej numeracji kartotek pacjentów w systemie: numeracja ciągła od 1 do n, numeracja zależna od poradni oraz numeracja zależna od nazwiska pacjenta. |
|  | System umożliwia określnie kilku różnych średnich czasów trwania wizyty na jednym grafiku w obrębie jednego dnia pracy. |
|  | Podczas rejestracji pacjenta automatyczny odczyt czytnikiem OCR danych osobowych pacjenta z dowodu tożsamości:  • w celu odszukania pacjenta istniejącego w bazie  • w przypadku pacjenta pierwszorazowego – założenie karty pacjenta, czyli przeniesienie danych odczytanych do systemu |
|  | 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 skanowanie wizytówek (danych) pacjentów zapisanych w kodach QR przy pomocy kamerki internetowej. |
|  | **REJESTRACJA – DEKLARACJA POZ** |
|  | W systemie istnieje możliwość rejestrowania deklaracji składanych do lekarza rodzinnego, pielęgniarki, położnej itp.. |
|  | Możliwość rejestrowania deklaracji pacjentów nie będących ubezpieczycielami (np. dziecko, małżonek). |
|  | System umożliwia określenie typu pokrewieństwa osoby zadeklarowanej a ubezpieczyciela (dla deklaracji składanych przez np. dzieci). |
|  | System umożliwia określenie daty złożenia deklaracji. |
|  | System umożliwia określenie lekarza prowadzącego. |
|  | Możliwość określenia poprzedniej przychodni i lekarza. |
|  | W systemie możliwe jest określenie kodu podstawy wpisu deklaracji.. |
|  | System umożliwia wprowadzenie numeru deklaracji. |
|  | W systemie możliwe jest określenie, po raz który w bieżącym roku składana jest deklaracja. |
|  | System umożliwia wydruk wniosku złożenia deklaracji zgodnie z obowiązującym wzorcem. |
|  | Możliwość określenia daty wycofania deklaracji. |
|  | System umożliwia określenie kodu podstawy rezygnacji i wskazanie przychodni, do której pacjent przechodzi. |
|  | Możliwość wprowadzenia dodatkowych informacji dla danej deklaracji (opis/tekst). |
|  | System umożliwia zestawienie statystyczne z ilości zadeklarowanych osób w określonym przedziale czasowym, dla wybranego lekarza, dla pacjentów z różnych grup wiekowych. |
|  | System umożliwia półautomatyczne dodanie deklaracji do pielęgniarki i położnej w przypadku dodania deklaracji do lekarza. (Po dodaniu deklaracji lekarza, system automatycznie wyświetla okno z możliwością dodania pozostałych deklaracji) |
|  | Możliwość wycofywania deklaracji pacjenta. |
|  | System umożliwia grupowe przypisanie deklaracji do innego lekarza, pielęgniarki, położnej. |
|  | W systemie możliwe jest grupowe przepisanie zaznaczonych deklaracji pacjenta do innej poradni. |
|  | System umożliwia grupowe uzupełnianie poradni z aktywnym miejscem wykonania do deklaracji. |
|  | Możliwość seryjnego wydruku deklaracji. |
|  | System umożliwia automatyczną zmianę programu fluorkowego w deklaracjach medycyny szkolnej. |
|  | Możliwość automatycznej zmiany w deklaracjach medycyny szkolnej: szkoły, rozszerzenia rodzaju oraz klasy. |
|  | W systemie możliwy jest import deklaracji z komunikatu .\*pdx. |
|  | System umożliwia import deklaracji z medycyny szkolnej z pliku .\*csv. |
|  | **PROWIZJA DLA LEKARZA** |
|  | System posiada mechanizm obliczania prowizji lekarza za wykonane świadczenie uzależniony do postawionego pacjentowi rozpoznania: różna kwota prowizji za tą samą usługę w zależności do rozpoznania podanego według klasyfikacji ICD10. |
|  | W systemie możliwe jest wyliczanie prowizji indywidualnie dla każdego pracownika, za wykonane usługi medyczne, po określeniu odpowiednich warunków. |
|  | System posiada mechanizm wyliczania prowizji według następujących kryteriów: określony procent od ceny katalogowej, ceny wykonawcy, ceny katalogowej pomniejszonej o koszt wykonania usługi, określona kwota za jeden punkt w przypadku świadczeń wykonanych w ramach NFZ, stała kwota w prowizji lekarza, kwota za godzinę pracy wyliczona na podstawie czasu w którym operator był zalogowany do systemu. |
|  | Jeden pracownik może mieć przypisanych wiele profili zawierających warunki wynagradzania za zrealizowane usługi medyczne. |
|  | Prowizja za wykonaną usługę medyczną może być zależna między innymi od kwoty cennikowej, kwoty realizacji, kwoty pomniejszonej o koszt, liczby punktów (usługi refundowane przez NFZ); prowizja może być wyliczana w sposób zaawansowany (kwota zależna od liczby wykonanych usług, kwota zależna od dnia tygodnia). |
|  | System umożliwia stworzenie schematów zawierających profile wyliczania prowizji. Jeden profil może być przypisany do schematów wielu pracowników. |
|  | W systemie istnieje możliwość przeglądania prowizji, drukowanie i eksportowanie ich do Excel oraz wysyłanie pocztą elektroniczną pracownikom. |
|  | **SPRZEDAŻ USŁUG MEDYCZNYCH Z MODUŁEM DRUKARKI FISKALNEJ** |
|  | System umożliwia dokładne określenie płatnika za usługę również w przypadku współpłacenia. Płatnikami mogą być pacjent (zabieg komercyjny), pacjent/zakład pracy/jednostka zewnętrzna/NFZ zgodnie z umową. |
|  | Automatyczne wyliczenie kwoty do zapłaty zgodnie z cennikiem, wybór płatnika poprzez wprowadzenie odpowiednich parametrów zlecenia (wskazania kontrahenta posiadającego umowę z Zamawiającym lub wskazanie innej umowy rabatowej lub korzystnej dla pacjenta). Priorytety umów nadawane przez administrator systemu. |
|  | W systemie istnieje możliwość pobierania opłaty za wykonanie świadczenia z możliwością określenia sposobu zapłaty (gotówka, karta kredytowa, przelew). |
|  | System umożliwia automatyczny wydruk dokumentów KP. |
|  | W systemie możliwe jest zdefiniowanie numeracji dokumentów kasowych i finansowych oddzielnie dla każdego stanowiska kasowego. |
|  | System umożliwia tworzenie faktur za wykonanie świadczenia. |
|  | System umożliwia określenie innego odbiorcę faktury niż płatnik (np. pacjent płaci za wykonane świadczenia, jednak faktura wystawiona jest na zakład pracy). |
|  | W systemie istnieje możliwość zdefiniowania dla każdego świadczenia kodu PKWiU oraz nazwy, która będzie widoczna na fakturze. |
|  | Możliwość wystawienia faktury z rabatem. |
|  | System umożliwia tworzenie dokumentów KW, KFV. |
|  | Możliwość wpłaty/wypłaty zaliczek z kasy. |
|  | W systemie możliwe jest pobieranie opłat i wystawianie faktur za usługi nie medyczne. |
