

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**Elektroniczna Dokumentacja Medyczna, Integracja z Platformą PUI wraz z digitalizacją dokumentacji medycznej****I. Digitalizacja dokumentacji medycznej istotnej z punktu widzenia leczenia i profilaktyki**

Zakres Prac:

1. Przeprowadzenia analizy przedwdrożeniowej.
2. Dostawy sprzętu umożliwiającego wykonanie funkcjonalności Systemu –Skaner A3 sztuk 1; Skaner A4 sztuk 2; Czytnik e-dowodu sztuk 3 .
3. Dostawy licencji na system w liczbie sztuk 3.
4. Przeprowadzenia odpowiednich szkoleń w zakresie administrowania i użytkowania Systemu.
5. Świadczenia opieki serwisowej wraz z nadzorem autorskim dla wszystkich przekazywanych licencji na System przez okres 36 miesięcy od daty zakończenia wdrożenia.

Analiza przedwdrożeniowa

Na potrzebę realizacji zamówienia Wykonawca, przeprowadzi analizę przedwdrożeniową w placówce Zamawiającego.

Wykonawca wraz z Zamawiającym dokonają wizji lokalnej stanowisk, które zostaną zaproponowane przez Zamawiającego w ramach wdrożenia.

Wynikiem analizy ma być raport przekazany Zamawiającemu przez Wykonawcę w terminie 3 dni roboczych od zakończenia analizy.

Raport powinien wskazywać niezbędne do wykonania przez Zamawiającego zmiany w infrastrukturze placówki celem sprawnego wdrożenia zamawianego rozwiązania.

Zamawiający zastrzega, że Wykonawca nie ma prawa do samodzielnej ingerencji w infrastrukturę placówki.

Zamawiający zastrzega, że w przypadku zasugerowania zmian niemających krytycznego wpływu na proces wdrożenia i uruchomienia Systemu, Zamawiający nie ma obowiązku ich wprowadzenia. Jednocześnie nie może przełożyć się to na opóźnienia w realizacji prac zleconych dla Wykonawcy.

W zakresie zmian krytycznych dla wdrożenia Wykonawca zobowiązany jest do ich wyraźnego wskazania w raporcie:

Czytnik e-dowodu

Czytnik powinien posiadać klasę bezpieczeństwa minimum 4

Czytnik powinien posiadać funkcję eID oraz eSIGN

Czytnik powinien być możliwy do podłączenia za pomocą USB 2.0

Czytnik powinien posiadać zintegrowaną klawiaturę i wyświetlacz

Zintegrowana z czytnikiem klawiatura powinna pozwalać na wprowadzanie kodu PIN

Czytnik powinien posiadać podświetlany wyświetlacz LCD

Zintegrowany z czytnikiem wyświetlacz nie powinien przekraczać rozmiaru 6,5 x 1,7 cm

Czytnik powinien posiadać wskaźnik stanu pracy

Czytnik powinien spełniać wymogi MSWiA

Zamawiający wymaga 24 miesięcznej gwarancji na czytnik liczonej od momentu dostarczenia sprzętu.

Wykonawca ponosi koszty napraw gwarancyjnych wraz z kosztami części i transportu

Minimalne warunki licencji na system

Z chwilą dostarczenia danego rozwiązania lub jego części dla Zamawiającego, Wykonawca udzieli (z chwilą dostarczenia, bez konieczności składania dodatkowych oświadczeń woli) niewyłącznej licencji na takie rozwiązanie, na czas nieokreślony od daty podpisania przez Zamawiającego końcowego protokołu odbioru bez uwag i zastrzeżeń, na następujących polach eksploatacji:

- a. wprowadzanie do pamięci komputera
- b. korzystanie
- c. sporządzanie kopii zapasowej
- d. przenoszenie pomiędzy stanowiskami

Zamawiający w ramach udzielonej licencji uprawniony będzie do korzystania z wygenerowanych za pomocą danego rozwiązania dokumentów (np. raportów, analiz) w szczególności poprzez:

- a. opracowanie, w tym zmianę, adaptację, tłumaczenie,
- b. utrwalanie lub zwielokrotnianie w całości lub w części jakimikolwiek środkami i w jakiejkolwiek formie, niezależnie od formatu, systemu lub standardu, w tym techniką drukarską, techniką reprograficzną, techniką cyfrową lub poprzez wprowadzanie do pamięci komputera,
- c. publiczne rozpowszechnianie, w tym: wyświetlanie, odtwarzanie w dowolnym systemie lub standardzie, a także publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do nich dostęp w miejscu i czasie przez siebie wybranym
- d. wprowadzanie do sieci multimedialnych oraz Internetu,
- e. umieszczanie w publikacjach drukowanych (w tym m.in. ulotki, foldery, plakaty),
- f. umieszczanie w publikacjach elektronicznych oraz aplikacjach elektronicznych,
- g. umieszczanie w prezentacjach i materiałach prasowych,
- h. umieszczanie w spotach i filmach reklamowych.

Licencja, o której mowa w ust. 1 i 2 uprawnia Zamawiającego do korzystania z rozwiązania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Zamawiający może wykonywać wszelkie prawa przyznane w ramach licencji również przy udziale, za pośrednictwem lub przy pomocy osób trzecich świadczących usługi na rzecz Zamawiającego, w tym w szczególności profesjonalnych doradców, konsultantów, zleceńbiorców oraz innych osób współpracujących z Zamawiającym.

Zamawiający nie będzie mieć prawa przenosić licencji na inne osoby, przy czym wyjątkiem jest zmiana formy prawnej lub zmiany struktury właścicielskiej Zamawiającego, która wyłączona jest spod zapisów tego ustępu.

Wykonawca składając ofertę oświadcza, iż:

- a. przysługują mu wszelkie prawa do przedmiotów własności intelektualnej oferowanych w ramach postępowania oraz prawa te nie są w żaden sposób obciążone prawami osób trzecich; lub
- b. przysługują mu prawa do sprzedaży sublicencji na przedmiot własności intelektualnej oferowanej w ramach postępowania oraz prawa te nie są w żaden sposób obciążone prawami osób trzecich; oraz
- c. udzielenie licencji zgodnie z ofertą, jak również korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotów własności intelektualnej zaoferowanych przez Wykonawcę nie będzie stanowić naruszenia praw osób trzecich.

Zamawiający gwarantuje parametry ujęte w postępowaniu, a Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia pozostałych elementów niezbędnych do poprawnego wdrożenia rozwiązania.

Wymagania dla oprogramowania

1. System musi umożliwiać pracę w odizolowanym środowisku na infrastrukturze Zamawiającego, bez dostępu do Internetu lub jakichkolwiek połączeń sieciowych poza infrastrukturę teleinformatyczną Zamawiającego

2. System musi umożliwiać działanie na lokalnej bazie danych dostępnej w modelu open-source - bez kosztów licencji.
3. System musi umożliwiać uruchomienie w lokalnym klastrze wysokiej dostępności w celu zapewnienia działania Systemu w przypadku awarii części infrastruktury
4. System musi umożliwiać integrację do lokalnej domeny Active Directory Zamawiającego w celu uniknięcia tworzenia nowych kont dla użytkowników końcowych. Ponadto dla aplikacji uruchamianych przez użytkownika końcowego na komputerach z systemem operacyjnym Windows, niezbędna jest możliwość logowania jednokrotnego (SSO) za pośrednictwem wykorzystywanego protokołu Kerberos.
5. System musi posiadać Aplikację Centralną, dostępną z poziomu przeglądarki Internetowej, wymagającą logowania na konto użytkownika.
6. System ma umożliwiać implementację nowych szablonów do Systemu poprzez import do aplikacji webowej uprzednio przygotowanego pliku, posiadającego informacje o polach (nazwy, współrzędne) opisujących dokument (np. skan). Szablon musi umożliwiać pozyskiwanie treści z dokumentów na podstawie zdefiniowanych współrzędnych lub opierając się na relacjach do treści zawartych w dokumencie (np. rozpoznanie PESEL-u pacjenta na podstawie odniesienia się/przesunięcia od wyszukanego słowa „PESEL”).
7. System musi umożliwiać zarządzanie wersjami formularzy i szablonów w celu umożliwienia modyfikacji szablonu bez zmian konfiguracji powiązanych systemów lub narzędzi. System musi umożliwiać tworzenie dowolnej liczby wersji danego szablonu z oznaczeniem aktualnie obowiązującej wersji.
8. System musi posiadać Repozytorium dokumentów skanowanych:
 - a. System musi posiadać wbudowane mechanizmy zapisywania, przechowywania i katalogowania dokumentów skanowanych w ramach Systemu,
 - b. System musi umożliwiać samodzielne tworzenie, usuwanie i zmianę nazwy katalogów i podkatalogów możliwych do przeglądania z poziomu Aplikacji Centralnej.
 - c. System musi umożliwiać przenoszenie dokumentów skanowanych pomiędzy katalogami oraz definiowanie domyślnych katalogów zapisu dokumentów skanowanych.
 - d. System musi umożliwiać samodzielną konfigurację struktury danych, która prezentuje dokumenty skanowane w postaci rekordów zbudowanych na podstawie danych zawartych w dokumentach skanowanych. To znaczy, że jeżeli w określonych polach dokumentów skanowanych znajdują się określone wartości, to System automatycznie utworzy nowy rekord i zapisze w nim dokumenty skanowane lub przypisze dokumenty skanowane do istniejącego rekordu zawierającego te dane.
9. System musi umożliwiać zarządzanie podłączonymi do Systemu stanowiskami, w podziale na typ urządzenia. Aplikacja Centralna musi ponadto umożliwiać przegląd ostatnich zdarzeń na stanowisku oraz możliwość zdalnej zmiany konfiguracji w celu zarządzania stanowiskami.
10. System musi udostępniać panel administracyjny dostępny z poziomu Aplikacji Centralnej.
11. System musi umożliwiać tworzenie kont użytkowników i zarządzanie nimi z poziomu panelu administracyjnego.
12. Integracje :
 - a. System musi umożliwiać otwartą integrację z systemami zewnętrznymi za pomocą API w technologii REST.
 - b. System umożliwia wysłanie do podpisu dokumentu za pośrednictwem funkcjonalności wirtualnej drukarki. W przypadku braku dostosowania dokumentów do pracy z systemem, aplikacja obsługująca wirtualną drukarkę powinna umożliwiać ręczne wskazanie lokalizacji pól podpisu.

- c. System musi pozwalać na przesłanie do podpisu dowolnego dokumentu w formacie PDF oraz ukrycie niezbędnych informacji o dokumencie, w szczególności o polach podpisu, w samej treści dokumentu – bez konieczności obsługi tych informacji w zapytaniu integracyjnym.
- d. System musi umożliwiać cofnięcie autoryzacji dla danej integracji w celu zabezpieczenia przed wyciekiem.
- e. e. System musi posiadać funkcjonalność ustawiania automatycznych powiadomień o podpisaniu dokumentu na wskazany webservice w celu umożliwienia integracji bez konieczności wykonania prac po stronie Wykonawcy.

Wymagania związane ze Skanerem:

- a. Możliwość uruchomienia aplikacji Systemu na dowolnym komputerze z systemem operacyjnym Windows 10/11, wersja 64-bitowa
- b. System musi umożliwiać automatyczne skanowanie dokumentów z możliwością opatrzenia tych skanów podpisem cyfrowym - kwalifikowanym, niekwalifikowanym i osobistym (e-Dowód).
- c. System musi umożliwiać lokalne zapisywanie dokumentów zeskanowanych, a w przypadku automatycznego rozpoznania danych, automatyczne nadanie plikom nazwy i hasła dostępu do nich na podstawie szablonu nazewnictwa.
- d. System musi umożliwiać pobieranie bezpośrednio z dokumentu danych opisujących dokument
- e. System musi umożliwiać regulację stopnia kompresji plików.
- f. System musi umożliwiać przed rozpoczęciem skanowania ustawienie dzielenia skanowanych dokumentów co wybraną liczbę stron.
- g. System musi posiadać funkcjonalność optycznego rozpoznawania znaków (OCR) bez limitów rozpoznawanych dokumentów.
- h. System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie kolejnych danych w polach dokumentu na podstawie takich samych danych wcześniej poprawnie wprowadzonych w szablonie.
- i. System musi mieć funkcje dzielenia kompletów dokumentów skanowanych seryjnie z automatycznego podajnika dokumentów urządzenia skanującego.
- j. System musi posiadać wbudowaną wyszukiwarkę dokumentów.
- k. System musi umożliwiać weryfikację poprawności rozpoznanych lub wprowadzonych danych przed ich zatwierdzeniem.
- l. System musi wymagać uwierzytelnienia (zalogowania) użytkownika.
- m. System musi umożliwiać zapisywanie wersji roboczych nieprzetworzonych dokumentów zeskanowanych w celu powrotu do pracy nad nimi po uruchomieniu kolejnej sesji.
- n. System musi umożliwiać rozpoznawanie danych bezpośrednio ze skanowanego dokumentu na podstawie informacji zawartych w szablonach zaimplementowanych uprzednio do Systemu. W szczególności należy umieścić współrzędne pól takich jak tytuł dokumentu oraz pól niezbędnych do identyfikacji osoby, której dokument dotyczy, celem przesłania go do systemu.
- o. System musi posiadać funkcjonalność dzielenia dokumentów według szablonów i automatycznego dołączania do nich dowolnej ilości stron niebędących szablonami.
- p. System musi umożliwiać ustawienie domyślnego szablonu skanowania, który będzie automatycznie wskazywany w sytuacji, gdy nie będzie możliwe rozpoznanie szablonu dla skanowanego dokumentu.
- q. System musi umożliwiać współpracę z urządzeniami skanującymi działającymi za pośrednictwem protokołu TWAIN.
- r. Skanowanie i zarządzanie dokumentami zeskanowanymi przed wysłaniem ich do systemu HIS, musi odbywać się w aplikacji będącej częścią systemu zainstalowanej na stacji roboczej podłączonej do skanera

Wdrożenie i szkolenia

W ramach realizacji przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzenia wdrożenia systemu w następującym zakresie:

1. Instalacji oprogramowania na maszynie wirtualnej w infrastrukturze sieciowej Zamawiającego;
2. Rozmieszczenia dostarczanych sprzętów na stanowiskach roboczych wskazanych przez Zamawiającego;
3. Instalacji na wskazanych stanowiskach, o których mowa w punkcie 2, oprogramowania niezbędnego do poprawnej pracy systemu lub dostarczenie zestawu instalatorów wymaganych do przeprowadzenia instalacji domenowej;
4. Konfiguracji i parametryzacja dostarczonego oprogramowania do współpracy z dostarczonym sprzętem;
5. W porozumieniu z dostawcą systemu dziedzinowego HIS uruchomienie integracji między systemem HIS a dostarczonym systemem;
6. Przekazania Zamawiającemu zestawu zmiennych i parametrów wymaganych do poprawnego działania integracji między systemem HIS a dostarczonym systemem;
7. Przeprowadzenie szkoleń z zakresu działania systemu dla użytkowników systemu (personelu medycznego);
8. Przeprowadzenie szkoleń z zakresu administrowania infrastrukturą i konfiguracją systemu dla administratorów szpitala;
9. Dostarczenie dokumentacji powdrożeniowej.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do wskazania Wykonawcy w trakcie trwania wdrożenia mniejszej liczby stanowisk do instalacji i konfiguracji niż liczba dostarczonego przez Wykonawcę sprzętu i przeprowadzenia odbioru końcowego z uwzględnieniem powyższej zmiany. Wykonawca będzie zobowiązany do przeprowadzenia instalacji i konfiguracji pozostałych stanowisk w ramach świadczenia opieki serwisowej. Zamawiający uzgodni z Wykonawcą szczegółowy harmonogram instalacji i konfiguracji poza okresem wdrożenia, przy czym czas wykonania instalacji i konfiguracji nie może być dłuższy niż 20 dni roboczych od przekazania Wykonawcy informacji o zleceniu realizacji zadania.

Szkolenia dla użytkowników systemu zostaną przeprowadzone w trybie:

- a. szkoleń audytoryjnych przeprowadzonych w grupach; i/lub
- b. szkoleń stanowiskowych - na każdym z zainstalowanych i skonfigurowanych stanowisk Wykonawca przeprowadzi szkolenie dla personelu szpitala obsługującego dane stanowisko w dwóch różnych terminach;
- c. szkoleń dla administratorów szpitala z zakresu administrowania infrastrukturą i konfiguracją;
- d. zamawiający przewiduje konieczność przeszkolenia około 10 osób; dokładna liczba osób do przeszkolenia zostanie przekazana Wykonawcy w terminie do 10 dni od zawarcia umowy.

Wykonawca jest zobowiązany do umożliwienia każdemu uczestnikowi szkolenia aktywnego uczestnictwa w szkoleniu polegającego na indywidualnym przejściu całego procesu związanego z wygenerowaniem dokumentu z systemu, podpisaniem dokumentu i zapisaniem dokumentu w systemie.

Wykonawca jest zobowiązany do uzyskania i udostępnienia Zamawiającemu potwierdzenia uczestnictwa od każdego z uczestników szkoleń.

Szkolenia mają być przeprowadzone w placówce Zamawiającego w dni robocze w godzinach od 8:00 do 14:00. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany trybu przeprowadzania szkoleń na formę zdalną za pośrednictwem telekonferencji w przypadku występowania w placówce sytuacji epidemiologicznej uniemożliwiającej przeprowadzenie szkoleń stacjonarnych.

Wykonawca prześle Zamawiającemu materiały instruktażowe w postaci filmów instruktażowych lub instrukcji stanowiskowych, umożliwiających wykonanie samodzielnego szkolenia dla personelu szpitala.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zorganizowania szkoleń dla części personelu szpitala w terminie wykraczającym poza okres trwania prac wdrożeniowych i przeprowadzenia odbioru końcowego z uwzględnieniem powyższej zmiany. Wykonawca będzie zobowiązany do przeprowadzenia pozostałych szkoleń w ramach świadczenia opieki serwisowej. Zamawiający uzgodni z Wykonawcą szczegółowy harmonogram szkoleń poza okresem wdrożenia, przy czym czas przeprowadzenia szkoleń nie może być dłuższy niż 30 dni roboczych od przekazania Wykonawcy informacji o zleceniu realizacji zadania.

Wykonawca jest zobowiązany przedstawić Zamawiającemu propozycję szczegółowego harmonogramu szkoleń nie później niż na 3 dni robocze przed planowanym rozpoczęciem szkoleń.

Wykonawca jest zobowiązany do uwzględnienia uwag przekazanych przez Zamawiającego, a w przypadku braku takiej możliwości, do przedstawienia nowej propozycji harmonogramu szkoleń w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od przekazania uwag.

Wykonawca prześle Zamawiającemu Dokumentację powdrożeniową po zakończeniu wszystkich prac wdrożeniowych aktualną na dzień odbioru końcowego. Dokumentacja powdrożeniowa ma obejmować:

- a. raport z wykonanych prac wdrożeniowych
- b. zestawienie personelu uczestniczącego w szkoleniach
- c. instrukcję obsługi systemu
- d. wykaz zmiennych i parametrów ustawionych dla systemu
- e. informacje na temat dostępnego sposobu zgłaszania awarii i usterek w działaniu systemu
- f. wykaz procedur wymaganych dla poprawnego działania systemu, które administrator systemu szpitalnego ma przeprowadzać na serwerze i dostarczonym systemie

Opieka nad systemem

W ramach opieki serwisowej nad Systemem Wykonawca w okresie 36 miesięcy świadczyć będzie następujące usługi/ wykonywać będzie następujące prace:

udostępnianie nowych wersji oprogramowania ,

udostępnianie łatek i hotfixów zapewniających bezpieczeństwo działania Systemu,

wykonywanie wymaganych prac programistycznych oraz konfiguracyjnych w przypadku awarii lub nieprawidłowego działania Systemu,

świadczenie wsparcia technicznego w godzinach pracy serwisu,

naprawa awarii, wad i usterek oprogramowania opisanych w tabeli Warunki brzegowe realizacji usług serwisowych,

obsługa konsultacji opisanych w tabeli Warunki brzegowe realizacji usług serwisowych.

Integracja z systemem skanowania

Integracja odbywa się poprzez udostępnione API, które umożliwia zapis danych EDM

System medyczny udostępnia dane:

- pobytu pacjenta, nr pobytu
- dane pacjenta (PESEL, identyfikator w systemie medycznym, imię, nazwisko)
- dane personelu wykorzystywane do identyfikacji osoby skanującej i autoryzującej kopię elektroniczną

System skanowania przekazuje do repozytorium EDM:

- elektroniczny obraz zeskanowanego dokumentu opatrzony następującymi atrybutami:
- identyfikator pracownika autoryzującego skan
- dane indeksowe dokumentu:
- identyfikator pacjenta
- identyfikator pobytu

System HIS powinien umożliwiać podgląd zdigitalizowanej dokumentacji medycznej.

System HIS musi zapewniać obsługę dokumentacji medycznej zdigitalizowanej w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA i jej wymianę w ramach platformy P1 zgodnie z aktualnymi wytycznymi Centrum e-Zdrowia.

Wymagania dotyczące sprzętu

Typ skanera: Skaner z automatycznym podajnikiem dokumentów ADF i skanowaniem płaskim (bezkrawędziowym)

Tryb skanowania: Skanowanie dwustronne jednoprzebiegowe (duplex); kolor/skala szarości/monochromatyczny

Przeznaczenie urządzenia: Skanowanie dokumentów o różnych formatach i gramaturach bez konieczności ich wcześniejszej segregacji, skanowanie dokumentów długich

Format skanowanych dokumentów: A3 i mniejsze

Ilość układów optycznych: 3 - możliwość skanowania w trybie duplex z ADF oraz skanowanie z szyby format max A4

Element światłoczuły dla ADF: 3x CIS

Typ oświetlenia: LED

Prędkość skanowania ADF dla 300DPI tryb cz&b, kolor i skala szarości: 100 arkuszy/min, 200 obrazów/min

Rozdzielczość optyczna: 600 DPI

Rozdzielczość wyjściowa dla ADF: 100-1200 DPI

Panel kontrolny: 3.5 cala kolorowy dotykowy ekran LCD z możliwością predefiniowania profili skanowania i uruchamiania ich z poziomu skanera wraz z możliwością indywidualnego opisu zadań w języku polskim. Interfejs użytkownika i wyświetlane komunikaty muszą być w języku polskim.

Automatyczny podajnik dokumentów: z pobieraniem arkuszy od góry, regulowany min. w 3 stopniach na 300 arkuszy o gramaturze 80g/m²

Tryb skanowania kopert: skanowanie kopert i grubych dokumentów A3 przy użyciu ADF za pomocą prostej ścieżki prowadzenia papieru

Funkcje poprawy jakości skanowanych dokumentów dostępne z poziomu sterownika TWAIN jak i ISIS: Likwidacja przekosu, automatyczne rozpoznawanie wielkości i rozmiaru dokumentu, usuwanie kolorów; skanowanie dwustrumieniowe kolor i czarno-biały za jednym przebiegiem; interaktywna regulacja koloru, regulacja jasności i kontrastu, automatyczna rotacja dokumentu, automatyczne wykrywanie koloru, inteligentne wygładzanie koloru tła, inteligentne wypełnienie krawędzi obrazu, scalanie obrazów, wykrywanie pustych stron na podstawie możliwego do zdefiniowania konkretnego procentowego stopnia zaczernienia strony, wykrywanie pustych stron na podstawie definiowalnego rozmiaru pliku, filtrowanie smug, filtr ostrości, układanie dokumentów na tacy wyjściowej,

Format pliku wyjściowego: Tiff, jpg, bmp, pdf, pdf/A, pdf przeszukiwalny do j. polskiego, rtf do j. polskiego, xml z wartością odczytanego kodu kreskowego

Format pliku indeksowego: Możliwość generowania pliku xml lub csv - zawierającego informację na temat wartości odczytanego kodu kreskowego np.: Interleaved 2 of 5, Code 3 of 9, Code 128, Codabar, UPC-A, UPC-E, EAN-13, EAN-8, PDF417, QR code.

Skanowanie zgodne z FADGI: TAK - skaner musi mieć możliwość wybrania trybu skanowania zgodnego z FADGI (Federal Agencies Digital Guidelines Initiative). Przełącznik trybu FADGI musi być dostępny z poziomu dotykowego panelu sterowania w skanerze.

Wsparcie dla sterowników: TWAIN, ISIS oraz Linux

Interfejs komunikacyjny z PC: USB 3.2 lub szybszy, LAN 10/100/1000 wbudowany w urządzenie

Obciążenie dzienne: 40 000 skanów

Maksymalna wspierana przez skaner długość dokumentu: 4000 mm

Zakres gramatury skanowanych dokumentów dla ADF: 34–433 g/m²

Czujnik podwójnych pobrań dokumentów: ultrasonik z interaktywnym przywracaniem wykrycia wielu arkuszy
Ochrona dokumentów przed zgnieceniem za pomocą czujnika akustycznego: tak - z regulacją czułości oraz
możliwością włączenia/wyłączenia z poziomu sterownika TWAIN i ISIS

Wspierane systemy operacyjne dla sterowników TWAIN oraz ISIS: Windows 10 (wersja 32-bitowa i 64-bitowa), Windows Server 2012 x64, Windows Server 2016 x64, Linux Ubuntu 18.04

Moduł nadruku (post printer): możliwość zainstalowania modułu nadruku generującego druk (np.data, liczba skanów) na dokumencie

Odczyt kodów kreskowych : przeplatany 2 z 5, kod 3 z 9, kod 128, Codabar, UPC-A, UPC-E, EAN-13, EAN-8, PDF417, QR

Gwarancja : 36 miesięcy producenta

Waga: do 25kg

Pobór mocy : tryb pracy <50W, tryb uśpienia <4W, tryb czytania <0.3W

Deklaracja zgodności: CE

Ochrona Środowiska: Energy Star, EPEAT, ROHS.

Typ skanera: Skaner z automatycznym podajnikiem dokumentów ADF i skanowaniem płaskim (bezkrawędziowym)

Tryb skanowania: Skanowanie dwustronne jednoprzebiegowe (duplex); kolor/skala szarości/monochromatyczny

Przeznaczenie urządzenia: Skanowanie dokumentów o różnych formatach i gramaturach bez konieczności ich wcześniejszej segregacji, skanowanie dokumentów długich

Format skanowanych dokumentów: ADF: A4,A5,A6,A7,A8 i mniejsze, szyba A4 i mniejsze z funkcją book-edge (bezkrawędziowe skanowanie)

Ilość układów optycznych: 3 - możliwość skanowania w trybie duplex z ADF oraz za pomocą szyby

Element światłoczuły dla ADF: CIS

Typ oświetlenia: LED

Prędkość skanowania dla 300DPI tryb cz&b, kolor i skala szarości: 85 arkuszy/min, 170 obrazów/min

Rozdzielczość optyczna: 600 DPI

Skanowanie płaskie z szyby: format A4

Moduł nadruku: opcjonalnie - możliwość zainstalowania modułu nadruku takich informacji jak: data skanu, godzina skanu, kolejny numer skanu oraz wprowadzenie dowolnego tekstu typu "prefix"

Rozdzielczość wyjściowa: 100-1200 DPI

Panel kontrolny: 3.5 cala kolorowy dotykowy ekran LCD z możliwością predefiniowania profili skanowania i uruchamiania ich z poziomu skanera wraz z możliwością indywidualnego opisu zadań. Polski interfejs użytkownika

Automatyczny podajnik dokumentów: regulowany, min. w 3 stopniach, pojemność 300 arkuszy w formacie A4 o gramaturze 80g/m²

Tryb skanowania kopert: skanowanie kopert i grubych dokumentów A4 przy użyciu ADF za pomocą prostej ścieżki prowadzenia papieru

Poprawa jakości skanowanych dokumentów dla sterowników Twain oraz ISIS: Likwidacja przekosu, automatyczne rozpoznawanie wielkości i rozmiaru dokumentu, usuwanie kolorów; skanowanie dwustrumieniowe kolor i czarno-biały za jednym przebiegiem; interaktywna regulacja koloru, regulacja jasności i kontrastu, automatyczna rotacja dokumentu, automatyczne wykrywanie koloru, inteligentne wygładzanie koloru tła, inteligentne wypełnienie krawędzi obrazu, scalanie obrazów, wykrywanie pustych stron na podstawie procentowej zawartości oraz rozmiarze pliku, filtrowanie smug, filtr ostrości, układanie dokumentów na tacy wyjściowej,

Format pliku wyjściowego: Tiff, jpg, bmp, pdf, pdf/A, pdf przeszukiwalny do j. polskiego, rtf do j. polskiego, xml z wartością odczytanego kodu kreskowego

Format pliku indeksowego: Możliwość generowania pliku xml lub csv - zawierającego informację na temat liczby zeskanowanych stron, nazwy pliku oraz wartości odczytanego kodu kreskowego np.: Interleaved 2 of 5, Code 3 of 9, Code 128, Codabar, UPC-A, UPC-E, EAN-13, EAN-8, PDF417, QR code

Wsparcie dla sterowników: TWAIN, ISIS oraz Linux

Interfejs komunikacyjny z PC: USB 3.2 lub szybszy, LAN 10/100/1000 wbudowany w urządzenie

Obciążenie dzienne: 20 000 skanów

Maksymalna wspierana przez skaner długość dokumentu: 3000 mm

Zakres gramatury skanowanych dokumentów dla ADF: 35–430 g/m²

Czujnik podwójnych pobrań dokumentów: ultrasonik z interaktywnym przywracaniem wykrycia wielu arkuszy oraz regulacją czułości z poziomu sterownika ISIS i TWAIN

Ochrona dokumentów przed zgnieceniem za pomocą czujnika akustycznego: tak - z regulacją czułości z poziomu sterownika ISIS i TWAIN

Wspierane systemy operacyjne dla sterowników TWAIN oraz ISIS: Windows 10, Windows 11

Odczyt kodów kreskowych : przeplatany 2 z 5, kod 3 z 9, kod 128, Codabar, UPC-A, UPC-E, EAN-13, EAN-8, PDF417, QR

Gwarancja : 36 miesięcy

Waga: 25 kg

Pobór mocy : tryb pracy <70W, tryb uśpienia <4.8W, tryb czuwania <0.3W

Deklaracja zgodności: CE

Ochrona Środowiska: Oferowany sprzęt musi spełniać wymogi specyfikacji technicznej Energy Star i posiadać oznaczenie znakiem usługowym ENERGY STAR lub spełniać kryteria efektywności energetycznej co najmniej równoważne z koniecznymi do uzyskania takiego oznaczenia. Zgodność z normą EPEAT.

II. Integracja z Platformą Usług Inteligentnych (PUI)

System RIS

Konfiguracja systemu obiegu informacji RIS dla potrzeb pracowni RTG.

1. System nie wymaga instalacji, działa w oparciu o przeglądarkę internetową FireFox
2. Nielimitowana ilość stanowisk - możliwość rejestracji pacjenta oraz obsługi badania na dowolnym komputerze w jednostce.
3. System umożliwia rejestrację zleceń wewnętrznych i zewnętrznych.
4. Rejestracja zgodna z wymogami sprawozdawczości elektronicznej do NFZ.
5. Rejestracja zleceń od pacjentów prywatnych.
6. Program RIS pozwala na dwa typy rejestracji:
 - a) na dzień bieżący bez wskazania konkretnej godziny badania.

b) zaplanowanie wykonania badania z wykorzystaniem terminarza obsługującego jednocześnie wiele pracowni diagnostycznych.

7. System ma wbudowane dwa typy terminarzy:

- a) uniemożliwiający nakładanie się terminów badań specjalistycznych (TK, MR) na jednym aparacie.
- b) pozwalający na rejestrowanie pacjentów na przedziały czasowe a nie konkretne godziny – przedziały czasowe o dowolnej wielkości (przedział godzinowy, kilku godzinowy, dzienny), w którym wybór aparatu następuje dopiero po zgłoszeniu się pacjenta na badanie

- 8. Możliwość rejestrowania dla pacjenta kilku procedur jednocześnie – zestaw badań.
- 9. Możliwość skanowania skierowań oraz innych dokumentów i zapamiętywanie ich w systemie dla danego badania z możliwością ich przeglądania. Dokumenty mogą być przypisywane w kontekście zarówno pacjenta i badania.
- 10. Możliwość rejestracji faktu wydania wyniku wskazanej osobie bądź jednostce organizacyjnej wraz z skanowaniem i zapamiętania dokumentu upoważnienia odbioru wyników.
- 11. Walidacja poprawności wpisu numeru PESEL. System automatycznie uzupełnia płeć, datę urodzenia pacjenta na podstawie numeru PESEL. System uniemożliwia dwukrotne wprowadzenie do systemu pacjenta z tym samym numerem PESEL, za wyjątkiem pacjenta z zerowym numerem PESEL
- 12. System zapamiętuje, w kontekście badania, dane pacjenta aktualne w momencie wykonania badania. Formularz badania prezentuje zarówno aktualne dane pacjenta jak i dane ważne w momencie wykonania badania.
- 13. Identyfikacja i weryfikacja lekarzy zlecających na podstawie prawa wykonywania zawodu z wykorzystaniem słownika lekarzy zlecających. System uniemożliwia dwukrotne wprowadzenie do systemu lekarzy zlecających z tym samym numerem prawa wykonywania zawodu.
- 14. Identyfikacja jednostki zlecającej na podstawie numeru umowy z NFZ, NIP'u, Regonu, skrótu. System uniemożliwia dwukrotne wprowadzenie do systemu jednostki zlecającej z tym samym numerem umowy z NFZ, NIP'em, Regonem
- 15. Podręczna wyszukiwarka pacjentów z możliwością wyszukiwania wg numeru PESEL lub nazwiska pacjenta- system automatycznie rozpoznaje czy jest wpisywany nr PESEL czy też nazwisko. Wyszukiwarka zawęży liczbę wyników wraz z każdym wpisanym znakiem (wyszukiwanie inkrementne).
- 16. System umożliwia wyszukiwanie badań na co najmniej dwa sposoby:

- a) szybko dostępna wyszukiwarka prosta, zawierająca najczęściej używane kryteria wyszukiwania
- b) wyszukiwarka zaawansowana pozwalająca na wyszukiwanie po wszystkich polach dostępnych w formularzu badania, wykorzystująca pola słownikowe dostępne w formularzu badania.

W obu tych przypadkach wyszukiwanie zależne jest od polskich liter.

- 17. Realizacja zlecenia w pracowni (zaplanowanie badania, rejestracja badania, opis, zużycie materiałów, weryfikacja wyników)
- 18. Przegląd i edycja katalogu badań wraz z możliwością modyfikacji cenników badań w powiązaniu z jednostkami zlecającymi oraz priorytetem badania.
- 19. Wybór badania do opisu z możliwością otwarcia obrazu w formacie DICOM 3 na stacji roboczej z zainstalowanym oprogramowaniem diagnostycznym min. Tomocon, eFilm, Carestream, Osirix (tzw. Integracja desktopowa)
- 20. Możliwość korzystania z szablonów (wzorców) opisów. System umożliwia tworzenie własnych wzorców opisu. Wzorce mogą być prywatne, dostępne jedynie dla autora, bądź publiczne
- 21. Możliwość przypisania lekarza opisującego do badania na etapie rejestracji. Automatyczny wybór zalogowanego lekarza jako opisującego po wywołaniu formularza opisu badania.

22. Możliwość przypisania do badania lekarza rezydenta nie posiadającego prawa do publikacji wyniku, opisanie badania przez lekarza rezydenta oraz zatwierdzenia i publikacji wyniku przez lekarza specjalistę.
23. Podczas wykonywania opisu badania widoczne dane takie jak:
 - a) uwagi do badania,
 - b) rodzaj i numer badania,
 - c) data wykonania,
 - d) dane pacjenta (aktualne i w dniu badania),
 - e) technik wykonujący badanie,
 - f) wzrost i waga pacjenta
 - g) wiek pacjenta w dniu badania
 - h) rozpoznania (kod ICD10)
24. System posiada funkcję autozapisu opisu badania. Funkcja autozapisu zapisuje wynik jako wersję roboczą, tzw. opis tymczasowy, który widoczny jest wyłącznie dla autora. Pozostali użytkownicy widzą informację, że badanie posiada opis tymczasowy, ale nie widzą jego treści.
25. Możliwość wygenerowania opisu badania podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lekarza opisującego. System obsługuje formaty podpisu PAdES oraz XAdES oraz wspiera wielu dostawców podpisu kwalifikowanego, min. Sigillum, Certum, Enigma SOI, KIR.
26. Możliwość wygenerowania opisu badania podpisanego niewalifikowanym podpisem elektronicznym lekarza opisującego oraz certyfikatem ZUS.
27. Aplikacja prezentuje informacje o wszystkich podpisanych wersjach opisu danego badania. Lista zawiera co najmniej:
 - a) datę i godzinę wykonania podpisu
 - b) dane osoby dokonującej podpisu pochodzące z wykorzystanego certyfikatu
 - c) nazwę użytkownika, z którego konta dokonano podpisu
 - d) status podpisu (aktualny, nieaktualny)
28. System umożliwia włączenie blokady edycji opisu badania po ustawieniu statusu wyniki
29. System umożliwia zapis w systemie dźwiękowych opisów badań z użyciem narzędzia typu Philips SpeechMike lub innych, równoważnych narzędzi wspomagania dyktowania.
30. System umożliwia odczyt w systemie dźwiękowego opisu badania z użyciem narzędzi wspomagających możliwość szybkiego wpisywania opisu.
31. Możliwość dostosowania szablonów wydruku wyniku do potrzeb pracowni - wykorzystanie dowolnego formatowania i szaty graficznej.
32. Wydruk opisu zgodny z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
33. Możliwość przypisania do badania parametrów ekspozycji i materiałów zużywalnych.
34. Możliwość wpisywania informacji o parametrach ekspozycji (mAs, kV, itp..)
35. Możliwość przypisania do badania personelu uczestniczącego, min. technik, pielęgniarka, lekarz
36. System umożliwia nagrywanie za pomocą automatycznego duplikatora płyt wyniku badania pacjenta (opis + obrazy w standardzie DICOM z użyciem bezstratnej kompresji JPEG LossLess + przeglądarka DICOM) na płycie DVD lub CD z automatycznym podziałem na kilka nośników dla badań większych niż pojedynczy nośnik.
37. System umożliwia generowanie raportów statystycznych i rozliczeniowych na podstawie dowolnych danych przetwarzanych w systemie.

