

Załącznik nr 3.3 do SIWZ HIS

ZADANIE 1 – SYSTEM INFORMACJI MEDYCZNEJ (HIS)

1. Wymagania ogólne

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Wszystkie moduły systemu zaopatrzone są w graficzny interfejs użytkownika. Zapewniona praca w środowisku graficznym na wszystkich stanowiskach użytkowników.	
2	System komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim.	
3	Dostępność polskich znaków diakrytycznych wymagana jest w każdym miejscu i dla każdej funkcji w systemie - dotyczy także wyszukiwania, sortowania (według kolejności liter w polskim alfabecie), drukowania i wyświetlania na ekranie.	
4	Do wybranych przycisków widocznych w oknie programu przypisane są skróty klawiszowe. Skróty są stosowane konsekwentnie w całym systemie.	
5	Opcja podglądu wydruku jest dostępna dla wszystkich drukowalnych dokumentów.	
6	Minimum w zakresie funkcjonalnym zleceń i dokumentacji medycznej istnieje możliwość automatycznego wydruku bezpośrednio na drukarkę sieciową zarejestrowaną w systemie, bez konieczności podglądu wydruku.	
7	Funkcje ogólne związane z obsługą pacjenta, z wyłączeniem modułów integrujących się bezpośrednio z urządzeniami medycznymi:	
a)	System w zakresie wszystkich funkcji obsługi pacjenta z wyłączeniem modułów bezpośrednio integrujących się z urządzeniami medycznymi działa w oparciu o przeglądarkę stron WWW (minimum Mozilla Firefox) będącą klientem końcowym aplikacji w architekturze trójwarstwowej, z identyczną funkcjonalnością na systemach Windows i Linux	TAK
b)	System nie wymaga instalowania dodatkowych klientów terminalowych do przeglądarek WWW.	
c)	System nie może wymagać korzystania ze specjalnych programów klienckich technologii typu Citrix, VNC lub wirtualizacji desktop w celu realizacji wymagań funkcjonalnych interfejsu użytkownika dostępnego przez WWW.	
d)	System powinien być zrealizowany jako nowoczesna aplikacja internetowa, tzw. Rich Internet Application.	
e)	Wykonawca może ponadto stosować powszechnie używane moduły rozszerzające możliwości przeglądarki, wzbogacające treść aplikacji o technologie takie jak Java, na przykład w celu realizacji wymagań integracji systemu zrealizowanego jako aplikacja WWW z urządzeniami przechwytywania obrazu lub wideo, czy też drukarkami fiskalnymi, kodów kreskowych, dołączanymi bezpośrednio do stacji roboczej.	
f)	Praca na stacjach roboczych wykorzystujących różne systemy operacyjne, w tym przynajmniej: MS Windows, LINUX, MacOS	
g)	Centralna aktualizacja aplikacji na serwerze aplikacji w taki sposób, aby każda stacja robocza natychmiast po aktualizacji mogła działać pod kontrolą najnowszej wersji aplikacji bez konieczności aktualizacji modułów na każdej stacji z osobna.	

h)	Centralny mechanizm zarządzania wydrukami. Definiowanie i konfiguracja drukarek odbywa się z jednego miejsca w systemie bez konieczności instalacji sterowników drukarek na stacjach użytkowników, aby zapewnić łatwe zarządzanie jednolitą listą dostępnych drukarek i możliwość drukowania dla bezdyskowych stacji graficznych, tabletów oraz pozostałych stacji roboczych. Drukarki lokalne (skonfigurowane na stacji roboczej) są widoczne w aplikacji tak samo jak drukarki skonfigurowane w centralnym mechanizmie zarządzania wydrukami.	
i)	Komunikacja pomiędzy klientem końcowym aplikacji a serwerem aplikacji odbywa się poprzez szyfrowane połączenie	
j)	System zaopatrzony jest w moduł weryfikujący działania personelu medycznego. Weryfikacja odbywa się z wykorzystaniem predefiniowanych reguł walidacji (np. wymagane uzupełnienie diagnozy). Istnieje możliwość definiowania reguł sprawdzania poprawności dokumentowania procesu leczniczego i poziomu ostrzeżeń (m.in. ostrzeżenie, ostrzeżenie z blokadą zatwierdzenia). Na chwilę obecną istnieje możliwość zareagowania na następujące akcje systemowe: Edycja danych pacjenta, Nowy pacjent / Poród, Wypis pacjenta, Zgon pacjenta, Kodowanie świadczeń, Kodowanie diagnoz, Dane pobytu Przeniesienie pacjenta Zalogowanie do modułu Oddział Przyjęcie pacjenta na IP Przyjęcie pacjenta na Oddział z IP Wpisanie pacjenta na listę oczekujących Edycja danych epizodu Edycja danych pobytu Edycja danych wizyty Grupowanie (zatwierdzenie wybranej grupy) Operacja na danej opisowej (dodawanie, edycja, usuwanie) Planowanie dializy Nowe zlecenie Dodatkowe zlecenie Porada ambulatoryjna Odmowa przyjęcia	
k)	Oferowany jest wybór spośród minimum trzech trybów pracy ("kompozycji"). Tryb pracy powinien charakteryzować się takimi cechami jak szata kolorystyczna (np. jasna czcionka i ciemne tło w przypadku, kiedy użytkownik korzysta z komputera w zaciemnionym pomieszczeniu)	
l)	Definiowanie dla każdej jednostki organizacyjnej niezależnych zestawów rozpoznań i zleceń na bazie słowników centralnych.	TAK
m)	W trosce o bezpieczeństwo gromadzonych danych system działa w oparciu o komercyjny motor bazy danych,	TAK

n)	W polach opisowych i tekstowych formularzy medycznych system automatycznie weryfikuje wprowadzany tekst z wykorzystaniem słownika ortografii języka polskiego	TAK
o)	Możliwe jest uruchamianie tego samego lub innego modułu lub dowolnej funkcji w ramach jednej sesji dowolną ilość razy, tzw. trybie pilnym, pozwalający szybkie wykonanie dodatkowych czynności bez przerywania obecnej pracy i bez konieczności ponownego logowania się.	
8	Możliwość uwierzytelniania użytkowników za pomocą struktury kont LDAP	
9	System obsługuje słownik płci zgodnie z normą PN-ISO 5218: płeć nieokreślona, męczyzna, kobieta, nieznana	
10	Możliwość ręcznego uruchomienia weryfikacji ubezpieczenia z wykorzystaniem systemu eWUŚ dla dowolnego pacjenta oraz automatycznego dla hospitalizacji i planowanych wizyt.	
11	Możliwość ręcznego uruchomienia weryfikacji ubezpieczenia z wykorzystaniem systemu eWUŚ dla dowolnego pacjenta oraz automatycznego dla hospitalizacji i planowanych wizyt.	
12	Integracja z innymi systemami: Zgodność z wersją 2.x standardu HL7	
13	Możliwość umieszczenia zleceń oczekujących w kolejce zleceń oczekujących do wystania.	
14	Minimalny zestaw transakcji HL7 obsługiwanych przez system HIS: Transakcje HIS -> Moduł dziedziny Nowe zlecenie – ORM^O01 Anulowanie zlecenia – ORM^O01 Transakcje Moduł dziedziny -> HIS Nowe zlecenie – ORM^O01 Zmiana danych zlecenia – ORM^O01 Anulowanie zlecenia – ORM^O01 Zmiana statusu zlecenia – ORM^O01 Wyniki – ORU^R01	
15	Możliwość automatycznej synchronizacji danych pacjenta z danymi pacjenta w systemie zewnętrznym podczas dodawania nowego pacjenta oraz możliwość synchronizacji na żądanie użytkownika (transakcje ADT) min.: - aktualizacja danych pacjenta ADT^A31 - łączenie danych pacjentów ADT^A40 - zmiana identyfikatora pacjenta ADT^A47	
16	Możliwość generowania dziennego podsumowania przetwarzanych transakcji HL7 i wysyłania zestawienia e-mailem do wskazanych odbiorców. Możliwość definiowania osobnych list odbiorców dla każdego systemu, z którym występuje komunikacja.	
17	Możliwość ponownego wygenerowania transakcji HL7 z poziomu aplikacji WWW w przypadku awarii komunikacji z systemami zewnętrznymi. Możliwość wskazania co najmniej numeru badania, typu transakcji (nowe zlecenie/wynik/anulowanie zlecenie), systemu, którego dotyczy transakcja. Możliwość grupowego generowania transakcji ze zleceń dla wybranego okresu (od-do dd-mm-rrrr gg-mm) oraz z typu transakcji. Po użyciu funkcji wyświetlenie informacji o liczbie ponownie wygenerowanych transakcji.	
18	Możliwość wczytywania do systemu dokumentów osadzonych w przesyłanych transakcjach HL7 np. raportów PDF z prób wysiłkowych i udostępnienie ich w systemie.	

19	Wyszukiwanie użytkowników według następujących kryteriów: nazwisko, kod użytkownika, login, typ pracownika, aktywny lub nie, typ pracownika, grupa użytkownika, PESEL, numer Prawa Wykonywania Zawodu.	
20	Sortowanie użytkowników według jednego z kryteriów: typ personelu, typ użytkownika, kod pracownika, grupa użytkownika	
21	Możliwość dodawania nowych użytkowników z wymuszeniem podania co najmniej imienia, nazwiska i kodu pracownika.	TAK
22	Dostęp do listy użytkowników z możliwością zmiany danych wybranego użytkownika.	TAK
23	Prezentacja daty ostatniej zmiany hasła przez użytkownika, daty ostatniego udanego logowania i daty ostatniego nieudanego logowania.	
24	Możliwość dezaktywacji konta użytkownika	TAK
25	Dostęp do listy uprawnień z poziomu użytkownika uprawnionego do administrowania systemem.	
26	Możliwość zdefiniowania języka aplikacji dla użytkownika (min. polski, angielski, rosyjski).	
27	Możliwość zdefiniowania własnego pytania uwierzytelniającego i odpowiedzi	
28	Możliwość wprowadzenia informacji o specjalizacji pracownika (co najmniej specjalizacji lekarskich)	TAK
29	Możliwość wprowadzenia informacji o indywidualnej praktyce lekarskiej/ pielęgniarzkiej (nazwa i REGON) pracownika.	
30	Możliwość wydruku identyfikatora pracownika zawierającego jego dane oraz zdjęcie.	
31	Możliwość zdefiniowania wielu grup zawodowych pracownika wraz ze wskazaniem, dla których jednostek organizacyjnych są one dedykowane (np. w sytuacji, kiedy jeden pracownik pełni funkcję psychologa i psychoterapeuty).	
32	Możliwość dodawania / odbierania uprawnień wybranemu użytkownikowi, a także zaznaczonym użytkownikom.	
33	Wyszukiwanie typów/grup użytkowników według następujących kryteriów: kod, nazwa, aktywny/nieaktywny	
34	Sortowanie typów/grup użytkowników według następujących kryteriów: kod, nazwa.	
35	Możliwość dodawania oraz edytowania nowych typów/grup użytkowników.	TAK
36	Możliwość zarządzania profilami uprawnień użytkowników przez możliwość dodawania oraz odbierania uprawnień typowi/grupom, do których należy użytkownik.	
37	Możliwość przypisania grupy użytkowników do listy jednostek organizacyjnych szpitala (w celu ograniczenia uprawnień do wybranych jednostek w strukturze organizacyjnej szpitala).	
38	Możliwość zdefiniowania zakresu uprawnień do jednostek organizacyjnych (zapis, odczyt, odczyt, gdy pacjent przebywał wcześniej na danym oddziale).	TAK
39	Export / import danych użytkowników do / z pliku	
40	System pozwala na zdefiniowanie struktury jednostki organizacyjnej w pełnym układzie hierarchicznym oraz określenie odpowiednich parametrów elementu każdego poziomu (stosownie do typu elementu). System umożliwia kontrolę poprawności budowy hierarchii oraz prezentuje diagram prawidłowych podpięć jednostek organizacyjnych.	TAK
41	System umożliwia graficzne wyświetlenie struktury organizacyjnej w postaci drzewa zależności z możliwością wyboru poszczególnych jego elementów i natychmiastowego przejścia do edycji wybranego elementu.	

42	Możliwość dodawania nowego pracownika z wprowadzeniem podstawowego zakresu danych: - dane osobowe, - dane o zatrudnieniu, - przynależność do grupy zawodowej, - numer prawa wykonywania zawodu (dla lekarzy).	
43	Przypisanie pracownikowi funkcji w systemie (lekarz, pielęgniarka, konsultant)	
44	Możliwość wprowadzenia informacji dodatkowych dla pracownika, jak: - rodzaj specjalizacji, - znajomość języków obcych na potrzeby modułu rejestracji do poradni.	
45	Możliwość określenia dodatkowych informacji dotyczących usług, które wykonuje lekarz (lista usług, wiek pacjenta).	
46	Definiowanie hierarchicznej struktury organizacyjnej jednostki Zamawiającego.	
47	Możliwość dodawania nowej jednostki organizacyjnej z wprowadzeniem podstawowego zakresu danych: - kod i nazwa jednostki, - NIP, REGON, - dane adresowe, - rodzaj jednostki, - kod resortowy jedn. Organizacyjnej, - Dyrektor zarządzający, - Ordynator, - Dyrektor medyczny.	
48	Możliwość definiowania dodatkowych informacji o jednostce organizacyjnej: - ośrodki kosztów, - plan kont, - identyfikatory w systemach zewnętrznych, - diagnozy, - procedury, - płeć pacjenta (weryfikacja płci pacjenta podczas przyjęcia).	
49	Dostęp do listy struktury organizacyjnej z możliwością zmiany danych wybranej jednostki.	
50	Wyszukiwanie jednostki organizacyjnej według następujących kryteriów: kod jednostki, nazwa jednostki, rodzaj jednostki.	
51	Widok struktury organizacyjnej w postaci drzewa hierarchii.	
52	Zarządzanie grupami jednostek organizacyjnych z możliwością dodawania, przeglądania, zmiany danych i usuwania pozycji oraz przypisania wybranych jednostek organizacyjnych do grupy.	
53	Możliwość zdefiniowania profilu ksiąg, do których będą się odbywały automatyczne wpisy podczas operacji w systemie.	
54	Export / import danych jednostek organizacyjnych do pliku	
55	Zarządzanie słownikiem usług i procedur medycznych.	

56	Możliwość zdefiniowania dodatkowych danych dotyczących usług: - jednostki wykonującej, - ICD-9, - dedykowanych formularzy służących zleceniu i opisowi usług - dodatkowych restrykcji określających płeć i wiek pacjentów, którym może być zlecana, - restrykcji określającej czy usługa wymaga skierowania.	
57	Możliwość ograniczenia słownika ICD9/ICD10 w danej jednostce organizacyjnej.	
58	Możliwość powiązania kodów ICD9 z jednostką organizacyjną (np. oddziałem) które mają zostać automatycznie zakodowane przy przyjęciu pacjenta do szpitala (np. 89.00) oraz będą uwzględniane przy rozliczaniu pobytu	
59	Aktualizacja słownika kodów terytorialnych oraz miejscowości bezpośrednio z plików udostępnianych przez GUS.	
60	Zarządzanie listą lekarzy kierujących	
61	Zarządzanie listą jednostek kierujących	
62	Zarządzanie wydrukami	
63	Możliwość logowania do aplikacji z uprawnieniami profilu innego użytkownika. Możliwość ta jest uzależniona od uprawnień użytkownika i dostępna przynajmniej w zakresie wszystkich modułów obsługi pacjenta z wyłączeniem modułów bezpośrednio integrujących się z urządzeniami medycznymi.	
64	Definiowanie zakresu, rodzaju i struktury danych opisowych zbieranych podczas pobytu pacjenta w szpitalu.	
65	Funkcja zarządzania strukturą danych opisowych prezentowana jest w formie graficznej w postaci schematu drzewa zawierającego hierarchię danych opisowych dokumentacji medycznej z całego systemu.	TAK
66	Możliwość określenia uprawnień do zapisu, odczytu i modyfikacji każdej danej opisowej.	TAK
67	Definiowanie strukturyzowanych danych opisowych wizyty/pobytu pacjenta.	
68	System umożliwia zdefiniowanie liczby dostępnych łóżek na oddziale/ w sali.	
69	Zarządzanie słownikiem rodzajów łóżek z możliwością dodawania, przeglądania, zmiany danych i usuwania pozycji.	
70	Możliwość określenia na wybranej jednostce organizacyjnej rodzaju dyżurów, wraz z czasem trwania tego dyżuru i typu personelu, jaki będzie ten dyżur wykonywał.	
71	Zarządzanie słownikiem rodzajów dyżurów z możliwością dodawania, przeglądania, zmiany danych i usuwania pozycji.	
72	Definiowanie okresów obowiązywania procedur medycznych na potrzeby wyszukiwania w innych modułach systemu.	
73	Możliwość tworzenia słownika kodyfikacji/tagów, które potem można przypisać do pacjenta lub epizodu leczenia.	
74	System zapewnia możliwość drukowania bez konieczności instalacji sterowników na stacji roboczej.	
75	System musi zapewniać obsługę drukarek systemu Linux i Windows	
76	System musi umożliwiać kolejkovanie wydruków	

77	System kolejek wydruków pozwala korzystać z drukarek sieciowych bez konieczności instalowania sterowników na stacjach roboczych i terminalach. W szczególności możliwe jest użytkowanie drukarek niezależnie od systemu operacyjnego stacji roboczej oraz na terminalach graficznych działających pod kontrolą systemu o otwartym kodzie źródłowym.	
78	System musi umożliwiać zbieranie statystyk o liczbie wydruków z podziałem na rodzaj wydruku i urządzenie, na jakie wydruk został zlecony	
79	System musi umożliwiać centralne zarządzanie drukarkami (dodawanie, usuwanie, modyfikacja sterownika, nadawanie nazwy) poprzez graficzny interface	
80	System musi umożliwiać definiowanie kilku odrębnych kolejek wydruków widocznych w systemie dla jednej fizycznej drukarki, wykorzystując inne opcje wydruku (wydruk dwustronny, wydruk na domyślnym formacie A3, itp.)	
81	System musi umożliwiać lokalną lub sieciową konfigurację drukarek: - JetDirect/Socket/AppSocket, - IPP (Internet Printing Protocol), - LPD, - SMB/Windows Printers.	
82	System musi umożliwiać zdalny start, stop i restart usługi centralnego systemu wydruków	
83	System musi umożliwiać centralne dołączanie sterowników dla drukarek	
84	System musi umożliwiać odświeżanie listy drukarek w systemie automatycznie i na żądanie	
85	System musi umożliwiać konfigurację domyślnych drukarek dla stacji roboczej	
86	System musi umożliwiać wydruk z systemu na dowolnej drukarce skonfigurowanej w systemie	
87	System musi umożliwiać mapowanie nazw drukarek (możliwość nadania innej nazwy w systemie operacyjnym, a innej w aplikacji)	
88	System musi umożliwiać weryfikację pracy (dostępności, listy niewykonanych zadań, status) wszystkich drukarek z jednego miejsca	
89	Prezentacja na jednym ekranie informacji o:	
a)	Pacjentach szpitalnych - panel zawierający minimum imię i nazwisko pacjenta, PESEL lub datę urodzenia, salę/oddział, datę przyjęcia	TAK
b)	Pacjentach ambulatoryjnych - panel zawierający nazwę gabinetu, godzinę wizyty i jej status	TAK
c)	Dokumentacji medycznej, która wymaga uzupełnienia i która nie została zamknięta - panel zawierający nazwę dokumentu oraz nazwisko i PESEL pacjenta z nim związanego	TAK
d)	Prezentacja wyników zleceń przygotowanych przez lekarza i / lub związanych z prowadzonym przez lekarza pacjentem - panel zawierający minimum nazwę badania, nazwisko pacjenta, PESEL oraz status badania	TAK
e)	Prezentacja zadań zleconych przez innych użytkowników (np. operacja lub konsultacja) - panel zawierający nazwę zlecenia, pacjenta oraz status	TAK
f)	Prezentacja zmienionych zleceń przygotowanych przez lekarza i / lub związanych z prowadzonym przez lekarza pacjentem - panel zawierający nazwę zlecenia, pacjenta oraz status	TAK
g)	Prezentacja zleconych i zmienionych diet - panel prezentujący jednostkę organizacyjną nazwę diety oraz ilość	

h)	Prezentacja problemów dotyczących leków/zasobów w magazynkach oddziałowych, panel powinien umożliwiać monitorowanie niskich stanów magazynowych zasobów i leków, daty ważności zasobów	
i)	Prezentacja zleconych leków - panel prezentujący listę leków zleconych w zakresie: jednostka organizacyjna, pacjent, planowana data i godzina podania, lek, droga podania, dawka. Użytkownik powinien mieć możliwość wyboru jednostki organizacyjnej dla której prezentowane są dane oraz czasu podania leku (np. pokaż leki zlecone na najbliższe 4 godziny)	
j)	Prezentacja zleconych leków, których podaż kończy się w najbliższym czasie - panel prezentujący nazwę jednostki organizacyjnej, pacjenta, lek. Użytkownik powinien mieć możliwość wyboru zakresu danych prezentowanych na panelu, np.. Pokaż pacjentów, którym podaż leków kończy się w przeciągu 2 najbliższych dni	
k)	Prezentacja listy pacjentów z zakażeniem	
l)	Prezentacja listy pacjentów bez wypełnionej ankiety NRS	
m)	Prezentacja usług zleconych do pracowni	
90	Możliwość zdefiniowania dostępu do funkcji oraz danych pacjentów w zależności od profilu uprawnień użytkownika.	
91	Możliwość sortowania informacji prezentowanych na panelach po dowolnej kolumnie.	
92	Możliwość konfiguracji, który z paneli i w jakim miejscu jest prezentowanych na ekranie.	TAK
93	Możliwość automatycznego oraz ręcznego (po naciśnięciu przycisku 'Odśwież') odświeżania zawartości każdego panelu.	
94	System umożliwia zdefiniowanie formularzy związanych z obsługą pacjenta (z wyjątkiem dedykowanych modułów integrujących się bezpośrednio z urządzeniami medycznymi) na potrzeby Zamawiającego przez personel Zamawiającego. Moduł ten jest integralną częścią systemu.	TAK
95	Możliwość definiowania strukturyzowanych formularzy zawierających pola opisowe, liczbowe, daty, słownikowe ze zdefiniowanymi ograniczeniami na wartości (minimalne, maksymalne, normę) i ułożonymi na ekranie.	TAK
96	Na wszystkich formularzach można umieścić pola opisowe, liczbowe, pola tekstowe, daty, słownikowe z własnymi słownikami, słownikowe z wykorzystaniem istniejących słowników w systemie (min. jednostek organizacyjnych, diagnoz ICD-10, pracowników, usług), pola wyboru wielokrotnego, pola wyboru jednokrotnego, grafikę, panel załączania plików zewnętrznych.	TAK
97	W polach opisowych przy wypełnianiu w systemie formularzy istnieje możliwość dodania i użycia predefiniowanych fraz opisowych / wzorców / szablonów tekstów do późniejszego wykorzystania przez użytkownika lub grupę użytkowników z możliwością określenia ich dostępności. Frazy opisowe są zapisywane bezpośrednio w bazie danych Systemu i są dostępne na dowolnej stacji roboczej zalogowanej do Systemu.	
a)	- ogólnodostępnych	TAK
b)	- ogólnodostępnych tylko w kontekście wybranej jednostki organizacyjnej (frazy są widoczne tylko w formularzach dla pacjentów przebywających w danej jednostce)	TAK
c)	- ogólnodostępnych tylko dla konkretnych typów użytkownika	

