



**PROGRAM
REGIONALNY**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Mazowsze.
serce Polski

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



**ZAŁĄCZNIK NR 9.17.SSI DO SIWZ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI
SZPITAL ZAKAŹNY W WARSZAWIE**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**W PROJEKCIE „E-ZDROWIE DLA MAZOWSZA”
NA DOSTAWY I WDROŻENIE EDM, SSI**

Niniejszy załącznik składa się z 86 ponumerowanych stron

Warszawa, dnia 14.01.2015 r.

Spis treści

Spis treści.....	2
Rozdział I. Założenia początkowe oraz wymagania ogólne.	5
I.1 Wymogi dotyczące interoperacyjności lub migracji dla oferowanego SSI.	5
I.1 Moduł.....	6
I.1.4 Wymagany stan docelowy:.....	6
I.2 ZAKRES: WYMAGANIA OGÓLNE.....	7
Rozdział II. Wymagana, dodatkowa funkcjonalność w przypadku rozbudowy istniejącego SSI o dodatkowe moduły.	11
II.1 ZAKRES: RUCH CHORYCH.....	11
II.1.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Oddział”.....	11
II.2 ZAKRES: PRZYCHODNIA.....	15
II.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Gabinet”.....	15
II.2.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Medycyna Pracy”.....	15
II.2.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Poradnia specjalistyczna”.....	15
II.3 ZAKRES: DOKUMENTACJA MEDYCZNA.....	18
II.3.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Dokumentacja medyczna”.....	18
II.4 ZAKRES: MODUŁY DODATKOWE.....	19
II.4.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Badania histopatologiczne”.....	19
II.4.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zarządzanie dietami”.....	23
II.4.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Żywnienie”.....	23
II.4.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „zlecenia do PDM”.....	25
II.4.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Wsparcie zarządzania systemem jakości”.....	25
II.5 ZAKRES: MODUŁY WSPÓLNE.....	31
II.5.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Obsługa urządzeń mobilnych”.....	31
II.5.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Identyfikacja pacjenta”.....	31
II.5.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Szpitalny portal e-usług”.....	32
II.6 ZAKRES: SYSTEM INFORMACJI ZARZĄDCZEJ.....	33
II.6.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „System informacji zarządczej”.....	33
Rozdział III. Wymagana, dodatkowa funkcjonalność w przypadku rozbudowy istniejącego SSI o dodatkowe moduły.	37
III.1 ZAKRES: RUCH CHORYCH.....	37



III.1.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Oddział”	37
III.1.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Izba Przyjęć”	41
III.1.3	Moduł/grupa funkcjonalności: „Zlecenia”	42
III.1.4	Moduł/grupa funkcjonalności: „Rozliczenia z NFZ”	46
III.1.5	Moduł/grupa funkcjonalności: „Optymalizator JGP”	49
III.2	ZAKRES: PRZYCHODNIA.....	50
III.2.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Gabinet”	50
III.2.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Medycyna Pracy”	51
III.2.3	Moduł/grupa funkcjonalności: „Poradnia specjalistyczna”	51
III.3	ZAKRES: APTEKA.....	53
III.3.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteczka oddziałowa”	53
III.3.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteka”	55
III.4	ZAKRES: DOKUMENTACJA MEDYCZNA	60
III.4.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Dokumentacja medyczna”	60
III.5	ZAKRES: MODUŁY DODATKOWE.....	61
III.5.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Badania histopatologiczne”	61
III.5.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Zarządzanie dietami”	65
III.5.3	Moduł/grupa funkcjonalności: „Żywienie”	65
III.5.4	Moduł/grupa funkcjonalności: „zlecenia do PDM”	67
III.5.5	Moduł/grupa funkcjonalności: „Wsparcie zarządzania systemem jakości”	67
III.6	ZAKRES: MODUŁY WSPÓŁNE	72
III.6.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Obsługa urządzeń mobilnych”	72
III.6.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Identyfikacja pacjenta”	73
III.6.3	Moduł/grupa funkcjonalności: „Szpitalny portal e-usług”	73
III.6.4	Moduł/grupa funkcjonalności: „Administrator”	75
III.6.5	Moduł/grupa funkcjonalności: „Archiwum Dokumentacji Medycznej”	77
III.6.6	Moduł/grupa funkcjonalności: „Raporty”	79
III.7	ZAKRES: LABORATORIUM	79
III.7.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Punkt Pobrań”	79
III.8	ZAKRES: PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA.....	80
III.8.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Pracownia diagnostyczna”	80
III.9	ZAKRES: SYSTEM INFORMACJI ZARZĄDCZEJ	81
III.9.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „System informacji zarządczej”	81



**PROGRAM
REGIONALNY**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Mazowsze.
serce Polski

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO





Rozdział I. Założenia początkowe oraz wymagania ogólne.

I.1 Wymogi dotyczące interoperacyjności lub migracji dla oferowanego SSI.