38. Integracja z eWUŚ w zakresie weryfikacji i prezentacji statusu ubezpieczenia pacjenta w trybie automatycznym, zgodnie z harmonogramem bądź na żądanie użytkownika System posiada możliwość ręcznego wgrania pliku potwierdzenia.
39. Panel administracyjny dostępny z każdej stacji roboczej bez konieczności instalowania oprogramowania klienckiego przez WWW umożliwiające zarządzanie systemem min. dodawanie użytkowników, nadawanie uprawnień, dodawanie rodzajów badań, cenników.
40. Automatyczne dokumentowanie wszystkich zapisów i zmian w systemie dotyczących pacjenta i badania wraz z odpowiednim narzędziem administracyjnym do przywracania danych historycznych.
41. DICOM Modality Worklist - system generuje listy robocze dla urządzeń diagnostycznych.
42. Automatyczna zmiana statusu badania w RIS przy pomocy DICOM MPPS.
43. Możliwość integracji z drzewem LDAP w zakresie weryfikacji loginu, hasła, uprawnień do logowania do systemu oraz do funkcji i ról w systemie
44. PACS System archiwizacji i dystrybucji na oddziały obrazów i opisów badań radiologicznych – tego samego producenta co system RIS
45. Podłączenie do systemu następujących urządzeń: , RTG
46. System nie wymaga instalacji, działa w oparciu o przeglądarkę internetową, min, FireFox
47. Dostęp do aplikacji zabezpieczony loginem i hasłem
48. System działa w oparciu o architekturę 64-bitową i może wykorzystywać więcej niż 8 GB pamięci RAM
49. System obsługuje macierze o nieograniczonej pojemności
50. System umożliwia automatyczną komunikację z innymi systemami w standardzie DICOM
51. Możliwość obsługi DICOMowych klas SOP C-FIND, C-MOVE, C-GET
52. System posiada kompresję JPEG Lossless obrazów (JPEG Lossless Process14) – min 2-krotną obejmującą archiwizowanie obrazów, ich przesyłanie pomiędzy jednostkami, nagrywanie płyt dla pacjenta, backup danych obrazowych
53. Możliwość tworzenia wirtualnych archiwów dla poszczególnych jednostek akwizycyjnych oraz możliwość nadawania praw dostępu do nich (tylko odczyt, odczyt/zapis) dla poszczególnych klientów DICOM poprzez dedykowane narzędzie.
54. Baza danych wszystkich przesłanych do stacji pacjentów oraz obsługa procesu starzenia się badań i przenoszenia najstarszych badań na nośniki off-line
55. System daje możliwość współpracy z następującymi urządzeniami archiwizującymi dane:
Archiwizacja on-line:
Macierz dyskowa RAID – urządzenie typu NAS, możliwość swobodnego rozszerzenia przez dodanie kolejnych urządzeń typu NAS.
56. Archiwizacja off-line:
 - a) Napęd taśmowy – LTO
 - b) Napęd RDX
 - c) Autoloader, biblioteka taśmowa
57. Narzędzie umożliwiające skuteczne zarządzanie i monitoring archiwizacji danych obrazowych w tym:
 - a) widok statusu tworzenia/nagrywania backupu (zarówno na DVD jak i na LTO) wraz z postępem;
 - b) możliwość filtrowania listy backupów po statusie badania lub po dacie przygotowania;
 - c) informacja o backupach zawierająca informację o dacie wykonania, dacie zapisania, statusie, rozmiarze, liczbie plików i badań;
 - d) możliwość podglądu zawartości backupu (Nazwisko Imię, Pesel, Numer badania, datę badania, nazwę badania, liczbę serii/plików i rozmiar);

- e) lista nośników (taśm lub DVD) z możliwością podglądu zawartości nośnika (lista paczek w przypadku LTO);
 - f) przywracanie badania z wyszukiwarki spod prawego przycisku.
58. System posiada funkcję autoroutingu pozwalającą na automatyczne przesłanie obrazów na odpowiednią stację diagnostyczną w zależności od zdefiniowanych reguł opartych o warunki czasowe oraz dane zawarte w DICOM z graficznego panelu administracyjnego
59. System umożliwia nagrywanie za pomocą automatycznego duplikatora płyt wyniku badania pacjenta (obrazy w standardzie DICOM z użyciem bezstratnej kompresji JPEG LossLess + przeglądarka DICOM) na płycie DVD lub CD z automatycznym podziałem na kilka nośników dla badań większych niż pojedynczy nośnik.
60. Dla każdego urządzenia DICOM istnieje możliwość przypisania następujących własności:
- a) IP
 - b) nazwa (AETitle)
 - c) port
 - d) opis
 - e) komentarz
 - f) organizacja (dostawa, producent, itp.)
 - g) status węzła
 - h) rodzaj węzła (urządzenia)
61. Możliwość wyszukiwania badań zgromadzonych w archiwum wg min. 8 kryteriów m. in.:
- a) nazwisko i imię pacjenta
 - b) pesel pacjenta (identyfikator pacjenta)
 - c) data urodzenia pacjenta
 - d) numer badania
 - e) rodzaj badania
 - f) data wykonania
 - g) data wysłania badania na PACS
 - h) archiwum.
62. Możliwość otwarcia wybranego badania w przeglądarce DICOM.
63. Możliwość nagrania badania na płytę z poziomu wyników wyszukiwania.
64. Możliwość przeszukiwania pozostałych archiwów i zaciąganie badań do systemu PACS.
65. Możliwość przesłania badań składowanych w PACS do wybranych urządzeń DICOM.
66. System umożliwia zmianę danych badania:
- a) numer badania
 - b) id badania
 - c) rodzaj badania, data wykonania, wiek i waga pacjenta.
67. System umożliwia przypisanie badania do innego pacjenta. Jeśli pacjent o podanym identyfikatorze nie występuje w bazie danych system proponuje utworzenie nowego rekordu. Zmiany dokonywane są zarówno w bazie danych, jak i w nagłówkach DICOM (w celu prezentacji zmienionych danych np. na stacji diagnostycznej).
68. Możliwość generowania list roboczych (DICOM Worklist) dla przyłączanych urządzeń diagnostycznych na podstawie danych przesłanych z zewnętrznego systemu RIS/HIS przy pomocy protokołu HL7
69. Możliwość obsługi MPPS
70. Możliwość obsługi storage commitment

71. Funkcje przeglądarki obrazów DICOM dla systemu dystrybucji obrazów do poradni oraz nagrywanej na płytę z wynikiem pacjenta:
- a) Wyświetlanie miniaturki obrazów
 - b) Wyświetlanie zdjęć po kliknięciu na miniaturę obrazu
 - c) Widoki obrazów: dowolny layout
 - d) Możliwość wyświetlania kilku zdjęć na ekranie
 - e) Możliwość otwarcia kilku serii badań
 - f) Możliwość równoczesnej pracy na kilku obrazach
 - g) Negatyw
 - h) Odbicie obrazu w pionie i poziomie
 - i) Pomiar odległości
 - j) Pomiar kąta
 - k) Powiększanie obrazu
 - l) Lupa
 - m) Zmiana kontrastu obrazu
 - n) Zmiana jasności obrazu
 - o) Gamma obrazu
 - p) Próbkowanie
 - q) Pomiar pola
 - r) Przewijanie
 - s) Przesuwanie
 - t) Odtwarzanie serii
 - u) Podgląd wartości tagów DICOM
 - v) Możliwość przypisywania poszczególnych funkcji do klawiszy funkcyjnych myszki
 - w) Możliwość wykonywania pomiarów kątów metodą Cobba
 - x) Możliwość mierzenia średniej gęstości obszaru w stosunku do zaznaczonego obszaru referencyjnego.
 - y) Tryb cine z regulowaną prędkością odtwarzania
 - z) nielimitowana ilość stanowisk dystrybucji obrazów
72. Możliwość integracji systemów RIS/PACS z systemami teleradiologicznymi
73. Obsługa protokołu WADO

III. Elektroniczna Dokumentacja medyczna (EDM)- Integracja z systemami E-Zdrowia

Wdrożenia obejmujące dostawę i wdrożenie zintegrowanych systemów informatycznych (część biała, część szara), w tym: uruchomienie systemu HIS z modułami lub równoważny, obsługę rozliczeń świadczeń zdrowotnych z publicznym płatnikiem (NFZ lub równoważnym), integrację z innymi systemami medycznymi (RIS, PACS) i dokumentacji EDM wraz z integracją z systemem klasy HIS.

Wymagania:

1. Przetworzenie danych z plików xml na podstawie wykonanej komunikacji z NFZ zamawiającego będący źródłem dla importu wizyty, hospitalizacji wraz z rozliczeniami, skierowań, dokumentów ubezpieczeniowych
2. Import danych medycznych z systemu
3. Słowniki (pacjenci, instytucje, personel)

4. Dane opisowe (epikryza, wywiad, badania)
5. Wyniki badań laboratoryjnych
6. Wystawione recepty
7. Szablony rachunków i wystawione faktury
8. Terminarze i harmonogramy przyjęć
9. Hospitalizacje otwarte i nie sprawozdane w komunikacji XML

W przypadku wykonywania migracji Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć bazę danych dla oprogramowania do którego będzie wykonana migracja.

Zamawiający wymaga, aby przepływ wymiany danych pomiędzy częścią szarą a białą, po wykonaniu prac, został zachowany co najmniej w zakresie opisanym poniżej:

1. Wspólna baza kontrahentów dla wszystkich systemów – Finanse-księgowość, Kalkulacja Kosztów Leczenia, Gospodarka materiałowa, Rejestr Sprzedaży, Środki Trwałe, Wyposażenie, Rejestr Bankowy, Kasa oraz dla modułu Apteka.
2. Wspólna baza ośrodków powstawania kosztów dla systemów: Finanse- Księgowość, Koszty, Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń, KKL, Gospodarka materiałowa, Środki Trwałe, Wyposażenie, Kadry Płace, Diagnostyka oraz dla modułów Apteka i Ruch chorych
3. Wspólna baza świadczeń medycznych (Procedur, Badania) systemów: Koszty, Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń oraz dla modułu Ruch chorych jaki obecnie posiada zamawiający.
4. Z modułu Apteka / apteczka oddziałowa jakie obecnie posiada zamawiający, eksportowane są zadekretowane dokumenty przychodowe, rozchodowe oraz pozostałe do systemu Finanse-księgowość.
5. Eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie xls z możliwością zaczytania do modułu Rachunek Kosztów.
6. Eksport danych z systemu Apteka jaki obecnie posiada zamawiający do systemu Wycena kosztów normatywnych - w zakresie udostępnienia indeksu leków i danych o aktualnych cenach leków do określenia normatywów materiałowych świadczeń (w zakresie leków).
7. Eksport rozchodów leków z Apteczki oddziałowej, jaki obecnie posiada zamawiający do systemu Finanse-księgowość
8. Wymiana informacji pomiędzy modułem Apteka jaki obecnie posiada zamawiający a systemem Finansowo-księgowym w zakresie przyjętych towarów, faktur zakupowych, a także rozchodów na ośrodki kosztów, z zachowaniem charakterystyki kont księgowych.
9. Automatyczna synchronizacja słowników kontrahentów, odbiorców, nr ośrodków kosztowych, pomiędzy systemem Finanse-Księgowość a Apteka jaki obecnie posiada zamawiający.
10. Możliwość zlecania z Ruchu chorych, tj. z oddziału/izby przyjęć oraz gabinetu podania leku/kroplówki/chemioterapii, zabiegu, badania diagnostycznego, konsultacji, diety, Wystawienie zlecenia powinno nieść kompletne informacje, niezbędne do jego wykonania.

11. Z modułu Przychodnia Gabinet możliwość walidacji, czy pacjent zgłaszający się do gabinetu nie ma obecnie aktywnego pobytu na oddziale w module Ruch chorych
12. W module Gabinet, odnotowanie podania leku/szczepionki z automatycznym pomniejszeniem stanów magazynowych apteczki podręcznej.
13. Z modułu Przychodnia możliwość planowania/realizacji wizyty komercyjnej, automatycznego generowania dokumentu sprzedaży, walidacji sprzedaży, wystawiania zaświadczenia o płatności. I przesyłanie danych do systemu Finansowo Księgowego.
14. System ma mieć możliwość obsługi funkcjonalności Indywidualnego Konta Pacjenta. Personel planujący/realizujący wizytę ma mieć wgląd w informacje o saldzie konta pacjenta w tym do informacji o niedozwolonym zadłużeniu.
15. Z modułu Finansowo- Księgowego możliwość automatycznego przydzielania numeracji faktur sprzedażowych realizowanych w ramach modułów Przychodnia, Sprzedaż usług medycznych i Ruch chorych w tym rozliczenia i statystyka medyczna.
16. Docelowo z modułu Pracownia Diagnostyczna możliwość ewidencji i wgląd w listę bieżących hospitalizacji dla pacjentów hospitalizowanych na oddziałach, tj. w module Ruch chorych
17. Z modułu Rozliczenia Ruch chorych możliwość automatycznego tworzenia zestawienia do NFZ faktur zakupowych za leki chemioterapii/programów lekowych na podstawie ewidencji faktur zakupowych w module Apteka.

Wymagane parametry systemu:

1. Obsługa Ruchu Pacjenta (liczba użytkowników: open)

Izba Przyjęć

System powinien umożliwiać weryfikację niezakończonych przetoczeń składników krwi oraz niezakończenia obserwacji przy wypisie oraz zgonie pacjenta

System musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodni, Pracowni Diagnostycznej, Oddziału, Izby przyjęć.

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:

- identyfikator pacjenta
- data urodzenia
- imię ojca i matki
- miejsce urodzenia
- płeć
- PESEL opiekuna
- nazwisko rodowe matki
- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
- pobyt w jednostce
- pobyt w okresie
- nr telefonu
- adres e-mail
- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
- rodzaj i nr dokumentu tożsamości

- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością

Możliwość przypisania Odcinka/Sali i łóżka w module Izba Przyjęć

System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, który pozwala na wyszukanie pacjenta tylko w momencie podania jego pełnego numeru PESEL. Wspomniane ograniczenie powinno być konfigurowalne przez administratora.

System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjenta o nieznanym tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:

- płeć (męska, żeńska, nieznaną)

- fragment (frazę) opisu pacjenta

System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia

W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta.

System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium wbudowanego z wykorzystaniem zapytania SQL.

System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie:

- numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta

- numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy)

System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora

System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta.

System musi umożliwiać wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia

System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta.

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych kryteriów, w szczególności:

- status eWUŚ

- nazwisko, imię i nr PESEL

- identyfikator pacjenta w systemie informatycznym

- nr w księdze

- rozpoznanie

- lekarz badający

- status sprzedaży

- odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają: alergię i/lub są w szybkiej ścieżce onkologicznej i/lub są objęci opieką koordynowaną związaną z chorobami serca (KOS)

System powinien umożliwiać wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakterią:

- Zakażenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem;

- Podejrzenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia;

- Kwarantanna – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanną;

- Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem;

- Zakażenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia.

-Nosicielstwo- kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania pacjentów z oznaczonym nosicielstwem

System umożliwia rejestrację i modyfikację danych pacjentów, w tym w zakresie danych o opiekunach

System może wspierać ewidencję danych opiekuna w zakresie:

-Kraj pochodzenia - jeśli informacja jest wypełniona w danych pacjenta to podpowiadać w danych opiekuna, jeśli nie, ale wprowadzono nr ewidencyjny PESEL to podpowiadać PL

System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej,

System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza

System musi przechowywać historię zmian danych osobowych pacjenta.

System musi umożliwiać przeglądanie i wydruk dokumentacji z danymi pacjenta aktualnymi na dzień tworzenia tej dokumentacji.

System musi umożliwiać powiązanie rekordu pacjenta NN (z poziomu jego danych osobowych) z rekordem pacjenta zarejestrowanego w systemie.

System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem.

System musi umożliwiać ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień

System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta:

- w zakresie danych osobowych,

- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych

System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych:

-z pliku graficznego,

-zeskanowanego,

- wykonanego podczas przyjęcia pacjenta

System musi umożliwiać przyjęcie pacjenta w trybie nagłym oraz planowym

System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako przyjętego w ramach powikłań po zabiegu.

System musi automatycznie oznaczyć pobyt jako "zagrożenie życia lub zdrowia", podczas przyjęcia pacjenta w trybie nagłym.

Pacjenci kierowani na izbę przyjęć z innych jednostek szpitala, powinni być prezentowani na liście oczekujących na przyjęcie.

System powinien walidować minimalną długość pobytu pacjenta na podstawie konfigurowalnego parametru w kontekście jednostki organizacyjnej podczas rejestracji odmowy.

System musi umożliwiać rejestrację rozpoznania: wstępnego, końcowego oraz rozpoznania towarzyszących.

Rejestracja rozpoznania w systemie musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10. System umożliwia wyszukiwanie rozpoznania po kodzie, nazwie oraz słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu

System powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznania z: poprzedniej jednostki, poprzedniej hospitalizacji, poprzedniego pobytu w Izbie Przyjęć.

System musi umożliwiać:

- wprowadzenie danych ze skierowania,

-import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania

-wprowadzenie danych płatnika

- wprowadzenie danych wywiadu wstępnego, z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub dedykowanego formularza

- wprowadzenie wywiadu przedporodowego
- wprowadzenie danych niezbędnych do wystawienia Karty Statystycznej Psychiatrycznej

System powinien umożliwiać eksport Karty Psychiatrycznej do pliku XML

System umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby.

System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zlecanych pacjentowi usług, w szczególności:

- procedur,
- podanych leków,
- konsultacji.

System musi umożliwiać wskazanie Jednostki Obciążanej podczas ewidencji wykonania procedur, konsultacji czy badań, których realizacja nie wynika ze zlecenia.

System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta.

Podczas uzupełniania danych wywiadu i badania wstępnego, system musi umożliwiać wykorzystanie informacji wcześniej wprowadzonych - wywiad wstępny, rozpoznanie wstępne, badanie fizykalne wstępne.

System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Izbie przyjęć, w zakresie:

- wywiadu wstępnego,
- badania przedmiotowego.

System powinien umożliwiać rejestrację, przegląd oraz śledzenie historii zmian dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.

System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako monitorowanego przez Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach pobytu. Tak oznaczony pacjent w ramach danej opieki (aktualnie przypisany do ZWR) powinien być prezentowany w odróżnialny sposób, np. dane prezentowane na tle w innym kolorze.

System musi umożliwiać zbiorczy przegląd wraz z historią pacjentów przypisanych do Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach całego Szpitala.

System powinien umożliwiać rejestrację informacji o wymaganym transporcie medycznym pacjenta

System powinien umożliwiać rejestrację informacji o planowanym czasie hospitalizacji

System musi umożliwiać ewidencję usług rozliczanych komercyjnie

System umożliwia ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena.

Podczas badania pacjenta system umożliwia ewidencję wyniku pomiaru w czterostopniowej skali CCS, określającej stopień zaawansowania dławicy piersiowej.

W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS.

System powinien umożliwiać automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanną. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną

System musi umożliwiać rejestrację opuszczenia Izby Przyjęć przez pacjenta w jednym z trybów:

- skierowanie pacjenta na oddział
- zgon pacjenta na Izbie Przyjęć, z wpisem do Księgi Zgonów.
- odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala, z wpisem do Wykazu Odmów i Porad Ambulatoryjnych,

System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia pacjenta, z wpisem do Harmonogramu przyjęć.

System musi umożliwiać przeniesienie pacjenta na inną izbę przyjęć.

System musi umożliwiać wycofanie skierowania pacjenta na oddział

Podczas wycofywania przyjęcia pacjenta z izby, system musi umożliwić wprowadzenie uzasadnienia wycofania przyjęcia.

Po zatwierdzeniu skierowania pacjenta do oddziału system drukuje opaskę z kodem kreskowym identyfikującym pacjenta

System umożliwia drukowanie wielu etykiet opatrzonych identyfikatorem pacjenta np. w postaci kodu paskowego

Podczas kierowania pacjenta na oddział, system umożliwia określenie planowanej liczby dni pobytu

System musi umożliwiać autoryzację danych Izby Przyjęć,

System musi umożliwiać ewidencję danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ

System powinien umożliwiać zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępnianie informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne.

System musi umożliwiać tworzenie i wydruk dokumentacji indywidualnej pacjentów izby przyjęć: tj.

Formularz kwalifikacji do leczenia na OAiIT/OAiITD pacjenta przebywającego poza OAiIT/OAiITD

- Karta Wypisowa,
- Historia choroby – pierwsza strona
- Karta Odmowy.

System dla każdego składnika historii choroby umożliwia wydruk przypisanego pisma.

System musi umożliwiać obsługę dokumentacji zbiorczej tj.:

- Wykaz Główny,
- Księgi Izby Przyjęć,
- Harmonogram przyjęć,
- Wykaz odmów i Porad Ambulatoryjnych,
- Wykaz Zabiegów,
- Księga Depozytów,
- Księga Zgonów,
- Księga Ratownictwa,
- Książka transfuzyjna.

System musi umożliwiać podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa.

System musi umożliwiać tworzenie i wydruk standardowych raportów tj.:

- raportu ruchu chorych izby przyjęć, w ujęciu osobowym
- raportu ruchu chorych izby przyjęć, w ujęciu sumarycznym
- liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie - również w wariantcie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej.

System powinien umożliwiać przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia

System umożliwia prowadzenie rejestru przyjęć do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymogami prawa.

System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów w oparciu o zgromadzone w systemie dane

System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej,

System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej

System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS.

System musi zapewniać integrację z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:

- ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa)
- wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu we właściwym kontekście (pacjenta,

pobytów, hospitalizacji)

System umożliwia zlecenie diety na IP oraz obsługę zapotrzebowania żywnościowego na podstawie zlecenia diet

Oddział

Ogólne

Pulpit główny modułu powinien zawierać podstawowe informacje liczbowe informujące o liczbie aktualnie przebywających w oddziale pacjentach, o liczbie pacjentów wypisywanych, do przyjęcia, liczbie zleceń do obsłużenia

System musi umożliwiać prezentację na głównym pulpicie modułu informacji o liczbie pacjentów przebywających na przepustkach.

Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie

Z modułu Oddział system powinien udostępnić Rejestr Kart zakażeń pracowników oraz umożliwiać ewidencję karty zakażenia dla Pracowników

System ma możliwość określenia listy rozpoznań, dla których konieczne jest wypełnienie formularza PSS-Skala ciężkości zatruc

System musi wspierać optymalizację wykorzystania zasobów łóżkowych w jednostce

System musi umożliwiać wyliczenie średniego czasu hospitalizacji na oddziale wg wybranej miary

System musi umożliwiać wyliczanie średniego czasu hospitalizacji na oddziale dla ustalonych rozpoznań i usług, wg wybranej miary

System musi wspierać planowanie przyjęć na oddział, w zakresie podpowiadania planowanej daty przyjęcia przy uwzględnieniu średniego czasu hospitalizacji i liczby dostępnych łóżek planowych w jednostce, z wyłączeniem zdefiniowanej liczby łóżek do dyspozycji SOR.

System musi pozwalać na określenie liczby łóżek pozostających do dyspozycji SOR z puli łóżek oddziału

System musi pilnować limitu łóżek do dyspozycji SOR podczas kierowania pacjenta na dany oddział i informować o przekroczeniu zdefiniowanej puli.

System musi umożliwiać zdefiniowanie powiadomień wysyłanych to określonej grupy użytkowników z informacją o przekazaniu pacjenta z SOR na oddział, ponad określoną liczbę łóżek do dyspozycji SOR

Z modułu Oddział system powinien udostępnić funkcję zakończenia podań leków, zdefiniowanych bez daty końcowej.

Funkcja umożliwia ograniczenie zakresu prezentowanych danych co najmniej w zakresie danych osobowych pacjenta oraz leku. Możliwe jest zakończenie podań bez wskazanej daty zakończenia oraz zdefiniowanie nowej daty startu dla takich otwartych podań.

Obsługa listy pacjentów modułu

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w szczególności:

- stan pacjenta
- status pacjenta (przysłany z IP, przebywający na oddziale, skierowany do innej jednostki, na przepustce, uciekinier)
- status eWUŚ
- identyfikator pacjenta
- lekarz prowadzący
- lekarz nadzorujący (jeśli jest rejestrowany na danym oddziale)
- nazwisko i imię
- nr Wykazu Głównego
- rozpoznanie
- płatnik
- nr kartoteki i karty pacjenta

- zlecenia leków modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin
- z aktualnymi zleceniami leków
- obsługiwani w innych jednostkach
- z przepustkami do zatwierdzenia
- przepustki planowane
- zlecenia leków do potwierdzenia
- obsługiwani w trybie IOM
- bez obserwacji lekarskich
- wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego (w którym zakodowany jest identyfikator pacjenta) z opaski
- osoby poniżej określonego wieku (roku życia)
- status sprzedaży
- pacjentów oddziału z przepustką zaplanowaną na dany dzień.
- pacjentów po danych pielęgniarki prowadzącej.
- odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają: alergie i/lub są w szybkiej ścieżce onkologicznej i/lub są objęci opieką koordynowaną związaną z chorobami serca (KOS)
- z wpisem/bez wpisu w harmonogramie przyjęć

System powinien umożliwiać wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria:

- Zakażenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem;
- Podejrzenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia;
- Kwarantanna – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanną;
- Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem;
- Zakażenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia.
- Nosicielstwo- kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania pacjentów z oznaczonym nosicielstwem

System musi umożliwiać modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale.

System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie:

- danych osobowych,
- danych z poszczególnych pobytów szpitalnych,

W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta.

System musi umożliwiać rejestrację i śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.

System musi umożliwiać określenie stopnia niepełnosprawności w danych osobowych pacjenta.

System musi umożliwiać obsługę różnych dokumentów tożsamości, poza dowodem osobistym/paszportem, dla opiekuna/osoby upoważnionej wraz z datą obowiązywania.

System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta.

System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem.

System musi umożliwiać ograniczenie widoczności danych niejawnych za pomocą uprawnień. W ramach danej opieki musi istnieć możliwość przeglądu danych niejawnych, pomimo braku uprawnień.

System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych:

- z pliku graficznego,
- zeskanowanego,
- wykonanego podczas przyjęcia pacjenta

System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie

- nazwy leku
- okresu przyjmowania leku
- dawkowania
- rozpoznanie
- źródła informacji

Przyjęcie pacjenta na oddział

Przyjęcie pacjenta do oddziału powinno odbywać się w jednym z trybów:

- w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratunkowy
- w trybie nagłym
- planowane na podstawie skierowania
- planowane, poza kolejnością, na podstawie posiadanych uprawnień
- przymusowe
- przeniesienie z innego szpitala
- przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu
- noworodka, w wyniku porodu w tym szpitalu (dla oddziału neonatologicznego)

System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako przyjętego w ramach powikłań po zabiegu.

System musi umożliwiać rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia do Oddziału, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć lub innej jednostki kierującej (inny oddział). System powinien umożliwiać przegląd wycofanych pobytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania.

System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Harmonogramu przyjęć Oddziału,

System musi umożliwiać dodanie zdefiniowanej (dla jednostki lub odcinka) listy procedur medycznych podczas przyjmowania pacjenta na oddział.

System powinien prezentować czas, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, w tym hospitalizacji o tym samym rozpoznaniu, co aktualna

System musi umożliwiać określenie wymagalności przypisania łóżka pacjentowi podczas przyjęcia na Oddział.

System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych.

System musi umożliwiać przypisanie do pacjenta sali/łóżka z innej jednostki niż ta na której pacjent aktualnie przebywa. Jednocześnie system musi prezentować na dedykowanych raportach i zestawieniach informację o przypisaniu pacjenta do sali lub łóżka w innej jednostce niż ta w której pacjent ma zarejestrowany pobyt na oddziale.

Podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać:

- nadanie numeru Wykazu Oddziałowego – automatycznego lub wpisanie przez użytkownika,
- wprowadzenie danych lekarza prowadzącego,
- ewidencję pielęgniarstwa prowadzącej,
- możliwość modyfikacji danych płatnika,
- wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka,
- podpowiadanie czasu trwania pobytu na oddziale. System powinien umożliwiać określanie domyślnej liczby dni pobytu dla oddziałów

System powinien umożliwiać automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanną. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną

Pobyt pacjenta na oddziale

System umożliwia automatyczne rozpoczęcie nowego cyklu leczenia podczas otwarcia pobytu na oddziale psychiatrycznym dziennym oraz zamknięcie tego cyklu w chwili zakończenia pobytu pacjenta. Dla ponownych przyjęć przed upływem 14 dni od poprzedniego wypisu system wyszukuje poprzednie cykle leczenia i umożliwia podpięcie bieżącego pobytu pod wcześniejszy cykl jako kontynuację leczenia.

Podczas ewidencji świadczenia Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej na podstawie zgody z Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji system sprawdza, czy pobyt został powiązany z odpowiednim cyklem leczenia, jeżeli nie system automatycznie dodaje i podpiną odpowiedni cykl leczenia

System musi umożliwiać rejestrację wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy. W ramach danej jednostki organizacyjnej powinna istnieć możliwość zdefiniowania innego domyślnego formularza dokumentacji medycznej.

System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnego, końcowego, powypisowego, przyczyny zgonu, opisu rozpoznania

System powinien umożliwiać rejestrację danych lekarza nadzorującego (sprawującego dodatkowy nadzór niezależnie od lekarza prowadzącego)

System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie i słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu.

System musi podpowiadać rozpoznanie wstępne – oddziałowego, takie samo, jak rozpoznanie z poprzedniego pobytu

System powinien sygnalizować brak rozpoznania dodatkowego z zakresu V-Y przy podanym rozpoznaniu zasadniczym z grup S-T

System musi umożliwiać określenie klasyfikacji TNM oraz stopni zaawansowania dla poszczególnych rozpoznań nowotworowych. Ponadto system umożliwia konfigurację klasyfikacji TNM dla rozpoznań nowotworowych, w zakresie stopnia rozwoju i występowania przerzutów dla poszczególnych cech klasyfikacji.

System musi umożliwiać ewidencję klasyfikacji TNM dla rozpoznań dodatkowych oraz rozpoznań współistniejących w ramach rozpoznania końcowego.

System musi umożliwiać kopiowanie klasyfikacji TNM zaewidencjonowanej dla danego rozpoznania nowotworowego w ramach poprzedniego pobytu pacjenta.

W przypadku modyfikacji rozpoznania, dla którego uzupełniono klasyfikację TNM, system musi ostrzegać użytkownika o istniejących zależnościach.

System musi umożliwiać zdefiniowanie listy rozpoznań określających zatrucie, dla których wymagane jest wypełnienie formularza PSS.

System umożliwia kopiowanie rozpoznania zaewidencjonowanego w ramach choroby przewlekłej pacjenta.

System powinien umożliwiać tworzenie tymczasowych wpisów w historii choroby

System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach danego pobytu na oddziale.

System umożliwia utworzenie dedykowanego wydruku dla elementów Historii Choroby, co najmniej w zakresie informacji o wywiadzie, badaniu fizykalnym, epikryzie, zastosowanym leczeniu i zaleceniach lekarskich dot. postępowania po wypisie pacjenta ze szpitala.

System umożliwia określenie listy wymaganych do uzupełnienia elementów historii choroby, walidowanych podczas przeniesienia lub potwierdzenia wypisu pacjenta.

System musi umożliwiać autoryzację, przez lekarza, rejestrowanych elementów historii choroby

Dla wpisów autoryzowanych, system musi prezentować informacje o dacie i godzinie autoryzacji oraz osobie autoryzującej

System musi umożliwiać przeglądanie oraz wydruk historii choroby (leczenia), wyników badań, zleceń, danych medycznych z wielu pobytów na jednym ekranie; z możliwością konfiguracji kategorii danych, z których są przeglądane i drukowane dane szczegółowe dotyczące leczenia.

System powinien umożliwiać wydruk historii choroby zawierający kod kreskowy

System umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby.

System posiada możliwość rezygnacji z realizacji e-skierowań.

System posiada możliwość wystawiania e-skierowań na szczepienia covidowe.

System musi umożliwiać rejestrację informacji o zdeponowanych przez pacjenta rzeczach, z wpisem do wybranej księgi depozytów

W ramach rejestracji informacji o rzeczach zdeponowanych przez pacjenta, system umożliwia wspomaganą definiowalnymi słownikami ewidencję rzeczy wartościowych i osobistych oraz rejestrację danych osoby upoważnionej do odbioru depozytu.

System umożliwia odnotowanie częściowego wydania rzeczy zdeponowanych przez pacjenta.

System umożliwia wygenerowanie raportu depozytów w oparciu o zaewidencjonowane dane depozytów pacjentów.

System musi umożliwiać wpisanie planowanego czasu trwania hospitalizacji

System powinien umożliwiać zdefiniowanie standardowego czasu pobytu pacjenta dla każdego z oddziałów. Czas ten powinien być podpowiadany podczas przyjęcia pacjenta na oddział.

Dla oddziału psychiatrycznego system powinien umożliwiać automatyczne wyliczanie długości dni pobytu w celu prezentacji informacji o przeterminowanych pobytach w zależności od rozpoznania.

System umożliwia rejestrację w dokumentacji medycznej faktu stosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego (doraźnego i unieruchomienia i/lub izolacji), przekazania do oceny i oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego

System udostępnia wgląd w listę kart stosowania przymusu bezpośredniego skierowanych do oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego, dla całego oddziału oraz całego podmiotu

System umożliwia wydruk wzoru "OCENA STANU FIZYCZNEGO OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI UNIERUCHOMIONEJ LUB IZOLOWANEJ" oraz jego skróconą wersję z ocenami

System umożliwia wydruk karty zastosowania przymusu bezpośredniego przed wykonaniem oceny

System umożliwia obsługę oddziału o typie 'Oddział psychiatryczny', w tym prowadzenie rejestru przyjęć bez zgody do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymaganiami prawnymi.

System musi umożliwiać zamówienie dokumentacji medycznej, przechowywanej w archiwum, dla pacjentów przebywających w oddziale

System musi umożliwiać przegląd historii zmian danych pobytu w oddziale

System musi umożliwiać ewidencję zgód na wysyłanie powiadomień dla opiekuna w ramach hospitalizacji pacjenta. Powinna istnieć możliwość wydruku tak zaewidencjonowanej zgody

System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako monitorowanego przez Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach pobytu. Tak oznaczony pacjent w ramach danej opieki (aktualnie przypisany do ZWR) powinien być prezentowany w odróżnialny sposób, np. dane prezentowane na tle w innym kolorze.

System musi umożliwiać zbiorczy przegląd wraz z historią pacjentów przypisanych do Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach całego Szpitala.

System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zleczanych pacjentowi usług, w szczególności:

- procedur, w tym zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup
- umiejscowieniu na procedurze,
- urządzeń/implantów w ramach zaewidencjonowanej procedury ze wskazaniem czy procedura dotyczy wszczepienia, manipulacji czy usunięcia urządzenia; możliwe jest też oznaczenie poziomu poufności danych o

implancie (urządzeniu)

- badań diagnostycznych i laboratoryjnych
- podań leków w tym z możliwością wyboru dostawy, z której realizowane jest podanie a także w przypadku przyjęcia do apteczki oddziałowej leku przekazanego na pacjenta oznaczenia w liście dostaw, dostawy na pacjenta,
- podań leków na podstawie wcześniej zdefiniowanych pakietów leków, a także możliwość definiowania z poziomu jednostki organizacyjnej (oraz jej podrzędnych elementów np. odcinków lub sal w ramach bloku operacyjnego).
- konsultacji,
- diet, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości zlecenia pojedynczej diety lub zmian diet bezpośrednio z okna wprowadzania danych wywiadu.

System umożliwia powielanie definicji diety pacjenta na podstawie definicji z poprzedniego pobytu w ramach hospitalizacji.

System musi umożliwiać określenie czy dieta ma być podana w opakowaniu jednorazowym.

System musi prezentować w ramach zapotrzebowania żywnościowego liczbę opakowań jednorazowych dla poszczególnych diet.

System musi umożliwiać określenie zakresu modyfikacji diety, w zależności od kategorii pacjenta:

- Dorosłych
- Dzieci i młodzieży
- Kobiet w ciąży / w trakcie laktacji

System musi umożliwiać wskazanie Jednostki Obciążanej podczas ewidencji wykonania procedur, konsultacji czy badań, których realizacja nie wynika ze zlecenia.

Powinna istnieć możliwość jednoczesnego dodawania i usuwania wielu procedur

System musi umożliwiać automatyczne generowanie procedur ICD9 dla wprowadzanych obserwacji lekarskich.

System powinien umożliwiać podgląd szczegółów dokumentu rozchodu po ewidencji podania leku.

System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta.

System musi umożliwiać ewidencję przepustek dla pojedynczego pacjenta bądź dla wielu pacjentów

System musi umożliwiać oznaczenie na przepustce pacjenta możliwości rozliczenia rezerwacji łóżka w oddziale psychiatrycznym.

Prezentacja informacji o potwierdzonej grupie krwi pacjenta podczas przeglądu jego pobytów

W danych medycznych pacjenta musi istnieć możliwość rejestracji informacji o szczepieniach, alergiach, chorobach przewlekłych, grupie krwi, implantach (urządzeniach). Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu.

W systemie musi istnieć możliwość potwierdzenia przez lekarza informacji o grupie krwi pacjenta wraz z możliwością załączenia skanu dokumentu potwierdzającego grupę krwi.

System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń.

System musi umożliwiać rozliczanie kart TISS-28 na oddziałach Anestezjologii i Intensywnej terapii (OAiT) zgodnie z wytycznymi NFZ z uwzględnieniem sprawozdawczości świadczeń wynikających z czynności oznaczonych na karcie TISS28

System umożliwia zbiorcze usunięcie kompletu rozliczeń wskazanej karty TISS28.

System musi umożliwiać automatyczne rozliczanie karty TISS-28 podczas przenoszenia pacjenta na inny oddział.

System umożliwia ewidencję kart TISS28, z możliwością powielania karty oraz wskazania dni pobytu w których nie została utworzona karta.

System umożliwia ewidencję w ramach pobytu konsultacji anestezjologicznych wykonanych przed rozpoczęciem hospitalizacji, umożliwiając ich rozliczenie w ramach NFZ.

System umożliwia dodanie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Karty kwalifikacji System powinien umożliwiać generowanie wpisów potwierdzających wykonanie grupy procedur podczas ewidencji podania leku, zgodnie z konfiguracją. System zapewnia określenie w konfiguracji powiązania produktu handlowego oraz opcjonalnie komórki organizacyjnej, którego podanie (w tym w konkretnej komórce organizacyjnej) wiąże się z generowaniem dodatkowych procedur.

System musi umożliwiać definiowanie, edytowanie pakietu materiałów i jego zakresu w kontekście jednostki, z której jest definiowany oraz ewidencję podania elementów pakietu materiałów podczas grupowego dodawania leków w jednostkach.

System umożliwia przeniesienie wybranych lub wszystkich kart pomocniczych podczas skierowanie pacjenta na inny oddział.

System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu.

System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Oddziale, w zakresie:

- wywiadu,
- badania przedmiotowego,
- badania podmiotowego,
- epikryzy,
- zastosowanego leczenia.