d)	- ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika w kontekście jednostki organizacyjnej	
e)	- ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora	
f)	- ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora w kontekście jednostki organizacyjnej	
98	Możliwość skonfigurowania i podłączenia wydruku zawierającego dane wprowadzone na wcześniej zdefiniowanych przez siebie formularzach.	
99	Możliwość zdefiniowania reguł wyliczania wartości na podstawie innych pól formularza i danych z systemu	TAK
100	Dla każdego z atrybutów umieszczonych na formularzu określić można, czy uzupełnienie go będzie wymagane.	TAK
101	Dla każdego z tworzonych formularzy istnieje możliwość konfiguracji decydującej, czy pola nie uzupełnione przez użytkownika mają się prezentować w podglądzie, czy nie.	TAK
102	System umożliwia eksport oraz import stworzonych formularzy do pliku zewnętrznego.	
103	System umożliwia kopiowanie formularzy.	
104	System umożliwia definiowanie wartości domyślnych dla poszczególnych pól formularza.	
105	System umożliwia kopiowanie samych atrybutów formularza i wykorzystania ich do tworzenia nowego.	
106	System umożliwia zdefiniowanie na formularzu pola opisowego w taki sposób, aby użytkownik miał możliwość pobrania do pola opisowego dowolnych wyników badań pacjenta i innych danych opisowych wcześniej wprowadzonych do systemu.	TAK
107	Zarządzanie raportami - listą dostępnych zestawień danych, nadawanie uprawnień do uruchamiania, możliwość umieszczania raportów przynajmniej w zakresie menu modułów oddział, izba przyjęć, statystyka, poradnia, gabinet	
108	Generator raportów stanowi integralną część Systemu	
109	Możliwość tworzenia nowych raportów w oparciu o dostępne w systemie widoki oraz język zapytań SQL	
110	Możliwość tworzenia raportów kolumnowych oraz formatowanych w oparciu o widoki dostępne w Systemie	
111	System umożliwia definiowanie grafików dostępności personelu lub urządzeń	
112	Grafiki są podstawą do wyznaczania terminów wizyt przez moduł rezerwacji	
113	Grafik definiowany jest dla urządzenia lub lekarza ze wskazaniem konkretnego gabinetu	
114	System umożliwia stworzenia dowolnej liczby grafików, również dla jednego lekarza lub gabinetu	
115	W ramach każdego grafika mogą być definiowane przedziały czasowe cykliczne (powtarzające się każdego tygodnia), a także definiowane na konkretny dzień.	
116	System umożliwia zdefiniowanie usług, które będą świadczone pacjentom w ramach danego grafika.	
117	System umożliwia zdefiniowanie dowolnego czasu trwania usługi w zależności od rodzaju usługi i typu wizyty (np. standardowa, pierwsza, kontynuacja)	TAK

118	System umożliwia nadanie grafikowi dodatkowych atrybutów ograniczających jego dostępność dla pewnych klas pacjentów: - Odpłatnie (ang. FFS - Fee For Service) – grafik dostępny tylko dla pacjentów płacących za leczenie - Abonament – grafik dostępny tylko dla pacjentów posiadających umowę na świadczenie usług medycznych - NFZ – grafik tylko dla pacjentów leczonych w ramach umowy z NFZ - VIP – grafik tylko dla pacjentów VIP	TAK
119	System umożliwia definiowanie blokad grafika z możliwością podania powodu blokady (urlop, zwolnienie, serwis sprzętu)	
120	System umożliwia edycję słownika powodów blokad grafika	
121	System umożliwia zarządzanie kalendarzem dni wolnych.	
122	System umożliwia zdefiniowanie czy dany grafik obowiązuje w dzień wolny od pracy	
123	System umożliwia przeglądanie grafików dostępności wybranego lekarza/urzędnika i/lub wybranej przychodni	
124	System śledzi i udostępnia historię modyfikacji grafików	
125	System umożliwia definiowanie szablonów tygodniowych i dziennych grafika o czasie obowiązywania węższym niż cały grafik.	
126	System umożliwia modyfikację cyklicznych przedziałów dziennych grafika w sposób umożliwiający określenie innych godzin dostępności zasobu w różnych okresach obowiązywania grafika	
127	Grafik dyżurów i pracy	
128	System dostarcza funkcję pozwalającą definiować, planować plan dyżurów i pracy w zakresie: - definicji typów personelu w jednostce organizacyjnej - definicji osób zatrudnionych o danym typie personelu - definicji wymiaru etatu danego personelu - definicji dostępnych rodzajów dyżurów i ich czasów trwania w danej jednostce organizacyjnej	
129	System umożliwia i wspomaga proces planowania dyżurów, pracy i nieobecności w sposób graficzny poprzez: -prezentację widoku miesięcznego w danej jednostce i danym typie personelu, -automatyczne zliczanie liczby godzin wynikających z etatu, już zaplanowanych i zrealizowanych, -automatyczne pomniejszanie liczby godzin do wypracowania w danym miesiącu o zaplanowane nieobecności (urlop, zwolnienie, inna nieobecność), -automatyczne zliczanie liczby nadgodzin, która przechodzi na kolejny miesiąc, -automatyczne zliczanie liczby godzin nocnych i świątecznych, -możliwość oznaczenia realizacji planu całego miesiąca przez daną osobę, -możliwość raportowania liczby godzin pracy innej niż planowana. Funkcja możliwa do uruchomienia na wszystkich stacjach roboczych na oddziałach, izbie przyjęć i w poradni z poziomu odpowiedniego modułu (np. Oddział, Izba przyjęć), bez konieczności ponownego zalogowania się do systemu lub uruchamiania zewnętrznego oprogramowania.	

130	System udostępniania raport z zaplanowanych i zrealizowanych dyżurów oparty na graficznej prezentacji	
131	Poza wymaganymi przepisami prawa i wynikających z wymogów rozliczeń z NFZ zestawieniami danych oraz wydrukami dokumentacji medycznej, dostarczany system po instalacji wyposażony jest na raporty oraz wydruki dla Modułu Ruchu Chorych wyszczególnione poniżej:	
RAPORTY		
	Chorzy przyjęci do wybranej kliniki	
	Dane historyczne numerów ksiąg głównych	
	Dziennik ruchu chorych oddziału	
	Jednostki kierujące	
	Księga chorych oddziału	
	Księga główna przyjęć i wypisów	
	Księga oczekujących na udzielenie świadczenia	
	Księga raportów lekarskich	
	Księga raportów pielęgniarских	
	Księga zgonów	
	Lista pacjentów przebywających w szpitalu na oddziale	
	Lista pacjentów przyjętych do szpitala	
	Lista pacjentów według diagnoz	
	Lista pacjentów wypisanych ze szpitala	
	Lista świadczeń wg jednostek organizacyjnych	
	Miesięczne zestawienie ilości procedur	
	Pacjenci na liście oczekujących	
	Pacjenci przyjęci do szpitala spoza regionu	
	Pacjenci według długości pobytu	
	Pacjenci z odmową przyjęcia	
	Raport akcji użytkowników	
	Raport dzienny	
	Raport lekarski	
	Raport list oczekujących	
	Raport martwych urodzeń	
	Raport niepełnych danych do PZH	
	Raport niepełnych danych pacjenta	
	Raport niezakodowanych pobytów	
	Raport nowotworowy	
	Raport obłożenia łóżek	
	Raport obłożenia oddziału	
	Raport pacjentów na liście oczekujących	
	Raport pacjentów na przepustkach	
	Raport pacjentów przeniesionych	
	Raport pacjentów z ICD9 i ICD10	
	Raport pielęgniarский	
	Raport podwójnych pacjentów	

	Raport statystyki noworodkowej	
	Raport świadczeń	
	Raport wskaźników szpitalnych	
	Raport wykonanych świadczeń	
	Ruch chorych	
	Spis chorych szpitala	
	Sprawozdanie z pomocy doraźnej (dane do ZD4)	
	Stan łóżek w szpitalu	
	Średni czas pobytu według jednostki chorobowej	
	Zestawienie diagnoz i procedur	
	Zestawienie pobytów na liście oczekujących	
	Zestawienie przyjęć i wypisów	
	Zestawienie wypisów	
	Zestawienie zbiorcze do PZH	
	Zestawienie zgonów	
	Raport poświadczeń eWUŚ	
	Kontrola ubezpieczeń - pacjenci nieubezpieczeni	
	Raport zbiorczy wyników badań laboratoryjnych	
	Raport zakażeń szpitalnych	
	Raport czynnika alarmowego (do 72 godzin i po 72 godzinach)	
WYDRUKI		
	Badanie przedmiotowe	
	Dane opisowe zbiorczo	
	Epikryza	
	Historia choroby pacjenta	
	Karta depozytowa	
	Karta informacyjna Izby przyjęć	
	Karta informacyjna pacjenta z UE	
	Karta statystyczna	
	Karta wypisowa	
	Karta wypisowa z wynikami (uzupełniona automatycznie zgromadzonymi w systemie danymi; możliwość wyboru badań, które mają znaleźć się na karcie wypisowej danego pacjenta)	
	Karta zakażenia szpitalnego	
	Karta zgłoszenia choroby zakaźnej	
	Karta zgłoszenia nowotworu	
	Karta zgonu	
	Naklejki	
	Naklejki na próbówki pacjenta	
	Obserwacje lekarskie	
	Odmowa przyjęcia	
	Porada ambulatoryjna (Izba przyjęć)	
	Raport kosztów pacjenta	
	Skierowanie do poradni specjalistycznej	

	Skierowanie do szpitala	
	Wydruk koperty dla opiekuna	
	Wydruk koperty dla pracodawcy	
	Wydruk zaświadczenia pacjenta	
	Wywiad	
	Wywiad epidemiologiczny	
	Karta rejestracji drobnoustroju alarmowego	
	Zaświadczenie lekarskie	
	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną	
	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę	
	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową	
	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV	
	Formularz zgłoszenia zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej	
	Karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego noworodków	
	Karta monitorowania leczenia żywieniowego noworodków	
	Karta monitorowania leczenia żywieniowego dzieci	
	Karta kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego / karta modyfikacji żywienia dzieci	
	Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)	
	Karta informacyjna dla lekarza POZ	
	Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka	
	Karta gorączkowa	
	Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia	
	Okołooperacyjna Karta Kontrolna	
	Zlecenie na badanie grupy krwi	
	Zamówienie indywidualne na krew i jej składniki	
	Zlecenie na wykonanie próby zgodności	
	Zlecenie na krew do pilnej transfuzji	
	Karta TISS	
	Skierowanie na konsultacje	
140	Poza wymaganymi przepisami prawa i wynikających z wymogów rozliczeń z NFZ zestawieniami danych oraz wydrukami dokumentacji medycznej, dostarczany system po instalacji wyposażony jest na raporty oraz wydruki dla modułu Poradnia Gabinet i Rejestracja do Poradni wyszczególnione poniżej:	
RAPORTY		
	Cennik usług	
	Dane raportu MZ-11	
	Dane raportu MZ-12	
	Dostępność usług na podstawie zajętości grafika	
	Grafik gabinetów	
	Grafik zasobów wg gabinetu	
	Grafik zasobów wg zasobu	
	Historia zmian w grafikach	

	Jednostki kierujące	
	Księga główna przychodni	
	Księga przyjęć dla poradni	
	Księga wizyt	
	Lista lokalizacji	
	Lista personelu	
	Lista porad	
	Lista usług niezafakturowanych	
	Lista wizyt	
	Lista wizyt dla lekarza	
	Lista wizyt dla rejestracji	
	Lista wizyt na gabinet	
	Lista wizyt rozszerzona z danymi osobowymi	
	Pacjenci na liście oczekujących	
	POZ - wizyty bez deklaracji	
	Lista wizyt POZ	
	Raport deklaracji POZ	
	Raport liczby deklaracji POZ, wg wieku, wg lekarza	
	Raport akcji użytkowników	
	Raport audytu danych osobowych	
	Raport list oczekujących	
	Raport niepełnych danych pacjentów do rozliczeń z NFZ	
	Raport podwójnych pacjentów	
	Raport struktury wiek-płeć	
	Raport usług według płatnika	
	Raport wykonanych świadczeń	
	Rozszerzona lista wizyt	
	Sprawozdanie z ambulatoryjnej op.	
	Zestawienie diagnoz i procedur	
	Zestawienie operacji	
	Raport niezakodowanych wizyt	
	Raport poświadczeń eWUŚ	
	Kontrola ubezpieczeń - pacjenci nieubezpieczeni	
WYDRUKI		
	Karta informacyjna dla lekarza kierującego	
	Karta informacyjna pacjenta UE	
	Karta konsultacyjna	
	Karta rejestracji	
	Nadruk na kopertę pacjenta	
	Opaski pacjenta	
	Orzeczenie lekarskie	
	Skierowanie do poradni specjalistycznej	
	Skierowanie do szpitala	
	Skierowanie na badanie	

	Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe	
	Upoważnienie / brak upoważnienia	
	Wydruk danych pacjenta	
	Wydruk historii rezerwacji	
	Wydruk karty statystycznej	
	Wydruk listy wizyt	
	Wydruk podsumowania rezerwacji wizyt	
	Wydruk wizyty	
	Zaświadczenie lekarskie	
	Historia choroby	
	Wniosek o zlecenie transportu sanitarnego w POZ	
	Zlecenie na transport sanitarny w POZ	
141	System przystosowany do współpracy z podpisem elektronicznym	

2. Moduł Ruch chorych – Izba przyjęć

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Prowadzenie rejestru pacjentów wspólnego dla wszystkich modułów.	
2	Możliwość przeglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobytych w szpitalu (rejestr pobytych), a także wizyt ambulatoryjnych, stacji dializ, diagnostyki.	
3	Wyszukiwanie pacjentów według co najmniej wymienionych parametrów: - imię, - nazwisko, - nazwisko rodowe pacjenta, - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, - PESEL, - wiek, - płeć, - data urodzenia, - Numer Księgi Głównej, - data przyjęcia na Izbę Przyjęć/Oddział, - Miejscowość, ulica, kod administracyjny, - Diagnozy/wykonane usługi, - Zakodowane świadczenia NFZ.	TAK
4	Wyszukiwanie pacjentów po danych osobowych opiekuna wg parametrów jak dla pacjenta.	
5	Możliwość przypisania lekarza przyjmującego przy przeniesieniu pacjenta na Oddział z Izby Przyjęć.	

6	System posiada mechanizm zabezpieczający przed wyborem wykluczających się nawzajem trybów przyjęcia i źródeł skierowania. System ponadto automatycznie uzupełniania drugie pole, gdy poprawna jest tylko jedna wartość.	
7	Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem minimalnego zakresu danych: - Imię i Nazwisko - Płeć - PESEL lub data urodzenia	
8	Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem podstawowego zakresu danych: - dane osobowe, - dane adresowe (adres stały, tymczasowy, do korespondencji), - dane o rodzinie pacjenta (możliwość wpisania więcej niż jednego krewnego), - dane o ubezpieczeniu, - dane o zatrudnieniu.	
9	Możliwość generowania wydruków bezpośrednio z ekranu przyjęcia pacjenta - dostępne wydruki są konfigurowane w module administracyjnym.	
10	System daje możliwość przy wyszukiwaniu i dodawaniu pacjenta automatycznego wykorzystania danych z dowodów osobistych przy użyciu czytników OCR.	
11	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.	
12	System sprawdza poprawność numeru PESEL podczas wprowadzania danych pacjenta.	
13	System pozwala na wprowadzenie danych pacjenta z tzw. błędnym numerem PESEL (m.in. na potrzeby obsługi zdarzających się błędnie wydanych numerów PESEL).	
14	System automatycznie uzupełnia datę urodzenia pacjenta i płeć na podstawie numeru PESEL.	
15	Zabezpieczenie przed dodaniem do rejestru pacjentów kolejnego pacjenta z tym samym numerem PESEL. W takim przypadku wybierany jest pacjent już istniejący w rejestrze.	
16	Możliwość oznaczenia pacjentów będących osobami publicznymi lub VIP, co skutkuje ograniczeniem dostępu do danych tych pacjentów jedynie dla osób uprawnionych.	
17	System pozwala oznakować pacjenta ze względu na zakaz informowania o pobycie pacjenta.	
18	Szybki podgląd danych pacjenta wybranego z rejestru pacjentów.	
19	Rejestracja pobytu pacjenta na Izbie Przyjęć z możliwością odnotowania następujących danych: - tryb przyjęcia, - dane skierowania, - rozpoznania ze skierowania, - dane o płatniku, - lekarz przyjmujący.	
20	Zarządzanie słownikami lekarzy i jednostek kierujących: - dodanie nowego wpisu do rejestru, - edycja istniejącego wpisu, - usunięcie istniejącego wpisu.	

21	System posiada wbudowane mechanizmy kontroli poprawności numeru REGON i NIP dla jednostki kierującej oraz prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego.	
22	Zabezpieczenie przed ponownym dodaniem do słownika lekarzy kierujących lekarza z tym samym numerem wykonywania zawodu.	
23	Możliwość zabezpieczenia przed ponownym dodaniem do słownika jednostek kierujących jednostki z tym samym REGONEM	
24	Załączanie dokumentów do skierowania.	
25	Możliwość gromadzenia danych medycznych związanych z pobytem na Izbie Przyjęć: - rozpoznanie wstępne, - rozpoznanie ze skierowania, - wywiad, - badania, - zastosowane leczenie, - zalecenia.	
26	Możliwość gromadzenia danych o wzroście i wadze pacjenta z automatycznym wyliczeniem BMI	
27	Możliwość definiowania przez użytkownika i wykorzystania własnych tekstów standardowych w polach opisowych.	
28	Możliwość odnotowania wykonanych pacjentowi na Izbie Przyjęć elementów leczenia (procedury, leki, badania, zabiegi, konsultacje).	
29	Możliwość odnotowania zużytych materiałów do przeprowadzonych na Izbie Przyjęć zabiegów i przypisania zużycia do pacjenta.	
30	Odnótowanie odmowy przyjęcia do szpitala – automatyczny wpis do Księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć.	
31	Odnótowanie powodu odmowy przyjęcia i kierunku wypisu pacjenta.	
32	Odnótowanie udzielenia porady ambulatoryjnej na Izbie Przyjęć – automatyczny wpis do Księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć.	
33	Zapis świadczeń NFZ udzielonych w ramach porady ambulatoryjnej	
34	Możliwość generowania wydruków bezpośrednio z ekranu porady ambulatoryjnej - dostępne wydruki są konfigurowane w module administracyjnym.	
35	Zakończenie pobytu na izbie przyjęć przyjęciem na oddział.	
36	Wpis na Listę Oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych pacjentów przeznaczonych do przyjęcia w późniejszych terminach z informacją na co pacjent oczekuje, z możliwością dodrukowania potwierdzenia wpisu na kolejkę dla pacjenta.	
37	Zmiana wcześniej zaplanowanego terminu przyjęcia pacjenta wraz z koniecznością wprowadzenia informacji uzasadniającej tę zmianę.	
38	Przyjęcie pacjenta na oddział bezpośrednio z Listy Oczekujących, z wykorzystaniem zarejestrowanych w niej danych pacjenta.	
39	Skierowanie pacjenta na oddział z możliwością odnotowania trybu przyjęcia, określenia lekarza i jednostki kierującej, wydruku pierwszej strony historii choroby.	
40	Możliwość odnotowania danych odnoszących się do przedmiotów przekazanych do depozytu. Przynajmniej wprowadzenie informacji tekstowej z listą zostawionych przedmiotów.	

41	Automatyczne nadanie numeru Księgi głównej przyjęć i wypisów w momencie przyjęcia pacjenta na oddział.	
42	Obsługa wielu Ksiąg Głównych.	TAK
43	Blokada możliwości przyjęcia na Izbę Przyjęć pacjenta aktualnie przebywającego w szpitalu (na izbie przyjęć, bądź na oddziale).	
44	Blokada możliwości udzielenia porady ambulatoryjnej pacjentowi aktualnie przebywającemu na oddziale.	
45	Podgląd stanu łóżek na oddziałach w trakcie przyjmowania pacjenta na oddział.	
46	Ostrzeżenie o braku wolnych łóżek na oddziale podczas przyjmowania pacjenta na oddział.	
47	Dla łóżek możliwe jest określenie restrykcji do walidacji płci przyjmowanych pacjentów: Walidacja podczas przyjęcia pacjenta na oddział będzie działała w następujący sposób: Jeżeli sala będzie określona jako: - Męska (lub żeńska), próba przyjęcia na oddział pacjenta płci przeciwnej spowoduje wyświetlenie ostrzeżenia i zablokuje takie przyjęcie. - Dynamiczna - pierwszy przyjęty pacjent determinuje rodzaj sali. Od chwili jego przyjęcia walidacja uniemożliwi przyjęcie pacjenta płci przeciwnej. Jeżeli na sali już wcześniej znajdowali się pacjenci różnej płci, aplikacja wyświetli o tym ostrzeżenie. - Nieokreślona (koedukacyjna) - walidacja wyłączona, więc na salę jednocześnie mogą zostać przyjęte kobiety i mężczyźni.	
48	Wprowadzenie rozpoznań w ramach historii choroby: - wstępnych – ze skierowania, - dodatkowych, - przyczyny zgonu (w przypadku zgonu pacjenta).	
49	Możliwości tworzenia listy osób uprawnionych do uzyskania informacji o przebiegu leczenia pacjenta.	
50	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie.	
51	Przegląd i wydruk ksiąg: - Księga główna przyjęć i wypisów, - Lista oczekujących, - Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć	
52	Wydruk standardowych dokumentów związanych z pobytem pacjenta na Izbie Przyjęć w zakresie gromadzonych w systemie danych: - Karta Informacyjna Izby Przyjęć, - Karta informacyjna pacjenta z UE, - Karta Nowotworowa, - Karta Zgonu.	

