***Załącznik nr 2 do SWZ – Opis Przedmiotu zamówienia/Załącznik nr 1 do Umowy***

**Zamówienie obejmuje aktualizację oprogramowania HIS (Hospital Information System) w zakresie lecznictwa zamkniętego firmy Asseco Poland S.A. oraz dostawę licencji na moduły oprogramowania rozszerzającego funkcjonalności systemu HIS wraz z uruchomieniem Zdarzeń Medycznych, integracją z systemami LIS
i RIS/PACS firm zewnętrznych, dostawą licencji na oprogramowanie baz danych oraz integrację z platformą regionalną MSIM (Małopolski System Informacji Medycznej).**

***Zamówienie realizowane jest w ramach projektu informatycznego współfinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 zwanego dalej RPO WM pod nazwą ,,Małopolski System Informacji Medycznej (MSIM)"***

W ramach rozbudowy istniejącego HIS przewidziane jest dostosowanie funkcjonującego w szpitalu systemu do wymogów elektronicznej dokumentacji medycznej, a także rozszerzenie istniejącego oprogramowania o moduły do obsługi lecznictwa zamkniętego.

Przedmiotem zamówienia jest rozbudowa systemu medycznego HIS eksploatowanego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie o moduły do obsługi lecznictwa zamkniętego (moduły: Izba Przyjęć, Oddział, Zlecenia, Zdarzenia Medyczne, Blok Operacyjny, Zakażenia Szpitalne) wraz z integracją z systemem LIS wykorzystywanym przez firmę Diagnostyka S.A. i RIS/PACS wykorzystywanym przez firmę Zakład Rentgena i USG Wyrobek sp. z o.o. sp. k. współpracujących z obecnie posiadanym przez Zamawiającego systemem HIS InfoMedica/AMMS Asseco Poland. Moduł Zdarzenia Medyczne musi być zgodny z zaleceniami Centrum eZdrowia.

Rozwiązanie musi zapewnić obsługę komunikacji w wyżej wymienionym zakresie. Ponadto Zamawiający korzysta obecnie z systemu AMMS/InfoMedica oraz systemu LIS, RIS/PACS.

Zamawiający zaznacza, iż nie przewiduje możliwości wymiany obecnie wykorzystywanego systemu HIS.

Dostawa zamówienia w szczególności swoim zakresem obejmuje:

1. Dostawa licencji do lecznictwa zamkniętego oraz moduł Zdarzenia Medyczne jako rozszerzenie istniejącego oprogramowania ASSECO.
2. Konfiguracja i wdrożenie systemu wraz z uruchomieniem modułów do obsługi lecznictwa zamkniętego.
3. Objęcie min. 60 miesięcznym nadzorem autorskim i gwarancją wdrożonego oprogramowania od daty zakończenia wdrożenia i podpisania protokołu odbioru.
4. Dostarczenie dokumentacji użytkownika w wersji elektronicznej i papierowej.

Poprzez dostawę oprogramowania komputerowego Zamawiający rozumie: dostawę, instalację, konfigurację, wykonanie wdrożenia oprogramowania komputerowego wraz z nadzorem autorskim nad dostarczonym oprogramowaniem komputerowym. Przedmiot zamówienia obejmuje także serwis gwarancyjny w zakresie działania dostarczonego oprogramowania komputerowego przez okres gwarancji. Wykonawca musi wziąć pod uwagę, że wszystkie prace związane z realizacją przedmiotowego zamówienia będą wykonywane w SP ZOZ MSWiA w Krakowie zlokalizowanych w 2 lokalizacjach głównych:

1. Kraków, ul. Kronikarza Galla 25:
	1. Oddział Okulistyczny (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	2. Oddział Ginekologiczno-Położniczy (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	3. Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	4. Oddział Urazowo-Ortopedyczny (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	5. Oddział Chirurgiczny (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	6. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	7. Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	8. Oddział Geriatrii (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	9. Izba Przyjęć i Pomocy Doraźnej,
	10. Blok Operacyjny (dyżurki lekarskie oraz pielęgniarskie),
	11. Sekcja Zakażeń Szpitalnych,
	12. Oddział Dzienny Rehabilitacji (gabinet lekarski oraz pracownie usprawniania leczniczego).
2. Kraków, Plac Inwalidów 3:
	1. Oddział Dzienny Psychoterapii (gabinety lekarskie oraz pielęgniarskie, gabinety psychologiczne
	i pracownie terapii zajęciowych).

w których musi być zapewniona ciągła opieka nad pacjentem oraz musi być zapewniona możliwość wykonywania obowiązków przez pracowników Zamawiającego.

Dostosowywanie systemu do zmian wynikających z przepisów obowiązujących SP ZOZ MSWiA
w Krakowie.

Aktualnie Zamawiający dysponuje następującym środowiskiem serwerowym, które zostanie udostępnione Wykonawcy w celu realizacji opisanych prac będących przedmiotem niniejszego postępowania. Zamawiający informuje również, iż aktualnie realizuje odrębne postępowanie przetargowe na zakup infrastruktury serwerowej na którą będzie wymagał migracji opisanych systemów po rozstrzygnięciu i dokonaniu dostaw sprzętu:
Serwer bazy danych (aktualnie):
CPU: E5-2630 v4 2.20 GHz (2 procesory)
RAM: 128 GB
HDD SAS: 4x 600GB
System operacyjny: Windows Serwer 2012 R2 Standard
Serwer bazy danych (docelowo):
Klaster HA składający się z 2 węzłów
CPU: 2 procesory, 8 rdzeni każdy, 3,2GHz
RAM: 128GB każdy
HDD SAS: 2x300
System operacyjny: Windows Server 2022
Macierz dyskowa (docelowo): 21x1,8TB SAS
Serwer aplikacji (aktualnie):
CPU: E5504 2.00 GHz
RAM: 16 GB
HDD SAS: 4x 146GB
System operacyjny: Windows Serwer 2008 R2 Standard
Serwer aplikacji (docelowo):
Klaster wydajnościowy HA składający się z 3 węzłów
CPU: 2 procesory, 16 rdzeni każdy, 2,9GHz
RAM: 256 GB
HDD SAS: 2x 300GB
System operacyjny: Windows Serwer 2022
Macierz dyskowa (docelowo): 21x1,8TB SAS

Zamawiający oświadcza, że:

* posiada wdrożony i użytkowany Zintegrowany System Informacyjny InfoMedica/AMMS produkcji ASSECO POLAND S.A. w obszarze administracji oraz części medycznej HIS. Posiadane moduły systemu informacyjnego Infomedica/AMMS przechowywane są w relacyjnej bazie danych ORACLE wersja 12c Standard Edition.
* ZSI InfoMedica/AMMS to w pełni zintegrowany system w części administracyjnej.

Warunki organizacyjne przeprowadzenia integracji nowych modułów lecznictwa zamkniętego z obecnie posiadanym systemem HIS:

