

Wymagana funkcjonalność

Unowocześnienie i rozbudowa funkcjonalności posiadanego i eksploatowanego zintegrowanego systemu informatycznego HIS.

- a) w ramach unowocześnienia i rozbudowy posiadanego systemu informatycznego HIS InfoMedica/AMMS przewidziana jest rozbudowa systemu i dostawa nowych licencji z wdrożeniem w zakresie dostosowania do wymogów Elektronicznej Dokumentacji Medycznej zgodnie z zaleceniami CSIOZ w formacie HL7 CDA, aktualnymi przepisami prawa oraz w pełni przygotowanie do integracji z platformą P1 w zakresie recepty, skierowania, zdarzenia medycznego i innych dokumentów oraz powiązanych z nimi słownikami i rejestrami niezbędnymi do ich prawidłowego przekazania do systemu centralnego oraz do regionalnej platformy Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej. Rozwiązanie musi zapewnić obsługę komunikacji w wyżej wymienionym zakresie.
- b) w ramach unowocześnienia posiadanego systemu informatycznego HIS przewidziane jest dostarczenie licencji z wdrożeniem (m.in. instalacją, konfiguracją i parametryzacją w zakresie wszystkich używanych w systemie informatycznym elementów wymienionych w schemacie organizacyjnym Specjalistycznego Szpitala im. E. Szczeklika Załącznik nr 6.1.6 do SIWZ wraz ze szkoleniami) oraz nadzorem autorskim w zakresie:
- unowocześnienia posiadanych licencji modułu Blok Operacyjny z 6 do 9 szt. licencji na nazwanego użytkownika (licencja pływająca), w tym aktualizacja do opisanej poniżej funkcjonalności.
 - unowocześnienia modułów Lecznictwa Otwartego z 21 licencji oraz Pracownia Diagnostyczna z 8 szt. licencji na nazwanego użytkownika do licencji otwartej (bez limitu użytkowników) w tym rejestracja, gabinet, statystyka LO, rozliczenia z NFZ, pracownia diagnostyczna LO, w tym aktualizacja do opisanej poniżej funkcjonalności.
 - unowocześnienia modułu Zakażenia Szpitalne 1 szt. licencja na nazwanego użytkownika (licencja pływająca), w tym aktualizacja do opisanej poniżej funkcjonalności.
 - rozszerzenia Laboratorium o 2 szt. licencji do 14 szt. na nazwanego użytkownika (licencja pływająca)
- c) w ramach rozbudowy posiadanego systemu informatycznego HIS przewidziane jest dostarczenie nowych licencji wraz z wdrożeniem (m.in. instalacją, konfiguracją, parametryzacją w zakresie wszystkich używanych w systemie informatycznym elementów wymienionych w schemacie organizacyjnym Specjalistycznego Szpitala im. E. Szczeklika Załącznik nr 6.1.6 do SIWZ wraz ze szkoleniami) oraz nadzorem autorskim w zakresie:
- Bank Krwi 1 szt. nazwanego użytkownika (licencja pływająca) w tym aktualizacja do opisanej poniżej funkcjonalności.
 - Punkt Pobrań licencja otwarta (bez limitu użytkowników) w tym aktualizacja do opisanej poniżej funkcjonalności.
 - Gabinet Rehabilitacji licencja otwarta (bez limitu użytkowników) w tym aktualizacja do opisanej poniżej funkcjonalności.
 - Gabinet Zabiegowy licencja otwarta (bez limitu użytkowników) w tym aktualizacja do opisanej poniżej funkcjonalności.
 - Stacja Dializ licencja 3 szt. na nazwanego użytkownika (licencja pływająca) w tym aktualizacja do opisanej poniżej funkcjonalności.

WYMAGANIA OGÓLNE
Akty prawne
Oferowane oprogramowanie jest zgodne z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi organizację i działalność sektora usług medycznych i opieki zdrowotnej w Polsce. w tym: NFZ, MZ, Ustaw i rozporządzeń
Architektura i interfejs użytkownika
System działa w architekturze trójwarstwowej
System ma interfejs graficzny dla wszystkich modułów
System komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim. Jest wyposażony w system podpowiedzi (help). W przypadku oprogramowania narzędziowego i administracyjnego serwera bazy danych dopuszczalna jest częściowa komunikacja w języku angielskim
System posiada mechanizm informujący użytkowników o zmianach i nowościach w aplikacjach.
System powinien umożliwiać zapamiętanie zdefiniowanych kryteriów wyszukiwania z dokładnością dla jednostki i użytkownika
Interfejs użytkownika jest dostępny z poziomu przeglądarki internetowej.
System musi umożliwić pracę z poziomu co najmniej dwóch najbardziej popularnych przeglądarek, tj. MS Internet Explorer, Edge, Mozilla Firefox, Google Chrome i Opera.
System w części medycznej musi umożliwić pracę na tabletach medycznych.
System umożliwia zdefiniowanie skrótów umożliwiając bezpośrednio uruchomienie danego modułu z domyślną jednostką.
System umożliwia utworzenie skrótów do aplikacji i danej jednostki organizacyjnej, który może być wykorzystany np. jako skrót na pulpicie lub w przeglądarce. Uruchomienie utworzonego skrótów powinno spowodować otwarcie danego modułu w kontekście danej jednostki
Baza danych
Wszystkie moduły systemu muszą działać w oparciu o jeden motor bazy danych (jedną bazę danych)
System, co najmniej w zakresie aplikacji RCH, apteki centralnej, apteczki oddziałowej, lecznictwa otwartego i rozliczeń NFZ powinien pracować w oparciu o tę samą bazę danych, przez co należy rozumieć tę samą instancję bazy danych, te same tabele. Niedopuszczalne jest przekazywanie i dublowanie danych w zakresie w/w systemów.
System zapewnia odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwala na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również posiada łatwość wykonania ich kopii bieżących oraz łatwość odtwarzania z kopii. System jest wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia funkcjonują na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych).
System jest wykonany w technologii klient-serwer, dane są przechowywane w modelu relacyjnym baz danych z wykorzystaniem aktywnego serwera baz danych.
Udogodnienia interfejsu użytkownika
W funkcjach związanych z wprowadzaniem danych system udostępnia podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól, słowniki grup danych (katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, terytorialnych).
Ręczne i automatyczne, na podstawie częstotliwości użycia, wyróżnienie w słowniku pozycji najczęściej używanych
Kontrola/parametryzacja Wielkich/małych liter. Możliwość ustawienia w wybranych polach jak ma być sformatowany wpis
System musi umożliwić zmianę jednostki organizacyjnej, na której pracuje użytkownik bez konieczności



wylogowywania się z systemu
Wyróżnienie pól:
- których wypełnienie jest wymagane,
- przeznaczonych do edycji,
- wypełnionych niepoprawnie
System musi umożliwiać obsługę kodów 2D do rejestracji skierowań pochodzących z innych zakładów opieki
System umożliwia wykonanie nowej operacji w systemie bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenie w trybie nagłym) i powrót do zawieszanej czynności bez utraty danych, kontekstu itp. Bez konieczności ponownego uruchamiania aplikacji i wykorzystania licencji z puli dostępnych.
Wszystkie błędy brak wypełnienia pól obligatoryjnych oraz błędne wypełnienia powinny być prezentowane w jednym komunikacie z możliwością szybkiego przejścia do miejsca aplikacji, gdzie te błędy wystąpiły.
System powinien umożliwić obsługę procesów biznesowych realizowanych w szpitalu tzn. powinien:
- pokazywać tylko to, co w danym momencie jest najważniejsze,
- udostępniać tylko te zadania, które na danym etapie powinny zostać wykonane,
- umożliwić wprowadzenie tylko tych danych, które są niezbędne,
- podpowiadać kolejne kroki procesu.
W wybranych polach opisowych tj. np. treść wywiadu powinna istnieć możliwość wybrania i skorzystania z dowolnego formularza, tekstu standardowego lub wczytania tekstu zapisanego w pliku zewnętrznym. Powinna również w tych miejscach istnieć możliwość zapisu do zewnętrznego pliku przygotowanego tekstu oraz powinny być udostępnione podstawowe narzędzia ułatwiające edycję np. kopiuj/wklej, możliwość wstawiania znaków specjalnych
System powinien umożliwiać sprawdzanie poprawności pisowni w polach opisowych tj. opis badania, wynik, epikryza
System musi umożliwiać drukowanie kodów na opaskach dla pacjentów
System musi umożliwiać autoryzację danych za pomocą podpisu cyfrowego tj.:
-certyfikatu kwalifikowanego/niekwalifikowanego w chmurze
-certyfikatu od zewnętrznego wystawcy (np. bezpłatny certyfikat z ZUS)
Podczas autoryzacji danych podpisem tworzony jest dokument zawierający szczegółowe dane tj:
- datę złożenia podpisu
- dane użytkownika systemu uruchamiającego opcję podpisu
- informację o zakresie autoryzowanych danych
- przyczynę modyfikacji danych
- skrót autoryzowanych danych
System umożliwia przegląd i wprowadzanie certyfikatów w kontekście zalogowanego użytkownika.
System musi umożliwiać przeglądanie historii choroby, wyników badań, dokumentacji, zleceń na jednym ekranie z jednego i wielu pobytów. System musi umożliwiać porównywanie tych danych.
System musi umożliwić wyświetlenie pacjenta w nagłówku z podstawowymi danymi pacjenta na ekranach prezentujących dane wizyty/ pobytu.
System musi umożliwiać definiowanie tagów globalnych tzn. dostępnych dla wszystkich użytkowników oraz tagów prywatnych tzn. definiowanych przez poszczególnych użytkowników.
System umożliwia użycie tagów w specyficznych miejscach systemu np. opisie badania, danych pacjenta, historii choroby.
System musi umożliwić definiowanie skrótów akcji użytkownika.

<p>Definicja skrótów akcji użytkownika musi umożliwiać określenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kategorii skrótu - czy jest publiczny - czy jest aktywny - dla jakich jednostek/ról jest dostępny - skrótu klawiszowego dla danego skrótu akcji
<p>System musi umożliwiać wykorzystanie zdefiniowanych skrótów akcji użytkownika w specyficznych miejscach systemu.</p>
<p>System umożliwia zdefiniowanie nazwy przycisku, pod którym będzie wykonywana akcja użytkownika.</p>
<p>System musi umożliwiać samodzielne, przez użytkownika, definiowanie raportów i zestawień w oparciu o dane zgromadzone w bazie danych HIS.</p>
<p>Definicja raportu musi obejmować, co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - postać nagłówka i stopki - nazwę raportu - określenie zakresu danych prezentowanych na raporcie poprzez "wyklikanie" danych i wprowadzenie ograniczeń i zależności - określenie zakresu danych za pomocą zapytanie SQL - zdefiniowanie parametrów raportu, do wykorzystania w przyszłości np. dla raportu obejmującego pobyty rozpoczynające się od dnia, dzień będzie wpisywany przed każdym wykonaniem raportu.
<p>Raporty muszą być zapisywane w formacie xls</p>
<p>Bezpieczeństwo</p>
<p>System musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia muszą funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych),</p>
<p>System musi tworzyć i utrzymywać log systemu, rejestrujący wszystkich użytkowników systemu i wykonane przez nich najważniejsze czynności z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych.</p>
<p>W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej).</p>
<p>Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu powinien mieć odrębny login i hasło. Jakkolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości modułów) będzie dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu.</p>
<p>System powinien wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadany czasie braku aktywności</p>
<p>System powinien wyświetlać czas pozostały do wylogowania (zablokowania) użytkownika</p>
<p>Użytkownik po zalogowaniu powinien widzieć pulpit zawierający wszystkie funkcje i moduły dostępne dla tego użytkownika</p>
<p>W systemie musi zostać zachowana zasada jednokrotnego wprowadzania danych. Wymiana danych pomiędzy modułami musi odbywać się na poziomie bazy danych</p>
<p>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.</p>
<p>System umożliwia automatyczne tworzenie użytkowników systemu, na podstawie użytkowników w Active Directory (AD).</p>
<p>System współpracuje z kontrolerem domeny Active Directory (AD) w taki sposób, że:</p>
<p>-AD stanowi bazę kont użytkowników, haseł oraz grup tak, aby Użytkownik SSI (Szpitalnego Systemu Informatycznego) mógł się posługiwać do prawidłowej autoryzacji w SSI loginem i hasłem AD, bez dodatkowych czynności konfiguracyjnych,</p>



-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
Konfiguracja musi uwzględniać model bez SSO (pojedynczego logowania), co oznacza możliwość logowania się do SSI na koncie dowolnego użytkownika, niezależnie od zalogowanego do Systemu Operacyjnego użytkownika.
System musi tworzyć i utrzymywać log systemu, rejestrujący wszystkich użytkowników systemu i wykonane przez nich najważniejsze czynności z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych.
System musi udostępniać funkcjonalność anonimizacji danych osobowych w rejestrze osób.
Komunikator
System powinien zawierać komunikator umożliwiający wymianę wiadomości pomiędzy użytkownikami.
Komunikator musi umożliwić wysłanie wiadomości do:
- pracowników jednostki organizacyjnej
- użytkowników pełniących określoną funkcję (lekarze, pielęgniarki)
- użytkowników wskazanego modułu
- możliwość łączenia w/w grup adresatów np. wszystkie pielęgniarki z danego oddziału pracujące w module Apteczka
Musi istnieć możliwość nadania wiadomości statusu: zwykła, ważna, wymagająca potwierdzenia
System powinien umożliwić definiowanie wiadomości, których wysłanie jest inicjowane zdarzeniem np. zlecenie leku, badania, wynik badania, zamówienie na lek do apteki, przeterminowane podania.
Wiadomości mogą być wysyłane przez użytkowników systemu
Wiadomości powinny mieć określony termin obowiązywania podawany z dokładnością do godziny
System powinien zapewniać mechanizm powiadomień generowanych automatycznie w związku ze śledzeniem stanu realizacji zleceń, wyników badań, zamówień do apteki.
Komunikacja z pacjentem
System powinien umożliwiać wysyłanie indywidualnych i grupowych SMS do pacjentów
System powinien umożliwiać wysyłanie e-mail do pacjentów
System powinien umożliwić wysyłanie do użytkownika wiadomości e-mail/sms dla zdefiniowanych zdarzeń np. zlecenia wysłanego, zleceniu badania, przyjęcia na oddział.
System powinien umożliwiać zdefiniowanie wysyłania zdarzeń do opiekunów dla pobytów pacjenta, w ramach, którego wyrażono zgodę na powiadomienia.
System powinien umożliwiać definiowanie preferowanego kanału komunikacji (sms,e-mail) dla opiekuna.
W przypadku zmiany terminu system powinien umożliwić zatwierdzenie nowego terminu za pomocą odpowiedniego linku wysłanego w wiadomości e-mail.
System powinien umożliwiać ręczne wysyłanie wiadomości sms lub e-mail do grupy pacjentów. Wysyłanie może nastąpić poprzez sms, e-mail lub według preferowanego kanału dla pacjenta.

**OPIS FUNKCJONALNY MODUŁÓW, wymagany przez Zmawiającego obejmuje:
Rozszerzenie posiadanych licencji modułu Blok Operacyjny z 6 do 9 szt. licencji na nazwanego
użytkownika (licencja pływająca) i Unowocześnienie – aktualizacja do najnowszej wersji.**

Wymagania funkcjonalne:

Blok operacyjny
System powinien umożliwiać wyłączenie 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 nieprzebywającym 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 zlecenia 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 anestezyjologiczna.
System musi umożliwić skonfigurowanie kontroli limitów wykonań dla zdefiniowanych grup zabiegów operacyjnych.
System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji anestezyjologicznej, 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
System musi umożliwić planowanie zabiegu operacyjnego w tym wpisanie:
- daty zabiegu, bloku operacyjnego i sali operacyjnej,
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
- materiałów,
- zamówienia preparatów krwi wymaganych do przeprowadzenia zabiegu z możliwością wydrukowania zamówienia do banku krwi,
- składu zespołu zabiegowego i anestezyjologicznego z wykorzystaniem słownika personelu z możliwością określenia



definiowania 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 pacjentów,
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,
- księgi zabiegów,
- 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 Księgi Bloku operacyjnego
System musi umożliwić odnotowanie danych medycznych przeprowadzonego zabiegu w tym:
- rodzaju wykonanego zabiegu,
- czasu trwania zabiegu,
- rozpoznania pooperacyjnego ICD10 i opisowego,
- procedur medycznych z możliwością automatycznego dodania procedur powiązanych z przeprowadzonym zabiegiem,
- opisu wykonanego zabiegu wraz z lekarzem opisującym,
- składu zespołu zabiegowego domyślnie uzupełnianego na podstawie planu,
- czasu pracy zespołu operacyjnego. Jeśli czas pracy nie zostanie wpisany powinien być uzupełniony przez system na podstawie czasu rozpoczęcia i zakończenia zabiegu
- możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika,
- możliwość dołączania załączników w postaci dowolnych plików (np. skany dokumentów, pliki dźwiękowe i 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
Po wykonaniu zabiegu, system powinien umożliwiać zmianę procedury głównej zabiegu
Jeśli nie zostały wpisane dane lekarza operującego to system powinien podpowiadać operatora na podstawie danych 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 z wykonanym zabiegiem
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 musi umożliwiać graficzną prezentację podań leków na wydruku karty anestezjologicznej
System musi umożliwiać prowadzenie Ksiąg operacji w zakresie:
- możliwość definiowania księgi dla bloku operacyjnego, dla sali operacyjnej oraz dla grupy zabiegów,
- przegląd ksiąg operacji wg. różnych kryteriów, w tym:
-- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
-- trybu zabiegu,
-- rodzaju zabiegu,
-- dat wykonania zabiegu,
-- bloku i sali operacyjnej,
-- oddziału zlecającego
-- księgi zabiegów,
-- roku księgi,
-- zakresu numerów księgi,
-- składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej),
- wydruk księgi bloku operacyjnego
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
Musi istnieć możliwość definiowania własnych szablonów wydruków
Musi istnieć możliwość obsługi raportów wbudowanych, w tym:
- raport z wykonanych zabiegów operacyjnych z uwzględnieniem kryteriów: czas wykonania zabiegu, księgę zabiegów, salę operacyjną, jednostkę zlecającą oraz rodzaj operacji
System musi umożliwiać wybór formatu wydruku raportów, przynajmniej w zakresie: pdf, xls, xlsx.
Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów
Musi istnieć możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej
System musi zapewnić integrację z innymi modułami systemu medycznego w zakresie:
- dostępu do historii choroby i dokumentacji medycznej bieżącego pobytu szpitalnego,
- rejestracji kart zakażeń,