53	System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów: - dziennik ruchu chorych, - lista pacjentów przyjętych do szpitala, - lista pacjentów przebywających w oddziale, - lista pacjentów wypisanych ze szpitala, - raport dzienny, - raport niepełnych danych pacjentów, - raport wykonanych świadczeń (raport interaktywny, z poziomu raportu możliwość wskazania rekordu i automatycznego przejścia do: kodowania pozycji, podsumowanie pobytu).	
54	System gromadzi statystyki częstości użycia diagnoz i procedur ICD w jednostce organizacyjnej.	
55	System umożliwia sortowanie diagnoz i procedur ICD według statystyk częstości użycia w jednostce organizacyjnej pobytu pacjenta.	
56	System umożliwia wprowadzenie komentarza przy każdej diagnozie ICD10	
57	Przy przyjęciu pacjenta system ostrzega, że pacjent był już hospitalizowany w okresie krótszym niż 14 dni.	
58	Możliwość nadawania pacjentom priorytetów/klasyfikacji np. Nagły (czerwony), Pilny (żółty), Stabilny. Wpływa to na prezentację pobytu pacjenta w danych pobytu i na listach prezentujących pacjentów przebywających w szpitalu (prezentacja danych z użyciem koloru).	

3. Moduł Ruch chorych – Oddział

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Prowadzenie rejestru pacjentów (wspólnego dla wszystkich modułów) z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów), poradni, diagnostyki, stacji dializ.	
2	Wyszukiwanie pacjentów minimum według parametrów: - imię, - nazwisko, - nazwisko rodowe pacjenta, - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, - PESEL, - wiek, - płeć, - data urodzenia, - lekarz prowadzący, - Numer Księgi Głównej, - data przyjęcia na Izbę Przyjęć/Oddział, - Miejscowość, ulica, kod administracyjny, - Diagnozy/wykonane usługi/zakodowanie świadczenia NFZ.	
3	Wyszukiwanie pacjentów po danych osobowych opiekuna wg parametrów jak dla pacjenta.	

4	System posiada mechanizm zabezpieczający przed wyborem wykluczających się nawzajem trybów przyjęcia i źródeł skierowania. System ponadto automatycznie uzupełniania drugie pole, gdy poprawna jest tylko jedna wartość.	
5	Kopiowanie danych opisowych z poprzednich pobytów Pacjenta, do pobytu bieżącego. Funkcja umożliwia skopiowanie wprowadzonej w systemie danej opisowej w jednym z poprzednich pobytów pacjenta do bieżącego pobytu.	
6	System daje możliwość przy wyszukiwaniu i dodawaniu pacjenta automatycznego wykorzystania danych z dowodów osobistych przy użyciu czytników OCR.	
7	Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem minimalnego zakresu danych: - Nazwisko - Płeć	
8	Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem podstawowego zakresu danych: - dane osobowe, - dane adresowe (adres stały, tymczasowy, do korespondencji), - dane o rodzinie pacjenta (możliwość wpisania więcej niż jednego opiekuna), - dane o ubezpieczeniu, - dane o zatrudnieniu.	
9	Możliwość przyjęcia pacjenta na izbę przyjęć bezpośrednio z Modułu Ruch chorych - Oddział	
10	System prowadzi wspólną bazę pacjentów i opiekunów w taki sposób, aby uniknąć podwójnego wprowadzania danych (np. raz jako pacjent i drugi raz jako krewny).	
11	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.	
12	System sprawdza poprawność numeru PESEL podczas wprowadzania danych pacjenta.	
13	System pozwala na wprowadzenie danych pacjenta z błędnym numerem PESEL: w momencie zatwierdzenia błędnego numeru PESEL system ponownie prosi o jego zatwierdzenie i jeśli będzie zatwierdzony to zostanie zapisany.	
14	System automatycznie uzupełnia datę urodzenia pacjenta i płeć na podstawie numeru PESEL.	
15	Zabezpieczenie przed dodaniem do rejestru pacjentów kolejnego pacjenta z tym samym numerem PESEL. W takim przypadku wybierany jest pacjent już istniejący w rejestrze.	
16	Możliwość oznaczenia pacjentów jako VIP, co skutkuje ograniczeniem dostępu do danych tych pacjentów jedynie dla osób uprawnionych.	
17	System pozwala oznakować pacjenta ze względu na zakaz informowania o pobycie pacjenta	
18	Szybki podgląd danych pacjenta wybranego z rejestru pacjentów.	
19	Przyjęcie pacjenta na oddział z możliwością odnotowania następujących danych: - tryb przyjęcia, - dane skierowania, - rozpoznania ze skierowania, - dane o płatniku, - lekarz przyjmujący.	
20	Możliwość przyjęcia pacjenta na oddział z pominięciem Izby Przyjęć.	

21	System ostrzega lub uniemożliwia rejestrowanie zleceń lekarskich np. na badania, ordynowanie leków w przypadku nie przypisania pacjentowi lekarza prowadzącego.	
22	Możliwość odnotowania danych odnoszących się do przedmiotów przekazanych do depozytu.	
23	Automatyczne nadanie numeru Księgi Głównej w momencie przyjęcia pacjenta na oddział.	
24	Możliwość ręcznej edycji numeru Księgi Głównej.	
25	Obsługa wielu Ksiąg Głównych.	
26	Administracja słownikami lekarzy i jednostek kierujących z poziomu aplikacji: dodanie nowego wpisu do rejestru, - edycja istniejącego wpisu, - usunięcie istniejącego wpisu.	
27	System posiada wbudowane mechanizmy kontroli poprawności numeru REGON i NIP dla jednostki kierującej oraz prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego.	
28	Zabezpieczenie przed ponownym dodaniem do słownika lekarzy kierujących lekarza z tym samym numerem wykonywania zawodu.	
29	Możliwość zabezpieczenia przed ponownym dodaniem do słownika jednostek kierujących jednostki z tym samym REGONEM.	
30	Załączanie dokumentów do skierowania.	
31	Wpis do Księgi Oczekujących pacjentów przeznaczonych do przyjęcia w późniejszych terminach, z możliwością dodrukowania potwierdzenia wpisu na kolejkę dla pacjenta.	
32	Zmiana wcześniej zaplanowanego terminu przyjęcia pacjenta wraz z koniecznością wprowadzenia informacji uzasadniającej tę zmianę.	
33	Przyjęcie pacjenta na oddział bezpośrednio z Księgi Oczekujących, z wykorzystaniem zarejestrowanych w niej danych pacjenta.	
34	System umożliwia odnotowanie dostarczenia skierowania oraz raport pacjentów, którzy nie dostarczyli skierowania po upływie 14 dni po wpisie na Kolejkę Oczekujących	
35	Blokada możliwości ponownego przyjęcia na oddział pacjenta już przebywającego w tym czasie w szpitalu.	
36	Ostrzeżenie o braku wolnych łóżek na oddziale podczas przyjmowania pacjenta na oddział.	
37	Podgląd stanu łóżek na oddziałach w trakcie przyjmowania pacjenta na oddział.	
38	Możliwość anulowania przyjęcia pacjenta na oddział wraz z wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć.	
39	Przeniesienie pacjenta na inny oddział z wpisem do Księgi Oddziałowej wraz z automatycznym lub ręcznym nadaniem numeru Księgi Oddziałowej.	
40	Możliwość prowadzenia jednej Księgi Oddziałowej (wspólnej numeracji) dla kilku oddziałów.	
41	Przy przenoszeniu pacjenta na inny oddział lub salę system podpowiada lekarza prowadzącego na podstawie poprzednich pobyków pacjenta w ramach tej samej hospitalizacji.	
42	Możliwość ręcznej edycji numeru Księgi Oddziałowej.	
43	Możliwość anulowania przeniesienia na inny oddział.	

44	Możliwość gromadzenia danych medycznych związanych z pobytem na oddziale: - Rozpoznanie i Rozpoznanie ze skierowania - Wywiad - Badania - Zastosowane leczenie - Epikryza - Zalecenia.	
45	System umożliwia wprowadzenie komentarza przy każdej diagnozie ICD10	
46	System prezentuje na ekranie podsumowania pobytu pacjenta - diagnozy ICD-10 wraz z wprowadzonymi komentarzami.	
47	System umożliwia kopiowania do bieżącego pobytu diagnozy ICD-10 wprowadzonej w podczas wcześniejszego pobytu pacjenta.	
48	W przypadku braku rozpoznania głównego na którymkolwiek oddziale w ramach hospitalizacji system pozwala na skopiowanie na ten pobyt diagnozy głównej z oddziału wypisowego.	
49	System automatycznie podpowiada kodowanie diagnoz hospitalizacji na podstawie zakodowanych diagnoz w poszczególnych pobytach na oddziałach.	
50	Możliwość gromadzenia danych o wzroście i wadze pacjenta z automatycznym wyliczeniem BMI	
51	Możliwość definiowania przez użytkownika i wykorzystania własnych tekstów standardowych w polach opisowych.	
52	Możliwość odnotowania wykonanych pacjentowi na oddziale elementów leczenia (procedury, leki, badania, zabiegi, konsultacje).	
53	Możliwość odnotowania zużytych materiałów do przeprowadzonych na oddziale zabiegów i przypisania zużycia do pacjenta.	
54	Prowadzenie karty TISS w systemie.	
55	Odnotowanie w systemie informacji o zgonie pacjenta wraz z wpisem do Księgi Chorych Oddziału.	
56	Wprowadzenie rozpoznań w ramach historii choroby: - wstępnych – ze skierowania, - końcowych (rozpoznanie zasadnicze, dodatkowe, współistniejące) - przyczyny zgonu (w przypadku zgonu pacjenta).	
57	Możliwość tworzenia listy osób uprawnionych do uzyskania informacji o przebiegu leczenia pacjenta.	
58	Szybki dostęp do najważniejszych funkcji modułu, z przypisanymi na stałe w zakresie całego modułu skrótami klawiaturowymi, m.in. do: - wyszukiwania pacjenta, - wyszukiwania pobytu, - informacji o pacjencie, - przeglądu wszystkich hospitalizacji pacjenta.	
59	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie.	
60	Możliwość wglądu w dane archiwalne wszystkich pacjentów przebywających w przeszłości na danym oddziale.	

61	Obsługa przepustek.	
62	Przegląd i wydruk ksiąg zgodnie z Rozp. Min. Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie dokumentacji medycznej.	
63	Prowadzenie i możliwość wydruku Historii Choroby: dane przyjęciowe, wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo), przebieg leczenia, epikryza.	TAK
64	Wydruk standardowych dokumentów związanych z pobytem pacjenta w Szpitalu w zakresie gromadzonych w systemie danych zgodnie z Rozp. Min. Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie dokumentacji medycznej	
65	Możliwość wypełnienia i wydruk standardowych druków zewnętrznych: - Karta Statystyczna, - Karta Nowotworowa, - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, - Karta Zgonu.	
66	Możliwość prowadzenia oceny Ryzyka powstania odleżyn - wg skali Nortona	
67	System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów wymaganych zgodnie z ustawą do GUS – MZ, ZD, do NFZ - PZH, MZSZP11. - Dziennik ruchu chorych, - Lista pacjentów przyjętych do szpitala, - Lista pacjentów przebywających w oddziale, - Lista pacjentów wypisanych ze szpitala, - Raport dzienny, - Raport niepełnych danych pacjentów, - Raport wykonanych świadczeń (raport interaktywny, z poziomu raportu możliwość wskazania rekordu i automatycznego przejścia do: kodowania pozycji, podsumowanie pobytu), - Zestawienia wg jednostki chorobowej, - Rejestr pacjentów przyjętych z odleżyną + RAPORT - Rejestr Zdarzeń Niepożądanych + RAPORT, - Możliwość prowadzenia rejestru bólu u pacjenta + RAPORT - Możliwość oceny ryzyka upadku u pacjenta + RAPORT - Możliwość kategoryzacji pacjentów + RAPORT - Rejestr zgonów pacjentów + RAPORT - Rejestr podjętych czynności reanimacyjnych + RAPORT - Rejestr powtórnych hospitalizacji + RAPORT - Rejestr reoperacji + RAPORT - Rejestr profilaktyki zatorowo-zakrzepowej + RAPORT	
68	Przegląd i aktualizacja danych personalnych, ubezpieczeniowych z możliwością generowania regularnych przypomnień w postaci ostrzeżeń podczas logowania o konieczności aktualizacji tych danych (alerty o pacjentach z dokładnością do Oddziału, w momencie zalogowania użytkownika). System musi mieć możliwość definiowania które pola w danych personalnych i ubezpieczeniowych będą objęte alertami.	

69	Możliwość nadawania pacjentom priorytetów/klasyfikacji np. Nagły (czerwony), Pilny (żółty), Stabilny. Wpływa to na prezentację pobytu pacjenta w danych pobytu i na listach prezentujących pacjentów przebywających w szpitalu (prezentacja danych z użyciem koloru).	
70	Możliwość zmiany lekarza prowadzącego podczas wypisu pacjenta.	

4. Moduł Statystyki

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbce
1	Prowadzenie rejestru pacjentów (wspólnego dla wszystkich modułów) z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów).	
2	Wyszukiwanie pacjentów wg różnych parametrów: - imię, - nazwisko, - nazwisko rodowe pacjenta, - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, - PESEL, - wiek, - płeć, - data urodzenia, - numer Księgi Głównej, - data przyjęcia na Izbę Przyjęć lub oddział, - lekarz prowadzący, - miejscowość, ulica, kod administracyjny, - diagnozy/wykonane usługi, - zakodowane świadczenia NFZ.	
3	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.	
4	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie (wyników zleceń, danych formularzowych).	
5	Możliwość wglądu w dane archiwalne wszystkich pacjentów przebywających w przeszłości na danym oddziale.	
6	Automatyczna aktualizacja karty statystycznej.	
7	Wydruk standardowych dokumentów związanych z pobytem pacjenta w Szpitalu w zakresie gromadzonych w systemie danych: - Historia Choroby, - Karta Wypisowa, - Karta Odmowy Przyjęcia do Szpitala, - Karta Informacyjna.	

8	Możliwość wypełnienia i wydruk standardowych druków zewnętrznych: - Karta Statystyczna, - Karta Nowotworowa, - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, - Karta Zakażenia Szpitalnego, - Karta Statystyczna Psychiatryczna, - Karta Zgonu.	
9	System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów: - dziennik ruchu chorych, - lista pacjentów przyjętych do szpitala, - historia zmian numerów ksiąg głównych, - lista pacjentów przebywających w oddziale, - lista pacjentów wypisanych ze szpitala, - raport dzienny, - raport niepełnych danych pacjentów do rozliczeń z NFZ - raport wykonanych świadczeń (raport interaktywny, po wybraniu pozycji na raporcie możliwość automatycznego wejścia do właściwego ekranu edycji kodowania), - zestawienia wg jednostki chorobowej, - miesięczne zestawienie ilości przyczyn zgonów, - średni czas pobytu wg jednostki chorobowej.	TAK
10	Możliwość zdefiniowania widoku listy raportów jako zestawienia ikon lub listy. Możliwość definiowania listy ulubionych raportów dla każdego użytkownika oddzielnie.	
11	Elektroniczna komunikacja z instytucjami nadrzędnymi: - Centra Zdrowia Publicznego, - NFZ.	
12	System gromadzi statystyki częstości użycia diagnoz i procedur ICD w jednostce organizacyjnej.	
13	System umożliwia sortowanie diagnoz i procedur ICD według statystyk częstości użycia w jednostce organizacyjnej pobytu pacjenta.	
14	Możliwość kodowania świadczenia z automatycznym rozbiem na poszczególne dni. Przy użyciu kalendarza można wybrać, w których dniach ma zostać zakodowany produkt.	
15	Kodowanie schematów ICD9: - umożliwiające kodowanie w postaci tabelarycznej, gdzie wierszami są procedury a kolumnami poszczególne dni, - możliwości wyboru przedziału czasu do zakodowania z możliwością wykluczenia poszczególnych dni, - możliwość definiowania grup (schematów) procedur ogólnych jak i spersonalizowanych dla użytkownika oraz dla jednostki organizacyjnej, - możliwość dodawania pojedynczej procedury do tabeli (nowe wiersze), - możliwość dodawania zdefiniowanych wcześniej grup (schematów) procedur za pomocą jednego kliknięcia (bez szukania w słowniku), - możliwość określenia osoby wykonującej indywidualnie dla każdej procedury i dnia	
16	Możliwość weryfikacji kompletności danych w zakresie sprawozdawczości do NFZ i PZH.	
17	System umożliwia automatyczne oznaczanie pobyków jako ratujących życie na podstawie konfiguracji diagnoz i trybów przyjęcia.	

18	System umożliwia oznaczenie kodowanych świadczeń NFZ jako nie podlegających rozliczeniu. W takim przypadku nie będą one przysyłane do NFZ.	
----	--	--

5. Moduł Blok Operacyjny-Porodowy

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
BLOK OPERACYJNY		
1	Możliwość przypisania zespołów chirurgicznych i anestezjologicznych do wykonania danych operacji.	
2	Zapis kwalifikacji chirurgicznej i anestezjologicznej pacjenta do operacji w Systemie.	
3	Planowanie zespołu i zasobów na Bloku Operacyjnym oddzielone do ekranu zlecenia operacji.	
4	Możliwość ustalania dat oraz sali operacyjnej w planowaniu zabiegów.	
5	Potwierdzanie przyjęcia pacjenta na wykonanie zabiegu.	
6	Ewidencja wykonanych procedur medycznych.	
7	Możliwość prowadzenia Księgi Bloku Operacyjnego, ewidencji wykonanych procedur medycznych, dokumentacji operacyjnej, w tym karty zabiegowej pacjenta, protokołów pielęgnarskich, ewidencji zużytych leków i materiałów, Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej oraz Karty Przebiegu Znieczulenia.	
8	Możliwość zaplanowania zabiegu w przypadku, gdy pacjent nie znajduje się jeszcze w szpitalu.	
9	System obsługuje zlecenie badań i konsultacji.	
10	Możliwość powiązania zaplanowanego zabiegu z hospitalizacją, jeżeli zabieg był zaplanowany, gdy pacjent nie znajdował się jeszcze w szpitalu.	
11	Prezentacja na liście zaplanowanych zabiegów następujących informacji: rozpoznanie, skład zespołu operacyjnego, sala operacyjna, pacjent, planowana data wykonania, rodzaj planowanego znieczulenia.	TAK
12	Możliwość odrzucenia wykonania operacji z podaniem przyczyny.	
13	Możliwość autoryzowania wykonania operacji dla zleceń ze skonfigurowaną regułą autoryzacji, przez osoby uprawnione do autoryzacji np. ordynator oddziału. Możliwość autoryzacji pojedynczych zleceń lub grupy zleceń wybranych z listy.	
14	System wyposażony jest w formularze uwzględniające zabiegi z wykorzystaniem perfuzji.	
15	Możliwość prowadzenia oddzielnej księgi bloku operacyjnego (numeracji zabiegów w księdze) dla Sal operacyjnych/Bloków operacyjnych, jak i oddzielnej księgi dla Oddziałów zlecających operacje, np. oddzielna księga bloku operacyjnego dla oddziału chirurgii i pulmonologii, mimo że operacje są fizycznie wykonywane na tej samej sali operacyjnej.	TAK
16	System umożliwia na etapie zlecenia operacji bądź ustalania składu zespołu operacyjnego, wprowadzenie dodatkowych usług ICD9, np. planowanych znieczuleń. Wprowadzone usługi przenoszą się na ekran wykonania.	

17	System posiada zakładkę 'Punkty czasowe' dla operacji. Można na niej odnotować wystąpienie następujących zdarzeń: - Premedykacja - Wezwanie pacjenta - Pacjent przybył na blok operacyjny - Przygotowanie do zabiegu - 15 minut do zakończenia przygotowania do zabiegu - Początek procedury chirurgicznej - 30 minut do końca procedury chirurgicznej - Koniec procedury chirurgicznej - Zakończenie znieczulenia	
18	Możliwość podglądu stanu realizacji zabiegów w poszczególnych salach operacyjnych w terminarzu graficznym.	TAK
19	Prezentacja obecnie wybranego punktu czasowego w podglądzie stanu realizacji zabiegów w terminarzu graficznym.	
20	Prezentacja osi czasu w podglądzie stanu realizacji zabiegów w terminarzu graficznym.	
21	Możliwość pracy terminarza graficznego w trybie „tylko do odczytu”.	
22	Możliwość definiowania grafików dla personelu/urzędzeń/sal zabiegowych.	
23	Możliwość definiowania dni wolnych od pracy, które będą niedostępne w procesie planowania i oznaczone jako wolne w graficznym widoku terminarza.	
24	Możliwość wprowadzania czasowych blokad na grafikach (np. serwis urządzenia lub nieobecność pracownika).	
25	Możliwość podglądu zajętości wybranego grafika.	
26	Możliwość przemieszczania zabiegów w ramach terminarza graficznego za pomocą przeciągnięcia i upuszczenia (drag-and-drop).	TAK
27	Możliwość przeglądania kilku grafików w terminarzu graficznym w widoku dziennym / tygodniowym / miesięcznym lub w zakresie czasowym określonym przez użytkownika.	TAK
28	Możliwość jednoczesnej prezentacji wielu grafików w terminarzu graficznym.	
29	Możliwość zaznaczenia i przemieszczenia wielu zabiegów jednocześnie w terminarzu.	
30	Możliwość zaznaczenia i zaplanowania wielu zabiegów jednocześnie w terminarzu.	
31	Możliwość przemieszczania zabiegów pomiędzy grafikami w terminarzu.	TAK
32	Możliwość zmiany czasu trwania zabiegu w terminarzu.	
33	Ograniczanie możliwości planowania zabiegów na wybrany przedział czasowy w zależności od wieku pacjenta.	
34	W oknie głównym modułu prezentacja listy operacji których wykonanie wymaga autoryzacji a użytkownik zalogowany może je autoryzować.	
35	Bezpośredni dostęp z poziomu terminarza graficznego do: - danych pacjenta, - danych zlecenia, - planowania operacji w zakresie zdefiniowanego personelu.	
BLOK PORODOWY		
36	Możliwość wykorzystania istniejącej bazy pacjentów.	
37	Zapis kwalifikacji chirurgicznej i anestezjologicznej pacjenta do operacji w Systemie.	