I.1.1 Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Partnerowi Projektu wymagane funkcjonalności SSI, poprzez dostawę nowego rozwiązania lub zmodernizowanie i rozbudowanie istniejącego w taki sposób, aby w jak najszerszym zakresie zostały zaspokojone obecne i przyszłe potrzeby PP. Koniecznym jest zachowanie pełnej wzajemnej interoperacyjności nowo wdrażanych modułów/grup funkcjonalności, a także w przypadku rozbudowy, pełnej interoperacyjności z modułami/grupami /systemami funkcjonalności już funkcjonującymi u PP

I.1.2 W przypadku dostarczenia nowego lub rozbudowy i zmodernizowania istniejącego systemu, Wykonawca zobowiązuje się zachować (utrzymać status quo, odtworzyć) funkcjonalnie pełną, istniejącą obecnie integrację z systemami zewnętrznymi wskazanymi przez Partnera Projektu na etapie Analizy przedwdrożeniowej, które nie są przedmiotem wymiany lub rozbudowy w ramach Projektu.

I.1.3 W przypadku, gdy wykonawca dokonuje rozbudowy systemu posiadanego przez Partnera przy użyciu produktu z innej linii produktowej (rozumianej jako produkt o innej nazwie handlowej lub innym zarejestrowanym znaku towarowym) wykonawca zobowiązany jest zaktualizować wszystkie posiadane przez Partnera moduły systemu do ich najnowszej wersji z linii produktowej wdrażanej jako rozbudowa.

I.1.4 Szpitalny System Informatyczny, stanowiący źródło Elektronicznej Dokumentacji Medycznej musi mieć zaimplementowane i uruchomione mechanizmy integracji oraz zapewnić prawidłową integrację z lokalnym systemem EDM (REDM) będącym integralną częścią zamówienia, co najmniej poprzez zastosowanie interfejsu zgodnego ze standardem HL7 CDA – Clinical Document Architecture, w wersji v.1 oraz v.2

Stan bieżący posiadanych systemów.

Partner Projektu w części medycznej posiada wdrożony Szpitalny System Informatyczny OptiMED firmy COMARCH, zintegrowany z Laboratoryjnym Systemem Informatycznym (LIS) oraz Radiologicznym Systemem Informatycznym (RIS).

Wykaz posiadanego oprogramowania:

Lp.	I.1 Moduł
1.	Izba Przyjęć,
2.	Oddział,
3.	Poradnia Rejestracja,
4.	Poradnia Gabinet,
5.	Moduł komunikacji HL7,
6.	Moduł rozliczeniowy,
7.	Moduł statystyczny,
8.	Poradnia, Terminarz.
9.	Poradnia zlecenia do Lab,
10.	Poradnia.NET – obsługa PPL
11.	Apteka,
12.	Apteczka oddziałowa,
13.	Pracownia Diagnostyczna,
14.	Pracownia Parazytologii,
15.	Zakażenia Szpitalne,
16.	Punkty pobrań,
17.	Badania kliniczne,
18.	Raporty,
19.	Optymalizator JGP

I.1.5 Wymagany stan docelowy:

Partner Projektu oczekuje rozbudowy obecnie użytkowanego Zintegrowanego Szpitalnego Systemu Informatycznego szpitala poprzez dostarczenie dodatkowych elementów wyszczególnionych w opisie przedmiotu zamówienia. Dostarczone oprogramowanie musi zapewnić pełną zgodność z eksploatowanym obecnie modelem bazy danych posiadanego oprogramowania SSI (HIS).



Moduł	Sposób licencjonowania
Ruch Chorych, Poradnie (moduły eksploatowanego obecnie przez WSZ systemu OptimedHIS)	Licencja otwarta
Pracownia Histopatologii	2 stanowiskowe
Dokumentacja pielęgniarska	Otwarta
Business Intelligence	Otwarta
Identyfikacja pacjentów	Otwarta
E-Rejestracja	Otwarta
Moduł Żywienia Pozajelitowego	Otwarta
Moduł Medycyna Pracy	1
Moduł zarządzania dietami	1

Ponadto system musi być zintegrowany z oprogramowaniem LIS oraz RIS wdrożonymi w Szpitalu tj.:

- LSI CENTRUM firmy Marcel
- ArPACS firmy SYNEKTIK
- Pracownią Parazytologii firmy Comarch

Oferowany SSI musi posiadać realizować wszystkie funkcjonalności przedstawione poniżej.

I.2 ZAKRES: WYMAGANIA OGÓLNE

I.2.1.1 System jest zintegrowany, przez co rozumie się zintegrowaną pracę wszystkich jego podsystemów/modułów w oparciu o swobodną, automatyczną wymienialność danych pomiędzy nimi.

I.2.1.2 System ma interfejs graficzny dla wszystkich swoich podsystemów/modułów.

I.2.1.3 System, co najmniej w zakresie swoich podsystemów/modułów obejmujących: ruch chorych, aptekę centralną, apteczki oddziałowe, lecznictwo otwarte i rozliczenia NFZ powinien pracować w oparciu o tę samą bazę danych, przez co należy rozumieć tę samą instancję bazy



danych i te same tabele bazy danych. Niedopuszczalne jest przekazywanie i dublowanie danych w zakresie w/w podsystemów/modułów.

I.2.1.4 W systemie musi zostać zachowana zasada jednokrotnego wprowadzania danych. Wymiana danych pomiędzy modułami musi odbywać się na poziomie bazy danych

I.2.1.5 Dane systemu przechowywane są w modelu relacyjnym baz danych z wykorzystaniem aktywnego serwera baz danych.