|  | System umożliwia tworzenie faktur dla umów. |
|  | W systemie istnieje możliwość przeglądania listy osób/podmiotów zalegających z opłatami. |
|  | System umożliwia wystawianie dokumentu KP bez konieczności wydruku faktury. |
|  | Możliwość przeglądania wystawionych dokumentów KP, KW, FV, KFV. |
|  | Możliwość tworzenia raportu kasowego. |
|  | System umożliwia tworzenie zestawień z operacji kasowych (KP, KW). |
|  | Możliwość tworzenia zestawień z wystawionych dokumentów finansowych (FV, KFV). |
|  | W systemie możliwe jest definiowanie prefiksów, sufiksów dla dokumentów kasowych i finansowych. |
|  | System umożliwia zdefiniowanie numeracji zależnych od stanowiska kasowego. |
|  | W systemie istnieje możliwość zapamiętywania dobowych raportów fiskalnych w bazach systemu, podobnie jak inne dokumenty finansowe. |
|  | System umożliwia definiowanie numeracji zależnych od poradni wykonującej. |
|  | W systemie możliwe jest wykonywanie fiskalizacji wykonanych usług. |
|  | W systemie istnieje możliwość wykonania operacji kasowej bez wybrania usługi. |
|  | System wyświetla możliwość sprawdzenia zaległości finansowych. |
|  | Możliwość wystawienia faktury na podstawie paragonu. |
|  | System umożliwia wystawienie faktury zaliczkowej. |
|  | Możliwość przeglądania listy przyjętych zaliczek w systemie. |
|  | W systemie istnieje możliwe jest wyświetlenie zestawienia fiskalizacji. |
|  | System udostępnia minimalny zakres informacji: podmiot, okres fiskalizacji, godzina fiskalizacji, stan, kwota, stawka VAT, paragon, pracownik, poradnia, fiskalizacja – operator, usługa/towar, anulowana data, anulowana godzina, anulowany operator, fakturowanie data, fakturowanie poradnia, fakturowanie operator. |
|  | Zestawienie udostępnia następujący minimalny zestaw grupujący: grupuj po operatorze, grupuj po poradni, grupuj po pracowniku, grupuj po statusie fiskalizacji |
|  | Zestawienie udostępnia następujący minimalny zestaw sortujący: fiskalizowane sprzedaże, anulowane sprzedaże, fakturowane sprzedaże, korekta dnia. |
|  | W systemie istnieje możliwość wyświetlenia usług zafiskalizowanych. |
|  | System udostępnia minimalny zakres informacji: podmiot, wybór dla usługi, wybór dla grupy usług, okres fiskalizacji, status zlecenia, kod FK, pacjent, operator, kwota, poradnia, ilość. |
|  | Zestawienie udostępnia następujący minimalny zestaw grupujący: grupuj po poradni, grupuj po numerze konta FK |
|  | System umożliwia dla wybranych usług, towarów zmianę stawki VAT. |
|  | W systemie możliwe jest przeglądanie i dodawanie listy towarów. |
|  | Możliwość przeglądania i dodawania listy sprzedaży. |
|  | Możliwość dodania do faktury zleceń lub sprzedaży innych pacjentów. |
|  | System umożliwia tworzenie własnych umów z kontrahentami (zakład pracy, jednostki zewnętrzne) na wykonanie świadczeń medycznych. |
|  | W systemie możliwe jest tworzenie umów z pacjentami np. abonent na pakiet świadczeń. |
|  | System umożliwia definiowanie umów z wyszczególnieniem konkretnych świadczeń i cen zgodnych z kontraktem. |
|  | W systemie istnieje możliwość definiowania umów z wyszczególnieniem grupy świadczeń (np. stomatologia) i określenie rabatu procentowego. |
|  | System umożliwia definiowanie umów z wyszczególnieniem grupy świadczeń i określeniem ryczałtu dla całej umowy (ryczałt miesięczny, roczny). |
|  | Możliwość określenia dla danego świadczenia z umowy limitu wykonań (miesięczny, roczny). |
|  | System umożliwia określenie dla danego świadczenia zniżki (ceny) za wykonanie świadczenia z umowy po wykorzystaniu limitu bezpłatnego. |
|  | System umożliwia określenie uwarunkowań ceny od lekarza, który będzie wykonywał świadczenie. |
|  | System umożliwia określenie na umowie z firmą lub innym świadczeniodawcą grupy pracowników którzy mogą kierować oraz którzy mogą wykonywać usługi w ramach danej umowy. |
|  | Możliwość wykonania cennika komercyjnego z określeniem cen i kosztów. |
|  | System umożliwia automatyczne określenie płatnika i ceny podczas wykonania danego świadczenia w gabinecie lekarskim, pracowni. |
|  | System pozwala na przyjęcie wpłaty w dowolnej walucie występującej w Tabeli A NBP |
|  | System pozwala na realizację  pojedynczej transakcji kilkoma rodzajami płatności. Informacje o wszystkich rodzajach płatności pojawiają się  na paragonie fiskalnym |

1. **GABINET LEKARSKI SPECJALISTYCZNY I POZ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność** |
|  | 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). |
|  | 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 Moduł 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. |
|  | 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 Module. |
|  | Zbiorczy przegląd wszystkich elementów wizyty (wywiadów, badań, skierowań, leków, zaleceń) wystawionych przez danego pracownika/poradnię/jednostkę. |
|  | Automatyczny wydruk dawkowania dla pacjenta po wystawieniu 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 Moduł generuje dokument historii zdrowia i choroby pacjenta (HZiCh) oraz pozwala na podpisanie tego dokumentu podpisem elektronicznym. |
|  | Funkcja kontroli wprowadzenia karty DiLO jeśli wybrano usługę z grupy DiLO. Grupa usług definiowane przez operatora /administratora . 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. |
|  | Przypisywanie dwóch formularzy do jednej usługi: formularz uzupełniany w trakcie wystawiania skierowania przez lekarza oraz drugi uzupełniany jako wynik badania w gabinecie zabiegowym. |
|  | Moduł pozwala na 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. |
|  | Moduł pozwala na przegląd listy pacjentów do przyjęcia w danym dniu, z możliwością wyszukania konkretnego pacjenta. |
|  | Moduł pozwala na 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 itp.). |
|  | Moduł pozwala na 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. |
|  | Moduł pozwala na utworzenie kopii skierowania. |
|  | Moduł pozwala na wprowadzenie zaleceń i uwag oraz ich wydruk. |
|  | Moduł pozwala na skanowanie dokumentacji medycznej pacjentów, a także dodawanie dokumentacji z pliku oraz podpięcie dokumentacji do wizyty pacjenta. |