System powinien walidować minimalną długość pobytu pacjenta na podstawie konfigurowalnego parametru w kontekście jednostki organizacyjnej

System powinien umożliwiać obsługę kart zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP)

Opieka pielęgniarska

System musi umożliwiać ewidencję diagnoz pielęgniarskich, co najmniej, w zakresie:

- wprowadzania diagnoz (przy użyciu słownika diagnoz funkcjonującego w szpitalu)
- wprowadzania procedur wynikających z diagnozy przy użyciu słownika procedur funkcjonującego w szpitalu
- ustalenie listy diagnoz preferowanych dla jednostki
- przegląd diagnoz z poprzednich pobytów pacjenta w ramach bieżącej hospitalizacji
- realizacji procedur wynikających z diagnoz,
- dodania lub usuwania wielu procedur jednocześnie
- odnotowania realizacji wielu procedur jednocześnie
- edycji opisu wykonanej procedury
- planu realizacji
- wydruku indywidualnej karty procesu pielęgnacji
- zbiorczej realizacji procedur wynikających z jednej lub wielu diagnoz
- zbiorczej realizacji procedur dla wielu pacjentów

System musi umożliwiać automatyczne dopisanie kodu procedury ICD9 podczas rejestracji obserwacji/przebiegu pielęgniarstwa

System umożliwia generowanie dokumentów dotyczących opieki pielęgniarstwa w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA.

System umożliwia generowanie dokumentów dotyczących oceny stanu pacjenta w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA.

System musi zapewnić możliwość wystawienia, podglądu i edycji:

- zleceń wykonania diagnoz pielęgniarских
- zleceń wykonania pomiarów
- innych zleceń pielęgniarских

System w ramach zleceń pielęgniarских musi umożliwiać zlecenie pomiaru złożonego oraz odnotowanie jego realizacji.

System musi umożliwiać jednoczesne zakończenie wielu diagnoz pielęgniarских.

System musi umożliwiać jednoczesne przywrócenie do realizacji wielu diagnoz pielęgniarских.

System umożliwia edycję słownika diagnoz pielęgniarских z poziomu wprowadzania diagnoz dla pacjenta.

System musi umożliwiać powielenie obserwacji/przebiegu pielęgniarского.

System powinien umożliwiać wprowadzenie domyślnego wyniku (opisu końcowego) dla diagnozy pielęgniarской

System musi umożliwiać określenie maksymalnego opóźnienia we wprowadzeniu opisu obserwacji/przebiegu pielęgniarского.

System musi umożliwiać określenie maksymalnego opóźnienia w wystawieniu zlecenia pielęgniarского.

System musi umożliwiać odnotowanie realizacji wielu zleceń pielęgniarских jednocześnie.

System musi umożliwiać wycofanie operacji realizacji lub odrzucenia zlecenia pielęgniarского.

System powinien umożliwiać wskazanie przebiegów pielęgniarских, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru pielęgniarского

Powinna istnieć możliwość zdefiniowania, dla jednostki organizacyjnej, domyślnych diagnoz, które będą przypisywane pacjentowi w momencie jego przyjęcia na oddział

System musi umożliwiać wydruk karty gorączkowej z możliwością wyboru pomiarów, jakie powinny pojawić się na karcie

System musi umożliwiać drukowanie wielu zaleceń pielęgniarских z danego dnia na wydruku karty gorączkowej

System umożliwia ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena.

Podczas badania pacjenta system umożliwia ewidencję wyniku pomiaru w czterostopniowej skali CCS, określającej stopień zaawansowania dławicy piersiowej.

W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS.

System powinien umożliwiać rejestrację wyników pomiarów dokonywanych pacjentowi

System umożliwia określenie częstotliwości wykonania pomiarów i innych zleceń pielęgniarских.

System musi umożliwiać definiowanie słowników wartości mierzonych i korzystanie ze słownika podczas odnotowywania pomiaru

Musi istnieć możliwość wydruku siatek centylowych dla pomiaru wzrostu, wagi, obwodu głowy i BMI dla pacjentów w różnych grupach wiekowych.

System musi umożliwiać powiązanie wyniku pomiaru ze zleceniem pomiaru.

System umożliwia generowanie powiadomień o patologicznym wyniku badania.

System musi umożliwiać wprowadzanie wyników pomiarów złożonych, na które składa się kilka pomiarów prostych.

System musi umożliwiać ewidencję przebiegów pielęgniarских

System musi umożliwiać wprowadzanie opisów zaleceń pielęgniarских

System musi umożliwiać wprowadzanie opisów wywiadu pielęgniarского

System musi umożliwiać wprowadzanie informacji o stopniu sprawności pacjenta

System musi umożliwiać wprowadzanie opisów historii pielęgnowania

System musi umożliwiać podgląd opisów zaleceń i wywiadów pielęgniarских dla całej hospitalizacji pacjenta, a nie tylko dla bieżącego pobytu.

System daje możliwość zablokowania zapisu danych zaleceń pielęgniarskich przed wydaniem depozytu pacjenta

System musi umożliwiać rozszerzenie definicji diagnoz i procedur pielęgniarskich o diagnozy i interwencje wg klasyfikacji ICNP

System musi umożliwiać wybór diagnoz i procedur pielęgniarskich dla pacjenta wg kodów i nazw klasyfikacji ICNP oraz umożliwiać wprowadzanie danych diagnoz i procedur przy użyciu pojęć z klasyfikacji ICNP

System musi umożliwiać rejestrację przebiegu pielęgniarskiego bezpośrednio z listy pacjentów

System musi umożliwiać określanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta

System musi umożliwiać automatyczne ustalanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta, na podstawie kategorii określanych dla kryterium: aktywność fizyczna, odżywianie, wydalanie

System umożliwia określanie poziomu intensywności opieki pielęgniarskiej nad pacjentem na oddziałach intensywnej terapii.

System musi umożliwiać wydruk przebiegów pielęgniarskich

Musi istnieć możliwość wykorzystania definiowanych formularzy do opisu przebiegu pielęgniarskiego

System musi umożliwiać tworzenie zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów oddziału z możliwością przeliczenia ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet

System musi umożliwiać uzupełnienie zapotrzebowania żywnościowego o zamówienia dodatkowych posiłków i materiałów

System musi umożliwiać ewidencję podania leku należącego do pacjenta (niezależnie od listy leków w receptariuszu szpitalnym/oddziału)

System musi umożliwiać tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta

Podczas tworzenia dokumentu oceny stanu odżywiania, system powinien umożliwiać uzupełnienie dokumentu danymi ostatnich pomiarów

System musi umożliwiać ewidencję kart pomocniczych z poziomu opieki pielęgniarskiej

System musi umożliwiać podgląd karty bilansu płynów w ramach opieki pielęgniarskiej

System musi umożliwiać dodanie zlecenia pielęgniarskiego grupie pacjentów.

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów, dla których istnieją zlecenia pielęgniarskie, z użyciem kryteriów okresu planowanego wykonania oraz rodzaju i nazwy zlecenia pielęgniarskiego.

System umożliwia wygenerowanie wykazu, zawierającego listę pacjentów z COVID-19, zgodnego z szablonem xls publikowanym przez Narodowy Instytut Kardiologii publikowanym w sekcji 'Dla integratorów' <https://rejestrCovid.mz.gov.pl/> (zgodnie ze zmianami opisu plików z danymi pacjentów leczonych oraz testowanych, system zapewnia możliwość generowania wykazu pacjentów hospitalizowanych oraz pacjentów, którym zlecono badania w kierunku SARS-CoV-2)

System umożliwia ewidencję danych ankiety epidemiologicznej, w związku z podejrzeniem zakażeniem COVID-19. W ankiecie możliwe jest wskazanie minimum daty wyniku badania w kierunku SARS-CoV-2 oraz określenie rodzaju wyniku zgodnego ze słownikiem wskazanym w szablonie wykazu pacjentów z COVID-19, Oddział ginekologiczno - położniczy

System musi umożliwiać ewidencję danych porodu, co najmniej w zakresie:

- wywiadu przedporodowego (badania położniczego)
- wpis do Wykazu Porodów,
- odnotowanie personelu uczestniczącego,
- odnotowanie danych noworodka (medyczne, Apgar)
- odnotowanie badania przedmiotowego noworodka
- odnotowanie czasu pracy personelu uczestniczącego w porodzie
- odnotowanie informacji o zabiegach i powikłaniach

System musi umożliwiać kopiowanie do nowego wywiadu przedporodowego, danych z poprzedniego

wywiadu pacjentki.

Dla porodów zabiegowych musi istnieć możliwość odnotowania rodzaju porodu:

- cesarskie cięcie
- kleszcze
- próżnościąg
- zlecenie porodu zabiegowego kierowane na blok operacyjny

Musi istnieć możliwość drukowania karty obserwacji porodu

System musi umożliwiać dodawanie wyników pomiarów dla płodów

System musi umożliwiać zdefiniowanie zdarzenia związanego z porodem (takiego jak: początek porodu, koniec porodu, urodzenie pierwszego noworodka), na podstawie którego prezentowana jest data porodu w Wykazie Porodów.

System powinien umożliwiać określanie reguł nadawania imion noworodkom

Na oddziale Neonatologicznym, w danych medycznych noworodka wgląd w dane porodu i dane matki

W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji:

System musi umożliwiać niezależną ewidencję danych charakterystyki porodu dla noworodków w przypadku porodów mnogich

System musi umożliwiać zlecenie sekcji zwłok lub innego badania histopatologicznego dla martwo urodzonego noworodka

System musi umożliwiać wprowadzanie zleceń dla noworodka z poziomu pobytu matki

System musi udostępniać wydruk historii rozwoju noworodka z możliwością określenia daty, od której będą prezentowane dane pomiarowe. Na wydruku wyniki pomiarów wagi i ciepłoty ciała noworodka powinny być przedstawione w postaci wykresu.

System generuje wydruki "Karty urodzenia" oraz "Karty martwego urodzenia" zgodnie z aktualnymi wytycznymi MZ w tym obszarze.

Zakończenie pobytu

System musi umożliwiać rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:

- przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział. System powinien umożliwiać przegląd wycofanych popytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania.
- przeniesienie w trybie nagłym na inny Oddział (bez uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału),
- wypis pacjenta ze Szpitala,
- zgon pacjenta na Oddziale, z możliwością odnotowania:
 - innej osoby wypisującej a innej stwierdzającej zgon
 - danych medycznych wykonanych po zarejestrowaniu zgonu pacjenta (w przypadku oznaczenia jako dawcy organu)
 - rodzaju zgonu: nagły, śródoperacyjny, pooperacyjny, śródzabiegowy, inny
 - oznaczenia pacjenta jako dawcy organów
 - wycofanie aktywnych deklaracji POZ

System musi umożliwiać przejęcie realizacji rozpoczętego zabiegu operacyjnego przez inną jednostkę organizacyjną tak, aby nie było konieczne ponowne wprowadzanie wszystkich danych dotyczących zabiegu.

System umożliwia obsługę opieki nad dawcą organów w zakresie:

- ewidencji danych medycznych
- zlecania leków/badań i ich realizacji
- ewidencji dokumentacji medycznej
- generowania wpisów w historii choroby
- ewidencji obserwacji lekarskich

-ewidencji opieki pielęgniarskiej

Podczas kończenia pobytu, jeśli stwierdzono wystąpienie patogenu alarmowego a karta zakażenia szpitalnego nie została wystawiona, system wymaga wypełnienia tej karty

Odnotowanie faktu wydania pacjentowi druków, zaświadczeń, skierowań itp.,

Podczas rejestracji zgonu pacjenta, system powinien anulować wszystkie zlecenia, zaplanowane wizyty oraz wpisy w kolejce oczekujących

Podczas rejestracji wypisu pacjenta system powinien zakończyć zlecenia leków oraz diet.

System musi umożliwiać zakończenie realizacji otwartych diagnoz pielęgniarskich podczas potwierdzania wypisu lub zgonu pacjenta.

System musi umożliwiać ustawienie blokady przeniesienia pacjenta na inny oddział, gdy w ramach pobytu istnieje niezakończony zabieg operacyjny.

Podczas rejestracji wypisu system powinien umożliwiać odnotowywanie daty archiwizacji o nr kartoteki pacjenta

System umożliwia edycję wybranych danych wypisu pacjenta podczas jego potwierdzenia.

Podczas wycofywania lub odmowy przyjęcia na oddział system musi umożliwiać wprowadzenie uzasadnienia wycofania pobytu/odmowy przyjęcia.

System powinien umożliwiać zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępnianie informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne.

System musi umożliwiać wybór opiekuna podczas rejestracji w HIS konta pacjenta w systemie Informacje Medyczne, jeżeli konto zakładane jest dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej

- ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa),
- wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna).

- tworzenia zamówień na krew i preparaty krwiopochodne

- tworzenie zamówień na krew na "ratunek życia"

- odnotowanie daty odbioru składnika krwi przekazanego z Banku krwi, wraz z możliwością autoryzacji wpisu przez uprawniony personel

- odnotowanie podań krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu w tym z możliwością autoryzacji wpisu przez uprawniony personel

System powinien umożliwiać weryfikację niezakończonych przetoczeń składników krwi oraz niezakończenia obserwacji przy wypisie oraz zgonie pacjenta

Przygotowanie dokumentacji medycznej

Obsługa recept

System powinien umożliwiać wystawienie recepty na lek wymieniony we wskazaniach

System powinien umożliwiać, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zlecanych podczas hospitalizacji

System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej

System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS.

W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji: - wskazanie osoby wykonującej zabieg Credego, - wskazanie osoby zaopatrującej w opaskę identyfikacyjną, - powód przerwania kontaktu skóra-skóra, - czy noworodek ssiał pierś (Tak/Nie), - czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie)

System musi umożliwiać autoryzację danych oddziałowych, co najmniej w zakresie:

- rozpoznań,

- epikryz,

- obserwacji lekarskich.

Danych autoryzowanych nie można usunąć ani modyfikować, jedynie oznaczyć jako nieaktualne

Podczas wprowadzania rozpoznania opisowego, system musi umożliwiać korzystanie z informacji wcześniej zapisanych w historii choroby pacjenta.

System musi umożliwiać wydruk obserwacji lekarskich zarejestrowanych w ramach wszystkich pobytów pacjenta.

System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej,

System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków,

System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów.

Podczas wypisu pacjenta system informuje o założeniu Karty zakażenia oraz o założeniu Karty drobnoustroju w momencie wykrycia patogenu alarmowego.

Walidacja zależna jest od ustawień parametru weryfikującego konieczność zakładania Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju.

W module Oddziału system udostępnia 'Rejestr kart zakażeń pracowników' oraz umożliwia dodanie Karty zakażenia dla wskazanego pracownika

System musi przechowywać wszystkie wersje utworzonych dokumentów

System musi umożliwiać przegląd i modyfikację pełnej historii choroby - wszystkie jej elementy powinny być dostępne w jednym miejscu.

Prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na:

- dane przyjęciowe,
- wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo),
- przebieg choroby,
- epikryza (z możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych).
- kopiowanie wyników badania i danych wypisowych z poprzednich pobytów w ramach jednej hospitalizacji

System musi umożliwiać wydruk dokumentów wewnętrznych oddziału, w tym:

Formularz kwalifikacji do leczenia na OAiIT/OAiITD pacjenta przebywającego poza OAiIT/OAiITD

- Karty Informacyjna.

System musi umożliwiać wydruk dokumentów zewnętrznych oddziału, w tym:

- Karty Statystyczna,
- Karty Leczenia Psychiatrycznego,
- System musi umożliwiać kopiowanie kart leczenia psychiatrycznego
- Karta Zakażenia Szpitalnego,
- Karta Nowotworowa,
- System musi umożliwiać kopiowanie kart nowotworowych
- Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej,
- Karta Zgonu,
- Karta TISS28,
- System musi umożliwiać kopiowanie kart TISS28
- recept,
- zwolnień
- skierowań

System powinien umożliwiać elektroniczne przekazanie do SIM (P1) utworzonej w systemie elektronicznej Karty zgonu zgodnie z przepisami w tym zakresie i publikowanym interfejsem wymiany danych.

System powinien umożliwiać elektroniczny eksport Kart Statystycznych Psychiatrycznych

Możliwość ewidencji karty całości oceny geriatrycznej i jej wydruk zgodnie z przepisami prawa. System zapewnia możliwość autoryzacji ewidencjonowanych danych

System umożliwia dwuetapowe ewidencjonowanie danych w Karcie całościowej oceny geriatrycznej tj. ewidencję różnych danych przez wielu użytkowników oraz zatwierdzenie Karty, podczas którego system weryfikuje kompletność danych umieszczonych w karcie w odniesieniu do przepisów publikowanych przez NFZ.

Możliwość przeprowadzenia oceny kwalifikacyjnej pacjenta geriatrycznego w skali VES-13. System zapewnia możliwość autoryzacji ewidencjonowanych danych oraz wydruk dokumentu zgodnego z odnośnym zarządzeniem Prezesa NFZ

System umożliwia przepisanie ostatnich zaewidencjonowanych pomiarów na karcie całości oceny geriatrycznej.

System umożliwia utworzenie, zapis i wydruk Karty Oceny Skuteczności Chemioterapii, zgodnej z aktualnym wzorem wynikającym z odpowiedniego zarządzenia Prezesa NFZ w tym zakresie. Wydruk powinien być możliwy do wykonania zbiorczo do 3 Kart oceny w jednym (karty z 3 wizyt).

System musi umożliwiać obsługę wykazów/ksiąg:

- Wykaz Główny,
- Wykaz Oddziałowy,
- Harmonogram przyjęć,
- Księga Zgonów,
- Wykaz Porodów,
- Wykaz Noworodków,
- Wykaz Zabiegów.
- Księga Transfuzji
- Wykaz Raportów Lekarskich
- Wykaz Raportów Pielęgniarskich
- Wykaz Badań
- Księga Zdarzeń Niepożądanych
- Księga Oddziału Sztucznej Nerki
- Księga Depozytów

Podczas wydruku zbiorczej dokumentacji medycznej musi istnieć możliwość definiowania zakresów wykazów/ksiąg do wydruku obejmująca:

- wybrane strony,
- wybrane jednostki organizacyjne

System musi posiadać możliwość utworzenia i wydrukowania standardowych raportów:

- zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres)
- liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie
- obłożenie łóżek na dany moment
- liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie - również w wariantcie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej
- diety podane pacjentom oddziału.
- zaświadczenie o pobycie pacjenta zawierające: nazwisko i imię pacjenta, nazwę oddziału (kliniki), okres pobytu, rozpoznanie zasadnicze
- raport przewidywanego zużycia leków we wskazanym zakresie dat.
- raport z dyżuru lekarskiego
- wydruk Wykazu Raportów Pielęgniarskich (sortowanie wg numeru wpisu, daty wpisu, dat dyżuru od-do i osoby wykonującej)
- wydruk raportu z dyżuru pielęgniarskiego - powinien uwzględniać sortowanie w porządku malejącym lub

rosnącym wg daty wykonania

- raport z dyżuru pielęgniarskiego powinien uwzględniać liczbę pacjentów z podziałem na kategorie dla każdego oddziału lub odcinka na dzień

System powinien umożliwiać umieszczenie w raporcie z dyżuru pielęgniarskiego i lekarskiego informacji o podanych podczas dyżuru lekach psychotropowych i narkotykach

- raport prezentujący liczbę diet z zapotrzebowania żywnościowego

System powinien umożliwiać przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia

Rozliczenia z NFZ

Zarządzanie umowami NFZ

Zarządzanie umowami NFZ - wymagania ogólne

System umożliwia obsługę sprawozdawczości i rozliczeń z wieloma oddziałami NFZ

Import pliku umowy w postaci komunikatu UMX,

Przegląd i modyfikacja szczegółów umowy:

- Okres obowiązywania umowy,
- Pozycje planu umowy,
- Miejsca realizacji świadczeń
- Limity na realizację świadczeń i ceny jednostkowe,
- Słowniki związane z umowami (słownik zakresów świadczeń (produktów kontraktowych), słownik świadczeń (produktów jednostkowych), słownik pakietów świadczeń, słownik schematów leczenia)
- Parametry pozycji pakietów świadczeń

System umożliwia przegląd aneksów do umowy z NFZ wraz z ich porównaniem

System musi umożliwiać przegląd informacji o miejscach realizacji umów wraz z informacją o punktach umowy realizowanych w danym miejscu (komórce organizacyjnej).

System musi umożliwiać przegląd stanu realizacji umów PSZ.

System prezentuje informacje dotyczące wysokości środków zakwalifikowanych do Funduszu Medycznego oraz informacje dotyczące wysokości środków rozliczonych na rzecz tego funduszu i Planu Spłat

Moduł korzysta bezpośrednio z danych zaewidencjonowanych na oddziałach i w poradniach bez konieczności importu i kopiowania danych

Musi istnieć możliwość rozliczenia pobytu, jeśli dane osobowe uległy zmianie w trakcie pobytu (hospitalizacji)

Weryfikacja wprowadzonych pozycji rozliczeniowych pod kątem zgodności ze stanem, po wczytaniu aneksu umowy (ze wstecznym okresem obowiązywania). Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych, w których znaleziono różnice:

- Różnica w cenie świadczenia,
- Różnica w wadze efektywnej świadczenia,
- Różnica w sposobie obliczania krotności i okresu sprawozdawczego,

Definiowanie dodatkowych walidacji dla zakresów

- Płeć pacjenta
- Wiek pacjenta
- Rozpoznanie pobytu/wizyty, główne lub dodatkowo współistniejące

Definiowanie dodatkowych walidacji dla świadczeń

- Liczba realizacji świadczeń w okresie,
- Liczba realizacji świadczeń w ramach zakresu w okresie,
- Wiek pacjenta
- Płeć pacjenta

- Umiejscowienie
 - Świadczenie jednodniowe
 - Świadczenie hospitalizacji do 24h
 - Rozpoznanie pobytu/wizyty, główne lub dodatkowo współistniejące
- Możliwość wprowadzenia dodatkowego poziomu kontroli wprowadzonych świadczeń poprzez funkcjonalność autoryzacji świadczeń przez osobę uprawnioną
- Możliwość ewidencji i rozliczenia realizowanych świadczeń
- Ubezpieczonym,
 - Nieubezpieczonym a uprawnionym do świadczeń,
 - Uprawnionym na podstawie decyzji wójta/burmistrza
 - Uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,
 - Uprawnionym na podstawie Karty Polaka
 - Kobietom w ciąży, w okresie połogu oraz młodzieży do 18 roku życia
 - Osobom przybyłym z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa (UA)
- System musi umożliwiać przegląd i ewidencję dokumentów potwierdzających uprawnienia pacjenta do realizacji świadczeń.
- System musi umożliwiać ewidencjonowanie więcej niż jednego dokumentu potwierdzającego dodatkowe uprawnienia tego samego rodzaju.
- System umożliwia odnotowanie drogi złożenia oświadczenia pacjenta/opiekuna o uprawnieniu/ uprawnieniach dodatkowych do świadczeń zdrowotnych, w przypadku złożenia poprzez systemy teleinformatyczne (w tym telefonicznie)
- System musi wspierać rozliczanie świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności, w szczególności poprzez wyznaczanie prawidłowego zakresu świadczeń związanego z tą grupą pacjentów.
- System musi umożliwiać wyszukiwanie danych co najmniej na podstawie numeru dokumentu i identyfikatora pacjenta, który to identyfikator sprawozdawany jest do NFZ w komunikacie SWIAD.
- System umożliwia weryfikację poprawności rozliczeń zleceń.
- System umożliwia weryfikację zleceń zrealizowanych, a nie sprawozdanych w żadnej wizycie. System umożliwia podpisanie wybranych badań pod wskazaną wizytę.
- System udostępnia funkcjonalności związane z obsługą pacjentów objętych kompleksową opieką po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) poprzez:
- oznaczenie pacjenta objętego opieką w ramach KOS-zawał,
 - ewidencję pozycji rozliczeniowych z informacją o dodatkowym dokumencie o kodzie KOS-ZAWAL wraz z numerem kwalifikacji pacjenta w KOS-zawał,
 - rozliczanie premii w ramach KOS-zawał.
- Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących
- Numeru umowy,
 - Zakresu świadczeń,
 - Wyróżnika
 - Świadczenia jednostkowego,
- Przegląd informacji o posiadanych przez pacjenta uprawnieniach do świadczeń w każdym dniu pobytu
- Po otrzymaniu informacji z NFZ, uprawniony użytkownik działu rozliczeń musi mieć możliwość modyfikacji danych
- System musi umożliwiać automatyczną sprawozdawczość (eksport i import danych) do systemu NFZ z wykorzystaniem poczty elektronicznej (e-mail). W zakresie eksportu danych do NFZ, wymaganie dotyczy

także komunikatów FAKT i RACH.

W przypadku komunikatów, w których NFZ wymaga kompresowania lub szyfrowania danych, operacje te muszą odbywać się automatycznie w systemie HIS

System umożliwia harmonogramowanie eksportów danych: w wyznaczonym dniu, o wyznaczonej godzinie, co określoną liczbę dni, w określony dzień tygodnia, miesiąca lub roku

System umożliwia dodanie uwag/komentarza do komunikatu importu/eksportu

System musi umożliwiać weryfikację zestawów świadczeń pod kątem:

- poprawności i kompletności wprowadzonych danych
- danych zakwestionowanych przez system NFZ

System musi umożliwiać weryfikację poprawności i kompletności danych w sposób zautomatyzowany, zgodnie ze zdefiniowanym harmonogramem (np. w godzinach nocnych).

System musi umożliwiać przeglądanie danych archiwalnych dotyczących błędów weryfikacji, powstałych podczas grupowej weryfikacji świadczeń lub eksportu świadczeń.

Wyszukiwanie pozycji błędnie potwierdzonych w komunikatach zwrotnych NFZ

Wyszukiwanie po numerach w wykazach/księgach

Wyszukiwanie zestawów bez zaewidencjonowanych procedur ICD9

Wyszukiwanie zestawów po numerze paczki, w której wyeksportowano dane do NFZ

Wyszukiwanie po instytucji kierującej

Wyszukiwanie po personelu kierującym/ realizującym

Wyszukiwanie zestawów bez pozycji rozliczeniowych

Wyszukiwanie zestawów z niekompletnymi danymi rozliczeniowymi

Wyszukiwanie pozycji rozliczeniowych, które nie zostały jeszcze rozliczone

Wyszukiwanie po statusie rozliczenia

Wyszukiwanie zestawów zawierających rozliczenia ze wskazanej umowy

Wyszukiwanie zestawów zawierających wskazane świadczenie jednostkowe

Wyszukiwanie zestawów świadczeń z JGP wyznaczoną w zadanej wersji

Wyszukiwanie zestawów świadczeń ratujących życie i zdrowie

Wyszukiwanie zestawów świadczeń zrealizowanych dla wybranych uprawnień pacjenta

Wyszukiwanie zestawów świadczeń wg identyfikatora zlecenia

System musi umożliwiać ewidencję i sprawozdawczość świadczeń z uwzględnieniem współczynników korygujących.

Dla chemioterapii oraz programów lekowych dodatkowo współczynniki korygujące uwzględniają progi kosztowe dla substancji czynnych

System umożliwia wsteczną weryfikację poprawności zaewidencjonowanych rozliczeń z użyciem współczynników korygujących wycenę świadczeń (korygujących krotność lub taryfę).

System umożliwia zbiorcze wykonanie operacji poprawienia danych rozliczeniowych.

System umożliwia zdefiniowanie automatycznego przekodowania elementu leczenia (np. zabieg, procedura, badanie) na świadczenie jednostkowe, aby podczas ewidencji wykonania elementu leczenia system automatycznie dodał pozycję rozliczeniową.

System umożliwia wsteczną weryfikację poprawności rozliczenia zaewidencjonowanych elementów leczenia (np. zabieg, procedura, badanie) oraz umożliwia zbiorcze wykonanie operacji uzupełnienia i poprawienia danych rozliczeniowych na podstawie wcześniej zdefiniowanego przekodowania.

Wyszukiwanie świadczeń, które zostały skorygowane, a informacja o skorygowaniu nie została sprawozdana do systemu NFZ

Generowanie i eksport komunikatu fazy I (komunikat SWIAD) w aktualnie obowiązującej wersji publikowanej przez płatnika

Import potwierdzeń do danych przekazanych w komunikacie I fazy (komunikat P_SWI)

Import danych z pliku z szablonami rachunków (komunikat R_UMX)

Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością POZ

- Eksport komunikatu DEKL – informacje o deklaracjach
- Eksport komunikatu ZBPOZ – informacje o świadczeniach zrealizowanych w ramach POZ
- Eksport komunikatów do NFZ z użyciem poczty elektronicznej

Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością POZ

Import odpowiedzi nadesłanych pocztą elektroniczną

- Import komunikatu P_DEK – potwierdzenia danych dla przesłanych deklaracji
- Import komunikatu Z_WDP – wyniki weryfikacji deklaracji
- Import komunikatu Z_RDP – rozliczenia deklaracji

Przegląd szablonów rachunków wygenerowanych i przekazanych przez płatnika

Generowanie i wydruk rachunków na podstawie szablonów

Generowanie i wydruk faktur na podstawie rachunków

System uniemożliwia jednoczesne wygenerowanie rachunku do jednego szablonu lub korekty do jednego rachunku przez kilku użytkowników

System umożliwia automatyczne uzupełnianie pozycji rachunku ręcznego wartościami z planu umowy w przypadku zakresów ryczałtowych.

System umożliwia eksport RACH i FAKT oraz import potwierdzeń P_RACH i P_FAKT. System prezentuje status dokumentu w systemie NFZ i umożliwia przegląd błędów importu do systemu NFZ rachunków i faktur.

Generowanie i wydruk zestawień i raportów związanych ze sprawozdawczością wewnętrzną (możliwość śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego)

Raport z wykonanych świadczeń z możliwością ograniczenia danych do m.in.:

- Numeru umowy,
- Zakresu miesięcy sprawozdawczych,
- Jednostki realizującej,
- Zakresu świadczeń i wyróżnika,
- Świadczenia,
- Numeru szablonu
- Uprawnienia pacjenta do świadczeń

System powinien umożliwiać wykonanie raportów ze zrealizowanych świadczeń wg rodzajów specjalnego sposobu rozliczania i kodu systemu dokumentów dodatkowych

Zestawienie z realizacji planu umowy,

Zestawienie wykonanych przyrostowo,

Zestawienie wykonanych według miejsc realizacji

Sprawozdanie rzeczowe

System umożliwia eksport danych z tabeli do formatu XLSX i CSV

Generowanie i wydruk dokumentów związanych ze sprawozdawczością wymaganą przez OW NFZ:

- Sprawozdanie finansowe,
- Zestawienie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni,
- Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (UE),
- Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy (decyzja wójta/burmistrza),
- Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom nieubezpieczonym, rozliczanym na podstawie art. 12 lub art. 13 ustawy

Import słownika produktów handlowych (komunikat PRH)

Możliwość przekodowania produktów handlowych na leki

Ewidencja faktur zakupowych

Generowanie i eksport faktur zakupowych do NFZ w aktualnym formacie komunikatu FZX

Import potwierdzeń do faktur zakupowych (komunikat FZZ)

Generowanie i wydruk załącznika nr 4 do umowy – ewidencja faktur zakupowych

Obsługa sprawozdawczości w zakresie POZ

Dla świadczenia POZ transport, system powinien sprawdzać czy w danych wizyty został wpisany cel transportu, w przeciwnym razie powinien opowiadać domyślna wartość, ze słownika

System umożliwia definiowanie sesji, cykli leczenia, procesów diagnostycznych/terapeutycznych oraz transportów COVID-19

System powinien umożliwiać definiowanie minimalnej i maksymalnej liczby pacjentów uczestniczących w sesjach

System umożliwia grupowanie wizyt/pobyty w ramach sesji lub cykli leczenia

System umożliwia ewidencję dwóch osób prowadzących sesję psychoterapii

System umożliwia ewidencję cykli leczenia w zakresie Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej na podstawie zgody uzyskanej w aplikacji Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji

System musi umożliwiać przypisanie pacjentów do programów leczenia. W przypadku realizacji świadczenia dla różnych umiejscowień (np. lewe, prawe oko), system musi umożliwiać kilkukrotne przypisanie pacjenta do tego samego programu leczenia.

System musi umożliwiać wyszukanie programów leczenia, programów opieki koordynowanej oraz pacjentów nimi objętych wg stanu na zadany dzień oraz wg płatnika

System musi umożliwiać przegląd wizyt i hospitalizacji pacjentów objętych programem leczenia lub opieką koordynowaną.

System musi umożliwiać zbiorcze usuwanie pozycji rozliczeniowych na liście rozliczeń dotyczącej danego zestawu świadczeń.

System pozwala na zbiorczą aktualizację kodów specjalnego rozliczania w rozliczeniach miesięcznych.

System powinien umożliwiać wykorzystanie słownika jednostek rozliczeniowych

Integracja z innymi modułami systemu

- ewidencja pozycji rozliczeniowych w Ruchu Chorych, Przychodni
- ewidencja faktur zakupowych za leki w chemioterapii w module Apteka
- ewidencja faktur zakupowych na leki stosowane w programach lekowych

Dla świadczeń oznaczonych kodem CBE (Centralna baza Endoprotezoplastyk) system powinien wymagać rejestracji właściwego dokumentu

Eksport faktur rozliczeniowych do modułu Finansowo-Księgowego

System musi umożliwiać określenie domyślnego rodzaju faktury eksportowanej do systemu Finansowo-Księgowego

System umożliwia powiązanie umowy oraz pozycji umowy z konfiguracją zdefiniowaną w systemie finansowo-księgowym

System umożliwia definiowanie dla jednej umowy różnej konfiguracji finansowo-księgowej oraz OPK dla różnych okresów księgowych

System umożliwia kopiowanie konfiguracji finansowo-księgowej oraz OPK z uwzględnieniem jej zmiany pomiędzy okresami księgowymi.

Przekazywanie danych o hospitalizacji do Symulatora JGP

System umożliwia zbiorcze generowanie finansowych pozycji rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w

zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych.

System umożliwia weryfikację poprawności rozliczania kart TISS28

System prezentuje listę dni, w których nie założono pacjentowi karty TISS28

System prezentuje listę kart TISS28 rozliczonych/nierozliczonych

System umożliwia zbiorcze rozliczenie kart TISS28

System sprawdza, rozliczenie której z kart TISS z dnia przyjęcia czy wypisu będzie korzystniejsze i dodaje rozliczenie o wyższej wartości punktowej.

Specyfika rozliczeń IP/SOR

System musi umożliwiać automatyczne przekodowanie procedur medycznych na świadczenia jednostkowe, zaewidencjonowane podczas odmowy na Izbie Przyjęć oraz zakończenia pobytu w SOR. System powinien umożliwiać wyłączenie automatycznej generacji powyższych rozliczeń (świadczeń jednostkowych) we wskazanych komórkach organizacyjnych.

System umożliwia automatyczne rozliczanie procedur zrealizowanych w Izbie Przyjęć lub SOR

System weryfikuje świadczenia jednodniowej hospitalizacji w SOR

System weryfikuje świadczenia tomografii wielomiejskowej w SOR

System umożliwia symulację ryczałtu w IP lub SOR

System umożliwia prezentację graficzną statystyki % udziału poszczególnych kategorii pobytów w IP lub SOR, z możliwością wydruku do PDF

Możliwość zbiorczego weryfikowania kompletności zaewidencjonowanych procedur ICD9 w Izbie Przyjęć i SOR pod kątem ich przynależności do odpowiednich kategorii oraz możliwość zbiorczego wykonania operacji uzupełnienia i poprawienia danych rozliczeniowych.

System umożliwia weryfikację ciągłości kategorii procedur ICD9 zaewidencjonowanych na Izbie Przyjęć lub SOR.

System wskazuje w Zestawieniu kategorii procedur ICD9 kategorię pacjenta, do której pacjent został przypisany na podstawie przekodowanych świadczeń

Wspieranie naliczania premii w opiece kompleksowej KOS-zawał

System umożliwia generowanie raportu prezentującego wszystkie pobyty i wizyty rozliczone w ramach opieki kompleksowej KOS-zawał, z kolorystyczną wizualizacją etapów opieki na pozycjach rozliczeniowych.

System umożliwia podgląd wartości świadczeń leczenia i monitorowania oraz informacji o ewidencjonowanej w opiece premii. Przedstawione informacje służą do ułatwienia uzyskania najwyższych wartości finansowych z tytułu należnej premii.

Widoczna pod raportem lista kontrolna usprawnia proces weryfikacji kompletności działań podjętych w ramach opieki kompleksowej, poprzez sprawdzenie danych rozliczeniowych wymaganych w sprawozdawczości do NFZ.

Specyfika rozliczeń psychiatrii

Specyfika rozliczeń psychiatrii - wymagania ogólne

System musi umożliwiać automatyczne rozliczenie psychiatrii z uwzględnieniem rozliczenia nieobecności pacjenta związanej z koniecznością leczenia w innym szpitalu z jednoczesną rezerwacją łóżka na oddziale psychiatrycznym ZOL.

System musi umożliwiać zbiorcze rozliczanie świadczeń psychiatrycznych ze szczególnym uwzględnieniem:

- świadczeń realizowanych na oddziałach psychiatrycznych,
- świadczeń realizowanych w dziennych oddziałach psychiatrycznych,
- rozliczeń dotyczących rezerwacji łóżek w ZOL,
- harmonogramu godzin pracy oddziałów dziennych,
- długości trwania nieobecności pacjentów w ramach realizacji świadczeń w dziennych oddziałach psychiatrycznych.

System umożliwia wsteczną analizę poprawności rozliczonych świadczeń psychiatrycznych oraz wskazuje niewłaściwe świadczenia i proponuje poprawne

Obsługa centrum zdrowia psychicznego

System umożliwia oznaczenie pacjenta objętego programem pilotażowym centrum zdrowia psychicznego. Widoczność oznaczenia może zostać wyłączona.

System umożliwia przypisanie pacjentowi koordynatora

System umożliwia bezpośrednie przypisanie pacjentowi własnych formularzy niezbędnych w sprawowaniu opieki nad pacjentem CZP

System umożliwia wyszukiwanie pacjentów przypisanych do koordynatora

System umożliwia wyszukiwanie pacjentów bez uzupełnionej daty sporządzenia planu opieki (terapii i zdrowienia)

System w wizytach ambulatoryjnych podpowiada odpowiedni zakres świadczeń zdrowotnych uwzględniając kod terytorialny adresu zamieszkania pacjenta, rozpoznanie ICD10 oraz oznaczenie mieszkańca DPS

System umożliwia zbiorcze generowanie rozliczeń z umowy programu pilotażowego centrum zdrowia psychicznego w oddziałach psychiatrycznych całodobowych i dziennych uwzględniając:

- kod terytorialny zamieszkania pacjenta,
- oznaczenie mieszkańca DPS,
- rozpoznanie ICD10, w tym COVID-19
- zabieg elektrowstrząsów
- przepustki/nieobecności
- przekroczenia terminów pobytów płatnych 100%

System umożliwia wsteczną weryfikację poprawności zaewidencjonowanych rozliczeń z umowy programu pilotażowego centrum zdrowia psychicznego w oddziałach psychiatrycznych całodobowych i dziennych uwzględniając:

- kod terytorialny zamieszkania pacjenta,
- oznaczenie mieszkańca DPS,
- rozpoznanie ICD10, w tym COVID-19
- zabieg elektrowstrząsów
- przepustki/nieobecności
- przekroczenia terminów pobytów płatnych 100%

Badania Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej

System umożliwia automatyczne rozliczanie badań w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki zdrowotnej

System umożliwia weryfikację poprawności rozliczeń badań NiŚOZ, weryfikuje badania nierozliczone lub rozliczenia nadmiarowe.