I.2.1.6 System komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim. Jest wyposażony w system podpowiedzi (help). W przypadku oprogramowania narzędziowego i administracyjnego serwera bazy danych dopuszcza się komunikację w języku angielskim.

I.2.1.7 W funkcjach związanych z wprowadzaniem danych system udostępnia podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól (np. automatyczne wprowadzenie kodu TERYT na podstawie nazwy miejscowości i/lub kodu pocztowego), szablony, słowniki grup danych (np. katalogi leków, procedur medycznych, jednostek chorobowych, danych osobowych czy danych terytorialnych).

I.2.1.8 System zapewnia odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwala na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również łatwość wykonania ich kopii bieżących.

I.2.1.9 W każdym oknie, gdzie możliwa jest edycja powinien znajdować się klawisz <cofnij> lub <anuluj> powodujący powrót do poprzedniego okna bez zapisu danych

I.2.1.10 W każdym polu edycyjnym (opisowym) tj. np. "treść wywiadu" powinna istnieć możliwość wybrania i skorzystania z dowolnego zdefiniowanego formularza, tekstu standardowego.

I.2.1.11 Wszystkie błędy niewypełnienia pól obligatoryjnych oraz niewłaściwego wypełnienia pól powinny być prezentowane w jednym komunikacie z możliwością szybkiego przejścia do miejsc na formularzach w aplikacji, gdzie błędy te wystąpiły.

I.2.1.12 System umożliwia wykonanie nowej operacji wprowadzenia/edycji danych bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenie w trybie nagłym) i powrót do zawieszonyj czynności bez utraty danych, kontekstu itp.

I.2.1.13 System posiada mechanizm wyróżnienia wyświetlanych pól formularzy danych:

I.2.1.13.1 których wypełnienie jest obligatoryjne,



- I.2.1.13.2 przeznaczonych do edycji,
- I.2.1.14 System jest wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia funkcjonują na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych).
- I.2.1.15 Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu powinien mieć odrębny login i hasło. Jakakolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości funkcjonujących podsystemów/modułów) musi być dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu. System uprawnień powinien być tak skonstruowany, aby można było użytkownikowi nadać uprawnienia z dokładnością do rodzaju wykonywanej operacji tj. osobne uprawnienie na odczyt danych i osobne na wprowadzanie/modyfikację danych. System uprawnień powinien umożliwiać definiowanie grup uprawnień, które mogłyby być przydzielane poszczególnym użytkownikom.
- I.2.1.16 W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej).
- I.2.1.17 Musi istnieć możliwość nadawania użytkownikowi pojedynczych uprawnień z listy dostępnych. System musi umożliwiać definiowanie grup użytkowników i przydzielanie użytkowników do tych grup.
- I.2.1.18 Musi istnieć możliwość nadania użytkownikowi uprawnień do pracy wyłącznie w kontekście wybranej/wybranych jednostek organizacyjnych. Np. tylko oddział wewnętrzny lub gabinet POZ i izba przyjęć.
- I.2.1.19 System musi umożliwić zmianę jednostki organizacyjnej, w kontekście której pracuje użytkownik bez konieczności wylogowywania się z systemu.
- I.2.1.20 System powinien umożliwiać nadawanie uprawnień użytkownikom do jednostek organizacyjnych w których pracują, np. lekarz pracujący na izbie przyjęć i oddziale wewnętrznym powinien w swoich aplikacjach widzieć tylko pacjentów izby przyjęć i tego jednego oddziału.
- I.2.1.21 System musi tworzyć i utrzymywać log systemowy, w którym rejestrowane są wykonane przez wszystkich użytkowników systemu najważniejsze czynności (zalogowanie do systemu, wylogowanie z systemu, modyfikacja zawartości pól rekordów z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych).
- I.2.1.22 System powinien automatycznie wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadanym czasie braku aktywności.



- I.2.1.23 Co najmniej w części medycznej systemu użytkownik po zalogowaniu powinien widzieć pulpit zawierający aktywne tylko te funkcje i moduły, które są dostępne dla tego użytkownika.
- I.2.1.24 System musi posiadać mechanizm powiadomień generowanych automatycznie w związku ze śledzeniem stanów określonych obiektów (np. zlecenie, pacjent), zmianą lub brakiem zmiany stanu w czasie.
- I.2.1.25 System musi umożliwiać automatyczne wprowadzenie danych pacjenta co najmniej z dowodu osobistego przy wykorzystaniu czytnika (skanera) dokumentów (funkcjonalność wykorzystywana podczas obsługi przyjęcia pacjenta w izbie przyjęć, rejestracji poradni, rejestracji pracowni, itp.)
- I.2.1.26 System musi umożliwiać przekazywanie określonych wyników sprawozdań i analiz w postaci elektronicznej. System przygotowuje wyniki sprawozdań i analiz w postaci plików co najmniej w formatach CSV lub HTML lub XML.
- I.2.1.27 System musi korzystać z zewnętrznych słowników, które są zaimplementowane w wersji instalacyjnej systemu i aktualizowane (w przypadku zmiany ich zawartości) w ramach dostarczania nowych wersji systemu (m.in. Słownik Kodów Resortowych, Klasyfikacja Zawodów, Słownik Kodów Tytułów Ubezpieczenia ZUS, Klasyfikacja Środków Trwałych) oraz daje możliwość korzystania ze słowników wewnętrznych (np. słownik ośrodków powstawania kosztów) porządkujących powtarzalne dane w ramach systemu.
- I.2.1.28 Musi istnieć możliwość zarządzania słownikami (wprowadzanie/modyfikacja/usuwanie) z poziomu administratora SSI.
- I.2.1.29 System posiada możliwość dynamicznego definiowania widoków słowników z użyciem mechanizmów filtrowania i sortowania danych.
- I.2.1.30 System posiada możliwość definiowania szablonów dokumentów wykorzystywanych w jednostce