|  | Moduł pozwala na wprowadzenie, edycję oraz usunięcie ważnych informacji o pacjencie np. przebyte operacje, itp.. |
|  | Moduł pozwala na wydruk zgłoszenia zachorowania: na chorobę zakaźną; na chorobę przenoszoną drogą płciową; na gruźlicę; na AIDS, HIV; nowotwór. |
|  | Moduł pozwala na wysłanie drogą e-mailową formularza chorób zakaźnych do właściwej jednostki. |
|  | Moduł pozwala na wystawienie skierowania na testy COVID z poziomu Gabinetu lekarskiego i automatyczne przekazanie skierowania do systemu EWP. |
|  | Moduł pozwala na powiązanie nowych danych medycznych, wprowadzonych poza wizytą lub z poprzedniej wizyty z aktualną wizytą pacjenta. |
|  | Moduł pozwala na 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. |
|  | Moduł pozwala na definiowanie i wykorzystywanie tekstów standardowych w polach opisowych. |
|  | Moduł pozwala na 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. |
|  | Moduł pozwala na zakończenie wizyty poprzez odnotowanie faktu nie przyjęcia pacjenta do gabinetu z powodu m.in: niestawienia się, rezygnacji z wizyty, braku wolnego terminu, zgonu pacjenta. |
|  | Moduł pozwala na 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. |
|  | Moduł pozwala na 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). |
|  | Moduł pozwala na obsługę pacjenta przysłanego na konsultacje z innego gabinetu, izby przyjęć, oddziału w ramach Modułu zleceń: wprowadzenie wyniku konsultacji, lekarz (-y) konsultujących; rejestracja elementów leczenia (procedur, badań laboratoryjnych). |
|  | Moduł posiada opcję generowania faktury dla pacjenta nie posiadającego dokumentu potwierdzającego status ubezpieczonego. |
|  | Moduł pozwala na wpisanie pacjenta do Księgi Oczekujących, zmiana terminu wizyty/porady, itp. |
|  | Moduł pozwala na dostęp do informacji o hospitalizacjach pacjenta. |
|  | Moduł pozwala na wykonanie standardowych raportów i wykazów ze zgromadzonych danych, w szczególności dzienny ruch chorych. |
|  | Moduł pozwala na przegląd danych archiwalnych o pacjentach i udzielonych świadczeniach. |
|  | Moduł pozwala na generowanie zestawień kosztowych w obrębie usług określonych cennikiem. |
|  | Moduł pozwala na tworzenie podręcznej bazy leków z podziałem na użytkownika, co prowadzi do ograniczenia listy dostępnych leków w tzw. receptariuszu. |
|  | Moduł pozwala na wystawianie recepty lekarskiej, zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich. |
|  | Moduł pozwala na rozróżnienie kolorem informacji o receptach Rp i Rpw. |
|  | Moduł automatycznie pozwala wystawić receptę na leki narkotyczne i psychotropowe zgodnie z obowiązującym prawem (rodzaj wzorca, opis leku). |
|  | Moduł 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. |
|  | Moduł podczas wystawiania recepty automatycznie wyświetla ostrzeżenia o leku: silnie działający; psychotrop; narkotyk; upośledzający; silnie upośledzający. |
|  | Moduł pozwala na ustawienie na recepcie informacji o uprawnieniu pacjenta na podstawie danych z Modułu eWUŚ. |
|  | Moduł pozwala na wystawienie recepty na podstawie zlecenia na leki |
|  | Moduł pozwala na wydruk recepty transgranicznej. |
|  | Moduł pozwala na przeprowadzenie wywiadu lekowego przez oznaczenie, czy pacjent przepisane leki zażywa. |
|  | Moduł pozwala na 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. |
|  | Moduł pozwala na tworzenie tzw. Receptariuszy, w ramach których przechowuje najczęściej ordynowane leki. |
|  | Moduł pozwala na 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. |
|  | Numer recepty, generowany wcześniej przez NFZ (lub inny podmiot) jest automatycznie pobierany i nanoszony na receptę. |
|  | Moduł pozwala na zdefiniowanie zakresu numerów recept dla lekarza. Numery recept zapisują się na lekarza i świadczeniodawcę. |
|  | Moduł podczas wprowadzania numerów recept automatycznie weryfikuje poprawność wprowadzonego numeru recepty. |
|  | Moduł automatycznie rejestruje i numeruje recepty ze zdefiniowanej listy numerów recept lekarza. |
|  | Moduł automatycznie wyświetla licznik numerów recept pozostałych do wykorzystania. |
|  | Moduł pozwala na ewidencjonowanie informacji o wszystkich lekach bez recepty przepisywanych pacjentowi. |
|  | Moduł pozwala na wystawianie recept na kurację miesięczną (do 12 miesięcy). |
|  | System umożliwia kopiowanie recept za pomocą metody drag and drop. |
|  | Moduł blokuje możliwość edycji lekarza na recepcie, gdy został wykorzystany numer recepty z puli danego lekarza. |
|  | Moduł ostrzega użytkownika w przypadku próby edycji wystawionej recepty, przed usunięciem zapisanej recepty oraz przed próbą ponownego wystawienia 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. |
|  | Moduł pozwala na ewidencjonowanie leków bez recepty przepisywanych pacjentowi. |
|  | Zachowane recepty i listy leków bez recepty prezentowane są w postaci zakładek i są zapisane na pobyt/wizytę. |
|  | Moduł pozwala na automatyczne przeliczanie ilości leku na podstawie wprowadzonego dawkowania. |
|  | Moduł pozwala na wydrukowanie listy leków dla pacjenta wraz z ich dawkowaniem. |
|  | Moduł pozwala na wystawienie recepty z prywatnej puli numerów recept danego lekarza. |
|  | Możliwość utworzenia listy leków stale zażywanych przez pacjenta wraz z dawkowaniem i wystawienia recepty na podstawie tej listy. |
|  | Moduł pozwala na udostępnienie katalogu usług świadczonych i kontraktowanych przez jednostkę. |
|  | Moduł pozwala na import danych umów oraz aneksów. |
|  | Moduł pozwala na przeglądanie zrealizowanych zleceń za dany okres. |
|  | Moduł pozwala na rozliczenie wykonanych świadczeń w podziale na sprawozdania finansowe oraz sprawozdania rzeczowe. |
|  | Moduł pozwala na rozliczanie świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji - pacjenci z Unii Europejskiej. |
|  | Moduł pozwala na zamykanie oraz generowanie wydruków sprawozdań. |
|  | Moduł pozwala na generowanie wydruków do sprawozdań (sprawozdawczość wymagana przez NFZ - załączniki do faktur pacjenci UE, rozliczania z decyzji administracyjnej, chemioterapia itp.). |
|  | Moduł pozwala na komunikację z NFZ nie tylko transmisji elektronicznej, ale także przegląd niekompletnych czy błędnych danych w celu ich weryfikacji. |