- automatycznej aktualizacji stanów magazynowych przy ewidencji leków i materiałów,
- przekazywanie zamówień na krew i preparaty krwiopochodne do banku krwi,
- przekazywanie preparatów 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,
- eksportu danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach, podanych lekach i zużytych materiałach z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia.
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.
Blok porodowy
System musi umożliwiać ewidencję danych wywiadu położniczego w zakresie:
- przebiegu i powikłań ciąży (dane opisowe)
- ewidencję danych statystycznych dot. poprzednich porodów pacjentki:
-- Liczba dzieci ogółem
-- Liczba żywo urodzonych
-- Liczba martwo urodzonych
-- Liczba dzieci z wadami rozwojowymi
-- Liczba dzieci zmarłych
-- W aktualnym małżeństwie
-- Liczba ciąż
-- Liczba porodów
-- Liczba poronień
-- Liczba porodów o czasie
-- Liczba porodów przedwczesnych
-- Liczba porodów niewczesnych
-- Liczba porodów siłami natury
-- Liczba porodów patologicznych
- Data pierwszej miesiączki
Dzień cyklu
Czas trwania
- Dane poprzednich ciąż i porodów:
-- Data poprzedniego porodu
-- urodzenie noworodka żywe, martwe lub brak danych
-- Informacje o ewentualnym zgonie noworodka
- informacje o starszym rodzeństwie:
-- Imię i nazwisko
-- Rok urodzenia
-- Stan zdrowia
-- Ewentualne przyczyny zgonu
- Wydruk dokumentu wywiadu położniczego (Pismo)
System musi umożliwiać dostęp do danych medycznych pacjentki rodzącej (dostępne wszystkie dane związane z hospitalizacją pacjentki - analogicznie jak na standardowym oddziale). W tym między innymi:
- Rozpoznanie wstępne
- Rozpoznanie końcowe
- Wykonane procedury medyczne
- Zlecenia lekarskie
- Podane leki
- Obserwacje lekarskie
Epikryza



- Dokumentacja medyczna
Poród
System powinien stworzyć możliwość określenia podstawowych danych porodu (dotyczy porodu fizjologicznego i operacyjnego), w tym:
- Mnogość porodu
- Miejsca porodu
- Charakter czasowy porodu
- Ułożenie płodu
- Charakterystyka porodu (Zabiegowy, Fizjologiczny)
- Rodzaj porodu zabiegowego
- Wskazania do porodu zabiegowego
- Zespół porodowy (lekarz, położna, anestezjolog, inne wg konfiguracji)
- Ewidencja leków i środków medycznych użytych podczas porodu z wydzieleniem środków anestezjologicznych.
- Możliwość skierowania pacjentki na blok operacyjny w celu wykonania porodu operacyjnego
- Odnotowanie szczegółowych danych noworodków:
-- Dane identyfikacyjne noworodka
-- Dane osobowe noworodka
-- Żywo/martwo urodzony
-- Czas urodzenia
-- Płeć
-- Możliwość ewidencji danych dla urzędu stanu cywilnego oraz generacji "Karty urodzenia".
-- Możliwość wystawienia karty zgonu zarówno dla noworodka zmarłego w trakcie, po porodzie jak i martwo urodzonego.
-- Dane antropometryczne noworodka
-- Zastosowane produkty i procedury wykonane po urodzeniu
-- urazy okołoporodowe
-- Stwierdzone nieprawidłowości
-- Pierwsze badanie noworodka
-- Ocena wg skali Apgar po: 1, 3, 5 i 10 min.
- Popiół
- Opis przebiegu porodu
- Wykonane zabiegi w trakcie i po porodzie
- Powikłania porodowe wraz ze szczegółowym opisem
- Czas rozpoczęcia porodu
- Czas zakończenia porodu
- Czas odpłynięcia płynu owodniowego
- Barwa płynu owodniowego
- Czas osiągnięcia pełnego rozwarcia szyjki macicy
- Czas urodzenia noworodka lub w przypadku ciąży mnogiej noworodków
- Czas urodzenia łożyska
- Czas trwania I, II i III okresu porodu (wyliczone automatycznie)
- Łączny czas trwania całego porodu
- Ewidencja utraty krwi przez rodzicą
Poród operacyjny (dane dodatkowe rozszerzający zestaw danych podstawowych porodu)
System musi umożliwiać ewidencję wszystkich danych porodu na Bloku operacyjnym (porodowym)
System musi umożliwiać ewidencję danych noworodków na Bloku operacyjnym (porodowym)
Skierowanie pacjentki na blok operacyjny w celu wykonania porodu operacyjnego
Ewidencja rozpoznania przedoperacyjnego
Ewidencja rozpoznania pooperacyjnego
Rejestracja zespołu operacyjnego (położnik, położna, operator, instrumentariusz, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna i inne role wg. konfiguracji słownika)
Ewidencja danych zabiegu operacyjnego



Ewidencja danych znieczulenia zastosowanego podczas porodu operacyjnego
Opis przebiegu porodu operacyjnego
Opis i przebieg znieczulenia
Ewidencja procedur medycznych wykonanych
Ewidencja zużycia materiałów i leków
Opieka pooperacyjna - obsługa opieki pooperacyjnej dla kobiet po porodzie operacyjnym
Automatyczne uzupełnienie danych porodu (tj. czas porodu, opis porodu itd. na podstawie danych porodu operacyjnego)
Obsługa księgi porodów i noworodków
- Automatyczne generowanie i możliwość wydruku ksiąg porodów zgodnie z obowiązującym prawem
- Automatyczne generowanie i możliwość wydruku ksiąg noworodków zgodnie z obowiązującym prawem
System musi umożliwiać prowadzenie karty monitorowania pacjenta/novorodka podczas hipotermii leczniczej.

Rozszerzenie modułów Lecznictwa Otwartego z 21 licencji oraz Pracownia Diagnostyczna z 8 licencji do licencji OPEN (bez limitu użytkowników) – Poradnia/Przychodnia w tym rejestracja, gabinet lekarski, pracownie diagnostyczne, statystyka LO, rozliczenia z NFZ, i unowocześnienie – aktualizacja do najnowszej wersji.

Wymagania funkcjonalne:

Rejestracja
Obsługa pacjentów/usług komercyjnych
System musi umożliwiać prowadzenie cenników:
- określanie dat obowiązywania cennika,
- określanie zakresu usług dla cennika,
- określanie cen usług,
- możliwość określenia cen widełkowych dla usługi,
- możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi.
System musi umożliwić rejestrację umowy indywidualnej na świadczenie usług medycznych
System musi umożliwiać określanie definiowanie dostępności usług placówki medycznej
System musi umożliwiać wybór kategorii płatnika oraz wystawienie dokumentu sprzedaży dla badania laboratoryjnego.
System musi umożliwić wystawienie dokumentu sprzedaży dla usług komercyjnych płatnych przed ich wykonaniem, w przypadku, gdy nie zostały jeszcze zrealizowane.
Definiowanie grafików pracy
System musi umożliwiać określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki) dla gabinetów:
- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji,
- procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu,
- uzupełnianie definicji szablonu na podstawie godzin pracy jednostki.
System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza:
- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji,
- procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu,
- określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).
System musi umożliwiać definiowanie przedziału wieku pacjentów obsługiwanych przez zasób
System musi umożliwiać generowanie grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu,



System musi umożliwiać ustawienie blokady w grafiku z podaniem przyczyny np. urlop
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 umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL.
System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanym tożsamości (NN), co najmniej w oparciu o:
- płeć (męska, żeńska, nieznaną)
- fragment (frazę) opisu pacjenta
System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL.
System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie:
- numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta
- numeru dokumentu tożsamości, (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy)
System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora
System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta.
System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia
System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta.
System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej,
System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza
Obsługa listy pacjentów modułu
System musi umożliwiać przypisanie pacjentowi uprawnień do obsługi poza kolejnością.
Informacja o posiadanych uprawnieniach do obsługi poza kolejnością musi być prezentowana na listach pacjentów

System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście, wg różnych parametrów, w szczególności:
- imię, nazwisko i PESEL pacjenta
- jednostka wykonująca
- osoba wykonująca
- osoba rejestrująca
- jednostka kierująca
- instytucja kierująca
- lekarz kierujący
- kartoteka
- identyfikator pacjenta
- świadczenie
- status na liście pacjentów (np. do obsłużenia, zaplanowany, zarejestrowany, anulowane, przyjęty/w realizacji)
- wizyty CITO
- status osoby: VIP, uprawniony do obsługi poza kolejnością
- status sprzedaży
Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta
System podczas rezerwacji terminu umożliwia określenie rodzajów terminu z możliwością określenia wielu rodzajów dla jednego terminu.
Słownik rodzajów terminów powinien być możliwy do modyfikacji 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
- 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 umożliwia grupowe przenoszenie terminów z danego dnia na inny w ramach dostępności przenoszonej usługi
System umożliwia konfigurację długości trwania planowanych terminów, dla danego szablonu w ramach danego dnia i zakresu czasu.
System umożliwia ewidencję i usuwanie blokad terminarza bezpośrednio w oknie planowania terminu.
System musi umożliwić automatyczne anulowanie zaplanowanego terminu w przypadku jego wcześniejszej realizacji.

System umożliwia dostęp do różnych slotów czasowych podczas planowania danej usługi w zależności od jednostki zlecającej termin
System musi umożliwiać zmianę usługi na inną wykonywaną w tej samej jednostce wykonującej, podczas przeplanowywania terminu.
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
Rejestracja na wizytę
System musi umożliwić rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną)
System musi umożliwiać rejestrację wizyty, jako wywiadu przed zaplanowanym terminem
Przy rejestracji pacjenta system informuje (ostrzega) użytkownika, że wraz ze skierowaniem wprowadzono dodatkowe informacje i wyświetla je.
System musi pozwalać na wyliczanie kosztów danej porady
System musi pozwalać na określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług niepodlegających planowaniu i rezerwacji.
System musi umożliwiać zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania,
System musi umożliwić rejestracje wielu badań w oparciu o jedno skierowanie.
W ramach jednego zarejestrowanego skierowania system powinien umożliwiać rejestrację wielu zleceń. Zmiana danych skierowania modyfikuje dane skierowania wszystkich tak zarejestrowanych zleceń.
System umożliwia na etapie rejestracji ewidencje załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku lub bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej
System musi umożliwić ewidencję i kontrolę:
- zgód pacjenta związanych z hospitalizacją i innymi czynnościami medycznymi
- listy osób upoważnionych dla pacjenta
Obsługa wyników:
- odnotowanie wydania wyniku,
- wpisywanie wyników zewnętrznych.
Wydruk recept i kuponów
System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
- Księga Przyjęć
- Księga Badań
- Księga Zabiegów
- Księga Oczekujących
- Księga Ratownictwa
raporty i wykazy Rejestracji.



Gabinet
Obsługa wizyty
Podczas przyjęcia pacjenta skierowanego z innej jednostki np. oddział, jeśli nie został wskazany inny płatnik lub cennik, system powinien podpowiadać płatnika NFZ
System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu
System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach wizyty w gabinecie.
System musi informować o uprawnieniach pacjenta do obsługi poza kolejnością
System musi informować o przyjęciu pacjenta na wizytę przed zaplanowanym terminem.
System powinien prezentować liczbę punktów zrealizowanych, w bieżącym dniu i miesiącu, przez zalogowanego lekarza z podziałem na umowy
System musi umożliwiać prezentację wizyt wymagających zafakturowania.
System powinien umożliwiać rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie)
System umożliwia ewidencję wizyt domowych POZ z podaniem informacji o dacie wyjazdu i powrotu udzielającego świadczenie.
System musi umożliwić przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach:
- dane osobowe,
- dane medyczne pacjenta tj. grupa krwi, uczulenia, choroby przewlekłe, szczepienia, nazwisko lekarza rodzinnego
- uprawnienia z tytułu umów komercyjnych,
- informacja o stopniu ubezpieczenia - weryfikacja z eWUŚ
- historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobytów szpitalnych pacjenta),
- wyniki badań,
- przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości
System musi umożliwiać ewidencję uczuleń pacjenta z podziałem na: leki, pokarmowe i inne. Dla poszczególnych rodzajów uczuleń przewiduje się zdefiniowanie słowników. Słownik uczuleń na leki zawiera listę nazw międzynarodowych substancji czynnych. Co najmniej dla uczuleń o rodzaju leki oraz pokarmowe system umożliwia oznaczenie stopnia nasilenia uczulenia. Podczas
- przepisywania leków na recepty, - definiowania zlecenia leku, - ewidencji podania leku
system musi prezentować komunikat w przypadku występowania w przepisany leku substancji czynnej zaewidencjonowanej w rejestrze uczuleń o rodzaju 'Leki' danego pacjenta. Dane o zaewidencjonowanych uczuleniach są prezentowane na formatkach dotyczących pobytu/wizyty przy definicji danych pacjenta.
System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie
- nazwa leku, - okres przyjmowania leku, - dawkowanie, - rozpoznanie, - źródło informacji.
System umożliwia dodanie pozycji z definiwanej recepty do rejestru stale przyjmowanych leków pacjenta. Na podstawie zaewidencjonowanych stale przyjmowanych leków system umożliwia ograniczenie słownika leków podczas definiowania recepty.
Obsługa wizyty powinna obejmować przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach:
- obsługa wizyt receptowych. Dla wizyt receptowych system powinien sprawdzać ile czasu upłynęło od ostatniej wizyty tego typu
- wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
- opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
- informacje ze skierowania,



- kontrola daty ważności skierowania
- możliwość przepisania skierowania już zarejestrowanego
- skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu w tej lub innej jednostce
- zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultacji, zabiegów,
- możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecenia
- usług dodatkowych co najmniej o rodzaju: badanie diagnostyczne, konsultacja i procedur na podstawie słownika ICD9
- rozpoznanie (zasadnicze, ze skierowania, współistniejące, dodatkowe, opisowe),
- kopiowanie wyników badania i danych wypisowych ze zleconych podczas poprzednich wizyt
- zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia/e-zwolnienia lekarskie),
- wystawienie recept, skierowań, zapotrzebowań na zaopatrzenie ortopedyczne i okulary
System musi umożliwiać import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania.
System musi umożliwiać wywołanie historii aktualizacji Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
System umożliwia ewidencje opieki pielęgniarskiej w ramach wizyty w gabinecie lekarskim.
System powinien umożliwiać zmianę usługi głównej wizyty
System musi umożliwiać zarejestrowanie wizyty w innym gabinecie z poziomu obecnie realizowanej wizyty.
System musi umożliwiać przejście do kolejnej wizyty z wyszukanej listy wizyt pacjentów, bez konieczności powrotu na listę pacjentów gabinetu.
System powinien informować o zleceniach wykonanych po zakończeniu poprzedniej wizyty i umożliwić rozliczenie ich w wizycie aktualnej
System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń.
System musi umożliwić obsługę zleceń chemioterapii podczas wielu wizyt w gabinecie, przy jedнокrotnym zdefiniowaniu schematu chemioterapii.
System musi umożliwić obsługę pobytów wielodniowych
System musi umożliwić obsługę domowego leczenia żywieniowego
System musi umożliwić obsługę tlenoterapii w warunkach domowych
System musi umożliwić określenie dodatkowego personelu w ramach wizyty
System musi umożliwiać ewidencję danych ciąży pacjentki, szczególnie istotnych w przypadku wykonywania świadczeń medycznych inaczej wycenianych przez NFZ dla pacjentek ciężarnych i będących w połogu.
Wystawianie recept (papierowych i elektronicznych)
System powinien wspierać wystawianie recept, co najmniej w zakresie:
- możliwości wybrania leków ze słownika leków,
- możliwości sprawdzenia interakcji poszczególnych leków oraz podpowiadanie stopnia refundacji na podstawie weryfikacji z eWUŚ
- możliwości określenia płatnika na wydruku czystej recepty
- możliwości wydruku recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept),
- na wydruku leki powinny być prezentowane w kolejności zgodnej z kolejnością wpisywania
- system powinien podpowiadać dane osoby zalogowanej jako wystawiającego receptę, o ile osoba ta jest lekarzem. Jeśli zalogowany użytkownik nie jest lekarzem, system powinien podpowiadać lekarza realizującego wizytę.
- podpowiadanie ilości i jednostki, w jakich powinien zostać wydany lek
- na receptce na leki narkotyczne system powinien podpowiadać ilość substancji narkotycznej
- grupowe dodawanie leków na receptę

- kopiowanie recept z poprzednich wizyt z weryfikacją poziomu refundacji wg aktualnych danych ze słownika BAZYL lub słownika leków własnych
- kopiowanie recept musi umożliwiać wybór recepty do skopiowania spośród:
-- recept z poprzedniego pobytu w tym gabinecie
-- recept z wizyty takiej jak aktualna (ta sama usługa), niezależnie od gabinetu w jakim się odbywała
-- z innych pobytów w tej samej jednostce
-- leków przepisanych na wcześniej wystawionych receptach
- możliwości pomijania leków oznaczonych jako "wycofane"
- możliwości wydruku recept tylko z puli lekarza zalogowanego
- ponowny wydruk recepty już wydrukowanej powinien spowodować utworzenie kopii recepty, dotyczy to również recept drukowanych w trybie nadruku na gotowych drukach
- oznaczenie wydrukowanej recepty jako anulowanej
- system kontroluje przekroczenie minimalnej puli recept uwzględniając typ recepty RP/RPW
- system musi umożliwiać zawężanie pozycji słownika leków do leków zarejestrowanych, jako stale przyjmowane przez pacjenta, któremu tworzona jest recepta.
System umożliwia realizację wizyt receptowych w gabinecie. Pozycje do recepty mogą być określone na etapie rejestracji z leków wcześniej przepisanych, a lekarz generuje podczas wizyty receptę z wykorzystaniem określonych wcześniej leków.
System musi umożliwiać podpowiadanie na recepcie płatnika oraz stopnia refundacji na podstawie weryfikacji eWUŚ.
System musi umożliwiać import numerów recept w formatach XSZ, RECD, NR_REC
System musi umożliwiać import numerów recept z wykorzystaniem usług sieciowych
System musi umożliwiać wystawianie recept transgranicznych
System musi umożliwić ustawienie domyślnego dawkowania dla leku.
System musi umożliwić podpowiadanie wskazań dla leku podczas dodawania lub kopiowania recepty.
System musi umożliwić wystawienie recept dla pacjentów powyżej 75 roku życia.
System musi umożliwiać rozszerzenie rejestru leków stale przyjmowanych przez pacjenta o leki przepisane na recepcie.
System musi umożliwiać zbiorczy wydruk zaleceń dla wszystkich recept pacjenta w ramach danego pobytu.
W przypadku wystawienia pacjentowi wielu recept, system musi umożliwić ich jednoczesny wydruk
System musi umożliwiać wydruk recept pełnopłatnych bez nadanego numeru, w przypadku braku wolnych numerów w puli użytkownika.
System musi umożliwiać automatyczne przesyłanie danych do wszystkich wymaganych przepisami systemów zewnętrznych np. do P1
Dokumentacja wizyty
System musi umożliwiać wystawienie skierowania/e-skierowania ,
System musi umożliwiać wystawienie skierowania/e-skierowania na zewnątrz: do poradni specjalistycznej (leczenie), do poradni specjalistycznej (konsultacja), do szpitala psychiatrycznego, do szpitala, na rehabilitację, na zabieg ambulatoryjny, na badanie diagnostyczne, na badanie laboratoryjne, na zabieg, na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową, na badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej
System musi umożliwiać automatyczne przesyłanie danych do wszystkich wymaganych przepisami systemów zewnętrznych np. do P1
Dla skierowań/e-skierowań zewnętrznych system powinien udostępniać możliwość wydruku wbudowanych skierowań lub definicję wydruku każdego rodzaju skierowania przez administratora
System powinien umożliwiać ewidencję leków podanych podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),