Rozdział II. Wymagana, dodatkowa funkcjonalność w przypadku rozbudowy istniejącego SSI o dodatkowe moduły.

II.1 ZAKRES: RUCH CHORYCH

II.1.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Oddział”

II.1.1.1 Obsługa pacjentów z WZW typu „B” i „C”

II.1.1.2 Moduł powinien umożliwiać rejestrację Pacjenta z możliwością nanoszenia minimalnego zakresu danych pacjenta:

II.1.1.2.1 Osobowe

II.1.1.2.2 Adresowe

II.1.1.2.3 przynależność do oddziału NFZ

II.1.1.2.4 deklaracja do POZ

II.1.1.2.5 dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu pacjenta

II.1.1.2.6 zatrudnieniu

II.1.1.2.7 rodzaj i nr dokumentu uprawniającego do leczenia

II.1.1.2.8 specyficzne dane dot. pacjentów z krajów Unii Europejskiej przyjmowanych w ramach przepisów o koordynacji.

II.1.1.3 Moduł powinien umożliwiać monitorowanie pacjentów zakażonych WZW

II.1.1.4 Moduł powinien umożliwiać ewidencjonowanie danych o udziale w programie leczenia WZW

II.1.1.5 Moduł powinien umożliwiać ewidencję danych i zbiorczego podsumowania danych medycznych w postaci karty udziału w programie leczenia WZW

II.1.1.6 Moduł powinien umożliwiać zdefiniowanie źródła i sposobu pobierania wartości monitorowanych wyników w karcie parametrów

II.1.1.7 Moduł powinien mieć możliwość dopisania ręcznego parametrów z wyników dostarczonych przez pacjenta

II.1.1.8 Moduł powinien mieć możliwość dodania załączników

II.1.1.9 Moduł powinien mieć możliwość zdefiniowania wartości alarmowych oraz sposobu powiadamiania lekarza prowadzącego o ich wystąpieniu.



- II.1.1.10 Dokumentacja medyczna na oddziale dziennym
- II.1.1.11 Moduł powinien umożliwiać generowanie Historii Choroby z danych zgromadzonych w systemie.
- II.1.1.12 Moduł powinien umożliwiać generowanie Karty Informacyjnej z danych gromadzonych w systemie.
- II.1.1.13 Moduł powinien umożliwić prowadzenie dokumentacji w formie poradnianej oraz w formie hospitalizacji jednodniowych, przypisanych do głównego pobytu na oddziale, stanowiącego całość monitorowania.
- II.1.1.14 Moduł powinien umożliwiać generowanie wyników badań dla zadanych kryteriów: pacjent, nazwa badania, jednostka organizacyjna, zadany okres czasu.
- II.1.1.15 Moduł powinien umożliwiać generowanie wydruków kart obserwacji pacjenta.
- II.1.1.16 Moduł powinien umożliwiać generowanie wydruków kart zakażenia, kart drobnoustroju.
- II.1.1.17 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych obserwacji pacjenta.
- II.1.1.18 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportów z diagnoz pielęgniarskich:
 - II.1.1.18.1 elastyczne dopasowanie systemu do potrzeb Partnera Projektu w zakresie dokumentowania procesu leczenia na oddziale dziennym
 - II.1.1.18.2 definiowania własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie.
- II.1.1.19 OIT
- II.1.1.20 Rozbudowa systemu o funkcjonalności wspomaganie pracy dla personelu OIT zawierające:
 - II.1.1.20.1 interaktywny formularz dla skali Apache
 - II.1.1.20.2 interaktywny formularz dla skali Glasgow
- II.1.1.21 Rozbudowa formularzy obserwacji i badania przedmiotowego, o możliwość ewidencji parametrów charakterystycznych dla OIT
- II.1.1.22 Moduł posiada możliwość zbierania informacji o parametrach życiowych dla pacjentów OIT za pomocą urządzeń mobilnych
- II.1.1.23 Moduł zbiera i prezentuje dane obserwacji i badania w sposób tabelaryczny i graficzny