1. Zamawiający oświadcza, iż zgodnie z wiążącą go umową licencyjną z twórcą posiadanego ZSI, nie jest
w posiadaniu kodów źródłowych tych systemów.
2. Uzyskanie opisów sposobów wymiany danych do integracji z wymienionym systemem i/lub wykonanie integracji zgodnie z art. 75 ust. 2 pkt 3) Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych leży po stronie Wykonawcy uczestniczącego w postępowaniu na podstawie oświadczeń podwykonawców SP ZOZ MSWiA w Krakowie w zakresie diagnostyki laboratoryjnej oraz obrazowej, stanowiących załącznik nr 2a, 2b i 2c do SWZ,
3. Integracja z obecnymi systemami dziedzinowymi ma zostać wykonana poprzez wyspecyfikowane interfejsy, których implementację udostępnia dany system dziedzinowy. Wykonanie integracji w inny sposób, w tym integracja bezpośrednia na poziomie bazy danych mogłaby doprowadzić do niekontrolowanej utraty integralności danych, co powoduje powstanie ryzyka uszkodzenia danych wrażliwych procesu leczenia pacjentów.
4. Zamawiający nie przewiduje pośredniczenia w rozmowach z firmami trzecimi będącymi dostawcami usług w zakresie Laboratorium i Obrazowania Medycznego (RTG, CT, MRI, USG) dotyczących integracji z ich systemami. Zamawiający wyjaśnia, że koszty integracji są częścią kosztu oferty składanej przez Wykonawcę w niniejszym postępowaniu;
5. Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić w ofercie pełny koszt wykonania integracji uwzględniający również, o ile będzie to konieczne, wykonanie modyfikacji interfejsów wymiany danych posiadanych systemów oraz zakup niezbędnych do integracji licencji;
6. Zamawiający dołącza do niniejszego postępowania:
	1. Specyfikację komunikatów HL7 wymienianych między systemem HIS i LIS opisaną przez podwykonawcę w zakresie diagnostyki laboratoryjnej firmę Diagnostyka sp. z o.o. (załącznik nr 2a);
	2. Propozycję integracji systemu HIS z systemem RIS-Gamma z wykorzystaniem Oauth2 i openIdConnect za pomocą HL7 otrzymaną od podwykonawcy w zakresie diagnostyki obrazowej firmę Zakład Rentgena i USG Wyrobek sp. z o.o., sp. k. (załącznik nr 2b).
	3. Oświadczenie dotyczące integracji firmy Alteris, dotyczące zintegrowania posiadanego przez SP ZOZ MSWiA w Krakowie oprogramowania PACS z przedmiotem zamówienia niniejszego postępowania (załącznik 2c).
7. Zamawiający dopuszcza na podstawie art. 75 ust. 2 pkt 3 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych dokonanie przez Wykonawcę/Dostawcę dekompilacji modułów systemów, dotychczas wykorzystywanych przez Zamawiającego, poprzez zwielokrotnienie kodu lub tłumaczenie jego formy w rozumieniu art. 74 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy Prawo autorskie (Dz.U. 2006, nr 90, poz. 631), jeżeli będzie to niezbędne do uzyskania informacji koniecznych do osiągnięcia współdziałania modułów tych systemów z oprogramowaniem aplikacyjnym dostarczonym w ramach realizacji zamówienia. Wykonawca będzie zobowiązany wykonać czynności dekompilacyjne na własny koszt i ryzyko, w pełnym koniecznym zakresie z zastrzeżeniem, że czynności te będą odnosiły się tylko do tych części modułów tych systemów, które będą niezbędne do osiągnięcia współdziałania tych modułów z oprogramowaniem aplikacyjnym dostarczonym przez Wykonawcę/Dostawcę, a uzyskane informacje nie będą:
* Wykorzystane do innych celów niż osiągnięcie współdziałania niezależnie stworzonego programu komputerowego;
* Przekazane innym osobom, chyba, że jest to niezbędne do osiągnięcia współdziałania niezależnie stworzonego programu komputerowego;
* Wykorzystane do rozwijania, wytwarzania lub wprowadzania do obrotu programu komputerowego o istotnie podobnej formie wyrażenia lub do innych czynności naruszających prawa autorskie.
1. Informacje uzyskane przez Wykonawcę/Dostawcę w toku wykonania czynności, o których mowa w art. 75 ust. 2 pkt 3 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa,
w rozumieniu Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r. i podlegają ochronie w niej przewidzianej.
2. Na wniosek Wykonawcy/Dostawcy, Zamawiający/Użytkownik umożliwi Wykonawcy/Dostawcy dostęp do posiadanych systemów informatycznych, udzieli wsparcia Wykonawcy/Dostawcy w dokonaniu integracji, poprzez nadanie wskazanym pracownikom Wykonawcy/Dostawcy niezbędnych uprawnień do pracy
w systemie oraz przekaże Wykonawcy/Dostawcy posiadane instrukcje obsługi. Wykonawca/Dostawca ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody, wyrządzone przez jego pracowników w trakcie prac integracyjnych.