System powinien umożliwiać ewidencję szczepień oraz dodatkowych informacji:
- możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia,
- możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
- automatyczny wpis na listę szczepień pacjenta po oznaczeniu podania leku jako szczepienia.
System umożliwia wprowadzenie dodatkowych usług i badań wykonanych podczas wizyty z odnotowaniem personelu wykonującego i opisem
System powinien umożliwiać zaewidencjonowanie i wydrukowanie dodatkowych dokumentów możliwych do zdefiniowania przez administratora systemu
Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt
Możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty
Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych w ramach używanych słowników
Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
System musi umożliwić wybór sposobu płatności oraz wyznaczenie schematu księgowania dla dokumentów sprzedaży.
obsługa zakończenia wizyty:
- autoryzacja wizyty,
- automatyczne tworzenie karty wizyty.
- możliwość bezpośredniego skierowania na IP
Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń.
- wiązanie rozliczanych badań do kolejnej zaplanowanej wizyty
wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
automatyczna aktualizacja i przegląd Księgi Przychodni
System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
- Księga Oczekujących
- Księga Przyjęć
- Księga Zdarzeń Niepożądanych
- Księga Badań
- Księga Zabiegów
- Księga Ratownictwa
System musi umożliwiać wpis do Księgi zgonów w ramach obsługi wizyty/badania.
System musi umożliwić podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa
System musi umożliwiać wprowadzenie wywiadu przedporodowego w gabinecie lekarskim.
System musi umożliwić wydruk pisma powiązanego z usługą podczas zakończenia wizyty/badania pacjenta.
System musi umożliwiać rejestrowanie treści głosowych w zastępstwie opisów tekstowych.
System musi umożliwiać odsłuchanie oraz przetwarzanie nagranych notatek głosowych przez operatora na tekst, prezentowany w miejscu dodania notatki.
System musi umożliwiać rozpoczęcie/wstrzymanie nagrywania oraz odsłuch i usunięcie nagranej notatki głosowej.
System musi umożliwić oznaczenie notatki głosowej jako pilnej.
System musi umożliwiać operatorowi przegląd w jednym oknie wszystkich notatek głosowych zarejestrowanych w ramach wybranej jednostki organizacyjnej.
Obsługa pakietu onkologicznego
System musi umożliwiać prowadzenie rejestru kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego z uwzględnieniem podstawowych informacji:
- numer karty (zgodny z obowiązującym formatem)
- etap obsługi
- informacja, czy karta znajduje się w jednostce, czy poza nią
System umożliwia ustawienie wymagalności wskazania rozpoznania podczas dodawania karty DILO.



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

System musi umożliwiać przegląd szczegółów karty DiLO. W przypadku integracji z systemem AP-DILO zakres prezentowanych danych jest większy i wynika z zakresu przekazywanych danych.

System musi umożliwić powiązanie pozycji rozliczeniowych z numerem karty DiLO - także w sytuacji gdy karta DiLO wydawana jest pacjentowi w ramach rozliczanej hospitalizacji (a nie tylko przed przyjęciem na hospitalizację).

Konfiguracja pracy gabinetu

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

- możliwości zdefiniowania wzorców dokumentacji dedykowanej dla gabinetu
- możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi
- możliwość wykorzystania, zdefiniowanych wcześniej, wzorów dokumentów

System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów pracy gabinetu

Statystyka LO

System powinien umożliwiać obsługę statystyki rozliczeniowej i medycznej

Obsługa skorowidza pacjentów

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

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

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

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

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

Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów,

Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:

- w zakresie danych osobowych,
- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych
System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,
System umożliwia wyszukanie pobytów (hospitalizacji i wizyt) zawierających dokumentację spełniającą warunki dotyczące terminów przechowywania.
System umożliwia wygenerowanie kopii danych osobowych dla pacjenta/personelu/użytkowników przetwarzanych w systemie.
System musi umożliwić obsługę ksiąg:
- Księgi Przychodni
- Księga Odmów,
- Księga Zgonów,
- Księga Zdarzeń Niepożądanych,
- Księga Przyjęć,
- Księga Zabiegów,
- Księga Oczekujących,
- Księga Ratownictwa,
- Księga Badań
System powinien umożliwiać dostęp do wszystkich ksiąg placówki Zamawiającego
System umożliwia przenumerowanie Księgi Przyjęć
Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego
System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO
Podczas rejestracji karty musi istnieć możliwość zarejestrowania, co najmniej:
- numer karty
- etap
- lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ)
- status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana)
- data wersji od
Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą
Podczas tworzenia karty system powinien umożliwiać edycję daty ważności
Raporty i wykazy statystyki
System powinien umożliwiać tworzenie raportów i wykazów statystyki, w szczególności:
- raport rozpoznań - zestawienie syntetyczne i analityczne ilości rozpoznań każdego rodzaju w rozbiciu na pacjentów i jednostki wykonujące
- wykonane badania wg płatnika i jednostki kierującej - zestawienie ilości wykonanych badań poszczególnych rodzajów, z podziałem na jednostki wykonujące, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących
- lista pacjentów przyjętych przez lekarza - zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie, w wybranych gabinetach, przez wybranych lekarzy
- zestawienie statystyczne pacjentów - zestawienie syntetyczne lub analityczne (dla poszczególnych dni zadanego okresu) liczby pacjentów przyjętych w wybranych/wszystkich gabinetach w rozbiciu na dorosłych i dzieci z podziałem na płeć oraz pacjentów pierwszorazowych i kontynuację leczenia
- raport obciążenia gabinetów - zestawienie liczby wykonanych badań w poszczególnych dniach zadanego okresu dla wybranych/wszystkich gabinetów, dla poszczególnych lekarzy
- wykonane procedury - syntetyczne i analityczne (dla poszczególnych dni zadanego zakresu) zestawienie liczby procedur danego rodzaju wykonanych w zadanym okresie, w wybranych/wszystkich gabinetach, dla



wybranego/wszystkich ubezpieczycieli i płatników
- zestawienie zrealizowanych badań - zestawienie liczby badań wykonanych pacjentom (podstawowe dane pacjenta) wraz z rozpoznaniami i procedurami w wybranej/wszystkich jednostkach, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących wykonanych przez wybranego/wszystkich lekarzy
- lista zarejestrowanych/przyjętych pacjentów - zestawienie ilości zarejestrowanych pacjentów do wybranego gabinetu
- liczba usług wykonanych przez lekarza - zestawienie ilości usług wykonanych w jednostce przez danego lekarza
- zestawienie liczby przyjętych pacjentów - zestawienie liczby pacjentów przyjętych przez daną jednostkę i lekarza w ramach określonego pakietu świadczeń z podziałem na grupy wiekowe
- lista wykonanych usług - lista usług wraz z danymi takimi jak: jednostka i lekarz kierujący, miejsce i data wykonania, dane o wartości usługi, opłacie kontrahenta, opłacie pacjenta dla wybranych lub wszystkich: umów, pacjentów, świadczeń, instytucji i lekarzy kierujących oraz jednostek i lekarzy wykonujących
- zestawienie wystawionych skierowań - syntetyczne i analityczne (wg daty wystawienia) zestawienie ilości wystawionych skierowań na określone badania/usługi z podziałem na lekarzy wystawiających i/lub jednostki, w których wystawiono skierowanie dla wybranych lub wszystkich; jednostek, lekarzy kierujących, usług, statusów realizacji
- deklaracje - raport personalny - zestawienie liczby osób zadeklarowanych w wybranym miesiącu danego roku dla wybranej lub wszystkich umów oraz dla wybranego lub wszystkich rodzajów deklaracji
- kolejki oczekujących - zestawienie kolejek oczekujących w ujęciu syntetycznym (dane całej kolejki) i analitycznym (z danymi oczekujących pacjentów)
- lista wykonanych usług - lista pacjentów z wykonanymi usługami oraz danymi o jednostce realizującej, lekarzu realizującym i lekarzu kierującym dla wybranej jednostki wykonującej w zadanym okresie
- zestawienie wykonanych usług pacjenta - lista usług wykonanych w określonym czasie dla wybranego pacjenta z wyszczególnieniem danych o wartości i opłatach
- zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów - syntetyczne i analityczne (pacjenci) zestawienie liczby udzielonych porad danego rodzaju z podziałem na: miejscowości zamieszkania, pacjenta lub typ porady w zadanym okresie, dla wybranych lub wszystkich gabinetów i wybranego rodzaju wizyty (pierwszorazowa, kolejna)
- zestawienie zwolnień lekarskich
System musi umożliwiać definiowanie wykazów z wykorzystaniem generatora Jasper Reports

Pracownia diagnostyczna
dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do pracowni
Na liście zleceń do wykonania powinna być wyświetlana informacja, czy badanie powinno być wykonane przy łóżku pacjenta
System musi umożliwiać prezentację badań wymagających zafakturowania.
System umożliwia prezentację na liście badań jednostki, realizowanych badań z jednostek powiązanych.
Rejestracja rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w pracowni (przyjęcie)
Wspomaganie obsługi pacjenta w pracowni:
- przegląd danych pacjenta w następujących kategoriach:
- dane osobowe,
- podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stałe przyjmowane leki, choroby przewlekłe, przebyte choroby, szczepienia),
- uprawnienia z tytułu umów komercyjnych



- Historia Choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta),
- wyniki badań,
- przegląd rezerwacji.
Możliwość uporządkowania oraz ustawienia widoczności elementów menu/zakładek głównych grup danych dostępnych podczas ewidencji danych realizacji badania w zależności od potrzeb użytkownika
Możliwość zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla pracowni
Możliwość użytkownika zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej do wizyty,
Przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach:
- informacje ze skierowania,
- zlecenia
- usługi, świadczenia w ramach wizyty,
- wystawione skierowania,
- wykonane podczas wizyty procedury dodatkowe
- inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).
- wynik badania
- możliwość przechwytywania pojedynczych klatek obrazu z kamery lub innego źródła np. aparatu USG i dołączanie go do wyniku badania
Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt
Możliwość budowania i stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników lub jednostek organizacyjnych.
System musi umożliwiać ewidencję proponowanego personelu wykonującego i opisującego badanie diagnostyczne. W przypadku integracji z systemem zewnętrznym, proponowany personel wykonujący i opisujący, powinien zostać wysłany do systemu zewnętrznego.
Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
Obsługa zakończenia badania/wizyty:
- autoryzacja medyczna badania,
- automatyczne tworzenie karty wizyty/wyniku badania
Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
Automatyczne generowanie ksiąg: Księgi Badań, Księgi Zabiegów, Księgi Zdarzeń Niepożądanych. Możliwość przeglądu ksiąg.
System musi umożliwiać zakończenie realizacji wielu zleceń różnych pacjentów przez wprowadzenie jednego opisu badania.
Obsługa wyników badań:
- wprowadzanie opisów wyników badań diagnostycznych
- wprowadzanie opisów wyników badań na definiowalnych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania
- autoryzacja wyników badań diagnostycznych
- wydruk wyniku wg wzoru, jakim posługuje się pracownia
- wydruk wielu egzemplarzy tego samego dokumentu
System prezentuje graficzną informację, jeżeli autoryzowany wynik został wycofany i ponownie zmodyfikowany.
System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
- Księga Badań
- Księga Zabiegów
- Księga Zdarzeń Niepożądanych
- Księga Oczekujących
- Księga Ratownictwa

System powinien umożliwiać powtórny wydruk dokumentu już wydrukowanego.

Unowocześnienie - aktualizacja do najnowszej wersji modułu Zakażenia Szpitalne

1 szt. licencji na nazwanego użytkownika (licencja pływająca)

Wymagania funkcjonalne:

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 Karty Drobnoustroju/Czynnika Alarmowego na podstawie wyniku badania mikrobiologicznego.
System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną,
System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną,
System umożliwia wydruk formularza ZLK-1 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
System umożliwia wydruk formularza ZLK-4 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,
System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,
System umożliwia wydruk formularza ZLK-3 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
System umożliwia wydruk formularza ZLK-2 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
System umożliwia wydruk formularza ZLK-5 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
System umożliwia wyszukiwanie pacjentów z założoną kartą zakażeń w lecznictwie otwartym po zakończonej hospitalizacji, w trakcie której mieli wykonany zabieg operacyjny.
System umożliwia wyszukiwanie pacjentów gorączkujących według daty pomiaru.
System musi informować o wcześniejszym zgłoszeniu pacjenta w ramach danego formularza zgłoszenia zachorowania, w ramach danego pobytu.
Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje),

System musi umożliwiać zbiorczy wydruk każdego Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wklęcia obwodowe, wklęcia centralne, cewniki)
System umożliwia prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,
System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego' określa ustawodawca.
Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych,
System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemicznego' określa ustawodawca
Raport okresowy dotyczący ognisk epidemicznych zgodny z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia,
Analizy ilościowe zakażeń szpitalnych,
Współpraca z systemem RCH w zakresie wzajemnego udostępniania danych o zakażeniach i antybiotykoterapii
Współpraca z Laboratorium w zakresie udostępniania wyników badań.
Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku antybiotyku podawanego w ramach pobytu przez [n]dni.
Monitorowanie 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.
System współpracuje z modułem Ruch Chorych w zakresie powiadomienia o konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażenia Szpitalnego, w przypadku wystąpienia temperatury ciała pacjenta powyżej X godz. od przyjęcia do szpitala.
System umożliwia podgląd pacjentów gorączkujących powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury, która wystąpiła po X godz. od przyjęcia do szpitala
System musi umożliwić ewidencję informacji o zakażeniu niebezpieczną bakterią. System musi wyświetlać stosowny komunikat podczas ponownego przyjęcia pacjenta, jeżeli pacjent jest nadal oznaczony.
System umożliwia 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
System umożliwia prowadzenie Rejestru Kart zakażeń dla pracowników
System umożliwia prowadzenie Rejestru szczepień i odmów szczepień pracowników
System umożliwia wydruk Zestawienia pracowników zaszczepionych / z odmową szczepienia w danym okresie czasu
Możliwość konfiguracji wydruku Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju pod kątem sterowania widocznością dostępnych sekcji danych Karty
Możliwość konfiguracji dostosowania widoczności pól na Kartach zakażeń oraz na Kartach drobnoustroju
Możliwość definicji walidacji pól na Kartach zakażenia oraz Kart drobnoustroju
Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie wykrytego patogenu w danym pobycie
Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie rozpoznania wprowadzonego w danym pobycie
Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wprowadzonych diagnoz pielęgniarskich
Możliwość definicji rozpoznań, dla których zakładana jest Karta zakażenia

Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wykonanych procedur
Monitorowanie konieczności zakładania Karty zakażeń na podstawie założonej karty drobnoustroju
Zależność Kart zakażeń na podstawie założonych Kart drobnoustroju
System umożliwia szybki dostęp do statystyki: Kart zakażeń, Kart drobnoustroju, Kart obserwacji, Formularzy zgłoszeń zachorowań.

**Rozbudowa o moduł Bank Krwi, wdrożenie najnowszej wersji
i dostawa 1 szt. licencji na nazwanego użytkownika (licencja pływająca)**

Wymagania funkcjonalne:

Bank Krwi
System musi umożliwiać prowadzenie karty monitorowania pacjenta/novorodka podczas hipotermii leczniczej.
System musi umożliwiać konfigurację ustawień:
- możliwość definiowania słownika magazynów
- możliwość przeglądu i edycji słownika odbiorców
- możliwość definiowania słownika preparatów
- możliwość definiowanie słownika rodzaju preparatu
- możliwość definiowanie słownika jednostek miar
- możliwość definiowania słownika rodzaju dokumentów
- możliwość definiowania słownika kontrahentów
- możliwość definiowania cenników
System musi umożliwiać sporządzanie zamówień do stacji krwiodawstwa,
System musi umożliwiać zarejestrowanie przyjęcia składnika krwi z autotransfuzji wykonanej w szpitalnym banku krwi
System musi umożliwiać wygenerowanie numeru donacji dla wykonanej autotransfuzji
System musi umożliwiać wygenerowanie zestawienia zużycia składników krwi dla RCKiK
System musi umożliwiać wygenerowanie zestawienia zawierającego informację o przyjęciach i wydaniach składników krwi
System musi umożliwiać obsługę dokumentów magazynowych:
- Bilans otwarcia
- Przychód
- Rozchód
- Kasacja
- Zwrot do dostawcy
- Spis z natury
- Remanent
System musi umożliwiać przyjęcie krwi lub preparatu krwiopochodnego na magazyn z wykorzystaniem czytnika kodów kreskowych
System musi umożliwiać przegląd stanów magazynowych z podziałem na rodzaje składników krwi i grupę krwi dawcy
System musi umożliwiać obsługę zamówień indywidualnych na krew lub preparat krwiopochodny z jednostek zamawiających
System musi umożliwiać obsługę pilnych zamówień z jednostek zamawiających
System musi umożliwiać dopisanie pozycji do zamówienia do stacji krwiodawstwa w trakcie realizacji zamówienia indywidualnego



System musi umożliwiać rezerwację krwi lub preparatu krwiopochodnego dla zamówienia indywidualnego
System musi umożliwić automatyczne anulowanie rezerwacji próbek po upływie 48 godzin (z dokładnością do 30 minut) od przeprowadzenia próby.
System musi umożliwić określenie zakresu dostępnych danych oraz czynności związanych ze zleceniami do Banku Krwi
System musi umożliwiać generowanie raportów i zestawień:
- dla zużycia preparatów
- dla obrotów
- dla stanów magazynowych
System musi umożliwiać prowadzenie Księgi przychodów i rozchodów
System musi umożliwiać przegląd wyników badań serologicznych
System musi umożliwiać współpracę z oddziałem w zakresie:
- przyjmowania zamówień indywidualnych
- wydania składników krwi i ich przetoczeń

**Rozbudowa o moduł Punkt Pobrań, wdrożenie najnowszej wersji
i dostawa licencji OPEN (bez limitu użytkowników)**

Wymagania funkcjonalne:

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
-możliwość wyszukiwania zleceń:
--wg imienia i nazwiska oraz nr Pesel,
--wg daty zlecenia lub planowanej daty wykonania lub daty pobrania materiału,
--według jednostki zlecającej, (oznaczenie
--oznaczonych jako pilne(CITO)
--oznaczonych jako własne (zarejestrowane bezpośrednio w module Punkt Pobrań),
--do ponownego pobrania materiału(są to zlecenia na badania, które wracają z Laboratorium, którym nie udało się zrealizować badania ze względu na błędy np. skrzep),
--pacjentów, którzy są nosicielami niebezpiecznej bakterii
--pacjentów, którzy mają oznaczoną izolację (pacjent izolowany ze względu wykryte zakażenie)
- na dostęp do zleceń archiwalnych pacjenta,
- wyróżnianie zleceń CITO,
- poprzez dobór odpowiednich materiałów niezbędnych do realizacji zlecenia,
-poprzez wycofanie zlecenia
System musi wspomagać obsługę pobrania materiału w zakresie:
- podziału materiałów do pobrania wg jednostek wykonujących dane badanie (badania realizowane we własnych lub obcych laboratoriach),
- podziału materiałów do pobrania wg lekarza zlecającego
- rejestracji wysłania materiałów do laboratoriów,
- możliwości zastosowanie czytnika kart kodów kreskowych w celu oznakowania nr próbki pobranych materiałów



System musi umożliwiać rejestrację pobranych materiałów, w tym:
- automatyczne odnotowanie daty i godziny pobrania,
- odnotowanie osoby pobierającej materiał,
- odnotowanie dodatkowych uwag do pobrania,
Możliwość obsługi pobrania materiału w jednostce zlecającej
Możliwość zmiany wykonawcy badania (Jednostki wykonującej badanie)
System umożliwia włączenie autoryzacji danych (wymagane podanie użytkownika i hasła) podczas zapisu pobrania materiału do badania
System umożliwia określenie liczby dni, po których następuje automatyczne anulowanie niezrealizowanych zleceń
Moduł Punkt Pobrań udostępnia grupowe anulowanie zleceń
Obsługa zleceń do ponownego pobrania materiału
Możliwość obsługi nieudanego pobrania materiału
Możliwość dozlecania badań dla zleceń własnych(zleceń wystawionych bezpośrednio w Punkcie Pobrań
Możliwość wydruku etykiet dla pobranych próbek
System umożliwia wydruk listy pobrań pogrupowanej wg nazwiska
Obsługa i wydruk Księgi Pobrań
Integracja z modułem Laboratorium w zakresie przetwarzania zleceń oraz udostępnienia wyników badań
Dostęp 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.