- II.1.1.24 Badania Kliniczne
- II.1.1.25 Rejestracja i modyfikacja danych pacjentów objętych badaniem klinicznym
- II.1.1.26 Rejestracja wizyty pacjenta w ramach badania klinicznego
- II.1.1.27 Rejestracja statusu pacjenta w badaniu klinicznym – (wartości zesłownikowane: hospitalizacja z elementami badania klinicznymi, hospitalizacja związana wyłącznie z badaniem klinicznym, porada specjalistyczna związana wyłącznie z badaniami klinicznymi, wizyta związana wyłącznie z badaniem klinicznym, porada specjalistyczna z elementami badania klinicznego)
- II.1.1.28 Możliwość wskazania w procesie leczenia elementów rozliczanych w ramach badania klinicznego przez podmiot finansujący - automatycznie (w oparciu o cennik) lub ręcznie
- II.1.1.29 Możliwość oznaczenia statusu elementu leczenia jako rozliczonego, ale odrzuconego przez podmiot finansujący.
- II.1.1.30 Możliwość rejestracji przyczyny odrzucenia rozliczonego elementu leczenia.
- II.1.1.31 Możliwość odnotowania przyczyny odrzucenia.
- II.1.1.32 Wykonane pacjentowi elementy leczenia (w tym zlecenia):
 - II.1.1.32.1 procedury, w tym zabiegi (z wykorzystaniem słownika procedur ICD-9),
 - II.1.1.32.2 badania diagnostyczne (z wykorzystaniem słownika ICD-9),
 - II.1.1.32.3 leki,
 - II.1.1.32.4 konsultacje,
- II.1.1.33 Integracja z innymi modułami systemu medycznego SSI: pełna automatyczna współpraca z elementem/modułem obsługującym apteczkę/magazynek oddziałowy w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych,
- II.1.1.34 Możliwość prowadzenia rozliczenia umów oraz stopnia ich realizacji – za okresy miesięczne oraz narastająco / umowy całościowo, wyodrębnione elementy, pacjenci.
- II.1.1.35 Możliwość sporządzenia wykazu porad, hospitalizacji, badań diagnostycznych dla pacjentów objętych poszczególnymi badaniami klinicznymi za wybrany okres z uwzględnieniem statusu pacjenta w badaniu klinicznym.
- II.1.1.36 Możliwość definiowania własnych wykazów, np. przy pomocy generatora raportów.
- II.1.1.37 Planowanie leków



- II.1.1.38 Rozbudowa SSI o moduł planowania i prognozowania długoterminowego w zakresie podań leków
- II.1.1.39 Moduł posiada możliwość planowania podania leków wg zdefiniowanych schematów, w okresach dziennych i tygodniowych
- II.1.1.40 Moduł umożliwi wspomaganie w zakresie prognozowania zużycia leków w oparciu o przyjęte schematy podawania wybranych leków
- II.1.1.41 Moduł współpracuje z modułem zleceń w zakresie zapotrzebowania na leki
- II.1.1.42 Moduł współpracuje z modułem Apteka w zakresie przygotowania dawek jednostkowych
- II.1.1.43 Możliwość współpracy modułu w zakresie rozliczeń z NFZ
- II.1.1.44 Możliwość współpracy modułu z modułem ewidencji wydania leku pacjentowi

- II.1.1.45 Kategoryzacja pacjentów
- II.1.1.46 Rozbudowa systemu o nową funkcjonalność polegającą po uzupełnieniu czynności pielęgniarskich na kategoryzację pacjentów zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami uwzględniającą nowelizację

- II.1.1.47 Opieka geriatryczna pacjenta
- II.1.1.48 Rozbudowa systemu o nową funkcjonalność pozwalającą na ocenę geriatryczną pacjenta
- II.1.1.49 Export danych
- II.1.1.50 Rozbudowa systemu o nową funkcjonalność polegającą na umożliwieniu exportu danych w zakresie uzgodnionym z Partnerem Projektu (dane dotyczące zużycia leków oraz odczynników) w celu dalszego przetwarzania przez Partnera Projektu (wysyłka przez Partnera Projektu do Krajowego Centrum ds. AIDS)
- II.1.1.51 Rozbudowa systemu o nową funkcjonalność polegającą na umożliwieniu exportu danych w zakresie uzgodnionym z Partnerem Projektu (dane dotyczące zgłoszenia chorób zakaźnych do stacji) w celu dalszego przetwarzania przez Partnera Projektu (wysyłka przez Partnera Projektu do stacji Sanepid)



II.2 ZAKRES: PRZYCHODNIA

II.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Gabinet”

- II.2.1.1 Gabinet Chirurgiczny
- II.2.1.2 Wyszukiwanie pacjenta na liście przynajmniej według następujących kryteriów: nazwisko i imię, PESEL.
- II.2.1.3 Obsługa listy pacjentów Gabinetu (w ramach zleceń z Rejestracji, Oddziału lub innej jednostki organizacyjnej Szpitala).
- II.2.1.4 Przegląd listy zaplanowanych badań.
- II.2.1.5 Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w gabinecie, wyników badań.
- II.2.1.6 Automatyczny odbiór zlecenia dla pacjenta z oddziału z podziałem na: usługę zabiegu, konsultację.
- II.2.1.7 Możliwość odnotowania przebiegu zabiegu (opis zabiegu lub konsultacji).
- II.2.1.8 W przypadku pobrania materiału do badania możliwość elektronicznego wysłania zlecenia do Laboratorium.
- II.2.1.9 Po wykonaniu badania laboratoryjnego wynik trafia do historii choroby pacjenta oraz jest widoczny w module gabinetu chirurgicznego.
- II.2.1.10 Możliwość ewidencji i wydruku Księgi zabiegowej.
- II.2.1.11 Możliwość odnotowania zużytych materiałów do przeprowadzonych w gabinecie chirurgicznym zabiegów i przypisania zużycia do pacjenta.