38	Opis przebiegu porodu z podziałem na okresy porodu z datą i godziną rozpoczęcia każdego z okresów.	
39	Możliwość wprowadzenia danych o stanie pacjentki przy przyjęciu.	
40	Możliwość wprowadzenia danych o stanie pacjentki po porodzie.	
41	Możliwość wprowadzenia informacji w którym tygodniu ciąży nastąpił poród.	
42	Wprowadzenie informacji o stanie noworodka co najmniej w następujących polach: - długość - waga - płeć - skala Apgar	
43	Wydruk protokołu porodu.	
44	Prowadzenie książki bloku porodowego.	
45	Możliwość odnotowania danych zespołu uczestniczącego przy porodzie przy wykorzystaniu słownika personelu.	
46	Możliwość wprowadzenia kryteriów oceny noworodka wg skali Apgar z automatycznym wyliczeniem wyniku.	
47	Wprowadzenie dodatkowych informacji o stanie noworodka w następujących polach: - obwód klatki piersiowej - obwód głowy - wady wrodzone - zabiegi pielęgnacyjne	
48	Wprowadzenie dodatkowych informacji o porodzie w następujących polach typu tak/nie: - ogrzano - odśluzowano - skóra do skóry - przystawiono do piersi - mocz - smółka - zabieg Credego - oznakowanie przez (z wyborem osoby ze słownika personelu)	
49	Przypisanie noworodka do odpowiedniego oddziału z automatycznym nadaniem numeru książki głównej i książki oddziałowej.	
50	Dostęp do archiwum bloku porodowego.	
51	Możliwość wejścia w funkcję do wprowadzania porodu z poziomu modułu oddział i pobytu kobiety, która przebywa na Sali porodowej.	
52	System posiada funkcję Siatki centylowej - pozwalającej wprowadzić wagę, tydzień ciążowy, a następnie zaprezentować wynik na siatce.	

6. Moduł Epidemiologia

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Prowadzenie i wydruk Karty Zakażeń.	
2	Ewidencja danych o patogenach alarmowych.	

3	W przypadku wdrożenia modułu blok porodowy system automatycznie umieszcza dane o porodzie na karcie zakażeń	
4	Prowadzenie rejestru on-line wszystkich zakażeń wewnątrzszpitalnych. - Zestawienie wg kwalifikacji zakażenia - Zestawienie wg rozpoznania zakażenia - Zestawienie wg czynników ryzyka zakażenia - Zestawienie wg rodzaju zakażenia - Zestawienie wg rodzaju zakażenia – roz.	
5	Dostęp do wyników antybiogramów.	
6	Dostęp do rejestru i wyników badań bakteriologicznych.	
7	Prowadzenie Karty rejestracji drobnoustroju alarmowego	
8	System umożliwia generowanie za pomocą wewnętrznego systemu powiadomień, informacji o akcjach użytkowników typu: zlecenie leku, stworzenie zakażenia karty zakażenia. Można zdefiniować powiadomienie zespołu do spraw zakażeń, ordynatora oddziału i lekarza prowadzącego.	TAK
9	Wprowadzanie informacji o szczepach.	
10	Prowadzenie i WYDRUK rejestracji drobnoustroju alarmowego	
11	System ostrzega, gdy nie ma żadnej karty zakażenia, a jest co najmniej jeden zlecony/podany antybiotyk; funkcja wyświetli komunikat o braku karty zakażenia z informacją czy wystąpiło zakażenie czy nie. Dodatkowo zablokuje możliwość przeniesienia/wypisu takiego pacjenta do czasu uzupełnienia karty zakażenia.	

7. Moduł Apteka

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Moduł działa w oparciu o przeglądarkę stron WWW będącą klientem końcowym aplikacji w architekturze trójwarstwowej na co najmniej dwóch wiodących przeglądarkach internetowych (minimum Mozilla Firefox), bez konieczności instalowania dodatkowych klientów terminalowych do tych przeglądarek, z identyczną funkcjonalnością na systemach Windows i Linux.	
2	Aktualizacja oprogramowania jednocześnie na wszystkich stacjach roboczych bez konieczności fizycznej obecności przy tych stacjach.	
3	Możliwość obsługi wielu magazynów centralnych oraz magazynów oddziałowych	
4	Pełna integracja pomiędzy magazynami centralnymi i oddziałowymi w ramach jednego modelu bazy danych	
5	Obsługa miejsc składowania w obrębie magazynu	
6	Możliwość definiowania i przypisywania asortymentu do miejsca składowania	
7	Możliwość powiązania magazynów z jednostkami organizacyjnymi szpitala	
8	Możliwość zdefiniowania wielu OPK/MPK dla jednego magazynu	
9	Automatyczne numerowanie dokumentów magazynowych	
10	Możliwość rozdzielania numerowania dokumentacji magazynowej dla każdego magazynu	
11	Zarządzanie słownikami Producentów, Dostawców, Kontrahentów	

12	Możliwość definiowania nazw asortymentu dla poszczególnych dostawców tak, że użytkownik może wprowadzać na fakturze VAT (FV) od dostawcy asortyment według zdefiniowanej nazwy.	
13	Obsługa receptariusza szpitalnego oraz receptariuszy oddziałowych	
14	Mechanizm blokad asortymentu.	
15	Możliwe zablokowanie asortymentu z danej serii	
16	Ewidencja działań niepożądanych leków, przynajmniej z dokładnością do: asortymentu, serii, oddziału, pacjenta	
17	Możliwość definiowania grup asortymentu	
18	Możliwość definiowania klas leków	
19	Możliwość obsługi różnych typów asortymentu	
20	Możliwość definiowania asortymentu, którego nie ma w bazie leków	
21	Kontrola przeterminowania leków	
22	Możliwość definiowania stanów minimalnych dla danego asortymentu w magazynie	
23	Obsługa jednostek bazowych asortymentu (tabletki, ampułki), jednostek opakowań (OP. 10 tab.), ml, mg	
24	Wsparcie dla wyszukiwania asortymentu za pomocą nazwy handlowej, nazwy międzynarodowej, kodów EAN	
25	Ewidencja leków pacjenta	
26	Obsługa inwentaryzacji magazynu: spis z natury i wykonanie remanentu	
27	Obsługa bilansu otwarcia magazynu	
28	Obsługa przychodów z użyciem Faktur VAT	
29	Obsługa importu elektronicznych faktur VAT	
30	Obsługa przychodów bezfakturowych (np. dary)	
31	Obsługa przesunięć międzymagazynowych (MM+, MM-)	
32	Obsługa przesunięć między miejscami składowania w obrębie jednego magazynu	
33	Obsługa ubytków i strat nadzwyczajnych włącznie ze wsparciem dla protokołu utylizacji	
34	Obsługa wydań do jednostek/kontrahentów zewnętrznych (RZ)	
35	Obsługa zwrotów z oddziałów	
36	Obsługa zamówień do magazynów centralnych	
37	Ewidencja i obsługa zamówień do dostawców	
38	Ewidencja zużycia asortymentu	
39	Ewidencja przesunięć asortymentu	
40	Ewidencja wydań na pacjenta	
41	Ewidencja wydań na jednostkę organizacyjną	
42	Możliwość definiowania receptur	
43	Ewidencja leków produkowanych w aptece szpitalnej	
44	Automatyczne wyliczanie ceny produkowanych leków	
45	Obsługa importu docelowego	
46	Automatyczne generowanie dokumentów magazynowych po zatwierdzeniu faktury	
47	Obsługa korekt faktur	
48	Ewidencja umów przetargowych	
49	Kontrola ilościowa i jakościowa realizacji przetargu	

50	Możliwość ewidencji asortymentu przysłanego przez dostawcę, z którym nie jest zawarta umowa przetargowa.	
51	System umożliwia kontrolę realizacji przetargu, nawet gdy dostawca dostarcza fizycznie inny asortyment niż zobowiązał się umową; asortyment zastępczy musi być w takiej samej cenie i jakościowo odpowiadać asortymentowi z umowy	
52	Kontrola minimalnej daty ważności w dostarczonym asortymencie, w szczególności kontrola minimalnej daty ważności w przypadku zapisu w umowie przetargowej	
53	Obsługa sposobów obliczania wartości faktury VAT: faktura netto i faktura brutto, tj. SUMA (pozycja netto) + vat LUB SUMA (pozycja netto +VAT)	
54	Weryfikacja zgodności cen w stosunku do umowy przetargowej	
55	Weryfikacja przekroczenia ilości lub wartości z umowy przetargowej	
56	Obsługa wewnętrznych kodów kreskowych: drukowanie i czytanie	
57	Możliwość zapisu operacji i dokumentów BO, PZ, MM, Zamówienia z oddziału w trybie szkicu	
58	Możliwość zarządzania uprawnieniami do magazynów, typów asortymentu, konkretnych grup asortymentu	
59	Obsługa raportów magazynowych	
60	Wbudowana baza leków dostępnych na terytorium RP z możliwością aktualizacji	
61	Możliwość rozszerzania dostępnych w aplikacji słowników	
62	Możliwość przypisywania rodzajów kosztów do typów asortymentu	
63	Możliwość odnotowania wydania i podania leku	
64	Możliwość informowania użytkownika o asortymencie przeterminowanym lub poniżej stanów minimalnych	
65	Możliwość podglądu stanu na magazynach w zależności od uprawnień	
66	Możliwość definiowania i kontroli limitów kosztowych na poszczególne magazyny	
67	Możliwość importowania faktur elektronicznych we wszystkich ogólnodostępnych formatach	
INTEGRACJA MODUŁU APTECZNEGO Z SYSTEMEM HIS		
68	Jeden motor bazy danych i jeden producent dostarczanego systemu HIS oraz modułu Apteka	
69	Możliwość zarządzania uprawnieniami dostępu oraz użytkownikami z poziomu jednego wspólnego modułu administracyjnego dostarczanego systemu HIS	
70	Wspólne funkcje logowania z dostarczonym systemem HIS	
71	Działanie na jednym motorze bazy danych wraz z dostarczonym systemem HIS	
72	Integracja z dostarczonym modułem Oddział systemu HIS	
73	Wymiana informacji o zamówieniach, zleceniach, wydaniach leków z systemem HIS	
74	Dostęp w Aptece do informacji wydań i podań leków na podstawie zleceń w HIS	
75	Możliwość odnotowania wydania i podania leku na podstawie zlecenia z HIS	
76	Możliwość automatycznego wczytania niezbędnych informacji z FV za leki w przypadku rozliczeń z NFZ programów lekowych i chemioterapii do systemu HIS	
77	Wspólny słownik lekarzy, oddziałów, pacjentów z dostarczonym systemem HIS	

8. Moduł Apteka Oddziałowa

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
2	Możliwość jednoczesnego złożenia zamówień do wielu magazynów.	
3	Na jednym ekranie możliwość wyboru apteczki zamawiającej oraz wprowadzenia listy środków do zamówienia. System automatycznie rozбивa listę zamawianych środków na osobne zamówienia wysyłane do odpowiedniego magazynu, jeśli system skonfigurowano do obsługi wielu magazynów lub wielu rodzajów zamówień.	
4	Składanie zamówień na leki pomiędzy poszczególnymi Podręcznymi Magazynami Leków.	
5	Możliwość zapisania zamówienia na leki w trybie szkicu z możliwością późniejszej edycji.	
6	Możliwość utworzenia nowego zamówienia na leki na bazie wcześniej zrealizowanego zamówienia (kopiowanie zamówienia)	
7	Odbieranie informacji o realizacji zamówienia leków z apteki centralnej.	
8	Przy współpracy z modułem Zleceń Leków na Pacjenta system posiada możliwość ewidencji rozchodu leków na oddziały i na pacjenta.	
9	Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych.	
10	Ewidencja przesunięć między magazynami apteczek oddziałowych.	
11	Generowanie arkusza do spisu z natury.	
12	Korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury.	
13	Mechanizm „stop-order” (blokowanie serii leków - np. w odpowiedzi na komunikat GIF).	
14	Przegląd bieżących stanów magazynowych (dla wybranego magazynu lub zbiorczo - dla wszystkich magazynów).	
15	Przegląd stanów magazynowych na zadany dzień (dla wybranego magazynu).	
16	Kontrola dat ważności leków znajdujących się na stanie apteczek oddziałowych (z możliwością ustawienia wyprzedzenia, z jakim mają być prezentowane dane leków o kończącym się okresie ważności).	TAK
17	Podgląd przechowywanych w systemie informacji o leku (m.in. nazwa, jednostki, producent, opakowanie).	
18	Możliwość tworzenia „aliasów” leków i przypisywania do nich rzeczywiście znajdujących się w obrocie leków.	
19	Wykorzystanie słowników: leków, nazw międzynarodowych, słownik jednostek miar.	
20	Komunikacja z modułem Ruch Chorych w zakresie aktualizacji stanu Apteczki Oddziałowej, zgodnie z ewidencją podań środków farmaceutycznych odnotowywanych w Ruchu Chorych.	
21	Aktualizacja stanu leku (zdjęcie ze stanu) w podręcznym oddziałowym magazynie leków w ramach odnotowania zużycia zasobów w związku z wizytą / hospitalizacją / badaniem pacjenta.	TAK
22	Aktualizacja stanu leku (zdjęcie ze stanu) w podręcznym oddziałowym magazynie leków w ramach obsługi zlecenia podania leku.	TAK
23	Dostęp do zdefiniowanych raportów z poziomu menu funkcji „Apteczki oddziałowe”.	

24	Składanie zamówień na leki do apteki centralnej na podstawie zleceń dokonanych w module Zleceń Leków na Pacjenta (o ile do zleceń użyte były leki obecne w słowniku Apteki Szpitalnej).	
25	Możliwość przechowywania informacji o stanie leków własnych pacjenta (stanowiących własność pacjenta).	
26	Możliwość definiowania różnych rodzajów zamówień składanych na leki (np. odrębnego zamówienia na leki narkotyczne) oraz powiązania rodzajów leków w systemie z poszczególnymi wydrukami.	
27	Możliwość zdefiniowania ilościowych stanów minimalnych dla poszczególnych leków w kontekście każdej z apteczek.	
28	Możliwość wykorzystania czytników kodów kreskowych podczas inwentaryzacji oraz odnotowania zużycia leków / materiałów.	
29	Możliwość określenia relacji „może zamawiać z” oraz „nie może zamawiać z” pomiędzy dowolnymi apteczkami.	

9. Moduł Rozliczenia z NFZ

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	W module dostępna jest pomoc kontekstowa.	
3	Wczytywanie elektronicznych wersji umów oraz aneksów z NFZ.	
4	Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących numeru umowy, zakresu świadczeń, wyróżnika i świadczenia jednostkowego	
5	Przeglądanie wczytanych umów (zakresy, produkty kontraktowe, produkty jednostkowe, limity).	
6	Możliwość podania liczby jednostek wykorzystanych w innym systemie rozliczeniowym z NFZ.	
7	Możliwość importu danych z systemów zewnętrznych do modułu rozliczeniowego w postaci arkusza kalkulacyjnego bądź pliku w formacie xml.	
8	Weryfikacja danych statystycznych na podstawie umowy, jak i walidacji ogłaszanych w komunikatach NFZ	
9	Generowanie komunikatów I fazy statystycznej z możliwością wysłania danych z dokładnością do umowy, produktu kontraktowego (zakresu), pacjenta, zestawu świadczeń, świadczenia, pozycji rozliczeniowej.	
10	Wczytanie odpowiedzi NFZ do komunikatu I fazy z informacją o liczbie zatwierdzonych i odrzuconych pozycji z informacją o błędach w postaci konfigurowalnego raportu.	
11	Eksport danych statystycznych w formacie otwartym.	
12	Generowanie komunikatów II fazy rozliczeniowej ze wskazaniem pozycji wg kolejności narzuconej przez NFZ oraz podglądem wpływu wskazanych pozycji na stan realizacji zakresów umowy w kontekście limitu.	
13	Wczytanie odpowiedzi NFZ do komunikatu II fazy z informacją o liczbie zatwierdzonych i odrzuconych pozycji z informacją o błędach w postaci konfigurowalnego raportu.	

14	Kwotowe i punktowe podsumowania zbiorcze wyszukanych pozycji I, II fazy, komunikatów sprawozdawanych do NFZ-tu wg umowy, produktów kontraktowych i jednostkowych.	
15	Obsługa modelu naliczania świadczeń po stronie OW NFZ ("żądanie zapłaty").	
16	Wczytanie komunikatów zwrotnych ZRZ(R_UMX) żądania rozliczenia.	
17	Tworzenie elektronicznych rachunków refundacyjnych - rfx na podstawie wygenerowanych sprawozdań finansowych/faktur.	
18	Obsługa komunikatu szczegółowego ERX/EFX dla rachunku/faktury.	
19	Tworzenie sprawozdań finansowych/faktur w poszczególnych miesiącach rozliczeniowych na podstawie szablonów rachunków do NFZ.	
20	Tworzenie korekt do sprawozdań finansowych/faktur do NFZ.	
21	Możliwość ręcznego wpisywania wielkości wykonanych świadczeń na zestawieniu finansowym.	
22	Generowanie wydruków sprawozdań finansowych/faktur do NFZ.	
23	Integracja z modułem finansowo-księgowym w zakresie eksportu faktur z modułu rozliczeniowego	
24	Zapisywanie w systemie świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego i programów lekowych zgodne z zaleceniami NFZ.	
25	Prowadzenie ewidencji faktur za leki z zakresu chemioterapii i programów terapeutycznych z możliwością generowania komunikatu faktur zakupu w formacie -fzx.	
26	Integracja z modułem aptecznym w zakresie przekazywania danych o fakturach zakupu w zakresie produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii, programach terapeutycznych i programach lekowych	
27	Mechanizm automatycznego przekodowywania danych pozycji rozliczeniowych z zakresu programów terapeutycznych/lekowych w przypadku zmiany taryfy/danych faktury zakupowej	
28	Rozliczanie świadczeń POZ z zakresów: - działań lekarza POZ - działań pielęgniarki i położnej POZ oraz pielęgniarki szkolnej - nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej - nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki medycznej - transportu sanitarnego POZ	
29	Generowanie komunikatu danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ - komunikat WYKBAD.	
30	Kodowanie i rozliczanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.	
31	Automatyczne wysyłanie komunikatów na portal świadczeniodawcy.	
32	Możliwość tworzenia kopii zapasowych wszystkich typów komunikatów.	

33	Ewidencja świadczeń z wyszukiwaniem danych rozliczeniowych według kryteriów: - roku - miesiąca - przedziału czasowego - umowy, produktu kontraktowego, produktu jednostkowego - jednostki realizującej, zlecającej - pacjenta, zestawu świadczeń, świadczenia, pozycji rozliczeniowej - statusu rozliczenia - personelu realizującego, kierującego - diagnozy ICD10 wyszukanej - numeru komunikatu statystycznego - trybów przyjęcia i wypisu - tytułu uprawnienia	
34	Zaimplementowanie algorytmu grupera (zgodnie z zapisami Zarządzenia Nr 33/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne), który na etapie kodowania rozpoznai i procedur dotyczących danej hospitalizacji umożliwi: - określenie grupy JGP bez konieczności komunikacji z NFZ natychmiast po wprowadzeniu niezbędnych danych wraz z prezentacją osobodni pacjenta w odniesieniu do liczby dni finansowanych grupą JGP oraz informacji o dostępnym limicie i o bieżącej realizacji umowy; - określenie grupy JGP z najwyższą taryfą na podstawie wprowadzonych danych wraz z określeniem listy grup alternatywnych JGP.;	
35	Wprowadzanie rozliczeń JGP w oparciu o: - przeglądarkę grup JGP (słownik zawiera wyróżnione grupy JGP, które mogą być rozliczone w poszczególnych produktach zakontraktowanych przez szpital zgodnie z poszczególnymi zakresami świadczeń (zgodnie z załącznikiem 1a do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ), albo wbudowanego grupera. - odrębne słowniki katalogów świadczeń wskazane przez NFZ (słownik powinien mieć wyróżnione produkty, które mogą być rozliczone w poszczególnych oddziałach zakontraktowanych przez szpital zgodnie z poszczególnymi zakresami świadczeń (zgodnie z załącznikami 1b,1c,1d do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ i późniejszymi))	
36	Zgodność z najnowszymi wytycznymi NFZ w sprawie grupowania (przeprowadzana na bieżąco implementacja zmian ogłaszanych przez NFZ).	
37	Dostęp do funkcjonalności grupera w zakresie: - wyznaczania grup JGP - wyznaczania ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - wyznaczania grup w zakresach stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej - obliczania wartości punktowych świadczeń - funkcjonowania aplikacji przez przeglądarkę WWW	
38	Możliwość rozliczenia świadczeń z wykorzystaniem dynamicznej taryfy obowiązującej w POZ, AOS, chemioterapii dla regresywnej skali punktowej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej dla świadczeń pierwszorazowych.	
39	Monitoring wykonania kontraktu z możliwością generowania raportów z realizacji kontraktu.	TAK

40	Automatyczne wyliczanie wielkości wykonanych świadczeń na podstawie analitycznej ewidencji realizacji kontraktu.	
41	Generowanie następujących raportów: - Raport pozycji rozliczeniowych (CSV) - Raport pozycji rozliczeniowych (wg miesiąca rozliczeniowego) - Zbiorcze zestawienie produktów jednostkowych - Zestawienie świadczeń – decyzja wójta/burmistrza - Zestawienie świadczeń – przepisy o koordynacji - Zestawienie kosztów świadczeń rozlicz. ryczałtowo w SOR dla pacjentów z UE - Miesięczne zestawienie finansowe - Raport realizacji kontraktu - Zestawienie świadczeń rozliczanych z tytułu OC - Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 3 ustawy - Oświadczenie za świadczenia udzielone na podstawie przepisów o koordynacji - Oświadczenie za świadczenia udzielone na podstawie art. 14 – OC - Kalkulacja kosztów rozliczonych ryczałtem z OC - Raport pozycji rozliczonych statystycznie - Raport populacji dla deklaracji POZ - Raport „14 dni” - Raport wykonanych usług według lekarza realizującego - Raport pozycji rozliczeniowych wykonanych ponad limit wg pacjenta. - Raport kosztów z rozbiem na jednostki zewnętrzne - Raport świadczeń - Raport produktów - Raport wykonanych usług wg pacjentów - Raport pacjentów dializowanych – erytropoetyna - Wykonanie produktów kontraktowych z podziałem na produkty jednostkowe - Wykonanie produktów kontraktowych z podziałem na jednostki organizacyjne - Wykonanie produktów kontraktowych z podziałem na ośrodki kosztowe - Zestawienie świadczeń pacjentów nieubezpieczonych na podstawie art. 12 ustawy - Raport liczby wizyt i hospitalizacji	
42	Eksport wszystkich raportów do arkusza kalkulacyjnego.	
43	Import słownika instytucji właściwych UE	

10. Moduł Kolejka Oczekujących

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbce
2	System udostępnia możliwość obsługi księgi oczekujących w formie listy oraz terminarza przyjęć.	
3	System udostępnia możliwość definiowania kolejek oczekujących oraz sprawozdawania raportów z kolejek oczekujących do NFZ wg aktualnego stanu prawnego.	