**Rozbudowa o moduł Gabinet Rehabilitacji, wdrożenie najnowszej wersji
i dostawa licencji OPEN (bez limitu użytkowników)**

Wymagania funkcjonalne:

Rehabilitacja
Konfiguracja modułu
System musi umożliwiać definiowanie listy zdarzeń medycznych/elementów leczenia dla miejsca wykonania
System musi umożliwiać zarządzanie słownikiem stanowisk i urzędzeń rehabilitacyjnych
System umożliwia zdefiniowanie listy niewykonywanych usług dla wskazanego zasobu
System umożliwia zarządzanie grafikami i terminarzami stanowisk i urzędzeń rehabilitacyjnych
System umożliwia określenie oraz zdefiniowanie zestawu wykluczonych usług
System musi umożliwiać realizację zabiegów w warunkach:
- rehabilitacji ambulatoryjnej
- rehabilitacji oddziału dziennego
- rehabilitacji stacjonarnej
System musi umożliwiać prowadzenie słownika rozpoznań kwalifikujących do stopnia pilności „pilny”, wg Klasyfikacji chorób ICD – rewizja 10 dla rehabilitacji medycznej
System musi umożliwić określenie warunków dostępności elementu leczenia (zabiegu), poprzez przypisanie odpowiednich kategorii zasobów typu:
- personel,
- pomieszczenie,

- stanowisko rehabilitacyjne.
System musi umożliwić określenie standardowego czasu trwania porad, wizyt i zabiegów
System musi umożliwić obsługę listy pacjentów modułu dedykowanego dla Rehabilitacji
System umożliwia definiowanie jednostek, które mają dostęp do funkcjonalności- Rehabilitacji
Przyjęcie pacjenta /Planowanie zabiegów
System musi umożliwiać wprowadzenie nowego programu rehabilitacji dla pacjenta. Program jest elementem skierowania i jest listą zabiegów do wykonania z określoną: kolejnością, krotnością wykonania, miejscem wykonania,
System umożliwia definiowanie szablonów planu leczenia
System umożliwia weryfikację trybu skierowania na podstawie rozpoznania ze skierowania.
System musi umożliwiać przypisanie do programu lekarza prowadzącego oraz terapeuty prowadzącego, co będzie skutkowało wydrukiem danych lekarza i terapeuty na karcie zabiegów
System musi umożliwiać planowanie elementów leczenia programu rehabilitacji w terminarzach terapeutów, pomieszczeń, stanowisk rehabilitacyjnych. A zaplanowane terminy widoczne są na wydruku Karty zabiegowej pacjenta
System musi umożliwiać planowanie porad kontrolnych, w ramach programu, do lekarza prowadzącego
System umożliwia planowanie grupowej pozycji programu
System musi umożliwiać „ręczne” planowanie zabiegów, polegające na wskazaniu w terminarzu konkretnego wolnego terminu
System musi umożliwiać planowanie zabiegów z uwzględnieniem innych otwartych cykli rehabilitacyjnych.
System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem maksymalnej długości cyklu zabiegowego
System musi uwzględniać ograniczenia liczby wykonań zabiegów w ciągu dnia zabiegowego w ramach danej serii
System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem kontroli kolejności ich wykonania
System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem rezerwacji pacjenta w innych jednostkach
System umożliwia planowanie z możliwością forsowania terminów
System umożliwia planowanie zabiegów z uwzględnieniem ograniczeń na płeć i wiek pacjenta
System umożliwia zaplanowanie jednego dnia zabiegowego i powielenie wybranych terminów na kolejne dni zabiegowe uwzględniając krotność danej pozycji planu leczenia (zabiegu)
Kolorystyczne oznaczenie terminów: zaplanowanych niezatwierdzonych, zaplanowanych zatwierdzonych, zajętych, wolnych, kolidujących z preferencjami pacjenta, niedostępnych, z założoną blokadą/ ograniczeniem
System umożliwia anulowanie całego programu lub wybranych, niezrealizowanych zabiegów z jednoczesnym anulowaniem rezerwacji zasobów
System musi umożliwiać wgląd do terminarza gabinetu na dany dzień
System musi umożliwiać wgląd do terminarza terapeuty na dany dzień
System umożliwia wprowadzenie rozszerzonej postaci skierowania. Oprócz standardowych elementów skierowania system umożliwia uzupełnienie danych skierowania o:
- dane rozpoznania ("rehabilitacyjnego")
- dane programu rehabilitacji (zabiegów)
- dodatkowych informacji o istotnych wynikach badań
System umożliwią wystawienie skierowania wewnętrznego (zlecenia) z dowolnego Gabinetu / Oddziału
System umożliwia wprowadzenie uwag do zlecenia oraz daje możliwość modyfikacji uwag z oznaczeniem daty obowiązywania danej uwagi
System umożliwia zdefiniowanie grup zabiegów wspólnie planowanych



System umożliwia definiowanie schematów planu leczenia
System umożliwia zmianę terminu danego zabiegu
System umożliwia dodanie nowej pozycji programu .
Planowanie pozycji programu z uwzględnieniem preferencji pacjenta. System umożliwia zdefiniowanie i zapamiętanie preferencji pacjenta do planowania terminów zabiegów w zakresie:
- możliwości ustalenia preferowanych godzin realizacji (dla określonych dni tygodnia z możliwością powielenia ustawień na kolejne tygodnie).
- możliwości ustalenia "nieodpowiadających" godzin realizacji (dla określonych dni tygodnia z możliwością powielenia ustawień na kolejne tygodnie).
- oznaczenia dowolności planowania godzin dla wybranych dni tygodnia
- oznaczenia blokady planowania dla wybranych dni tygodnia
- ustawienia mogą być definiowane dla wszystkich lub wybranych tygodni
System umożliwia definiowanie schematów preferencji pacjenta
System umożliwia przeplanowanie terminów zabiegów
System umożliwia przeplanowanie całego cyklu zabiegów
System musi umożliwić wysłanie do pacjenta powiadomienia z informacją o terminie realizacji pierwszego zaplanowanego zabiegu rehabilitacyjnego lub dla każdego zaplanowanego zabiegu.
Realizacja zabiegów
System umożliwia dostęp do bieżącego programu rehabilitacji pacjenta
System umożliwia oznaczenie realizacji zabiegu wcześniej zaplanowanego oraz umożliwia oznaczenie wykonania z pominięciem planowania
System umożliwia realizację grupowej pozycji programu
System musi umożliwić lekarzowi i terapeutce bieżące tworzenie i uzupełnianie dokumentacji medycznej pacjenta,
System musi umożliwić dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta
System musi umożliwiać lekarzowi wystawianie skierowań, recept i zleceń
System musi umożliwiać ewidencję zrealizowanych świadczeń
System musi umożliwiać ewidencję czasu trwania porady i zabiegu
System daje możliwość potwierdzenia wykonania zabiegu na karcie zabiegowej
System na karcie zabiegów umożliwia zmianę terminu danego zabiegu
System umożliwia przerwanie realizacji zabiegu
System musi umożliwiać dostęp (wgląd) do wszystkich wcześniejszych programów rehabilitacji pacjenta. Dostęp wielu programów rehabilitacyjnych jest możliwy, gdy dla pacjenta otwarty jest więcej niż jeden cykl rehabilitacyjny.
System musi umożliwiać wgląd do wszystkich wcześniejszych zleceń i wyników badań pacjenta
System musi umożliwić ewidencję wykonania zabiegów w postaci Karty zabiegów rehabilitacyjnych z możliwością zbiorczego oznaczenia wykonania
System musi umożliwić ewidencję zbiorczego oznaczenia anulowania wszystkich zabiegów pacjenta w ramach danego cyklu
System musi umożliwić ewidencję zbiorczego oznaczenia wykonania wielu zabiegów dla różnych pacjentów
System musi umożliwić ewidencję zbiorczego oznaczenia anulowania wielu zabiegów dla różnych pacjentów
System musi umożliwiać przegląd zabiegów: wykonanych, zaplanowanych, do realizacji
System musi umożliwić zbiorczą generację rozliczeń dla zrealizowanych zabiegów pacjenta.
System musi umożliwić graficzną prezentację:



- oznaczenie wykonania zabiegu
- oznaczenie odrzuconego terminu zabiegu
- oznaczenia niewykonania zabiegu
- oznaczenie nieautoryzowanego zabiegu
System umożliwia oznaczenie realizacji zabiegów typu 'Trening rehabilitacyjny'. Prezentowana jest Karta treningowa, która jest listą parametrów treningowych z możliwością jej wydruku
System wspomaga ewidencję wykonań zabiegów poprzez wykorzystanie czytników kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta, oraz do oznaczenia wykonań realizacji świadczeń.
System umożliwia przypisanie kodu kreskowego do elementu leczenia (zabiegu)
System umożliwia dodanie uwag do realizacji zabiegu
System musi umożliwiać potwierdzenie wykonania zabiegu w karcie zabiegowej pacjenta
System umożliwia dodanie wykonania zabiegu w ramach programu, co oznacza dodanie wykonania kolejnego niezaplanowanego zabiegu w ramach tego samego dnia.
System umożliwia wydruk karty zabiegów rehabilitacyjnych z możliwością określenia (włączenia i wyłączenia) parametrów wydruku takich jak: -podpis pacjenta raz dziennie -podpis rehabilitanta raz dziennie -bez podpisu pacjenta -wydruk grupujący wg dat -wydruk grupujący wg zabiegów
System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
- Księga Badań
- Księga Zabiegów Leczniczych
- Księga Zakładu
- Księga Zdarzeń Niepożądanych
- Księga Oczekujących
- Księga Ratownictwa

**Rozbudowa o moduł Gabinet Zabiegowy, wdrożenie najnowszej wersji
i dostawa licencji OPEN (bez limitu użytkowników)
Wymagania funkcjonalne:**

Gabinet zabiegowy
Obsługa pacjenta w gabinecie
System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu zabiegowego
System umożliwia rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie)
Wspomaganie obsługi pacjenta w gabinecie:
System musi umożliwić przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach:
- dane osobowe,
- podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stałe przyjmowane leki, choroby przewlekłe, szczepienia),
- uprawnienia z tytułu umów komercyjnych,
- historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobyków szpitalnych pacjenta),
- wyniki badań,



- przegląd rezerwacji pacjenta.
Obsługa wizyty obejmuje przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach:
- informacje ze skierowania,
- zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultacji, zabiegów,
- usługi, świadczenia w ramach wizyty,
- wystawione skierowania,
- wykonane podczas wizyty procedury dodatkowe
- wystawianie zaświadczeń i druków na formularzach zdefiniowanych dla wizyty
- wynik badania
- możliwość przechwytywania pojedynczych klatek obrazu z kamery lub innego źródła np. aparatu USG i dołączanie go do wyniku badania
System umożliwia stosowanie słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt
System umożliwia stosowanie „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych w ramach używanych słowników
System umożliwia ewidencję wykonania usług rozliczanych komercyjnie.
Obsługa zakończenia badania/wizyty:
- autoryzacja medyczna badania,
- automatyczne tworzenie karty wizyty/wyniku badania
Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
Automatyczna generacja i przegląd Księgi Zabiegów
Obsługa wyników badań:
- wprowadzanie opisów wyników badań diagnostycznych
- wprowadzanie opisów wyników badań na definiowalnych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania
- autoryzacja wyników badań diagnostycznych
- wydruk wyniku wg wzoru, jakim posługuje się pracownia
- wielokrotny wydruk tego samego dokumentu
Dla zleceń laboratoryjnych, możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań
System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
- Księga Zabiegów
- Księga Badań
- Księga Oczekujących
- Księga Zdarzeń Niepożądanych
- Księga Ratownictwa
System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów Pracowni
Konfiguracja pracy gabinetu
System pozwala na dostosowanie modułu do specyfiki pracy gabinetu zabiegowego, co najmniej w zakresie:
-możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb użytkownika
-możliwości zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla gabinetu
-możliwości wykorzystania zdefiniowanych wcześniej wzorów dokumentów.

**Rozbudowa o moduł Stacja Dializ, wdrożenie najnowszej wersji
i dostawa 3 szt. licencji na nazwanego użytkownika (licencja pływająca)**

Wymagania funkcjonalne:

Stacja Dializ
Zarządzanie konfiguracją i planowaniem usług:
Prowadzenie katalogu usług wykonywanych w Stacji Dializ,
Prowadzenie listy aparatów,
Prowadzenie listy personelu medycznego,
Generacja grafików (terminarzy) z dokładnością do sal i dziennych tur dializ,
Przegląd i modyfikacja danych pacjenta:
Dostęp do skorowidza pacjentów podsystemu Stacja Dializ z możliwością integracji z pozostałymi podsystemami medycznymi (Ruch Chorych, Przychodnia),
Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów.
Rejestracja i modyfikacja grup danych o pacjentach, w tym:
- dane osobowe,
- dane o ubezpieczycielu,
- dane o zatrudnieniu,
- dane o dializach z podziałem na dane ogólne, dane o dostępie naczyniowym, dane o aktualnym statusie na liście biorców,
- wskaźnik „wydializowania” kT/V
Możliwość ograniczenia zakresu wprowadzanych danych w przypadku dializ ostrych,
Przegląd danych archiwalnych pacjenta i śledzenie historii zmian,
Przegląd kontaktów pacjenta ze Stacją Dializ, w zakresie:
- wizyt w Stacji Dializ,
- usług wykonanych pacjentowi w Stacji Dializ z uwzględnieniem personelu wykonującego,
- pobyków na oddziałach szpitalnych,
- wyników badań.
Wprowadzanie zleceń na usługi Stacji Dializ:
- możliwość realizacji zleceń wewnętrznych z innych jednostek organizacyjnych Zamawiającego,
- możliwość wprowadzania zleceń zewnętrznych (skierowań z innych podmiotów).
Wspomaganie planowania dializ w oparciu o grafiki (terminarze) sal i tur:
- rezerwacja wolnych terminów na dializy w oparciu o dostępne aparaty
- możliwość kopiowania zaplanowanych dializ dla pacjentów z tygodnia bieżącego na kolejny,
Przegląd listy zaplanowanych dializ i badań laboratoryjnych,
Wizualizacja (różne kolory) stanu realizacji dializy
Możliwość anulowania zaplanowanych wizyt,
Przegląd i wydruk listy zarejestrowanych pacjentów,
Możliwość pominięcia planowania w przypadku dializ ostrych.
Wspomaganie realizacji wizyty (dializy):
Dostęp do wszystkich kategorii danych o pacjencie zaewidencjonowanych w systemie, w tym danych z poprzednich wizyt,
Ewidencja danych o przebiegu wizyty:
- czas trwania wizyty,
- wykonane procedury,



- podane leki,
- zużyte materiały (w tym dializatory),
- personel wykonujący dializę.
Ewidencja parametrów przebiegu dializy z możliwością kopiowania z poprzedniej wizyty, z podziałem na grupy danych o:
- wykonaniu dializy,
- pacjencie,
- programie dializy,
- płynie,
- wkłuciach,
- ultrafiltracji.
Wprowadzanie zleceń na inne usługi,
Ewidencja danych do rozliczeń z płatnikiem,
Ewidencja wydanych skierowań i innych dokumentów.
Prowadzenie statystyki i dokumentacji medycznej:
Prowadzenie ksiąg, rejestrów:
- Księga Dializ
Możliwość wykorzystania zdefiniowanych szablonów wydruków:
- Przebieg hemodializy,
- Karta informacyjna o wykonanych hemodializach (dla pacjentów niebędących pacjentami stałymi),
- Karta informacyjna o sposobie dializowania (dla pacjentów planujących czasowe dializowanie w innym miejscu).
Możliwość definiowania własnych szablonów wydruków.
Czynności analityczno – sprawozdawcze:
Możliwość wykorzystania raportów wbudowanych, w tym:
- liczba wykonanych hemodializ,
- zestawienie wykonanych hemodializ.
Możliwość definiowania własnych wykazów (moduł Wykazy).
Integracja z innymi modułami systemu medycznego:
- współpraca z modułem Apteczka oddziałowa w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów (w tym dializatorów) oraz aktualizacji stanów magazynowych,
- współpraca z pozostałymi podsystemami medycznymi w zakresie wzajemnego udostępniania danych o pacjentach, danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (w tym Laboratorium),
- współpraca z modułem Dokumentacji formularzowej w zakresie wykorzystania formularzy zaprojektowanych przez użytkownika,
- współpraca z modułami Rachunku Kosztów Leczenia