II.2.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Medycyna Pracy”

II.2.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Poradnia specjalistyczna”

- II.2.3.1 Rejestracja
- II.2.3.2 Rejestracja Pacjenta, z możliwością nanoszenia minimalnego zakresu danych:
 - II.2.3.2.1 Osobowe
 - II.2.3.2.2 Adresowe
 - II.2.3.2.3 przynależność do oddziału NFZ



- II.2.3.2.4 deklaracja do POZ (w przypadku obecności Poradni POZ)
- II.2.3.2.5 dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu pacjenta
- II.2.3.2.6 zatrudnieniu
- II.2.3.2.7 rodzaj i nr dokumentu uprawniającego do leczenia
- II.2.3.2.8 specyficzne dane dot. pacjentów z krajów Unii Europejskiej przyjmowanych w ramach przepisów o koordynacji.
- II.2.3.3 Planowanie wizyt pacjentów na dowolny okres.
- II.2.3.4 Planowanie grafików dla personelu- lekarzy, gabinetów lub jednostek, na dowolny okres wprzód.
- II.2.3.5 Możliwość konfiguracji modułu tak aby współpracował z modułem/grupą funkcjonalności Przychodnia – Gabinet, w przypadku skomputeryzowanych stanowisk w poradniach.
- II.2.3.6 Możliwość wpisania skierowania z jednostek kierujących (wewnętrznych i zewnętrznych).
- II.2.3.7 Możliwość rejestracji pacjenta do poradni, bądź do lekarza w konkretnej poradni.
- II.2.3.8 System uwzględnia następujące rodzaje statusu wizyty:
 - II.2.3.8.1 Zaplanowana
 - II.2.3.8.2 wizyta aktualna
 - II.2.3.8.3 wizyta odwołana
 - II.2.3.8.4 wizyta niezrealizowana.
- II.2.3.9 Gabinet
- II.2.3.10 Wspólna baza danych z jednostkami szpitala objętymi systemem informatycznym.
- II.2.3.11 Obsługa skorowidza pacjentów Poradni:
 - II.2.3.11.1 wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów (nazwisko, PESEL, identyfikator szpitalny),
 - II.2.3.11.2 modyfikacja danych pacjentów,
 - II.2.3.11.3 przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poprzednich wizyt w Przychodni, oraz pobytów szpitalnych, wraz z wynikami badań.



- II.2.3.12 Możliwość planowania wizyt w oparciu o zdefiniowane w rejestracji terminarze przyjęć.
- II.2.3.13 Możliwość realizacji zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów) po uprzednim wprowadzeniu do systemu poprzez rejestrację - (porady, zabiegi diagnostyczne).
- II.2.3.14 Przegląd listy zaplanowanych wizyt.
- II.2.3.15 Przegląd listy zarejestrowanych pacjentów w danym dniu.
- II.2.3.16 Podgląd terminarza dla danej jednostki obejmujący zarówno archiwum jak i wizyty bieżące i planowane.
- II.2.3.17 Ewidencja elementów wizyty z możliwością kopiowania danych z poprzedniej lub dowolnej wizyty:
 - II.2.3.17.1 ewidencja typu porady (wg NFZ) i procedur rozliczeniowych,
 - II.2.3.17.2 wywiad z możliwością użycia wzorców definiowanych indywidualnie dla każdej jednostki,
 - II.2.3.17.3 opis badania fizykalnego z możliwością użycia wzorców definiowanych jak wyżej,
 - II.2.3.17.4 możliwość wpisywania wyniku badań „zewnętrznych”,
 - II.2.3.17.5 możliwość wystawienia skierowań na badania laboratoryjne i diagnostyczne oraz do poradni, a także zwolnień lekarskich.
 - II.2.3.17.6 opis przebiegu wizyty.
- II.2.3.18 Wpis do kolejki oczekujących– wpis pacjenta na listę oczekujących z możliwością ewidencji podstawowych danych dotyczących oczekiwania:
 - II.2.3.18.1 możliwość zmiany planowanej daty przyjęcia pacjenta,
 - II.2.3.18.2 możliwość skreślenia pacjenta z listy oczekujących wraz z podaniem daty i powodu skreślenia oraz osoby dokonującej,
 - II.2.3.18.3 generacja raportu stan kolejki w wybranym dniu, poradni/pracowni,
- II.2.3.19 Rejestracja przepisanych leków i wydruk recept.
- II.2.3.20 Dostęp do wszystkich wyników badań laboratoryjnych i obrazowych oraz pełnej dokumentacji medycznej zawartej w systemie.
- II.2.3.21 Rejestracja danych dla potrzeb rozliczeń z płatnikami.