4	System udostępnia widok podstawowy księgi oczekujących w następującym minimalnym zakresie: numer w księdze, status wpisu : otwarty, zamknięty, zgon, nazwisko i imię pacjenta, numer PESEL, data wypisu pacjenta, data planowanego przyjęcia pacjenta, skrót kolejki, oddział, płatnik (NFZ, komercyjny, jednostka zewnętrzna, brak), czy wypełniono skierowanie na hospitalizację	
5	System udostępnia możliwość wyszukiwania wpisów w księdze oczekujących minimalnie wg: numer wpisu w księdze, numer PESEL pacjenta, nazwisko i imię pacjenta.	
6	System umożliwia przyjęcie pacjenta zarejestrowanego w księdze oczekujących	
7	System udostępnia listę (słownik) kolejek oczekujących zdefiniowanych dla jednostki wraz z możliwością odfiltrowania kolejek aktywnych i nieaktywnych.	
8	System udostępnia funkcję grafików przyjęć, umożliwiającą określenie dziennego limitu ilościowego przyjęć pacjentów do wybranych oddziałów i umożliwia zdefiniowanie usługi głównej jaka powinna zostać wykonana podczas planowanej hospitalizacji.	
9	Funkcja definiowania grafików przyjęć dostępna jest w systemie w postaci kalendarza.	
10	Funkcja wpisu do kolejki oczekujących zawiera minimalny zakres danych: pacjent (wybór ze słownika pacjentów), data planowanego przyjęcia, pracownik rejestrujący (wybór ze słownika pracowników lub automatyczne ustawienie pola na podstawie pracownika zalogowanego do systemu), kod kolejki (system ogranicza wybór kolejek tylko do tych, które zostały przypisane do wybranego oddziału), skierowanie na hospitalizację: data skierowania, pracownik kierujący, jednostka kierująca, rozpoznanie ze skierowania, podstawa udzielenia świadczenia.	
11	Zapisanie kolejnego planowanego przyjęcia w terminarzu powoduje wyświetlanie i aktualizację sumarycznej ilości pacjentów z przyjęciem zaplanowanym na dany dzień.	
12	System sygnalizuje sytuację, w której ilość pacjentów zaplanowanych do przyjęcia na dany dzień zbliża się lub jest równa limitowi przyjęć na dany dzień.	
13	Moduł powinien dotyczyć kolejek na Oddziały Szpitalne, do Zakładów i Poradni; zgodnie z wymogami NFZ na pracownię np. TK, MR, procedurę, powinien zawierać kody resortowe poszczególnych komórek organizacyjnych zgodnie ze strukturą organizacyjną zamawiającego w podziale na Poradnie, Zakłady, Pracownie, Oddziały.	
14	System umożliwia generowanie imiennej kolejki oczekujących (zgodnie z obowiązującym prawem, wymogami NFZ).	
15	System umożliwia tworzenie raportów z kolejki oczekujących (zgodnie z wymogami NFZ: skreśleni z kolejki oczekujących w danym miesiącu, skreśleni z kolejki oczekujących w danym miesiącu z powodu udzielenia świadczenia, skreśleni z kolejki oczekujących w okresie 6 – miesięcy itd.)	
16	System umożliwia raportowanie z listy oczekujących wg rodzaju wpisu: przypadek pilny, przypadek stabilny.	
17	System umożliwia raportowanie wg średniego czasu oczekiwania na świadczenie (raport wg nazwisk i miejsca wykonania świadczenia, powinien pokazywać ilość dni).	
18	System umożliwia tworzenie elektronicznych skierowań na hospitalizację. Tworzone skierowania odpowiadają aktualnemu stanowi prawnemu.	
19	System umożliwia tworzenie elektronicznych skierowań przez użytkownika systemu podczas wizyty pacjenta w ambulatorium (kontekst wizyty), podczas pobytu pacjenta w szpitalu (kontekst pobytu szpitalnego) jak również wprowadzanie skierowań np. zewnętrznych z poza kontekstu wizyty lub pobytu.	

20	Podczas tworzenia elektronicznego skierowania na hospitalizację system umożliwia wybór terminu przyjęcia pacjenta na podstawie stworzonych wcześniej grafików przyjęć do szpitala.	
21	System udostępnia funkcję, za pomocą której uprawniony użytkownik może wyszukać listę wszystkich wprowadzonych elektronicznych skierowań dla wybranej jednostki organizacyjnej, grafików i zakresu dat - a następnie potwierdzić termin planowanego przyjęcia, anulować go lub przesunąć.	

11. Moduł rejestracja do Poradni

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	System prowadzi bazę pacjentów z możliwością przeglądania, dodawania, edycji danych.	
2	Przeszukiwanie bazy pacjentów według zadanych kryteriów: - wewnętrzny nr pacjenta, - numer dokumentacji - nazwisko i imię, - PESEL - firma (pracodawca) - numer umowy - wiek - data urodzenia - płeć - data wizyty - rozpoznanie	
3	Zbierane dane o pacjencie: - imiona, - nazwisko, - data i miejsce urodzenia, - płeć, - imiona i nazwiska rodowe rodziców, - rodzaj i numer dokumentu tożsamości, - numer PESEL, - adres stały, adres korespondencyjny, - dane kontaktowe (numery telefonów, e-mail), - VIP (np. osoba publiczna lub inna, do której rekordu dostęp może być ograniczony), - informacje o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.	TAK
4	System umożliwia zbieranie informacji o opiekunach prawnych pacjenta.	TAK
5	System umożliwia zbieranie informacji o osobach upoważnionych do odbioru dokumentacji.	TAK
6	Zbieranie informacji o ubezpieczeniu pacjenta.	
7	Wprowadzanie informacji o deklaracjach POZ.	
8	System prowadzi pełną historię zmian danych osobowych pacjenta. Przechowuje informacje o dacie modyfikacji i użytkownika, który dokonał zmiany.	

9	System daje możliwość przy wyszukiwaniu i dodawaniu pacjenta automatycznego wykorzystania danych z dowodów osobistych przy użyciu czytników OCR.	
10	Wydruk danych pacjenta.	
11	Wydruk koperty na dokumentację	
12	Wydruk formularza historii choroby	
13	Zaawansowana funkcja wyszukiwania i scalania powielonych rekordów medycznych pacjenta z zachowaniem niezbędnej historii zmian.	
14	Rezerwacja/rejestracja wizyt.	
15	System obsługuje uprawnienia dla jednostek składających się z wielu poradni rozproszonych terytorialnie na podstawie uprawnień użytkownika oraz wybranej lokalizacji. System umożliwia nadawanie uprawnień do funkcji Systemu w zależności od uprawnień użytkownika oraz obsługiwanej lokalizacji.	
16	Wyszukiwanie terminu wizyty na podstawie zdefiniowanych grafików.	
17	Możliwość wyszukania terminu wizyty na podstawie: - usługi, - lokalizacji, - lekarza/urzędnika, - typu wizyty (standardowa, pierwsza, kontynuacja), - wieku pacjenta.	
18	System proponuje terminy wizyt w sposób umożliwiający optymalne wykorzystanie czasu pracy lekarza. System nie posługuje się pojęciem „slotu czasowego o stałej liczbie minut”. Usługi w danym terminarzu mogą trwać różną liczbę minut w zależności od rodzaju usługi i typu wizyty, a system zapisując rezerwację blokuje dzienny terminarz na odpowiednią liczbę minut właściwą dla usługi i typu wizyty.	TAK
19	Wsparcie dla jednoczesnej rezerwacji wizyt z wielu stanowisk – Call Center	
20	Możliwość odwołania rezerwacji wizyty	
21	System umożliwia przypisanie języków, którymi włada pacjent i lekarz. Informacje te mogą być wykorzystane jako ułatwienie szybszego znalezienia lekarza komunikującego się z pacjentem podczas rejestracji/rezerwacji wizyty na przykład dla obcokrajowca, czy też znalezienia lekarza władającego językiem migowym.	
22	System umożliwia rezerwację wizyty dodatkowej (tzw. overbooking) oraz mechanizm kontroli liczby wizyt dodatkowych.	
23	System weryfikuje i prezentuje informacje o potencjalnych konfliktach między rezerwacjami: - konflikt ze względu na pacjenta - pacjent posiada w tym czasie wizytę, - konflikt ze względu na gabinet – gabinet jest zajęty w danym czasie przez innego lekarza, - konflikt ze względu na lekarza – lekarz ma wyznaczoną wizytę z innym pacjentem.	
24	Przeglądanie listy zaplanowanych wizyt w widoku tabelarycznym i w terminarzu graficznym.	
25	Funkcja rejestracji wcześniej zaplanowanej wizyty.	
26	Funkcja rejestracji wizyty bez wcześniejszego planowania.	
27	Funkcja zlecania badań diagnostycznych. Podczas zlecania możliwość sprawdzenia grafika dostępności urządzenia diagnostycznego oraz zarezerwowania terminu.	

28	Rejestracja danych skierowania (data skierowania, jednostka kierująca, lekarz kierujący, rozpoznanie ze skierowania) podczas rejestracji wizyty.	
29	Możliwość rejestracji wielu wizyt w ramach jednego skierowania.	
30	Anulowanie zarejestrowanej wizyty.	
31	Możliwość przeglądu i wydruku zaplanowanych wizyt dla pacjenta.	
32	Możliwość przeglądu terminarza wizyt z gabinetu lekarskiego.	
33	Wizyty na liście roboczej i planowaniu rejestracji są oznaczone kolorami lub statusami w celu szybkiego odnalezienia na liście wizyt o odpowiednim statusie (zarezerwowana, zaplanowana, wykonana itp.).	
34	Możliwość seryjnego wyszukiwania i rezerwacji terminów na cały cykl wizyt pacjenta, bez konieczności ponownego uruchamiania funkcji rezerwacji w celu wyznaczenia kolejnych terminów dla serii wizyt.	
35	System umożliwia rejestrację serii wizyt pacjenta z poziomu jednej funkcji.	
36	Automatyczne prowadzenie kolejek oczekujących.	
37	Pełna integracja z modułem e-Rejestracja. Moduły rejestracja do poradni i e-Rejestracja przy wyznaczaniu terminów korzystają z tej samej definicji grafików.	
38	System umożliwia zmianę terminu jednej lub kilku wizyt z widoku graficznego terminarza z wykorzystaniem mechanizmu drag&drop (przeciągnij i upuść).	TAK
39	System posiada funkcję listy roboczej wizyt do potwierdzenia w przypadku zmiany terminu wizyty.	
40	System umożliwia wydruk listy wizyt do potwierdzenia przez pacjentów w przypadku zmiany terminu wizyty.	
41	System posiada mechanizmy weryfikacji uprawnień pacjenta do wykonania usługi w ramach umowy (NFZ, medycyny pracy, abonamentu, itp) w momencie rezerwacji, a następnie ponownie na etapie rejestracji.	
42	System prezentuje podczas rezerwacji i rejestracji uprawnienia pacjenta do wybranych usług.	TAK
43	Podczas rezerwacji/rejestracji wizyty należy wskazać uprawnienie, w ramach którego realizowana jest wizyta.	TAK
44	System zabrania użytkownikowi zarezerwowanie/rejestrację wizyty, jeżeli wybrane uprawnienie wygasło, nie aplikuje się do wybranej wizyty lub został przekroczony limit na wykonanie usługi.	TAK
45	System umożliwia włączenie funkcji przypominania użytkownikowi o braku danych o ubezpieczeniu zdrowotnym w funkcji edycji pacjenta, nie blokując jednocześnie dalszego przebiegu obsługi pacjenta.	

12. Moduł Poradnia – Gabinet

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Wyszukiwanie pacjentów wg różnych parametrów: - imię, - nazwisko, - nazwisko rodowe pacjenta, - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, - PESEL, - wiek, - płeć, - data urodzenia, - numer dokumentacji pacjenta, - dane wizyty (data, poradnia, lekarz). - data przyjęcia na Izbę Przyjęć/Oddział, - miejscowość, ulica, kod administracyjny, - diagnozy/wykonane usługi, - zakodowane świadczenia NFZ.	
2	Wyszukiwanie pacjentów po danych osobowych opiekuna wg parametrów jak dla pacjenta.	
3	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.	
4	System daje możliwość przy wyszukiwaniu i dodawaniu pacjenta automatycznego wykorzystania danych z dowodów osobistych przy użyciu czytników OCR.	
5	Przegląd listy pacjentów do przyjęcia w danym dniu.	
6	Możliwość gromadzenia danych medycznych związanych z wizytą pacjenta: - Rozpoznanie, - Wywiad, - Badania, - Zastosowane leczenie, - Zalecenia.	
7	Możliwość gromadzenia danych o wzroście i wadze pacjenta z automatycznym wyliczeniem BMI	
8	Możliwość definiowania przez użytkownika i wykorzystania własnych tekstów standardowych w polach opisowych.	
9	Możliwość odnotowania wykonanych pacjentowi w trakcie wizyty elementów leczenia (procedury, leki, badania, zabiegi, konsultacje).	
10	Możliwość odnotowania zużytych materiałów do przeprowadzonych podczas wizyty zabiegów.	
11	Zapis świadczeń NFZ udzielonych w ramach porady ambulatoryjnej	
12	System weryfikuje zapisy ambulatoryjne względem szpitalnych ze względu na wpisy wykluczające się zgodnie z wymogami NFZ.	

13	Wpis do Księgi Oczekujących pacjentów oczekujących na wizytę z informacją na co pacjent oczekuje oraz możliwością dodrukowania potwierdzenia wpisu na kolejną dla pacjenta	
14	Zmiana wcześniej zaplanowanego terminu wizyty pacjenta wraz z koniecznością wprowadzenia informacji uzasadniającej tę zmianę.	
15	Możliwość anulowania zaplanowanej wizyty pacjentowi.	
16	Możliwość zakończenia wizyty poprzez odnotowanie faktu nie przyjęcia pacjenta do gabinetu z powodu: ucieczki, braku wolnego terminu, zgonu pacjenta. Anulowanie przyjęcia z podaniem powodu anulowania wizyty.	
17	Możliwość tworzenia listy osób uprawnionych do uzyskania informacji o przebiegu leczenia pacjenta.	
18	System umożliwia wybór diagnoz które mają być wysłane do NFZ, np. w przypadku, gdy wprowadzono w celach statystycznych więcej diagnoz niż można wysłać do NFZ.	
19	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie.	
20	Automatyczne nadanie numeru w Księdze Przychodni w momencie rejestracji pacjenta.	
21	Przegląd i wydruk ksiąg zgodnie z Rozp. Min. Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie dokumentacji medycznej	
22	System posiada wbudowany moduł sprawdzania pisowni w języku polskim dla danych opisowych Systemu	
23	System gromadzi statystyki częstości użycia diagnoz i procedur ICD w jednostce organizacyjnej.	
24	System umożliwia sortowanie diagnoz i procedur ICD według statystyk częstości użycia w jednostce organizacyjnej.	
25	System umożliwia wprowadzenie komentarza przy każdej diagnozie ICD10.	
26	Kodowanie schematów ICD9: - umożliwiające kodowanie w postaci tabelarycznej gdzie wierszami są procedury a kolumnami poszczególne dni, - możliwości wyboru przedziału czasu do zakodowania z możliwością wykluczenia poszczególnych dni, - możliwość definiowania grup (schematów) procedur ogólnych jak i spersonalizowanych dla użytkownika oraz dla jednostki organizacyjnej, - możliwość dodawania pojedynczej procedury do tabeli (nowe wiersze), - możliwość dodawania zdefiniowanych wcześniej grup (schematów) procedur za pomocą jednego kliknięcia (bez szukania w słowniku), - możliwość określenia osoby wykonującej indywidualnie dla każdej procedury i dnia	
27	Moduł umożliwia wystawianie recept dla wskazanego pacjenta wybranego z indeksu pacjentów Systemu.	
28	Wydruk recepty lekarskiej zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich.	
29	Użytkownik ma dostęp do wyszukiwania leków z następujących słowników: baza leków, leków recepturowych, leków preferowanych według nazwy lub substancji czynnej.	
30	Pojedynczy element w liście wyszukiwania leków opisuje minimum nazwę, substancję czynną, postać, dawkę oraz opakowanie, a w przypadku leków recepturowych nazwę.	

31	Możliwość tworzenia słownika leków recepturowych i zarządzania tym słownikiem.	
32	Słownik leków wykorzystywany do wypisywania recept jest automatycznie aktualizowany przez system do najnowszych wersji; dodatkowo z poziomu modułu administracyjnego możliwość wykonania importu słownika leków.	
33	Moduł umożliwia tworzenie podręcznego słownika leków preferowanych przez użytkownika. Dodanie nowej pozycji słownika jest możliwe z poziomu listy wyszukanych leków z bazy leków lub leków recepturowych.	
34	Na receptę automatycznie nanoszony jest oddział NFZ lub kod państwa w przypadku pacjentów zagranicznych, a także niezbędne dane pacjenta. W przypadkach, gdy pacjent jest nieubezpieczony, automatycznie ustawiany jest brak ubezpieczenia.	
35	Dane świadczeniodawcy nanoszą się automatycznie na formularz i wydruk recepty. Odpowiedni świadczeniodawca wybierany jest automatycznie na podstawie miejsca pobytu pacjenta (oddział/poradnia).	
36	Na receptę automatycznie nanoszony jest zalogowany lekarz, data wystawienia oraz termin realizacji. Jeśli zalogowany użytkownik nie jest lekarzem, na receptę wstawia się lekarz prowadzący (oddział) lub lekarz z wizyty. Użytkownik może te dane zmieniać, przy czym lekarza może wybrać ze słownika lekarzy w Systemie.	
37	Użytkownik ma możliwość oznaczenia pilności recepty.	
38	System umożliwia zdefiniowanie zakresu numerów recept dla lekarza poprzez import z pliku xml lub poprzez ręczne zdefiniowanie zakresu.	
39	Numery recept zapisują się na lekarza i świadczeniodawcę.	
40	Jeśli placówka medyczna ma wiele lokalizacji i na każdą oddzielną umowę z NFZ, wskazany we wprowadzaniu zakresów recept lekarz może mieć oddzielną pulę numerów na każdą z przychodni, w których udziela świadczeń.	
41	System podczas wprowadzania numerów recept automatycznie weryfikuje poprawność wprowadzonego numeru recepty.	
42	System automatycznie rejestruje i numeruje recepty ze zdefiniowanej listy numerów recept lekarza.	TAK
43	System umożliwia zdefiniowanie zakresu numerów recept dla lekarza z uwzględnieniem świadczeniodawcy wybranego ze słownika jednostek organizacyjnych szpitala w Systemie	
44	System automatycznie wyświetla licznik numerów recept pozostałych do wykorzystania.	TAK
45	System ewidencjonuje wszystkie leki przepisywane pacjentowi.	
46	Układ formularza do tworzenia/edycji recepty jest zgodny z wydrukiem.	
47	Układ formularza do tworzenia/edycji listy leków jest zgodny z wydrukiem.	
48	W przypadku wystawiania recept dla dzieci nieposiadających numeru PESEL, na wydruku umieszczany jest PESEL opiekuna zapisany w systemie.	
49	Istnieje możliwość zapisu recepty w celu późniejszego jej wydrukowania lub modyfikacji.	
50	System blokuje możliwość edycji lekarza na recepcie, gdy został wykorzystany numer recepty z puli danego lekarza.	
51	System umożliwia usuwanie zapisanych recept. Usunięcie recepty skutkuje odzyskaniem numeru recepty i włączeniu go do puli numerów recept do wykorzystania.	
52	Usunięcie recept wydrukowanych jest możliwe tylko dla użytkowników z dodatkowymi uprawnieniami.	