Budżet powierzony w POZ

System umożliwia automatyczne rozliczanie badań w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego lub opieki koordynowanej w POZ

System umożliwia weryfikację sprawozdawania badań budżetu powierzonego, weryfikuje badania nie sprawozdane w żadnej wizycie i umożliwia podpięcie badań pod wskazaną wizytę.

System umożliwia weryfikację poprawności rozliczeń badań budżetów powierzonych w POZ, weryfikuje badania nierozliczone lub rozliczenia nadmiarowe.

Weryfikacja w eWUŚ

Weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń refundowanych przez NFZ podczas:

- rejestracji na Izbie Przyjęć
- rejestracji/planowania wizyty w przychodni lub pracowni, weryfikowany jest stan na dzień rejestracji

System umożliwia sprawdzenie statusu eWUŚ dla pacjentów wpisanych do Harmonogramu przyjęć.

System musi umożliwiać tworzenie harmonogramów grupowej weryfikacji eWUŚ.

System musi umożliwiać powiadamianie użytkownika o przebiegu zbiorczej weryfikacji uprawnień eWUŚ z użyciem kanałów SMS i e-mail.

System musi umożliwiać taką konfigurację procesu weryfikacji uprawnień eWUŚ, aby w przypadku pracy w konfiguracji sieci jednostek, system sprawdzał uprawnienia eWUŚ pacjenta w jednym z poniższych trybów:

- uprawnienia pacjenta sprawdzane w kontekście wszystkich Oddziałów Wojewódzkich NFZ odpowiadającym Świadczeniodawcom objętych funkcjonalnością sieci jednostek

- uprawnienia pacjenta sprawdzane były wyłącznie w kontekście właściwego płatnika wskazanego w danych zestawu świadczeń (wizyty, hospitalizacji), a nie wszystkich płatników NFZ zdefiniowanych w systemie

Weryfikacja uprawnień w oparciu o harmonogramy obejmująca pacjentów

- przebywających na oddziale,

- przebywających na obserwacji na izbie przyjęć

- w trakcie wizyt

- wypisywanych ze szpitala, ale o niezautoryzowanym wypisie i nie rozliczonych

- dla których zarejestrowano zgon, ale zapis nie został autoryzowany a pobyt rozliczony

- którzy złożyli deklaracje

System prezentuje informacje dodatkowe przekazywane przez system eWUŚ (np. kwarantanna COVID-19, izolacja domowa, zaświadczenie COVID, UKR)

Oznaczanie ikoną i kolorem statusu weryfikacji pacjenta

- na liście pacjentów

- w widocznym miejscu przy danych pacjenta

Komunikacja z NFZ

Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z kolejkami oczekujących

Komunikat LIO CZ – komunikat szczegółowy o kolejkach oczekujących

Import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych o kolejkach oczekujących

Deklaracje POZ

Deklaracje POZ - wymagania ogólne

Import umów w rodzaju POZ

Ewidencja deklaracji POZ/KAOS

- Deklaracje do lekarza rodzinnego,

- Deklaracje do pielęgniarki,

- Deklaracje do położnej,

- Deklaracje z zakresu medycyny szkolnej,

- Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z cukrzycą,

- Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem zarażonym HIV

Automatyczne wypełnianie powtarzalnych danych w kolejnych deklaracjach POZ - mechanizm umożliwiający zapamiętywanie danych i automatyczne ich uzupełnianie w kolejnych deklaracjach

System musi umożliwiać wydruk deklaracji POZ.

System musi umożliwiać wydruk deklaracji KAOS - HIV oraz CUKRZYCA

System musi umożliwiać zbiorczy wydruk deklaracji POZ.

Ewidencja porad POZ

Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z deklaracjami POZ/KAOS

Komunikat DEKL – komunikat szczegółowy deklaracji POZ/KAOS

Komunikat ZBPOZ – komunikat szczegółowy danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ

Import komunikatów zwrotnych XML w obowiązujących wersjach

Import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych przesłanych komunikatami DEKL i ZBPOZ

Import komunikatu potwierdzeń do deklaracji POZ/KAOS (komunikat P_DEK)

Import komunikatu zwrotnego z weryfikacji deklaracji POZ/KAOS (komunikat P_WDP)

Import komunikatu zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS (komunikat Z_RDP)

Przegląd potwierdzeń deklaracji POZ/KAOS

Przegląd weryfikacji deklaracji POZ/KAOS z możliwością zbiorczego wycofania deklaracji, które nie zostały zaliczone przez NFZ

Generowanie rachunków deklaracji POZ

Generowanie i wydruk załączników i sprawozdań POZ zgodnie z wytycznymi płatnika

Półroczne sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych

Raport zbierający wszystkie informacje niezbędne z punktu widzenia finansowania poradni POZ

e-Deklaracje z P1

System umożliwia przegląd e-deklaracji POZ złożonych przez pacjentów w systemie IKP

System umożliwia podgląd szczegółów wybranej e-deklaracji w postaci pdf

System umożliwia zaakceptowanie lub odrzucenie wybranej e-deklaracji POZ w systemie P1

System pobiera dane deklaracji złożonej w P1 do HIS.

System aktualizuje w HIS dane pacjenta na podstawie danych e-deklaracji

Harmonogram przyjęć

Definicja harmonogramów przyjęć zgodnie z wymaganiami płatnika:

- do komórek organizacyjnych
- do procedur medycznych lub świadczeń wysokospecjalistycznych zdefiniowanych przez płatnika
- onkologicznych
- na procedurę (AP-KOLCE)

Prowadzenie harmonogramów przyjęć wraz z wykazem osób wpisanych w harmonogramie

System musi umożliwiać określenie dla wybranych harmonogramów, wymogu wskazania na wpisie wartości innej niż 'Nie dotyczy' w kontekście operowanej strony

Wskazanie tych definicji harmonogramów przyjęć, które po wczytaniu aneksu do umowy posiadają nieaktualne informacje o kodzie komórki wg NFZ wraz z możliwością aktualizacji kodu komórki wg NFZ na podstawie aktualnych zapisów w umowie z NFZ

Możliwość zbiorczego przenoszenia pacjentów pomiędzy harmonogramami

- Wszystkich aktywnych pozycji
- Wybranych pozycji

Możliwość zbiorczego przeliczania pierwszych wolnych terminów dla wszystkich harmonogramów przyjęć

Harmonogram przyjęć - ewidencja

Możliwość planowania daty z dokładnością do dnia lub tygodnia (w przypadku odległego terminu realizacji świadczenia)

Przyporządkowanie oczekujących do jednej z kategorii medycznych (przypadki pilne/przypadki stabilne)

Rejestracja wpisu do harmonogramu o kategorii innej niż oczekujący, powinna odbywać się bez podziału na przypadki pilne i stabilne

System musi automatycznie podpowiadać kod uprawnienia do obsługi pacjenta poza kolejnością, na podstawie jego dokumentów uprawniających (pokrywających się z dostępnymi kodami uprawnień do obsługi poza kolejnością) zaewidencjonowanych w systemie.

System musi umożliwiać określenie listy harmonogramów, dla których wymagana jest ewidencja okolic ciała.

System musi umożliwiać przypisanie okolic ciała do świadczenia i ich automatyczne podpowiadanie podczas ewidencji wpisu do harmonogramu.

System musi umożliwiać konfigurację walidacji wymaganych kodów resortowych na skierowaniu ewidencjonowanym w ramach wpisu do harmonogramu.

System musi umożliwiać zmianę miejsca udzielenia świadczenia na wpisie do harmonogramu.

System musi umożliwiać rejestrowanie przypadków zmian terminu udzielenia świadczenia wraz z przyczyną zmiany

System musi rejestrować przypadki zmiany (wraz z uzasadnieniem):

- kategorii pacjenta

- kategorii medycznej

System musi umożliwiać przywrócenie do harmonogramu pacjenta wykreślonego

System musi umożliwiać grupową zmianę planowanego terminu udzielenia świadczenia na wskazany dzień lub o wskazaną liczbę dni, wraz z podaniem przyczyny zmiany.

System musi umożliwiać automatycznie podpowiadanie kategorii pacjenta na podstawie trybu przyjęcia na wizytę/pobyt podczas ewidencji danych harmonogramu.

System musi umożliwiać ustawienie domyślnej kategorii pacjenta w kontekście jednostki na wpisie do harmonogramu.

System musi umożliwiać konfigurację walidacji wymogu uzupełnienia danych harmonogramu podczas przyjęcia pacjenta.

System musi umożliwiać automatyczne skreślenie wpisu na podstawie realizowanej wizyty/pobytu.

System musi umożliwiać zlecanie badań laboratoryjnych w powiązaniu z wpisem do harmonogramu.

Harmonogram przyjęć - sprawozdawczość

System umożliwia generowanie statystyk harmonogramów przyjęć w podziale na kategorie pacjentów

Generowanie statystyk oczekujących z podziałem na przypadki pilne i stabilne:

- Liczba oczekujących

- Szacunkowy czas oczekiwania w kolejce

- Średni rzeczywisty czas oczekiwania w kolejce (zgodnie z algorytmem opublikowanym w rozporządzeniu)

Integracja z AP-KOLCE

Obsługa komunikacji z systemem AP-KOLCE, w zakresie:

- powiązania harmonogramu przyjęć prowadzonego w systemie AP-KOLCE z harmonogramem zdefiniowanym w systemie

- aktualizacji danych harmonogramu

- dodania pacjenta w systemie AP-KOLCE

- aktualizacji danych pacjenta w systemie AP-KOLCE

- dodania i aktualizacji danych wpisu pacjenta w harmonogramie przyjęć

Potwierdzanie odbioru komunikatu, dla komunikatów tego wymagających, bezpośrednio w aplikacji

Prowadzenie kolejek onkologicznych i kolejek na procedurę

System musi umożliwiać oznaczenie wpisu do harmonogramu jako oczekującego na automatyczną synchronizację z AP-KOLCE w zdefiniowanym czasie

System musi prezentować informację o braku synchronizacji wpisu z systemem AP-KOLCE.

System umożliwia przekazywanie informacji o pierwszych wolnych terminach dla sprawozdawanych harmonogramów

JGP

Wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych hospitalizacji za pomocą wbudowanego grupera JGP

Import aktualnego słownika procedur medycznych ICD9 (komunikat ICD9),

Wyznaczanie JGP dla hospitalizacji

Możliwość wyznaczania JGP dla każdego z pobytów oddzielnie

Zapewnienie sprawnego zasilania systemu w aktualne charakterystyki JGP wynikające z publikowanych Zarządzeń Prezesa NFZ

Wyznaczanie JGP za pomocą wbudowanego (lokalnego) grupera JGP w zakresie umów: leczenie szpitalne, rehabilitacja stacjonarna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna

System umożliwia ręczne wyznaczenia JGP dla hospitalizacji z pominięciem grupera

Możliwość automatycznego przypisania JGP do pobytu na oddziale, z którego pochodzi element kierunkowy wyznaczonej JGP

Podczas wyznaczania JGP system uwzględnia rozpoznanie powypisowe (onkologiczne)

Przy wyznaczeniu świadczeń JGP system powinien uwzględniać posiadane przez pacjenta orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności

Wsteczna weryfikacja poprawności wyznaczonych wcześniej JGP z możliwością aktualizacji JGP na poprawną

Różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera, które opublikowano z wsteczną datą obowiązywania, które mogą obejmować:

- Różnice w zaewidencjonowanych taryfach,
- Różnice w zaewidencjonowanych JGP,

Różnice wynikające z modyfikacji danych statystycznych hospitalizacji, a mające wpływ na wyznaczoną JGP:

- Konieczność zmiany JGP,
- Konieczność zmiany taryfy,
- Konieczność przepięcia JGP do pobytu na innym oddziale

Wyszukiwanie hospitalizacji wg poniższych kryteriów

- Data zakończenia hospitalizacji,
- Wersja grupera za pomocą którego wyznaczono JGP
- Kod JGP,
- Rozpoznanie główne
- Kod procedury medycznej,
- Status rozliczenia

Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych

Możliwość porównania wersji grupera. Wynik porównania powinien być możliwy do zapisu w formacie XLS.

Wsteczna weryfikacja z możliwością aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP

W przypadku podpięcia procedury z innej wizyty, system umożliwia badanie wpływu na wyznaczoną wcześniej grupę JGP

Jeśli dla hospitalizacji istnieje aktywne świadczenie JGP ze wskazanym sposobem rozliczenia związanym z urazami wielonarządowymi (UJ1, UJ2, UJ3), system powinien sprawdzić, czy wśród rozpoznań wypisowych hospitalizacji występuje rozpoznanie z listy T07 dla wersji grupera zgodnej ze wskazanej w świadczeniu JGP

Możliwość wydrukowania charakterystyki wybranej JGP.SZP w formie podręcznej karty

Możliwość wykonywania symulacji wyznaczania JGP (funkcjonalność Symulatora JGP)

Symulator JGP

System posiada symulator JGP, działający w oparciu o dane medyczne zgromadzone w systemie medycznym

System musi umożliwiać wstępne zasilanie symulatora danymi wybranego zestawu świadczeń (hospitalizacji, wizyty), a w przypadku niezakończonych hospitalizacji system musi umożliwiać uzupełnienie wymaganych pozycji symulatora domyślnymi danymi.

Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczane JGP

Symulator JGP umożliwia modyfikację danych pacjenta (wiek, płeć),

Symulator JGP umożliwia modyfikację danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb

wypisu, tryb i charakter hospitalizacji.

Symulator JGP umożliwia dodanie lub usunięcie pobytu

Symulator JGP umożliwia modyfikację danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania))

Symulator JGP wyróżnia kolorami dane hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP

Symulator JGP umożliwia określenie wersji grupera za pomocą którego wyznaczone zostaną JGP

Symulator JGP umożliwia wyznaczenie wersji grupera wynikającej z daty zakończenia hospitalizacji,

Symulator JGP umożliwia wyznaczenie dowolnej wersji grupera istniejącej w systemie,

Symulator JGP wyznacza JGP z podziałem na:

- JGP, dla której hospitalizacja spełnia warunki wyboru,
- JGP, dla których hospitalizacja nie spełnia warunków,
- JGP, które istnieją w planie umowy świadczeniodawcy,

Symulator JGP wyróżnia kolorem pozycje w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejące w planie umowy a tym samym możliwe do rozliczenia)

W przypadku wskazania JGP do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki symulator JGP wymienia brakujące warunki

Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP:

- Prezentacja wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji,
- Prezentacja parametrów związanych z mechanizmem osobodni (liczba dni finansowana grupą, taryfa dla hospitalizacji trwających < 3 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą),
- Prezentacja parametrów wybranej JGP, tj. warunków, jakie musi spełniać hospitalizacja, aby dana JGP mogła być wyznaczona.
- Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie,
- Prezentacja graficzna (np. wykres) ilustrujący zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta

Ratownictwo medyczne

System musi umożliwiać zaimportowanie danych dotyczących wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) z systemu SWD PRM (System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego) w ustalonym formacie XLS, ze szczególnym uwzględnieniem poniższych wymogów:

a. System musi importować dane w zakresie pozwalającym na prawidłową sprawozdawczość tych danych do NFZ

b. System musi importować dane związane z wyjazdami ZRM, a w przypadku braku pacjenta w bazie Świadczeniodawcy, dodaje pacjenta do rejestru Świadczeniodawcy

System weryfikuje i odnotowuje niezgodności w danych adresowych wynikających z importowanego pliku z danymi zaewidencjonowanymi w rejestrze pacjentów (w przypadku, gdy dane pacjenta istniały wcześniej w systemie). Porównanie zgodności odbywa się tylko w zakresie danych uzupełnionych po obu stronach, tj. zarówno po stronie importowanego pliku jak i rejestru pacjentów w systemie i dotyczyć powinno co najmniej: nazwy miejscowości, kodu terytorialnego, kodu pocztowego, ulicy, nr domu, nr lokalu.

c. System musi walidować kompletność i poprawność importowanych danych pod kątem sprawozdawczości do NFZ,

d. System musi posiadać mechanizmy pozwalające na zbiorczą poprawę danych, które mogą cyklicznie pojawiać się w plikach wejściowych (np. literówki w nazwach miast)

e. System musi umożliwiać automatyczne generowanie pozycji rozliczeniowych dla importowanych danych (dostępny format pliku z SWD PRM nie zawiera tych informacji),

f. System musi umożliwiać przegląd i modyfikację zaimportowanych danych z poziomu modułów ewidencyjnych i rozliczeniowych.

g. System musi umożliwiać prawidłowe rozliczenie zaimportowanych danych.

Ewidencja i rozliczanie świadczeń COVID-19

System umożliwia ewidencję świadczeń rozliczanych COVID-19 sprawozdawanych komunikatem SWIAD-WYKBAD

System umożliwia powiązanie świadczeń COVID-19 sprawozdawanych komunikatem SWIAD-WYKBAD ze zdefiniowanymi elementami leczenia (nie dotyczy świadczeń COVID-19 rozliczanych jako osobodni)

System umożliwia automatyczne rozliczanie kart TISS28 z umowy 19/4 (COVID-19)

System umożliwia przegląd zestawów świadczeń COVID-19 wyeksportowanych komunikatem SWIAD-WYKBAD

System umożliwia eksport świadczeń COVID-19 komunikatem SWIAD-WYKBAD

Statystyka RCH

Obsługa skorowidza pacjentów

System musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna, Oddział, Izba przyjęć.

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:

- identyfikator pacjenta
- data urodzenia i miejsce
- imię ojca i matki
- miejsce urodzenia
- płeć
- PESEL opiekuna
- nazwisko rodowe matki
- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
- pobyt w jednostce
- pobyt w okresie
- nr telefonu
- adres e-mail
- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością

System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjenta o nieznanym tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:

- płeć (męska, żeńska, nieznaną)
- fragment (frazę) opisu pacjenta

System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia

Musi istnieć możliwość rejestracji i modyfikacji danych pacjentów co najmniej w zakresie:

- identyfikator pacjenta
- data urodzenia i miejsce
- imię ojca i matki
- miejsce urodzenia
- płeć
- PESEL opiekuna
- nazwisko rodowe matki

- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) opisane przez: kod terytorialny, kod miejscowości, kod ulicy zgodne ze słownikiem TERYT, z uwzględnieniem kodów terytorialnych dużych miast tj. dzielnic i delegatur.

- pobyt w jednostce

- pobyt w okresie

- nr telefonu

- adres e-mail

- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta

- rodzaj i nr dokumentu tożsamości

- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością

Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:

- w zakresie danych osobowych,

- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych

Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego

System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO

System musi umożliwiać ewidencję podstawowych informacji o karcie DILO, co najmniej w poniższym zakresie:

- numer karty

- etap

- lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ)

- status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana)

- data wersji od

Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą

System umożliwia przegląd wszystkich wizyt i hospitalizacji pacjenta, dla którego zarejestrowano kartę DILO

System umożliwia przegląd szczegółów każdej wersji karty DILO, ze wskazaniem użytkownika tworzącego oraz modyfikującego kartę

System wyróżnia pacjenta onkologicznego - pacjent posiadający co najmniej jedną aktywną kartę DILO zostaje oznaczony ikonką DILO w nagłówku danych pobytu/wizyty, wraz z informacją o rozpoznaniu z karty DILO.

Raporty i wydruki statystyki

System powinien umożliwiać eksport statystyk do PZH do 5 lat wstecz

Ogólne

System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu.

System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków oraz ich statusów w kontekście osoby składającej wniosek oraz wszystkich użytkowników.

System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę:

-danych personalnych

-danych kontaktowych

-danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje)

System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,

System musi umożliwiać obsługę wykazów/ksiąg:

- Wykaz Główny,

- Wykaz Odmów,

- Księga Zgonów,

- Wykaz Noworodków,

- Harmonogram przyjęć,

- Księga Ratownictwa
- Księga Transfuzji
- Wykaz Badań
- Wykaz Oddziałowy
- Wykaz Zabiegów
- Księga Zdarzeń Niepożądanych

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów NN w Księdze Ratownictwa Medycznego.

System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków dla wybranych rodzajów dokumentacji

System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów

System powinien umożliwiać wygenerowanie spisu (wykazu), dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu).

System powinien umożliwiać wygenerowanie pliku XML zgodnego z publikowanym przez CeZ (SSOZ) XSD zawierającego wykaz kart psychiatrycznych, dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu).

System musi umożliwiać definiowanie wykazów na podstawie danych ewidencjonowanych w bazie danych, z wykorzystaniem narzędzia raportującego np. darmowego generatora Jasper Reports lub innego o zbliżonych funkcjonalnościach

System powinien umożliwiać generowanie raportów statystycznych dla nieaktywnych Jednostek Organizacyjnych Szpitala

System musi umożliwiać projektowanie formularzy dokumentacji medycznej

System musi umożliwiać wydruk, co najmniej:

- Karty Statystycznej,
- Karty Leczenia Psychiatrycznego,
- Karty Zgonu,

System musi umożliwiać tworzenie raportów:

- zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres)
- liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie
- diety podane pacjentom oddziału.

wbudowane raporty standardowe:

- statystyczne z oddziałów: np. Dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne w okresie (liczba. przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni),
- z obłożenia łóżek,
- dekursusów,

definiowanie harmonogramu automatycznego generowania raportu obłożenia łóżek i wysłanie na skonfigurowany kanał wymiany danych: ftp/e-mail.

Definiowanie zadania w tle: Generowanie i eksport raportu obłożenia łóżek

- zestawienia wg jednostek chorobowych, czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe)
- pacjenci powracający do szpitala, z uwzględnieniem pacjentów powracających na ten sam oddział

System powinien umożliwiać wydruk raportów w formacie XLS, PDF

System musi umożliwiać wykonanie raportu pacjentów powracających do szpitala (dla wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala)

System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wymaganych do zapewnienia komunikacji z instytucjami nadrzędnymi, w tym:

- Oddziały NFZ,
- PZH.

System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych.

System musi umożliwiać eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie .xls z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia.

2. Obsługa Lecznictwa Otwartego (liczba użytkowników: open)

Gabinet

Dokumentacja wizyty

System musi umożliwiać wystawienie skierowania,

System musi umożliwiać wystawienie skierowania na zewnątrz: do poradni specjalistycznej (leczenie), do poradni specjalistycznej (konsultacja), do szpitala psychiatrycznego, do szpitala, na rehabilitację, na zabieg ambulatoryjny, na badanie diagnostyczne, na badanie laboratoryjne, na zabieg, na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową, na badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej

Dla skierowań zewnętrznych system powinien udostępniać możliwość wydruku wbudowanych skierowań lub definicję wydruku każdego rodzaju skierowania przez administratora

System umożliwia usuwanie lub anulowanie skierowania w zależności od statusu skierowania.

System posiada możliwość wystawiania e-skierowań na szczepienia covidowe.

System powinien umożliwiać ewidencję leków podanych podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),

System powinien umożliwiać ewidencję szczepień oraz dodatkowych informacji:

- możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia,
- możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
- automatyczny wpis na listę szczepień pacjenta po oznaczeniu podania leku jako szczepienia.

System umożliwia wprowadzenie dodatkowych usług i badań wykonanych podczas wizyty z odnotowaniem personelu wykonującego i opisem

System powinien umożliwiać zaewidencjonowanie i wydrukowanie dodatkowych dokumentów możliwych do zdefiniowania przez administratora systemu

możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt

możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty

Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:

Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych w ramach używanych słowników

System musi umożliwiać wybór sposobu płatności oraz wyznaczenie schematu księgowania dla dokumentów sprzedaży.

obsługa zakończenia wizyty:

- autoryzacja wizyty,
- automatyczne tworzenie karty wizyty.
- możliwość bezpośredniego skierowania na IP

W zależności od konfiguracji system waliduje wymagane dla zakończonej wizyty dokumenty podczas zapisu danych wizyty albo podczas autoryzacji danych tej wizyty.

Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń.

W zakresie rozliczeń NFZ w AOS, system umożliwia wskazanie w bieżącej wizycie procedur lub/i badań z poprzednich wizyt na potrzeby wyznaczenia świadczenia JGP.

wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
automatyczna aktualizacja i przegląd Księgi Przychodni

System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:

- Harmonogram przyjęć
- Wykaz Przyjęć
- Księga Zdarzeń Niepożądanych
- Wykaz Badań
- Wykaz Zabiegów
- Księga Ratownictwa

System musi umożliwiać wpis do Księgi zgonów w ramach obsługi wizyty/badania.

System musi umożliwiać podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa

System musi umożliwiać wprowadzenie wywiadu przedporodowego w gabinecie lekarskim.

System musi umożliwiać wydruk pisma powiązanego z usługą podczas zakończenia wizyty/badania pacjenta.

System musi umożliwiać rejestrowanie treści głosowych w zastępstwie opisów tekstowych.

System musi umożliwiać odsłuchanie oraz przetwarzanie nagranych notatek głosowych przez operatora na tekst, prezentowany w miejscu dodania notatki.

System musi umożliwiać rozpoczęcie/wstrzymanie nagrywania oraz odsłuch i usunięcie nagranej notatki głosowej.

System musi umożliwiać oznaczenie notatki głosowej jako pilnej.

System musi umożliwiać operatorowi przegląd w jednym oknie wszystkich notatek głosowych zarejestrowanych w ramach wybranej jednostki organizacyjnej.

System umożliwia zbiorcze generowanie finansowych pozycji rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych.

Podczas ewidencji świadczenia Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej na podstawie zgody z Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji system sprawdza, czy pobyt został powiązany z odpowiednim cyklem leczenia, jeżeli nie system automatycznie dodaje i podpiną odpowiedni cykl leczenia

Konfiguracja pracy gabinetu

System musi pozwalać na dostosowanie modułu do specyfiki gabinetu lekarskiego co najmniej w zakresie:

- możliwości zdefiniowania wzorców dokumentacji dedykowanej dla gabinetu
- możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi
- możliwości zdefiniowania opcjonalnych elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi

Elementy opcjonalne mogą być dodawane do wizyty na żądanie użytkownika. Wybór możliwych do wyboru składników opcjonalnych definiowany z dokładnością do każdego rodzaju wizyty.

- możliwość wykorzystania, zdefiniowanych wcześniej, wzorów dokumentów

System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów pracy gabinetu

System umożliwia prowadzenie wykazu raportów z dyżurów pielęgniarzskich w module Gabinet

System umożliwia rejestrację oraz modyfikację czasu trwania izolacji domowej bezpośrednio do systemu EWP

System umożliwia obsługę zamówienia recepty z systemu zewnętrznego co najmniej w zakresie:

- przeglądu zamówienia recepty
- przyjęcia zamówienia recepty i obsługi w ramach wizyty receptowej
- odmowy przyjęcia zamówienia recepty z podaniem powodu

Obsługa pakietu onkologicznego

System musi umożliwiać prowadzenie rejestru kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego z uwzględnieniem podstawowych informacji:

- numer karty (zgodny z obowiązującym formatem)
- etap obsługi
- informacja czy karta znajduje się w jednostce, czy poza nią

System umożliwia ustawienie wymagalności wskazania rozpoznania podczas dodawania karty DILO.

System musi rejestrować oraz umożliwiać przegląd historii zmian karty DILO. Podczas zmiany danych karty DILO, system powinien tworzyć nową wersję danych, które obowiązują od daty bieżącej.

System musi umożliwiać przegląd szczegółów karty DILO. W przypadku integracji z systemem AP-DILO zakres prezentowanych danych jest większy i wynika z zakresu danych zgromadzonych w systemie HIS.

System umożliwia wydruk karty DILO bezpośrednio z wizyty realizowanej na podstawie karty DILO (skierowanie)

System umożliwia powiązanie pozycji rozliczeniowych z numerem karty DILO - także w sytuacji, gdy karta DILO wydawana jest pacjentowi w ramach rozliczanej wizyty (a nie tylko przed przyjęciem na wizytę).

System wyróżnia pacjenta onkologicznego - pacjent posiadający co najmniej jedną aktywną kartę DILO zostaje oznaczony ikonką DILO w nagłówku danych pobytu/wizyty, wraz z informacją o rozpoznaniu z karty DILO.

Obsługa recept

System powinien wspierać wystawianie recept, co najmniej w zakresie:

- możliwości wybrania leków ze słownika leków,
- możliwości sprawdzenia interakcji poszczególnych leków oraz podpowiadanie stopnia refundacji na podstawie weryfikacji z eWUŚ
- możliwości wyszukania w słowniku BLOZ tańszych odpowiedników leku dotychczas przyjmowanego przez pacjenta.
- możliwości wydruku recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept),
- możliwości automatycznego generowania wydruku informacyjnego recepty elektronicznej
- możliwości wysyłania do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS
- na wydruku leki powinny być prezentowane w kolejności zgodnej z kolejnością wpisywania
- System powinien podpowiadać wystawiającego receptę, jako osobę zalogowaną posiadającą uprawnienie do wystawiania recepty. Jeśli zalogowany użytkownik nie jest osobą uprawnioną do wystawienia recepty wówczas system powinien podpowiadać lekarza realizującego wizytę
- podpowiadanie ilości i jednostki, w jakich powinien zostać wydany lek
- na receptce na leki narkotyczne system powinien podpowiadać ilość substancji narkotycznej
- grupowe dodawanie leków na receptę
- kopiowanie recept z poprzednich wizyt z weryfikacją poziomu refundacji wg aktualnych danych ze słownika BAZYL lub słownika leków własnych
- kopiowanie recept musi umożliwiać wybór recepty do skopiowania spośród:
 - recept z poprzedniego pobytu w tym gabinecie
 - recept z wizyty takiej jak aktualna (ta sama usługa), niezależnie od gabinetu w jakim się odbywała
 - z innych pobytów w tej samej jednostce
 - leków przepisanych na wcześniej wystawionych receptach
- możliwości pomijania leków oznaczonych jako "wycofane"

- możliwości wydruku recepty tylko z puli lekarza zalogowanego
- ponowny wydruk recepty już wydrukowanej powinien spowodować utworzenie kopii recepty, dotyczy to również recept drukowanych w trybie nadruku na gotowych drukach
- oznaczenie wydrukowanej recepty jako anulowanej
- system kontroluje przekroczenie minimalnej puli recepty uwzględniając typ recepty Rp
- system musi umożliwiać zawężanie pozycji słownika leków do leków zarejestrowanych jako stale przyjmowane przez pacjenta, któremu tworzona jest recepta.

System powinien umożliwiać określenie postaci leku recepturowego

System musi prezentować informację o dostępności leku na rynku w przypadku korzystania ze słownika 'Bazyl'.

System musi prezentować informację o ilości dostępności leku na rynku w przypadku słownika leków PHARMINDEX

Dla słownika PHARMINDEX istnieje możliwość weryfikacji interakcji występujących pomiędzy lekami

System umożliwia integrację z programem "Pharminindex SZPITAL"

System umożliwia realizację wizyt receptowych w gabinecie. Pozycje do recepty mogą być określone na etapie rejestracji z leków wcześniej przepisanych, a lekarz generuje podczas wizyty receptę z wykorzystaniem określonych wcześniej leków.

System musi umożliwiać podpowiadanie na recepcie płatnika oraz stopnia refundacji na podstawie weryfikacji eWUŚ.

System musi umożliwiać import numerów recept w formatach XSZ, RECD, NR_REC

System musi umożliwiać import numerów recept z wykorzystaniem usług sieciowych

System musi umożliwiać wystawianie recept transgranicznych

System musi umożliwiać ustawienie domyślnego dawkowania dla leku w kontekście użytkownik.

System musi umożliwiać podpowiadanie wskazań dla leku podczas dodawania lub kopiowania recepty.

System musi umożliwiać podpowiadanie uprawnień S i DZ na recepcie na podstawie minimum wieku oraz listy leków refundacyjnych.

W przypadku stosowania słownika Pharminindex, BLOZ system dodatkowo powinien weryfikować wskazania do refundacji.

System musi umożliwiać rozszerzenie rejestru leków stale przyjmowanych przez pacjenta o leki przepisane na recepcie.

System musi umożliwiać zbiorczy wydruk zaleceń dla wszystkich recept pacjenta w ramach danego pobytu.

W przypadku wystawienia pacjentowi wielu recept, system musi umożliwiać ich jednoczesny wydruk

System musi umożliwiać wydruk recept pełnopłatnych bez nadanego numeru, w przypadku braku wolnych numerów w puli użytkownika.

System podczas tworzenia opisu wizyty przez użytkownika powinien umożliwiać podgląd recept wystawionych pacjentowi w poprzednich wizytach/pobytach

System powinien umożliwiać zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępnianie informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne.

System musi umożliwiać weryfikację listy leków refundacyjnych, gdy oznaczono na recepcie uprawnienie S, DZ, C.

Obsługa wizyty

Podczas przyjęcia pacjenta skierowanego z innej jednostki np. oddział, jeśli nie został wskazany inny płatnik lub cennik, system powinien podpowiadać płatnika NFZ

System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu

System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach wizyty w gabinecie.

System musi informować o uprawnieniach pacjenta do obsługi poza kolejnością

System musi informować o przyjęciu pacjenta na wizytę przed zaplanowanym terminem.

System powinien prezentować liczbę punktów zrealizowanych, w bieżącym dniu i miesiącu, przez zalogowanego lekarza z podziałem na umowy

System musi umożliwiać prezentację wizyt wymagających zafakturowania.

System powinien umożliwiać rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie)

System umożliwia porównanie danych pacjenta znajdujących się w systemie HIS z danymi znajdującymi się w realizowanym e-skierowaniu oraz aktualizację wybranych pozycji w systemie HIS.

System umożliwia podgląd danych e-skierowania w ramach realizowanej wizyty.

System musi umożliwiać automatyczne tworzenie danych źródłowych dokumentu Informacji dla lekarza kierującego/POZ na podstawie danych o realizacji wizyty co najmniej w zakresie: rozpoznania oraz opisu wykonanego świadczenia

System umożliwia ewidencję wizyt domowych POZ z podaniem informacji o dacie wyjazdu i powrotu udzielającego świadczenie.

System umożliwia ewidencję danych transportu medycznego z podaniem informacji dotyczących zlecenia oraz szczegółów transportu. Na podstawie wprowadzonych danych system umożliwia wydruk karty pracy zespołu transportu medycznego.

System musi umożliwiać przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach:

- dane osobowe,
- dane medyczne pacjenta tj. grupa krwi, uczulenia, choroby przewlekłe, implanty (urządzenia), szczepienia, nazwisko lekarza rodzinnego

dane medyczne pacjenta w zakresie grupy krwi z uwzględnieniem danych o przeciwciałach przekazywanych w oparciu o słownik publikowany przez system centralny oraz dostęp do historii badań grup krwi

- uprawnienia z tytułu umów komercyjnych,
- informacja o stopniu ubezpieczenia - weryfikacja z eWUŚ
- historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobyków szpitalnych pacjenta),
- wyniki badań,
- przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości

System musi umożliwiać ewidencję uczuleń pacjenta z podziałem na: leki, pokarmowe i inne. Dla poszczególnych rodzajów uczuleń przewiduje się zdefiniowanie słowników. Słownik uczuleń na leki zawiera listę nazw międzynarodowych substancji czynnych.

Co najmniej dla uczuleń o rodzaju leki oraz pokarmowe system umożliwia oznaczenie stopnia nasilenia uczulenia.

Podczas

- przepisywania leków na recepty,
- definiowania zlecenia leku,
- ewidencji podania leku

system musi prezentować komunikat w przypadku występowania w przepisany leku substancji czynnej zaewidencjonowanej w rejestrze uczuleń o rodzaju 'Leki' danego pacjenta.

Dane o zaewidencjonowanych uczuleniach są prezentowane na formatkach dotyczących pobytu/wizyty przy definicji danych pacjenta.

System musi umożliwiać odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają: alergie i/lub są w szybkiej ścieżce onkologicznej i/lub są objęci opieką koordynowaną związaną z chorobami serca (KOS)

System powinien umożliwiać wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakterią:

- Zakażenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem;
- Podejrzenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z

podejrzeniem zakażenia;

- Kwarantanna – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanną;
- Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem;
- Zakażenie – kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia.
- Nosicielstwo- kryterium powinno umożliwiać zawężenie wyników wyszukiwania pacjentów z oznaczonym nosicielstwem

System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie

- nazwa leku,
- okres przyjmowania leku,
- dawkowanie,
- rozpoznanie,
- źródło informacji.

System umożliwia dodanie pozycji z definiowanej recepty do rejestru stale przyjmowanych leków pacjenta.

Na podstawie zaewidencjonowanych stale przyjmowanych leków system umożliwia ograniczenie słownika leków podczas definiowania recepty.

Obsługa wizyty powinna obejmować przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach:

- obsługa wizyt receptowych. Dla wizyt receptowych system powinien sprawdzać, ile czasu upłynęło od ostatniej wizyty tego typu
- wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
- opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
- informacje ze skierowania,
- kontrola daty ważności skierowania
- skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu w tej lub innej jednostce
- zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultacji, zabiegów,
- możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecenia
- usług dodatkowych co najmniej o rodzaju: badanie diagnostyczne, konsultacja i procedur na podstawie słownika ICD9
- rozpoznanie (zasadnicze, ze skierowania, współistniejące, dodatkowe, opisowe),
- problemów opieki psychologicznej
- kopiowanie wyników badania i danych wypisowych ze zleceń podczas poprzednich wizyt
- zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie),
- wystawienie recept, skierowań, zapotrzebowań na zaopatrzenie ortopedyczne i okulary

System umożliwia automatyczny podział zwolnień lekarskich na wsteczne i bieżące oraz powielanie ich dla poszczególnych płatników składek zgodnie z regułami określonymi przez ZUS.

System musi umożliwiać import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania.

System musi umożliwiać wywołanie historii aktualizacji Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

System umożliwia ewidencję opieki pielęgniarskiej w ramach wizyty w gabinecie lekarskim.

System powinien umożliwiać zmianę usługi głównej wizyty

System musi umożliwiać zarejestrowanie wizyty w innym gabinecie z poziomu obecnie realizowanej wizyty.

System musi umożliwiać przejście do kolejnej wizyty z wyszukanej listy wizyt pacjentów, bez konieczności

powrotu na listę pacjentów gabinetu.

System powinien informować o zleceniach wykonanych po zakończeniu poprzedniej wizyty i umożliwiać rozliczenie ich w wizycie aktualnej

System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń.

System musi umożliwiać obsługę zleceń chemioterapii podczas wielu wizyt w gabinecie, przy jednokrotnym zdefiniowaniu schematu chemioterapii.

System musi umożliwiać obsługę pobytów wielodniowych

System musi umożliwiać rejestrację wizyt dla pacjentów na podstawie deklaracji medycyny szkolnej

System musi umożliwiać ewidencję wizyty wraz z informacjami o domowym leczeniu żywieniowym

System musi umożliwiać ewidencję wizyty wraz z informacjami o tlenoterapii w warunkach domowych

System powinien umożliwiać obsługę kart zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP)

System musi umożliwiać określenie dodatkowego personelu w ramach wizyty

System musi umożliwiać ewidencję danych ciąży pacjentki, szczególnie istotnych w przypadku wykonywania świadczeń medycznych inaczej wycenianych przez NFZ dla pacjentek ciężarnych i będących w położu.