**ZAKRES FUNKCJONALNY SYSTEMU HIS**

|  |
| --- |
| **Akty prawne** |
| Oferowane oprogramowanie jest zgodne z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi organizację i działalność sektora usług medycznych i opieki zdrowotnej, w tym: |
| ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) |
| Ustawa z dnia 17 lutego 2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 poz. 700 tj.) |
| Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U.2019, poz. 1207) |
| Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania |
| Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. (ze zmianami publikowanymi w komunikatach Centrali NFZ) |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących deklaracji POZ/KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS |
| Zarządzenie Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej  |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia |
| **Administrator** |
| **Konfigurowanie systemu** |
| Aktualizacja systemu wraz z poszczególnymi składnikami systemu (np. baza danych, aplikacja) musi być wykonywana za pomocą dedykowanych programów aktualizacyjnych (tzw. paczek aktualizacyjnych) udostępnionych przez producenta systemu. Zamawiający musi mieć możliwość samodzielnego aktualizowania systemu bez ingerencji producenta systemu przez 24 godziny na dobę. |
| System musi umożliwiać automatyczne ograniczanie listy wyświetlanych pozycji słowników: dla jednostki organizacyjnej, zalogowanego użytkownika  |
| System musi umożliwiać budowanie terminarzy zasobów: osób, pomieszczeń i urządzeń w oparciu o harmonogramy dostępności zasobu |
| System musi umożliwić definiowanie i ewidencję ograniczeń terminarza dotyczących wieku i płci umawianego w danym terminarzu pacjenta |
| System musi umożliwić definiowanie i obsługę ograniczeń ilościowych limitów dziennych liczby rezerwacji w terminarzach określonych zasobów |
| System musi umożliwiać zarządzanie parametrami konfiguracyjnymi w hierarchii poziomów: systemu, jednostki organizacyjnej, stacji roboczej/użytkownika, |
| System musi umożliwiać definiowanie wykazów wykorzystywanych w przychodni, szpitalu, pracowniach w szczególności z zarządzaniem jednostek uprawnionych do dostępu do danego wykazu, a w przypadku wykazów zabiegowych również rodzajami eiwdencjonowanych w wykazie zabiegów |
| System musi umożliwiać definiowanie szablonów wydruków definiowalnych w systemie dokumentów (pism). |
| System musi umożliwić logowanie z wykorzystaniem usług domenowych np. Active Directory (AD), w ramach których możliwe jest logowanie z wykorzystaniem czytnika biometrycznego oraz kart kryptograficznych.System umożliwia automatyczne tworzenie użytkowników systemu, na podstawie użytkowników w Active Directory (AD). Użytkownicy aplikacji nie są użytkownikami bazy danychSystem współpracuje z kontrolerem domeny Active Directory (AD) w taki sposób, że:- AD stanowi bazę kont użytkowników, haseł oraz grup tak, aby Użytkownik SSI mógł się posługiwać do prawidłowej autoryzacji w SSI loginem i hasłem AD, bez dodatkowych czynności konfiguracyjnych,-po założeniu konta w AD nie trzeba wykonywać powtórnie czynności tworzenia konta użytkownika w SSI w zakresie wprowadzania:--imienia i nazwiska,--loginu użytkownika,--hasła użytkownika,--nadania podstawowych uprawnień wynikających z przynależności do określonych grup użytkowników w AD (np. grupa „lekarza”, „Pielęgniarki” itp.)Użytkownik nie może zmienić hasła AD z poziomu SSI |
| Zarządzanie listą usług i procedur możliwych do zlecenie przez daną jednostkę organizacyjną z możliwością ograniczenia listy jednostek mogących dla danego zleceniodawcy zrealizować zlecenie. |
| Zarządzanie rejestrem jednostek struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego: |
|  - tworzenie i modyfikacja listy jednostek organizacyjnych (recepcje, gabinety, pracownie, oddziały, izby przyjęć, bloki operacyjne itp.), |
|  - powiązanie struktury jednostek organizacyjnych ze strukturą ośrodków powstawania kosztów.  |
| System musi umożliwiać definiowanie grupowania zleceń  |
| System musi umożliwiać określenie listy jednostek organizacyjnych uprawnionych do zlecania danego rodzaju badania oraz danego panelu badań |
| System musi umożliwiać usuwanie wielu zleceń tego samego rodzaju zlecenia  |
| Zarządzanie standardowymi słownikami ogólnokrajowymi: |
|  - Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD9 CM – druga polska edycja, |
|  - Klasyfikacja chorób wg ICD – rewizja 10, |
|  - Słownik Kodów Terytorialnych GUS, |
|  - Słownik Zawodów. |
| System musi umożliwiać aktualizację słownika ICD 10 za pomocą pliku udostępnianego przez Ce-Z lub z pliku zapisanym na dysku. |
| System musi umożliwić aktualizację słownika ICD 10 z wykorzystaniem algorytmu Jaro-Winkler wraz z możliwością określenia wskaźnika stopnia podobieństwa porównywanych nazw do aktualizacji |
| System musi umożliwiać import słownika wyrobów medycznych publikowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
| System powinien umożliwić ograniczenie użytkownikom zasilania słownika instytucji tylko pozycjami pochodzącymi i synchronizowanymi z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |
| System musi umożliwiać import kodów pocztowych udostępnianych przez Pocztę Polską, z możliwością automatycznego powiązania z rejestrem TERYT. |
| Tworzenie, przegląd, edycja słowników własnych Zamawiającego:  |
|  - personelu, |
|  - leków. |
| Zarządzanie strukturą użytkowników i ich uprawnieniami: |
| System zarządzania użytkownikami musi być wspólny minimum dla modułów: RCH, Apteka, Apteczki oddziałowe, Rozliczenia z NFZ, Komercja, Badania kliniczne |
| System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać definiowanie listy użytkowników systemu |
| System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać określenie uprawnień użytkowników,  |
| System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać jednoznaczne powiązanie użytkownika systemu z osobą personelu lub osobą spoza słownika personelu. |
| System musi umożliwiać synchronizację danych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu podczas łączenia pracownika z systemu HIS z pracownikiem z systemu KP. |
| System musi umożliwiać definiowanie dla każdego pacjenta preferowanego kanału komunikacji (portal, sms, e-mail). |
| System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu |
| System musi umożliwiać ewidencję wielu numerów prawa wykonywania zawodu dla personelu |
| System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków dotyczących zmiany danych osobowych 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 wygenerowanie kopii danych osobowych dla pacjenta/personelu/użytkowników przetwarzanych w systemie. |
| W ramach użytkownika zalogowanego, system musi umożliwiać wyznaczenie osoby zastępującej w zadanym okresie czasu, która czasowo przejmie prawa użytkownika zastępowanego. Użytkownik zastępujący musi mieć możliwość odrzucenia zastępstwa. |
| Musi istnieć możliwość nadania użytkownikowi uprawnień do pracy wyłącznie w kontekście wybranej/ wybranych jednostek organizacyjnych. Np. tylko oddział wewnętrzny lub gabinet POZ i izba przyjęć. |
| System musi umożliwiać włączenie, niezależnej od uprawnień użytkownika, dodatkowej kontroli dostępu do danych medycznych pacjentów dla personelu nie pełniącego w Jednostce żadnej roli, a specyfika ich pracy wymaga takiego dostępu w celach związanych z pełnieniem obowiązków służbowych. |
| System musi posiadać mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do systemu |
| System musi umożliwiać nadawanie każdemu użytkownikowi unikalnego loginu oraz hasła. Domyślnie dla nowotworzonych użytkowników oraz dla każdego użytkownika niezależnie musi być możliwość ustawienia co najmniej następujących parametrów hasła: długość, okres ważności, okres powiadomienia przed wygaśnięciem hasła, Minimalna złożoność hasła (minimalna liczba dużych i małych liter oraz cyfr, minimalna i maksymalna liczba znaków specjalnych w haśle) |
| Administrator musi mieć możliwość określenia daty utraty ważności konta (blokady konta) użytkownika, a system prezentuje użytkownikowi informację o terminie ważności (zablokowania) konta. |
| System musi zapewnić natychmiastowe wylogowanie użytkownika ze wszystkich jego aktywnych sesji, w momencie blokady konta użytkownika przez administratora. |
| System uprawnień powinien być tak skonstruowany, aby można było użytkownikowi nadać uprawnienia z dokładnością do rodzaju wykonywanej operacji tj. osobne uprawnienie na odczyt danych i osobne na wprowadzanie/modyfikację danych. System uprawnień powinien umożliwiać definiowanie grup uprawnień, które to mogłyby być przydzielane poszczególnym użytkownikom. |
| System musi umożliwiać nadawanie pojedynczych uprawnień z listy dostępnych zarówno pojedynczemu użytkownikowi jak i definiowalnej, nazwanej grupie użytkowników, do których z kolei można przypisywać użytkowników. |
| System musi umożliwić nadanie użytkownikowi lub grupie użytkowników uprawnień do wydruku tylko określonych typów dokumentów dokumentacji medycznej |
| System powinien umożliwiać nadawanie uprawnień użytkownikom niezależnie dla każdej jednostki organizacyjnej, np. lekarz pracujący na izbie przyjęć i oddziale wewnętrznym powinien w swoich aplikacjach widzieć tylko pacjentów izby przyjęć i tego jednego oddziału.  |
| System musi umożliwiać podgląd listy użytkowników aktualnie zalogowanych do systemu. |
| Administrator musi posiadać z poziomu aplikacji możliwość wylogowania wskazanych lub wszystkich aktualnie zalogowanych użytkowników |
| System musi umożliwiać prowadzenie rejestru zgód i sprzeciwów oraz oświadczeń dotyczących przetwarzania danych osobowych (na mocy zapisów RODO): pacjentów, opiekunów pacjentów i personelu. Rejestracja oraz wycofanie zgód, sprzeciwów, oświadczeń możliwa jest z poziomu jednego okna. |
| System musi umożliwiać obsługę harmonogramu przyjęć |
| System powinien umożliwić przypisanie do komórki organizacyjnej jednostki, kodu technicznego NFZ. Powinna istnieć możliwość zmiany tego kodu w dowolnym momencie pracy systemu z dokładnością do dat obowiązywania. |