53	System ostrzega użytkownika w przypadku próby edycji wydrukowanej recepty.	
54	System ostrzega przed próbą ponownego wydrukowania tej samej recepty	
55	System ostrzega przed usunięciem zapisanej/wydrukowanej recepty	
56	Wydrukowanie recepty skutkuje automatycznym jej zapisem.	
57	Możliwość ewidencjonowania leków bez recepty przepisywanych pacjentowi.	
58	Zapisane recepty są widoczne w funkcji wystawiania recept po ponownym uruchomieniu funkcji.	TAK
59	Zachowane recepty i listy leków bez recepty prezentowane są w postaci zakładki i są zapisane na pobyt/wizytę.	
60	Zachowana recepta lub lista leków prezentowana jest w postaci formularza zgodnego z wydrukiem.	
61	System umożliwia wydrukowanie listy leków dla pacjenta z dawkowaniem.	
62	System prezentuje listę wystawionych recept i wydanych list leków dla pacjenta z dawkowaniem w kontekście wybranego pobytu.	
63	System umożliwia kopiowanie recept i leków na podstawie historii wystawionych recept.	TAK
64	System umożliwia wydruk pustych recept dla pacjenta (recept, na których lekarz będzie mógł ręcznie wprowadzić same nazwy leków, odpłatność i dawkowanie).	TAK
65	System umożliwia wyszukiwanie zamienników leków (zamienniki, zamienniki tańsze, zamienniki dawka, zamienniki dawka tańsze).	TAK
66	System posiada funkcję zarządzania pulami recept. Uprawniony użytkownik ma możliwość wyszukania lekarzy o dowolnej ilości pozostałych recept.	
67	Moduł umożliwia wgląd do listy leków podawanych pacjentowi podczas pobytu w szpitalu i zapisania ich na recepcie.	TAK
68	Moduł umożliwia wprowadzanie i sprawdzanie interakcji pomiędzy lekami.	

13. Moduł Dokumentacja medyczna

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Moduł tworzy dokumentację elektroniczną w oparciu o elektroniczny rekord pacjenta prowadzony w systemie HIS oraz archiwum badań obrazowych PACS	
2	Moduły przechowujące elektroniczną dokumentację medyczną działają w oparciu o ten sam motor bazy danych	
3	Interfejs użytkownika systemu jest zrealizowany jako aplikacja WWW	
4	Wytworzona dokumentacja elektroniczna w każdym momencie jest zgodna z obowiązującym stanem prawnym; w szczególności na dzień prowadzenia postępowania przetargowego spełnia wszystkie wymagania Rozp. Min. Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie dokumentacji medycznej.	
5	Wykonawca przygotuje dla Zamawiającego plany zgodne z Rozp. Min. Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie dokumentacji medycznej.	

6	System umożliwia prowadzenie dokumentacji elektronicznej i zapewnia: 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą; 2) zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji; 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych; 4) identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych; 5) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF; 6) eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym; 7) wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu	
7	System dla dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej: 1) zapewnia jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych; 2) chroni przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem; 3) stosuje metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana	
8	Dokumentację stanowi: 1) dokumentacja indywidualna — odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych; 2) dokumentacja zbiorcza — odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych	
9	Dokumentacja indywidualna obejmuje: 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną — przeznaczoną na potrzeby Zamawiającego; 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną — przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zamawiającego	
10	Dokumentację indywidualną wewnętrzną zgodnie z Rozp. Min. Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie dokumentacji medycznej.	
11	Dokumentację indywidualną zewnętrzną zgodnie z Rozp. Min. Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie dokumentacji medycznej.	
12	W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej system umożliwia dokonania wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załączenia jej kopii	
13	System umożliwia dokonanie wpisu w dokumentacji niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym	

14	Każdy wpis w dokumentacji system opatruje oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. System opatruje dokumentację oznaczeniem osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych. Minimalny zakres danych dla tych oznaczeń zawiera: - nazwisko i imię, - tytuł zawodowy, - uzyskane specjalizacje, - numer prawa wykonywania zawodu — w przypadku lekarza, pielęgniarki i innych zawodów medycznych, dla których wymagane jest PWZ	
15	Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, system umożliwia tworzenie historii zmian i naniesienie adnotacji o przyczynie błędu oraz daty i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji	
16	W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane	
17	W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każda strona wydruku oznaczona jest co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta	
18	Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji istnieje możliwość oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości	
19	Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej możliwe jest włączenie kopii przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub wprowadzenia adnotacji zawartych w niej informacji istotnych dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego	
20	Dokument włączony w systemie do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty	
21	Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta	
22	System umożliwia prowadzenie dokumentacji indywidualnej wewnętrznej i zamieszczania w niej lub dołączania do niej: 1) cyfrowo odwzorowane oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia; 2) cyfrowo odwzorowane oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia; 3) cyfrowo odwzorowane oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	
23	System osobie kierującej na badanie lub konsultację umożliwia zarejestrowanie na potrzeby przekazania podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacji z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji	

24	System umożliwia przeprowadzającemu badanie lub konsultację zarejestrowanie na potrzeby przekazania podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyników tych badań lub konsultacji	
25	System umożliwia Zamawiającemu rejestrowanie, prowadzenie danych w postaci elektronicznej niezbędnych, aby sporządzić w szczególności: 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby; 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie: - księgi głównej przyjęć i wypisów, - księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, - listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, - księgi chorych oddziału, - księgi raportów lekarskich, - księgi raportów pielęgniarских, - księgi zabiegów, - księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej, - księgi pracowni diagnostycznej. 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza jednostkami Zamawiającego oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach; 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.	
26	System rejestr danych Historii choroby zakłada niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala	
27	System wyświetla całą dokumentację medyczną pacjenta w sposób ustrukturyzowany, a prezentacja struktury odpowiada obowiązującym przepisom	
28	System umożliwia przeglądanie zawartości dokumentacji medycznej przez uprawnionych użytkowników	
29	System przechowuje informacje w sposób dający możliwość udostępnienia, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w formacie XML i PDF	
30	W przypadku, gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, system daje możliwość korzystania z funkcji zintegrowanego modułu archiwum cyfrowej dokumentacji oraz zintegrowanego modułu archiwum PACS i przechowywania w systemie informatycznym wszystkich dokumentów w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej	
31	W przypadku wykonania odwzorowania cyfrowego dokumentacji system umożliwia wydawanie na życzenie pacjenta albo zniszczenie w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, a w przypadku oświadczeń pacjentów odnotowanie zarchiwizowania dokumentu w archiwum medycznym po wykonaniu cyfrowego odwzorowania i załączeniu go do archiwum elektronicznej dokumentacji medycznej	

32	W przypadku, gdy istnieje potrzeba udostępniania w postaci papierowych wydruków dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, osoba upoważniona przez Zamawiającego ma możliwość potwierdzenia ich zgodności z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatrzenia swoim oznaczeniem	
33	Dokumentacja wydrukowana z systemu umożliwia identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	
34	W przypadku przeniesienia dokumentacji z innego systemu teleinformatycznego, do przeniesionej dokumentacji system przyporządkowuje datę przeniesienia oraz informację, z jakiego systemu została przeniesiona	
35	System uprawnień pozwalający na precyzyjne definiowanie obszarów dostępnych dla danego użytkownika pełniącego określoną rolę.	
36	Możliwość zarządzania uprawnieniami dostępu do określonych operacji w repozytorium. Przykłady uprawnień systemowych: uruchomienie systemu, zarządzanie uprawnieniami użytkowników, zarządzanie parametrami konfiguracyjnymi, zarządzanie typami dokumentów.	
37	Możliwość zarządzania uprawnieniami do wykonywania operacji na poszczególnych typach dokumentów w ramach całej placówki lub poszczególnych jednostek organizacyjnych. Przykłady uprawnień do dokumentów: dodawanie dokumentów do repozytorium, odczyt dokumentu, podpisywanie dokumentu, znakowanie czasem dokumentu, import i eksport dokumentu, anulowanie dokumentu, wydruk dokumentu itd.	
38	Możliwość definiowania nowych typów dokumentów obsługiwanych przez repozytorium dokumentów elektronicznych.	
39	Zakłada się możliwość indeksowania dokumentów, których elektroniczna postać nie jest przechowywana w Oprogramowaniu - np. indeksowanie dokumentów papierowych, obrazów radiologicznych przechowywanych w PACS.	
40	Możliwość korzystania ze zdefiniowanych w systemie formularzy przeznaczonych do wpisywania w sposób sformalizowany (wydzielone pola) danych w systemie (wyniki badań, wywiady, konsultacje). Możliwość własnoręcznego definiowania strukturyzowanych formularzy wyników badań, wywiadów, konsultacji zawierających pola opisowe, liczbowe, daty, słownikowe ze zdefiniowanymi ograniczeniami na wartości (minimalne, maksymalne) i ułożonymi na ekranie.	
41	Możliwość elektronicznego podpisywania grupy danych opisowych zawartych na formularzu w danej zakładce. Podpisane są wszystkie dane opisowe, które muszą być zdefiniowane jako wymagane. W efekcie istnieje możliwość wstępnego uzupełnienia danych medycznych na formularzu przez pielęgniarkę do weryfikacji i podpisania przez lekarza.	
42	Możliwość wykonania wydruku na podstawie zdefiniowanego formularza w systemie, zgodnie z szablonami dostępnymi w systemie.	
43	W połączeniu z Modułem Zleceń Medycznych możliwość komunikacji z innymi zewnętrznymi systemami w zakresie wczytywania wyników wykonania zlecenia w formie zdefiniowanych w systemie formularzy. Warunkiem komunikacji z systemami zewnętrznymi jest ich zgodność z międzynarodowym standardem medycznym HL7.	
44	Możliwość ustalenia statusów dla wszystkich informacji wprowadzanych w module dokumentacja medyczna (szkic kompletny).	

45	Możliwość zapisu dowolnych elementów dokumentacji medycznej, minimum: obserwacje lekarskie, obserwacje pielęgniarские, zalecenia, epikryza, notatki, wywiad epidemiologiczny, badanie, rozpoznanie. Dodatkowo administrator może podzielić poszczególne elementy na grupy i zakładki.	TAK
46	Możliwość definiowania formularzy, na których lekarz może zaznaczyć punkty na graficznym schemacie (np. organu), a następnie opisać zaznaczone punkty.	
47	Raport Lekarski i pielęgniarский automatycznie pobierają informacje z modułu zleceń o zleconych badaniach.	
48	Możliwość prezentacji wszystkich danych wprowadzonych do modułu dokumentacji medycznej w ujęciu chronologicznym „time oriented”	TAK
49	Możliwość zdefiniowania w systemie karty informacyjnej dla pacjenta zawierającej wyniki badań i procedur wykonanych podczas pobytu.	
50	System posiada wbudowany moduł sprawdzania pisowni w języku polskim dla danych opisowych Systemu. W szczególności powinien on weryfikować poprawność na poziomie wprowadzania opisów, zwłaszcza, gdy przez użytkownika nie jest wykorzystywany tekst standardowy.	
51	Możliwość wykonania wydruku na podstawie zdefiniowanego formularza w systemie, zgodnie z szablonami dostępnymi w systemie. Możliwość własnoręcznego wykonania wydruku zawierającego dane wprowadzone na wcześniej zdefiniowanych przez siebie formularzach.	
PRZEGLĄDANIE ORAZ DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
52	Dostęp do wybranych dokumentów bezpośrednio ze skojarzonych z dokumentami ekranów systemu medycznego	
53	Przeglądanie zawartości dokumentów możliwych do wydrukowania wyłącznie w postaci plików PDF niedających możliwości nanoszenia przez użytkownika zmian bez wprowadzenia ich w systemie	
54	Możliwość przeglądania zawartości archiwum dla uprawnionych użytkowników	
55	Możliwość przeszukiwania zawartości archiwum według zdefiniowanych kryteriów	
56	Dostęp do archiwum z poziomu systemu medycznego (minimum Oddział, Izba przyjęć, Poradnia, Gabinet) bez konieczności zmiany modułu i ponownego logowania się do systemu	
57	Dostęp do zawartości archiwum z poziomu danych pobytu pacjenta	TAK
58	System musi umożliwić udostępnianie dokumentacji: - w celu realizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych u Zamawiającego - pacjentom i ich opiekunom - podmiotom upoważnionym (np. Prokurator)	
59	Wpisy w danych dokumentacji medycznej oznaczone są czasem wprowadzenia oraz opatrzone oznaczeniem osoby dokonującej wpisu lub zmian	
60	System otwarty jest na możliwość opatrywania określonych wpisów podpisem elektronicznym oraz oznaczania czasem	
61	System zapewnia automatyczne kopie bezpieczeństwa zawartości archiwum elektronicznej dokumentacji medycznej	

62	Możliwość automatycznego zarchiwizowania dokumentacji medycznej na daną chwilę (w tym opcja automatycznego archiwizowania po elektronicznym podpisaniu) i przechowanie go w formacie PDF	
63	Istnieje możliwość przygotowania eksportu danych dokumentacji medycznej w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym	
64	Możliwość archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.	
65	Generowanie wydruków zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa	
66	Możliwość tworzenia dokumentów złożonych, wieloczęściowych i przyrostowych tj. księgi	
67	Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych utworzonych poza Oprogramowaniem Zamawiającego, manualna rejestracja dokumentów zewnętrznych	
68	Cyfryzacja dokumentu papierowego i dołączanie go do dokumentacji elektronicznej	
69	Możliwość weryfikacji podpisu	
70	Możliwość weryfikacji integralności dokumentu	
71	Możliwość wydruku dokumentu	
72	Możliwość wersjonowania przechowywanych dokumentów z dostępem do pełnej historii poprzednich wersji.	
73	Repozytorium EDM musi umożliwiać: - rejestrację dokumentu - pobieranie dokumentów w formacie XML - pobieranie dokumentów w formacie PDF - wyszukiwanie dokumentów	
74	Repozytorium EDM musi współdzielić z Oprogramowaniem Zamawiającego: - słownik jednostek organizacyjnych, - rejestr użytkowników, - rejestr pacjentów,	
75	Indeksowane powinny być wszystkie wersje dokumentu	
76	Możliwość indeksowania dokumentów w celu łatwego jej wyszukiwania wg zadanych kryteriów	
77	Indeks dokumentacji powinien być zorientowany na informacje o dokumencie: autor, data powstania, rozmiar, typ, data powstania.	
78	Cyfrowe archiwum medycznej jest modułem dostarczonem przez Wykonawcę zintegrowanym z modułem elektronicznej dokumentacji medycznej	
79	Możliwość przechowywania dokumentów elektronicznych w dowolnym formacie, w tym PDF	TAK
80	Możliwość przechowywania dokumentów podpisanych lub niepodpisanych podpisem elektronicznym	
81	System zapewnia oznaczenie czasu i jednoznaczne przypisanie osoby dodającej dokument cyfrowy	
82	System zapewnia automatyczne kopie bezpieczeństwa zawartości archiwum dokumentów	
83	Przechowywanie w systemie informatycznym wszystkich dokumentów w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność z dokumentacją prowadzoną w module elektronicznej dokumentacji medycznej	
84	Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na dokumencie oraz na zbiorze dokumentów	

85	Możliwość opatrywania dokumentów podpisem elektronicznym oraz oznaczenia czasem	
86	System zapewnia oznaczenie czasu i jednoznaczne przypisanie osoby dodającej dokument cyfrowy	
AUTORYZACJA		
87	Autoryzacja wyniku polega na złożeniu pod wpisaniem wynikiem podpisu zgodnie z regułą autoryzacji zdefiniowaną dla danego formularza badania / usługi.	
88	W przypadku, gdy zdefiniowana została reguła autoryzacji, po wpisaniu wyniku badanie otrzyma status Wynik do weryfikacji. Na ekranie wyniku występuje tabela autoryzacji reprezentująca regułę autoryzacji z listą niezbędnych podpisów / autoryzacji.	
89	Reguły autoryzacji można definiować w module administracyjnym systemu HIS dla każdego z formularzy usług z osobna.	
90	Istnieje możliwość wyznaczenia konkretnego użytkownika, od którego oczekiwane jest złożenie podpisu pod badaniem/usługą.	
91	Po wskazaniu konkretnego użytkownika autoryzującego, wybrany użytkownik powinien pojawić się w tabeli autoryzacji badania/usługi w wierszu z wybranym typem użytkownika.	
92	Możliwość zmiany osoby wyznaczonej do autoryzacji przez wyszukanie w jej miejsce innego użytkownika.	
93	Jeśli jakaś osoba jest wyznaczona do złożenia podpisu, to tylko ona może go złożyć.	
94	Nie można wyznaczyć jednej osoby dwa razy	
95	Użytkownik, który otwiera okno wyniku badania musi należeć do typu użytkownika, który jest wyznaczony do autoryzacji, by mógł zobaczyć tabelę z listą podpisów/autoryzacji do złożenia.	
96	W tabeli autoryzacji prezentują się typy podpisów użytkowników, które są wymagane bądź opcjonalne do pełnej autoryzacji, czyli takiej sytuacji, gdy złożone będą wszystkie podpisy obowiązkowe.	
97	Jednoznaczne oznaczenie podpisów obowiązkowych i opcjonalnych.	
98	Gdy podpis danego typu zostanie złożony, to obok nazwy typu podpisu pojawi się imię i nazwisko osoby, która ten podpis złożyła oraz data złożenia podpisu.	
99	Autoryzacja zostanie zakończona pozytywnie, jeśli spełnione są następujące warunki: - poprawny login użytkownika - poprawne hasło użytkownika - użytkownik należy do typu użytkownika wybranego w tabelce autoryzacji - typ użytkownika ma uprawnienie do autoryzacji - brak złożonego podpisu tego samego użytkownika w jednym badaniu - wybrany typ podpisu w tabeli autoryzacji nie jest jeszcze złożony	
100	W przypadku, gdy przed złożeniem podpisu, użytkownik zmodyfikował jakiegokolwiek dane w wyniku badania, zostanie poproszony o potwierdzenie tej decyzji, gdyż wiąże się ona z zapisem wyniku oraz cofnięciem procesu autoryzacji do początku (nadaniu badaniu statusu początkowego z reguły autoryzacji - wszystkie podpisy będzie trzeba złożyć ponownie). Następnie użytkownik będzie mógł autoryzować zmieniony wynik.	
101	Każdy złożony podpis w tabelce autoryzacji jest natychmiast zapisywany.	

14. Moduł Archiwum

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Wyszukiwanie historii choroby (według danych personalnych pacjenta, kodu kreskowego, nr Księgi Głównej, okresów pobytu).	
2	Automatyczne przygotowanie przez System listy zamówionych dokumentacji do archiwum papierowego na podstawie zarezerwowanej wizyty/pobytu do archiwum papierowego przez lekarza.	
3	Ewidencja przyjęcia dokumentacji do archiwum: - data przyjęcia, - pracownik szpitala, który oddał historię choroby, - pracownik archiwum, który ją przyjął.	
4	Ewidencja wydania z archiwum dokumentacji: - data wydania, - dane osoby (lekarz, pacjent, osoba upoważniona) instytucji, której wydano historię, - pracownik archiwum, który ją wydał, - postać dokumentu (kopia, oryginał), - przewidywana data zwrotu, - osoba odbierająca, - cel zamówienia (bieżące, do celów naukowy), - uwagi.	TAK
5	Możliwość wydawania dokumentacji: - Wydawanie z zamówienia, - Wydawanie bez wcześniejszego zamówienia.	
6	Możliwość zamawiania dokumentacji: - wprowadzanie zamówień dokumentacji przez lekarzy i przez pracowników archiwum. Możliwość umieszczania wielu pozycji na jednym zamówieniu, - modyfikowanie danych wcześniej wprowadzonego zamówienia, - dane zamówienia: lista wybranych dokumentacji, podmiot zamawiający (lekarz, pacjent, osoba upoważniona, instytucja), postać dokumentu (kopia, oryginał), data zamówienia, przewidywana data zwrotu, cel zamówienia (bieżące, do celów naukowy), priorytet (pilny, rutynowy), uwagi.	
7	Wyszukanie wszystkich dokumentacji danego pacjenta.	
8	Zestaw raportów umożliwiający minimum poniższe zestawienia: - ewidencja historii statusu dokumentacji, - ewidencja wydanych dokumentacji, - przekroczony termin zwrotu.	
9	System umożliwia odnotowanie informacji o kasacji dokumentów z wydrukowaniem protokołu kasacji.	

11	Dodawanie różnego rodzaju dokumentacji medycznych: 1) Dokumentacja szpitalna (historia choroby) - Dane dokumentacji: numer dokumentacji (nr księgi głównej); numer teczek, w której znajduje się dokumentacja; okres, z którego pochodzi dokumentacja (data przyjęcia i wypisu ze szpitala); Pacjent, którego dotyczy dokumentacja; - Dane dokumentacji, które dotyczą wszystkich rodzajów dokumentacji: stan dokumentacji (wybrakowana, zagubiona); osoba dostarczająca dokumentację; osoba przyjmująca dokumentację (pracownik archiwum); data przyjęcia, uwagi; 2) Dokumentacja szpitalna – historyczna (dokumentacja sprzed wdrożenia systemu) - Dane takie jak: numer dokumentacji, pacjent, miejsce pobytu, data przyjęcia i wypisu wprowadzane są ręcznie w odróżnieniu od poprzedniego rodzaju dokumentacji, gdzie dane te są pobierane automatycznie po wybraniu księgi głównej. 3) Dokumentacja szpitalna – oddziałowa (gdy oddziały prowadzą oddzielną dokumentację) - Pozwala na dodawanie dokumentacji dla pojedynczych pobytów na oddziałach. Można wskazać dowolny pobyt/pobyty spośród wszystkich pobytów hospitalizacji i dodać dla niego/nich dokumentację. - Dane dokumentacji: numer dokumentacji (kolejny numer w danym roku, nadawany przez system w momencie dodawania dok. do archiwum); okres, z którego pochodzi dokumentacja (data przyjęcia i wypisu z oddziału) 4) Księga przyjęć i odmów z Izby przyjęć - Dane dokumentacji: specjalizacja, okres, z którego pochodzi dokumentacja, numer dokumentacji (kolejny numer w danym roku dla określonej specjalizacji) 5) Teczka Kart informacyjnych z izby przyjęć - Dane dokumentacji: takie same jak dla dokumentacji typu: 'Księga przyjęć i odmów'. 6) Książka raportów pielęgniarskich - Dane dokumentacji: jednostka organizacyjna (oddział), okres, z którego pochodzi dokumentacja, numer dokumentacji (kolejny numer w danym roku dla określonego oddziału). 7) Książka raportów lekarskich - Dane dokumentacji: takie same jak dla dokumentacji typu: 'Książka raportów lekarskich'.	
----	---	--

15. Moduł Laboratorium

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Jednokrotna rejestracja danych – raz zapisane dane nie wymagają powtórnego wpisywania	
2	Moduł magazynowy umożliwiający kontrolę ilości odczynników, materiałów zużywalnych, kalibratorów i kontroli będących na stanie magazynu, ewidencję transakcji oraz wydruk dokumentów magazynowych i statystyki.	
3	Możliwość manualnej korekty skutków działania procedur automatycznych, z sygnalizacją wystąpienia takiej sytuacji.	