|  | Moduł pozwala na rozróżnienie typów usług świadczonych przez jednostkę – kryterium podziału usług np. ze względu na typ jednostki. |
|  | Moduł określa jednostki organizacyjne świadczące poszczególne usługi (szczególne istotne w przypadku kilku jednostek świadczących tę samą usługę). |
|  | Moduł pozwala na ewidencję ilościowo-wartościową zakontraktowanych usług. |
|  | Moduł pozwala na ewidencję aneksów do kontraktów. |
|  | W Module jest możliwość ewidencji informacji o realizacji świadczeń w ramach kontraktów miesięcznych, w podziale na zakontraktowane usługi z dokładnością do jednostek świadczących usługi. |
|  | Moduł pozwala na analityczną ewidencję realizowanych kontraktów z określeniem pacjentów, dla których zostały wykonane usługi. |
|  | Moduł pozwala na definiowanie okresów rozliczeniowych. |
|  | Moduł pozwala na prowadzenie spójnego, jednoznacznego, wewnętrznego kodowania realizowanych świadczeń z możliwością zmiany kodowania dla potrzeb sprawozdawczości, zgodnie z zaleceniami płatników. |
|  | Moduł pozwala na ewidencjonowanie korekt do realizacji kontraktów. |
|  | Moduł pozwala na wykonanie sprawozdań finansowych z realizacji kontraktów za wybrany okres w ramach roku. |
|  | Moduł pozwala na definiowanie przez Użytkownika postaci i zawartości sprawozdania (np. z wykorzystaniem możliwości graficznych arkusza kalkulacyjnego MS Excel). |
|  | Moduł pozwala na generowanie sprawozdań do systemów rozliczeniowych płatników w formatach wymaganych przez NFZ. |
|  | Moduł jest zintegrowany z systemem Finansowo - Księgowym na poziomie wspólnych słowników: kontrahentów, typów kontrahentów, placówek oraz ośrodków powstawania kosztów, pacjentów (do wystawiania faktur – w sposób pobierania danych osobowych pacjenta/odbiorcy nie tworząc konta w bazie FK). |
|  | Moduł pozwala w momencie zapisania świadczenia na zaprezentowanie jego wartości punktowej. |
|  | Moduł posiada mechanizm automatycznego przełączania sposobu wyszukiwania pacjentów pomiędzy PESEL a nazwisko imię. |
|  | Moduł pozwala na podgląd, anulowanie oraz usunięcie zaplanowanej wizyty dla pacjenta. |
|  | W Module możliwe jest sygnalizowanie skierowania pacjenta do więcej niż jednego gabinetu w jednym dniu. |
|  | Moduł pozwala na prowadzenie danych archiwalnych pacjenta (dane osobowe oraz dane z poszczególnych wizyt). |
|  | Moduł pozwala na sygnalizowanie niedogodności czasowych i innych w czasie planowania, udostępniając automatyczną podpowiedź. |
|  | Moduł pozwala na wprowadzenie oraz kopiowanie danych ze skierowania (jednostka kierująca, lekarz kierujący, rozpoznanie ze skierowania). |
|  | Moduł pozwala na wyświetlenie na wizycie informacji o przysługujących pacjentowi programach zdrowotnych. |
|  | Moduł pozwala na wgląd jednocześnie do kilku grafików różnych lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
|  | Moduł pozwala na rezerwację wizyt pacjentów tylko w terminach pracy lekarzy/ gabinetów/ pracowni. |
|  | System umożliwia określenie kilku różnych średnich czasów trwania wizyty na jednym grafiku w obrębie jednego dnia pracy. |
|  | Moduł pozwala na tworzenie bazy pacjentów oraz gromadzenie niezbędnych informacji wymaganych przez NFZ. |
|  | Moduł pozwala na wprowadzenie informacji o kierującym na świadczenie (lekarz - numer prawa wykonywania zawodu lekarza, poradnia - kod resortowy, jednostka - numer umowy). |
|  | Moduł pozwala na tworzenie bazy jednostek, które kierują na świadczenie. |
|  | Moduł pozwala na automatyczne tworzenie kolejek oczekujących dla NFZ na podstawie zarezerwowanych wizyt w terminarzu (tylko wybrani pacjenci - NFZ). |
|  | Moduł pozwala na 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.. |
|  | Moduł pozwala na automatyczną zmianę rezerwacji dla wybranego lekarza na innego. |
|  | Moduł pozwala na wydruk listy zarezerwowanych wizyt w danych dniach, dla danego lekarza/ gabinetu/ pracowni. |
|  | Moduł pozwala na wyróżnienie wizyt, które zostały już wykonane. |
|  | Moduł pozwala na 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. |
|  | Moduł 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, Moduł wyświetli informację o krytycznym stanie zasobu w wyświetlanym Panelu Informacyjnym po zalogowaniu się do modułu. |
|  | Moduł, po zalogowaniu danego lekarza wyświetla w oknie rezerwacji tylko wizyt umówionych do zalogowanego lekarza i /lub jego gabinetu. |
|  | W Module istnieje możliwość dołączania zdjęć do dokumentacji medycznej danej wizyty. |
|  | moduł wspiera użytkownika w zakresie kompletności wprowadzanych danych w ramach wizyty. Umożliwia skonfigurowanie, które z paneli ( np. Skierowania, recepty, wywiady, badania etc.) muszą być wypełnione aby zakończyć wizytę pacjenta. Funkcja działa w trybie monitu lub blokady. |
|  | Moduł pozwala na wystawianie skierowań zgodnych z obowiązującymi przepisami, w tym również e-skierowań. |
|  | Możliwość wystawienia zlecenia na zaopatrzenie na wyroby medyczne i automatyczna wysyłka do systemu E-ZWM |
|  | Możliwość wygenerowania dokumentu informacja dla lekarza kierującego w formacie zgodnym z polską implementacją krajową HL7 CDA. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODUŁ-GABINET LEKARSKI ROZSZERZENIE O MODUŁ NOCNA POMOC LEKARSKA- WIZYTA MOBILNA (E-WIZYTA)** |
|  | Dostępność aplikacji Wizyta Mobilna (E-WIZYTA) w sklepach internetowych na min 3 platformach (m.in. iOS, Android i Windows) |
|  | Jednolity wygląd aplikacji Wizyta Mobilna (E-WIZYTA) na wszystkich platformach ( w tym m.in. Android/Windows/iOS) nie wymaga dodatkowego instruktażu przy zmianie platformy urządzenia. |
|  | Dostarczony moduł wizyty mobilnej sytemu EDM działa zarówno:   * w trybie bez dostępu do internetu (tryb offline) z możliwością automatycznej (bez plików pośrednich) synchronizacji danych (z serwerem centralnym) wprowadzonych podczas wizyty domowej po uzyskaniu dostępu do internetu. * W trybie z dostępem do internetu podczas wizyty w domu pacjenta. |
|  | Dostęp do historii zdrowia pacjenta wraz z wystawionymi dokumentami medycznymi, zażywanymi lekami, deklaracjami i innymi na urządzeniu mobilnym |
|  | Możliwość wykonywania wizyty na urządzeniu mobilnym poza placówką bez dostępu do serwera. |