**OPIS FUNKCJONALNY MODUŁÓW OBECNIE POSIADANYCH
PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO FIRMY ASSECO SYSTEM INFOMEDICA/AMMS**

IZBA PRZYJĘĆ
Obsługa rejestru pacjentów
System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego dla innych modułów medycznych tj.: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna, Oddział
System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów:
- status eWUŚ
- nazwisko, imię i nr PESEL
- identyfikator pacjenta w systemie informatycznym
- rok pobytu
- nr w księdze
- rozpoznanie
- lekarz badający
- pacjenci leczeni we wskazanym roku
- wymagające zafakturowania
System umożliwia rejestrację i modyfikację danych pacjentów
System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej,
System umożliwia przyjęcie pacjenta spoza Unii Europejskiej
System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza
System musi przechowywać historię zmian danych osobowych pacjenta. Wgląd w dane medyczne sprzed zmiany danych osobowych powinno umożliwić przeglądanie i wydruk dokumentacji z danymi pacjenta aktualnymi na dzień tworzenia tej dokumentacji
Podczas wprowadzania danych pacjenta system musi kontrolować ich poprawność, co najmniej w zakresie:
- poprawności wprowadzonego nr PESEL oraz zależności PESEL z pćcią i data urodzenia pacjenta
- poprawności numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy)
Z poziomu danych pacjenta NN musi istnieć możliwość powiązania rekordu pacjenta NN z rekordem pacjenta zarejestrowanego w systemie
System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta:
- w zakresie danych osobowych,
- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych
Rejestracja pacjenta w Izbie Przyjęć
System musi umożliwić pacjenta przyjęcie w trybie nagłym oraz planowym
Dla przyjęć w trybie nagłym, system musi oznaczać pobyt, jako "zagrożenie życia lub zdrowia"
Podczas przyjmowania pacjenta skierowanego z gabinetu lekarskiego, działającego w strukturach jednostki, system powinien informować, że pacjent taki oczekuje na przyjęcie
System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnych, towarzyszących i rozpoznania końcowego
Wprowadzenie danych o rozpoznaniu musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10
System powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań z: poprzedniej jednostki, poprzedniej hospitalizacji, poprzedniego pobytu w Izbie Przyjęć.
System musi umożliwiać:
- wprowadzenie danych ze skierowania,
- wprowadzenie danych płaćnika
- wpisanie wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub dedykowanego



formularza
- wpisanie wywiadu przedporodowego
- uzupełnienie danych niezbędnych do wystawienia Karty Statystycznej Psychiatrycznej
System musi umożliwić odnotowanie wykonanych elementów leczenia tj:
- procedury,
- podane leki,
- konsultacje.
Podczas uzupełniania danych wywiadu lub badania wstępnego, system musi umożliwić wykorzystanie informacji uzupełnionych wcześniej tj: wywiad wstępny, rozpoznanie wstępne lub rozpoznanie ze skierowania, badanie fizykalne wstępne
System powinien umożliwiać wprowadzenie informacji o dokumentach uprawniających do uzyskania świadczeń
System powinien umożliwiać śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.
System powinien umożliwić rejestrację informacji o wymaganym transporcie medycznym pacjenta
System powinien umożliwić rejestrację informacji o planowanym czasie hospitalizacji
System musi posiadać możliwość ewidencji usług rozliczanych komercyjnie
Zakończenie pobytu w Izbie Przyjęć
Rejestracja opuszczenia Izby Przyjęć przez pacjenta powinna umożliwiać wybór jednego z trybów:
- skierowanie na oddział,
- przeniesienie pacjenta na inną izbę przyjęć,
- odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala, skutkująca z wpisem do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych,
- zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia, skutkująca wpisem do Księgi Oczekujących,
- zgon pacjenta na Izbie Przyjęć, skutkujący wpisem do Księgi Zgonów.
System musi umożliwiać cofnięcie skierowania na oddział lub inną izbę przyjęć
Po zatwierdzeniu skierowania pacjenta do oddziału system drukuje opaskę z kodem kreskowym identyfikującym pacjenta
System umożliwia drukowanie wielu etykiet opatrzonym identyfikatorem pacjenta np. w postaci kodu paskowego
Podczas kierowania pacjenta na oddział, system podpowiada planowaną liczbą dni pobytu
System musi umożliwić autoryzację danych Izby Przyjęć,
System musi umożliwić ewidencję danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ
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 musi umożliwiać obsługę dokumentacji zbiorczej tj:
- Księga Główna,
- Księgi Izby Przyjęć,
- Księga Oczekujących,
- Księga Odmów i Porad Ambulatoryjnych,
- Księga Zabiegów,
- Księga Depozytów,
- Księga Zgonów,



- Księga Ratownictwa,
- Książka transfuzyjna.
System musi posiadać wbudowane raporty standardowe:
- Ruch chorych Izby Przyjęć – osobowy,
- Ruch chorych Izby Przyjęć – sumaryczny.
- liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie.
Musi istnieć możliwość przygotowania rejestru osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego przyjętych na podstawie art. 26 - zobowiązanie do leczenia
Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów w oparciu o zgromadzone w systemie dane
System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej,
System musi zapewniać integrację z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:
Integracja z innymi elementami systemu w zakresie:
- ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa)
- wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu,
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
Obsługa rejestru pacjentów
System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w tym:
- stan pacjenta
- status pacjenta (przystany z IP, przebywający na oddziale, skierowany do innej jednostki, na przepustce, uciekinier)
- status eWUŚ
- identyfikator pacjenta
- lekarz prowadzący
- nazwisko i imię
- nr księgi głównej
- rozpoznanie
- płatnik
- nr kartoteki i karty pacjenta
- zlecenia modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin
- z aktualnymi zleceniami leków
- obsługiwani w innych jednostkach
- z przepustkami do zatwierdzenia
- zlecenia leków do potwierdzenia
- obsługiwani w trybie IOM
- bez opisu historii choroby
- daty urodzenia
- wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego z opaski
- osoby poniżej określonego wieku (roku życia)



System musi umożliwić modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale.
System musi umożliwić przeglądanie danych archiwalnych pacjenta w zakresie:
- danych osobowych,
- danych z poszczególnych pobytów szpitalnych,
- danych z poszczególnych wizyt ambulatoryjnych
- danych o wykonanej diagnostyce
System musi umożliwiać rejestrację i śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.
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 umożliwić rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia do Oddziału, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć lub innej jednostki kierującej (inny oddział)
System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi Oczekujących Oddziału,
System powinien prezentować czas, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, w tym hospitalizacji o tym samym rozpoznaniu, co aktualna
Podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać:
- nadanie numeru Księgi Oddziałowej – automatycznego lub wpisanie przez użytkownika,
- wprowadzenie danych lekarza prowadzącego,
- możliwość modyfikacji danych płatnika,
- wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka,
- wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji do celów statystycznych, np. całodobowa z zabiegiem operacyjnym, dzienna z bez zabiegów i badań laboratoryjnych, itp.
- podpowiadanie czasu trwania pobytu na oddziale. System powinien umożliwiać określanie domyślnej liczby dni pobytu dla oddziałów
Pobyt pacjenta na oddziale
System musi umożliwić rejestrację wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy,
System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnego, końcowego, przyczyny zgonu,
System musi podpowiadać rozpoznanie wstępne – oddziałowego, takie samo, jak rozpoznanie z poprzedniego pobytu
Podczas rejestracji danych dot. pobytu system, w zależności od statusu pobytu, podpowiada do wypełnienia odpowiedni typ rozpoznania. Jeśli pobyt nie posiada statusu "zamknięty" to domyślnie podpowiadany rozpoznaniem, jest rozpoznaniem wstępnym
System powinien sygnalizować brak rozpoznania dodatkowego z zakresu V-Y przy podanym rozpoznaniu zasadniczym z grup S-T
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 rejestrację informacji o zdeponowanych przez pacjenta rzeczach, z wpisem do wybranej książki depozytów
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 przyjęcia pacjenta na oddział.
Dla oddziału psychiatrycznego, system powinien umożliwiać wyliczanie długości pobytu zależnej od rozpoznania
System musi informować o przeterminowanych pobytach w zależności od rozpoznania
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 rejestrację wykonanych oraz zleczonych pacjentowi elementów leczenia, w szczególności:
- procedur, w tym zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup
- badań diagnostyczne,
- leków,
- konsultacji,
- diet,
Powinna istnieć możliwość jednoczesnego dodawania i usuwania wielu procedur
System musi umożliwić ewidencję przepustek
W danych medycznych pacjenta musi istnieć możliwość rejestracja informacji o szczepieniach, alergii, chorobach przewlekłych, grupie krwi. Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu.
Dla grupy krwi powinna być możliwość potwierdzenia przez lekarza oraz możliwość załączenia skanu dokumentu potwierdzającego grupę
Ewidencja danych do rozliczenia kontraktowanych produktów z płatnikiem, w tym rozliczanie kart TISS28,
System powinien umożliwiać powielanie, już zarejestrowanych kart TISS28
System musi umożliwić tworzenie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego
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 INCP
- ustalenie listy diagnoz preferowanych dla jednostki
- przegląd diagnoz z poprzednich pobytów pacjenta
- 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 powinien umożliwiać wskazanie przebiegów pielęgniarских, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru pielęgniarского
Powinna istnieć możliwość zdefiniowania, dla jednostki organizacyjnej, domyślnych diagnoz, które będą przypisywane pacjentowi w momencie jego przyjęcia na oddział
System musi umożliwiać wydruk karty gorączkowej z możliwością wyboru pomiarów, jakie powinny pojawić się na karcie
Ewidencja pomiarów dokonywanych pacjentowi wg ustalonej przez użytkownika kolejności
System powinien umożliwiać definiowanie słowników wartości mierzonych i korzystnie 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 ewidencję przebiegów pielęgniarских
System musi umożliwiać wprowadzanie opisów zaleceń pielęgniarских
System musi umożliwiać wprowadzanie opisów wywiadu pielęgniarского
System musi umożliwiać wprowadzanie informacji o stopniu sprawności pacjenta
System musi umożliwiać wprowadzanie opisów historii pielęgnowania
System musi umożliwiać rozszerzenie definicji diagnoz i procedur pielęgniarских o diagnozy i interwencje wg klasyfikacji INCP
System musi umożliwiać wybór diagnoz i procedur pielęgniarских dla pacjenta wg kodów i nazw klasyfikacji INCP
System musi umożliwiać rejestrację przebiegu pielęgniarского bezpośrednio z listy pacjentów
System musi umożliwiać określanie kategorii opieki pielęgniarской dla pacjenta
System musi umożliwiać automatyczne ustalanie kategorii opieki pielęgniarской dla pacjenta, na podstawie kategorii określanych dla kryteriów: aktywność fizyczna, odżywianie, wydalanie
System musi umożliwiać wydruk przebiegów pielęgniarских
Musi istnieć możliwość wykorzystania zdefiniowanych formularzy do opisu przebiegu pielęgniarского
Tworzenie zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów oddziału z możliwością przeliczenia ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet
Możliwość uzupełnienia zapotrzebowania żywnościowego o zamówienia dodatkowych posiłków i materiałów
Musi istnieć możliwość odnotowania podania leku należącego do pacjenta
System musi umożliwić tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta
Podczas tworzenia dokumentu oceny stanu odżywiania, system powinien uzupełniać dokument danymi ostatnich pomiarów
Oddział ginekologiczno - położniczy
System musi umożliwić ewidencję danych porodu, co najmniej w zakresie:
- wywiadu przedporodowego (badania położniczego)
- wpis do Księgi 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
Dla porodów zabiegowych musi istnieć możliwość odnotowania rodzaju porodu:
- cesarskie cięcie



- kleszcze
- próżnościąg
- zlecenie porodu zabiegowego kierowane na blok porodowy
Musi istnieć możliwość drukowania karty obserwacji porodu
System powinien umożliwiać określanie reguł nadawania imion noworodkom
Na oddziale Neonatologicznym, w danych medycznych noworodka wgląd w dane porodu i dane matki
Zakończenie pobytu
System musi umożliwić rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:
- przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział.
- 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 po zarejestrowaniu zgonu pacjenta
-- rodzaju zgonu: nagły, śródoperacyjny, śródzabiegowy, inny
-- oznaczenia pacjenta, jako dawcy organów
-- wycofanie aktywnych deklaracji POZ
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.
Podczas rejestracji wypisu system powinien odnotowywać datę archiwizacji o nr kartoteki pacjenta
Przygotowanie dokumentacji medycznej
System musi umożliwić autoryzację danych oddziałowych, co najmniej w zakresie:
- rozpoznai,
- epikryz,
- obserwacji lekarskich.
Danych autoryzowanych nie można usunąć ani modyfikować, jedynie oznaczyć jako nieaktualne
Podczas wpisywania treści rozpoznania opisowego, system musi umożliwiać wykorzystanie wszystkich tekstów zapisanych wcześniej w historii choroby pacjenta.
Możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej
Możliwość definiowania własnych szablonów wydruków,
Możliwość definiowania własnych wykazów
System musi informować o konieczności utworzenia właściwego dokumentu w oparciu o informacje o wyniku badania (patogen alarmowy)
Przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów
Przegląd i modyfikacja pełnej historii choroby, wszystkie jej elementy powinny być dostępne w jednym miejscu, na jednym ekranie
Prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na:
- dane przyjęciowe,



- wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo),
- przebieg choroby,
- epikryza (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 Wypisowa,
- 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,
- Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej,
- Karta Zgonu,
- Karta TISS28,
- recept,
- zwolnień
- skierowań
System powinien umożliwić wystawienie recepty na lek wymieniony we wskazaniach
System powinien umożliwić, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zleczanych podczas hospitalizacji
System musi umożliwić obsługę ksiąg:
- Księga Główna,
- Oddziałowa,
- Oczekujących,
- Zgonów,
- Noworodków,
- Zabiegów.
- Raportów Lekarskich
- Raportów Pielęgniarskich
Podczas wydruku zbiorczej dokumentacji medycznej musi istnieć możliwość definiowania zakresów 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 (dziennie, tygodniowe, za dowolny okres)
- liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie
- obłożenie łóżek na dany moment
- diety podane pacjentom oddziału.
- zaświadczenie o pobycie pacjenta zawierające: nazwisko i imię pacjenta, nazwę oddziału(kliniki), okres pobytu, rozpoznanie zasadnicze
- raport z dyżuru lekarskiego

- raport z przebiegów pielęgniarstwa powinien uwzględniać sortowanie w porządku malejącym lub rosnącym wg daty wykonania i osoby wykonującej
- raport kategorii opieki pielęgniarstwa powinien uwzględniać liczbę pacjentów z podziałem a kategorie dla każdego oddziału lub odcinka na dzień
Integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa),
Integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna).
APTEKA
Rejestracja umowy z dostawcą wyłonionym w drodze postępowania przetargowego
Konfiguracja magazynu apteki:
- możliwość wykorzystania słowników: leków, grup ATC, nazw międzynarodowych,
- możliwość definiowania własnych grup leków (globalnych i lokalnych),
- możliwość tworzenia lokalnych słowników leków dla magazynów,
- możliwość wyszukiwania leku na podstawie kodu EAN13 lub EAN 128
- możliwość definiowania własnych dokumentów (np. rozchód darów, przyjęcie bezpłatnych próbek itp.),
- możliwość numerowania dokumentów wg definiowanego wzorca.
- możliwość drukowania etykiet na szuflady w magazynie apteki
Sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Zamówienia mogą być przygotowywane na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych,
Podczas składania zamówienia do dostawcy powinna istnieć możliwość oznaczenia zamawianego leku, jako zamiennika do leku będącego przedmiotem zawartej umowy
Ewidencja dostaw(przychód):
- dostawa od dostawców, z możliwością wprowadzania ich drogą elektroniczną (możliwość rejestrowania również dostaw niefakturowanych),
- sporządzanie preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych,
W dokumencie produkcji leku recepturowego musi być możliwość podglądu składników leku
- sporządzanie roztworów spirytusowych,
- import docelowy zakładowy i indywidualny,
- zwrot z oddziałów z aktualizacją stanów apteczki,
- dary.
W dokumencie przychodu próbek powinna istnieć możliwość rejestracji danych osoby dostarczającej próbkę oraz nazwę podmiotu odpowiedzialnego.
W dokumencie przychodu leku wykorzystywanego w programie badań klinicznych powinna istnieć możliwość uzupełnienia numeru protokołu.
Ewidencja dostaw na podstawie kodu EAN13 lub EAN 128. W przypadku braku pozycji o podanym kodzie system powinien uzupełnić dane leku
Korekta dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
Modyfikacja dokumentów dostawy min w zakresie korekty części dostawy
System powinien umożliwiać obsługę zleceń z oddziału, w szczególności zleceń na pacjenta leków cytostatycznych
Ewidencja wydań (rozchodów):

- wydawanie na oddziały za pomocą dokumentów RW lub MM na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych (współpraca z apteczką oddziałową),
Ewidencja wydań na podstawie kodów EAN13 i EAN 128
- możliwość elektronicznego potwierdzenia realizacji zamówienia z oddziału
- wydawanie na zewnątrz,
- zwrot do dostawców,
- korekta zwrotu do dostawców,
- ubytki i straty nadzwyczajne,
- korekta wydań środków farmaceutycznych,
- definiowanie i kontrola limitów wartościowych leków wydawanych do komórek organizacyjnych
- prezentacja wartości w postaci ułamkowej
Rezerwacja stanów magazynowych
Korekta stanów magazynowych:
- korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury z dokładnością do dostawy lub asortymentu,
- generowanie arkusza do spisu z natury,
- bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego,
- system sprawdza, czy występują różnice inwentaryzacyjne. W przypadku braku różnic informuje o tym użytkownika.
- odnotowanie wstrzymania lub wycofania leku z obrotu,
- kontrola dat ważności oraz możliwość zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych.
Przegląd stanów magazynowych bieżących oraz na wybrany dzień.
Wspieranie obsługi i kontroli zamówień (w tym publicznych):
- przekazywanie listy asortymentowo - wartościowej leków do modułu realizującego funkcjonalność Obsługi zamówień i przetargów,
- pobieranie zwycięskiej oferty (umowy),
- kontrola realizacji dostaw i poziomu cen w ramach zwycięskiej oferty (umowy).
Możliwość współpracy z blistownicą przepakowującą leki w dawki jednostkowe (unit dose)
Obsługa cytostatyków
- realizacja zamówienia na produkcję leku cytostatycznego
Obsługa żywienia pozajelitowego
Czynności analityczno-sprawozdawcze:
Raporty i zestawienia:
- na podstawie rozchodów,
- na podstawie przychodów,
- na podstawie stanów magazynowych,
- możliwość wydruku do XLS
- raport realizacji zamówień wewnętrznych
Możliwość przekazywania wszystkich wydruków do plików w formacie PDF
Generator raportów (możliwość definiowania własnych zestawień) .
Wspomaganie decyzji farmakoterapeutycznych:
- przechowywanie informacji o leku,



- wstrzymanie, wycofanie decyzją GIF
- odnotowywanie działań niepożądanych.
- możliwość definiowania receptariusza szpitalnego
Integracja z innymi modułami realizującymi funkcjonalność w zakresie:
Finanse – Księgowość:
- dostępność funkcji wartościowego, syntetycznego zapisu obrotu materiałowego na kontach księgi głównej FK,
- możliwość zapisu dokumentów rozchodowych (koszty) na poziomie wydania z magazynu apteki,
- możliwość zapisu dokumentów rozchodowych (koszty) na poziomie wydania z magazynu apteczki oddziałowej,
- możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu do FK,
- możliwość wykorzystania słowników FK: kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów.
- w zakresie udostępnienia indeksu leków i danych o aktualnych cenach leków do określenia normatywów materiałowych świadczeń (w zakresie leków).
Ruch Chorych, Przychodnia:
- w zakresie skorowidza pacjentów.
Kontrola interakcji pomiędzy składnikami wybranych leków
System musi umożliwiać definiowanie zamienników dla wybranych leków
W systemie musi być możliwość przypisania leku do grupy odpowiedników/zamienników
System umożliwia obsługę magazynu depozytów w szczególności:
- konfigurację magazynu depozytów obejmującą możliwość definiowania dokumentu oraz możliwość oraz karty materiału depozytowego
- obsługę dokumentów:
-- przyjęcie materiałów w depozyt
-- faktura depozytowa
-- korekta faktury depozytowej
-- rozchód depozytowy na pacjenta
-- rozchód depozytowy bez pacjenta
-- korekta rozchodu depozytowego
- zamówienia do dostawcy:
-- generowanie zamówienia na podstawie rozchodu depozytowego
-- tworzenie zamówienia depozytowego bez wskazania pacjenta
- Kontrola realizacji zamówień do dostawców oraz umów przetargowych.
- Raporty:
-- na podstawie przychodów
-- na podstawie rozchodów
-- raport z produkcji cytostatyków
-- możliwość zapisu w formacie xls
- eksport do Systemu Finansowo Księgowego
- możliwość przeglądu historii eksportów do FK
Powiadomienie o nowym zamówieniu z Apteczek Oddziałowych
Akceptacja dokumentów
System musi umożliwiać wyświetlenie powiadomień o umowach z apteki, dla których kończy się termin ważności.