4	Możliwość uruchamiania poszczególnych funkcji systemu (np. rejestracja zleceń) z różnych stanowisk (w ramach posiadanych licencji).	
5	W ramach posiadanych licencji użytkownik ma dostęp do konfiguracji i rekonfiguracji danych sterujących automatyczną pracą systemu.	
6	Możliwość automatycznej współpracy w zakresie przyjmowania zleceń i odsyłania wyników, wg standardu HL7, z systemem białym, satelitarnymi systemami Laboratoryjnymi oraz z oprogramowaniem zewnętrznymi, niezależnych punktów pobrań.	
7	Możliwość współpracy z autonomicznym podsystemem specjalistycznym (mikrobiologia), w zakresie przyjmowania zleceń i odsyłania wyników wg standardu HL7.	
8	Przesyłanie wyników poprzez łącze telekomunikacyjne do ewentualnych ośrodków konsultacyjnych, do lekarza zlecającego badanie, do zleceniodawcy.	
9	Możliwość automatycznej publikacji zatwierdzonych wyników w sieci zewnętrznej (Internet) i/lub wewnętrznej (Intranet), dostępnych dla odbiorców za pomocą popularnych przeglądarek WWW, z uwzględnieniem systemu uprawnień ograniczającego taki dostęp do podmiotów uprawnionych.	
10	Możliwość współpracy z innymi laboratoriami w zakresie automatycznego tworzenia wysyłkowych list zleceń z niektórych badań i zwrotnego odbioru (rejestracji) wyników oraz rozliczeń. Możliwość uwzględnienia takich wyników na zbiorczym formularzu wyniku dla pacjenta.	
11	Moduł finansowy umożliwiający automatyczne (na podstawie rejestrowanych zleceń) wystawianie rachunków indywidualnych dla pacjentów i okresowych (zbiorczych) dla płatników, z automatycznie prowadzoną właściwą dokumentacją (numeracja, ewidencja, rejestry).	
12	Obsługa pracowni: Hematologii, Koagulologii, Analityki ogólnej, Biochemii, Immunologii, Mikrobiologii.	
13	Statystyczna analiza wyników (wszystkie wyniki, każdy parametr): średnia, SD, zmiany w czasie, zawężanie kryteriów (okres od-do, grupy wiekowe).	
14	System uprawnień przyznawanych użytkownikom, umożliwiający ochronę danych konfiguracyjnych, osobowych, medycznych i finansowych.	
15	Automatyczne dokumentowanie wszystkich zapisów i zmian w danych, w tym wpisów i poprawek dotyczących danych pacjentów, zleceń, wyników, finansów i parametrów konfiguracyjnych, zawierające co najmniej zapis kto, kiedy i jakiej dokonał zmiany bądź wpisu.	
16	Rejestracja pacjentów i zleceń diagnostycznych:	
17	Prowadzenie kartoteki pacjentów i ich rejestracja,	
18	Identyfikacja pacjenta na podstawie różnych danych: demograficznych, głównej książki zleceń, identyfikatora zewnętrznego,	
19	Rejestracja zleceń (wszystkie badania), od zleceniodawców wewnętrznych, jak i zewnętrznych.	
20	Całkowicie automatyczny dobór cen dla wykonywanych badań, umożliwiający: dobór różnych cen za badanie dla różnych płatników, rejestrację grupy (pakietu) badań o cenie różnej od sumy cen składowych.	
21	Przypisanie badań różnym płatnikom, bez rejestracji osobnych zleceń.	
22	Zlecenie badania (po ustalonej cenie) wykonywanego na koszt laboratorium.	

23	Różnicowanie cen badań mikrobiologicznych w zależności od liczby wyhodowanych organizmów i/lub wykonanych antybiogramów.	
24	Automatyczne rozliczanie zleceń, z uwzględnieniem specjalnych ich rodzajów (Cito).	
25	Możliwość definiowania własnych rodzajów zleceń.	
26	Możliwość przypisania różnych cen tego samego badania w zależności od rodzaju zlecenia (włącznie z rodzajami definiowanymi w laboratorium).	
27	Możliwość użycia zdefiniowanego rodzaju zlecenia jako filtru w zestawieniach.	
28	Możliwość dopisania badania do istniejącego zlecenia, bez konieczności ponownego rejestrowania danych administracyjnych.	
29	Możliwość automatycznej rejestracji zleceń za pomocą czytnika (skanera)	
30	Prowadzenie głównej książki zleceń i możliwość jej wydruku.	
31	Proces analityczny:	
32	Podział na pracownię: ograniczenie widoczności danych (zleceń, wyników) do wybranej pracowni.	
33	Prowadzenie książek zleceń i wyników w pracowniach, automatycznie sprzężonych z książką główną.	
34	Automatyczne kierowanie badań do stanowisk, na których mają być wykonane, z uwzględnieniem alternatywnych metod wykonywania, w tym możliwość przekierowywania badań do innej pracowni.	
35	Możliwość wyboru liczby i rodzaju badań do wykonania, zmiany kolejności, przzerwania, powtórzenia, wpisania wyniku manualnie, zatwierdzenia – w miarę możliwości obsługiwane stanowiska (analityzatora).	
36	Możliwość alternatywnego wykonywania tych samych badań na kilku (różnych lub takich samych) analizatorach – oprogramowanie musi umożliwiać automatyczne programowanie i odbiór wyników z któregośkolwiek takiego analizatora, bez wskazywania, na którym zostaną lub zostały wykonane.	
37	Szybka manualna rejestracja wyników.	
38	Przyspieszona, automatyczna obsługa zleceń pilnych.	
39	Automatyczny dobór wartości referencyjnych i automatyczne flagowanie wyników, w tym flagowanie wyników będących tekstowymi opisami, z możliwością dowolnej liczby zakresów referencyjnych, osobno dla każdej metody wykonania badania.	
40	Możliwość automatycznego zastępowania wyniku liczbowego (poza wskazanym zakresem) odpowiednim tekstem.	
41	Rejestracja błędów wykonania.	
42	Autoryzacja (odprawa) wyników, w tym walidacja wyniku, możliwość wspólnego widoku wyników ze wszystkich pracowni, zwalidowanych poprzednich wyników danego pacjenta i funkcje „delta check”.	
43	Drukowanie wyników dla pacjentów i wyników zbiorczych, na zbiorczych i specyficznych formularzach.	
44	Automatyczne (w tle) naliczanie kosztów, z uwzględnieniem metod i powtórzeń.	
45	Archiwizacja pełnych wyników diagnostycznych wraz z opisami i uwagami.	
46	Elastyczny system rejestracji wyników mikrobiologicznych, uwzględniający:	
47	Kolejno izolowane organizmy.	

48	Predefiniowane testy antybiogramowe z definicjami stref wrażliwości, z możliwością modyfikacji (dodawania pojedynczych testów) w trakcie wykonania.	
49	Przeprowadzone testy identyfikacyjne.	
50	Ograniczenie dostępnych dla organizmu antybiotyków i mechanizmów oporności.	
51	Wykonane antybiogramy wraz z parametrami (strefa, MIC).	
52	Możliwość korzystania ze słowników:	
53	Stosowanych antybiotyków.	
54	Organizmów (z podziałem systematycznym).	
55	Standardowych oporności organizmów.	
56	Standardowych komentarzy i opisów (np. mechanizmy lekooporności).	
57	Automatyczna identyfikacja materiału:	
58	System znakowania kodami paskowymi („oklejanie” w punktach pobrań, nie w laboratorium) nie wymagający drukarek tych kodów w punktach pobrań.	
59	Jednoznaczna identyfikacja pacjenta, zlecenia i materiału w oparciu o kod paskowy.	
60	Możliwość wykrycia i blokady użycia w systemie dwóch probówek z identycznym kodem kreskowym.	
61	Możliwość używania różnych typów (wielkości) kodów, w zależności od używanych naczyń, pojemników i możliwości aparatów.	
62	Funkcja „przyjęcia materiału”, umożliwiająca rejestrację materiału z równoczesną weryfikacją zlecenia (wykrycie zleceń, do których brak materiału oraz materiału, do którego brak zlecenia), uwzględnienie tego faktu w procesie analitycznym.	
63	Kontrola jakości i wiarygodności wyników:	
64	Kartoteka materiałów kontrolnych i procedur.	
65	Automatyczne przygotowywanie Kart Kontroli.	
66	Rejestracja i ewidencja wyników prób kontrolnych.	
67	Poprawność, precyzja (odtwarzalność, powtarzalność).	
68	Wykresy LJ.	
69	Analiza Westgarda (w seriach i pomiędzy, reguły proste i złożone, indywidualny dobór reguł).	
70	Ewidencja działań naprawczych.	
71	Statystyka i zestawienia w podziale na co najmniej płatników, zlecniodawców, punkty pobrań, oddziały, lekarzy, analizatory.	
72	Statystyka i zestawienia w podziałach i układach wymaganych przez wymienione wyżej podmioty: - ilościowe i wartościowe - rozliczeniowe - kosztowe - mikrobiologiczne - uwzględniające definiowane typy zleceń - grupowanie danych (w ramach wybranego podziału) i sumowanie w grupach	
73	Wykorzystanie kodów kreskowych we współpracy z analizatorami.	
74	Pełna automatyka sterowania analizatorami diagnostycznymi (programowanie, wysyłanie zleceń, odbiór wyników, przesłanie informacji technicznych), uwzględniająca specyfikę urządzeń.	

75	Możliwość bankowania materiału po wykonaniu analiz	
76	Oferent powinien dostarczyć licencje do wpinania analizatorów do LIS	
PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA		
77	Ewidencja badań i wyników – elektroniczny odbiór zleceń badań i elektroniczne przesyłanie ich do zlecniodawcy.	
78	Definiowalny pulpit użytkownika: prezentacja badań do opisanego na dziś - panel zawiera minimum: dane pacjenta, nazwę badania, status, datę zlecenia, dane jednostki kierującej i lekarza kierującego.	
79	Dostęp do skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych badań. Po wpisaniu Imienia i Nazwiska prezentowane są wszystkie wyniki badań dla pacjenta.	
80	Dostęp do skorowidza pacjenta z możliwością zmiany danych pacjenta w zakresie: - Imię i Nazwisko, - PESEL, dokument tożsamości, - data i miejsce urodzenia, płeć, - adres zamieszkania / czasowy / pobytu, - ubezpieczyciel, - kod TERYT	
81	Walidacja adresu zamieszkania / czasowego / pobytu pacjenta wg wymagań NFZ.	
82	Prezentacja badań w postaci listy roboczej zawierającej: - numer pacjenta, - imię i nazwisko, - PESEL, - wiek, - kod i nazwę badania, - numer zlecenia, - status zlecenia, - priorytet zlecenia, - jednostkę zlecającą, - jednostkę wykonującą, - planowana data wykonania, - datę wykonania, - datę zlecenia, - status kodowania zlecenia. - lekarz wykonujący określony na skierowaniu, - status wydrukowania wyników, - status nagrywania płyty CD / DVD.	
83	System umożliwia każdemu użytkownikowi zapisanie własnych ustawień listy roboczej w zakresie wyświetlanych kolumn. Ustawienia są dostępne również po ponownym zalogowaniu się do systemu. Dodatkowo istnieje możliwość wyboru kolumn i zapisu tego wyboru.	
84	Możliwość sortowania listy roboczej wg wybranej kolumny.	
85	System umożliwia każdemu użytkownikowi zapisanie własnych ustawień listy roboczej w	

	zakresie sortowania danych po wybranej kolumnie (rosnąco lub malejąco). Ustawienia są dostępne również po ponownym zalogowaniu się do systemu.	
86	Możliwość prezentacji listy roboczej wg następujących parametrów: - zakres dat zlecenia i/lub wykonania, - jednostki wykonujące, - jednostki Kierujące, - rodzaj badania, - status badania, - priorytet badania, - status wydrukowania wyników, - nazwa badania, - lekarz kierujący.	
87	Wyszukanie badania na liście roboczej po wpisaniu numeru badania, w tym numeru badania z systemu nadrzędnego lub imienia i nazwiska pacjenta, numeru PESEL pacjenta lub identyfikatora pacjenta.	
88	Możliwość wydruku listy roboczej.	
89	Rejestracja pacjentów z uwzględnieniem następujących danych: - imię i nazwisko, - PESEL, dokument tożsamości, - data i miejsce urodzenia, płeć, - adres zamieszkania / czasowy / pobytu, - ubezpieczyciel, - kod TERYT.	
90	Rejestracja badań z uwzględnieniem następujących danych: - data i rodzaj skierowania, - lekarz kierujący, - jednostka kierująca, - rozpoznanie ze skierowania z uwzględnieniem ICD 10, - płatnik, - tryb przyjęcia.	
91	Rejestracja pacjenta NN za pomocą jednego kliknięcia, system powinien automatycznie uzupełniać pola: imię, nazwisko informacjami NN, datę i godzinę przyjęcia pacjenta oraz pole z numerem PESEL - liczbami zero, z możliwością późniejszego ich uaktualnienia.	
92	Administracja słownikami lekarzy i jednostek kierujących z poziomu aplikacji: - dodanie nowego wpisu do rejestru, - edycja istniejącego wpisu, - usunięcie istniejącego wpisu.	
93	Wbudowane mechanizmy kontroli poprawności numeru REGON, NIP jednostki kierującej i numeru prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego. Uniemożliwienie wprowadzania w systemie duplikatów jednostek i lekarzy kierujących.	
94	Możliwość wystawienia faktury za wykonane badanie.	
95	Obsługa Księgi Pracowni.	
96	Rejestracja zleceń zewnętrznych i wewnętrznych.	
97	Planowanie wizyt w zakładzie.	
98	Możliwość anulowania zleconego badania z wpisaniem uzasadnienia.	

99	Przegląd i edycja katalogu badań wraz z możliwością modyfikacji cennika badań.	
100	Realizacja zlecenia w pracowni (zaplanowanie badania, rejestracja badania, opis, zużycie zasobów, weryfikacja wyników).	
101	Możliwość wprowadzania danych zlecenia i wyników badań w postaci ustrukturyzowanych formularzy składających się z różnego rodzaju pól (m. in. pola tekstowe, pola numeryczne, pola wyboru, listy rozwijane, pola z datą oraz pole umożliwiające załączenie pliku związanego z danym badaniem).	
102	Tworzenie oraz modyfikacje istniejących formularzy za pomocą modułu administracyjnego.	
103	Możliwość wprowadzenia jednego opisu badania dla kilku badań zleconych dla jednego pacjenta w ramach jednej jednostki wykonującej i tego samego formularza wynikowego.	
104	Możliwość wprowadzenia dodatkowego zlecenia badania z listy roboczej i z ekranu wprowadzania wyniku.	
105	System zabezpiecza przed wprowadzeniem wyniku przez dwóch różnych lekarzy w tym samym czasie.	
106	W przypadku zablokowania wyniku do edycji użytkownik otrzymuje informacje kto i kiedy zablokował dane badanie.	
107	System umożliwia wyświetlenie listy aktualnie edytowanych badań wraz z danymi użytkownika, który wprowadza wynik.	
108	System umożliwia uprawnionym użytkownikom awaryjne zdjęcie blokady badania.	
109	Dostęp do wcześniejszych badań pacjenta z ekranu wprowadzania wyniku.	
110	Zapis zużytych zasobów w kontekście wykonanego badania.	
111	Możliwość zapisania kliku usług dodatkowych wykonanych w ramach badań.	
112	Możliwość wprowadzenia powodu zmiany usługi w wykonanym badaniu.	
113	Zapis kodu Ministerstwa Zdrowia dla wykonanych badań.	
114	Blokowanie zmiany usługi w badaniach już opisanych.	
115	Możliwość podglądu danych zlecenia na ekranie wprowadzania wyniku bez konieczności jego zamykania w zakresie danych osobowych pacjenta i danych zlecenia.	
116	Wyróżnienie badań na liście roboczej, dla których wyniki nie zostały wydrukowane.	
117	Czynności analityczno-sprawozdawcze, możliwość wykorzystania standardowych raportów i uniwersalnego modułu wydruków z możliwością zdefiniowania zakresu i postaci raportu.	
118	Rejestracja pacjentów z podziałem na szpitalnych, ambulatoryjnych i innych.	
119	Tworzenie list oczekujących na badania.	
120	Możliwość tworzenia predefiniowanych fraz opisowych / wzorców / szablonów tekstów możliwych do późniejszego wykorzystania przez użytkownika lub grupę użytkowników z możliwością określenia ich dostępności: - ogólnodostępnych - ogólnodostępnych w kontekście jednostki organizacyjnej - ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika - ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika w kontekście jednostki organizacyjnej - ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora - ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora w kontekście jednostki organizacyjnej	

121	Możliwość tworzenia predefiniowanych fraz opisowych ogólnodostępnych lub ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora.	
122	Funkcje analityczno - kosztowe: m.in. analiza zużycia materiałów, klisz.	
123	Wydruki: medyczne i statystyczne, analizy rodzajów wykonywanych badań wg kryteriów: pracowni, rozpoznań, jednostek zlecających, pacjentów ambulatoryjnych i szpitalnych; raporty o liczbie, rodzaju wykonanych badań; raporty własne użytkownika: system umożliwia predefiniowanie kryteriów tworzenia raportów.	
124	Udostępnianie danych wyłącznie osobom uprawnionym	
125	Zabezpieczanie transmisji danych przez szyfrowanie.	
126	Raport zdublowanych pacjentów.	
127	Możliwość łączenia zdublowanych pacjentów z poziomu raportu oraz przy pomocy oddzielnej funkcji w systemie.	
128	Rejestrowanie wydawanych wyników: kto i kiedy wynik odebrał.	
129	Możliwość wydania wielu wyników jednocześnie.	
130	Narzędzie do raportowania błędów w systemie, umożliwiające przesłanie szczegółowych informacji o błędzie oraz zrzutu ekranowego aplikacji do lokalnego administratora.	

16. Moduł Bakteriologia

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Tworzenie standardowych zestawów antybiogramów z możliwością uzupełniania na etapie realizacji badania.	
2	Możliwość podłączenia medycznych aparatów mikrobiologicznych - Wymagane są 4 licencje do podłączenia aparatów. W ramach tej samej licencji możliwość zmiany - podłączenia innego aparatu.	
3	Wprowadzanie danych wg słowników mechanizmów oporności.	
4	Oznaczanie drobnoustrojów alarmowych.	
5	Ewidencja poszczególnych etapów realizacji badania mikrobiologicznego.	
6	Ewidencja podłoży hodowlanych i butelek z krwią na posiew.	
7	Możliwość prowadzenie statystyk mikrobiologicznych:	
8	Lekooporność drobnoustrojów wg antybiotyków, wg drobnoustrojów dla wybranych zleceńodawców, badań, antybiogramów,	
9	Analiza mechanizmów oporności wg zleceńodawców i drobnoustrojów,	
10	Statystyki zużycia podłoży hodowlanych i testów identyfikacyjnych.	
11	Bieżąca aktualizacja programu zgodna z wytycznymi EUCAST (European Committee on Antibiotic Susceptibility Testing; www.eucast.org) i Krajowego Ośrodka ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów (www.korl.edu.pl) obowiązującymi na dany rok kalendarzowy.	
12	Program musi umożliwiać Analizę mikrobiologiczną oddziałów szpitalnych - skumulowane dane na temat antybiotykowrażliwości dla celów empirycznej terapii zakażeń zgodnie z wytycznymi Konsultanta Krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej Prof. dr hab. med. Walerii Hryniewicz KONS/ 2 /2014, Warszawa 20.01.2014 r.	

17. Pracownia Diagnostyczna

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Ewidencja badań i wyników – elektroniczny odbiór zleceń badań i elektroniczne przesyłanie ich do zleceńodawcy.	
2	Definiowalny pulpit użytkownika: prezentacja badań do opisanego na dziś - panel zawiera minimum: dane pacjenta, nazwę badania, status, datę zlecenia, dane jednostki kierującej i lekarza kierującego.	
3	Dostęp do skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych badań. Po wpisaniu Imienia i Nazwiska prezentowane są wszystkie wyniki badań dla pacjenta.	
4	Dostęp do skorowidza pacjenta z możliwością zmiany danych pacjenta w zakresie: - Imię i Nazwisko, - PESEL, dokument tożsamości, - data i miejsce urodzenia, płeć, - adres zamieszkania / czasowy / pobytu, - ubezpieczyciel, - kod TERYT	
5	Walidacja adresu zamieszkania / czasowego / pobytu pacjenta wg wymagań NFZ.	
6	Prezentacja badań w postaci listy roboczej zawierającej: - numer pacjenta, - imię i nazwisko, - PESEL, - wiek, - kod i nazwę badania, - numer zlecenia, - status zlecenia, - priorytet zlecenia, - jednostkę zlecającą, - jednostkę wykonującą, - planowana data wykonania, - datę wykonania, - datę zlecenia, - status kodowania zlecenia. - lekarz wykonujący określony na skierowaniu, - status wydrukowania wyników, - status nagrywania płyty CD / DVD.	TAK
7	System umożliwia każdemu użytkownikowi zapisanie własnych ustawień listy roboczej w zakresie wyświetlanych kolumn. Ustawienia są dostępne również po ponownym zalogowaniu się do systemu. Dodatkowo istnieje możliwość wyboru kolumn i zapisu tego wyboru.	
8	Możliwość sortowania listy roboczej wg wybranej kolumny.	
9	System umożliwia każdemu użytkownikowi zapisanie własnych ustawień listy roboczej w zakresie sortowania danych po wybranej kolumnie (rosnąco lub malejąco). Ustawienia są dostępne również po ponownym zalogowaniu się do systemu.	