- II.2.3.22 Możliwość wygenerowania raportów:
 - II.2.3.22.1 lista wykonanych procedur według lekarzy\gabinetów
 - II.2.3.22.2 lista wizyt w okresie według lekarzy\gabinetów.

II.3 ZAKRES: DOKUMENTACJA MEDYCZNA

II.3.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Dokumentacja medyczna”

- II.3.1.1 Możliwość projektowania własnych formularzy dokumentacji medycznej,
- II.3.1.2 Definiowania własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie.
- II.3.1.3 Wyświetlanie, wprowadzanie i drukowanie informacji w ustalonej przez użytkownika postaci (definiowalne formularze oraz edytor wydruków dla badań, konsultacji, itp.).
- II.3.1.4 Wykorzystanie formularzy zaprojektowanych przez użytkownika.
- II.3.1.5 Przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach:
 - II.3.1.5.1 wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
 - II.3.1.5.2 opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
 - II.3.1.5.3 informacje ze skierowania,
 - II.3.1.5.4 skierowania, zlecenia,
 - II.3.1.5.5 planowanie i rezerwacja zleceń z wizyty,
 - II.3.1.5.6 możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
 - II.3.1.5.7 usługi, świadczenia w ramach wizyty,
 - II.3.1.5.8 rozpoznanie (główne, dodatkowe),
 - II.3.1.5.9 zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie),
 - II.3.1.5.10 leki przepisane wg słownika leków, recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept),
 - II.3.1.5.11 wystawione skierowania,
 - II.3.1.5.12 leki podane podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),



- II.3.1.5.13 możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
- II.3.1.5.14 wykonane podczas wizyty drobne procedury, nie mające wpływu na rozliczenie pacjenta
- II.3.1.5.15 inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).
- II.3.1.6 Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt
- II.3.1.7 Możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty
- II.3.1.8 Możliwość wprowadzania opisów wyników badań na definiowalnych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania

II.4 ZAKRES: MODUŁY DODATKOWE

II.4.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Badania histopatologiczne”

- II.4.1.1 Możliwość zdefiniowania dowolnych pracowni w tym:
 - II.4.1.1.1 histopatologii,
 - II.4.1.1.2 cytologii ginekologicznej,
 - II.4.1.1.3 immunohistochemicznej,
 - II.4.1.1.4 cytologii
 - II.4.1.1.5 innych pracowni, w tym zewnętrznych (np. badań cytogenetycznych)
- II.4.1.2 Możliwość wprowadzenia i pielęgnacji słowników:
 - II.4.1.2.1 kontrahenci,
 - II.4.1.2.2 lekarze zewnętrzni,
 - II.4.1.2.3 standardowe komentarze do materiału, od jednostek zlecających
- II.4.1.3 Możliwość:
 - II.4.1.3.1 zatwierdzania wyników własnych,
 - II.4.1.3.2 przeprowadzania badania,
 - II.4.1.3.3 asystowania przy badaniu,
 - II.4.1.3.4 wpisywania wyników do systemu,
 - II.4.1.3.5 drukowania wyników.



- II.4.1.4 Możliwość prowadzenia wielu ksiąg w pracowni.
- II.4.1.5 Możliwość zdefiniowania i pielęgnacji katalogów:
 - II.4.1.5.1 morfologii (w tym kodów SNOMED i ICD-O-3),
 - II.4.1.5.2 topografii (miejsc pobrania, pochodzenia materiału) –
 powiązany z ICD-O-3,
 - II.4.1.5.3 typ badania,
 - II.4.1.5.4 czasów realizacji (śródooperacyjne, CITO...),
 - II.4.1.5.5 rodzajów materiałów (płyn, wymaz, ...),
 - II.4.1.5.6 barwień,
 - II.4.1.5.7 wyników badań,
- II.4.1.6 Automatyczne określanie badania na podstawie przesłanych
 materiałów i skonfigurowanych katalogów.
- II.4.1.7 Możliwość łączenia różnych badań i materiałów na jednym
 skierowaniu (z konfigurowalnymi ograniczeniami).
- II.4.1.8 Możliwość zlecenia dodatkowych badań poza standardowym
 (np. markerów immunohistochemicznych).
- II.4.1.9 Możliwość rejestracji automatycznej zlecenia
 wygenerowanego w module zleceń oddziaływych i ręcznej.
- II.4.1.10 Możliwość rejestracji manualnej. Użytkownik nanosi
 wszystkie dane pacjenta (dotyczy sytuacji, kiedy pacjent pochodzi spoza
 jednostki).
- II.4.1.11 Możliwość potwierdzenia odbioru materiału do badania
 morfologicznego w Zakładzie Patologii wraz z listą osób uprawnionych
 do takiego potwierdzenia.
- II.4.1.12 Możliwość przeglądania materiałów w wykrawalni według np.
 pacjenta, topografii, rodzaju materiału.
- II.4.1.13 Możliwość ewidencji do badania wykorzystanych materiałów
 :
 - II.4.1.13.1 wycinków (ilość, typ, data, diagnosta),
 - II.4.1.13.2 bloczków (ilość, typ, data, diagnosta),
 - II.4.1.13.3 szkiełek (ilość, typ, data, diagnosta).
- II.4.1.14 Możliwość ewidencji i obsługi konsultacji
- II.4.1.15 Minimalny zakres danych zlecenia:
 - II.4.1.15.1 dane pacjenta,