System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu.

System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy w Gabinetach, w zakresie:

- opisu badania,
- opisu konsultacji,
- opisu realizacji.

System powinien umożliwiać ewidencję wywiadu z poziomu badania w Gabinetach, w następującym zakresie:

- wzrost,
- waga,
- BMI,
- BSA,
- informacji o używaniu wyrobów tytoniowych (widoczne tylko dla specjalności)

System powinien automatycznie podpowiadać wartości na podstawie ostatniej wizyty. Odstęp pomiędzy poprzednią wizytą powinien być możliwy do konfiguracji.

System musi umożliwiać ewidencję informacji o zachowaniach samobójczych pacjenta.

W ramach formatki do ewidencji danych wizyty, system powinien umożliwiać wyświetlenie danych ratunkowych pacjenta, takich jak: Uczulenia, alergii, stale przyjmowane leki i choroby przebyte. Z danej formatki powinna być też możliwość uzupełniania informacji o danych ratunkowych.

System powinien umożliwiać automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanną. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną

System musi umożliwiać grupowe przyjęcie pacjentów zaplanowanych na wizytę w ramach sesji terapeutycznej grupowej lub rodzinnej.

System musi umożliwiać w ramach danych wizyty realizowanej w poradni zdrowia psychicznego, przegląd wybranych elementów historii choroby z pobytów pacjenta na oddziale psychiatrycznym.

System powinien weryfikować, czy Informacja dla lekarza kierującego/POZ została utworzona i przekazana do EDM dla świadczenia specjalistycznego pierwszorazowego.

Obsługa szczepień

W danych medycznych pacjenta musi istnieć możliwość rejestracji informacji o szczepieniach. Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu.

System musi umożliwiać wydruk dokumentu 'Karta Uodpornienia' zgodnego z rozporządzeniem w sprawie szczepień obowiązkowych oraz może uwzględniać wygenerowane planowane szczepienia wynikające z kalendarza szczepień (jeśli kalendarz szczepień określa jednoznacznie listę szczepień w grupach wiekowych). Dla dzieci urodzonych po 1.10.2023, lekarz decyduje o rodzaju szczepień oraz grupie wiekowej w której dane szczepienie jest podawane w zależności od wagi urodzeniowej i tygodnia urodzenia, wydruk nie uwzględnia listy szczepień.

System zapewnia możliwość wyboru schematu szczepień : podstawowy i rozszerzony, dla dzieci urodzonych po 1.10.2023

System musi umożliwiać w ramach ewidencji szczepienia wskazania i zaewidencjonowania danych dotyczących szczepienia tj.: datę kwalifikacji; kwalifikującego; datę odroczenia szczepienia jeśli podczas kwalifikacji podjęto decyzję o odroczeniu szczepienia; nr dawki; liczbę dawek do optymalnego zaszczepienia; dawkę z jednostką oraz szczegóły podanej szczepionki w tym producenta; nr serii; termin ważności i liczbę dawek w opakowaniu z uwzględnieniem słowników publikowanych przez SIM w zakresie co najmniej: części ciała, droga podania, źródło finansowania. Zakres danych wynika z zakresu danych przekazywanych do systemu SIM w ramach zdarzeń medycznych.

System umożliwia oznaczenie Odmowy szczepienia wynikającego z listy szczepień obowiązkowych występujących w Karcie uodpornienia.

System umożliwia dodawanie szczepień wraz z wprowadzaniem szczegółów podanego preparatu z danych wizyty oraz prezentację danych o zaewidencjonowanych w wizycie szczepieniach.

System umożliwia przejście z danych wizyty do szczegółów podanych szczepień.

System umożliwia konfigurację zapewniającą automatyczne rejestrowanie wykonanych procedur po zaewidencjonowaniu podania leku.

System umożliwia zapis informacji o szczepieniu w eKarcie szczepień prowadzonej w SIM (P1) , w tym podpis odpowiedniego zasobu Zdarzeń medycznych

System udostępnia możliwość wykonania zestawień o zrealizowanych szczepieniach

System udostępnia listę wykonanych szczepień, oraz umożliwia zbiorczy podpis szczepień odnotowanych w P1.

System umożliwia odnotowywanie szczepień z danych wizyty oraz odrębną ewidencję podanego preparatu i szczegółów wykonanej procedury. System musi weryfikować kompletność wprowadzonych danych o szczepieniu, podanym preparacie i zrealizowanej procedurze, ale umożliwia przeniesienie walidacji o podaniu leku i wprowadzeniu danych procedury na etap zatwierdzenia zakończenia wizyty.

Rejestracja

Obsługa pacjentów/usług komercyjnych

System musi umożliwiać prowadzenie cenników:

- określanie dat obowiązywania cennika,
- określanie zakresu usług dla cennika,
- określanie cen usług,
- możliwość określenia cen widelkowych dla usługi,
- możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi.

System musi umożliwiać rejestrację umowy indywidualnej na świadczenie usług medycznych

System musi umożliwiać określanie definiowanie dostępności usług placówki medycznej

System musi umożliwiać wybór kategorii płatnika oraz wystawienie dokumentu sprzedaży dla badania laboratoryjnego.

System musi umożliwiać wystawienie dokumentu sprzedaży dla usług komercyjnych płatnych przed ich wykonaniem, w przypadku gdy, nie zostały jeszcze zrealizowane.

Definiowanie grafików pracy

System musi umożliwiać określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki) dla gabinetów:

- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji,
- procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu,
- uzupełnianie definicji szablonu na podstawie godzin pracy jednostki.

System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza:

- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji,
- procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu,
- określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).

System musi umożliwiać definiowanie przedziału wieku pacjentów obsługiwanych przez zasób

System musi umożliwiać generowanie grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu,

System musi umożliwiać ustawienie blokady w grafiku z podaniem przyczyny tj. urlop, remont

Obsługa skorowidza pacjentów

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:

- identyfikator pacjenta
- data urodzenia
- imię ojca i matki
- miejsce urodzenia
- płeć
- PESEL opiekuna
- nazwisko rodowe matki
- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
- pobyt w jednostce
- pobyt w okresie
- nr telefonu
- adres e-mail
- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością

System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, który pozwala na wyszukanie pacjenta tylko w momencie podania jego pełnego numeru PESEL. Wspomniane ograniczenie powinno być konfigurowalne przez administratora.

System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:

- płeć (męska, żeńska, nieznana)
- fragment (fraz) opisu pacjenta

System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia

System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z

wykorzystaniem zapytania SQL.

System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie:

- numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta
- numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy)

System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora

System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta.

System musi umożliwiać wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia

System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta.

System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej,

System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza

Obsługa listy pacjentów modułu

System musi umożliwiać przypisanie pacjentowi uprawnień do obsługi poza kolejnością.

Informacja o posiadanych uprawnieniach do obsługi poza kolejnością musi być prezentowana na listach pacjentów

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście, wg różnych parametrów, w szczególności:

- imię, nazwisko i PESEL pacjenta
- jednostka wykonująca
- osoba wykonująca
- osoba rejestrująca
- jednostka kierująca
- instytucja kierująca
- lekarz kierujący
- kartoteka
- identyfikator pacjenta
- świadczenie
- status na liście pacjentów (np. do obsłużenia, zaplanowany, zarejestrowany, anulowane, przyjęty/w realizacji)
- wizyty CITO
- status osoby: VIP, uprawniony do obsługi poza kolejnością
- status sprzedaży

Planowanie i rezerwacja wizyty

System podczas rezerwacji terminu umożliwia określenie rodzajów terminu z możliwością określenia wielu rodzajów dla jednego terminu. Słownik rodzaju terminu powinien być możliwy do edycji przez administratora systemu

System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów w ramach danych zasobów oraz posiadać dodatkowe funkcjonalności planowania:

- rezerwacja wybranego terminu oraz możliwość wyszukania pierwszego wolnego terminu od wybranej daty oraz wyszukanie pierwszego terminu, który nie jest pierwszorazowy w ramach usługi i gabinetu
- ograniczenie prezentacji terminów do zasobów spełniających kryterium wieku pacjenta
- prezentowanie terminów tylko danej kategorii np. terminów zgłoszeń internetowych
- automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta
- w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji pierwszy wolny lub ręczny wybór terminu

- rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziale
- wstawianie terminu pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych (dopuszczenie planowania wielu wizyt w tym samym terminie) z możliwością wpisania komentarza do tak zaplanowanej wizyty
- przegląd liczby zaplanowanych wizyt z podziałem na pierwszorazowe i kontynuacje leczenia
- przegląd terminarza zaplanowanych wizyt
- nadanie kolejnego numeru rezerwacji w ramach danego szablonu rezerwacji dla danego zasobu
- tworzenie wpisu tymczasowej rezerwacji po wybraniu terminu. Po zakończeniu rezerwacji termin powinien zostać potwierdzony

System musi sprawdzać, czy pacjent ma zaplanowany termin na tę samą usługę, na którą dokonywana jest rezerwacja.

System umożliwia grupowe przenoszenie terminów z danego dnia na inny w ramach dostępności przenoszonych usługi

System umożliwia konfigurację długości trwania planowanych terminów, dla danego szablonu w ramach danego dnia i zakresu czasu.

System umożliwia ewidencję i usuwanie blokad terminarza bezpośrednio w oknie planowania terminu.

System musi umożliwiać automatyczne anulowanie zaplanowanego terminu w przypadku jego wcześniejszej realizacji.

System umożliwia dostęp do różnych slotów czasowych podczas planowania danej usługi w zależności od jednostki zlecającej termin

System musi umożliwiać zmianę usługi na inną wykonywaną w tej samej jednostce wykonującej, podczas przeplanowywania terminu.

Podczas zmiany zaplanowanego terminu system umożliwia wybór innej usługi

System musi umożliwiać zbiorczą zmianę usługi dla zaplanowanych terminów, w ramach tego samego slotu i zasobów

System musi umożliwiać obsługę kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami

Podczas planowania wizyty, system powinien sugerować dokonanie wpisu do kolejki oczekujących, jeśli istnieje kolejka dla planowanej usługi lub gabinetu

System musi umożliwiać wskazanie przyczyny powodu modyfikacji wpisu w kolejce oczekujących podczas przeniesienia terminu.

System musi zapewnić możliwość sprawdzenia czy dla wybranego pacjenta istnieją inne wpisy w harmonogramie przyjęć.

System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem.

System musi umożliwiać ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień.

System musi umożliwiać ewidencję notatek w ramach wolnego slotu w terminarzu z możliwością przypisania priorytetu określającego kolorystyczne oznaczenie danej notatki

System musi umożliwiać zbiorczą generację notatek w terminarzu z poziomu panelu administracyjnego jak również podczas planowania usługi

Rejestracja na wizytę

System musi umożliwiać rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną)

System musi umożliwiać rejestrację wizyty jako wywiadu przed zaplanowanym terminem

Podczas rejestracji/pobrania e-Skierowania system weryfikuje zgodność danych pacjenta w systemie HIS z danymi pobranymi z platformy P1.

System umożliwia podgląd danych e-skierowania w ramach realizowanej wizyty.

Przy rejestracji pacjenta system informuje (ostrzega) użytkownika, że wraz ze skierowaniem wprowadzono dodatkowe informacje i wyświetla je.

System musi pozwalać na wyliczanie kosztów danej porady

System musi pozwalać na określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji.

System musi umożliwiać zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania,

System musi umożliwiać rejestrację wielu badań w oparciu o jedno skierowanie.

W ramach jednego zarejestrowanego skierowania system powinien umożliwiać rejestrację wielu zleceń.

Zmiana danych skierowania modyfikuje dane skierowania wszystkich tak zarejestrowanych zleceń.

System umożliwia na etapie rejestracji ewidencję załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań).

Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku lub bezpośrednie skanowanie z podpisanego urządzenia.

Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

System musi umożliwiać ewidencję i kontrolę:

- zgód pacjenta związanych z hospitalizacją i innymi czynnościami medycznymi
- listy osób upoważnionych dla pacjenta

Obsługa wyników:

- odnotowanie wydania wyniku,
- wpisywanie wyników zewnętrznych.

Wydruk recept i kuponów

System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:

- Wykaz Przyjęć
- Wykaz Badań
- Wykaz Zabiegów
- Harmonogram przyjęć
- Księga Ratownictwa

System ma możliwość generowania raportów i wykazów w module Rejestracja.

Statystyka LO

Obsługa skorowidza pacjentów

System musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów wspólnego dla innych modułów medycznych (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna)

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:

- identyfikator pacjenta
- data urodzenia
- imię ojca i matki
- miejsce urodzenia
- płeć
- PESEL opiekuna
- nazwisko rodowe matki
- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
- pobyt w jednostce
- pobyt w okresie
- nr telefonu
- adres e-mail
- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością

System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:

- płeć (męska, żeńska, nieznana)
- fragment (fraz) opisu pacjenta

System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia

Musi istnieć możliwość rejestracji i modyfikacji danych pacjentów co najmniej w zakresie:

- identyfikator pacjenta
- data urodzenia i miejsce
- imię ojca i matki
- miejsce urodzenia
- płeć
- PESEL opiekuna
- nazwisko rodowe matki
- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) opisane przez: kod terytorialny, kod miejscowości, kod ulicy zgodne ze słownikiem TERYT, z uwzględnieniem kodów terytorialnych dużych miast tj. dzielnic i delegatur.
- pobyt w jednostce
- pobyt w okresie
- nr telefonu
- adres e-mail
- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością

Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:

- w zakresie danych osobowych,
- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych

Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego

System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO

Podczas rejestracji karty musi istnieć możliwość zarejestrowania, co najmniej:

- numer karty
- etap
- lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ)
- status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana)
- data wersji od

Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą
System umożliwia przegląd szczegółów każdej wersji karty DILO, ze wskazaniem użytkownika tworzącego oraz modyfikującego kartę

System wyróżnia pacjenta onkologicznego - pacjent posiadający co najmniej jedną aktywną kartę DILO zostaje oznaczony ikonką DILO w nagłówku danych pobytu/wizyty, wraz z informacją o rozpoznaniu z karty DILO.

Ogólne

System powinien umożliwiać obsługę statystyki rozliczeniowej i medycznej

System umożliwia wyszukanie pobytów (hospitalizacji i wizyt) zawierających dokumentację spełniającą warunki dotyczące terminów przechowywania.

System musi umożliwiać obsługę wykazów/ksiąg:

- Księga Zgonów,
- Księga Zdarzeń Niepożądanych,
- Wykaz Przyjęć,
- Wykaz Zabiegów,
- Harmonogram przyjęć,
- Księga Ratownictwa,
- Wykaz Badań

System powinien umożliwiać dostęp do wszystkich wykazów/ksiąg placówki Zamawiającego

System umożliwia przenumerowanie Wykazów Przyjęć

System powinien umożliwiać tworzenie raportów i wykazów statystyki, w szczególności:

- raport rozpoznania - zestawienie syntetyczne i analityczne ilości rozpoznania każdego rodzaju w rozbiciu na pacjentów i jednostki wykonujące
- wykonane badania wg płatnika i jednostki kierującej - zestawienie ilości wykonanych badań poszczególnych rodzajów, z podziałem na jednostki wykonujące, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących
- lista pacjentów przyjętych przez lekarza - zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie, w wybranych gabinetach, przez wybranych lekarzy
- zestawienie statystyczne pacjentów - zestawienie syntetyczne lub analityczne (dla poszczególnych dni zadanego okresu) liczby pacjentów przyjętych w wybranych/wszystkich gabinetach w rozbiciu na dorosłych i dzieci z podziałem na płeć oraz pacjentów pierwszorazowych i kontynuację leczenia
- raport obciążenia gabinetów - zestawienie liczby wykonanych badań w poszczególnych dniach zadanego okresu dla wybranych/wszystkich gabinetów, dla poszczególnych lekarzy
- wykonane procedury - syntetyczne i analityczne (dla poszczególnych dni zadanego zakresu) zestawienie liczby procedur danego rodzaju wykonanych w zadanym okresie, w wybranych/wszystkich gabinetach, dla wybranego/wszystkich ubezpieczycieli i płatników
- zestawienie zrealizowanych badań - zestawienie liczby badań wykonanych pacjentom (podstawowe dane pacjenta) wraz z rozpoznaniem i procedurami w wybranej/wszystkich jednostkach, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących wykonanych przez wybranego/wszystkich lekarzy
- lista zarejestrowanych/przyjętych pacjentów - zestawienie ilości zarejestrowanych pacjentów do wybranego gabinetu
- liczba usług wykonanych przez lekarza - zestawienie ilości usług wykonanych w jednostce przez danego lekarza
- zestawienie liczby przyjętych pacjentów - zestawienie liczby pacjentów przyjętych przez daną jednostkę i lekarza w ramach określonego pakietu świadczeń z podziałem na grupy wiekowe
- lista wykonanych usług - lista usług wraz z danymi takimi jak: jednostka i lekarz kierujący, miejsce i data wykonania, dane o wartości usługi, opłacie kontrahenta, opłacie pacjenta dla wybranych lub wszystkich: umów, pacjentów, świadczeń, instytucji i lekarzy kierujących oraz jednostek i lekarzy wykonujących
- zestawienie wystawionych skierowań - syntetyczne i analityczne (wg daty wystawienia) zestawienie ilości wystawionych skierowań na określone badania/usługi z podziałem na lekarzy wystawiających i/lub jednostki, w których wystawiono skierowanie dla wybranych lub wszystkich; jednostek, lekarzy kierujących, usług, statusów realizacji
- deklaracje - raport personalny - zestawienie liczby osób zadeklarowanych w wybranym miesiącu danego roku dla wybranej lub wszystkich umów oraz dla wybranego lub wszystkich rodzajów deklaracji
- harmonogramy - zestawienie harmonogramów/kolejek oczekujących w ujęciu syntetycznym (dane całej kolejki) i analitycznym (z danymi oczekujących pacjentów)
- lista wykonanych usług - lista pacjentów z wykonanymi usługami oraz danymi o jednostce realizującej, lekarzu realizującym i lekarzu kierującym dla wybranej jednostki wykonującej w zadanym okresie

- zestawienie wykonanych usług pacjenta - lista usług wykonanych w określonym czasie dla wybranego pacjenta z wyszczególnieniem danych o wartości i opłatach
- zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów - syntetyczne i analityczne (pacjenci) zestawienie liczby udzielonych porad danego rodzaju z podziałem na: miejscowości zamieszkania, pacjenta lub typ porady w zadanym okresie, dla wybranych lub wszystkich gabinetów i wybranego rodzaju wizyty (pierwszorazowa, kolejna)
- zestawienie zwolnień lekarskich

System musi umożliwiać definiowanie wykazów na podstawie danych ewidencjonowanych w bazie danych, z wykorzystaniem narzędzia raportującego np. darmowego generatora Jasper Reports lub innego o zbliżonych funkcjonalnościach.

3. Obsługa Apteki (liczba użytkowników: minimum 4)

Akceptacja zamówień do dostawców:

- System powinien umożliwiać obsługę dwustopniowego procesu akceptacji zamówień do dostawców
- System powinien umożliwiać filtrowanie zamówień do dostawców według statusu akceptacji
- System powinien umożliwiać odrzucenie zamówienia wysłanego do akceptacji
- System powinien umożliwiać wpisanie powodu odrzucenia zamówienia wysłanego do akceptacji
- W zamówieniach do dostawców system powinien umożliwiać przegląd historii akceptacji zamówienia

Konfiguracja magazynu apteki:

- System musi umożliwiać zastosowanie słowników leków, grup ATC i nazw międzynarodowych do ewidencji obrotu lekami i materiałami
- System musi umożliwiać definiowanie dwupoziomowej hierarchii grup leków/materiałów
- System musi umożliwiać definiowanie grup materiałów dla całego systemu i dla poszczególnych magazynów
- System musi umożliwiać prowadzenie rejestru leków i materiałów dla każdego magazynu odrębnie
- System musi umożliwiać wyszukiwanie leków/materiałów za pomocą skanowania kodów EAN13 i EAN128
- System musi umożliwiać definiowanie własnych rodzajów dokumentów dla poszczególnych rodzajów przyjęć, wydań innych czynności (np. Rozchód darów, przyjęcie bezpłatnych próbek itp.)
- System musi umożliwiać prowadzenie numerowania dokumentów wg zdefiniowanego szablonu zawierającego rok, miesiąc, symbol dokumentu, kod użytkownika
- System musi umożliwiać drukowanie etykiety na szuflady w magazynie apteki

Ogólne

System musi umożliwiać sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.

System musi umożliwiać umieszczenie informacji w pozycji zamówienia o tym, że zamówienie może być zrealizowane za pomocą odpowiednika zamawianego leku

System musi umożliwiać rejestrowanie przyjęcia dostaw leków i materiałów medycznych od dostawców, w szczególności:

- automatyczne uzupełnienie dokumentu dostawy na podstawie faktury w formie elektronicznej
- możliwość manualnej rejestracji dokumentów przyjęcia, w tym dostaw dla których nie dostarczono faktury

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów sporządzenia preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych

System powinien umożliwiać automatyczne generowanie numeru serii dla dokumentu produkcji

System powinien kontrolować:

- datę ważności składnika dodawanego do leku recepturowego,
- datę ważności wyprodukowanego leku recepturowego.

W przypadku przeterminowania składnika lub wyprodukowanego leku System powinien informować użytkownika o tym fakcie stosownym komunikatem

System musi umożliwiać przegląd składu leku recepturowego w dokumencie produkcji

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu sporządzenia roztworów spirytusowych

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów importu docelowego zakładowego i indywidualnego

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów zwrotu leków i materiałów medycznych z apteczek oddziałowych z aktualizacją ich stanów

System umożliwia blokowanie wprowadzania zmian w dokumentach z innego dnia, niż bieżący.

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów przyjęcia darów

System powinien umożliwiać wyróżnienie leków, których dodanie do receptariusza jednostki wymaga odrębnych uprawnień

System musi umożliwiać rejestrowanie danych osoby dostarczającej próbkę oraz nazwę podmiotu odpowiedzialnego w dokumencie przyjęcia próbki

System musi umożliwiać rejestrowanie numeru protokołu w dokumencie przyjęcia leku wykorzystywanego w programie badań klinicznych

System musi umożliwiać rejestrowanie pozycji dokumentu przychodu przez skanowanie kodu EAN13/EAN128. W przypadku odczytania kodu leku, który nie znajduje się jeszcze w dokumencie system automatycznie tworzy nową pozycję dokumentu.

System powinien umożliwiać wydruk informacji o przetargach i zamówieniach na dokumencie przychodu

System powinien umożliwiać weryfikację różnic pomiędzy pozycją przychodu, a pozycją przetargową lub pozycją zamówienia.

System powinien umożliwiać wprowadzenie aneksu z ilością mniejszą niż już zrealizowana

System powinien umożliwiać możliwość rejestrowania przychodów niefakturowanych za pomocą wybranych dokumentów PZ

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów korygujących do dokumentów przyjęcia leków i materiałów

System musi umożliwiać rejestrowanie korekty pozycji dokumentu przyjęcia również w przypadku częściowej korekty tej pozycji

System powinien umożliwiać potwierdzenie przyjęcia zlecenia żywienia pozajelitowego przez Pracownię

System powinien umożliwiać przekazanie leku/worka żywienia pozajelitowego do jednostki zlecającej

System musi umożliwiać realizację zleceń na leki cytostatyczne poprzez zarejestrowanie dokumentu produkcji leku cytostatycznego i dokument wydania leku z Apteki do Apteczki.

System powinien wyświetlać wagę pacjenta

System musi umożliwiać obsługę wydania leku pacjentowi do domu, w ramach schematu leczenia.

System musi umożliwiać rejestrowanie wydań leków i materiałów medycznych:

System musi umożliwiać rejestrowanie wydań za pomocą dokumentów RW i MM na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych z Apteczek Oddziałowych

System musi umożliwiać ewidencję wydań poprzez skanowanie kodów EAN13 i EAN128

System musi umożliwiać definiowanie rodzajów akceptacji dla rzutów.

System musi umożliwiać określenie dla rzutu rodzaju wymaganej akceptacji.

System musi informować użytkownika podczas rejestrowania zamówienia o rodzaju wymaganej akceptacji właściwej dla rzutu, do którego przypisany jest zamawiany lek.

System musi umożliwiać potwierdzenie przez oddział realizacji zamówienia

System powinien umożliwiać zawężenia listy zamówień do tych, w których istnieją leki/materiały obsługiwane przez bieżący magazyn

System musi umożliwiać zarejestrowanie dokumentu rozchodu wewnętrznego (bez przychodu u zamawiającego) leku na podstawie zamówienia.

System powinien posiadać możliwość rozchodu całości aktualnych stanów magazynu dla wybranych

leków/materiału jednym kliknięciem

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów wydania na zewnątrz

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów zwrotu do dostawcy

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu zwrotu korekty zwrotu do dostawcy

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu ubytki i straty nadzwyczajne

W dokumencie przesunięcia międzymagazynowego system powinien umożliwiać dodanie pozycji z innych dokumentów

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu korekty wydania środków farmaceutycznych

System musi umożliwiać definiowanie i wykonywanie kontroli limitów wartościowych wydań leków i środków medycznych do komórek organizacyjnych

System musi umożliwiać prezentację ilości w postaci ułamkowej

System musi umożliwiać rezerwowanie określonej ilości leków lub materiałów dla wskazanego pacjenta

System musi umożliwiać korektę stanów magazynowych:

System musi umożliwiać korektę stanów magazynowych (ilościowo i jakościowo) na podstawie arkusza spisu z natury rejestrowanego z dokładnością do dostawy lub asortymentu

System musi umożliwiać generowanie arkusza spisu z natury

System musi umożliwiać bieżącą korektę stanów magazynowych

System musi podczas generowanie dokumentu remanentu na podstawie spisu z natury sprawdzić czy stwierdzono różnice inwentaryzacyjne. W przypadku braku różnic musi poinformować o tym użytkownika

System musi umożliwiać odnotowanie wstrzymania lub wycofanie leku z obrotu

System musi kontrolować daty ważności wydawanych leków. System musi umożliwiać zdejmowanie ze stanów leków przeterminowanych za pomocą wskazanych dokumentów.

System musi oznaczać na liście kolorem/symbolem umowy, dla których zbliża się koniec terminu ważności.

System w generatorze zamówień do kontrahentów musi umożliwiać tworzenie jednego zamówienia dla wielu umów.

System musi umożliwiać oznaczenie danych kontrahenta w związku z ograniczeniem przetwarzania jego danych lub roszczeniem.

System musi umożliwiać anonimizację danych kontrahenta.

System musi umożliwiać dopisanie do spisu z natury pozycji, dla których nie odnotowano obrotów w danym magazynie.

System musi umożliwiać przegląd bieżących stanów magazynowych jak i na wskazany dzień

System musi umożliwiać weryfikację przekroczenia wartości procentowej limitu ustawionego dla magazynu.

System musi umożliwiać wsparcie obsługi i kontroli zamówień (w tym publicznych) w zakresie:

- przekazywanie listy asortymentowo - wartościowej leków do modułu realizującego funkcjonalność Obsługi zamówień i przetargów,

- pobieranie zwycięskiej oferty (umowy),

- kontrola realizacji dostaw i poziomu cen w ramach zwycięskiej oferty (umowy).

System w generatorze zamówień do kontrahentów musi umożliwiać tworzenie jednego zamówienia dla wielu umów.

System powinien umożliwiać wpisanie dodatkowej treści e-mail dla zamówienia zewnętrznego (zamówienie do Kontrahenta) oraz umieszczenie na wydruku nr zamówienia

System powinien umożliwiać generowanie pozycji do zamówień zewnętrznych na podstawie wydań w zadanym okresie

System musi współpracować z blistownicą przepakowującą leki w dawki jednostkowe (UnitDose)

System musi prezentować informację o stanie realizacji zlecenia w UnitDose

System powinien umożliwiać zamawianie leków w systemie UnitDose dla zleceń doraźnych (bez określenia

pory podania).

System musi wspomagać obsługę zleceń na leki cytostatyczne w zakresie co najmniej:

- realizacja zamówienia na produkcję leku cytostatycznego,
- automatycznego wycofania produkcji cytostatyku z równoczesnym przekazaniem informacji o anulowaniu do systemu zewnętrznego przygotowania cytostatyków,
- możliwości wygenerowania raportu zawierającego szczegóły zamówień wystawionych przez Pracownie Cytostatyków, z możliwością ograniczenia tylko do zamówień oczekujących na realizację.

System musi wspomagać obsługę produkcji preparatów żywienia pozajelitowego w zakresie co najmniej:

- wyliczanie podstawowych parametrów preparatu żywienia pozajelitowego oraz kontrolowanie wartości granicznych, co najmniej w zakresie stężenia krytycznego i osmolarności
- generowania etykiet

System powinien umożliwiać integrację z systemem zewnętrznym obsługi magazynu automatycznego

System musi generować zestawienia

- na podstawie rozchodów,
- na podstawie przychodów,
- na podstawie stanów magazynowych,
- możliwość wydruku do XLS
- raport realizacji zamówień wewnętrznych

System musi posiadać możliwość utworzenia i wydruku raportu na podstawie rozchodów dla grup analitycznych.

System musi umożliwiać planowanie realizacji zamówień wewnętrznych.

System umożliwia automatyczne utworzenie i wysłanie zapotrzebowania do apteki na podstawie zlecenia lekarskiego.

System musi posiadać możliwość przekazywania wszystkich wydruków do plików w formacie PDF

System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów

System musi wspomagać użytkownika w zakresie decyzji farmaceutycznych w zakresie:

- przechowywanie informacji o leku,

System:

- a. umożliwia rejestrowanie dokumentów sporządzenia preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych,
- b. umożliwia realizację zleceń na leki cytostatyczne poprzez zarejestrowanie dokumentu produkcji leku cytostatycznego i dokument wydania leku z Apteki do Apteczki,
- c. umożliwia zarządzania lekami własnymi pacjenta,
- d. umożliwia zarządzania stratami i utylizacją leków,
- e. wspomaga użytkownika w zakresie decyzji farmaceutycznych w zakresie wstrzymanie, wycofanie decyzją GIF

f. musi podczas generowanie dokumentu remanentu na podstawie spisu z natury sprawdzić czy stwierdzono różnice inwentaryzacyjne. W przypadku braku różnic musi poinformować o tym użytkownika

- odnotowywanie działań niepożądanych.
- możliwość definiowania receptariusza szpitalnego

System musi umożliwiać integrację z innymi modułami realizującymi funkcjonalności w zakresie:

- Finanse – Księgowość:

- dostępność funkcji wartościowego, syntetycznego zapisu obrotu materiałowego na kontach księgi głównej FK,
- możliwość zapisu dokumentów rozchodowych (koszty) na poziomie wydania z magazynu apteki,
- możliwość zapisu dokumentów rozchodowych (koszty) na poziomie wydania z magazynu apteczki

oddziałowej,

-- możliwość eksportu dokumentów rozchodu wewnętrznego w formacie OSOZ-EDI

-- możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu do FK,

-- możliwość wykorzystania słowników FK: kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów.

- Rachunek kosztów leczenia:

-- w zakresie udostępnienia indeksu leków i danych o aktualnych cenach leków do określenia normatywów materiałowych świadczeń (w zakresie leków).

- Ruch Chorych, Przychodnia:

-- w zakresie skorowidza pacjentów.

System musi umożliwiać rozliczenie dostaw z całego miesiąca jedną fakturą.

System musi umożliwiać domyślne otwarcie nowego okresu rozliczeniowego z pierwszym dniem nowego miesiąca.

System musi umożliwiać kontrolę interakcji pomiędzy składnikami leków recepturowych

System musi umożliwiać analizę interakcji pomiędzy składnikami leków wydanych pacjentowi

System musi umożliwiać definiowanie zamienników dla wybranych leków

System musi umożliwiać przypisywanie leków do grup odpowiedników/odpowiedników

System powinien uniemożliwiać wprowadzenie karty leku/materiału o tym samym indeksie

System musi umożliwiać kontrolę interakcji pomiędzy składnikami leków recepturowych

- konfigurację magazynu depozytów obejmującą możliwość definiowania dokumentu oraz możliwość oraz karty materiału depozytowego

- obsługę dokumentów:

-- przyjęcie materiałów w depozyt

-- faktura depozytowa

-- korekta faktury depozytowej

-- rozchód depozytowy na pacjenta

-- rozchód depozytowy bez pacjenta

-- korekta rozchodu depozytowego

- zamówienia do dostawcy:

-- generowanie zamówienia na podstawie rozchodu depozytowego

-- tworzenie zamówienia depozytowego bez wskazania pacjenta

- Kontrola realizacji zamówień do dostawców oraz umów przetargowych.

- wprowadzanie i edycja numeru pozycji na fakturze depozytowej

- Raporty:

-- na podstawie przychodów

-- na podstawie rozchodów

-- raport z produkcji cytostatyków

-- możliwość zapisu w formacie xls

- eksport do Systemu Finansowo Księgowego

System musi umożliwiać przegląd historii eksportów dekretów do FK

System musi umożliwiać przeglądu historii eksportów VAT do FK

System musi za komunikację z zakresie JPK, w szczególności:

-- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK_MAG

-- odbiór potwierdzenia odbioru (UPO)

System musi umożliwiać integrację z szafami lekowymi.

System musi umożliwiać powiązanie magazynu z szafami lekowymi.

System powinien uniemożliwiać zarejestrowanie zużycia leku, który został wydany z Apteki dla innego pacjenta.

System powinien umożliwiać wyliczenie liczby wydań leków/materiałów z podziałem na OPK.

System musi umożliwiać weryfikację autentyczności leków w systemie PLNMV.

System musi umożliwiać weryfikację autentyczności leków w systemie PLNMV odrębnie dla każdej apteki zarejestrowanej w Rejestrze Aptek

System musi przechowywać informacje o wyniku weryfikacji każdego niepowtarzalnego identyfikatora

System musi umożliwiać wykonanie następujących operacji w ramach weryfikacji leków:

- weryfikacja niepowtarzalnego identyfikatora,
- wycofanie niepowtarzalnego identyfikatora jako użycie/wydanie
- wycofanie niepowtarzalnego identyfikatora jako próbka
- wycofanie niepowtarzalnego identyfikatora jako zniszczenie

System powinien umożliwiać anulowanie zużycia leku w systemie Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków (KOWAL) za pomocą manualnego wprowadzenia niezbędnych informacji

System musi wykonywać operację weryfikacji automatycznie po operacji odczytania kodu Data Matrix z opakowania leku za pomocą skanera kodów

System powinien umożliwiać prezentację alertów dla zeskanowanych kodów w ramach integracji z systemem KOWAL

System powinien umożliwiać oznaczenie alertów przekazanych do systemu KOWAL [<https://portal.nmvo.pl/>] jako wysłane zgłoszenie.

System powinien umożliwiać przekazanie zainteresowanej grupie użytkowników raportu o alertach nie zgłoszonych do systemu KOWAL [<https://portal.nmvo.pl/>]

System musi umożliwiać rejestrowanie i przechowywanie w systemie informacji o Unikalnych Identyfikatorów Wyrobów Medycznych będących w obrocie podmiotu medycznego. Rejestrowanie identyfikatorów odbywa się za pomocą skanowania kodów 2D.

System powinien umożliwiać ręczną oraz automatyczną, z wykorzystaniem czytnika kodów, rejestrację kodów UDI

System powinien umożliwiać ręczną rejestrację składowych części kodu UDI

System powinien wygenerować komunikat do ZSMOPL zawierający informacje o aktualnych stanach apteki dla wybranych leków

System musi odebrać i zapisać identyfikator komunikatu nadany przez ZSMOPL

System musi umożliwiać wygenerowanie i wysłanie komunikatu obrotów i stanów do ZSMOPL na żądanie użytkownika

System musi umożliwiać wygenerowanie i wysłanie komunikatu obrotów i stanów do ZSMOPL automatycznie i cyklicznie

System musi umożliwiać generowanie i wysyłanie korekt komunikatów do systemu ZSMOPL.

System powinien umożliwiać wygenerowanie korekty raportu do systemu ZSMOPL z modyfikacją serii lub daty ważności

System powinien umożliwiać raportowanie obrotów i strat do systemu ZSMOPL

System powinien umożliwiać przeprowadzenie testu poprawności działania skanera kodów DataMatrix w zakresie weryfikacji autentyczności leków

System musi umożliwiać przegląd listy transakcji dla wygenerowanego komunikatu

System musi umożliwiać wygenerowanie komunikatu stanów i obrotów odrębnie dla każdej apteki zarejestrowanej w Rejestrze Aptek

System musi umożliwiać import danych z rejestru Hurtowni Farmaceutycznych

System musi umożliwiać aktualizację listy hurtowni prowadzonych przez kontrahenta na podstawie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych

System musi umożliwiać przeglądanie decyzji i komunikatów Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego

System musi umożliwiać aktualizację online słownika hurtowni na podstawie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych C e-Z.

System musi umożliwiać automatyczne wysłanie powiadomienia do Apteki o wysłaniu zamówienia z Apteczki Oddziałowej

System musi umożliwiać wyświetlenie powiadomień o umowach z apteki, dla których kończy się termin ważności.

System powinien umożliwiać zmianę statusu dla zamówienia wysłanego do dostawcy.

System powinien umożliwiać podgląd obrotów dostawy z poziomu słownika globalnego leków

System powinien umożliwiać podgląd obrotów dostawy z poziomu zamówień zewnętrznych

System powinien umożliwiać wydruk dokumentów realizacji zamówień wewnętrznych z okna zamówień wewnętrznych.

System powinien umożliwiać realizację zamówienia wewnętrznego o statusie Zakończone (częściowo zrealizowane)

System umożliwia realizację zleceń żywienia pozajelitowego.

System musi umożliwiać walidację danych wprowadzanych do kartotek leków przy użyciu mechanizmów wyliczeń wskaźników, w tym wartości CAN dla mieszaniny i osmolarności. W przypadku wykrycia nieprawidłowych danych system uniemożliwia zapis i informuje o błędzie za pomocą odpowiedniego komunikatu walidacyjnego.

System musi umożliwiać ustalanie kolejności wyświetlania składników na liście etykiety oraz definiowanie, czy dany składnik ma być uwzględniony na etykiecie, co wpływa bezpośrednio na widoczność i układ pozycji etykiety.

System musi umożliwiać zarządzanie jednostkami miary w słowniku, przypisywanych do składników wyświetlanych na etykietach.

System musi umożliwiać proces rozcieńczania składników przed dodaniem ich do mieszaniny żywieniowej.

System musi umożliwiać dodawanie składników rozcieńczenia do produkcji na podstawie zdefiniowanej receptury oraz kontrolować ich dostępność. W przypadku braku któregoś ze składników system informuje o tym za pomocą stosownego komunikatu walidacyjnego.