|  | Aplikacja umożliwia rozliczenie świadczeń pacjenta przez możliwość wybrania usług oraz procedur medycznych na tych usługach. |
|  | Automatyczna synchronizacja i zapis wizyty w systemie dziedzinowym w momencie dostępności serwera |
|  | Błyskawiczne pobieranie wizytówki pacjenta za pomocą skanowania QR kodów |
|  | Możliwość wypełniania formularzy podczas wykonywania wizyty pochodzących z systemu dziedzinowego |
|  | Może pracować używając bezpiecznego połączenia szyfrowanego do wymiany danych z systemem dziedzinowym |
|  | Możliwość e-Rejestracji przez system dziedzinowy dla pacjentów |
|  | Geolokalizacja pacjenta na wizycie domowej |
|  | Możliwość drukowania recept (wydruk recepty zgodnie z obowiązującymi normami - wzorcami recept) i skierowań wystawionych w trakcie realizacji wizyty- zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. |
|  | Wystawianie skierowania do specjalisty, diagnostyki, laboratorium, szpitala z aplikacji mobilnej. |
|  | Rezerwacja terminów do poradni specjalistycznych przez e-rejestrację. |
|  | Wystawianie zwolnienia ZUS |
|  | Dla leku dostępne są szczegółowe dane o nim takie jak skład, opakowanie, poza tym leki silnie działające są dodatkowo wyróżnione graficznie. |
|  | Dostęp przez aplikację do informacji o przepisywanym leku z dowolnej bazy leków dostępnej na rynku polskim. |
|  | Szybkie wystawianie recept na podstawie zażywanych leków. Możliwość wystawiania recept z podręcznego receptariusza lub na podstawie leków recepturowych. |
|  | Dostępny jest mechanizm podpowiadania uprawnienia/odpłatności podczas wybierania leku na receptę. |
|  | Pozwala na uzupełnianie danych wizyty typu uczulenia, rozpoznanie, wywiad, badanie przedmiotowe, zalecenia. |
|  | System zapewnia bieżącą kontrolę poprawności wprowadzanych danych zgodną z zasadami ogólnymi (formaty danych, chronologia zdarzeń) oraz z zasadami walidacji danych obowiązujących w dokumentacji medycznej. |
|  | System posiada możliwość pracy użytkowej przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Wyjątkiem są zaplanowane okienka technologicznych przerw zgodnie z zaleceniami producenta. |
|  | W systemie są zaimplementowane mechanizmy walidacji haseł zgodnie z wymaganiami ustawowymi przewidzianymi dla rodzaju danych przetwarzanych przez system. |
|  | Aplikacja obsługuje słowniki rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-10, procedur medycznych zgodnie z nową edycją klasyfikacji procedur ICD-9 CM. |
|  | Możliwość uzyskania informacji dotyczących pacjenta oraz rezerwacji wizyt. |
|  | System umożliwia gromadzenie informacji o zażywanych lekach przez pacjenta |
|  | W systemie dostępne są pola wyboru (*ang. check - box*). |
|  | W systemie istnieje możliwość wprowadzenia informacji o wykonanych usługach medycznych refundowanych przez NFZ. |
|  | System umożliwia wgląd do wizyt archiwalnych pacjentów. |
|  | W systemie istnieje możliwość przeglądania zarezerwowanych wizyt dla zalogowanego lekarza. |
|  | Możliwość wyszukiwania rozpoznań wg. kodu ICD10. |
|  | Możliwość wypełnienia wywiadu, badania przedmiotowego w określonym czasie (dostępna edycja badań/wywiadów). |
|  | System umożliwia wystawianie skierowań na badania diagnostyczno - obrazowe, konsultacyjne, specjalistyczne itp.. |
|  | System umożliwia gromadzenie w systemie informacji o wystawionych zwolnieniach lekarskich. |
|  | System umożliwia dostęp do bazy leków widocznych w rejestrze leków. |
|  | Możliwość wystawienia recept na kuracje miesięczne. |
|  | System umożliwia wystawienie recepty z możliwością sprawdzenia interakcji poszczególnych leków. |
|  | System umożliwia automatyczną podpowiedź przy wypisywaniu recepty o jego stopniu odpłatności za zaordynowany lek, w zależności od wprowadzonego rozpoznania i uprawnień pacjenta. |
|  | W systemie istnieje możliwość oznaczenia wykonanych procedur medycznych zgodnie z klasyfikacją ICD9. |
|  | System posiada bazę procedur medycznych zgodnie z klasyfikacją ICD9. |
|  | System umożliwia przeglądanie listy procedur wg. kodu ICD9. |
|  | Możliwość automatycznego oznaczenia w terminarzu, że wizyta się odbyła. |
|  | System umożliwia wybór odpowiednich leków po określonym kryterium, w czasie trwania wizyty. |
|  | System umożliwia określenie statusu leku, poprzez wyświetlenie go odpowiednim kolorem. |
|  | W systemie istnieje możliwość przeglądania zdjęcia pacjenta umówionego na wizytę. |
|  | W systemie istnieje możliwość dodawania podczas wizyty pacjenta, zaleceń lekarza i uwag. |
|  | System umożliwia generowanie historii zdrowia i choroby pacjenta ze złożeniem podpisu z jednej wizyty. |
|  | W systemie możliwe jest przeglądania historii zdrowia i choroby pacjenta . |
|  | **MODUŁ –GABINET LEKARSKI - OBSŁUGA E-ZLA** |
|  | System jest zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, w tym ustawy z dnia 15 maja 2015r. o zmianie ustawy  o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1066). |
|  | System pozwala wykorzystać do podpisu dokumentu eZLA darmowe certyfikaty wydawane przez ZUS. |
|  | System powinien umożliwiać pobranie puli numerów zwolnień lekarskich, tak aby była możliwość wystawiania ich nawet w przypadku problemów z połączeniem z serwisem e-ZLA. |
|  | System powinien ostrzegać przed kończącą się pulą numerów e-zwolnień. minimalna ilość powinna być możliwa do określenia przez użytkownika. |
|  | System powinien dodawać do bazy dane płatników pobrane z serwisu e-ZLA. |
|  | Informacja o wystawieniu zwolnienia e-ZLA powinna być umieszczana w HZiCH |
|  | Aplikacja powinna umożliwiać podgląd bieżącego statusu e-zwolnienia. |
|  | System powinien posiadać możliwość anulowania e-zwolnienia. |
|  | System powinien w każdym momencie umożliwiać wydruk e-zwolnienia. |

**GABINET ZABIEGOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność** |
|  | Widoczność skierowań do danego gabinetu zabiegowego. |
|  | Możliwość 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. |
|  | Generowanie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej z archiwizowaniem dokumentu w oddzielnej bazie danych. |

**PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność** |
|  | W systemie możliwe jest wykonywanie badań na podstawie rezerwacji w terminarzu. |