| System musi umożliwić określenie jednostkom organizacyjnym oddzielnego numeru REGON, innego niż REGON zakładu opieki zdrowotnej |
| System musi umożliwiać zarządzanie międzymodułowym systemem komunikacyjnym umożliwiający pobranie lub wysłanie komunikatów do: |
|  - użytkowników wybranych modułów, |
|  - wskazanych użytkowników (nazwanych oraz ról jakie pełnią w systemie) |
|  - wskazanych stacji roboczych |
| System musi umożliwiać przegląd dziennika operacji (logi) - rejestr czynności i operacji wykonywanych przez poszczególnych użytkowników |
| System musi umożliwiać zapisywanie informacji o przeglądanych danych przez wybranego użytkownika. |
| System musi umożliwiać podgląd historii zmian parametrów konfiguracyjnych systemu (podgląd daty modyfikacji parametru, użytkownika ją przeprowadzającego, jego stacji roboczej oraz rodzaju i szczegółów zmiany). |
| System musi umożliwiać wykonanie z poziomu aplikacji funkcji optymalizacji bazy danych |
| System musi umożliwiać migrację dokumentacji pacjenta z systemu HIS do repozytorium EDM. |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie i łączenie danych pacjentów, lekarzy i instytucji wprowadzonych wielokrotnie do systemu. |
| System musi zachowywać dane pacjenta "scalonego" mechanizmem scalania pacjentów. Pacjent, którego dane zostały scalone z danymi innego pacjenta nie może być usunięty z systemu. Dane pacjenta powinny być dostępne do wyszukiwania w szczególności wyszukiwania wg identyfikatora pacjenta. |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie zdublowanych wpisów rejestru instytucji według ich resortowych kodów identyfikacyjnych |
| System musi umożliwiać zdefiniowanie procesu, który w określonych odstępach czasowych będzie weryfikował istnienie zleceń podań dla otwartych zleceń leków w zadanych komórkach organizacyjnych oraz generował zlecenia podań w przypadku ich braku. |
| **Izba Przyjęć** |
| System musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodni, Pracowni Diagnostycznej, Oddziału, Izby przyjęć. |
| **Ewidencja danych pacjentów** |
| System musi umożliwić 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 zapewnia możliwość przypisania Odcinka/Sali i łóżka w module Izba Przyjęć |
| System musi umożliwiać ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL. |
| System musi umożliwiać 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 umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  - fragment (fraza) opisu pacjenta |
| System musi umożliwiać 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 musi umożliwiać 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 umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia |
| System musi umożliwiać automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
| **Obsługa listy pacjentów modułu** |
| 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 alergie/uczulenie |
| System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria:- Czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem;- Czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia;- Czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanna;- Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem;- Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. |
| System musi umożliwiać rejestrację i modyfikację danych pacjentów |
| System musi umożliwiać rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej, |
| System musi umożliwiać rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza |
| System musi przechowywać historię zmian danych osobowych pacjenta. |
| System musi umożliwić 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 umożliwić 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 |
| **Rejestracja pacjenta w Izbie Przyjęć** |
| System musi umożliwić 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 rozpoznań towarzyszących. |
| Rejestracja rozpoznań w systemie musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10. System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie oraz słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu |
| System powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań 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 umożliwić eksport Karty Psychiatrycznej do pliku XML |
| System musi umożliwiać 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 umożliwić 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 umożliwić rejestrację informacji o wymaganym transporcie medycznym pacjenta |
| System powinien umożliwić rejestrację informacji o planowanym czasie hospitalizacji |
| System musi umożliwiać przegląd i obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń, w kontekście wybranej jednostki organizacyjnej. |
| System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi. |
| System musi umożliwiać ewidencji usług rozliczanych komercyjnie |
| System musi umożliwiać ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena. |
| Podczas badania pacjenta system musi umożliwiać 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 umożliwić 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 |
| **Zakończenie pobytu w Izbie Przyjęć** |
| 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 |
| Po zatwierdzeniu skierowania pacjenta do oddziału system drukuje opaskę z kodem kreskowym identyfikującym pacjenta |
| System musi umożliwiać drukowanie wielu etykiet opatrzonym identyfikatorem pacjenta np. w postaci kodu paskowego |
| Podczas kierowania pacjenta na oddział, system musi umożliwiać określenie planowanej liczby dni pobytu |
| System musi umożliwić autoryzację danych Izby Przyjęć,  |
| System musi umożliwić ewidencję danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ  |
| System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępniane informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne. |
| **Tworzenie dokumentacji Izby Przyjęć** |
| System musi umożliwiać tworzenie i wydruk dokumentacji indywidualnej pacjentów izby przyjęć: tj. |
|  - 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 umożliwić 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 wariancie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej. |
| System powinien umożliwić przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia |
| System musi umożliwiać 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 musi umożliwiać automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej |
| System musi umożliwiać wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS. |
| **Integracja z innymi elementami systemu** |
| 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) |
| **Oddział** |
| 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 umożliwić prezentację na głównym pulpicie modułu informacji o liczbie pacjentów przebywających na przepustkach. |
| **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 |
| - z wpisem/bez wpisu w harmonogramie przyjęć |
| System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria:- Czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem;- Czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia;- Czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanna;- Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem;- Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. |
| System musi umożliwić 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 innych dokumentów tożsamości niż dowód osobisty/paszport dla opiekuna/osoby upoważnionej. |
| System musi umożliwiać 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 umożliwić 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-rozpoznania-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 umożliwić rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia do Oddziału, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć lub innej jednostki kierującej (inny oddział). System powinien umożliwić przegląd wycofanych pobytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania. |
| System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Harmonogramu przyjęć Oddziału, |
| System musi umożliwić 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 umożliwić 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 pielęgniarki 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 umożliwić 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 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. |
| **Pobyt pacjenta na oddziale** |
| System musi umożliwić 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 musi umożliwiać 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 musi umożliwiać kopiowanie rozpoznania zaewidencjonowanego w ramach choroby przewlekłej pacjenta. |
| System powinien umożliwiać tworzenie tymczasowych wpisów w historii choroby |
| System musi umożliwiać zbiorczy przegląd historii zmian w ramach danego pobytu na oddziale. |
| System musi umożliwiać 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 musi umożliwiać 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 historii choroby, wyników badań, zleceń z wielu pobytów na jednym ekranie; z możliwością konfiguracji kategorii danych. |
| System powinien umożliwiać wydruk historii choroby zawierający kod kreskowy |
| System musi umożliwiać 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 musi umożliwiać wspomaganą definiowalnymi słownikami ewidencję rzeczy wartościowych i osobistych oraz rejestrację danych osoby upoważnionej do odbioru depozytu. |
| System musi umożliwiać odnotowanie częściowego wydania rzeczy zdeponowanych przez pacjenta. |
| System musi umożliwiać wygenerowanie raportu depozytów w oparciu o zaewidencjonowane dane depozytów pacjentów. |
| System musi umożliwić wpisanie planowanego czasu trwania hospitalizacji |
| System powinien umożliwiać zdefiniowanie standardowego czasu pobytu pacjenta dla każdego z oddziałów. Czas ten powinien być podpowiadany podczas przyjęcie 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 musi umożliwiać 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 musi umożliwiać wydruk karty zastosowania przymusu bezpośredniego przed wykonaniem oceny |