W przypadku braków magazynowych system musi umożliwiać ręczne dokończenie produkcji rozcieńczenia.

System musi umożliwiać prezentowanie na etykiecie składników mieszaniny żywieniowej, zawierającej informacje o składnikach odżywczych, proporcjach elektrolitów, aminokwasów, glukozy i lipidów, a także warunkach przechowywania i sposobie podania, przy czym dla składników rozcieńczonych powinny być wyświetlane ich pierwotne składniki, a nie produkty powstałe w wyniku rozcieńczenia.

System musi umożliwiać generowanie etykiety na podstawie szablonu dokumentu przypisanego do statusu „Żywienie pozajelitowe” w słowniku rodzaju dokumentów.

System musi umożliwiać weryfikację zgodności dokumentu dostawy z rzeczywistą dostawą

System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu przyjęcia na podstawie skanowania kodów opakowań

System musi zapewniać automatyczną weryfikację leków w systemie KOWAL po zarejestrowaniu dokumentu przyjęcia

System musi automatycznie generować wpisy w rejestrze identyfikacji wyrobów medycznych (UDI) po zarejestrowaniu dokumentu przyjęcia

System musi umożliwiać automatyczne generowanie dokumentu wydania po zeskanowaniu skompletowanego wydania

System musi automatycznie wycofywać opakowania leków w systemie KOWAL po zatwierdzeniu dokumentu wydania

4. Obsługa Apteczki Oddziałowej (liczba użytkowników: minimum 19)

Akceptacja zamówień wewnętrznych w jednostce zamawiającej

System musi umożliwiać przesłanie zapotrzebowania na leki i materiały medyczne do osoby uprawnionej do akceptacji zapotrzebowania w jednostce zamawiającej

System musi umożliwiać przekazanie zapotrzebowania do korekty przez osobę uprawnioną do akceptacji zapotrzebowania w jednostce zamawiającej

System musi umożliwiać akceptację zapotrzebowania przez osobę uprawnioną do akceptacji zapotrzebowania w jednostce zamawiającej

System musi umożliwiać akceptację zamówień przy użyciu modułu obsługi pacjentów w jednostce organizacyjnej szpitala

Ogólne

Moduł apteczki musi umożliwiać generowanie zamówień do apteki głównej, z uwzględnieniem:

- wglądu w stany magazynowe Apteki
- kontroli interakcji pomiędzy składnikami leków z zamówienia

System musi umożliwiać obsługę magazynu apteczki oddziałowej w zakresie:

- wydawania środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej, w szczególności:
 - wydawanie na oddział/pacjenta (współpraca z aplikacjami medycznymi np. Ruch Chorych, Przychodnia),
 - zwrotu do apteki,
 - rejestracji ubytków i strat nadzwyczajnych,
 - korekty wydań środków farmaceutycznych.
- korekty stanów magazynowych, w szczególności:
 - korekty stanów magazynowych (ilościowej i jakościowej) na podstawie arkusza spisu z natury,
 - generowanie arkusza do spisu z natury,
 - bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego.

Musi istnieć możliwość definiowania receptariusza oddziałowego

System musi umożliwiać podpowiadanie ilości leków podczas dodawania ich do zamówienia wewnętrznego

System musi umożliwiać oznaczenie zamówienia wewnętrznego jako pilne.

System musi umożliwiać obsługę apteczek pacjentów (leki własne pacjenta)

System powinien umożliwiać zablokowanie dodania leku do zamówienia wewnętrznego, dla leku który został zamówiony w innym zamówieniu wewnętrznym.

5. Obsługa Operacji (liczba użytkowników: minimum 19)

System powinien umożliwiać wyłączanie niewykorzystanych zakładek

System powinien umożliwiać zmianę kolejności prezentacji zakładek

System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych dla pacjentów przebywających na oddziale

System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych podczas wizyty w gabinecie lekarskim, pacjentom nie przebywającym w szpitalu

System musi umożliwiać jednoznaczne oznaczanie zabiegów:

- zaplanowanych i niewykonanych;
- niezakończonych;
- anulowanych

System powinien umożliwiać planowanie zabiegów dla pacjentów kierowanych na zabieg z innych jednostek organizacyjnych

System musi umożliwiać zaplanowanie i odnotowanie danych wykonania operacji wielonarządowych.

System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji lekarskiej (chirurgicznej) do zabiegu obejmującej, co najmniej:

- rodzaj planowanego zabiegu,
- tryb zabiegu (planowy, przyspieszony, pilny, natychmiastowy),
- rozpoznanie przedoperacyjne ICD10 oraz opisowe,

- dostęp do pola operacyjnego z wykorzystaniem definiowalnego słownika
- wymagane ułożenie pacjenta z wykorzystaniem definiowalnego słownika, z możliwością wyboru wielu pozycji,
- datę kwalifikacji,

- wskazanie ze słownika personelu, lekarza dokonującego kwalifikacji,
- możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika,

Musi istnieć możliwość rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego

Musi istnieć możliwość uproszczonego zlecenia zabiegów przeprowadzanych w trybie nagłym

System musi umożliwiać zaplanowanie przerw technicznych pomiędzy zabiegami (czas na przygotowanie i posprzątanie Sali)

System musi umożliwiać prezentowanie na planie dziennym i okresowym operacji, informacji o tym czy pacjent przebywa już w szpitalu oraz czy wykonana została kwalifikacja anestezjologiczna.

System musi umożliwiać skonfigurowanie kontroli limitów wykonań dla zdefiniowanych grup zabiegów operacyjnych.

System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji anestezjologicznej, co najmniej w zakresie odnotowania:

- rodzaju planowanego znieczulenia z wykorzystaniem słownika rodzajów znieczulenia z możliwością definiowania własnych rodzajów znieczulenia,
- klasyfikacji pacjenta wg skali ASA,
- opisu kwalifikacji,
- daty kwalifikacji,
- wskazania lekarza dokonującego kwalifikacji,

- możliwości rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego

Planowanie powinno się odbywać w oparciu o terminarze bloku i sal operacyjnych

Po rejestracji zakończenia zabiegu, jeśli jego czas trwania był inny niż zaplanowano, system powinien zaktualizować terminarz dla pozostałych, zaplanowanych zabiegów

System musi umożliwiać planowanie zabiegu operacyjnego w tym wpisanie:

- daty zabiegu, bloku operacyjnego i sali operacyjnej,
- materiałów,
- zamówienia preparatów krwi wymaganych do przeprowadzenia zabiegu z możliwością wydrukowania zamówienia do banku krwi,
- składu zespołu zabiegowego i anestezjologicznego z wykorzystaniem słownika personelu z możliwością określenia roli członków personelu,
- możliwość rejestracji danych planu z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego

System musi umożliwiać odnotowanie rozpoczęcia realizacji zabiegu operacyjnego w chwili zarejestrowania przyjęcia pacjenta na blok operacyjny.

Musi istnieć możliwość obsługi listy zabiegów bloku operacyjnego, obejmującej:

- dostęp do aktualnych i archiwalnych danych pacjentów.
- modyfikacja danych dotyczących zabiegu,

System musi umożliwiać wyszukiwanie zabiegów na liście zabiegów bloku operacyjnego wg różnych kryteriów, w tym:

- statusu zabiegu (planowany, w trakcie realizacji, opieka pooperacyjna, przekazany na oddział, anulowany),
- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
- identyfikatorze pacjenta
- trybu zabiegu,
- rodzaju zabiegu,
- planowanych i rzeczywistych dat wykonania zabiegu,

- bloku i sali operacyjnej,
- jednostki zlecającej,
- nazwy wykazu operacji,
- składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej).
- przeglądu zabiegów zaplanowanych na dzisiaj i/lub jutro

System musi umożliwiać przyjęcie pacjenta na blok operacyjny i odnotowanie związanych z tym danych tj.:

- czasu przyjęcia i dane osoby przyjmującej,
- wpis do Wykazu operacji

System musi umożliwiać odnotowanie danych medycznych przeprowadzonego zabiegu w tym:

- rodzaju wykonanego zabiegu,
- czasu trwania zabiegu,
- rozpoznania pooperacyjnego ICD10 i opisowego,
- procedur medycznych z możliwością automatycznego dodania procedur powiązanych z przeprowadzonym zabiegiem,
- opisu wykonanego zabiegu wraz z lekarzem opisującym,
- składu zespołu zabiegowego domyślnie uzupełnianego na podstawie planu,
- czasu pracy zespołu operacyjnego. Jeśli czas pracy nie zostanie wpisany powinien być uzupełniony przez system na podstawie czasu rozpoczęcia i zakończenia zabiegu
- możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika,
- możliwość dołączania załączników w postaci dowolnych plików (np. skany dokumentów, pliki dźwiękowe i video),
- odnotowanie przetoczeń krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do książki transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu,
- zużytych materiałów:
 - z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika,
 - z możliwością automatycznego dodania materiałów z planu,
 - z możliwością automatycznego dodania materiałów powiązanych z wykonanym zabiegiem,
 - z możliwością automatycznego dodania zestawu narzędzi powiązanych z wykonywanym zabiegiem
- możliwość rejestracji danych z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego

System umożliwia blokowanie edycji opisu zabiegu operacyjnego osobie nie będącej właścicielem opisu

System na liście zabiegów oraz na liście opieki pooperacyjnej powinien wyróżniać pacjentów po transfuzji krwi, dla których nie została uzupełniona dokumentacja jej dotycząca.

Oprócz głównego opisu operacji system musi umożliwiać wprowadzanie dodatkowych uwag dotyczących przebiegu zabiegu, opatrzonych datą i danymi osoby wprowadzającej.

Po wykonaniu zabiegu, system powinien umożliwiać zmianę procedury głównej zabiegu

System umożliwia automatyczne dopisanie operatora do składu personelu operacji na podstawie lekarza opisującego zabieg.

System musi umożliwiać wprowadzenie informacji dotyczących przygotowania pacjenta do zabiegu.

System musi umożliwiać wprowadzenie informacji dotyczących powikłań pooperacyjnych.

System musi umożliwiać wprowadzenie w ramach opieki pooperacyjnej pacjenta, danych opieki pielęgniarskiej.

System musi umożliwiać definicję rodzajów znieczulenia.

System musi umożliwiać rejestrację danych znieczulenia, w tym:

- czasu znieczulenia,
- czasu anestezjologicznego,
- rodzaju przeprowadzonego znieczulenia domyślnie wypełnianego na podstawie kwalifikacji z możliwością

edycji,

- opisu znieczulenia ze wskazaniem osoby opisującej,
- zespołu anestezjologicznego domyślnie uzupełnionego na podstawie planu,
- czasu pracy zespołu anestezjologicznego. Jeśli czas pracy nie został wpisany system podpowiada na podstawie czasu anestezjologicznego lub jeśli czas anestezjologiczny nie jest obsługiwany na podstawie czasu znieczulenia.
- podanych leków:

- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika,
- z możliwością automatycznego dodania leków powiązanych ze znieczuleniem

System powinien umożliwiać odnotowanie podania leku na podstawie zlecenia przez wywołanie okna ze zleceniami pacjentów przekazanych na Blok operacyjny (Taca leków), w danych zabiegu oraz w danych dotyczących znieczulenia.

System powinien umożliwiać dodawanie pakietów leków i materiałów podczas rejestracji danych dotyczących wykonania operacji

System powinien umożliwiać grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych znieczulenia

System powinien umożliwiać grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych wykonania operacji oraz w danych opieki pooperacyjnej

System musi wspomagać opiekę pooperacyjną w zakresie:

- ewidencji czasu trwania opieki pooperacyjnej oraz lekarza przyjmującego,
- ewidencji wykonanych procedur,
- ewidencji podanych leków i zużytych materiałów,
- obsługi tacy leków
- oceny stanu pacjenta z wykorzystaniem zmodyfikowanej skali Aldrete'a
- opisu powikłań znieczulenia,
- opisu zaleceń pooperacyjnych,
- ewidencji daty przekazania pacjenta na oddział wraz ze wskazaniem lekarza przekazującego.

System musi umożliwiać realizację reoperacji pacjenta bezpośrednio po właściwej operacji bez konieczności przekazywania pacjenta na oddział.

System powinien umożliwiać wydruk szablonu karty znieczulenia z danymi nagłówkowymi pacjenta

System powinien umożliwiać wydruk szablonu karty pooperacyjnej z danymi nagłówkowymi pacjenta

System powinien umożliwiać prezentację graficzną wprowadzonych wyników pomiarów, procedur i leków na jednej osi czasu (co umożliwi obserwację zależności pomiędzy podaniami leków i wykonaniem procedur a wynikami pomiarów)

System musi umożliwiać prowadzenie Wykazów Operacji w zakresie:

- możliwość definiowania Wykazu operacji dla bloku operacyjnego, dla sali operacyjnej oraz dla grupy zabiegów,
- przegląd Wykazów Operacji wg. różnych kryteriów, w tym:
 - danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
 - trybu zabiegu,
 - rodzaju zabiegu,
 - dat wykonania zabiegu,
 - bloku i sali operacyjnej,
 - oddziału zlecającego
 - nazwy Wykazu operacji,
 - roku księgi,
 - zakresu numerów księgi,

- składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej),
- wydruk wykazu operacji

System musi umożliwiać przekazanie pacjenta na oddział opieki pooperacyjnej bez wprowadzonych danych realizacji zabiegu; z możliwością późniejszego uzupełnienia danych.

System musi wspomagać prowadzenie dokumentacji zabiegu operacyjnego, w tym:

- protokół zabiegu operacyjnego,
- protokół przekazania pacjenta na oddział
- możliwość uzupełniania dokumentacji o materiały elektroniczne - skany dokumentów, zdjęcia, pliki dźwiękowe oraz wideo
- opcjonalne przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów

Musi istnieć możliwość definiowania własnych szablonów wydruków

Musi istnieć możliwość obsługi raportów wbudowanych, w tym:

- raport z wykonanych zabiegów operacyjnych z uwzględnieniem kryteriów: czas wykonania zabiegu, nazwa wykazu operacji, sala operacyjna, jednostka zlecająca oraz rodzaj operacji

System musi umożliwiać wybór formatu wydruku raportów, przynajmniej w zakresie: pdf, xls, xlsx.

Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów

Musi istnieć możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej

System musi zapewnić integrację z innymi modułami systemu medycznego w zakresie:

- dostępu do historii choroby i dokumentacji medycznej bieżącego pobytu szpitalnego,
- rejestracji kart zakażeń,
- automatycznej aktualizacji stanów magazynowych przy ewidencji leków i materiałów,
- przekazywanie zamówień na krew i preparaty krwiopochodne do banku krwi,
- przekazywanie informacji o preparatach krwi z banku krwi na blok operacyjny,
- aktualizacja stanów magazynowych banku krwi na podstawie danych z bloku operacyjnego,
- wzajemnego udostępniania informacji o zleconych badaniach i konsultacjach,
- przeglądu wyników zleconych badań i konsultacji,
- przeglądu wszystkich poprzednich hospitalizacji pacjenta i wizyt w przychodni,
- udostępniania informacji o wykonanych świadczeniach, podanych lekach i zużytych materiałach dla celów statystycznych i rozliczeniowych

System musi umożliwiać pracę współbieżną użytkowników w zakresie pracy na tym samym zestawie danych. Ponadto system musi umożliwiać rozwiązywanie konfliktów występujących podczas jednoczesnej pracy na tym samym zestawie danych.

Udostępnianie danych dotyczących czasu pracy personelu na bloku operacyjnym oraz informacji o ośrodkach kosztów sal zabiegowych do wykorzystania w systemie KP.

System umożliwia planowanie i wykonywanie operacji na salach udostępnionych przez inne bloki operacyjne.

System umożliwia tworzenie blokad uniemożliwiających planowanie operacji na wybranej sali operacyjnej we wskazanym przedziale czasu.

System umożliwia wprowadzenie wielu kwalifikacji chirurgicznych do jednego zlecenia operacji.

System umożliwia grupowe rejestrowanie zestawów narzędzi.

6. Obsługa Pracowni Diagnostycznej (liczba użytkowników : minimum 5)

dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do pracowni

Na liście zleceń do wykonania powinna być wyświetlana informacja czy badanie powinno być wykonane przy łóżku pacjenta

System musi umożliwiać prezentację badań wymagających zafakturowania.

System umożliwia prezentację na liście badań jednostki, realizowanych badań z jednostek powiązanych.

rejestracja rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w pracowni (przyjęcie)

wspomaganie obsługi pacjenta w pracowni:

- przegląd danych pacjenta w następujących kategoriach:

- dane osobowe,
- podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stale przyjmowane leki, choroby przewlekłe, przebyte choroby, implanty(urządzenia), szczepienia),
- uprawnienia z tytułu umów komercyjnych
- Historia Choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta),
- wyniki badań,
- przegląd rezerwacji.

możliwość uporządkowania oraz ustawienia widoczności elementów menu/zakładek głównych grup danych dostępnych podczas ewidencji danych realizacji badania w zależności od potrzeb użytkownika

Możliwość zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla pracowni

Możliwość użytkowania zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej do wizyty,

Przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach:

- informacje ze skierowania,
- zlecenia
- usługi, świadczenia w ramach wizyty,
- wystawione skierowania,
- wykonane podczas wizyty procedury dodatkowe
- inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).
- wynik badania
- możliwość przechwytywania pojedynczych klatek obrazu z kamery lub innego źródła np. aparatu USG i dołączanie go do wyniku badania

Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt

Możliwość budowania i stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników lub jednostek organizacyjnych.

System musi umożliwiać ewidencję proponowanego personelu wykonującego i opisującego badanie diagnostyczne. W przypadku integracji z systemem zewnętrznym, proponowany personel wykonujący i opisujący, powinien zostać wysłany do systemu zewnętrznego.

System musi umożliwiać wybór lekarza spoza listy użytkowników systemu, podczas ewidencji personelu realizującego badanie.

System musi umożliwiać określenie klasyfikacji TNM oraz stopnia zaawansowania dla rozpoznów nowotworowych.

Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:

Obsługa zakończenia badania/wizyty:

- autoryzacja medyczna badania,
- automatyczne tworzenie karty wizyty/wyniku badania
- możliwość rozpoczęcia realizacji kolejnego zleconego badania bieżącego pacjenta bezpośrednio z przeglądu realizacji bieżącego badania

System umożliwia zapis i autoryzację danych wizyty/badania w pracowni za pomocą jednego przycisku.

Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług

System umożliwia obciążenie kosztami wykonania podzlecenia jednostkę pierwotnie zlecającą wykonanie badania pacjentowi.

Automatyczne generowanie ksiąg/wykazów: Wykazu Badań, Wykazu Zabiegów, Księgi Zdarzeń Niepożądanych. Możliwość przeglądu wykazów/ksiąg.

System musi umożliwiać zakończenie realizacji wielu zleceń różnych pacjentów przez wprowadzenie jednego

opisu badania.

Obsługa wyników badań:

- wprowadzanie opisów wyników badań diagnostycznych
- rejestracja daty autoryzacji /wykonania opisu badania niezależnie od daty wykonania badania
- wprowadzanie opisów wyników badań na definiowalnych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania
- autoryzacja wyników badań diagnostycznych
- wydruk wyniku wg wzoru, jakim posługuje się pracownia
- wydruk wielu egzemplarzy tego samego dokumentu

System umożliwia generowanie dokumentu opisu badania diagnostycznego w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA.

System prezentuje graficzną informację, jeżeli autoryzowany wynik został wycofany i ponownie zmodyfikowany.

System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:

- Wykaz Badań
- Wykaz Zabiegów
- Księga Zdarzeń Niepożądanych
- Harmonogram przyjęć
- Księga Ratownictwa

System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy w Pracowni, w zakresie:

- opisu badania,
- opisu konsultacji,
- opisu realizacji.

System musi umożliwiać prezentację danych o podanym kontraście lub radiofarmaceutyku w przypadku integracji z systemem zewnętrznym, który dane o tych podaniach przesłał wraz z opisem wykonanego badania.

7. Obsługa Gabinetu Medycyny Pracy (liczba użytkowników: minimum 2)

Generowanie zleceń wymaganych badań i konsultacji na podstawie listy narażeń i czynników szkodliwych wynikających ze skierowania lub uzupełnianych ręcznie.

Generowanie zleceń wymaganych badań i konsultacji na podstawie wzorca stanowiska pracy przypisanego w strukturze instytucji kierującej

Możliwość wpisania wyniku badania wykonanego w innej placówce

Możliwość uznania ważnego wyniku badania wykonanego w przeszłości

Możliwość zlecania badań do wykonania w innych jednostkach organizacyjnych wybieranych automatycznie na podstawie zlecanego badania (np. gabinet specjalistyczny, laboratorium, pracownia diagnostyczna)

System musi umożliwiać obsługę badań spoza zakresu wskazówek metodycznych.

System musi wymagać odnotowania powodu zlecenia badań spoza zakresu wskazówek metodycznych.

Badania spoza wskazówek metodycznych muszą być raportowane w karcie badań profilaktycznych

System musi umożliwiać zdefiniowanie oraz podpowiadanie badań, które powinny być realizowane tylko w przypadku badań kodeksowych wstępnych.

System umożliwia automatyczne zapisywanie daty następnego badania dla orzeczeń lekarskich z zakresu badań kodeksowych

Raporty i wykazy usług medycyny pracy uwzględniające terminy wydanych orzeczeń

System musi umożliwiać i wspierać prowadzenie dokumentacji badań profilaktycznych z zakresu Medycyny

Pracy

System musi umożliwiać tworzenie dokumentacji w zakresie orzecznictwa badań profilaktycznych Medycyny Pracy w szczególności badania kodeksowe, kierowców, o pozwolenie na broń, badania sanitarne, w zakresie żeglugi śródlądowej, Ochotniczej Straży Pożarnej, Państwowej Straży Pożarnej.

Edytor Formularzy

System musi umożliwiać definiowanie formularza, na którym można zaewidencjonować co najmniej dane typu:

- Liczba
- Tekst
- Data
- Wartość logiczna
- Wartość słownikowa
- Obraz

Składniki formularza można umieszczać na zakładkach i w sekcjach

Składniki formularza można dodawać przy pomocy mechanizmu "Przeciągnij i upuść"

System musi zapewniać, by poszczególnym składnikom formularza można przypisać domyślną wartość

System musi zapewniać, by w definiowalnych formularzach można było zdefiniować wymagalności wypełnienia wskazanych składników

Wydruk formularza

Moduł na podstawie wzorca formularza umożliwia zdefiniowanie jego szablonu wydruku.

Na szablon wydruku można dodawać dodatkowe elementy (nie będące składnikami wzorca formularza) co najmniej takie jak:

- etykieta
- obraz

System powinien umożliwiać wykonanie operacji importu/ eksportu szablonów formularzy w standardzie XML

8. Rejestracja Zdarzeń Medycznych

System integruje się z Platformą P1 w zakresie wymiany Zdarzeń Medycznych, które są przetwarzane w Systemie Informacji Medycznej zgodnie z Ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

System umożliwia ewidencję danych Zdarzeń Medycznych zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia.

System tworzy informację o Zdarzeniu Medycznym, w formacie i zakresie określonym przez CeZ.

System umożliwia indeksowanie na Platformie P1 Elektronicznej Dokumentacji Medycznej w postaci elektronicznej powstałej w podmiocie leczniczym w kontekście ewidencjonowanych Zdarzeń Medycznych.

Użytkownik ma możliwość przeglądania zarejestrowanych zdarzeń medycznych.

System umożliwia raportowanie Zdarzeń Medycznych do Platformy P1.

System umożliwia asynchroniczną wysyłkę informacji o zdarzeniach medycznych do Platformy P1 w określonych odstępach czasowych

W przypadku, gdy wytworzono EDM odpowiedniego typu (która powinna zostać zaindeksowana na Platformie P1) w kontekście Zdarzenia Medycznego, to system wysyła i rejestruje na Platformie P1 Indeks tej dokumentacji medycznej.

Możliwość wyszukiwania i przeglądu Zdarzeń Medycznych przekazanych przez podmiot leczniczy na Platformę P1, wraz z informacją o statusie wysyłki poszczególnych zasobów zdarzenia i informacją o ewentualnych błędach zwróconych przez P1.

Możliwość filtrowania listy raportowanych Zdarzeń Medycznych wg:

- jednostki organizacyjnej, w której powstało zdarzenie,
- daty zdarzenia,
- statusu wysyłki zdarzenia,
- klasy zdarzenia (kodu statystycznego udzielonego świadczenia).

System umożliwia aktualizację Zdarzeń Medycznych przekazanych przez podmiot leczniczy na Platformę P1.

Możliwość anulowania Zdarzenia Medycznego przekazanego przez podmiot leczniczy na Platformę P1.

System umożliwia wyszukiwanie oraz pobieranie z Platformy P1 danych Zdarzeń Medycznych dotyczących pobytów pacjentów w innych placówkach.

Możliwość pobierania z Platformy P1 Elektronicznej Dokumentacji Medycznej powiązanej ze Zdarzeniami Medycznymi zarejestrowanymi w innych podmiotach.

9. Obsługa Zleceń Medycznych

Zamówienia do Banku krwi

System musi umożliwiać przegląd oraz obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń w kontekście pacjenta i wybranej jednostki organizacyjnej, po wysłaniu powinien być możliwy wydruk dokumentu.

System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi.

System powinien umożliwiać, podczas definiowania zamówienia na krew, użycie słowników zgodnych co do zakresu z systemem eKrew co najmniej dla: przeciwciał krwi pacjenta, wskazań dodatkowych, specyficznych zleceń i fenotypu (krwinki cz.).

Dla słowników Przeciwciał oraz Feneotypów musi być możliwość wskazania, że nie stwierdza się przeciwciał i/lub feneotypów krwinek czerwonych

System powinien umożliwiać, podczas definiowania zamówienia na krew, podgląd wyników badań grupy krwi i ich użycie w zamówieniu.

System powinien umożliwić rezygnację z wysyłania zlecenia na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi - dla noworodków i dzieci do ukończenia 4 miesiąca życia.

System powinien umożliwiać ewidencję szczegółów dotyczących przetoczenia u pacjenta, w tym:

- daty (czasu) otrzymania składnika krwi, daty (czasu) wykonania weryfikacji zgodności przez pielęgniarkę i odrębnie przez lekarza,
- daty rozpoczęcia i zakończenia przetoczenia, dane personelu wykonującego oraz pomiarów (ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, tętna i temperatury wykonujących pomiary),
- dane lekarza odpowiedzialnego, ocenę przetoczenia oraz ewentualne obserwacje lekarskie, pielęgniarskie,
- system powinien umożliwiać odrębną autoryzację danych przetoczenia oraz danych oceny i lekarza odpowiedzialnego za przetoczenia,
- umieszczania i prezentacja odpowiednich danych w Księżce transfuzyjnej,
- umożliwia elektroniczne prowadzenie Książki transfuzyjnej, z przeglądem szczegółów wybranego przetoczenia,
- umożliwia zdefiniowanie dla otrzymanego składnika krwi zlecenia wykonania procedury przetoczenia.
- umożliwia anulowanie zarejestrowanego przetoczenia składnika krwi, z prezentacją wpisu w elektronicznej Księżce transfuzyjnej

System powinien umożliwiać oznaczenie w danych pobytu pacjenta, czy zakończono przetoczenie wraz z obserwacjami po przetoczeniu oraz wyróżnienie pacjentów np. ikoną bez ww. oznaczenia.

w tym możliwość wskazania planowanego czasu obserwacji po przetoczeniu

System musi umożliwiać ewidencję, przegląd danych o powikłaniu, które wystąpiło do wcześniej zarejestrowanego przetoczenia

System powinien umożliwiać przekazanie zaewidencjonowanych danych o powikłaniu do Banku Krwi w celu dalszego przekazania do systemu centralnego eKrew.

System musi umożliwiać ewidencję, przegląd danych o zdarzeniu niepożądanym, które wystąpiło do wcześniej

wydanego składnika krwi

System powinien umożliwiać przekazanie zaewidencjonowanych danych o zdarzeniu niepożądanym do Banku Krwi w celu dalszego przekazania do systemu centralnego eKrew.

Zlecanie badań

System musi umożliwiać zlecanie operacji wielonarządowych.

System powinien umożliwiać wyszukiwanie wyników patologicznych

Dla pobytów oznaczonych „Zagrożenie życia lub zdrowia”, "Ratujące życie/ zdrowie"- wszystkie zlecenia na badania powinny być oznaczone statusem PILNE

System musi umożliwiać zlecanie z możliwością zaplanowania badań diagnostycznych, laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji, w tym:

- z Oddziału do: Pracowni Patomorfologii, Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, Bloku operacyjnego, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium

- zlecenia można zaplanować ręcznie wpisując datę (lub najbliższą godzinę z ograniczonej konfigurowalnej listy) lub poprzez wywołanie konfigurowalnego terminarza umożliwiającego kontrolę liczby i daty możliwego terminu

System powinien uniemożliwić wysyłanie zleceń na wybrane badania laboratoryjne, diagnostyczne i konsultacje przez personel nie będący lekarzem i posiadający odpowiednie uprawnienia.

System powinien umożliwiać autoryzację zlecenia przed wysłaniem do realizacji. Autoryzację zlecenia może wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń.

System musi umożliwiać zlecanie badań laboratoryjnych z poziomu wpisu pacjenta w harmonogramie przyjęć (liście oczekujących) przed realizacją pobytu. W momencie realizacji pobytu na podstawie wpisu w Harmonogramie przyjęć wprowadzone zlecenia powinny zostać podpisane pod dany pobyt

System powinien umożliwiać zlecanie wielu różnych badań podczas jednego procesu ewidencji zlecenia z możliwością oznaczenia wspólnego nagłówka oraz wspólnego opisu dla wszystkich zleceń

System umożliwia na etapie rejestracji ewidencję załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań).

Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku oraz bezpośrednie skanowanie z podpisanego urządzenia.

Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

Podczas zlecania badań system powinien podpowiadać rozpoznanie zasadnicze, a w przypadku jego braku powinien podpowiadać rozpoznanie wstępne

System umożliwia realizację pobrania materiału dla zleceń laboratoryjnych przy użyciu czytnika kodów kresowych.

Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań

Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość określenia planowanej godziny wykonania pobrania materiału. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów

Dla zleceń do pracowni histopatologii powinien być widoczny numer SIMP, o ile badanie dotyczy cytologii ginekologicznej

W przypadku anulowania zlecenia, powód anulowania powinien być widoczny przy zleceniu

System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych:

- kompleksowych,
- panelowych,

System umożliwia zlecenie Reoperacji na podstawie poprzedniego zlecenia na zabieg operacyjny

System umożliwia powielanie zleceń na podstawie poprzedniego zlecenia

System powinien umożliwiać cykliczne zlecenie badań (możliwość definicji cyklu: Interwał cyklu, Liczba zleceń w cyklu, Daty od.. data do..)

System powinien umożliwiać zapis zleconych badań jako szablonu użytkownika do wykorzystania w

późniejszym terminie

Powinna istnieć możliwość przepisania opisu zlecenia z poprzedniego zlecenia

System w przypadku braku ustawienia planowanej daty wykonania zlecenia, musi automatycznie ustawić datę planowaną na datę wystawienia zlecenia.

System powinien umożliwiać dwuetapowe wprowadzanie zleceń (możliwość zapisu przed wysłaniem zlecenia, wysłanie zlecenie)

System musi umożliwiać wyszukiwanie zleceń dla danego pacjenta według ustalonych przez użytkownika kryteriów:

- zakresu zleceń (z danego pobytu, z całej hospitalizacji, z poprzedniego pobytu)
- rodzaju zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku),
- daty zlecenia

System musi umożliwiać anulowanie zleceń przez zlecającego

System musi umożliwiać wprowadzenie powodu anulowania dla zleceń do anulowania

Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania.

System musi umożliwiać wydruki wykazów zleceń, w tym:

- dzienne zestawienie zleceń leków dla pacjenta,
- zestawienie zleceń leków dla pacjenta, w wybranym okresie, z możliwością oznaczenia dla całego pobytu,
- dzienne zestawienie zleceń badań.

Musi istnieć możliwość wydruku wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobytów w szpitalu,

System musi umożliwiać przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku wykonanego badania,

System musi umożliwiać oznaczenie wyniku jako przeczytany.

System musi umożliwiać wyszukiwanie wyników nieprzeczytanych.

Musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzanym zleceniem.

System musi zapewnić możliwość wyświetlania wyników w układzie tabelarycznym z możliwością śledzenia zmian wyników i zmiany kolejności porównywanych parametrów (np. w wyniku morfologii)

System musi zapewnić możliwość przeglądania wyników badań laboratoryjnych w postaci graficznej (wykres wyników badań laboratoryjnych)

System musi umożliwiać konfigurowanie list prezentowanych leków i procedur medycznych na wykresie wyników graficznych.

System musi umożliwiać zaznaczenie wielu pozycji na liście zleceń, w celu grupowego przypisania/odpięcia wykonania.

System musi umożliwiać graficzną prezentację badań, pomiarów, wykonanych procedur, podania leków z uwzględnieniem osi czasu

Podczas przeglądania wyników badań powinien być dostęp do informacji o osobach realizujących badanie

Dla zleceń konsultacji system umożliwia wymuszenie akceptacji przekazania zlecenia do realizacji przez osobę uprawnioną.

System umożliwia w ramach danej jednostki udostępnienie tylko tych elementów leczenia, które mogą być zlecane przez tę jednostkę i zostały zdefiniowane w utworzonej grupie zleceń.

System umożliwia automatyczne wysłanie leków podczas zlecenia danego badania.

System musi umożliwiać prezentację kosztu zlecanego elementu leczenia dla zleceń niekomercyjnych.

Zlecanie leków

System musi umożliwiać planowanie i zlecanie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej

System może umożliwiać dopuszczenie do definiowania zleceń leków przez personel inny niż lekarz

uprawniony do ordynowania lub podawania leków (pielęgniarka/położna/ratownik medyczny)

System musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji

System musi umożliwiać zakończenie wybranych zleceń leków, również tych, dla których zdefiniowano zmiany w zleceniu w dacie późniejszej niż data zakończenia zlecenia.

System musi pozwalać na zlecenie leków wg nazwy handlowej i międzynarodowej

- umożliwiać definiowanie zlecenia leków w oparciu o wewnętrzny słownik nazw międzynarodowych powiązany ze pozycjami apteczki oddziałowej

umożliwiać podczas definiowania zlecenia leków w oparciu o wewnętrzny słownik nazw międzynarodowych określenia produktów handlowych, którymi może być realizowane zlecenie

System powinien umożliwiać podczas definiowania zlecenia leku w oparciu o wewnętrzny słownik nazw międzynarodowych po wyborze nazwy międzynarodowej wskazanie konkretnego produktu handlowego z apteczki oddziałowej

System musi umożliwiać zlecenie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut

System powinien umożliwiać ewidencję zleceń leków na produkty lecznicze pacjenta

System wyróżnia kolorem zlecenia leków z listy produktów leczniczych pacjenta

System powinien zapewniać kontrolę nad źródłem wyboru produktów leczniczych pacjenta zapewniając prawidłowe stany magazynów podmiotu.

Możliwa walidacja po zmianie oznaczenia źródła

System może umożliwiać utworzenie magazynu produktów leczniczych pacjenta, przyjęcie ich od pacjenta i definiowanie zleceń z ich użyciem.

Obsługa apteczek pacjenta.

Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać:

- możliwość kontroli wskazania pomiarów (wagi i wzrostu)
- kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami
- podgląd całej historii leczenia pacjenta
- podgląd karty zleceń leków, w tym podgląd przeszłych oraz planowanych podań, (system zapewnia możliwość zmiany zakresu widoczności: zakresu zleceń (co najmniej wszystkie, aktywne w wybranym okresie, aktualne), rodzajów zleceń (co najmniej leki, mieszanki, pompy infuzyjne, żywienie), szczegółów zlecenia, liczby podań w danym dniu w podglądzie karty zleceń leków)

- dostęp do słownika leków w definiowanych kontekstach (możliwość określenia źródła receptariusza)
W zakresie wyszukiwania po nazwie międzynarodowej i/ lub synonimie system zapewnia możliwość wyszukania listy leków na podstawie wpisanych kilku znaków (w tym na konfigurację czy wyszukiwanie dopuszczalne jest po fragmencie - w rozumieniu 'zawierania' wprowadzonej treści, a nie 'rozpoczynania się od') oraz następnie wyszukania pozycji zgodnych co do wybranego kryterium (naz. mię. /syn.). System zapewnia możliwość wyszukania wszystkich pozycji o zgodnych kryteriach bez uwzględniania wpisanego pierwotnego kryterium lub z jego uwzględnieniem.

System musi umożliwiać określenie poziomu (strzeżony, niestrzeżony) ochrony antybiotyków i zdefiniowanie rejestru antybiotyków chronionych.

Dla zleceń leków na antybiotyki zaewidencjonowanych w ww. rejestrze jako strzeżone, system musi wymagać dodatkowego potwierdzenia przez osoby posiadające dodatkowe uprawnienie.

Podczas zlecenia antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka lub inne zdefiniowane

System uniemożliwia zmianę listy składników zlecenia leków o rodzaju mieszanka, w tym podczas definiowania kontynuacji zlecenia.

System umożliwia walidację zgodności liczby dób zlecenia antybiotykowego z ilością DDD dla danego produktu handlowego(leku)

System powinien prezentować informację o liczbie dób antybiotykoterapii w Karcie zleceń leków oraz miejscach ich realizacji

System zapewnia dedykowane funkcjonalności dla zleceń mieszanki leków, w tym:

- walidację zgodności drogi podania zlecenia o rodzaju mieszanka ze zdefiniowanymi drogami podania dla składników mieszanki;

- możliwość zdefiniowania czasu podawania mieszanki w godzinach/minutach oraz prezentacji tej informacji w widokach do obsługi realizacji tych zleceń.

System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków

- podgląd karty zleceń leków, w tym podgląd przeszłych oraz planowanych podań, (system zapewnia możliwość zmiany zakresu widoczności: zakresu zleceń (co najmniej wszystkie, aktywne w wybranym okresie, aktualne), rodzajów zleceń (co najmniej leki, mieszanki, pompy infuzyjne, żywienie), szczegółów zlecenia, liczby podań w danym dniu w podglądzie karty zleceń leków)

Na wydruku tygodniowej lub dziennej karty zleceń leków istnieje możliwość definiowania sposobu drukowania nagłówka albo w pełnej formie (pełne dane pacjenta) tylko na pierwszej stronie karty albo w formie skróconej na każdej ze stron.

Musi istnieć możliwość zlecenia leków:

- recepturowych

- chemioterapii

- zlecenie chemioterapii z wykorzystaniem schematów leczenia (również do domu)

- pomp infuzyjnych o rodzaju rozłożenia czasu podawania: ciągła, jednorazowa, rozłożona.

Dla pomp infuzyjnych jednorazowych i rozłożonych możliwe jest zdefiniowanie zlecenia z produkcją apteczną, wtedy generowane jest dodatkowe zlecenie do Apteki.