|  | Możliwość wprowadzania wyniku badania opisowego. |
|  | System umożliwia wprowadzenie wyniku badania na podstawie gotowych szablonów. |
|  | W systemie istnieje możliwość zdefiniowania własnych szablonów wyników. |
|  | System umożliwia zdefiniowanie dla jednego badania kilku szablonów. |
|  | System umożliwia wprowadzenie wyników multimedialnych (bmp, jpg, tif.). |
|  | Możliwość przesyłania wyniku z urządzenia medycznego. |
|  | System umożliwia wprowadzenie zdefiniowanych parametrów w zależności od rodzaju badania (RTG, spirometr, audiometr). |
|  | W systemie możliwe jest oznaczenie interpretacji wyniku: w normie, poniżej normy, negatywny, pozytywny itp. |
|  | System umożliwia widoczność w gabinecie lekarskim, wyniku badania wykonanego na podstawie skierowania z gabinetu lekarskiego. |
|  | Możliwość wydruku wyniku badania dla pacjenta. |
|  | System umożliwia zdefiniowanie własnych wzorców wydruku (format, zawartość). |
|  | System umożliwia prowadzenie księgi pracowni. |
|  | W systemie istnieje możliwość wydruku księgi pracowni. |

**PRACOWNIA REHABILITACYJNA I PLANOWANIE ZABIEGÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność** |
|  | W systemie istnieje możliwość definiowania czasu pracy dla poszczególnych lekarzy/terapeutów/masażystów/pracowni, wraz z określeniem zasobów (aparatów medycznych). |
|  | Możliwość tworzenia własnego słownika posiadanych aparatów medycznych wraz z określeniem ilości danego typu. |
|  | System umożliwia rozróżnienie czasu pracy: zabiegi domowe, zabiegi ambulatoryjne, fizykoterapia, kinezyterapia itp.. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie wolnego terminu z uwzględnieniem pracownika lub gabinetu oraz terminów zarejestrowanych wizyt dla wybranego pacjenta z uwzględnieniem aparatów rehabilitacyjnych. |
|  | Możliwość stworzenia własnego słownika wyróżnienia czasu pracy: zabiegi domowe, zabiegi ambulatoryjne itp.. |
|  | System umożliwia definiowanie nieobecności, przerw, urlopów itp. dla poszczególnych lekarzy/terapeutów/masażystów/pracowni. |
|  | W systemie możliwe jest tworzenia własnego słownika różnych nieobecności (urlop, konferencja, przerwa, awaria aparatu itp.). |
|  | System umożliwia przeglądanie grafików pracy poszczególnych lekarzy/terapeutów/masażystów/ pracowni. |
|  | Możliwość jednoczesnego wglądu do kilku grafików różnych lekarzy/terapeutów/masażystów/ pracowni. |
|  | System umożliwia planowanie cykli zabiegów dla jednego pacjenta z uwzględnieniem dostępności wykorzystania aparatów dla danego zabiegu. |
|  | W systemie istnieje możliwość rozszerzenia okresu planowania zabiegów, przenoszenie zabiegów z jednej serii na kolejny dzień. |
|  | System umożliwia podczas planowania zabiegów automatyczne pobranie informacji, wprowadzonych przez lekarza kierującego w poradni, takich jak: lista zabiegów do wykonania, rozpoznanie zasadnicze oraz współistniejące dla skierowania, data skierowania, dane o lekarzu i poradni zlecającej, ilość powtórzeń, okolica ciała oraz parametry wykonania dla każdego ze zlecanych zabiegów. |
|  | Istnieje możliwość wyszukiwania innego dnia dla serii zabiegów, na które w danym dniu nie ma terminów. |
|  | System umożliwia definiowanie czasu (w dniach) dla dwóch powyższych funkcji. |
|  | System umożliwia podczas planowania cykli zabiegów dla pacjenta wybór, na jakim aparacie ma być wykonany zabieg. |
|  | System umożliwia wydruk zaplanowanego cyklu zabiegów dla pacjenta z oznaczeniem daty, godziny i miejsca wykonania zabiegów. |
|  | System umożliwia korzystanie z bazy pacjentów z możliwością wyszukiwania wg. zadanych kryteriów: np. imię, PESEL, numer kartoteki. |
|  | System umożliwia tworzenie bazy pacjentów oraz gromadzenie niezbędnych informacji wymaganych przez NFZ. |
|  | System umożliwia anulowanie zarezerwowanych cyklów zabiegów z określeniem powodu anulacji. |
|  | Możliwość tworzenia własnego słownika powodów anulowania zarezerwowanych zabiegów. |
|  | System umożliwia automatyczne tworzenie kolejki oczekujących dla NFZ na podstawie zarezerwowanych zabiegów w Terminarzu (wybrani pacjenci - rozliczani w NFZ). |
|  | W systemie możliwe jest wyróżnienie zabiegów, które zostały wykonane. |
|  | Możliwość tworzenia zestawień statystycznych z ilości zaplanowanych zabiegów z uwzględnieniem dodatkowych kryteriów: zabiegi na dany dzień, wybrany zabieg itp. |
|  | System umożliwia wydruk listy zaplanowanych zabiegów w danym dniu, dla pracowni, masażysty itp. |
|  | System umożliwia wykorzystanie łańcuchów usług do umówienia pacjentów na cykle zabiegów. |
|  | System umożliwia tworzenie i drukowanie list pacjentów, pracowników, gabinetów, wizyt, terminarzy oraz kartotek pacjentów. |
|  | System umożliwia planowanie zabiegów z możliwością ich zwielokrotnienia. |
|  | W systemie istnieje możliwość wprowadzenia skierowania pacjenta. |
|  | Podczas planowania wizyty istnieje możliwość wyboru pacjenta oraz zaplanowanych dla niego zabiegów. |
|  | W systemie jest możliwe wyszukanie wolnych terminów dla wybranych zabiegów z uwzględnieniem pracownika lub gabinetu oraz terminów zarejestrowanych wizyt z uwzględnieniem aparatów. |
|  | Możliwość wskazania liczby dni zabiegowych dla pacjenta. |
|  | System umożliwia rezerwacje terminów dla zabiegów. |
|  | W systemie możliwy jest wydruk planu zabiegów dla pacjenta na którym umieszczony zostanie kod kreskowy unikalny dla każdego pacjenta. |
|  | System umożliwia wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych za pomocą czytnika kodów kreskowych: kod kreskowy przypisany do pracownika i pacjenta. |
|  | System umożliwia operatorowi ograniczenie listy zaplanowanych do wykonania zabiegów do określonej przez operatora grupy gabinetów/poradni/pracowni. |
|  | System posiada mechanizm kontroli cykl rehabilitacyjnych w trakcie planowania zabiegów w zakresie: ostrzeganiu o wybraniu więcej niż pięciu zabiegów w trakcie jednego dnia zabiegowego, zaplanowanie więcej niż 10 dni zabiegowych w ramach cyklu oraz przypisaniu więcej niż dwóch numerów cyklu do jednego skierowania |
|  | Możliwość wprowadzenia cyklu zabiegowego po fakcie bez planowania przez podanie wykonującego, grupy wykonanych usług (zabiegów), podanie danych o kierującym, rozpoznanie i wskazanie 10-ciu dni w których dane zabiegi się odbyły. |