| System musi umożliwiać obsługę oddziału o typie 'Oddział psychiatryczny', w tym prowadzenie rejestru przyjęć bez zgody do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymaganiami prawnymi. |
| System musi umożliwić 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 zlecanych pacjentowi usług, w szczególności:  |
|  - procedur, w tym zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup |
|  - umiejscowieniu na procedurze,  |
|  - badań diagnostycznych i laboratoryjnych |
|  - podań leków,  |
|  - konsultacji, |
|  - diet, |
| System musi umożliwiać powielanie definicji diety pacjenta na podstawie definicji z poprzedniego pobytu w ramach hospitalizacji. |
| 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 ICD-9 dla wprowadzanych obserwacji lekarskich. |
| System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta. |
| System musi umożliwiać przegląd oraz obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń w kontekście wybranej jednostki organizacyjnej. W ramach definiowania zamówień możliwe jest, aby po zapisie następowało automatyczne wysłanie zamówienia do BK i wydruk dokumentu. |
| System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi. |
| System powinien umożliwić ewidencję szczegółów dotyczących przetoczenia u pacjenta, w tym: procedury, daty rozpoczęcia i zakończenia przetoczenia, lekarza odpowiedzialnego oraz pomiarów (ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, tętna i temperatury) i oceny przetoczenia. |
| System powinien umożliwiać oznaczenie w danych pobytu pacjenta czy zakończono przetoczenie i/lub obserwacje po przetoczeniu. W przypadku braku oznaczenia o zakończeniu przetoczenia i/lub obserwacji po przetoczeniu system powinien wyróżniać pacjenta np. ikoną. |
| System musi umożliwić ewidencję przepustek dla pojedynczego pacjenta bądź dla wielu pacjentów |
| System musi umożliwić 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. Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu. |
| System musi umożliwiać wydruk dokumentu 'Karta Uodpornienia' na podstawie wygenerowanych planowanych szczepień wynikających z kalendarza szczepień. Dokument musi być zgodny z rozporządzeniem dot. szczepień obowiązkowych |
| System musi umożliwiać oznaczenie Odmowy szczepienia wynikającego z listy szczepień obowiązkowych występujących w Karcie uodpornienia. |
| 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 (OAiIT) zgodnie z wytycznymi NFZ z uwzględnieniem sprawozdawczości świadczeń wynikających z czynności oznaczonych na karcie TISS28 |
| System musi umożliwiać zbiorcze usunięcie kompletu rozliczeń wskazanej karty TISS28. |
| System musi umożliwiać automatyczne rozliczanie karty TISS-28 podczas przenoszenia pacjenta na inny oddział. |
| System musi umożliwiać ewidencję kart TISS28, z możliwością powielania karty oraz wskazania dni pobytu w których nie została utworzona karta. |
| System musi umożliwiać ewidencję w ramach pobytu konsultacji anestezjologicznych wykonanych przed rozpoczęciem hospitalizacji, umożliwiając ich rozliczenie w ramach NFZ. |
| System musi umożliwiać dodanie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Karty kwalifikacji  |
| System musi umożliwiać dodanie pakietu materiałów podczas grupowego dodawania leków w jednostkach.  |
| System musi umożliwiać 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 |
| **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 ICD-9 podczas rejestracji obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego |
| System musi umożliwiać generowanie dokumentów dotyczących opieki pielęgniarskiej w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA. |
| System musi umożliwiać generowanie dokumentów dotyczących oceny stanu pacjenta w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA. |
| System musi zapewnić możliwość wystawienia, podglądu i edycji: |
|  - zleceń wykonania diagnoz pielęgniarskich |
|  - zleceń wykonania pomiarów |
|  - innych zleceń pielęgniarskich |
| System w ramach zleceń pielęgniarskich musi umożliwić zlecenie pomiaru złożonego oraz odnotowanie jego realizacji. |
| System musi umożliwić jednoczesne zakończenie wielu diagnoz pielęgniarskich. |
| System musi umożliwić jednoczesne przywrócenie do realizacji wielu diagnoz pielęgniarskich. |
| System musi umożliwiać edycję słownika diagnoz pielęgniarskich z poziomu wprowadzania diagnoz dla pacjenta. |
| System musi umożliwić powielenie obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego. |
| System powinien umożliwić wprowadzenie domyślnego wyniku (opisu końcowego) dla diagnozy pielęgniarskiej |
| System musi umożliwiać określenie maksymalnego opóźnienia we wprowadzeniu opisu obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego. |
| System musi umożliwić określenie maksymalnego opóźnienia w wystawieniu zlecenia pielęgniarskiego. |
| System musi umożliwiać odnotowanie realizacji wielu zleceń pielęgniarskich jednocześnie. |
| System musi umożliwić wycofanie operacji realizacji lub odrzucenia zlecenia pielęgniarskiego. |
| System powinien umożliwiać wskazanie przebiegów pielęgniarskich, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru pielęgniarskiego |
| 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 pielęgniarskich z danego dnia na wydruku karty gorączkowej |
| System musi umożliwiać ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena. |
| Podczas badania pacjenta system musi umożliwiać 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 musi umożliwiać określenie częstotliwości wykonań pomiarów i innych zleceń pielęgniarskich. |
| 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 umożliwić powiązanie wyniku pomiaru ze zleceniem pomiaru. |
| System musi umożliwiać generowanie powiadomień o patologicznym wyniku badania. |
| System musi umożliwiać wprowadzanie wyników pomiarów złożonych, na które składa się kilka pomiarów prostych. |
| System musi umożliwić ewidencję przebiegów pielęgniarskich |
| System musi umożliwiać wprowadzanie opisów zaleceń pielęgniarskich |
| System musi umożliwiać wprowadzanie opisów wywiadu pielęgniarskiego |
| System musi umożliwiać wprowadzani informacji o stopniu sprawności pacjenta |
| System musi umożliwiać wprowadzanie opisów historii pielęgnowania |
| System musi umożliwić podgląd opisów zaleceń i wywiadów pielęgniarskich 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 umożliwić 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 musi umożliwiać 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 umożliwić tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta |
| Podczas tworzenia dokumentu oceny stanu odżywiania, system powinien umożliwić uzupełnienie dokumentu danymi ostatnich pomiarów |
| System musi umożliwić 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 musi umożliwiać 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/ |
| System musi umożliwiać 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 umożliwić 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 umożliwić kopiowanie do nowego wywiadu przedporodowego, danych z poprzedniego wywiadu pacjentki. |
| Dla porodów zabiegowych musi istnieć możliwość odnotowania rodzaju porodu: |
|  - cesarskie cięcie |
|  - kleszcze |
|  - próżnociąg |
|  - zlecenie porodu zabiegowego kierowane na blok operacyjny |
| Musi istnieć możliwość drukowania karty obserwacji porodu |
| System musi umożliwiać dodawanie wyników pomiarów dla płodów |
| System musi umożliwić 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 musi generować wydruki "Karty urodzenia" oraz "Karty martwego urodzenia" zgodnie z aktualnymi wytycznymi MZ w tym obszarze. |
| **Zakończenie pobytu** |
| System musi umożliwić rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:  |
|  - przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział. System powinien umożliwić 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 musi umożliwiać obsługę opieki nad dawcą organów w zakresie: |
| - ewidencji danych medycznych |
| -ewidencji obserwacji lekarskich  |
| -ewidencji opieki pielęgniarskiej |
| Podczas kończenia pobytu, jeśli stwierdzono wystąpienie patogenu alarmowego a karta zakażenia szpitalnego nie została wystawiona, system wymaga wypełnienie 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 umożliwić zakończenie realizacji otwartych diagnoz pielęgniarskich podczas potwierdzania wypisu lub zgonu pacjenta. |
| Podczas rejestracji wypisu system powinien umożliwić odnotowywanie daty archiwizacji o nr kartoteki pacjenta |
| System musi umożliwiać edycję wybranych danych wypisu pacjenta podczas jego potwierdzenia. |
| Podczas wycofywania lub odmowy przyjęcia na oddział system musi umożliwić wprowadzenie uzasadnienia wycofania pobytu/odmowy przyjęcia. |
| System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępniane 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 |
| **Przygotowanie dokumentacji medycznej** |
| 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 ssał pierś (Tak/Nie), - czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie)  |
| System musi umożliwić 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 zależne jest od ustawień parametru weryfikującego konieczność zakładania Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju. |
| W module Oddziału system udostępnia 'Rejestr kart zakażeń pracowników' oraz umożliwia dodania 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 umożliwić wydruk dokumentów wewnętrznych oddziału, w tym: |
|  - Karty Informacyjna. |
| System musi umożliwić wydruk dokumentów zewnętrznych oddziału, w tym: |
|  - Karty Statystyczna, |
|  - Karty Leczenia Psychiatrycznego, |
|  - System musi umożliwić kopiowanie kart leczenia psychiatrycznego |
|  - Karta Zakażenia Szpitalnego, |
|  - Karta Nowotworowa, |
|  - System musi umożliwić kopiowanie kart nowotworowych |
|  - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, |
|  - Karta Zgonu, |
|  - Karta TISS28, |
|  - System musi umożliwić kopiowanie kart TISS28 |
|  - recept,  |
|  - zwolnień |
|  - skierowań |
| System powinien umożliwić elektroniczny eksport Kart Statystycznych Psychiatrycznych |
| System musi umożliwiać ewidencję karty całości oceny geriatrycznej i jej wydruk zgodnie z przepisami prawa.  |