APTECZKA ODDZIAŁOWA
Generowanie zamówień do apteki głównej,
Kontrola interakcji pomiędzy składnikami leków z zamówienia
Obsługa magazynu apteczki oddziałowej:
Wydawanie środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej:
- wydawanie na oddział/pacjenta (współpraca z aplikacjami medycznymi np. Ruch Chorych, Przychodnia),
- zwrot do apteki,
- ubytki i straty nadzwyczajne,
- korekta wydań środków farmaceutycznych.
Korekta stanów magazynowych:
- korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury,
- generowanie arkusza do spisu z natury,
- bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego.
Możliwość definiowania receptariusza oddziałowego
Możliwość obsługi apteczek pacjentów (leki własne pacjenta)
System musi umożliwić podpowiadanie ilości leków podczas dodawania ich do zamówienia wewnętrznego, w oparciu o aktualne zlecenia leków oraz w oparciu o stany minimalne
System musi umożliwiać oznaczenie zamówienia wewnętrznego, jako pilne.
ZLECENIA
Zlecenie leków:
System musi umożliwiać planowanie i zlecenie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej
System musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji
System musi pozwalać na zlecenie leków wg nazwy handlowej i międzynarodowej
System musi umożliwiać zlecenie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania, co X godzin i Y minut
System musi pozwalać na wyróżnianie kolorem zleceń leków zleczanych z innych magazynów
Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać:
- podgląd karty leków
- kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami
Podczas zlecenia antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka, WRZ
System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków
Musi istnieć możliwość zlecenia leków:
- recepturowych
- chemioterapii
- zlecenie chemioterapii z wykorzystaniem schematów leczenia
- pomp infuzyjnych
- możliwość określenia drogi podania leków
Musi istnieć możliwość wydruku tacy leków z podaniem nazwiska osoby drukującej i czasu wydruku
Na tacy leków musi być drukowana informacja, dla każdego pacjenta, zleconym o leku, godzinie podania, dawce i drodze podania



Podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku
Podczas odnotowania podania leku system powinien umożliwiać wybór serii leku
Leki, podawane z wykorzystaniem systemu Unit-Dose powinny być jednoznacznie oznaczone
Zlecenie badań
Dla pobytów oznaczonych „zagrożenie życia lub zdrowia” wszystkie zlecenia powinny być opatrzone statusem PILNE
System musi umożliwić planowanie i zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji przekazywanych z jednostek Zamawiającego, w tym:
- z Oddziału do: Pracowni Patomorfologicznej, Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, Bloku operacyjnego, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium
System powinien umożliwiać zlecenie wielu różnych badań w jednym miejscu, opatrzone wspólnym nagłówkiem i komentarzem
System powinien podpowiadać, na zleceniu, rozpoznania zasadniczego a w przypadku jego braku rozpoznania wstępnego
Możliwość utworzenia zlecenia laboratoryjnego z wykorzystaniem predefiniowanej karty kodów kreskowych
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 badania. 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 umożliwiać planowanie i zlecenie badań i konsultacji w ramach zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów)
System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych:
- kompleksowych,
- panelowych,
- cyklicznych.
System powinien umożliwiać zapisanie zleconych badań, jako panelu zleceń do wykorzystania w późniejszym terminie
Powinna istnieć możliwość przepisania opisu zlecenia z poprzedniego zlecenia
Powinna istnieć możliwość dwuetapowego wprowadzania zlecenia (wpisanie oraz potwierdzenia),
System musi umożliwiać powtarzanie zleceń, co określony interwał czasu
System musi umożliwiać przegląd zleceń według ustalonych przez użytkownika kryteriów:
- dla pacjenta,
- typu zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku),
- okresu.
Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania.
System musi umożliwiać wydruki zleceń, w tym:
- dzienne zestawienie leków dla pacjenta,
- dzienne zestawienie badań do wykonania.
Musi istnieć możliwość wydruku wszystkich 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,
Musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzaniem 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 liczbowych w postaci graficznej (badanie trendu)
System musi umożliwić graficzną prezentację wyników badań z uwzględnieniem, na osi czasu, podanych leków i wykonanych procedur
Podczas przeglądania wyników badan powinny być widoczne informacje o osobach realizujących badanie
STATYSTYKA MEDYCZNA
Statystyka Ruchu Chorych
Obsługa rejestru pacjentów
System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów z możliwością integracji z innymi systemami medycznymi (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna)
System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:
- identyfikator pacjenta
- data urodzenia i miejsce
- imię ojca i matki
- miejsce urodzenia
- płeć
- PESEL opiekuna
- nazwisko rodowe matki
- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
- pobyt w jednostce
- pobyt w okresie
- nr telefonu
- adres e-mail
- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością
- przyjęty: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanym tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:
- płeć (męska, żeńska, nieznaną)
- fragment (frazę) opisu pacjenta
- przyjęty: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów,
Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:
- w zakresie danych osobowych,
- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych
System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,
System musi umożliwić obsługę ksiąg:
- Księga Główna,



- Księga Odmów,
- Księga Zgonów,
- Księga Noworodków,
- Księga Oczekujących,
- Księga Ratownictwa
- Księga Transfuzji
- Księga Badań
- Księga Oddziałowa
- Księga Zabiegów
Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego
System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO
Podczas rejestracji karty musi istnieć możliwość zarejestrowania, co najmniej:
- numer karty
- etap
- lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ)
- status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana)
- data wersji od
Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą
Podczas tworzenia karty system powinien umożliwiać edycję daty ważności
Raporty i wydruki statystyki
System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków,
System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów
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 (dziennie, 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,
- 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
System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wymaganych do zapewnienia komunikacji z instytucjami nadrzędnymi, w tym:
- Oddziały NFZ,



- PZH.
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.
System powinien umożliwiać obsługę statystyki rozliczeniowej i medycznej
Obsługa rejestru pacjentów
System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów z możliwością integracji z innymi systemami medycznymi (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna)
System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:
- identyfikator pacjenta
- data urodzenia i miejsce
- imię ojca i matki
- miejsce urodzenia
- płeć
- PESEL opiekuna
- nazwisko rodowe matki
- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
- pobyt w jednostce
- pobyt w okresie
- nr telefonu
- adres e-mail
- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością
- przyjęty: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanym tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:
- płeć (męska, żeńska, nieznaną)
- fragment (frazę) opisu pacjenta
- przyjęty: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów,
Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:
- w zakresie danych osobowych,
- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych
System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,
System musi umożliwić obsługę ksiąg:
- Księgi Przychodni
- Księga Odmów,
- Księga Zgonów,
- Księga Oczekujących,
- Księga Badań
System powinien umożliwiać dostęp do wszystkich ksiąg placówki Zamawiającego
Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego
System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO

Podczas rejestracji karty musi istnieć możliwość zarejestrowania, co najmniej:
- numer karty
- etap
- lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ)
- status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana)
- data wersji od
Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą
Podczas tworzenia karty system powinien umożliwiać edycję daty ważności
Raporty i wykazy statystyki
· System powinien umożliwiać tworzenie raportów, wykazów statystyki, w szczególności:
· Raport rozpoznawczy zestawienie syntetyczne i analityczne ilości rozpoznawczych każdego rodzaju w rozbiciu na pacjentów i jednostki wykonujące
· Wykonane badania wg płatnika i jednostki kierującej zestawienie ilości wykonanych badań poszczególnych rodzajów, z podziałem na jednostki wykonujące, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących
· Lista pacjentów przyjętych przez lekarza zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie, w wybranych gabinetach, przez wybranych lekarzy
· Zestawienie statystyczne pacjentów zestawienie syntetyczne lub analityczne (dla poszczególnych dni zadanego okresu) liczby pacjentów przyjętych w wybranych/wszystkich gabinetach w rozbiciu na dorosłych i dzieci z podziałem na płeć oraz pacjentów pierwszorazowych i kontynuację leczenia
· Raport obciążenia gabinetów zestawienie liczby wykonanych badań w poszczególnych dniach zadanego okresu dla wybranych/wszystkich gabinetów, dla poszczególnych lekarzy
· Wykonane procedury syntetyczne i analityczne (dla poszczególnych dni zadanego zakresu) zestawienie liczby procedur danego rodzaju wykonanych w zadanym okresie, w wybranych/wszystkich gabinetach, dla wybranego/wszystkich ubezpieczycieli i płatników
· Zestawienie zrealizowanych badań zestawienie liczby badań wykonanych pacjentom (podstawowe dane pacjenta) wraz z rozpoznaniem i procedurami
· Lista zarejestrowanych/przyjętych pacjentów zestawienie ilości zarejestrowanych pacjentów do wybranego gabinetu
· Liczba usług wykonanych przez lekarza zestawienie ilości usług wykonanych w jednostce przez danego lekarza
· Zestawienie liczby przyjętych pacjentów zestawienie liczby pacjentów przyjętych przez daną jednostkę i lekarza w ramach określonego pakietu świadczeń z podziałem na grupy wiekowe
· Lista wykonanych usług lista usług wraz z danymi takimi jak: jednostka i lekarz kierujący, miejsce i data wykonania, dane o wartości usługi, opłacie kontrahenta, opłacie pacjenta dla wybranych lub wszystkich: umów, pacjentów, świadczeń, instytucji i lekarzy kierujących oraz jednostek i lekarzy wykonujących
· Zestawienie wystawionych skierowań syntetyczne i analityczne (wg daty wystawienia) zestawienie ilości wystawionych skierowań na określone badania/usługi z podziałem na lekarzy wystawiających i/lub jednostki, w których wystawiono skierowanie dla wybranych lub wszystkich; jednostek, lekarzy kierujących, usług, statusów realizacji
· Deklaracje raport personalny zestawienie liczby osób zadeklarowanych w wybranym miesiącu danego roku
· Kolejki oczekujących zestawienie kolejek oczekujących w ujęciu syntetycznym (dane całej kolejki) i analitycznym (z danymi oczekujących pacjentów)
· Zestawienie wykonanych usług lista pacjentów z wykonanymi usługami i procedurami oraz z danymi o instytucji, jednostce i lekarzu kierującym dla wybranej jednostki wykonującej w zadanym okresie
· Zestawienie wykonanych usług pacjenta lista usług wykonanych w określonym czasie dla wybranego pacjenta z wyszczególnieniem danych o wartości i opłatach
Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów syntetyczne i analityczne (pacjenci) zestawienie liczby udzielonych porad danego rodzaju z podziałem na: miejscowości zamieszkania, pacjenta lub typ porady w zadanym okresie, dla wybranych lub wszystkich gabinetów i wybranego rodzaju wizyty (pierwszorazowa, kolejna)



ROZLICZENIA Z NFZ
Zarządzanie umowami NFZ
Możliwość obsługi i rozliczeń z wieloma oddziałami NFZ
Import pliku umowy w postaci komunikatu UMX,
Przegląd i modyfikacja szczegółów umowy:
- Okres obowiązywania umowy,
- Pozycje planu umowy,
- Miejsca realizacji świadczeń
- Limity na realizację świadczeń i ceny jednostkowe,
- Słowniki związane z umowami (słownik zakresów świadczeń, świadczeń jednostkowych, pakietów świadczeń, schematów leczenia itd.)
- Parametry pozycji pakietów świadczeń
Moduł korzysta bezpośrednio z danych zaewidencjonowanych na oddziałach i w poradniach bez konieczności importu i kopiowania danych
Weryfikacja wprowadzonych pozycji rozliczeniowych pod kątem zgodności ze stanem, po wczytaniu aneksu umowy (ze wstecznym okresem obowiązywania). Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych, w których znaleziono różnice
- Różnica w cenie świadczenia,
- Różnica w wadze efektywnej świadczenia,
- Różnica w sposobie obliczania krotności i okresu sprawozdawczego,
Definiowanie dodatkowych walidacji
- Liczba realizacji świadczeń w okresie,
- Liczba realizacji świadczeń w ramach zakresu w okresie,
Możliwość ewidencji i rozliczenia realizowanych świadczeń
- Ubezpieczonym,
- Nieubezpieczonym a uprawnionym do świadczeń,
- Uprawnionym na podstawie decyzji wójta/burmistrza
- Uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,
- Uprawnionym na podstawie Karty Polaka
- Kobietom w ciąży, w okresie połogu oraz młodzieży do 18 roku życia
System powinien umożliwić wyłączenie automatycznej generacji podczas odmowy na Izbie Przyjęć lub SOR, zgodnie z załącznikiem nr 5 do 89/2013/DSOZ
System weryfikuje pobyty dłuższe niż 1 doba, dla SOR i IP
Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących
- Numeru umowy,
- Zakresu świadczeń,
- Wyróżnika
- Świadczenia jednostkowego,
Możliwość wprowadzenia dodatkowego poziomu kontroli wprowadzonych świadczeń poprzez funkcjonalność autoryzacji świadczeń przez osobę uprawnioną
Przegląd informacji o posiadanych przez pacjenta uprawnieniach do świadczeń w każdym dniu pobytu
Po otrzymaniu informacji z NFZ, uprawniony użytkownik Działu rozliczeń musi mieć możliwość modyfikacji danych

Sprawozdawczość z oddziałów NFZ w zakresie komunikacji przez pocztę elektroniczną musi odbywać się automatycznie, z poziomu systemu HIS
W przypadku komunikatów, w których NFZ wymaga kompresowania lub szyfrowania danych, operacje te muszą odbywać się automatycznie w systemie HIS
System musi umożliwić harmonogramowanie eksportów danych: o wyznaczonej godzinie, co określoną liczbę godzin, za określoną liczbę godzin
Weryfikacja zestawów świadczeń pod kątem poprawności i kompletności wprowadzonych danych
Wyszukiwanie pozycji błędnie potwierdzonych w komunikatach zwrotnych NFZ
Wyszukiwanie po numerach w księgach
Wyszukiwanie zestawów bez zaewidencjonowanych procedur ICD9
Wyszukiwanie zestawów po numerze paczki, w której wyeksportowano dane do NFZ
Wyszukiwanie po instytucji kierującej
Wyszukiwanie po personelu kierującym/ realizującym
Wyszukiwanie zestawów bez pozycji rozliczeniowych
Wyszukiwanie zestawów z niekompletnymi danymi rozliczeniowymi
Wyszukiwanie pozycji rozliczeniowych, które nie zostały jeszcze rozliczone
Wyszukiwanie po statusie rozliczenia
Wyszukiwanie zestawów zawierających rozliczenia ze wskazanej umowy
Wyszukiwanie zestawów zawierających wskazane świadczenie jednostkowe
Wyszukiwanie zestawów świadczeń z JGP wyznaczoną w zadanej wersji
Wyszukiwanie zestawów świadczeń ratujących życie i zdrowie
Wyszukiwanie zestawów świadczeń zrealizowanych dla wybranych uprawnień pacjenta
Wyszukiwanie świadczeń, które zostały skorygowane, a informacja o skorygowaniu nie została sprawozdana do systemu NFZ
Generowanie i eksport komunikatu fazy I (komunikat SWIAD) w aktualnie obowiązującej wersji publikowanej przez płatnika
Import potwierdzeń do danych przekazanych w komunikacie I fazy (komunikat P_SWI)
Import danych z pliku z szablonami rachunków (komunikat R_UMX)
Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością POZ
- Eksport komunikatu DEKL – informacje o deklaracjach
- Eksport komunikatu ZBPOZ – informacje o świadczeniach zrealizowanych w ramach POZ
Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością POZ
- Import komunikatu P_DEK – potwierdzenia danych dla przestanych deklaracji
- Import komunikatu Z_WDP – wyniki weryfikacji deklaracji
- Import komunikatu Z_RDP – rozliczenia deklaracji
Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących
- Eksport komunikatu LIO CZ – informacje o statystykach kolejek oczekujących
- Eksport komunikatu KOL – informacje o oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne
Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących
Import komunikatu P_LIO – potwierdzenie statystyk przekazanych w komunikacie LIO CZ
Przegląd szablonów rachunków wygenerowanych i przekazanych przez płatnika
Generowanie i wydruk rachunków na podstawie szablonów