- możliwość określenia drogi podania leków

- możliwość zdefiniowania grupy zleceń leków przy jednoczesnym wybraniu ze słownika listy leków, dla których mają być zdefiniowane zlecenia

System powinien umożliwiać autoryzację definiowanych zleceń leków wraz z autoryzacją późniejszych zmian (edycja, kontynuacja, zakończenie, anulowanie) ww. definicji zlecenia leków. Autoryzację powinien móc wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń. Autoryzowane zlecenia mogą być modyfikowane przez inny personel niż autoryzujący

System powinien umożliwiać autoryzację wpisów dotyczących realizacji zleceń leków. Zakłada się, że autoryzujący jest wykonującym podanie leku wynikające ze zlecenia.

System musi umożliwiać wydruk indywidualnej karty zleceń chemioterapii pacjenta

System musi umożliwiać kontynuowanie podania leków będących antybiotykami.

System musi umożliwiać zdefiniowanie listy leków dopuszczonych do podania bez zlecenia.

System musi umożliwiać weryfikację czy lek znajduje się na liście leków dopuszczonych do podania bez zlecenia.

System musi umożliwiać grupowe zarejestrowanie przyczyny niepodania dla wybranych leków.

System powinien umożliwiać wydruku zleceń leków do realizacji/podania w wybranym dniu lub porze dnia w ramach jednostki organizacyjnej.

Wydruk powinien być dostępny z miejsc prezentacji zleceń do podania.

Wydruk powinien zawierać informacje o osobie drukującej (nazwisko osoby drukującej) i czasu wydruku.

Podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku, taka realizacja powinna być oznaczona i system powinien umożliwić użytkownikowi zapoznanie się ze sposobem realizacji zlecenia.

Podczas odnotowania podania leku system powinien umożliwiać wybór serii leku

System powinien umożliwiać realizację podań leków z wykorzystaniem kodów kreskowych

System powinien umożliwiać grupowe zaewidencjonowanie leków na liście STOP ORDER oraz autoryzację

dodanej grupy leków.

System powinien umożliwiać autoryzację definiowanych pozycji STOP_ORDER dla zleceń leków oraz Podań leków.

System powinien umożliwiać kontrolę ewidencji podań zleceń leków w przypadku zmiany okresu zarejestrowanego STOP_ORDER.

System powinien uniemożliwić ewidencję podania dla zleceń podań w czasie, gdy dla danego zlecenia leku jest zdefiniowana pozycja STOP_ORDER.

System musi umożliwiać grupowanie zleceń wg drogi podania w części prezentującej zlecenia podań leków pacjenta

System musi umożliwiać potwierdzanie zleceń leków oraz graficzne oznaczenie takich zleceń, wymagających potwierdzenia rozpoczęcia, kontynuacji lub każdego podania

System powinien umożliwiać potwierdzanie zleceń leków co najmniej w zakresie kontynuacji oraz każdego podania bezpośrednio z okna prezentacji zleceń leków

System powinien umożliwiać konfigurację domyślnego podpowiadania w definicji zlecenia rodzaju potwierdzania zleceń leków (codzienne, każde podanie, niewymagane)

System powinien umożliwiać autoryzację wpisów dotyczących potwierdzeń zleceń leków w realizacji. Autoryzację potwierdzenia zlecenia może wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń.

System musi umożliwiać oznaczenie zlecenia podania leku jako wymagającego potwierdzenia przez lekarza przed każdym podaniem.

Leki, podawane z wykorzystaniem systemu UnitDose powinny być jednoznacznie oznaczone

System musi umożliwiać użytkownikowi analizę porównawczą zmian zleceń leków dla pacjenta.

System musi umożliwiać kopiowanie anulowanych zleceń leków z poprzedniego pobytu/hospitalizacji pacjenta.

System musi umożliwiać obsługę wydań leków do domu.

System powinien umożliwić definiowanie szablonów zleceń leków wybranych typów (paneli, mieszanek, pomp infuzyjnych)

System powinien umożliwiać definiowanie szablonów zleceń wydań leków do domu.

System powinien umożliwić definiowanie szablonów zleceń dla elementarnych zleceń leków z wybranym rozłożeniem godzin i rodzajem rozłożenia podań

System musi umożliwiać automatyczną zmianę godzin podań leków w przypadku zmiany godziny pierwszego podania.

System musi prezentować informację o maksymalnej liczbie podań lub dawki w ciągu doby dla leków podawanych doraźnie.

System musi umożliwiać zaewidencjonowanie leków z listy leków zleconych pacjentowi, których podanie należy wstrzymać wraz z podaniem okresu wstrzymania.

Zlecenia leków - funkcjonalności rozszerzone

Rozszerzona Karta Zleceń leków

System musi udostępniać dedykowany widok do obsługi zleceń leków, w których każde podanie może wymagać zmiany dawki w zależności od wybranego wyniku badań lub pomiaru.

System musi umożliwiać zdefiniowanie listy leków, dla których dopuszcza zmianę dawki odrębnie dla każdego zlecenia podania wynikającego ze zdefiniowanego zlecenia leku.

System umożliwia definiowanie i zmianę pojedynczej dawki w ramach zlecenia wybranych leków i powiązania jej z wynikiem badań/pomiarem oraz zapewnia ich odrębną prezentację.

System powinien umożliwiać wskazanie pomiarów oraz badań, których wyniki mogą być powiązane z dawką zlecenia podania.

System powinien umożliwiać wydruk Karty cukrzycowej oraz przeciwwakrzepowej zawierającej: zlecenia na

oznaczone leki, wymagające ustalania dawki na podstawie wyniku badań lub pomiaru, wyniki lub pomiary, zleconą i podaną dawkę leku.

System powinien udostępniać edycję dawki i wskazanie pomiaru lub wyniku badań dla leków przeciwcukrzycowych i przeciwhiperynowych od strony ewidencji realizacji podania leku.

Zlecenie żywienia pozajelitowego

System pozwala na generowanie dokumentów rozchodu obciążających kosztem materiałów jednostkę zlecającą wizytę/badanie

System powinien umożliwiać zlecenie produkcji żywienia pozajelitowego wraz z możliwością określenia czasu podawania jednego worka żywienia oraz kontroli wskazania rodzaju żywienia z listy: częściowe, kompletne, immunomodulujące

System powinien umożliwiać rejestrację podania żywienia pozajelitowego

System powinien umożliwiać zlecenie żywienia pozajelitowego z wykorzystaniem szablonów

System powinien informować o próbie zdefiniowania zlecenia żywienia pozajelitowego na okres, w którym już istnieje zlecenie tego rodzaju.

System powinien blokować możliwość edycji zlecenia produkcji żywienia pozajelitowego, jeśli po stronie Apteki zostało ono już przyjęte do realizacji

System powinien umożliwiać przepisanie zlecenia żywienia pozajelitowego na nowy pobyt w ramach jednej opieki

System musi zapewniać wsparcie w zakresie właściwego rozliczenia zlecenia żywienia minimum w zakresie ewidencji właściwej procedury medycznej po potwierdzeniu realizacji zlecenia tj. odnotowaniu podania.

System powinien umożliwiać oznaczenie, że nie podano pacjentowi przygotowanego w ramach produkcji aptecznej żywienia, nawet gdy zlecenie z powodu zakończenia pobytu jest zakończone wcześniej

10. Obsługa Punktu Pobrań (liczba użytkowników: minimum 11)

System powinien umożliwiać zarządzanie zleceniami na badania laboratoryjne, w szczególności:

- przyjmowanie zleceń badań laboratoryjnych z podsystemu Ruch chorych i Przychodnia z możliwością określenia domyślnego punktu pobrań dla zleciennodawcy,
- wprowadzanie zleceń zewnętrznych, tak zwanych zleceń własnych, rejestrowanych bezpośrednio w Punkcie Pobrań

System powinien umożliwiać zarządzanie zleceniami na badania diagnostyczne. Moduł Punktu pobrań powinien móc obsługiwać badania diagnostyczne które są powiązane z danym materiałem (próbką)

-możliwość wyszukiwania zleceń:

--wg imienia i nazwiska oraz nr Pesel,

--wg daty zlecenia lub planowanej daty wykonania lub daty pobrania materiału,

--według jednostki zlecającej

--oznaczonych jako pilne (CITO)

--oznaczonych jako własne (zarejestrowane bezpośrednio w module Punkt Pobrań),

--do ponownego pobrania materiału(są to zlecenia na badania, które wracają z Laboratorium, którym nie udało się zrealizować badania ze względu na błędy np. skrzep),

--pacjentów, którzy są nosicielami niebezpiecznej bakterii

--pacjentów, którzy mają oznaczoną izolację (pacjent izolowany ze względu wykryte zakażenie)

- na dostęp do zleceń archiwalnych pacjenta,

- wyróżnianie zleceń CITO,

- poprzez dobór odpowiednich materiałów niezbędnych do realizacji zlecenia,

-poprzez wycofanie zlecenia

System musi wspomagać obsługę pobrania materiału w zakresie:

- podziału materiałów do pobrania wg jednostek wykonujących dane badanie (badania realizowane we własnych lub obcych laboratoriach),

- podziału materiałów do pobrania wg lekarza zlecającego
- rejestracji wysłania materiałów do laboratoriów,
- możliwości zastosowanie czytnika kart kodów kreskowych w celu oznakowania nr próbki pobranych materiałów

System musi umożliwiać rejestrację pobranych materiałów, w tym:

- automatyczne odnotowanie daty i godziny pobrania,
- odnotowanie osoby pobierającej materiał,
- odnotowanie dodatkowych uwag do pobrania,

Możliwość obsługi pobrania materiału w jednostce zlecającej

Możliwość zmiany wykonawcy badania (Jednostki wykonującej badanie)

System umożliwia włączenie autoryzacji danych (wymagane podanie użytkownika i hasła) podczas zapisu pobrania materiału do badania

System umożliwia określenie liczby dni, po których następuje automatyczne anulowanie niezrealizowanych zleceń

Moduł Punkt Pobrań udostępnia grupowe anulowanie zleceń

Obsługa zleceń do ponownego pobrania materiału

Możliwość obsługi nieudanego pobrania materiału

Możliwość dozlecania badań dla zleceń własnych (zleceń wystawionych bezpośrednio w Punkcie Pobrań)

Możliwość wydruku etykiet dla pobranych próbek

System umożliwia wydruk listy pobrań pogrupowanej wg nazwiska

Obsługa i wydruk Księgi Pobrań

Integracja z modułem Laboratorium w zakresie przetwarzania zleceń oraz udostępnienia wyników badań

Dostęp zleceńodawcy do informacji dotyczących pobrania materiałów dla zleconych badań laboratoryjnych (tj. status realizacji zlecenia, dane pobrania: data, osoba pobierająca, nr próbki) z podsystemu Ruch chorych i Przychodnia.

System powinien umożliwiać zarejestrowanie, wysłanie zlecenia na pobranie materiału w ramach komercji

System powinien umożliwiać wykonanie pobrania materiału dla zleceń wysłanych z innych jednostek w ramach komercji

System w ramach komercyjnego pobrania materiału powinien weryfikować oraz specjalnie oznaczać usługę, jeżeli dla danej usługi brak aktualnego cennika

11. Obsługa Gabinetu Rehabilitacji (liczba użytkowników: open)

Realizacja zabiegów

System umożliwia dostęp do bieżącego programu rehabilitacji pacjenta

System umożliwia oznaczenie realizacji zabiegu wcześniej zaplanowanego oraz umożliwia oznaczenie wykonania z pominięciem planowania

System umożliwia realizację grupowej pozycji programu

System musi umożliwiać lekarzowi i terapeutce bieżące tworzenie i uzupełnianie dokumentacji medycznej pacjenta,

System musi umożliwiać dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta

System musi umożliwiać lekarzowi wystawianie skierowań, recept i zleceń

System musi umożliwiać ewidencję zrealizowanych świadczeń

System musi umożliwiać ewidencję czasu trwania porady i zabiegu

System daje możliwość potwierdzenia wykonania zabiegu na karcie zabiegowej

System na karcie zabiegów umożliwia zmianę terminu danego zabiegu

System umożliwia przerwanie realizacji zabiegu

System musi umożliwiać dostęp (wgląd) do wszystkich wcześniejszych programów rehabilitacji pacjenta.

Dostęp wielu programów rehabilitacyjnych jest możliwy, gdy dla pacjenta otwarty jest więcej niż jeden cykl rehabilitacyjny.

System musi umożliwiać wgląd do wszystkich wcześniejszych zleceń i wyników badań pacjenta

System musi umożliwiać ewidencję wykonania zabiegów w postaci Karty zabiegów rehabilitacyjnych z możliwością zbiorczego oznaczenia wykonania

System musi umożliwiać grupowe zaewidencjonowanie wykonania niezaplanowanych zabiegów na karcie zabiegów rehabilitacyjnych

System musi umożliwiać ewidencję zbiorczego oznaczenia anulowania wszystkich zabiegów pacjenta w ramach danego cyklu

System musi umożliwiać ewidencję zbiorczego oznaczenia odrzucenia wszystkich zaplanowanych zabiegów pacjenta w ramach danego cyklu

System musi umożliwiać ewidencję odrzucenia niezaplanowanych zabiegów

System musi umożliwiać ewidencję zbiorczego oznaczenia wykonania wielu zabiegów dla różnych pacjentów

System musi umożliwiać ewidencję zbiorczego oznaczenia anulowania wielu zabiegów dla różnych pacjentów

System musi umożliwiać ewidencję zbiorczego oznaczenia odrzucenia wielu zabiegów dla różnych pacjentów

System musi umożliwiać przegląd zabiegów: wykonanych, zaplanowanych, do realizacji

System musi wyświetlać informację o okolicy i stronie ciała dla jakiej realizowany jest dany zabieg

System musi umożliwiać zbiorczą generację rozliczeń dla zrealizowanych zabiegów pacjenta.

System musi umożliwiać graficzną prezentację:

- oznaczenie wykonania zabiegu
- oznaczenie odrzuconego terminu zabiegu
- oznaczenie nieautoryzowanego zabiegu

System umożliwia oznaczenie realizacji zabiegów typu 'Trening rehabilitacyjny'. Prezentowana jest Karta treningowa, która jest listą parametrów treningowych z możliwością jej wydruku

System wspomaga ewidencję wykonania zabiegów poprzez wykorzystanie czytników kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta oraz do oznaczenia wykonania realizacji świadczeń.

System umożliwia przypisanie kodu kreskowego do elementu leczenia (zabiegu)

System umożliwia dodanie uwag do realizacji zabiegu

System umożliwia dodanie wykonania zabiegu w ramach programu co oznacza dodanie wykonania kolejnego niezaplanowanego zabiegu w ramach tego samego dnia.

System umożliwia wydruk karty zabiegów rehabilitacyjnych z możliwością określenia (włączenia i wyłączenia) parametrów wydruku takich jak:

- podpis pacjenta raz dziennie
- podpis rehabilitanta raz dziennie
- bez podpisu pacjenta
- wydruk grupujący wg dat
- wydruk grupujący wg zabiegów

System umożliwia definicję oraz wydruk własnego szablonu karty zabiegów rehabilitacyjnych

System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:

- Wykaz Badań
- Wykaz Zabiegów Lecznicych
- Wykaz Świadczeń Fizjoterapeutycznych
- Wykaz Raportów Fizjoterapeutycznych
- Księga Zdarzeń Niepożądanych
- Harmonogram przyjęć
- Księga Ratownictwa

System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu.

System umożliwia automatyczne kopiowanie wstępnej oceny ICF do końcowej oceny ICF

System umożliwia kopiowanie wstępnej oceny ICF pomiędzy pobytami pacjenta.

System umożliwia tworzenie szablonów ICF oraz ich wykorzystanie podczas ewidencji oceny ICF.

System umożliwia zbiorcze generowanie finansowych pozycji rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych.

Symulacja terminów:

- System powinien umożliwiać symulację polegającą na wyznaczeniu wolnych terminów zabiegów
- System powinien sprawdzić dogodne terminy pozycji programu leczenia bez konieczności wprowadzenia danych pacjenta
- Symulacja powinna polegać na sprawdzeniu i wyznaczeniu terminu zanim zostanie wskazany konkretny Pacjent
- System powinien umożliwiać sprawdzenie najbliższej wolnej daty dla wszystkich wymienionych zabiegów
- System powinien umożliwiać powiązanie z konkretnym Pacjentem wcześniej zasymulowanych terminów
- System powinien umożliwiać wstępną rezerwację terminów, która będzie blokowała widoczność slotów czasowych dla Użytkownika równolegle planującego zabiegi

Konfiguracja modułu

System musi umożliwiać definiowanie listy zdarzeń medycznych/elementów leczenia dla miejsca wykonania

System musi umożliwiać zarządzanie słownikiem stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych

System umożliwia zdefiniowanie listy niewykonywanych usług dla wskazanego zasobu

System umożliwia zarządzanie grafikami i terminarzami stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych

System umożliwia określenie oraz zdefiniowanie zestawu wykluczonych usług

System musi umożliwiać realizację zabiegów w warunkach:

- rehabilitacji ambulatoryjnej
- rehabilitacji oddziału dziennego
- rehabilitacji stacjonarnej

System musi umożliwiać prowadzenie słownika rozpoznań kwalifikujących do stopnia pilności „pilny”, wg Klasyfikacji chorób ICD – rewizja 10 dla rehabilitacji medycznej

System musi umożliwiać określenie warunków dostępności elementu leczenia (zabiegu), poprzez przypisanie odpowiednich kategorii zasobów typu:

- personel,
- pomieszczenie,
- stanowisko rehabilitacyjne.

System musi umożliwiać określenie standardowego czasu trwania porad, wizyt i zabiegów

System musi umożliwiać obsługę listy pacjentów modułu dedykowanego dla Rehabilitacji

System umożliwia definiowanie jednostek, które mają dostęp do funkcjonalności- Rehabilitacji

Przyjęcie pacjenta/Planowanie zabiegów

System musi umożliwiać konfigurację numerów teczek oraz nadanieteczki pacjentowi. Musi istnieć możliwość wyszukiwania pacjentów gabinetu według nrteczki.

System musi umożliwiać wprowadzenie nowego programu rehabilitacji dla pacjenta. Program jest elementem

skierowania i jest listą zabiegów do wykonania z określoną:

- kolejnością,
- krotnością wykonania,
- miejscem wykonania,

System umożliwia definiowanie szablonów planu leczenia

System umożliwia weryfikację trybu skierowania na podstawie rozpoznania ze skierowania.

System musi umożliwiać przypisanie do programu lekarza prowadzącego oraz terapeuty prowadzącego, co będzie skutkowało wydrukiem danych lekarza i terapeuty na karcie zabiegów

System musi umożliwiać planowanie elementów leczenia programu rehabilitacji w terminarzach terapeutów, pomieszczeń, stanowisk rehabilitacyjnych. A zaplanowane terminy widoczne są na wydruku Karty zabiegowej pacjenta

System musi umożliwiać planowanie porad kontrolnych, w ramach programu, do lekarza prowadzącego

System umożliwia planowanie grupowej pozycji programu

System musi umożliwiać „ręczne” planowanie zabiegów, polegające na wskazaniu w terminarzu konkretnego wolnego terminu

System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów dla wskazanych zabiegów wraz ze wstępnym ich zaplanowaniem przed wprowadzeniem danych pacjenta.

System umożliwia przeplanowanie wstępnie zaplanowanych zabiegów/cyklów zabiegów przed wprowadzeniem danych pacjenta (podczas symulacji terminów).

System musi umożliwiać planowanie zabiegów z uwzględnieniem innych otwartych cykli rehabilitacyjnych.

System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem maksymalnej długości cyklu zabiegowego

System musi umożliwiać zawieszenie realizacji wizyty rehabilitacyjnej

System musi uwzględniać ograniczenia liczby wykonań zabiegów w ciągu dnia zabiegowego w ramach danej serii

System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem kontroli kolejności ich wykonania

System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem rezerwacji pacjenta w innych jednostkach

System umożliwia planowanie z możliwością forsowania terminów

System umożliwia planowanie zabiegów z uwzględnieniem ograniczeń na płeć i wiek pacjenta

System pozwala na planowanie zabiegów z możliwością określenia czasu odstępów między zabiegami

System musi umożliwiać przygotowanie planu zabiegów rehabilitacyjnych w ramach zaplanowanych wizyt rehabilitacyjnych przed rozpoczęciem ich realizacji.

System umożliwia zaplanowanie jednego dnia zabiegowego i powielenie wybranych terminów na kolejne dni zabiegowe uwzględniając krotność danej pozycji planu leczenia (zabiegu)

Kolorystyczne oznaczenie terminów: zaplanowanych niezatwierdzonych, zaplanowanych zatwierdzonych, zajętych, wolnych, kolidujących z preferencjami pacjenta, niedostępnych, z założoną blokadą/ ograniczeniem

System umożliwia anulowanie całego programu lub wybranych, niezrealizowanych zabiegów z jednoczesnym anulowaniem rezerwacji zasobów

System musi umożliwiać wgląd do terminarza gabinetu na dany dzień

System musi umożliwiać wgląd do terminarza terapeuty na dany dzień

System umożliwia wprowadzenie rozszerzonej postaci skierowania. Oprócz standardowych elementów skierowania system umożliwia uzupełnienie danych skierowania o:

- dane rozpoznania ("rehabilitacyjnego")
- dane programu rehabilitacji (zabiegów)
- dodatkowych informacji o istotnych wynikach badań

System umożliwi wystawienie skierowania wewnętrznego (zlecenia) z dowolnego Gabinetu/Oddziału
System umożliwia wprowadzenie uwag do zlecenia oraz daje możliwość modyfikacji uwag z oznaczeniem daty obowiązywania danej uwagi

System umożliwia zdefiniowanie grup zabiegów wspólnie planowanych

System umożliwia definiowanie schematów planu leczenia

System umożliwia zmianę terminu danego zabiegu

Planowanie pozycji programu z uwzględnieniem preferencji pacjenta. System umożliwia zdefiniowanie i zapamiętanie preferencji pacjenta do planowania terminów zabiegów w zakresie:

- możliwości ustalenia preferowanych godzin realizacji (dla określonych dni tygodnia z możliwością powielenia ustawień na kolejne tygodnie).
- możliwości ustalenia "nieodpowiadających" godzin realizacji (dla określonych dni tygodnia z możliwością powielenia ustawień na kolejne tygodnie).
- oznaczenia dowolności planowania godzin dla wybranych dni tygodnia
- oznaczenia blokady planowania dla wybranych dni tygodnia
- ustawienia mogą być definiowane dla wszystkich lub wybranych tygodni

System umożliwia definiowanie schematów preferencji pacjenta

System umożliwia przeplanowanie terminów zabiegów

System umożliwia przeplanowanie całego cyklu zabiegów

System umożliwia zaplanowanie zabiegu na tą samą godzinę, w której jest zaplanowany inny zabieg w ramach tego samego pacjenta

System musi umożliwiać wysłanie do pacjenta powiadomienia z informacją o terminie realizacji pierwszego zaplanowanego zabiegu rehabilitacyjnego lub dla każdego zaplanowanego zabiegu.

System powinien umożliwiać ewidencję Karty Opieki Fizjoterapeutycznej

System powinien umożliwiać ewidencję oceny ICF na Karcie Opieki Fizjoterapeutycznej

Na Karcie Opieki Fizjoterapeutycznej system powinien umożliwiać ewidencję opisu stanu funkcjonowania pacjenta

Na Karcie Opieki Fizjoterapeutycznej w polach oceny początkowej i ocenie końcowej opisu stanu funkcjonowania pacjenta system powinien umożliwiać wyświetlanie własnego formularza

Na Karcie Opieki Fizjoterapeutycznej podczas wprowadzenia zabiegów system automatycznie powinien odkładać procedury powiązane z tymi zabiegami

Na Karcie Opieki Fizjoterapeutycznej podczas wprowadzania rozpoznań system powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań ze skierowania lub z pobytu (w zależności czy jest to pobyt ambulatoryjny czy stacjonarny)

System musi umożliwiać zatwierdzenie lub inny sposób autoryzacji dokumentu Karty Opieki Fizjoterapeutycznej

System musi umożliwiać wykonywanie wykazów w oparciu o dane zaewidencjonowanych Kart Opieki Fizjoterapeutycznych

System musi umożliwiać wydruk Karty Opieki Fizjoterapeutycznej. System musi również umożliwiać wydruk własnego pisma na podstawie danych zawartych w Karcie Opieki Fizjoterapeutycznej.

12. Obsługa Zakażeń (liczba użytkowników: minimum 2)

Badania czystościowe

System umożliwia prowadzenie Rejestru zleceń badań mikrobiologicznych przedmiotów (badań czystościowych)

System umożliwia zlecanie badań mikrobiologicznych przedmiotów

System w module Zakażenia umożliwia zlecanie badań mikrobiologicznych przedmiotów na rzecz innej jednostki (np. Oddziału)

System umożliwia prowadzenie Rejestru wyników badań mikrobiologicznych przedmiotów (badań czystościowych)

System umożliwia rejestrację zleceń na badania czystościowe przedmiotów, powierzchni itp.

System umożliwia zlecenie badań czystościowych z modułu Zakażeń na rzecz innych jednostek np. Oddziału

System umożliwia zlecenie badań czystościowych z modułów innych niż Zakażenia np. z Oddziału

System udostępnia rejestr wyników badań czystościowych i wyszukiwanie wyników po zadanych kryteriach.

Obsługa zakażeń

Moduł realizuje wspomaganie Zakładu Opieki Zdrowotnej w zakresie kontroli występowania zakażeń szpitalnych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa. W szczególności:

- prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego,

- wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego,

- prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,

- wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,

System podczas wydruku Karty zakażenia oraz wydruku Kart Drobnoustroju powinien umożliwiać zaznaczenie że dana karta nie jest jeszcze zweryfikowana. Możliwość zaznaczenia powinna zależeć od statusu Karty. Jeżeli karta nie będzie zweryfikowana wtedy znacznik możliwy do oznaczenia a na wydruku widoczne będzie oznaczenie niezweryfikowanej karty

System musi umożliwiać powielenie Indywidualnej Karty Drobnoustroju/Czynnika Alarmowego dla danego pacjenta.

System musi umożliwiać dodanie czynnika alarmowego do karty IKRD/CzA na podstawie wyniku badania mikrobiologicznego.

System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną,

System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną,

System umożliwia wydruk formularza ZLK-1 zgodnie ze wzorem ustawodawcy

System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,

System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,

System umożliwia wydruk formularza ZLK-4 zgodnie ze wzorem ustawodawcy

System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,

System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,

System umożliwia wydruk formularza ZLK-3 zgodnie ze wzorem ustawodawcy

System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,

System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,

System umożliwia wydruk formularza ZLK-2 zgodnie ze wzorem ustawodawcy

System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,

System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,

System umożliwia wydruk formularza ZLK-5 zgodnie ze wzorem ustawodawcy

System umożliwia wyszukiwanie pacjentów z założoną kartą zakażeń w lecznictwie otwartym po zakończonej hospitalizacji, w trakcie której mieli wykonany zabieg operacyjny.

System umożliwia wyszukiwanie pacjentów gorączkujących według daty pomiaru.

System musi informować o wcześniejszym zgłoszeniu pacjenta w ramach danego formularza zgłoszenia

zachorowania, w ramach danego pobytu.

Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wklucia obwodowe, wklucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje).

System musi umożliwiać zbiorczy wydruk każdego Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wklucia obwodowe, wklucia centralne, cewniki)

System umożliwia prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,

System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego' określa ustawodawca.

Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych,

System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemicznego' określa ustawodawca

Raport okresowy dotyczący ognisk epidemicznych zgodny z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia

Analizy ilościowe zakażeń szpitalnych,

Współpraca z systemem RCH w zakresie wzajemnego udostępniania danych o zakażeniach i antybiotykoterapii

Współpraca z Laboratorium w zakresie udostępniania wyników badań.

Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku antybiotyku podawanego w ramach pobytu przez [n]dni.

Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podania antybiotyku po [n] dniach od przyjęcia pacjenta

Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych, jeżeli podczas podania antybiotyku wprowadzono określony rodzaj antybiotykoterapii

Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym w ramach danego pobytu

Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu po [h] godzin od przyjęcia do szpitala, w badaniu w ramach danego pobytu pacjenta.

W przypadku wyniku badania mikrobiologicznego w ramach którego wykryto patogen z alertem, system musi automatycznie zakładać kartę drobnoustroju dla pacjenta. Karta powinna być zakładana dla każdego patogenu z alertem, wskazanego w wyniku badania.

System musi informować użytkownika o liczbie automatycznie założonych kart drobnoustroju dla pacjenta.

System współpracuje z modułem Ruch Chorych w zakresie powiadomienia o konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażenia Szpitalnego, w przypadku wystąpienia temperatury ciała pacjenta powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury w czasie powyżej X godz. od przyjęcia do szpitala.

System umożliwia podgląd pacjentów gorączkujących powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury, która wystąpiła po X godz. od przyjęcia do szpitala

System musi umożliwiać ewidencję informacji o zakażeniu niebezpieczną bakterią. System musi wyświetlać stosowny komunikat podczas ponownego przyjęcia pacjenta, jeżeli pacjent jest nadal oznaczony.

System automatycznie wprowadza informacje o izolacji domowej pacjenta na podstawie otrzymanych wpisów z systemu eWUS

System umożliwia przegląd historii modyfikacji danych pacjenta z niebezpieczną bakterią

System musi umożliwiać oznaczenie oraz obsługę izolacji pacjenta na podstawie uzyskanych informacji wynikający z analizy wyniku badania mikrobiologicznego przez Zespół Kontroli Zakażeń.

System powinien prezentować izolację wg priorytetu lub według ostatniego wpisu

System powinien móc prezentować izolację wg priorytetu lub według ostatniego wpisu

Z głównego ekranu menu w module Oddział system powinien umożliwiać dostęp do wyfiltrowanej listy pacjentów aktualnie będących w izolacji w danej jednostce

Monitorowanie w oddziale o konieczności założenia indywidualnej karty rejestracji zakażenia szpitalnego w przypadku zastosowania antybiotykoterapii u pacjenta hospitalizowanego > 72 godziny

Oznakowanie w systemie pacjenta wcześniej hospitalizowanego, u którego stwierdzono nosicielstwo/kolonizację czynnikiem alarmowym widoczne przy kolejnym przyjęciu do szpitala dla SOR, Oddział, Izba Przyjęć

System umożliwia prowadzenie Rejestru Kart zakażeń dla pracowników

System umożliwia prowadzenie Rejestru szczepień i odmów szczepień pracowników

System umożliwia wydruk Zestawienia pracowników zaszczepionych/z odmową szczepienia w danym okresie czasu

Możliwość konfiguracji wydruku Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju pod kątem sterowania widocznością dostępnych sekcji danych Karty

Możliwość konfiguracji dostosowania widoczności pól na Kartach zakażeń oraz na Kartach drobnoustroju

Możliwość definicji walidacji pól na Kartach zakażenia oraz Kart drobnoustroju

Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie wykrytego patogenu w danym pobycie

Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie rozpoznania wprowadzonego w danym pobycie

Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wprowadzonych diagnoz pielęgniarских

Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wykonanych procedur

Monitorowanie konieczności zakładania Karty zakażeń na podstawie założonej karty drobnoustroju

System umożliwia szybki dostęp do statystyki: Kart zakażeń, Kart drobnoustroju, Kart obserwacji, Formularzy zgłoszeń zachorowań.

13. Integracja z Systemem Zewnętrznym (liczba integracji: minimum 2)

Integracja z wykorzystaniem standardu HL7

Segmenty wspólne dla komunikatów wysyłanych przez HIS i LIS

Segment MSH - nagłówek komunikatu obejmujący:

- Kod systemu nadawcy
- Kod systemu adresata
- data i czas utworzenia komunikatu
- typ komunikatu
- unikatowy identyfikator komunikatu
- tryb interpretacji komunikatu
- wersja standardu HL7
- potwierdzenia: transportowe i aplikacyjne
- stosowany system kodowania znaków
- język komunikacji

Dane przesyłane z systemu HIS

Segment PID - dane demograficzne pacjenta obejmujące:

- PESEL
- Imiona i nazwisko pacjenta, nazwisko rodowe
- identyfikator pacjenta
- data urodzenia
- płeć
- adres

Segment PV1 - informacje o wizycie lub pobycie pacjenta, obejmujący:

- rodzaj pobytu: pobyt na IP, wizyta ambulatoryjna, hospitalizacja

- jednostka organizacyjna
- rodzaj świadczenia
- identyfikator pobytu, np. nr księgi

Segment IN1 - informacje o ubezpieczeniu pacjenta obejmujące:

- identyfikator płatnika
- rodzaj skierowania

Segment ORM^O01 - dane zlecenia obejmujące:

- nr zlecenia
- planowana data wykonania, pilność
- datę i czas zlecenia
- dane osoby zlecającej
- identyfikator zlecanego badania
- dane pobrania tj.: osoba pobierająca, moment pobrania, pobrany materiał (rodzaj i numer próbki)
- rozpoznanie ze zlecenia
- komentarz do zlecenia
- dane badania (kod i nazwa badania)

Anulowanie zlecenia

Modyfikacja zlecenia

Dane przesyłane z systemu LIS

Segment ORU^R01 - wynik obejmujący:

- status wyniku
- dane zlecenia
- kod wykonanego badania
- datę wykonania
- dane personelu wykonującego: lekarz wykonujący, lekarz opisujący, lekarz konsultujący, technik, osoba autoryzująca
- wartość wyniku
- jednostka miary i wartość referencyjna, przekroczenie normy

Odnosniki (załączniki) do wyników badań

Wyniki badań dozleconych (dodatkowych)

Wyniki badań nie zleconych przez HIS

Anulowanie wyniku

Zmiana wyniku

Integracja z RIS/PACS

Integracja z wykorzystaniem standardu HL7

Segmenty wspólne dla komunikatów wysyłanych przez HIS i RIS

Segment MSH - nagłówek komunikatu obejmujący:

- Kod systemu nadawcy
- Kod systemu adresata
- data i czas utworzenia komunikatu
- typ komunikatu
- unikatowy identyfikator komunikatu
- tryb interpretacji komunikatu
- wersja standardu HL7
- potwierdzenia: transportowe i aplikacyjne
- stosowany system kodowania znaków

- język komunikacji

Dane przesyłane z systemu HIS

Segment PID - dane demograficzne pacjenta obejmujące:

- PESEL
- Imiona i nazwisko pacjenta, nazwisko rodowe
- identyfikator pacjenta
- data urodzenia
- płeć
- adres

Segment PV1 - informacje o wizycie lub pobycie pacjenta, obejmujący:

- rodzaj pobytu: pobyt na IP, wizyta ambulatoryjna, hospitalizacja
- jednostka organizacyjna
- rodzaj świadczenia
- identyfikator pobytu, np. nr księgi

Segment IN1 - informacje o ubezpieczeniu pacjenta obejmujące:

- identyfikator płatnika
- rodzaj skierowania

Segment ORM^O01 - dane zlecenia obejmujące:

- nr zlecenia
- planowana data wykonania, pilność
- datę i czas zlecenia
- dane osoby zlecającej
- identyfikator zlecanego badania
- rozpoznanie ze zlecenia
- komentarz do zlecenia
- dane badania (kod i nazwa badania)

Anulowanie zlecenia

Modyfikacja zlecenia

Dane przesyłane z systemu RIS

Segment ORU^R01 - wynik obejmujący:

- status wyniku
- dane zlecenia
- kod wykonanego badania
- datę wykonania
- dane personelu wykonującego: lekarz wykonujący, lekarz opisujący, lekarz konsultujący, technik, osoba autoryzująca
- wartość wyniku

Odnosińki (załączniki) do wyników badań

Miniatury obrazów

Wyniki badań dozleconych (dodatkowych)

- dane personalne pacjentów (nazwisko, imię, PESEL, miejsce zamieszkania)
- dane zlecenia (numer zlecenia, techniczny identyfikator zlecenia, jednostka zlecająca, lekarz zlecający)
- dane badania (kod i nazwa badania)

Przekazywanie zleceń drogą elektroniczną wraz z danymi skierowania oraz danymi osobowymi pacjenta

Przesyłanie do systemu HIS informacji o terminie umówienia badania.

Automatyczne odsyłanie do systemu HIS opisu badania zleconego elektronicznie.

Możliwość anulowania/odrzućenie zlecenia wysłanego z systemu HIS po stronie RIS.

Śledzenie statusu realizacji zlecenie po stronie HIS.

Możliwość przesyłania linków do wyników badań w systemie RIS (dostęp on-line do wyników wykonanych w systemie RIS)

Automatyczne uzupełnianie danych rozliczeniowych NFZ w systemie HIS po odesłaniu wyników badania z systemu RIS.

Automatyczne rozsyłanie komunikatów o zmianie danych osobowych pacjenta w systemie HIS

Dostęp z systemu RIS do badań gromadzonych w systemie HIS

Dostęp z systemu RIS do historii leczenia pacjenta

Dostęp z systemu RIS do rejestru pacjentów w systemie HIS z celu umówienie na badanie.

Możliwość dopisanie pacjenta po stronie HIS podczas rejestracji pacjenta w systemie RIS

Wgląd z systemu RIS do słowników systemów HIS instytucji kierujących, lekarzy kierujących systemu możliwością wprowadzenie, modyfikacji pozycji słownika.

Możliwość zapisu informacji w systemie HIS o umówionym/wykonanym badaniu w systemie RIS

Automatyczny zapis zleceń zewnętrznych wprowadzony w systemie RIS do systemu HIS z możliwością ich późniejszego rozliczenie z NFZ.

Z poziomu RIS dopisanie pacjenta do kolejki oczekujących obsługiwanej w systemie HIS

Z poziomu RIS usuwanie pacjenta z kolejki oczekujących obsługiwanej w systemie HIS

Integracja z systemem Endobase

System integruje się za pomocą protokołu HL7 z systemem Endobase w zakresie:

- przesyłania danych demograficznych pacjentów
- zlecania badań
- odbierania wyników badań
- przesyłania przez system zewnętrzny informacji o wykonanych procedurach ICD-9

14. Obsługa Banku krwi (liczba użytkowników: minimum 2)

W ramach ewidencji pacjentów system musi umożliwiać:

- dostęp do podstawowych danych pacjenta: Imię i Nazwisko, Data urodzenia, Dane identyfikacyjne (PESEL lub inny numer identyfikacyjny zgodny z przedmiotowymi przepisami), Szpitalny identyfikator pacjenta, Adres, PESEL matki/opiekuna (jeżeli dotyczy),
- przeglądanie i ewidencjonowanie pobrań autologicznych dla pacjenta wraz z wydrukiem etykiety na pobrany składnik. W przypadku składnika autologicznego konieczne jest blokowanie wydania składnika dla innego pacjenta niż dawca od którego nastąpiło pobranie,
- przeglądanie złożonych zamówień na krew i jej składniki dla danego pacjenta, pochodzących z różnych oddziałów szpitala. Funkcjonalność musi być w pełni zintegrowana z systemem HIS, który powinien być źródłem danych dotyczących zamówień na krew i jej składniki,
- prowadzenie ewidencji rezerwacji na krew i jej składniki dla pacjenta,
- ewidencjonowanie wydań krwi i jej składników na oddział dla pacjenta, z odnotowaniem informacji o potwierdzeniu przetoczenia lub powikłaniach poprzetoczeniowych (zgodnie z wymaganiami systemu centralnego e-Krew),
- ewidencjonowanie badań serologicznych pacjenta wykonanych w pracowni serologii,
- ewidencjonowanie historii odbytych przeszczepień dla pacjentów po przeszczepie,
- ewidencja cech serologicznych pacjenta z możliwością podłączenia skanu wyniku z pliku dla badań wykonanych poza szpitalem,
- konfigurację uwag stałych do pacjenta z możliwością drukowania ich na wynikach badań. Uwagi muszą być dostępne do podglądu z każdego miejsca aplikacji, gdzie występuje kontekst pacjenta,
- wyróżnianie pacjentów na podstawie dowolnej grupy cech ustalonej/nazwanej przez użytkownika,

- ewidencje danych pacjentów NN oraz automatyczną aktualizację danych na podstawie otrzymanych uzupełnionych danych pacjenta z systemu HIS.