| System musi umożliwiać przeprowadzenie oceny kwalifikacyjnej pacjenta geriatrycznego w skali VES-13. |
| System musi umożliwiać przepisanie ostatnich zaewidencjonowanych pomiarów na karcie całości oceny geriatrycznej. |
| System powinien umożliwiać wystawienie recepty na lek wymieniony we wskazaniach |
| System musi umożliwiać, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zlecanych podczas hospitalizacji |
| System musi umożliwiać automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej |
| System musi umożliwiać wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS. |
| System musi umożliwić 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 wariancie 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 umożliwić 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 umożliwić przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia |
| **Integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:** |
|  - 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 podań krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu |
| System musi umożliwiać ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie |
| Z modułu Oddział system powinien udostępnić Rejestr Kart zakażeń pracowników oraz umożliwić ewidencję karty zakażenia dla Pracowników |
| System musi mieć możliwość określenia listy rozpoznań, dla których konieczne jest wypełnienie formularza PSS-Skala ciężkości zatruć |
| System musi posiadać moduł umożliwiający użytkownikowi samodzielne definiowanie wzorców formularzy przeznaczonych do gromadzenia danych |
| 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  |
| **Blok operacyjny** |
| 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 umożliwić 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 ICD9 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 zlecania zabiegów przeprowadzanych w trybie nagłym |
| System musi umożliwić zaplanowanie przerw technicznych pomiędzy zabiegami (czas na przygotowanie i posprzątanie Sali) |
| System musi umożliwić prezentowanie na planie dziennym i okresowym operacji, informacji o tym czy pacjent przebywa już w szpitalu oraz czy wykonana została kwalifikacja anestezjologiczna. |
| System musi umożliwić 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 umożliwić 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 umożliwić 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.: |
|  - czas przyjęcia i osoby przyjmującej, |
|  - wpis do Wykazu operacji |
| System musi umożliwić odnotowanie danych medycznych przeprowadzonego zabiegu w tym: |
|  - rodzaju wykonanego zabiegu, |
|  - czasu trwania zabiegu, |
|  - rozpoznania pooperacyjnego ICD-10 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 wideo), |
|  - odnotowanie przetoczeń krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do księgi 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 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 musi umożliwiać automatyczne dopisanie operatora do składu personelu operacji na podstawie lekarza opisującego zabieg. |
| System musi umożliwić 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 umożliwić definicję rodzajów znieczulenia. |
| System musi umożliwić 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 umożliwić dodawanie pakietów leków i materiałów podczas rejestracji danych dotyczących wykonania operacji |
| System powinien umożliwić grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych znieczulenia |
| System powinien umożliwić 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 umożliwić wydruk szablonu karty znieczulenia z danymi nagłówkowymi pacjenta |
| System powinien umożliwić wydruk szablonu karty pooperacyjnej z danymi nagłówkowymi pacjenta |
| System powinien umożliwić prezentacja graficzna wprowadzonych wyników pomiarów, procedur i leków na jednej osi czas (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 umożliwić 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 |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków |
| System musi umożliwiać obsługę raportów wbudowanych, w tym: |
|  - raport z wykonań 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. |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów  |
| System musi umożliwiać projektowanie 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 umożliwić 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. |
| **Punkt pobrań** |
| 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 zleceniodawcy, |
|  - 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 obsłuży badania diagnostyczne które są powiązanie 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, |
| System musi umożliwiać obsługę pobrania materiału w jednostce zlecającej  |
| System musi umożliwiać zmianę wykonawcy badania (Jednostki wykonującej badanie)  |
| System musi umożliwiać włączenie autoryzacji danych (wymagane podanie użytkownika i hasła) podczas zapisu pobrania materiału do badania |
| System musi umożliwiać 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 zleceniodawcy 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. |
| **Ewidencja danych pacjentów** |
| System musi umożliwić 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 musi umożliwiać ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL. |
| System musi umożliwiać 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 umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  - fragment (fraza) opisu pacjenta |
| System musi umożliwiać 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 musi umożliwiać 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 umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia |
| System musi umożliwiać automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
| System musi umożliwiać rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej, |
| System musi umożliwiać 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 pacjenta** |
| System podczas rezerwacji terminu musi umożliwiać 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 terminy. 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 musi umożliwiać grupowe przenoszenie terminów z danego dnia na inny w ramach dostępności przenoszonej usługi |
| System musi umożliwiać konfigurację długości trwania planowanych terminów, dla danego szablonu w ramach danego dnia i zakresu czasu. |
| System musi umożliwiać ewidencję i usuwanie blokad terminarza bezpośrednio w oknie planowania terminu. |
| System musi umożliwić automatyczne anulowanie zaplanowanego terminu w przypadku jego wcześniejszej realizacji. |
| System musi umożliwiać 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 musi umożliwiać wybór innej usługi  |
| 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 umożliwić wskazanie przyczyny powodu modyfikacji wpisu w kolejce oczekujących podczas przeniesienia terminu. |
| System musi zapewnić możliwość sprawdzenia czy dla wybranego pacjenta istnieją inne wpisy w księdze oczekujących. |
| System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem. |
| System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień. |
| System musi umożliwić ewidencję notatek w ramach wolnego slotu w terminarzu z możliwością przypisania priorytetu określającego kolorystyczne oznaczenie danej notatki |
| System musi umożliwić zbiorczą generację notatek w terminarzu z poziomu panelu administracyjnego jak również podczas planowania usługi |
| **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 musi umożliwiać przegląd wszystkich wizyt i hospitalizacji pacjenta dla którego zarejestrowano kartę DILO |
| System musi umożliwiać przegląd szczegółów każdej wersji karty DILO, ze wskazaniem użytkownika tworzącego oraz modyfikującego kartę |
| **Raporty i wydruki statystyki** |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków dla wybranych rodzajów dokumentacji |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów  |
| System powinien umożliwić wygenerowanie spisu (wykazu), dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu). |
| System powinien umożliwić 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, |
| wysyłanie raportu z obłożenia łóżek na zdefiniowany adres e-mail |
|  - 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 umożliwić wydruk raportów w formacie XLS, PDF  |
| System musi umożliwić 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 powinien umożliwić eksport statystyk do PZH do 5 lat wstecz |
| 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. |
| **Zlecenia** |
| **Zlecanie leków:** |
| System musi umożliwiać planowanie i zlecanie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej |
| System musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji |
| System musi umożliwiać zlecanie operacji wielonarządowych. |
| System musi umożliwiać zakończenie wybranych zleceń leków. |
| System musi pozwalać na zlecanie leków wg nazwy handlowej i międzynarodowej |
| System musi umożliwiać zlecanie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut |
| System wyróżnia kolorem zlecenia leków z listy produktów leczniczych pacjenta |
| Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać: |
|  - podgląd karty zleceń leków, w tym podgląd planowanych podań, (system zapewnia możliwość zmiany zakresu widoczności szczegółów zlecenia oraz liczby podań w danym dniu w podglądzie karty zleceń leków)  |
|  - kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami |
|  - możliwość kontroli wskazania pomiarów (wagi i wzrostu) |
|  - podgląd całej historii leczenia pacjenta |
| 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 potwierdzania przez osoby posiadające dodatkowe uprawnienie. |
| Podczas zlecania 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 umożliwia walidację zgodności drogi podania zlecenia o rodzaju mieszanka ze zdefiniowanymi drogami podania dla składników mieszanki. |
| System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań 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 zlecania leków: |
|  - recepturowych |
|  - chemioterapii |
|  - zlecenie chemioterapii z wykorzystaniem schematów leczenia (również do domu) |
|  - pomp infuzyjnych |