|  | System posiada mechanizm automatycznego nadania nowego numeru cyklu w przypadku błędnie nadanych numerów cyklu przez operatora |
|  | System umożliwia zmianę operatora wykonującego poprzez odczytanie kodu paskowego bez konieczności przelogowania się w systemie. |
|  | System umożliwia wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych poprzez wyszukanie pacjenta za pomocą kodu paskowego oraz oznaczenie wykonującego za pomocą indywidualnego kodu paskowego przypisanego do rehabilitanta. |
|  | System posiada możliwość zdefiniowanie czasu bezczynności indywidualnego dla każdej pracowni po którym lista zabiegów do wykonania zostanie ukryta |
|  | System umożliwia przypisanie do pracownika listy pracowni dla których dany operator może mieć dostęp do listy zaplanowanych zabiegów |
|  | System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z przypisaniem płatności za zabieg z podziałem na (pacjent w ramach NFZ, komercyjny oraz umowa z jednostką służby zdrowia lub firmą). |
|  | System posiada mechanizm wprowadzenia uwag do wykonanych zabiegów. |
|  | System posiada mechanizm wykluczenia, to znaczy na wskazanym urządzeniu rehabilitacyjnym można zaznaczyć że wykorzystanie urządzenia automatycznie blokuje inne urządzenia. |

**ARCHIWUM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PODPISANEJ CYFROWO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność** |
|  | System umożliwia archiwizowanie wygenerowanych dokumentów, które zostały podpisane elektronicznie lub certyfikatem. |
|  | System posiada bazę, w której zapisywane są informacje o podpisanych elektronicznie dokumentach. |
|  | System umożliwia archiwizację podpisanych elektronicznie dokumentów na innym serwerze niż serwer bazy danych. |
|  | System umożliwia przeglądanie dokumentów zarchiwizowanych, uwzględniając odpowiednie ustawienia parametrów (np. data archiwizowanego dokumentu, data przesłania dokumentu itp.). |

**ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność** |
|  | W systemie możliwe jest złożenie podpisu elektronicznego oraz jego weryfikację pod wygenerowaną dokumentacją medyczną pacjenta. |
|  | System umożliwia złożenie podpisu elektronicznego oraz jego weryfikację pod wygenerowanymi księgami. |
|  | System umożliwia podpisanie dokumentów wygenerowanej księgi oraz dokumentacji medycznej pacjenta przy użyciu certyfikatów, opartych na kluczach prywatnych i publicznych zapewniających autentyczność, niezaprzeczalność oraz integralność danych. |
|  | Możliwość generowania certyfikatów. |
|  | System 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. |
|  | W systemie możliwe jest przeglądanie, drukowanie dokumentacji medycznej pacjenta . |
|  | Możliwość zbiorczego generowania dokumentacji medycznej pacjenta z kilku jego wizyt, jako jeden dokument. |

**WSPOMAGANIE ROZLICZEŃ UMÓW AOS w JGP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność** |
|  | System 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,  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 umożliwia weryfikację wyliczonych grup JGP w kontekście produktów rozliczeniowych zakontraktowanych przez jednostkę. |
|  | Mechanizm umożliwia modyfikację wszystkich informacji niezbędnych do wyliczenia JGP w tym dodanie ICD9 bez konieczności wchodzenia na wizytę lekarską. |
|  | Mechanizm umożliwia zapisanie w danych procedur ICD9 oraz rozpoznań. |
|  | System umożliwia obsługę komunikatu AP-KOLCE w aktualnej wersji oraz automatyczną komunikację z systemem kolejek centralnych z poziomu oferowanego sytemu. |

**Baza danych na serwer**

|  |
| --- |
| **Funkcjonalność** |
| Dostępność oprogramowania na współczesne 64-bitowe platformy Unix (HP-UX dla procesorów PA-RISC i Itanium, Solaris dla procesorów SPARC i Intel/AMD, IBM AIX), Intel/AMD Linux 32-bit i 64-bit, MS Windows 32-bit i 64-bit. Identyczna funkcjonalność serwera bazy danych na ww. platformach |
| Niezależność platformy systemowej dla oprogramowania klienckiego / serwera aplikacyjnego od platformy systemowej bazy danych |
| Możliwość przeniesienia (migracji) struktur bazy danych i danych pomiędzy ww. platformami bez konieczności rekompilacji aplikacji bądź migracji środowiska aplikacyjnego |
| Przetwarzanie z zachowaniem spójności i maksymalnego możliwego stopnia współbieżności. Modyfikowanie wierszy nie może blokować ich odczytu, z kolei odczyt wierszy nie może ich blokować do celów modyfikacji. Jednocześnie spójność odczytu musi gwarantować uzyskanie rezultatów zapytań odzwierciedlających stan danych z chwili jego rozpoczęcia, niezależnie od modyfikacji przeglądanego zbioru danych. |
| Możliwość zagnieżdżania transakcji – powinna istnieć możliwość uruchomienia niezależnej transakcji wewnątrz transakcji nadrzędnej. Przykładowo – powinien być możliwy następujący scenariusz: każda próba modyfikacji tabeli X powinna w wiarygodny sposób odłożyć ślad w tabeli dziennika operacji, niezależnie czy zmiana tabeli X została zatwierdzona czy wycofana. |
| Wsparcie dla wielu ustawień narodowych i wielu zestawów znaków (włącznie z Unicode). |
| Możliwość migracji zestawu znaków bazy danych do Unicode |
| Możliwość redefiniowania przez klienta ustawień narodowych – symboli walut, formatu dat, porządku sortowania znaków za pomocą narzędzi graficznych. |
| Skalowanie rozwiązań opartych o architekturę trójwarstwową: możliwość uruchomienia wielu sesji bazy danych przy wykorzystaniu jednego połączenia z serwera aplikacyjnego do serwera bazy danych |
| Możliwość otworzenia wielu aktywnych zbiorów rezultatów (zapytań, instrukcji DML) w jednej sesji bazy danych |
| Wsparcie standardu JDBC 3.0 |
| Zgodność ze standardem ANSI/ISO SQL 2003 lub nowszym. |
| Motor bazy danych powinien umożliwiać wskazywanie optymalizatorowi SQL preferowanych metod optymalizacji na poziomie konfiguracji parametrów pracy serwera bazy danych oraz dla wybranych zapytań. Powinna istnieć możliwość umieszczania wskazówek dla optymalizatora w wybranych instrukcjach SQL. |
| Brak formalnych ograniczeń na liczbę tabel i indeksów w bazie danych oraz na ich rozmiar (liczbę wierszy). |