Generowanie i wydruk faktur na podstawie rachunków
Generowanie i wydruk zestawień i raportów związanych ze sprawozdawczością wewnętrzną (możliwość śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego)
Raport z wykonanych świadczeń z możliwością ograniczenia danych do m.in.:
- Numeru umowy,
- Zakresu miesiący sprawozdawczych,
- Miesiąca rozliczeniowego,
- Jednostki realizującej,
- Zakresu świadczeń i wyróżnika,
- Świadczenia,
- Numeru szablonu
- Uprawnienia pacjenta do świadczeń
Zestawienie z realizacją planu umowy,
Zestawienie wykonań przyrostowo,
Zestawienie wykonań według miejsc realizacji
Sprawozdanie rzeczowe
Eksport danych do formatu XLS
Generowanie i wydruk dokumentów związanych ze sprawozdawczością wymaganą przez OW NFZ
Sprawozdanie finansowe,
Zestawienie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni,
Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (UE),
Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy (decyzja wójta/burmistrza),
Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom nieubezpieczonym, rozliczanym na podstawie art. 12 lub art. 13 ustawy
Wyliczanie kosztów porady u pacjenta nieubezpieczonego
Załącznik nr 4 do umowy - chemioterapia
Załącznik nr 4 do umowy – programy terapeutyczne
Załączniki do umów POZ
Ewidencja faktur zakupowych
Import słownika produktów handlowych (komunikat PRH)
Możliwość przekodowania produktów handlowych na leki
Ewidencja faktur zakupowych
Generowanie i eksport faktur zakupowych do NFZ w aktualnym formacie komunikatu FZX
Import potwierdzeń do faktur zakupowych (komunikat FZZ)
Generowanie i wydruk załącznika nr 4 do umowy – ewidencja faktur zakupowych
Obsługa sprawozdawczości w zakresie POZ
Dla świadczenia POZ transport, system powinien sprawdzać czy w danych wizyty został wpisany cel transportu, w przeciwnym razie powinien podpowiadać domyślna wartość, ze słownika
System powinien umożliwiać definiowanie minimalnej i maksymalnej liczby pacjentów uczestniczących w sesjach
System powinien umożliwiać wykorzystanie słownika jednostek rozliczeniowych
Integracja z innymi modułami systemu
- ewidencja pozycji rozliczeniowych w Ruchu Chorych, Przychodni



- ewidencja faktur zakupowych za leki w chemioterapii w module Apteka
- ewidencja faktur zakupowych na leki stosowane w programach lekowych
Dla świadczeń oznaczonych kodem CBE (Centralna baza Endoprotezoplastyk) system powinien wymagać rejestracji właściwego dokumentu
Eksport faktur rozliczeniowych do modułu Finansowo-Księgowego
Przekazywanie danych o hospitalizacji do Symulatora JGP
JGP
Wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych hospitalizacji za pomocą wbudowanego grupera JGP
Import aktualnego słownika procedur medycznych ICD9 (komunikat ICD9),
Wyznaczanie JGP dla hospitalizacji
Możliwość wyznaczania JGP dla każdego z pobytów oddzielnie
Zapewnienie sprawnego zasilania systemu w aktualne charakterystyki JGP wynikające z publikowanych Zarządzeń Prezesa NFZ
Wyznaczanie JGP za pomocą wbudowanego (lokalnego) grupera JGP w zakresie umów: leczenie szpitalne, rehabilitacja stacjonarna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna
Możliwość ręcznego wyznaczenia JGP dla hospitalizacji z pominięciem grupera lokalnego i grupera NFZ
Możliwość automatycznego przypisania JGP do pobytu na oddziale, z którego pochodzi element kierunkowy wyznaczonej JGP
Wsteczna weryfikacja poprawności wyznaczonych wcześniej JGP z możliwością aktualizacji JGP na poprawną
Różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera, które opublikowano z wsteczną datą obowiązywania, które mogą obejmować
- Różnice w zaewidencjonowanych taryfach,
- Różnice w zaewidencjonowanych JGP,
Różnice wynikające z modyfikacji danych statystycznych hospitalizacji, a mające wpływ na wyznaczoną JGP:
- Konieczność zmiany JGP,
- Konieczność zmiany taryfy,
- Konieczność przełączenia JGP do pobytu na innym oddziale
Wyszukiwanie hospitalizacji wg poniższych kryteriów
- Data zakończenia hospitalizacji,
- Wersja grupera za pomocą, którego wyznaczono JGP
- Kod JGP,
- Rozpoznanie główne
- Kod procedury medycznej,
- Status rozliczenia
Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych
Możliwość porównania wersji grupera. Wynik porównania powinien być możliwy do zapisu w formacie XLS.
Wsteczna weryfikacja z możliwością aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP
Jeśli dla hospitalizacji istnieje aktywne świadczenie JGP ze wskazanym sposobem rozliczenia związanym z urazami wielonarządowymi (UJ1, UJ2, UJ3), system powinien sprawdzić, czy wśród rozpoznań wypisowych hospitalizacji występuje rozpoznanie z listy T07 dla wersji grupera zgodnej ze wskazaną w świadczeniu JGP
Możliwość wydrukowania charakterystyki wybranej JGP w formie podręcznej karty
Możliwość wykonywania symulacji wyznaczania JGP (funkcjonalność Symulatora JGP)



Symulator JGP
Symulator dostępny w systemie, działający w oparciu o dane medyczne zgromadzone w systemie medycznym
Symulator dostępny poprzez przeglądarkę WWW bez konieczności dostępu do zewnętrznej sieci Internet
Wstępne zasilenie symulatora danymi z wybranej hospitalizacji
Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczone JGP
Modyfikacja danych pacjenta (wiek, płeć),
Modyfikacja danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb wypisu, tryb i charakter hospitalizacji),
Dodanie lub usunięcie pobytu
Modyfikacja danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania))
Wyróżnianie kolorami danych hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP
Możliwość określenia wersji grupera za pomocą, którego wyznaczone zostaną JGP
Wersja grupera wynikająca z daty zakończenia hospitalizacji,
Dowolna wersja grupera istniejąca w systemie,
Wskazywanie JGP z podziałem na:
- JGP, dla której hospitalizacja spełnia warunki wyboru,
- JGP, dla których hospitalizacja nie spełnia warunków,
- JGP, które istnieją w planie umowy świadczeniodawcy,
Wyróżnienie kolorem pozycji w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejących w planie umowy a tym samym możliwych do rozliczenia)
W przypadku wskazania JGP, do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki - wskazanie tych warunków
Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP
Wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji,
Parametry związane z mechanizmem osobodni (liczba dni finansowana grupą, taryfa dla hospitalizacji trwających < 2 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą),
Parametry JGP (warunki, które musi spełniać hospitalizacja),
Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie,
Prezentacja wykresów ilustrujących zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta
Kolejki Oczekujących
Definicja kolejek oczekujących zgodnie z wymaganiami płatnika
Kolejki oczekujących do komórek organizacyjnych
Kolejki oczekujących do procedur medycznych lub świadczeń wysokospecjalistycznych zdefiniowanych przez płatnika
Prowadzenie kolejek oczekujących
Wykaz osób oczekujących w kolejce
Możliwość planowania daty z dokładnością do dnia lub tygodnia (w przypadku odległego terminu realizacji świadczenia)
Przyporządkowanie oczekujących do jednej z kategorii medycznych (przypadki pilne/przypadki stabilne)
Rejestrowanie przypadków zmian terminu udzielenia świadczenia wraz z przyczyną zmiany
Możliwość przywrócenia do kolejki oczekujących pacjenta wykreślonego
Zablokowanie możliwości zmiany danych w kolejce oczekujących dla pacjentów zrealizowanych, po zakończeniu

okresu rozliczeniowego tj. po 10 dniu każdego miesiąca za miesiąc rozliczeniowy (poprzedni)
Możliwość zbiorczego przenoszenia oczekujących pomiędzy kolejkami
- Wszystkich aktywnych pozycji
- Wybranych oczekujących
Wskazanie tych definicji kolejek oczekujących, które po wczytaniu aneksu do umowy posiadają nieaktualne informacje o kodzie komórki wg NFZ wraz z możliwością aktualizacji kodu komórki wg NFZ na podstawie aktualnych zapisów w umowie z NFZ
Generowanie statystyk kolejek z podziałem na przypadki pilne i stabilne
- Liczba oczekujących
- Szacunkowy czas oczekiwania w kolejce
- Średni rzeczywisty czas oczekiwania w kolejce (zgodnie z algorytmem opublikowanym w rozporządzeniu)
Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z kolejkami oczekujących
Komunikat LIO CZ – komunikat szczegółowy o kolejkach oczekujących
Komunikat KOL – komunikat o kolejkach oczekujących do świadczeń wysokospecjalistycznych
Import komunikatu „potwierzeń odbioru” danych o kolejkach oczekujących
Wydruki i raporty dotyczące kolejek oczekujących
Wydruk listy oczekujących z uwzględnieniem poniższych kryteriów
- Rodzaj kolejki (do komórki organizacyjnej, do procedury medycznej/świadczenia wysokospecjalistycznego)
- Kod kolejki
- Stan wpisu w kolejce (aktywne, wykreślone, zakończone realizacją)
- Kategoria medyczna (pilny, stabilny)
- Data wpisu (od .. do ..)
- Data planowanej realizacji (od .. do ..)
- Data skreślenia z kolejki (od .. do ..)
Integracja z AP-KOLCE
Prowadzenie kolejek onkologicznych i kolejek na procedurę
Rejestracja dla kolejki onkologicznej powinna odbywać się bez podziału na przypadki pilne i stabilne
Weryfikacja w eWUŚ
· Weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń refundowanych przez NFZ podczas
· Rejestracji na Izbie Przyjęć
Rejestracji/planowania wizyty w przychodni lub pracowni, weryfikowany jest stan na dzień rejestracji
Tworzenie harmonogramów weryfikacji grupowej
Weryfikacja uprawnień w oparciu o harmonogramy obejmująca pacjentów
- Przebywających na oddziale,
- Przebywających na obserwacji na izbie przyjęć
- W trakcie wizyt
- Wypisywanych ze szpitala, ale o niezautoryzowanym wypisie i nierozliczonych
- Dla których zarejestrowano zgon, ale zapis nie został autoryzowany a pobyt rozliczony
- Którzy złożyli deklaracje
Oznaczanie ikoną i kolorem statusu weryfikacji pacjenta
- na liście pacjentów



- w widocznym miejscu przy danych pacjenta
Deklaracje POZ
Import umów w rodzaju POZ
Ewidencja deklaracji POZ/KAOS
- Deklaracje do lekarza rodzinnego,
- Deklaracje do pielęgniarki,
- Deklaracje do położnej,
- Deklaracje z zakresu medycyny szkolnej,
- Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z cukrzycą,
- Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem zarażonym HIV
Ewidencja porad POZ
Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z deklaracjami POZ/KAOS
Komunikat DEKL – komunikat szczegółowy deklaracji POZ/KAOS
Komunikat ZBPOZ – komunikat szczegółowy danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ
Import komunikatów zwrotnych XML w obowiązujących wersjach
Import komunikatu „potwierzeń odbioru” danych przesłanych komunikatami DEKL i ZBPOZ
Import komunikatu potwierżeń do deklaracji POZ/KAOS (komunikat P_DEK)
Import komunikatu zwrotnego z weryfikacji deklaracji POZ/KAOS (komunikat P_WDP)
Import komunikatu zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS (komunikat Z_RDP)
Przegląd potwierżeń deklaracji POZ/KAOS
Przegląd weryfikacji deklaracji POZ/KAOS z możliwością zbiorczego wycofania deklaracji, które nie zostały zaliczone przez NFZ
Generowanie rachunków deklaracji POZ
· Generowanie i wydruk załączników i sprawozdań POZ zgodnie z wytycznymi płatnika:
· Załącznik nr 4 do umowy POZ
· Załącznik nr 5 do umowy POZ w zakresie: nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska w POZ
· Załącznik nr 6 do umowy POZ w zakresie: transport sanitarny w POZ
Półroczne sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych
PULPIT UŻYTKOWNIKA
System powinien zawierać pulpity użytkowników umożliwiające bezpośredni dostęp do wszystkich niezbędnych funkcji, do jakich użytkownik posiada uprawnienia
Powinien istnieć zdefiniowany pulpit, co najmniej, dla lekarza
Pulpit użytkownika powinien zawierać, co najmniej bezpośredni dostęp do:
- pacjentów: oddziału, „moich” pacjentów, czyli tych, dla których zalogowany lekarz jest lekarzem prowadzącym, zaplanowanych na wizytę i konsultacje, umówionych na dzisiaj
- wyników badań z podziałem na laboratoryjne, diagnostyczne i inne z możliwością wyświetlenia tylko najnowszych wyników (np. z ostatnich 24 godzin)
- zaplanowane na dzisiaj: wizyty, konsultacje
- dokumentacji medycznej pacjentów oddziału, „moich”, umówionych na wizytę, z odbytych wizyt i konsultacji
- terminarz użytkownika uwzględniający jego: dyżury, nieobecności, zadania, zaplanowane dla niego lub zrealizowane przez niego: zabiegi, konsultacje, wizyty
Powinna istnieć możliwość samodzielnego, przez użytkowników lub administratorów, definiowania pulpitu lub jego

modyfikacji
OPTYMALIZATOR JGP
Wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych hospitalizacji za pomocą wbudowanego grupera JGP
Import aktualnego słownika procedur medycznych ICD9 (komunikat ICD9),
Wyznaczanie JGP dla hospitalizacji
Możliwość wyznaczania JGP dla każdego z pobytów oddzielnie
Zapewnienie sprawnego zasilania systemu w aktualne charakterystyki JGP wynikające z publikowanych Zarządzeń Prezesa NFZ
Wyznaczanie JGP za pomocą wbudowanego (lokalnego) grupera JGP w zakresie umów: leczenie szpitalne, rehabilitacja stacjonarna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna
Możliwość ręcznego wyznaczenia JGP dla hospitalizacji z pominięciem grupera lokalnego i grupera NFZ
Możliwość automatycznego przypisania JGP do pobytu na oddziale, z którego pochodzi element kierunkowy wyznaczonej JGP
Wsteczna weryfikacja poprawności wyznaczonych wcześniej JGP z możliwością aktualizacji JGP na poprawną
Różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera, które opublikowano z wsteczną datą obowiązywania, które mogą obejmować
- Różnice w zaewidencjonowanych taryfach,
- Różnice w zaewidencjonowanych JGP,
Różnice wynikające z modyfikacji danych statystycznych hospitalizacji, a mające wpływ na wyznaczoną JGP:
- Konieczność zmiany JGP,
- Konieczność zmiany taryfy,
- Konieczność przełączenia JGP do pobytu na innym oddziale
Wyszukiwanie hospitalizacji wg poniższych kryteriów
- Data zakończenia hospitalizacji,
- Wersja grupera za pomocą którego wyznaczono JGP
- Kod JGP,
- Rozpoznanie główne
- Kod procedury medycznej,
- Status rozliczenia
Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych
Możliwość porównania wersji grupera. Wynik porównania powinien być możliwy do zapisu w formacie XLS.
Wsteczna weryfikacja z możliwością aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP
Jeśli dla hospitalizacji istnieje aktywne świadczenie JGP ze wskazanym sposobem rozliczenia związanym z urazami wielonarządowymi (UJ1, UJ2, UJ3), system powinien sprawdzić, czy wśród rozpoznań wypisowych hospitalizacji występuje rozpoznanie z listy T07 dla wersji grupera zgodnej ze wskazanej w świadczeniu JGP
Możliwość wydrukowania charakterystyki wybranej JGP w formie podręcznej karty
Możliwość wykonywania symulacji wyznaczania JGP (funkcjonalność Symulatora JGP)
Symulator JGP
Symulator dostępny w systemie, działający w oparciu o dane medyczne zgromadzone w systemie medycznym
Symulator dostępny poprzez przeglądarkę WWW bez konieczności dostępu do zewnętrznej sieci Internet
System musi umożliwiać wstępne zasilanie symulatora danymi wybranego zestawu świadczeń (hospitalizacji, wizyty), a w przypadku niezakończonych hospitalizacji system musi umożliwiać uzupełnienie wymaganych pozycji symulatora domyślnymi danymi.



Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczone JGP
Modyfikacja danych pacjenta (wiek, płeć),
Modyfikacja danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb wypisu, tryb i charakter hospitalizacji),
Dodanie lub usunięcie pobytu
Modyfikacja danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania))
Wyróżnianie kolorami danych hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP
Możliwość określenia wersji grupera za pomocą którego wyznaczone zostaną JGP
Wersja grupera wynikająca z daty zakończenia hospitalizacji,
Wyróżnienie kolorem pozycji w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejących w planie umowy a tym samym możliwych do rozliczenia)
W przypadku wskazania JGP do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki - wskazanie tych warunków
Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP
Wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji,
Parametry związane z mechanizmem osobodni (liczba dni finansowana grupą, taryfa dla hospitalizacji trwających < 2 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą),
Parametry JGP (warunki, które musi spełniać hospitalizacja),
Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie,
Prezentacja wykresów ilustrujących zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta

LABORATORIUM
Zarządzanie zleceniami na badania laboratoryjne i bazą danych pacjentów: - wyszukiwanie pacjentów w bazie wg różnych kryteriów,
- rejestracja i modyfikacja danych pacjentów,
Rejestracja zlecenia: - manualne,
- z czytnika OMR,
Kontrola kompletności danych zlecenia,
Nadzór nad stanem wykonania poszczególnych zleceń,
Generacja listy materiałów do pobrania przez laboratorium,
Obsługa zleceń badań wieloparametrowych np. Morfologia i badan panelowych (standardowe zestawy badań).
Rejestracja przyjęcia materiału do laboratorium
Identyfikacja zlecenia na podstawie kodu kreskowego przyjmowanego materiału,
Integracja z Punktem Pobrań w zakresie przyjmowania danych o pobraniu materiału (data, godzina, osoba pobierająca, uwagi),
Wspomaganie rozdziału materiału do poszczególnych pracowni – rozdział na statywy poszczególnych pracowni,
Możliwość rejestracji przyjęcia materiału wg zleceń lub wg rodzaju przyjmowanego materiału,
Możliwość dodrukowania etykiet kodów kreskowych dla powielanych materiałów,
Przekazanie do zleczeniodawcy informacji o przyjęciu materiału do laboratorium,
Możliwość nadawania ręcznie lub automatycznie niezależnej numeracji próbek (dla nadawania automatycznego wg zdefiniowanych sekwencji).
Obsługa stanowiska pomiarowego