W ramach obsługi dostaw krwi i jej składników system musi umożliwiać:

- ewidencję dostaw krwi i jej składników wraz z wprowadzeniem cen usług dodatkowych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz cen składników krwi zgodnych z obowiązującym rozporządzeniem przedmiotowym, zdefiniowanych w dedykowanym cenniku,
- przyjmowanie składników krwi na stan magazynu z możliwością ich dodawania poprzez skanowanie danych z etykiety preparatu – wymagane skanowanie kodów w dowolnej kolejności (etykieta zgodna z standardem ISBT 128),
- odnotowywanie informacji związanych z rozmrożeniem osocza, krioprecypitatu w szpitalu oraz przyjęciem na magazyn rozmrożonego osocza i krioprecypitatu (informacje dotyczące podstawowego przetwarzania osocza z możliwością wydruku etykiety na rozmrożony składnik zgodnej ze standardem ISBT),
- wydruk kwitu dostawy.

W ramach ewidencji składników krwi (stany magazynowe) system musi umożliwiać:

- wyświetlanie listy składników krwi na magazynie z podziałem na grupy preparatów (KKCZ, FFP, KKP, KRIO) - możliwość filtrowania po podstawowych atrybutach składników krwi,
- generowanie interaktywnego raportu stanów magazynowych z podziałem na: składnik, rodzaj składnika i grupę krwi,
- wyświetlanie szczegółów dotyczących składników krwi takie jak: numer donacji, numer podziału, kod składnika, data donacji, objętość, data ważności, informacja o dostawie, ewidencję przesunięć magazynowych, informacje o wydaniach (oddział, pacjent, data, kwit, osoba wydająca), dane o zwrotach oraz utylizacji z uwzględnieniem zdefiniowanych powodów utylizacji przez użytkownika,
- graficzna prezentacja osi czasu czynności wykonanych dla składnika krwi (np. kiedy przyjęcie, kiedy przesunięcie, kiedy wydanie),
- wyświetlanie listy rezerwacji składników krwi dla pacjenta,
- wyświetlanie listy badań w kontekście składnika krwi (wyniki prób krzyżowych).

System musi umożliwiać obsługę więcej niż jednego magazynu oraz ewidencję przesunięć składników krwi pomiędzy magazynami. System zapewnia dostęp do historii przesunięć.

W ramach obsługi dokumentów magazynowych system musi umożliwiać generowanie dokumentów w formacie .pdf, takich jak:

- dokument przyjęcia,
- kwit wydania wewnętrznego dla oddziału szpitalnego,
- dokument wydania zewnętrznego,
- protokół utylizacji/zniszczenia składnika krwi,
- dokument przesunięcia.

W ramach ewidencji zamówień wewnętrznych na krew i jej składniki system musi umożliwiać:

- obsługę zamówień na krew i jej składniki, z możliwością wymiany informacji z systemem HIS wspierającym prace oddziałów szpitala w zakresie umożliwiającym prawidłową obsługę zamówienia,
- ewidencję zamówień wewnętrznych na składniki w różnych trybach: zwykłe, pilne i na ratunek,
- składanie zamówienia na składniki manualnie i automatycznie (automatyczne przekazanie elektronicznego zamówienia z oddziału szpitala) z systemu HIS,
- rezerwację składników krwi dla pacjenta,
- walidację zgodności grupy krwi rezerwowanego składnika z grupą krwi wskazaną przy zamówieniu składnika w zakresie układu ABO i RhD,
- walidację rezerwacji na ważność próby zgodności,
- walidację rezerwacji na ważność składnika krwi,

- automatyczne anulowanie niewykorzystanych rezerwacji na składnik KKCZ (Anulowanie po przeterminowaniu próby zgodności),

- utworzenie dokumentu wydania ze wskazaniem Ośrodka Powstawania Kosztu oraz osoby wydającej i odbierającej przygotowany składnik krwi,

- automatyczne i manualne przesłanie informacji o wydanym składniku do systemu szpitalnego HIS w celu prawidłowego odnotowania informacji o przetoczeniu krwi przy pacjencie stanowiącego podstawę do wygenerowania elektronicznej książki transfuzyjnej na oddziale, gdzie było wykonane przetoczenie krwi.

System musi umożliwiać ewidencję zamówień do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa z możliwością obsługi zamówienia zbiorczego i indywidualnego wraz z usługą elektronicznego wysłania zamówienia do systemu centralnego e-Krew.

System musi umożliwiać ewidencję resztek poprzetoczeniowych w zakresie danych o składniku, dacie przyjęcia oraz dacie rozchodu (utylicacji), możliwość ewidencji resztek poprzetoczeniowych przez uprawnionych pracowników na oddziałach szpitala.

W ramach obsługi raportów system musi umożliwiać generowanie raportów w formatach .pdf i .xls, wymaganych do obsługi Banku Krwi i Serologii w tym:

- raport składników krwi z kończącym się terminem ważności,
- raport wydań z podziałem na oddziały szpitala i pacjentów,
- raport dostaw składników krwi,
- raport na potrzeby rozliczenia składników krwi z RCKiK wg zdefiniowanego cennika,
- książka przychodów i rozchodów,
- zestawienie zużycia składników krwi.

System musi umożliwiać rejestrowanie powikłań poprzetoczeniowych i zdarzeń niepożądanych dla pacjenta.

System powinien umożliwiać elektroniczne przekazywanie informacji dotyczących powikłań poprzetoczeniowych oraz zdarzeń niepożądanych do RCKiK za pośrednictwem systemu e-Krew.

System umożliwia definiowanie przez osobę o odpowiednich uprawnieniach słowników wykorzystywanych do obsługi Banku Krwi w tym:

- słownika kodów ostatecznych ISBT, którego zawartość powinna być udostępniona przez Dostawcę podczas wdrożenia,
- słownika składników krwi umożliwiający przypisanie kodów ISBT składników krwi do poszczególnych grup preparatów zdefiniowanych/ obowiązujących w szpitalu,
- cennika preparatów umożliwiającego przypisanie cen zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, wprowadzenie jednostki rozliczenia, kodu świadczenia NFZ oraz zaczytanie pozycji cennika z przygotowanego pliku,
- słownika kontrahentów i organizacji (dostawców i odbiorców wewnętrznych i zewnętrznych) oraz możliwość zaczytania struktury organizacyjnej szpitala z pliku,
- słownika miejsc przechowywania – definiowanie magazynów głównych oraz miejsc przechowywania składników krwi w poszczególnych magazynach np. lodówki,
- słownika personelu - możliwość synchronizacji personelu z personelem zdefiniowanym w systemie szpitalnym HIS,
- słownik powodów utylizacji – inicjalnie treść dostosowana do wymogów systemu centralnego e-Krew.

System musi umożliwiać obsługę administracyjną Systemu Bank Krwi za pomocą Panelu administratora.

System musi umożliwiać integrację z systemem e-Krew w zakresie:

- składania zamówień na krew do RCKiK,
- przekazywania informacji o powikłaniach poprzetoczeniowych.

W ramach przepływu informacji z modułem serologii system musi umożliwiać:

- dostęp do informacji o oznaczonej grupie krwi,

- wyświetlanie informacji o oznaczonej próbie zgodności,
- dostęp do informacji o wykonanych badaniach serologicznych,
- przekazanie do serologii informacji o danych składnika krwi do rezerwacji na potrzeby wykonania próby zgodności.

Zakres współpracy Banku Krwi z systemem szpitalnym HIS:

- pobieranie danych o pacjentach (nazwisko, imię, płeć, pesel, id pacjenta, grupa krwi, ID w systemie szpitalnym), pobieranie informacji o pacjentach NN z możliwością aktualizacji danych po ich uzupełnieniu w systemie HIS, obsługa obcokrajowców,
- zamówienia na krew i jej składniki, realizacja zamówień w zakresie wydawanych składników krwi, wysyłanie informacji o wydany składniku krwi wraz z cenami oraz informacjami o kodach NFZ niezbędnymi do prawidłowego rozliczenia krwi. Pobieranie z HIS informacji o potwierdzeniu przetoczenia składnika krwi,
- zlecenia na badania: wskazanie pacjenta, rodzaj badania do wykonania, oddział zlecający i inne informacje wymagane przepisami prawa,
- nadrzędność informacji z systemu HIS – w zakresie danych osobowych pacjentów (modyfikacja danych personalnych tylko w systemie HIS, automatyczna aktualizacja danych otrzymanych z HIS),
- pobieranie informacji o powikłaniach poprzetoczeniowych i zdarzeniach niepożądanych wprowadzonych przez lekarza dla pacjenta na oddziale w systemie HIS,
- kontekstowe wywołanie z poziomu systemu HIS Banku Krwi i Serologii wg nadanych uprawnień dla użytkownika.

Pracownia Serologii

W ramach ewidencji zleceń na badania system musi umożliwiać:

- obsługę różnych typów zleceń na badania dostosowanych do trybów: normalny, pilny, zamówienie w trybie pilnej transfuzji z poziomu pacjenta,
- rejestrację zleceń na wykonywanie prób zgodności serologicznej, rejestr wyników badań (Zgodna, Zgodna w próbie krzyżowej, Serologicznie niezgodna fenotypowo zgodna, Niezgodna serologicznie, Niezgodna),
- rejestrację zleceń na badania serologiczne - manualnie / automatycznie w wariancie z integracją z HIS przepływ informacji zgodny ze zleconymi badaniami na oddziale szpitala,
- rejestrację zleceń na badania próby zgodności.

W ramach ewidencji wyników badań serologicznych system musi umożliwiać:

- ewidencję protokołów wyniku badań grup krwi i badań konsultacyjnych,
- wystawienie wyniku grupy krwi w wersji opisowej,
- podgląd listy zleconych badań według oddziału zlecającego, zawierającej dane pacjenta: id pacjenta zewnętrzne, imię, nazwisko, PESEL (w przypadku braku daty urodzenia dla NN - Nr księgi głównej), ilość, lekarza zamawiającego,
- modyfikację, wyświetlanie i zatwierdzanie wyników dla uprawnionych osób. Szczegóły badania zawierające informacje o wykonanej grupie krwi, szczegółowo oznaczonych fenotypów (również siła aglutynacji), ich potwierdzenie, oznaczenie przeciwciał, BTA, dane osoby wykonującej i osoby autoryzującej badanie oraz informacje o dacie i godzinie pobrania próbki. Możliwość wpisania zewnętrznego numeru badania potwierdzającego wykonywane badanie grupy krwi wraz z możliwością podpięcia pliku ze skanem wyniku,
- ewidencję protokołu wyniku prób zgodności,
- ewidencję protokołu próby zgodności dla noworodków, z wyszczególnieniem próbki oraz cech serologicznych matki oraz wygenerowanie dokumentu wydania krwi dla noworodka (dokument zawierający wynik potwierdzenia grupy krwi z preparatu oraz poprzednie potwierdzone wyniki badań krwi dla dziecka do 4-go miesiąca życia i matki),
- możliwość wyszukiwania badań wg kryteriów: kodu/nazwy badania, nazwisko i imię pacjenta, PESEL, status badania, nr badania),

- system ostrzeżeń o zmianie już zatwierdzonych wyników – grupa krwi, przeciwciała,
- podgląd listy wykonanych badań od numeru badania do numeru badania - wydruk listy (dane zawarte na liście to: numer badania, nazwisko i imię pacjenta, data urodzenia, grupa krwi, oddział zlecający),
- możliwość uzupełnienia badania i zatwierdzenia wyniku ostatecznego po uzyskaniu wyniku np. badania konsultacyjnego,
- wyszukiwanie wg. ustalonych atrybutów dla badań np. określony układ fenotypów, obecność przeciwciał,
- sygnalizację niezgodności w wyniku w odniesieniu do wyniku pacjenta,
- rejestrację protokołów badań wraz z automatycznym nadaniem numeru badania zgodnie z ustalonym formatem,
- wydruk etykiety z numerem badania i kodem paskowym. Etykieta w formacie pdf,
- obsługę statusów zlecenia co najmniej: nowe, zatwierdzone, wykonane, anulowane,
- generowanie raportu zawierającego podsumowanie ilości wykonanych badań dla danego oddziału.

System musi umożliwiać wydruk wyników badań w szczególności badania konsultacyjne, grupy krwi wraz z informacjami o oznaczonych fenotypach i przeciwciałach, możliwość przekazania informacji o potwierdzonych wynikach badań do systemu HIS. Wydruk wyników powinien być dostosowany do wymogów przedmiotowych przepisów prawa.

System musi umożliwiać wydruk wyników prób zgodności dla dorosłych i noworodków. W przypadku noworodków możliwość odnotowania danych matki. Wydruk wyniku powinien być dostosowany do wymogów przedmiotowych przepisów prawa.

W ramach ewidencji danych pacjentów na potrzeby serologii system musi umożliwiać:

- ewidencje podstawowych danych osobowych pacjenta: Imię i nazwisko pacjenta, Grupa krwi (źródło Pracownia Serologii), Grupa krwi (źródło system szpitalny HIS), PESEL, Płeć, Szpitalny identyfikator pacjenta, Data rejestracji, Waga, Numer telefonu,
- ewidencje danych pacjentów NN oraz automatycznej aktualizacji danych na podstawie otrzymanych uzupełnionych danych pacjenta z systemu HIS,
- manualne wprowadzanie danych pacjentów, którzy nie są pacjentami szpitala,
- automatycznego zakładania kartotek na podstawie danych otrzymanych z systemu HIS,
- przegląd historii pacjenta wraz z prezentacją listy zleceń, historii badań oraz protokołów badań serologicznych,
- wyszukiwanie pacjentów według różnych kryteriów wyboru - wg pesel, id pacjenta, nazwisko, nr księgi głównej, data urodzenia,
- skanowanie i przechowywanie wyników badań zewnętrznych grup krwi i badań konsultacyjnych,
- wyróżnianie pacjentów na podstawie dowolnej grupy cech zdefiniowanej przez użytkownika,
- ewidencjonowanie cech serologicznych pacjentów oraz podpięcie skanów wyników badań potwierdzających.

System musi umożliwiać ewidencjonowanie uwag stałych dla osoby/pacjenta, widocznych przy wykonywaniu kolejnych badań, drukowanie oznaczonych informacji na wyniku badania. System ostrzeżeń na ekranie przy wprowadzaniu danych dla występujących oznaczonych uwag. Blokowanie uwag zdezaktualizowanych, możliwość śledzenia historii zmian uwag.

W ramach alertów i komunikatów przy danych pacjenta, podczas rejestracji badań, system powinien informować o ewentualnym wykryciu przeciwciał i konieczności terapii specjalnie dobranym składnikiem krwi.

W ramach ewidencji danych pacjentów po przeszczepie szpiku, system powinien umożliwiać rejestrację danych w trakcie zmiany oraz po zmianie grupy krwi, a także drukowanie odpowiednich wyników. System powinien również umożliwiać zmianę grupy krwi.

Moduł musi umożliwiać automatyczną ewidencję próbki do badań serologicznych na podstawie komunikacji z systemem szpitalnym HIS.

Moduł musi umożliwiać manualną ewidencję próbki do badań serologicznych.

System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację cennika badań:

- tworzenie i modyfikację cenników badań do rozliczania wykonanych procedur medycznych dla pacjenta,
- automatyczne dopisywanie do protokołu procedur związanych z wykonanymi badaniami,
- przekazanie danych o wykonanych procedurach i ich wartości do systemu HIS do pacjenta.

Moduł Serologii musi umożliwiać definiowanie słowników, w tym:

- skonfigurowanie słownika lub słowników umożliwiających identyfikację rodzajów badań, badań oraz metod ich wykonania, pakiety badań,
- obsługę słownika personelu - możliwość synchronizacji personelu z personelem zdefiniowanym w systemie szpitalnym HIS,
- obsługę słownika kontrahentów i organizacji umożliwiającego zdefiniowanie dostawców i odbiorców wewnętrznych/oddziałów szpitala i zewnętrznych,
- skonfigurowanie słownika sprzętu jednorazowego użytku na potrzeby ewidencji magazynu sprzętu jednorazowego użytku wykorzystywanego do wykonania badań,
- ewidencja aparatury/urządzenia, na których są wykonywane badania.

System musi umożliwiać generowanie raportów w formacie .pdf i .xls w tym:

- zbiorczy raport z ilości wykonanych badań z podziałem na ośrodki kosztów, pacjentów,
- raport z wykonanych procedur medycznych dla badań wg typu badania serologiczne, próba zgodności,
- raport ilości badań dla poszczególnych ośrodków kosztów/oddziałów szpitala.

System musi umożliwiać generowanie wydruków, w tym:

- wydruk książki serologicznej grup krwi,
- wydruk książki serologicznej prób zgodności,
- wydruk wyniku grupy krwi,
- wydruk wyniku próby krzyżowej również dla noworodków
- wydruk listy zleceń na badania.

System umożliwia integrację z analizatorami, za pośrednictwem różnych protokołów komunikacyjnych. Warunkiem integracji z analizatorem jest zapewnienie przez szpital udostępnienia komunikacji z analizatorem. System umożliwia integrację z EDM szpitala, wgląd do wyników badań grup krwi przez lekarzy z poziomu pacjenta.

System umożliwia integrację z systemem e-Krew w zakresie udostępnionych usług na zlecenie badań konsultacyjnych do RCKiK - po udostępnieniu usługi przez system e-Krew.

W zakresie wymiany informacji z Banku Krwi wymagane jest:

- udostępnienie informacji o oznaczonej grupie krwi,
- udostępnienie informacji o oznaczonej próbie zgodności i jej wyniku, ważności,
- udostępnienie informacji o wykonanych badaniach np. fenotypy, przeciwciała,
- pobranie informacji z o danych składnika krwi z rezerwacji z Banku Krwi na potrzeby wykonania próby zgodności.

Współpraca Serologii w zakresie wymagającym wymiany informacji z systemem szpitalnym HIS:

- pobieranie danych o pacjentach (nazwisko, imię, płeć, pesel, id pacjenta, grupa krwi, ID w systemie szpitalnym), pobieranie o pacjentach NN z możliwością aktualizacji danych po ich uzupełnieniu w systemie HIS,
- zlecenia na badania: wskazanie pacjenta, rodzaj badania do wykonania, oddział zlecający i inne informacje wymagane przepisami prawa,
- nadrzędność informacji z systemu HIS – w zakresie danych osobowych pacjentów (modyfikacja danych personalnych tylko w systemie HIS, automatyczna aktualizacja w modułach współpracujących),
- kontekstowe wywołanie z poziomu systemu HIS Banku Krwi i Serologii,
- integracja z systemem EDM/HIS szpitala(zapisywanie podpisanego wyniku badania, podgląd wyniku).

Obsługa podpisów – ADSU i certyfikat ZUS.

Wymagania niefunkcjonalne

Oprogramowanie musi być możliwe do uruchomienia na architekturze sprzętowej Intel64/AMD64.

Oprogramowanie musi być możliwe do uruchomienia po stronie serwerowej z użyciem Systemu Operacyjnego Linux, po stronie Użytkowników Windows 10+.

Oprogramowanie musi mieć możliwość pracy z wykorzystaniem maszyny wirtualnej po stronie serwerowej.

Oprogramowanie po stronie serwerowej powinno wykorzystywać technologię konteneryzacji.

Wydruk etykiety przy pomocy drukarki DYMO LabelWriter 450 Turbo.

Pobieranie wyników badań dla Analizatora BIO-RAD IH-500.

Komunikacja zewnętrzna dla protokołu http odbywać się będzie z użyciem SSL-a (protokół https).

Komunikacja wykorzystująca SSL musi mieć możliwość użycia certyfikatu dostarczonego przez Zamawiającego.

Oprogramowanie musi mieć możliwość obsługi Użytkowników w wartości startowej 30 i rocznym przyrostem 10-20%.

System powinien umożliwiać konfigurację, aby podstawowym źródłem Użytkowników był Active Directory szpitala, powinna istnieć możliwość utworzenia użytkowników poza Active Directory (np. dla użytkowników technicznych).

Możliwość przypisania do grup musi być możliwa poprzez Active Directory Zamawiającego jak i też poza.

Administratorzy szpitala mają mieć możliwość:

- przeglądu listy Użytkowników oraz informacji o ich efektywnej liście podglądu zdarzeń związanych z logowaniem,
- podglądu zdarzeń związanych ze zmianą konfiguracji dotyczących logowania Użytkowników,
- przeglądu utrwalanych zdarzeń (dotyczących logowania) przy pomocy przeglądarki internetowej.

Użytkownicy muszą mieć możliwość zalogowania się do Banku Krwi i Serologii z użyciem technologii webowej przy pomocy przeglądarki internetowej.

Bank Krwi i Serologia muszą zapewnić SSO dla Użytkowników przy bieżącej pracy umożliwiającej pracę na dwóch modułach.

Moduł musi zapewnić brak ponownego logowania dla Użytkowników dla przejścia z systemu HIS do Banku Krwi lub Serologii po kliknięciu dedykowanej ikony w systemie HIS. Funkcjonalność ma dotyczyć Użytkowników mających takie same loginy w systemie HIS, Bank Krwi i Serologii.

Oprogramowanie nie łamie ogólnie przyjętych zasad związanych z bezpieczeństwem oraz dobrych praktyk opisanych w OWASP.

Moduł zapewnia logowanie informacji o jego działaniu, w tym o problemach, jakie mogą wystąpić.

Moduł odnotowuje informacje związane z modyfikacjami danych biznesowych.

Oprogramowanie zapisuje informacje o odczycie i modyfikacji danych biznesowych w zakresie RODO.

Istnieje możliwość wykonania kopii zapasowych danych zawartych w relacyjnych bazach danych.

Moduł daje możliwość wykonania kopii zapasowych danych zawartych w relacyjnych bazach danych.

System musi umożliwić poznanie numeru wersji wdrożonego Oprogramowania z poziomu interfejsu webowego (przeglądarki internetowej).

Dla modułu musi być dostarczona Dokumentacja opisująca istotne parametry konfiguracyjne od strony administracyjnej.

Zarządzanie użytkownikami Modułu umożliwia:

- wyświetlanie listy uprawnień elementarnych,
- tworzenie grup uprawnień na podstawie listy uprawnień elementarnych definiowanych podczas wdrożenia,
- przypisanie użytkownikowi uprawnień za pomocą grupy lub nadanie uprawnienia elementarnego,
- dodanie, modyfikację, usunięcie użytkowników,

- opcja resetu hasła dla użytkownika oraz wymuszenie zmiany przy pierwszym logowaniu,
- powiązanie użytkownika w systemie HIS z użytkownikiem Banku Krwi i Serologii (w celach automatycznego logowania przy przejściu kontekstowym, nazwa użytkownika w obu systemach musi być zgodna),
- integracja z Active Directory.

Wymagania odnośnie do licencji systemu udzielanej Zamawiającemu:

- nadanie licencji na użycie funkcjonalności Banku Krwi,
- nadanie licencji na użycie funkcjonalności Serologii .

Obsługa próby zgodności z wykorzystaniem zamrożonej próbki pacjenta (matki dziecka do ukończenia 4 m-ca życia).

Możliwość kontroli nad procesem potwierdzania wyników wraz z możliwością manualnego wskazania potwierdzającego protokołu grupy krwi.

Możliwość przejścia pomiędzy modułami Banku Krwi i Serologii bez przelogowania się użytkownika.

15. Obsługa Stacji Dializ (liczba użytkowników: minimum 4)

zarządzanie konfiguracją i planowaniem usług:

prorowadzenie katalogu usług wykonywanych w Stacji Dializ,

prorowadzenie listy aparatów,

prorowadzenie listy personelu medycznego,

generacja grafików (terminarzy) z dokładnością do sal i dziennych tur dializ,

System umożliwia dodawanie własnego wpisu dla 'Słownika rodzajów dializatorów'

System powinien umożliwiać planowanie wizyt na podstawie wzorca dializy, w którym określony jest dzień i tura dializy.

System powinien umożliwiać przeplanowywanie wizyt z wykorzystaniem mechanizmu drag&drop.

przegląd i modyfikacja danych pacjenta:

dostęp do skorowidza pacjentów podsystemu Stacja Dializ z możliwością integracji z pozostałymi podsystemami medycznymi (Ruch Chorych, Przychodnia),

wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów.

rejestracja i modyfikacja grup danych o pacjentach, w tym:

- dane osobowe,
- dane o ubezpieczycielu,
- dane o zatrudnieniu,
- dane o dializach z podziałem na dane ogólne, dane o dostępie naczyniowym, dane o aktualnym statusie na liście biorców,
- wskaźnik „wydializowania” kT/V

możliwość ograniczenia zakresu wprowadzanych danych w przypadku dializ ostrych,

przegląd danych archiwalnych pacjenta i śledzenie historii zmian,

przegląd kontaktów pacjenta ze Stacją Dializ, w zakresie:

- wizyt w Stacji Dializ,
- usług wykonanych pacjentowi w Stacji Dializ z uwzględnieniem personelu wykonującego,
- pobyków na oddziałach szpitalnych,
- wyników badań.

wprowadzanie zleceń na usługi Stacji Dializ:

- możliwość realizacji zleceń wewnętrznych z innych jednostek organizacyjnych Zamawiającego (w przypadku systemu zintegrowanego),
- możliwość wprowadzania zleceń zewnętrznych (skierowań z innych podmiotów).

wspomaganie planowania dializ w oparciu o grafiki (terminarze) sal i tur:

- rezerwacja wolnych terminów na dializy w oparciu o dostępne aparaty
- możliwość kopiowania zaplanowanych dializ dla pacjentów z tygodnia bieżącego na kolejny, przegląd listy zaplanowanych dializ i badań laboratoryjnych, wizualizacja (różne kolory) stanu realizacji dializy
- możliwość anulowania zaplanowanych wizyt,
- przegląd i wydruk listy zarejestrowanych pacjentów,
- możliwość pominięcia planowania w przypadku dializ ostrych.
- wspomaganie realizacji wizyty (dializy):
- dostęp do wszystkich kategorii danych o pacjencie zaewidencjonowanych w systemie, w tym danych z poprzednich wizyt,
- ewidencja danych o przebiegu wizyty:
 - czas trwania wizyty,
 - wykonane procedury,
 - podane leki,
 - zużyte materiały (w tym dializatory),
 - obserwacje lekarskie (wraz z autoryzacją)
 - obserwacje pielęgniarskie (wraz z autoryzacją)
 - personel wykonujący dializę.
- ewidencja parametrów przebiegu dializy z możliwością kopiowania z poprzedniej wizyty, z podziałem na grupy danych o:
 - wykonaniu dializy,
 - pacjencie,
 - programie dializy,
 - płynie,
 - wkluciach,
 - ultrafiltracji.
- System musi umożliwiać ewidencję informacji dotyczących stanowiska, na którym wykonywana jest dializa
- System musi prezentować dane dotyczące czasu dializy oraz efektywnego czasu dializy w minutach.
- wprowadzanie zleceń na inne usługi,
- ewidencja danych do rozliczeń z płatnikiem,
- ewidencja wydanych skierowań i innych dokumentów.
- System podpowiada w pozycji rozliczeniowej dane wymagane dla hemodializy:
 - typ leczenia
 - poziom hemoglobiny
 - podany lek lub wartość 'bez leku' jeżeli nie podano
- System powinien umożliwiać automatyczne wyliczanie ultrafiltracji po uzupełnieniu wagi optymalnej i wagi przed dializą pacjenta
- prowadzenie statystyki i dokumentacji medycznej:
- prowadzenie ksiąg, rejestrów:
 - Księga Dializ
- możliwość wykorzystania zdefiniowanych szablonów wydruków:
 - Przebieg hemodializy,
 - Karta informacyjna o wykonanych hemodializach (dla pacjentów nie będących pacjentami stałymi),
 - Karta informacyjna o sposobie dializowania (dla pacjentów planujących czasowe dializowanie w innym miejscu).
- możliwość definiowania własnych szablonów wydruków.

czynności analityczno – sprawozdawcze:

możliwość wykorzystania raportów wbudowanych, w tym:

- liczba wykonanych hemodializ,
- zestawienie wykonanych hemodializ.

możliwość definiowania własnych wykazów (moduł Wykazy).

integracja z innymi modułami systemu medycznego:

- współpraca z modułem Apteczka oddziałowa w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów (w tym dializatorów) oraz aktualizacji stanów magazynowych,
- współpraca z pozostałymi podsystemami medycznymi w zakresie wzajemnego udostępniania danych o pacjentach, danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (w tym Laboratorium),
- współpraca z modułem Dokumentacji formularzowej w zakresie wykorzystania formularzy zaprojektowanych przez użytkownika,
- współpraca z modułami Rachunku Kosztów Leczenia

Oprogramowanie bazodanowe

Obsługiwany sprzęt: do 2 gniazd procesora.

Licencjonowanie: Oparte na procesorze, nieograniczona liczba użytkowników.

Dostępność: Obsługuje zarówno instalacje lokalne, jak i środowiska chmury hybrydowej.

Funkcje bezpieczeństwa: Szyfrowanie, kontrola dostępu i zarządzanie rolami użytkowników.

Automatyzacja: Zintegrowane narzędzia do tworzenia kopii zapasowych, dostrajania wydajności i konserwacji bazy danych.

Ilość: 1

Czas trwania: licencji wieczysta

Licencjonowanie: Processor Perpetual

Szczegóły: Application Specific Full Use

Oprogramowanie ERP i HIS pracuje na tej samej bazie danych

Repozytorium EDM

Możliwość archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Możliwość archiwizacji dokumentów złożonych, wieloczęściowych i przyrostowych np. księgi

Możliwość obsługi załączników do dokumentacji

Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych generowanych przez system medyczny w repozytorium dokumentacji elektronicznej

Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych utworzonych poza systemem HIS, manualna rejestracja dokumentów zewnętrznych

Cyfryzacja dokumentu papierowego i dołączanie go do dokumentacji elektronicznej

Dostęp do całości dokumentacji przechowywanej w EDM:

- z poziomu wbudowanych w systemy medyczne mechanizmów
- z poziomu dedykowanego interfejsu

Możliwość eksportu/importu dokumentu elektronicznego do/z pliku w formacie XML. Możliwość eksportu/importu jednocześnie wielu dokumentów.

Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na dokumencie

Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na zbiorze dokumentów

Możliwość znakowania czasem dokumentu

Możliwość wykonania kontrasygnaty

Możliwość weryfikacji podpisu

Możliwość weryfikacji integralności dokumentu

Możliwość weryfikacji i czytelnej prezentacji informacji o zgodności podpisu elektronicznego z treścią podpisanego dokumentu.

Możliwość wydruku dokumentu

Możliwość wyszukiwania dokumentów za pomocą zaawansowanych kryteriów oraz meta danych.

Możliwość wersjonowania przechowywanych dokumentów z dostępem do pełnej historii poprzednich wersji.

Repozytorium EDM musi umożliwiać:

- rejestrację dokumentu
- pobieranie dokumentów w formacie XML (dla dokumentów przechowywanych w formacie HL7 CDA)
- pobieranie postaci binarnej dla dokumentów w formacie HL7 CDA z osadzoną binarną postacią dokumentu
- pobieranie dokumentów w formacie PDF (dla dokumentów przechowywanych w formacie PDF)
- wyszukiwanie materializacji dokumentów

System uprawnień pozwalający na precyzyjne definiowanie obszarów dostępnych dla danego użytkownika.

Możliwość zarządzania uprawnieniami dostępu do określonych operacji w repozytorium. Przykłady uprawnień systemowych: uruchomienie systemu, zarządzanie uprawnieniami użytkowników, zarządzanie parametrami konfiguracyjnymi, zarządzanie typami dokumentów.

Możliwość zarządzania uprawnieniami do wykonywania operacji na poszczególnych typach dokumentów.

Przykłady uprawnień do dokumentów: dodawanie dokumentów do repozytorium, odczyt dokumentu, podpisywanie dokumentu, eksport dokumentu, anulowanie dokumentu, wydruk dokumentu itd.

Możliwość definiowania nowych typów dokumentów obsługiwanych przez repozytorium dokumentów elektronicznych.

Indeksowane powinny być wszystkie wersje dokumentu

Indeks powinien uwzględniać rozdzielenie danych osobowych od danych medycznych

Możliwość indeksowania dokumentów w celu łatwego jej wyszukiwania wg zadanych kryteriów

Indeks dokumentacji powinien być zorientowany na informacje o dokumencie: autor, data powstania, rozmiar, typ itp.

System musi umożliwiać udostępnianie dokumentacji:

- w celu realizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych w ZOZ
- pacjentom i ich opiekunom
- podmiotom upoważnionym np. prokurator

System powinien umożliwiać współpracę z platformą P1 w zakresie:

Obsługi eRecept

Obsługi eSkierowań

System powinien umożliwiać Wymianę Dokumentacji Medycznej w ramach platformy P1 w zakresie:

- indeksowania dokumentacji w postaci elektronicznej
- dostępu do dokumentacji zaindeksowanej na platformie
- udostępniania dokumentacji innym świadczeniodawcom
- możliwości dołączania pobranej dokumentacji do dokumentacji prowadzonej lokalnie
- obsługi Zamówień na dokumentację Medyczną zaindeksowaną na platformie (możliwość zamawiania zbiorów dokumentów zawierających również dokumenty niedostępne w momencie zamówienia, ale pobierane w sposób asynchroniczny po zmianie stanu dostępności)

Dostarczone rozwiązanie musi być zintegrowane z działającym w szpitalu systemem dziedzinowym HIS w oparciu o API producenta systemu HIS:

Rejestracja dokumentów w repozytorium z poziomu systemu HIS

Wersjonowanie dokumentów (przekazywanie nowej wersji istniejącego dokumentu)

Generowanie dokumentów w formacie PIK HL7 CDA w oparciu o dane źródłowe przekazane z systemu

dziedzinowego HIS

Wyszukiwanie dokumentów w oparciu o dane indeksowe takie jak: Pacjent, JOS, Autor, Typ dokumentu, Data utworzenia, ID dokumentu

Pobieranie dokumentów (w formacie XML lub PDF)

Zmiana statusu dokumentów (np. anulowanie dokumentu)

Współpracę z innymi systemami dziedzinowymi np. działającym w placówce systemem LIS, RIS/PACS

System udostępnia interfejs umożliwiający zintegrowanemu systemowi zewnętrznemu przekazanie dowolnego dokumentu zgodnego ze standardem PIK HL7 CDA. W przypadku typów dokumentów wspieranych przez platformę P1 jego zaindeksowanie na platformie P1.

Rozwiązanie powinno dostarczać aplikację do podpisu elektronicznego komunikującą się z systemem dziedzinowym HIS za pomocą usług sieciowych zgodnie z API producenta systemu HIS

Podpis cyfrowy

Rozwiązanie powinno dostarczać aplikację do podpisu elektronicznego komunikującą się z systemem dziedzinowym HIS za pomocą usług sieciowych zgodnie z API producenta systemu HIS

Elektroniczny podpis kwalifikowany składany za pomocą karty kryptograficznej umożliwia podpisywanie dokumentów elektronicznych:

- dając pewność autorstwa dokumentu (autentyczność pochodzenia),
- utrudniając wyparcie się autorstwa lub znajomości treści dokumentu (niezaprzeczalność),
- pozwalając wykryć nieautoryzowane modyfikacje dokumentu po jego podpisaniu (integralność).

System musi umożliwiać złożenie podpisu cyfrowego na przekazanych dokumentach oraz zapewnia:

- możliwość podpisywania pojedynczych dokumentów,
- możliwość podpisywania grupy dokumentów z jednokrotnym zapytaniem o PIN,

System musi umożliwiać przegląd podpisywanych dokumentów:

- przegląd listy podpisywanych dokumentów (dla podpisywania grupowego),
- podgląd podpisywanych dokumentów XML.

System musi umożliwiać podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej przetwarzanej w Repozytorium EDM, w szczególności:

- rejestrację w Repozytorium EDM informacji o złożeniu podpisu,
- składanie podpisu cyfrowego oraz rejestrację sygnatury dokumentu w Repozytorium EDM

System umożliwia złożenie podpisu elektronicznego z wykorzystaniem następujących metod:

- Podpis z wykorzystaniem dowodu osobistego z warstwą elektroniczną (tzw. podpis osobisty)
- Kwalifikowany podpis elektroniczny z wykorzystaniem fizycznych kart kryptograficznych
- Kwalifikowany podpis elektroniczny z wykorzystaniem kart wirtualnych (tzw. podpis w chmurze)
- Podpis elektroniczny złożony za pośrednictwem certyfikatu ZUS
- Podpis elektroniczny złożony za pośrednictwem platformy ePUAP

System umożliwia prowadzenie centralnego rejestru certyfikatów podpisu elektronicznego, pozwalającego na składanie podpisu elektronicznego na dowolnej stacji roboczej podłączonej do systemu bez konieczności przechowywania kopii certyfikatów lokalnie na stacjach roboczych.

System musi posiadać możliwość generowania obsługiwanych dokumentów w postaci elektronicznej zgodnie ze standardem PIK HL7 CDA (jeśli dla danego dokumentu istnieje szablon w aktualnej wersji standardu)

System musi umożliwiać integrację z Platformą P1 w zakresie wymiany kolejnych typów dokumentów ustalonych przez Centrum e-Zdrowia.

System musi umożliwiać monitorowanie stanu indeksacji dokumentów w P1 na poziomie zbiorczych statystyk oraz poszczególnych dokumentów

System musi umożliwiać wsteczne przekazanie indeksów dokumentów do systemu P1 (np. w sytuacji gdy z

powodu awarii lub niedostępności systemu P1 nie udało się przekazać indeksu po utworzeniu dokumentu)

Wycena szczegółowa

Zakres rzeczowy	Ilość	Wartość netto	Wartość Vat	Wartość brutto
Digitalizacja dokumentacji medycznej istotnej z punktu widzenia leczenia i profilaktyki	1			
Integracja z Platformą Usług Inteligentnych (PUI)	1			
Elektroniczna Dokumentacja medyczna (EDM)- Integracja z systemami E-Zdrowia	1			
	RAZEM			