| Wsparcie dla procedur i funkcji składowanych w bazie danych. Język programowania powinien być językiem proceduralnym, blokowym (umożliwiającym deklarowanie zmiennych wewnątrz bloku), oraz wspierającym obsługę wyjątków. W przypadku, gdy wyjątek nie ma zadeklarowanej obsługi wewnątrz bloku, w razie jego wystąpienia wyjątek powinien być automatycznie propagowany do bloku nadrzędnego bądź wywołującej go jednostki programu |
| Procedury i funkcje składowane powinny mieć możliwość parametryzowania za pomocą parametrów prostych jak i parametrów o typach złożonych, definiowanych  przez użytkownika. Funkcje powinny mieć możliwość zwracania rezultatów  jako zbioru danych, możliwego do wykorzystania jako źródło danych w instrukcjach SQL (czyli występujących we frazie FROM). Ww. jednostki programowe powinny umożliwiać wywoływanie instrukcji SQL (zapytania, instrukcje DML, DDL), umożliwiać jednoczesne otwarcie wielu tzw. kursorów pobierających paczki danych (wiele wierszy za jednym pobraniem) oraz wspierać mechanizmy transakcyjne (np. zatwierdzanie bądź wycofanie transakcji wewnątrz procedury). |
| Możliwość kompilacji procedur składowanych w bazie do postaci kodu binarnego (biblioteki dzielonej) |
| Możliwość deklarowania wyzwalaczy (triggerów) na poziomie instrukcji DML (INSERT, UPDATE, DELETE) wykonywanej na tabeli, poziomie każdego wiersza modyfikowanego przez instrukcję DML oraz na poziomie zdarzeń bazy danych (np. próba wykonania instrukcji DDL, start serwera, stop serwera, próba zalogowania użytkownika, wystąpienie specyficznego błędu w serwerze). Ponadto mechanizm wyzwalaczy powinien umożliwiać oprogramowanie obsługi instrukcji DML (INSERT, UPDATE, DELETE) wykonywanych na tzw. niemodyfikowalnych widokach (views). |
| W przypadku, gdy w wyzwalaczu na poziomie instrukcji DML wystąpi błąd zgłoszony przez motor bazy danych bądź ustawiony wyjątek w kodzie wyzwalacza, wykonywana instrukcja DML musi być automatycznie wycofana przez serwer bazy danych, zaś stan transakcji po wycofaniu musi odzwierciedlać chwilę przed rozpoczęciem instrukcji w której wystąpił ww. błąd lub wyjątek |
| Powinna istnieć możliwość autoryzowania użytkowników bazy danych za pomocą rejestru użytkowników założonego w bazie danych |
| Baza danych powinna umożliwiać na wymuszanie złożoności hasła użytkownika, czasu życia hasła, sprawdzanie historii haseł, blokowanie konta przez administratora bądź w przypadku przekroczenia limitu nieudanych logowań. |
| Przywileje użytkowników bazy danych powinny być określane za pomocą przywilejów systemowych (np. prawo do podłączenia się do bazy danych - czyli utworzenia sesji, prawo do tworzenia tabel itd.) oraz przywilejów dostępu do obiektów aplikacyjnych (np. odczytu / modyfikacji tabeli, wykonania procedury). Baza danych powinna umożliwiać nadawanie ww. przywilejów za pośrednictwem mechanizmu grup użytkowników / ról bazodanowych. W danej chwili użytkownik może mieć aktywny dowolny podzbiór nadanych ról bazodanowych. |
| Możliwość wykonywania i katalogowania kopii bezpieczeństwa bezpośrednio przez serwer bazy danych. Możliwość zautomatyzowanego usuwania zbędnych kopii bezpieczeństwa przy zachowaniu odpowiedniej liczby kopii nadmiarowych - stosownie do założonej polityki nadmiarowości backup'ów. Możliwość integracji z powszechnie stosowanymi systemami backupu (Legato, Veritas, Tivoli, OmniBack, ArcServe itd). Wykonywanie kopii bezpieczeństwa powinno być możliwe w trybie offline oraz w trybie online |
| Możliwość wykonywania kopii bezpieczeństwa w trybie online (hot backup). |
| W przypadku, gdy odtwarzaniu podlegają pojedyncze pliki bazy danych, pozostałe pliki baz danych mogą być dostępne dla użytkowników |
| Wbudowana obsługa wyrażeń regularnych zgodna ze standardem POSIX dostępna z poziomu języka SQL jak i procedur/funkcji składowanych w bazie danych. |
| Dostarczona baza danych posiada wbudowane narzędzia do wykonywania kopii zapasowych i odtwarzania danych z możliwością odtwarzania do chwili z przed awarii - np. RMAN. |
| Możliwość zbudowania w oparciu o dostarczoną bazę danych clustra active-active dwóch węzłów. |
| Silnik bazy danych zapewnia wsparcie dla typu danych w standardzie DICOM obsługiwanego wewnętrznie przez serwer bazy danych (Umożliwia zakładanie w tabelach kolumn typu obsługującego standard DICOM). |
| Silnik bazy danych umożliwia przeszukiwanie indeksów na grupie atrybutów metadanych składowanych w kolumnach przechowujących dane w formacie DICOM. |
| Silnik bazy danych umożliwia operowanie na danych DICOM za pomocą: konstrukcji języka SQL, procedur składowanych, Java API. Silnik bazy danych ma wbudowane mechanizmy konwersji treści DICOM do formatów JPEG, GIF, MPEG, AVI. |
| Silnik bazy danych ma możliwość realizacji kopii bezpieczeństwa bezpośrednio przez serwer bazy danych w trakcie działania (na gorąco). Silnik bazy danych umożliwia integrację z powszechnie stosowanymi systemami backupu. |
| Silnik bazy danych generuje kopie bezpieczeństwa automatycznie (o określonej porze) i na żądanie operatora oraz umożliwia odtwarzanie bazy danych z kopii archiwalnej, w tym sprzed awarii. |
| Silnik bazy danych daje możliwość zautomatyzowanego usuwania zbędnych kopii bezpieczeństwa przy zachowaniu odpowiedniej liczby kopii nadmiarowych - stosownie do założonej polityki nadmiarowości backup'ów. |
| Silnik bazy danych umożliwia odtwarzanie danych z wykonanych kopii. Odtworzenia powinno umożliwiać odzyskanie stanu danych z chwili wystąpienia awarii bądź cofnąć stan bazy danych do punktu w czasie. |
| Dostarczony motor bazy danych nie może posiadać ograniczeń na wielkość bazy danych. |
| Dostarczony motor bazy danych nie może posiadać ograniczeń na ilość wykorzystywanej pamięci RAM. |
| Silnik bazy danych daje Możliwość przeniesienia (migracji) struktur bazy danych i danych pomiędzy ww. platformami bez konieczności rekompilacji aplikacji bądź migracji środowiska aplikacyjnego. |
| Dostarczona baza danych nie może być powiązana z konkretnym sprzętem (OEM). |
| Dostarczona baza danych nie jest bazą danych typu open-source. |
| Do zaoferowanej bazy możliwe jest wykupienie i odbycie autoryzowanych szkoleń w Centrum Szkoleniowym autoryzowanym przez Producenta Bazy Danych. |