|  - możliwość określenia drogi podania leków |
| System powinien umożliwić 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 musi umożliwić wydruk indywidualnej karty zleceń chemioterapii pacjenta |
| System musi umożliwić kontynuowanie podania leków będących antybiotykami. |
| System musi umożliwić 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. |
| Musi istnieć możliwość wydruku tacy leków z podaniem nazwiska osoby drukującej i czasu wydruku |
| System musi w funkcjonalności obsługi tacy leków prezentować dla każdego pacjenta oddziału/odcinka/sali, informacje o zleconych lekach, godzinie ich podania, dawkach oraz drodze podania |
| Podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku, taka realizacja powinna być oznaczona i system powinien umożliwiać 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 umożliwić grupowe zaewidencjonowanie leków na liście STOP ORDER oraz autoryzację dodanej grupy leków. |
| System musi umożliwiać grupowanie zleceń wg drogi podania w części prezentującej zlecenia podań leków pacjenta |
| System musi umożliwić potwierdzanie zleceń leków oraz graficzne oznaczenie takich zleceń, wymagających potwierdzenia rozpoczęcia, kontynuacji. lub każdego podania |
| System powinien umożliwiać potwierdzanie zleceń leków w zakresie kontynuacji lub każdego podania z okna prezentacji zleceń leków |
| Leki, podawane z wykorzystaniem systemu UnitDose powinny być jednoznacznie oznaczone |
| System musi umożliwić użytkownikowi analizę porównawczą zmian zleceń leków dla pacjenta. |
| System musi umożliwić kopiowanie anulowanych zleceń leków z poprzedniego pobytu/hospitalizacji pacjenta. |
| System powinien umożliwić wyszukiwanie wyników patologicznych |
| System musi umożliwić obsługę wydań leków do domu. |
| System musi umożliwiać oznaczenie zlecenia podania leku, jako wymagającego potwierdzenia przez lekarza przed każdym podaniem. |
| 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. |
| System pozwala na generowanie dokumentów rozchodu obciążających kosztem materiałów jednostkę zlecającą wizytę/badanie |
| **Zlecanie badań** |
| Dla pobytów oznaczonych „Zagrożenie życia lub zdrowia”, "Ratujące życie/ zdrowie"- wszystkie zlecenia na badania powinny być oznaczone statusem PILNE |
| System musi umożliwić 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 umożliwić 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 podpięte 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 ewidencje załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku oraz bezpośrednie skanowanie z podpiętego 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 powinny 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 powinien umożliwiać cykliczne zlecanie 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 |
| 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, |
|  - 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 umożliwić oznaczenie wyniku jako przeczytany. |
| System musi umożliwić 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 umożliwić konfigurowanie list prezentowanych leków i procedur medycznych na wykresie wyników graficznych. |
| System musi umożliwić zaznaczenie wielu pozycji na liście zleceń, w celu grupowego przypisania/odpięcia wykonania. |
| System musi umożliwić graficzną prezentację badań, pomiarów, wykonanych procedur, podania leków z uwzględnieniem osi czasu |
| Podczas przeglądania wyników badan powinien być dostęp do informacji o osobach realizujących badanie |
| System musi umożliwiać w ramach danej jednostki udostępnienie tylko tych elementów leczenia, które mogą być zlecane przez tę jednostkę i zostały zdefiniowane w utworzonej grupie zleceń. |
| **Zlecanie żywienia pozajelitowego** |
| System powinien umożliwić zlecanie produkcji żywienia pozajelitowego wraz z możliwością kontroli wskazania rodzaju żywienia z listy: częściowe, kompletne, immunomodulujące  |
| System powinien umożliwić rejestracje podania żywienia pozajelitowego |
| System powinien umożliwić 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 umożliwić przepisanie zlecenia żywienia pozajelitowego na nowy pobyt w ramach jednej opieki |
| **Edytor Dokumentacji Formularzowej RCH** |
| System musi posiadać moduł umożliwiający użytkownikowi samodzielne definiowanie wzorców formularzy przeznaczonych do gromadzenia danych |
| 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  |
| **Integracja z LIS** |
| Integracja z wykorzystaniem standardu HL7 v2 |
| 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 v2 |
|  - 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 |
| Odnośniki (załączniki)do wyników badań |
| Wyniki badań dozleconych (dodatkowych) |
| Wyniki badan nie zleconych przez HIS |
| Anulowanie wyniku |
| Zmiana wyniku |
| **Integracja z RIS/PACS** |
| Integracja z wykorzystaniem standardu HL7 v2 |
| 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 v2 |
|  - 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 |
| Odnośniki (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/odrzucenie 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 |
| 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 musi umożliwiać ewidencję danych Zdarzeń Medycznych zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia. |
| System tworzy informację o Zdarzeniu Medycznym, w formacie i zakresie określonym przez CeZ. |
| System musi umożliwiać indeksowanie na Platformie P1 Elektronicznej Dokumentacji Medycznej w postaci elektronicznej powstałej w podmiocie leczniczym w kontekście ewidencjonowanych Zdarzeń Medycznych. |
| Przed przekazaniem Zdarzenia Medycznego na Platformę P1 musi istnieć możliwość przeglądu jego danych przez personel podmiotu leczniczego. |
| System musi umożliwiać raportowanie Zdarzeń Medycznych do Platformy P1. |
| System umożliwia określenie odstępu czasowego pomiędzy ewidencją danych Zdarzenia Medycznego a jego wysłaniem do Platformy P1 |
| 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 musi umożliwiać aktualizację Zdarzeń Medycznych przekazanych przez podmiot leczniczy na Platformę P1. |
| Możliwość anulowania Zdarzenia Medycznego przekazanego przez podmiot leczniczy na Platformę P1. |
| System musi umożliwiać 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. |
| **Zakażenia szpitalne** |
| 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 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 musi umożliwiać prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną, |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną, |
| System musi umożliwiać wydruk formularza ZLK-1 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System musi umożliwiać prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV, |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV, |
| System musi umożliwiać wydruk formularza ZLK-4 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System musi umożliwiać prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową, |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową, |
| System musi umożliwiać wydruk formularza ZLK-3 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System musi umożliwiać prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę, |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę, |
| System musi umożliwiać wydruk formularza ZLK-2 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System musi umożliwiać prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, |
| System musi umożliwiać wydruk formularza ZLK-5 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów z założoną kartą zakażeń w lecznictwie otwartym po zakończonej hospitalizacji, w trakcie której mieli wykonany zabieg operacyjny. |
| System musi umożliwiać 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 (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje), |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk każdego Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki)  |
| System musi umożliwiać prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych, |
| System musi umożliwiać 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 musi umożliwiać wydruk na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemicznego' określa ustawodawca |
| Raport okresowych 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 konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podania antybiotyku po [n]dniach od przyjęcia pacjenta  |
| Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych jeżeli podczas podania antybiotyku wprowadzono określony rodzaj antybiotykoterapii |
| Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym w ramach danego pobytu  |
| Monitorowanie konieczność 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 musi współpracować 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 musi umożliwiać podgląd pacjentów gorączkujących powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury, która wystąpiła po X godz. od przyjęcia do szpitala |
| System musi umożliwić 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 eWUŚ |
| System musi umożliwiać przegląd historii modyfikacji danych pacjenta z niebezpieczna bakterią |
| System musi umożliwiać oznaczenie oraz obsługę izolacji pacjenta na podstawie informacji uzyskanych po analizie wyniku badania mikrobiologicznego przez Zespół Kontroli Zakażeń.  |
| 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 musi umożliwiać prowadzenie Rejestru Kart zakażeń dla pracowników  |
| System musi umożliwiać prowadzenie Rejestru szczepień i odmów szczepień pracowników  |
| System musi umożliwiać 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 pobytu  |
| Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wprowadzonych diagnoz pielęgniarskich |
| Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wykonanych procedur |
| Monitorowanie konieczności zakładania Karty zakażeń na podstawie założonej karty drobnoustroju  |
| System musi umożliwiać szybki dostęp do statystyki: Kart zakażeń, Kart drobnoustroju, Kart obserwacji, Formularzy zgłoszeń zachorowań.  |
| **Zdarzenia Medyczne** |
| 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. |