10	Możliwość prezentacji listy roboczej wg następujących parametrów: - zakres dat zlecenia i/lub wykonania, - jednostki wykonujące, - jednostki Kierujące, - rodzaj badania, - status badania, - priorytet badania, - status wydrukowania wyników, - nazwa badania, - lekarz kierujący.	
11	Wyszukanie badania na liście roboczej po wpisaniu numeru badania, w tym numeru badania z systemu nadrzędnego lub imienia i nazwiska pacjenta, numeru PESEL pacjenta lub identyfikatora pacjenta.	
12	Możliwość wydruku listy roboczej.	
13	Rejestracja pacjentów z uwzględnieniem następujących danych: - imię i nazwisko, - PESEL, dokument tożsamości, - data i miejsce urodzenia, płeć, - adres zamieszkania / czasowy / pobytu, - ubezpieczyciel, - kod TERYT.	
14	Rejestracja badań z uwzględnieniem następujących danych: - data i rodzaj skierowania, - lekarz kierujący, - jednostka kierująca, - rozpoznanie ze skierowania z uwzględnieniem ICD 10, - płatnik, - tryb przyjęcia.	
15	Rejestracja pacjenta NN za pomocą jednego kliknięcia, system powinien automatycznie uzupełniać pola: imię, nazwisko informacjami NN, datę i godzinę przyjęcia pacjenta oraz pole z numerem PESEL - liczbami zero, z możliwością późniejszego ich uaktualnienia.	
16	Administracja słownikami lekarzy i jednostek kierujących z poziomu aplikacji: - dodanie nowego wpisu do rejestru, - edycja istniejącego wpisu, - usunięcie istniejącego wpisu.	
17	Wbudowane mechanizmy kontroli poprawności numeru REGON, NIP jednostki kierującej i numeru prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego. Uniemożliwienie wprowadzania w systemie duplikatów jednostek i lekarzy kierujących.	
18	Możliwość wystawienia faktury za wykonane badanie.	
19	Obsługa Księgi Pracowni.	
20	Rejestracja zleceń zewnętrznych i wewnętrznych.	
21	Planowanie wizyt w zakładzie.	
22	Możliwość anulowania zleconego badania z wpisaniem uzasadnienia.	
23	Przegląd i edycja katalogu badań wraz z możliwością modyfikacji cennika badań.	
24	Realizacja zlecenia w pracowni (zaplanowanie badania, rejestracja badania, opis, zużycie	

	zasobów, weryfikacja wyników).	
25	Możliwość wprowadzania danych zlecenia i wyników badań w postaci ustrukturyzowanych formularzy składających się z różnego rodzaju pól (m. in. pola tekstowe, pola numeryczne, pola wyboru, listy rozwijane, pola z datą oraz pole umożliwiające załączenie pliku związanego z danym badaniem).	TAK
26	Tworzenie oraz modyfikacje istniejących formularzy za pomocą modułu administracyjnego.	TAK
27	Możliwość wprowadzenia jednego opisu badania dla kilku badań zleconych dla jednego pacjenta w ramach jednej jednostki wykonującej i tego samego formularza wynikowego.	
28	Możliwość wprowadzenia dodatkowego zlecenia badania z listy roboczej i z ekranu wprowadzania wyniku.	
29	System zabezpiecza przed wprowadzeniem wyniku przez dwóch różnych lekarzy w tym samym czasie. W przypadku zablokowania wyniku do edycji użytkownik otrzymuje informacje kto i kiedy zablokował dane badanie.	TAK
30	System umożliwia wyświetlenie listy aktualnie edytowanych badań wraz z danymi użytkownika, który wprowadza wynik.	
31	System umożliwia uprawnionym użytkownikom awaryjne zdjęcie blokady badania.	
32	Dostęp do wcześniejszych badań pacjenta z ekranu wprowadzania wyniku.	
33	Zapis zużytych zasobów w kontekście wykonanego badania.	
34	Możliwość zapisania kliku usług dodatkowych wykonanych w ramach badań.	
35	Możliwość wprowadzenia powodu zmiany usługi w wykonanym badaniu.	
36	Zapis kodu Ministerstwa Zdrowia dla wykonanych badań.	
37	Blokowanie zmiany usługi w badaniach już opisanych.	
38	Możliwość podglądu danych zlecenia na ekranie wprowadzania wyniku bez konieczności jego zamykania w zakresie danych osobowych pacjenta i danych zlecenia.	
39	Wyróżnienie badań na liście roboczej, dla których wyniki nie zostały wydrukowane.	
40	Czynności analityczno-sprawozdawcze, możliwość wykorzystania standardowych raportów i uniwersalnego modułu wydruków z możliwością zdefiniowania zakresu i postaci raportu.	
41	Rejestracja pacjentów z podziałem na szpitalnych, ambulatoryjnych i innych.	
42	Tworzenie list oczekujących na badania.	
43	Możliwość tworzenia predefiniowanych fraz opisowych / wzorców / szablonów tekstów możliwych do późniejszego wykorzystania przez użytkownika lub grupę użytkowników z możliwością określenia ich dostępności: - ogólnodostępnych - ogólnodostępnych w kontekście jednostki organizacyjnej - ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika - ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika w kontekście jednostki organizacyjnej - ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora - ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora w kontekście jednostki organizacyjnej	
44	Możliwość tworzenia predefiniowanych fraz opisowych ogólnodostępnych lub ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora.	
45	Funkcje analityczno - kosztowe: m.in. analiza zużycia materiałów, klisz.	
46	Wydruki: medyczne i statystyczne, analizy rodzajów wykonywanych badań wg kryteriów:	

	pracowni, rozpoznaw, jednostek zlecających, pacjentów ambulatoryjnych i szpitalnych; raporty o liczbie, rodzaju wykonanych badań; raporty własne użytkownika: system umożliwia predefiniowanie kryteriów tworzenia raportów.	
47	Udostępnianie danych wyłącznie osobom uprawnionym	
48	Zabezpieczanie transmisji danych przez szyfrowanie.	
49	Raport zdublowanych pacjentów.	
50	Możliwość łączenia zdublowanych pacjentów z poziomu raportu oraz przy pomocy oddzielnej funkcji w systemie.	
51	Rejestrowanie wydawanych wyników: kto i kiedy wynik odebrał.	
52	Możliwość wydania wielu wyników jednocześnie.	
53	Narzędzie do raportowania błędów w systemie, umożliwiające przesłanie szczegółowych informacji o błędzie oraz zrzutu ekranowego aplikacji do lokalnego administratora.	

18. Moduł Sterylizatornia

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Funkcjonowanie w oparciu o słownik nazw narzędzi i zestawów chirurgicznych oraz bielizny przewidzianych do sterylizacji	
2	W przypadku zestawów narzędzi - funkcja rozbicia pozycji na składniki	
3	Ewidencja przygotowanych do sterylizacji i użytych do zabiegów operacyjnych pakietów narzędzi oraz bielizny za pomocą kodu kreskowego	
4	Zdefiniowanie słownika urządzeń do sterylizacji	
5	Oznakowanie pakietów do sterylizacji	
6	Obsługa sterylizacji	
7	Funkcja przypisywania po kodzie kreskowym narzędzi/zestawów/bielizny	
8	Funkcja przypisywania pakietów do poszczególnych zabiegów operacyjnych wraz z ewidencją poniesionych kosztów	
9	Ewidencjonowanie	
10	Raporty standardowe	
11	Możliwość generowania wydruków i raportów w układzie dziennym i miesięcznym	
12	Możliwość ewidencji obsługi procesu sterylizacji (warunki sterylizacji)	
13	System jest zintegrowany z systemem HIS, z wykorzystaniem standardu HL7 co najmniej w następującym zakresie: - przekazywanie informacji o wysterylizowanym materiale użytym do zabiegów do dokumentacji medycznej pacjenta w sposób umożliwiający późniejsze odtworzenie przebiegu ścieżki dekontaminacji z archiwum, - przegląd dokumentacji archiwalnej opisującej przebieg ścieżki dekontaminacji konkretnego materiału w powiązaniu z dokumentacją medyczną pacjenta, - funkcja przypisywania pakietów do poszczególnych zabiegów operacyjnych wraz z ewidencją poniesionych kosztów, podgląd bieżącego statusu zestawu lub narzędzia (gdzie jest i co się z nim dzieje) dowolnego użytkownika materiału sterylnego. Dynamiczna lista udostępniająca pozycje ze statusem wysterylizowane. Pozycje przypisane do zabiegu zmieniają automatycznie status, aby nie mogły być użyte dwukrotnie.	

19. Moduł Pogotowie

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Moduł umożliwia dostęp do systemu HIS z Tableków będących na wyposażeniu Karetok	
2	Tablety powinny mieć dostęp do sieci Internet	
3	Tablety powinny mieć zainstalowane system VPN	
4	Łączność z systemem HIS odbywa się poprzez szyfrowane łącze VPN	
5	Użytkownicy mają dostęp do systemu HIS zgodnie z nadanymi im uprawnieniami na etapie wdrożenia.	

20. Moduł Zlecenia Medyczne

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	Wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (badania) do jednostki realizującej (pracownia diagnostyczna).	TAK
2	Możliwość śledzenia stanu wykonania zlecenia.	TAK
3	Możliwość umieszczenia na jednym ekranie w postaci tabeli lub wykresu (w celu porównania) wyników badań diagnostycznych z dawkami leków np.: poziom glukozy we krwi a dawki insuliny.	
4	Zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (wyniku badania).	TAK
5	Możliwość automatycznej aktualizacji stanów magazynowych apteczek na podstawie zewidencjonowanego podczas wykonania zlecenia zużycia zasobów.	
6	Automatyczne kodowanie ICD9 na podstawie zleceń medycznych. Usługa (badanie/operacja/konsultacja) może mieć przypisane kody ICD9 z możliwością wskazania jednego, domyślnego. Jej wykonanie w module zleceń skutkuje automatycznym zakodowaniem domyślnego kodu ICD9. Dodatkowo w chwili wprowadzania wyniku zlecenia użytkownik ma możliwość zmiany ICD9, które zostało automatycznie zakodowane przez system, jeżeli do zleconej usługi jest przyporządkowane więcej niż jedno ICD9. Zmiany ICD9 w takim przypadku są spójne (nie występuje redundancja danych) niezależnie, czy zostały dokonane w module statystyka, czy w module zleceń medycznych.	
7	System ostrzega, że zlecana usługa już jest zlecona w zdefiniowanym przez administratora okresie czasu, w celu wyeliminowania przypadkowego podwójnego zlecenia tego samego badania.	TAK
8	Możliwość powtarzania zleceń na podstawie już istniejących. Funkcja dostępna jest z ekranu prezentującego zlecenia i wyniki pacjenta. Użytkownik ma możliwość wyboru zleceń, które chce powtórzyć.	TAK
9	Możliwość prezentacji aktualnych zleceń pacjenta w chwili zlecenia.	TAK
10	Możliwość zleceń badań przedmiotowych niepowiązanych z pacjentem (np. badania czystościowe, wymazy z brudowników, czy też wymiana żarówki w urządzeniu).	
11	System posiada oddzielną listę roboczą do śledzenia statusu oraz wykonania zlecenia przedmiotowego.	

	Możliwość konfiguracji priorytetów zlecanych badań oraz definiowania terminów, na jakie badanie z danym priorytetem może być zlecane (np. CITO na czas bieżący, rutynowy na dzień następny na godzinę 12:00).	
	Możliwość definiowania podręcznego panelu zleceń: - definiowanie panelu ogólnego oraz spersonalizowanego dla użytkownika lub jednostki organizacyjnej na której przebywa pacjent, - możliwość dodawania usług do panelu, - możliwość dodawania grupy usług do panelu i wprowadzenia nazwy grupy, - możliwość zlecania usług/grup usług z panelu jednym kliknięciem bez konieczności szukania w słowniku, - możliwość zlecania wszystkich pozycji z panelu jednym kliknięciem bez konieczności szukania w słowniku. - możliwość zgrupowania paneli w zakładki - możliwość zdefiniowania panelu dla wskazanych kodów diagnoz ICD-10 (panel pojawia się tylko dla pacjentów, ze wskazaną w konfiguracji diagnozą ICD-10).	
	System posiada możliwość informowania użytkownika o wynikach badań. Użytkownik zlecający badanie może wskazać, o których wynikach badań chce zostać poinformowany poprzez powiadomienie systemowe lub SMS lub e-mail. Użytkownik może wskazać innych użytkowników, którzy powinni zostać poinformowani o wynikach badań.	TAK
	Możliwość zlecania podania leków pacjentowi.	
	Możliwość zlecenia cyklicznego podawania leków (np. 3x dziennie o 8, 14 oraz 22).	
	Możliwość zlecenia leku z wykorzystaniem predefiniowanych list leków (paneli leków).	
	Możliwość tworzenia receptariuszy oddziałowych.	
	Wykorzystanie predefiniowanych częstotliwości przy zlecaniu cyklicznych podań leków oraz definiowanie własnych częstotliwości.	
	Modyfikacja zlecenia leku, w tym: dawki pojedynczego podania leku, godziny podania.	
	Funkcja wstrzymania / przerwania podaży: - wszystkich niedokonanych podań leku (z możliwością wskazania daty od której podania mają być wstrzymane), - wybranego podania leku (w przypadku zleceń cyklicznych).	
	Możliwość zapisu działań niepożądanych leku.	
	Możliwość zlecania mieszanin leków.	
	Możliwość zlecania leków recepturowych, sporządzanych według przepisu lekarza wprowadzonego w momencie zlecenia leku.	
	System umożliwia osobie podającej lek odnotowanie odstępstwa od zlecenia - w zakresie daty podania oraz dawki podanego leku.	
	Grupowa realizacja podań leków.	
	Podczas realizacji podania leków możliwe jest (we współpracy z Modułem Zarządzania Podręcznym Magazynem Leków) odnotowanie rzeczywiście zużytych leków (lek, seria, nr faktury - o ile system dysponuje odpowiednimi danymi) i automatyczne zdjęcie ich ze stanów Podręcznego Magazynu Leków.	
	System posiada tryb prezentacji zleceń / podań leków wraz z wynikami badań laboratoryjnych na jednym ekranie.	
	Możliwość zlecenia leku własnego – nie występującego dotychczas w bazie danych –	

	należącego do pacjenta / przyniesionego przez pacjenta.	
--	---	--

21. Moduł Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi

LP	OPIS PARAMETRU	Wymagane na próbie
1	System musi obsługiwać automatyczną lub manualną rejestrację zleceń badań serologicznych.	
2	System musi zapewnić możliwość wpisania wyniku serologicznego manualnie oraz automatycznie z analizatora serologicznego	
3	Manualne wprowadzanie wyników serologicznych musi: - umożliwić wprowadzenie pełnego protokołu wraz ze stopniami aglutynacji; - posiadać automatyczną weryfikację zgodności protokołu z wydawanym wynikiem i znaną z historii pacjenta jego dotychczasową grupą krwi i Rh; - umożliwić dodawanie komentarzy do wyników; - informować o grupie krwi pacjenta, jeśli została ona wcześniej ustalona (w badaniach serologicznych wykonywanych w laboratorium lub placówkach zewnętrznych); - informować o wcześniej ustalonych przeciwciałach odpornościowych;	
	System musi umożliwiać z poziomu rejestracji oraz walidacji wyników szybki dostęp do historii serologicznej pacjenta w tym do: - ustalonej wcześniej grupy krwi; - ustalonych wcześniej przeciwciał odpornościowych; - grupie krwi oznaczonej w placówce zewnętrznej, jeżeli takie oznaczenie miało miejsce; - historii wszystkich badań serologicznych zleconych pacjentowi zawierającej: datę zlecenia, numer zlecenia, nazwę badania, informację o wykonaniu badania i autoryzacji wyniku, podgląd wpisanego protokołu oraz szybki wydruk wyniku; - historię badań serologicznych pacjenta zawierających oznaczenie grupy krwi; - historię wydanych z banku krwi składników wraz z numerem donacji; - zlecenia wykonania badania konsultacyjnego	
	Podczas walidacji wyników system musi informować o sprzecznej grupie krwi, jeżeli aktualnie walidowany wynik nie jest zgodny z historią grup krwi pacjenta;	
	System musi mieć możliwość podglądu aktualnego stanu magazynowego w banku krwi (z datą ważności preparatu, informacją które preparaty są zarezerwowane oraz ilością godzin od zarezerwowania preparatu);	

	Możliwość przyjęcia preparatów do banku krwi z uwzględnieniem czy jest to krew, osocze, płytki krwi czy krioprecypitat. W trakcie przyjmowania preparatu muszą być odnotowane następujące informacje: - data i godzina przyjęcia; - rodzaj preparatu; - numer donacji; - grupa krwi oraz Rh jeśli ustalono; - informacja o suffixie określającym podział pediatryczny (np. A0, B0, C0 itd.); - data pobrania; - data wykonania preparatu; - data ważności preparatu; - ilość preparatu w ml; - numer faktury; - dostawca preparatów; - cena z uwzględnieniem podziałów pediatrycznych; - dane osoby przyjmującej;	
	Przyjęcie preparatów do banku krwi musi być możliwe przy pomocy skanera kodów kreskowych odczytującego informacje zawarte w kodach ISBT 128, lub manualnie;	
	System musi mieć możliwość rezerwowania krwi dla wskazanego pacjenta;	
	System musi informować o próbie wydania składnika po 48 godzinach od wykonania próby zgodności;	
	Możliwość zwolnienia rezerwacji preparatu;	
	Bank krwi musi umożliwiać rozchodowanie preparatów. W trakcie zapisywania rozchodu muszą być odnotowane następujące informacje: - Data i godzina wydania; - Dane pacjenta (imię, nazwisko, identyfikator) - Oddział odbierający; - Lista wydanych preparatów; - Osoba wydająca;	
	System musi umożliwić utworzenie dokumentu wydania preparatu dla szczególnych przypadków (wydanie próby zgodności noworodka, wydanie do pilnej transfuzji, wydanie z uwzględnieniem grupy krwi z placówki zewnętrznej). Forma wydruku tych dokumentów musi być zgodna z obowiązującą ustawą;	
	System bez wyraźnego zezwolenia nie może pozwolić na wydanie preparatu o niezgodnej grupie krwi z wynikiem pacjenta;	
	System musi blokować możliwość wydania preparatu, jeżeli wynik próby zgodności dla danej donacji został zautoryzowany jako niezgodny;	
	Możliwość przeglądu oraz wydruk przychodów i rozchodów preparatów w wybranym okresie czasu;	
	Możliwość zwrotu preparatów do banku krwi z oddziałów co umożliwia ponowną ich rezerwację i wydanie;	
	Obsługa elektronicznych zamówień z oddziałów szpitalnych na preparaty obsługiwane przez bank krwi;	
	Tworzenie zamówień na preparaty do dostawców zewnętrznych;	

	System musi informować o zbliżającym się upływie terminu ważności preparatów w banku krwi;	
	System musi umożliwić sporządzenie protokołu strat wraz ze wskazaniem przyczyny i jednostki odpowiedzialnej za stratę preparatu;	
	Możliwość wielokrotnego wydruku każdego z dokumentów utworzony w banku krwi;	
	Możliwość kasowania poszczególnych dokumentów w banku krwi;	
	Możliwość monitorowania historii każdej z donacji;	
	Możliwość przypisania do każdego z dokumentów dodatkowych informacji o warunkach przechowywania oraz transporcie i uwzględnienie tych informacji na protokołach wydania;	
	Możliwość szybkiego dodania konkretnego preparatu na dowolny dokument poprzez skanowanie kodu kreskowego z numerem donacji;	
	Możliwość zlecenia w systemie serologicznych badań konsultacyjnych oraz wpisywanie uzyskanego wyniku;	
	Możliwość generowania i drukowania ksiąg przychodów i rozchodów (zarówno osobno jak i zbiorczej księgi zawierającej wszystkie dane o przyjęciu i rozchodzie na jednym wydruku), a ich forma musi być zgodna z wymogami Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;	
	Możliwość tworzenia raportów z ilości wykonanych badań serologicznych oraz raportów z banku krwi z możliwością uwzględnienia każdej z informacji zawartych podczas tworzenia poszczególnych dokumentów;	
	Możliwość podglądu oraz realizacji zleceń pilnych lub dyżurowych;	
	Rejestracja zlecenia i przyporządkowanie materiału w pracowni powinna odbywać się na podstawie jednoznacznej i niepowtarzalnej, kodowanej identyfikacji (np. kody paskowe);	
	Umożliwia współpracę dwukierunkową (licencja) z dowolnym, programowanym analizatorem używanym w immunologii (serologii) transfuzjologicznej;	
	Zapis wyników uzyskanych z analizatorów lub badań wykonanych manualnie, powinien przed wydaniem wyniku, umożliwiać wielokrotną kontrolę przez osoby uprawnione do ich wykonania, zatwierdzenia, walidacji, odprawienia i autoryzacji;	
	Umożliwia obsługę kontroli jakości badań obowiązkowych w immunologii (serologii) transfuzjologicznej;	
	System powinien umożliwić sprawne zarządzanie Pracownią i zawierać program magazynowy obsługujący, umożliwiający kontrolę materiałów zużywalnych, odczynników i kart mikrokolumnowych oraz sygnalizację konieczności złożenia odpowiedniego zamówienia;	
	Możliwość uzyskania raportów z pracy codziennej - wydruk: Książki badań grup krwi, Książki Prób Zgodności i innych badań wykonywanych w Pracowni;	
	Możliwość wykonania koniecznych raportów statystycznych, okresowych i definiowanych różnymi wskaźnikami, w tym demograficznymi;	
	System spełnia szczegółowe wymagania określone w załączniku nr 5 do Rozp. Min. Zdrowia z 21 stycznia 2009 r z późniejszymi zmianami (2015 r. ogłoszonych 19 sierpnia 2016r..) w sprawie Standardów jakie muszą spełniać Pracownie Immunologii (Serologii) Transfuzjologicznej;	

	Zapewnia trwałe zapisanie (na okres 30 lat) obrót składnikami krwi (KKCz, FFP, KKP i ich modyfikacje);	
	Obsługa Standardu 128 ISBT (International Standard for Blood Transfusion) dotyczącego oznakowania Krwi i jej składników, dopuszczonych do zastosowania w leczeniu chorych;	
	Zapewnia możliwość śledzenia losów Krwi i jej składników od momentu ich pobrania od Krwiodawcy do ich przetoczenia pacjentowi (procedura: look beck)	
	Umożliwia wykonanie raportów statystycznych wymaganych przepisami obowiązującego w tym zakresie prawa, przez Krajowe Centrum Krwi lub RCKiK w Warszawie	