Obsługa stanowisk manualnych, stanowisk z analizatorami jednokierunkowymi, dwukierunkowymi, odpytującymi,
Identyfikacja i wyszukiwanie zlecenia i próbki na podstawie kodu kreskowego,
Możliwość oznaczenia pozycji próbki na statywach pracowni i wyszukiwanie próbek na statywach,
Przegląd listy zleceń wg badań do realizacji na danym stanowisku,
Obsługa stanowisk zapasowych,
Pobranie zleceń,
Utworzenie list roboczych, z możliwością wydruku list roboczych dla stanowisk manualnych,
Wysłanie listy roboczej do analizatorów dwukierunkowych,
Automatyczne odpowiadanie na zapytania analizatorów odpytujących,
Przyjęcie i akceptacja wyników z aparatu,
Wpis ręczny lub korekta wyników z możliwością dopisania komentarzy,
Obsługa powtórek,
Automatyczny dobór wartości referencyjnych dla badania w zależności od kryteriów, takich jak:
- wiek,
- płeć,
- zażywane leki,
- postawiona diagnoza,
- tydzień ciąży,
- cykl menstruacyjny.
Kontrola delta check,
Możliwość medycznej weryfikacji wyników (autoryzacja) bezpośrednio na stanowisku,
Wydruki wyników stanowiska,
Rejestr czynności obsługi aparatu,
Rejestr odczynników.
Zarządzanie wynikami:
- medyczna weryfikacja wyników,
- wydruk autoryzowanych i niewydrukowanych wyników,
- stan wykonania wyników z podziałem na grupy,
- przeglądanie i odpis wyników archiwalnych pacjenta,
- przenoszenie wyników do archiwum,
Możliwość wykorzystania słownika tekstów standardowych do opisów wyników badań,
Możliwość zdefiniowania reguł wyliczających wynik badania z zestawu innych badań oraz zasad automatycznego opisu wyniku poprzez dołączanie zdefiniowanych wcześniej komentarzy,
Możliwość organizacji wyników w odrębne kolejki wyników i kolejki weryfikacji w celu ułatwienia zarządzania potokiem danych.
Raporty statystyczne z możliwością prezentacji graficznej:
- obciążenie stanowisk i aparatów pomiarowych,
- sumaryczne zestawienia wszystkich wykonanych badań na aparatach,
- zestawienia wykonanych badań przez pracownie laboratoryjne,
- zestawienia wykonanych badań dla poszczególnych zleceniodawców,
- statystyczna analiza wyników jednego badania,
- zestawienie badań wg lekarzy zlecających, wg pacjentów,



Prowadzenie Księgi Laboratoryjnej i Ksiąg Pracowni,
Integracja z innymi modułami systemu medycznego: - współpraca z pozostałymi podsystemami medycznymi w zakresie wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu,
- możliwość współpracy z modułem Punkt Pobrań w szpitalu lub w przychodni
- eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego z możliwością wczytania do modułów Rachunku Kosztów Leczenia
Możliwość prowadzenia kontroli, jakości, konfiguracja parametrów kontroli jakości:
- definicja materiałów kontrolnych,
- definicja metod pomiarowych z możliwością zebrania ich w panele,
- definicja aparatów, na których odbywają się pomiary,
- definicja komentarzy i metod naprawczych do uzyskanych wyników kontroli,
- definicja wartości statystycznych dla kontrolowanych metod pomiarowych,
- włączanie reguł kontrolnych Westgarda (1_2s, 1_2.5s, 1_3s, 1_3.5s, 2_2s, 2z3_2s, R_4s, 3_1s, 4_1s, 10x(9x,8x), 7T : jako ostrzeżenia,
- sygnalizacja znajdowania się metody pomiarowej poza kontrolą.
- analiza i dobór reguł kontroli na podstawie bieżących danych kontroli i wybranych kart OPS,
- wydruk kart OPS.
Przygotowanie metody kontroli
- rejestracja pomiarów wstępnych w celu określenia ram statystycznych metody pomiarowej.
- pomiary w materiale trwałym (Lot),
- pomiary w materiale nietrwałym (materiale biologicznym – Dublety),
Wyliczanie wartości średniej (X) i odchylenia standardowego (SD) zarówno dla pomiarów wstępnych, jak i wartości skumulowanych w trakcie trwania kontroli.
Rejestracja wyników pomiarów kontrolnych
- wyniki pomiarów w materiale trwałym,
- wyniki pomiarów w materiale nietrwałym,
- wczytywanie wyników pomiarów kontrolnych bezpośrednio z obszaru aparatu.
Zebranie wyników kontroli w postaci kart kontrolnych i analiza wyników
- karta Levey-Jenningsa z analizą reguł Westgarda,
- karta kontroli odtwarzalności,
- karta kontroli powtarzalności,
- karta kontroli dokładności,
- wydruki kart kontrolnych.

POSIADANE ROZBUDOWYWANE MODUŁY

Rejestracja
Obsługa pacjentów/usług komercyjnych
System musi umożliwiać prowadzenie cenników:



- określanie dat obowiązywania cennika,
- określanie zakresu usług dla cennika,
- określanie cen usług,
- możliwość określenia cen widełkowych dla usługi,
- możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi.
System musi umożliwiać określanie definiowanie dostępności usług placówki medycznej
Definiowanie grafików pracy
System musi umożliwiać określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki) dla gabinetów:
- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
- określenie czasu pracy,
- określenie zakresu realizowanych usług
System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza:
- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
- określenie czasu pracy,
- określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).
System musi umożliwiać generowanie grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu,
System musi umożliwiać ustawienie blokady w grafiku z podaniem przyczyny tj. urlop, remont
Obsługa skorowidza pacjentów
System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów, co najmniej, wg kryterium:
- imię, nazwisko i PESEL pacjenta
- jednostka wykonująca
- jednostka kierująca
- instytucja kierująca
- lekarz kierujący
- identyfikator pacjenta
- status na liście pacjentów (np. do obsłużenia, zaplanowany, zarejestrowany, anulowane, przyjęty/w realizacji)
- wizyty CITO
Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta
System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów jednoczesnej dostępności wymaganych zasobów:
- rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”.
- prezentowanie preferowanych terminów wykonania usługi dla zgłoszeń internetowych na zasadzie określenia godzin przeznaczonych do planowania zgłoszeń internetowych np. od 10 do 12
- 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 terminarza zaplanowanych wizy
System musi umożliwiać obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami
Rejestracja na wizytę (usługę)
System musi umożliwić rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną)
System musi pozwalać na określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług niepodlegających



planowaniu i rezerwacji.

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

Obsługa wyników:

- odnotowanie wydania wyniku,
- wpisywanie wyników zewnętrznych.

Raporty i wykazy Rejestracji.

Gabinet

Obsługa wizyty

System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu

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

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

- dane osobowe,
- uprawnienia z tytułu umów,
- historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobytów szpitalnych pacjenta),
- wyniki badań,
- przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości

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

- wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
- opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
- informacje ze skierowania,
- skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu w tej lub innej jednostce
- zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultacji, zabiegów,
- możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecenia
- usługi, świadczenia w ramach wizyty,
- rozpoznanie (główne, dodatkowe),
- zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia/e-zwolnienia lekarskie),
- wystawienie recept, skierowań, zapotrzebowań na zaopatrzenie ortopedyczne i okulary

Wystawianie recept

- możliwości wybrania leków ze słownika leków,

Dokumentacja wizyty

System musi umożliwiać wystawienie skierowania,

- leki podane podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),
- ewidencja szczepień:
- możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia,
- możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
- automatyczny wpis do karty szczepień po oznaczeniu podania leku jako szczepienia.
- wykonane podczas wizyty dodatkowych usług i badania
- inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).

Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt

Możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty

Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych (wyróżnienie najczęściej wykorzystywanych pozycji słowników).

Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:



Obsługa zakończenia wizyty:
- autoryzacja medyczna wizyty,
- automatyczne tworzenie karty wizyty.
- możliwość bezpośredniego skierowania na IP
Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń.
Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
Automatyczna aktualizacja i przegląd Księgi Głównej Przychodni
Konfiguracja pracy gabinetu
System musi pozwalać na dostosowanie modułu do specyfiki gabinetu lekarskiego, co najmniej w zakresie:
- możliwości zdefiniowania wzorców dokumentacji dedykowanej dla gabinetu
- możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi
- możliwość wykorzystania, zdefiniowanych wcześniej, wzorów dokumentów
System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów pracy gabinetu
Statystyka LO
System powinien umożliwiać obsługę statystyki rozliczeniowej i medycznej
Obsługa rejestru pacjentów
System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów z możliwością integracji z innymi systemami medycznymi (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna)
System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:
- data urodzenia i miejsce
- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
- pobyt w jednostce
- adres e-mail
- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
- przyjęty: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów,
Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:
- w zakresie danych osobowych,
- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych
System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,
System musi umożliwić obsługę ksiąg:
- Księgi Przychodni
- Księga Odmów,
- Księga Zgonów,
- Księga Oczekujących,
- Księga Badań
System powinien umożliwiać dostęp do wszystkich ksiąg placówki Zamawiającego
Raporty i wykazy statystyki
System powinien umożliwiać tworzenie reportów i wykazów statystyki, w szczególności:
- raport rozpoznań - zestawienie syntetyczne i analityczne ilości rozpoznań każdego rodzaju w rozbiciu na pacjentów i jednostki wykonujące
- wykonane badania wg płatnika i jednostki kierującej - zestawienie ilości wykonanych badań poszczególnych rodzajów, z podziałem na jednostki wykonujące, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących



- lista pacjentów przyjętych przez lekarza - zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie, w wybranych gabinetach, przez wybranych lekarzy
- zestawienie statystyczne pacjentów - zestawienie syntetyczne lub analityczne (dla poszczególnych dni zadanego okresu) liczby pacjentów przyjętych w wybranych/wszystkich gabinetach w rozbiu na dorosłych i dzieci z podziałem na płeć oraz pacjentów pierwszorazowych i kontynuację leczenia
- raport obciążenia gabinetów - zestawienie liczby wykonanych badań w poszczególnych dniach zadanego okresu dla wybranych/wszystkich gabinetów, dla poszczególnych lekarzy
- wykonane procedury - syntetyczne i analityczne (dla poszczególnych dni zadanego zakresu) zestawienie liczby procedur danego rodzaju wykonanych w zadanym okresie, w wybranych/wszystkich gabinetach, dla wybranego/wszystkich ubezpieczycieli i płatników
- zestawienie zrealizowanych badań - zestawienie liczby badań wykonanych pacjentom (podstawowe dane pacjenta) wraz z rozpoznaniami i procedurami w wybranej/wszystkich jednostkach, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących wykonanych przez wybranego/wszystkich lekarzy
- lista zarejestrowanych/przyjętych pacjentów - zestawienie ilości zarejestrowanych pacjentów do wybranego gabinetu
- liczba usług wykonanych przez lekarza - zestawienie ilości usług wykonanych w jednostce przez danego lekarza
- zestawienie liczby przyjętych pacjentów - zestawienie liczby pacjentów przyjętych przez daną jednostkę i lekarza w ramach określonego pakietu świadczeń z podziałem na grupy wiekowe
- lista wykonanych usług - lista usług wraz z danymi takimi jak: jednostka i lekarz kierujący, miejsce i data wykonania, dane o wartości usługi, opłacie kontrahenta, opłacie pacjenta dla wybranych lub wszystkich: umów, pacjentów, świadczeń, instytucji i lekarzy kierujących oraz jednostek i lekarzy wykonujących
- zestawienie wystawionych skierowań - syntetyczne i analityczne (wg daty wystawienia) zestawienie ilości wystawionych skierowań na określone badania/usługi z podziałem na lekarzy wystawiających i/lub jednostki, w których wystawiono skierowanie dla wybranych lub wszystkich; jednostek, lekarzy kierujących, usług, statusów realizacji
- deklaracje - raport personalny - zestawienie liczby osób zadeklarowanych w wybranym miesiącu danego roku dla wybranej lub wszystkich umów oraz dla wybranego lub wszystkich rodzajów deklaracji
- kolejki oczekujących - zestawienie kolejek oczekujących w ujęciu syntetycznym (dane całej kolejki) i analitycznym (z danymi oczekujących pacjentów)
- zestawienie wykonanych usług - lista pacjentów z wykonanymi usługami i procedurami oraz z danymi o instytucji, jednostce i lekarzu kierującym dla wybranej jednostki wykonującej w zadanym okresie
- zestawienie wykonanych usług pacjenta - lista usług wykonanych w określonym czasie dla wybranego pacjenta z wyszczególnieniem danych o wartości i opłatach
- zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów - syntetyczne i analityczne (pacjenci) zestawienie liczby udzielonych porad danego rodzaju z podziałem na: miejscowości zamieszkania, pacjenta lub typ porady w zadanym okresie, dla wybranych lub wszystkich gabinetów i wybranego rodzaju wizyty (pierwszorazowa, kolejna)
Zlecenia
Zlecenie leków:
System musi umożliwiać planowanie i zlecenie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej
System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków
Musi istnieć możliwość zlecenia leków:
- recepturowych
- chemioterapii
Zlecenie badań
System musi umożliwić planowanie i zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji przekazywanych z jednostek Zamawiającego, w tym:
- Do: Pracowni Patomorfologicznej, Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, Gabinetu lekarskiego
System musi umożliwiać planowanie i zlecenie badań i konsultacji w ramach zleceń zewnętrznych (z innych



podmiotów)
System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych:
- kompleksowych,
- panelowych,
- cyklicznych.
Powinna istnieć możliwość dwuetapowego wprowadzania zlecenia (wpisanie oraz potwierdzenia),
System musi umożliwiać przegląd zleceń według ustalonych przez użytkownika kryteriów:
- dla pacjenta,
- typu zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku),
- okresu.
Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania.
System musi umożliwiać wydruki zleceń, w tym:
- dzienne zestawienie leków dla pacjenta,
- dzienne zestawienie badań do wykonania.
Musi istnieć możliwość wydruku wszystkich 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,
Musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzaniem zleceniem.
Blok operacyjny
System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych dla pacjentów przebywających na oddziale
System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji anestezyjologicznej, co najmniej w zakresie odnotowania:
- rodzaju planowanego znieczulenia z wykorzystaniem słownika rodzajów znieczulenia z możliwością definiowania własnych rodzajów znieczulenia,
- klasyfikacji pacjenta wg skali ASA,
System musi umożliwić planowanie zabiegu operacyjnego w tym wpisanie:
- daty zabiegu, bloku operacyjnego i sali operacyjnej,
- planowanie powinno się odbywać w oparciu o terminarze bloku i sal operacyjnych
- materiałów,
- składu zespołu zabiegowego i anestezyjologicznego z wykorzystaniem słownika personelu z możliwością określenia definiowania roli członków personelu,
Musi istnieć możliwość obsługi listy zabiegów bloku operacyjnego, obejmującej:
- dostęp do aktualnych i archiwalnych danych pacjentów.
- modyfikacja danych pacjentów,
System musi umożliwiać wyszukiwanie zabiegów na liście zabiegów wg różnych kryteriów, w tym:
- statusu zabiegu (planowany, w trakcie realizacji, opieka pooperacyjna, przekazany na oddział, anulowany),
- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
- tryb zabiegu,
- rodzaj zabiegu,
- składu zespołu operacyjnego (operatora, pielęgniarski operacyjnej, anestezyjologa, pielęgniarki anestezyjologiczna).
- 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 Księgi Bloku operacyjnego
System musi umożliwić odnotowanie danych medycznych przeprowadzonego zabiegu w tym:
- rodzaju wykonanego zabiegu,
- czasu trwania zabiegu,
- rozpoznania pooperacyjnego ICD9 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,
- 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,
- możliwość rejestracji danych z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
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,
- podanych leków:
-- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika,
-- z możliwością automatycznego dodania leków powiązanych z wykonanym zabiegiem
System musi wspomagać opiekę pooperacyjną w zakresie:
- ewidencji czasu trwania opieki pooperacyjnej oraz lekarza przyjmującego,
- ewidencji wykonanych procedur,
- ewidencji podanych leków i zużytych materiałów,
- 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 prowadzenie Księgi Bloku Operacyjnego w zakresie:
- możliwość definiowania księgi dla bloku operacyjnego, dla sali operacyjnej oraz dla grupy zabiegów,
- przegląd ksiąg bloku operacyjnego wg różnych kryteriów, w tym:
-- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
-- trybu zabiegu,
-- rodzaju zabiegu,
-- dat wykonania zabiegu,
-- bloku i sali operacyjnej,



-- jednostki zlecającej,
-- księgi zabiegów,
-- roku księgi,
-- zakresu numerów księgi,
-- składu zespołu operacyjnego (operatora, pielęgniarski operacyjnej, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologiczna),
- wydruk księgi bloku operacyjnego
System musi wspomagać prowadzenie dokumentacji zabiegu operacyjnego, w tym:
- protokół z zabiegu operacyjnego,
- protokół przekazania pacjenta na oddział
- możliwość uzupełniania dokumentacji o materiały elektroniczne - skany dokumentów, zdjęcia, pliki dźwiękowe oraz wideo
- opcjonalne przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów
Musi istnieć możliwość definiowania własnych szablonów wydruków
Musi istnieć możliwość obsługi raportów wbudowanych, w tym:
- raport z wykonanych zabiegów operacyjnych z uwzględnieniem kryteriów: czas wykonania zabiegu, księga bloku, sala operacyjna z podziałem na rodzaj zabiegu, księgę bloku, salę i jednostkę zlecającą
Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów
Musi istnieć możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej
System musi zapewnić integrację z innymi modułami systemu medycznego w zakresie:
- dostępu do historii choroby i dokumentacji medycznej bieżącego pobytu szpitalnego,
- rejestracji kart zakażeń,
- automatycznej aktualizacji stanów magazynowych przy ewidencji leków i materiałów,
- przekazywanie zamówień na krew i preparaty krwiopochodne do banku krwi,
- przekazywanie preparatów 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,
- eksportu danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach, podanych lekach i zużytych materiałach z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia.
Zakażenia szpitalne
Moduł realizuje wspomaganie Zakładu Opieki Zdrowotnej w zakresie kontroli występowania zakażeń zakładowych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa. W szczególności:
Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego,
Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego,
Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,
Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,
Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną,
Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną,
Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,

Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszona drogą płciową,
Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje),
Prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,
Wydruki na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,
Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych,
Wydruki na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych,
Raporty zgodne z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia,
Analizy ilościowe zakażeń zakładowych,
Współpraca z systemem RCH oraz Laboratorium w zakresie podań antybiotyków i zleceń badań do pracowni mikrobiologicznej:
- monitorowanie o konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podania antybiotyku powyżej 3 dni
- monitorowanie o konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym
- szybki podgląd listy pacjentów dla nowo założonych: kart obserwacji, kart zakażenia, kart drobnoustroju, alert-patogenów

1. Wszystkie opisane funkcjonalności programowe muszą stanowić przedmiot oferty i być wliczone w cenę oferty, muszą być dostępne dla Zamawiającego bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów związanych z zakupem dodatkowych modułów/aplikacji/funkcjonalności itp.
2. Wszystkie dostarczone moduły muszą być przygotowane do wymogów Elektronicznej Dokumentacji Medycznej zgodnie z zaleceniami CSIOZ (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia), aktualnymi przepisami prawa oraz w pełni przygotowanie do integracji z platformą P1 w zakresie e-recepty, e-zwolnienia, e-skierowania i innych dokumentów oraz powiązanych z nimi słownikami i rejestrami niezbędnymi do ich prawidłowego przekazania do systemu centralnego oraz powstającej platformy MSIM (Małopolski System Informacji Medycznej).