**OPROGRAMOWANIE BAZY DANYCH**

W ramach postępowania Wykonawca dostarczy komplet licencji na oprogramowanie bazy danych Oracle lub równoważnego w najwyższej możliwej wersji umożliwiającej korzystanie z już posiadanego oprogramowania AMMS firmy Asseco Poland S.A. oraz dla serwerów które Zamawiający będzie posiadał docelowo.

W przypadku oferowania oprogramowania równoważnego, zgodnego z wymogami zawartymi w, poniższych punktach, wymagane jest dostarczenie takiej ilości licencji aby zapewnić analogiczną moc obliczeniową. Dostarczony pakiet licencji ma być zgodny z zasadami licencjonowania dostarczonego oprogramowania równoważnego. Przez równoważne oprogramowanie Zamawiający rozumie oprogramowanie bazodanowe spełniające standardy jakościowe oraz posiadające zakres funkcjonalny i parametry oprogramowania wymaganego przez Zamawiającego oraz współpracujące bez zakłóceń z bazami danych Oracle posiadanymi przez Zamawiającego (bazy danych aplikacji Infomedica, AMMS, EDM, MPI firmy Asseco S.A.).

Funkcjonalność oprogramowania równoważnego do Oracle zapewni:

1. Oferowany System zarządzania bazą danych EDM, HIS musi być dostępny na platformy systemów operacyjnych Windows 32-bit i 64-bit i Linux 32-bit i 64-bit. Identyczna funkcjonalność serwera bazy danych na ww. platformach.
2. Oferowany System zarządzania bazą danych EDM, HIS musi mieć możliwość rozbudowy do wersji wspierającej możliwość synchronicznej replikacji danych w dwóch niezależnych centrach danych.
3. Oferowany System zarządzania bazą danych EDM, HIS posiada komercyjne wsparcie producenta.
Nie dopuszcza się zastosowania RBD typu open-source.
4. Oferowany System zarządzania bazą danych EDM, HIS ma możliwość realizacji kopii bezpieczeństwa w trakcie działania (na gorąco).
5. Oferowany System zarządzania bazą danych EDM, HIS generuje kopie bezpieczeństwa automatycznie
(o określonej porze) i na żądanie operatora oraz umożliwia odtwarzanie bazy danych z kopii archiwalnej,
w tym sprzed awarii.
6. Oferowany System zarządzania bazą danych EDM, HIS umożliwia eksport i import danych z bazy danych
w formacie tekstowym z uwzględnieniem polskiego standardu znaków.
7. Administrator posiada możliwość wyboru danych, które mają być monitorowane w logach systemu
z dokładnością do poszczególnych kolumn w tabelach danych, a zarządzanie nimi może odbywać się z poziomu narzędzi do zarządzania bazami danych (dopuszcza się narzędzie na poziomie motoru bazy danych).
8. Niezależność platformy systemowej dla oprogramowania klienckiego / serwera aplikacyjnego od platformy systemowej bazy danych.
9. Możliwość przeniesienia (migracji) struktur bazy danych i danych pomiędzy ww. platformami bez konieczności rekompilacji aplikacji bądź migracji środowiska aplikacyjnego.
10. Przetwarzanie z zachowaniem spójności i maksymalnego możliwego stopnia współbieżności. Modyfikowanie wierszy nie może blokować ich odczytu, z kolei odczyt wierszy nie może ich blokować do celów modyfikacji. Jednocześnie spójność odczytu musi gwarantować uzyskanie rezultatów zapytań odzwierciedlających stan danych z chwili jego rozpoczęcia, niezależnie od modyfikacji przeglądanego zbioru danych.
11. Możliwość zagnieżdżania transakcji – powinna istnieć możliwość uruchomienia niezależnej transakcji wewnątrz transakcji nadrzędnej. Przykładowo – powinien być możliwy następujący scenariusz: każda próba modyfikacji tabeli X powinna w wiarygodny sposób odłożyć ślad w tabeli dziennika operacji, niezależnie czy zmiana tabeli X została zatwierdzona czy wycofana.
12. Wsparcie dla wielu ustawień narodowych i wielu zestawów znaków (włącznie z Unicode).
13. Możliwość migracji zestawu znaków bazy danych do Unicode.
14. Możliwość redefiniowania przez klienta ustawień narodowych – symboli walut, formatu dat, porządku sortowania znaków za pomocą narzędzi graficznych.
15. Skalowanie rozwiązań opartych o architekturę trójwarstwową: możliwość uruchomienia wielu sesji bazy danych przy wykorzystaniu jednego połączenia z serwera aplikacyjnego do serwera bazy danych.
16. Możliwość otworzenia wielu aktywnych zbiorów rezultatów (zapytań, instrukcji DML) w jednej sesji bazy danych.
17. Wsparcie protokołu XA.
18. Wsparcie standardu JDBC 3.0.
19. Zgodność ze standardem ANSI/ISO SQL 2003 lub nowszym.
20. System zarządzania bazą danych EDM, HIS powinien umożliwiać wskazywanie optymalizatorowi SQL preferowanych metod optymalizacji na poziomie konfiguracji parametrów pracy serwera bazy danych oraz dla wybranych zapytań. Powinna istnieć możliwość umieszczania wskazówek dla optymalizatora w wybranych instrukcjach SQL.
21. Brak formalnych ograniczeń na liczbę tabel i indeksów w bazie danych oraz na ich rozmiar (liczbę wierszy).
22. Wsparcie dla procedur i funkcji składowanych w bazie danych. Język programowania powinien być językiem proceduralnym, blokowym (umożliwiającym deklarowanie zmiennych wewnątrz bloku), oraz wspierającym obsługę wyjątków. W przypadku, gdy wyjątek nie ma zadeklarowanej obsługi wewnątrz bloku, w razie jego wystąpienia wyjątek powinien być automatycznie propagowany do bloku nadrzędnego bądź wywołującej go jednostki programu.
23. Procedury i funkcje składowane powinny mieć możliwość parametryzowania za pomocą parametrów prostych jak i parametrów o typach złożonych, definiowanych przez użytkownika. Funkcje powinny mieć możliwość zwracania rezultatów jako zbioru danych, możliwego do wykorzystania jako źródło danych w instrukcjach SQL (czyli występujących we frazie FROM). Ww. jednostki programowe powinny umożliwiać wywoływanie instrukcji SQL (zapytania, instrukcje DML, DDL), umożliwiać jednoczesne otwarcie wielu tzw. kursorów pobierających paczki danych (wiele wierszy za jednym pobraniem) oraz wspierać mechanizmy transakcyjne (np. zatwierdzanie bądź wycofanie transakcji wewnątrz procedury).
24. Możliwość kompilacji procedur składowanych w bazie do postaci kodu binarnego (biblioteki dzielonej).
25. Możliwość deklarowania wyzwalaczy (triggerów) na poziomie instrukcji DML (INSERT, UPDATE, DELETE) wykonywanej na tabeli, poziomie każdego wiersza modyfikowanego przez instrukcję DML oraz na poziomie zdarzeń bazy danych (np. próba wykonania instrukcji DDL, start serwera, stop serwera, próba zalogowania użytkownika, wystąpienie specyficznego błędu w serwerze). Ponadto mechanizm wyzwalaczy powinien umożliwiać oprogramowanie obsługi instrukcji DML (INSERT, UPDATE, DELETE) wykonywanych na
tzw. niemodyfikowalnych widokach (views).
26. W przypadku, gdy w wyzwalaczu na poziomie instrukcji DML wystąpi błąd zgłoszony przez System zarządzania bazą danych EDM, HIS bądź ustawiony wyjątek w kodzie wyzwalacza, wykonywana instrukcja DML musi być automatycznie wycofana przez serwer bazy danych, zaś stan transakcji po wycofaniu musi odzwierciedlać chwilę przed rozpoczęciem instrukcji w której wystąpił ww. błąd lub wyjątek.
27. Powinna istnieć możliwość autoryzowania użytkowników bazy danych za pomocą rejestru użytkowników założonego w bazie danych.
28. Baza danych powinna umożliwiać na wymuszanie złożoności hasła użytkownika, czasu życia hasła, sprawdzanie historii haseł, blokowanie konta przez administratora bądź w przypadku przekroczenia limitu nieudanych logowań.
29. Przywileje użytkowników bazy danych powinny być określane za pomocą przywilejów systemowych
(np. prawo do podłączenia się do bazy danych - czyli utworzenia sesji, prawo do tworzenia tabel itd.) oraz przywilejów dostępu do obiektów aplikacyjnych (np. odczytu / modyfikacji tabeli, wykonania procedury). Baza danych powinna umożliwiać nadawanie ww. przywilejów za pośrednictwem mechanizmu grup użytkowników / ról bazodanowych. W danej chwili użytkownik może mieć aktywny dowolny podzbiór nadanych ról bazodanowych.
30. Możliwość wykonywania i katalogowania kopii bezpieczeństwa bezpośrednio przez serwer bazy danych. Możliwość zautomatyzowanego usuwania zbędnych kopii bezpieczeństwa przy zachowaniu odpowiedniej liczby kopii nadmiarowych - stosownie do założonej polityki nadmiarowości backup'ów. Możliwość integracji z powszechnie stosowanymi systemami backupu (np. Legato, Veritas, Tivoli, OmniBack, ArcServe). Wykonywanie kopii bezpieczeństwa powinno być możliwe w trybie offline oraz w trybie online (hot backup).
31. Odtwarzanie powinno umożliwiać odzyskanie stanu danych z chwili wystąpienia awarii bądź cofnąć stan bazy danych do punktu w czasie. W przypadku odtwarzania do stanu z chwili wystąpienia awarii odtwarzaniu może podlegać cała baza danych bądź pojedyncze pliki danych.
32. W przypadku, gdy odtwarzaniu podlegają pojedyncze pliki bazy danych, pozostałe pliki baz danych mogą być dostępne dla użytkowników.
33. Wbudowana obsługa wyrażeń regularnych zgodna z POSIX dostępna z poziomu języka SQL jak
i procedur/funkcji składowanych w bazie danych.
34. Możliwość budowy klastra na węźle obsługiwanym przez maksymalnie 2 procesory.
35. Możliwość zaimplementowania polityki bezpieczeństwa regulującej dostęp do danych na poziomie pojedynczych wierszy w tabelach. Mechanizm ten powinien być realizowany za pomocą mechanizmów motoru bazy danych i powinien być przezroczysty dla aplikacji.
36. Możliwość przeprowadzenia odtwarzania na poziomie pojedynczych bloków danych. Pozostałe bloki
w uszkodzonym pliku pozostają dostępne dla użytkowników.
37. W celu minimalizacji czasu odtwarzania, motor bazy danych powinien umożliwiać automatyczne utrzymywanie na dysku gorącej kopii bezpieczeństwa, automatycznie aktualizowanej zmianami wprowadzanymi do bazy danych.
38. Motor bazy danych powinien udostępniać możliwość zrównoleglenia operacji SQL (zapytania, instrukcje DML, ładowanie danych, tworzenie indeksów, przenoszenie tabel/indeksów pomiędzy przestrzeniami danych) oraz procesów wykonywania kopii bezpieczeństwa bądź odtwarzania.
39. Motor bazy danych powinien umożliwiać wykonywanie niektórych operacji związanych z utrzymaniem bazy danych bez konieczności pozbawienia dostępu użytkowników do danych. W szczególności dotyczy
to tworzenia / przebudowywania indeksów oraz reorganizacji bądź redefinicji tabel.
40. Umożliwienie wymuszenia zastosowania przez optymalizator SQL metody wskazanej przez administratora bazy danych.
41. Możliwość profilowania instrukcji SQL przez motor bazy danych. Uzyskany rezultat profilowania może być zapisany w repozytorium bazy danych oraz wykorzystany przez optymalizator do optymalizacji zapytań bez wprowadzania zmian do tekstu instrukcji SQL.
42. Możliwość zarządzania przydziałem zasobów obliczeniowych dla użytkowników bazy danych (Resource Manager).
43. Możliwość kompresji danych w tabelach – stopień kompresji powinien być zależny od powtarzalności wartości atrybutów w wierszach.
44. Możliwość automatycznego zarządzania danymi sumarycznymi składowanymi w migawkach. Odświeżanie migawek powinno być możliwe na żądanie lub w czasie zatwierdzania zmian danych źródłowych, na których jest oparta migawka zawierająca dane sumaryczne. Zapytania SQL powinny mieć możliwość automatycznego wykorzystania danych sumarycznych zawartych w migawkach zamiast wykonywania dostępu do danych źródłowych bez konieczności modyfikowania ich tekstu. Ponadto, w przypadkach gdy migawka zawiera nieaktualne podsumowanie, powinny być odpytywane dane źródłowe.