- II.4.1.15.2 data zlecenia,
- II.4.1.15.3 jednostka zlecająca badanie,
- II.4.1.15.4 lekarz zlecający,
- II.4.1.15.5 nazwa badania,
- II.4.1.15.6 rodzaj materiału,
- II.4.1.15.7 topografia pobrania,
- II.4.1.15.8 data pobrania,
- II.4.1.15.9 rozpoznanie kliniczne,
- II.4.1.15.10 pole tekstowe z możliwością wpisania danych klinicznych istotnych do rozpoznania
- II.4.1.15.11 pilność.
- II.4.1.16 Nanoszenie wyników badań:
 - II.4.1.16.1 rozpoznanie wraz z kodem SNOMED lub ICD-O-3 wybieranym z katalogu (jeśli jest dostępny),
 - II.4.1.16.2 typ wyniku (wstępny, końcowy, uzupełnienie do wyniku badania np. wyniki badania receptorów lub badania cytogenetycznego)
 - II.4.1.16.3 możliwość załączenia zdjęć próbek i mikroskopowych,
 - II.4.1.16.4 komentarz do rozpoznania
 - II.4.1.16.5 metoda barwienia,
 - II.4.1.16.6 zastosowane badania dodatkowe np. ultra-strukturalne, cytofluorymetryczne, cytogenetyczne
 - II.4.1.16.7 opisowy wynik badania (makro i mikro) bez ograniczenia ilości stron,
 - II.4.1.16.8 zespół wykonujący badanie: pobierający, diagnozujący, laborant, asystent, sekretarka, lekarz zatwierdzający
 - II.4.1.16.9 dodatkowe pracownice
- II.4.1.17 Obsługa zatwierdzenia wyników przez lekarza:
 - II.4.1.17.1 przegląd wyniku,
 - II.4.1.17.2 wydruk próbny,
 - II.4.1.17.3 konieczność autoryzacji imiennej kodem i hasłem użytkownika.
- II.4.1.18 Przegląd wyników badań według różnych kryteriów:



- II.4.1.18.1 dane pacjenta,
- II.4.1.18.2 okres,
- II.4.1.18.3 badanie,
- II.4.1.18.4 rozpoznanie,
- II.4.1.19 Możliwość wprowadzania informacji o odbytych zebraniach kliniczno – patologicznych (data zebrania, prowadzący, oddział, omawiane przypadki).
- II.4.1.20 Wydruki i zestawienia:
 - II.4.1.20.1 zlecenia,
 - II.4.1.20.2 księgi badań,
 - II.4.1.20.3 listy skierowań dla poszczególnych jednostek kierujących, w wybranym okresie czasu,
 - II.4.1.20.4 listy wyników dla poszczególnych jednostek kierujących, w wybranym okresie czasu,
 - II.4.1.20.5 wprowadzanych danych do systemu przez pracowników (skierowań, wyników).
- II.4.1.21 Podsumowanie pracy diagnostów: liczba ocenionych skierowań i preparatów, zestawienie opóźnień: podsumowanie i szczegółowe.
- II.4.1.22 Zestawienie wykonanych markerów immunohistochemicznych.
- II.4.1.23 Możliwość bieżącej analizy wykonanych badań według:
 - II.4.1.23.1 diagnosty,
 - II.4.1.23.2 zakresu dat skierowania,
 - II.4.1.23.3 rodzaju badania,
 - II.4.1.23.4 rodzaju materiału,
 - II.4.1.23.5 topologii materiału (miejsca pobrania),
 - II.4.1.23.6 wyniku.
- II.4.1.24 Ewidencja zdarzeń związanych z obsługą skierowania w pracowni:
 - II.4.1.24.1 zlecenie wykonania preparatów,
 - II.4.1.24.2 ewidencja wykonania i przekazania preparatu,
 - II.4.1.24.3 śledzenie przekazywania preparatów w obrębie jednostki i poza nią (wypożyczenia),



II.4.1.25 Raporty pozwalające podsumować i analizować obsługę preparatów:

II.4.1.25.1 zakresu dat skierowania,

II.4.1.25.2 rodzaju badania.

II.4.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zarządzanie dietami”

II.4.2.1 Możliwość wyboru diety

II.4.2.2 Przeliczenie kaloryczności posiłków

II.4.2.3 Opracowywanie jadłospisu/ gramówki posiłków

II.4.2.4 Przeliczenie kaloryczności posiłków

II.4.2.5 Przyjmowanie zleceń z oddziałów

II.4.2.6 Zapis informacji o rodzaju diet i jej kaloryczności na historii choroby pacjenta

II.4.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Żywnienie pozajelitowe”

II.4.3.1 Funkcjonalność list związanych z receptą lekarską (zleceniem).

II.4.3.1.1 Dodatkowe filtry pozwalają zawęzić listę wyników do konkretnego oddziału, lekarza kierującego lub pacjenta.

II.4.3.1.2 Możliwość przeglądu zleceń archiwalnych

II.4.3.1.3 Możliwość przeglądu zleceń do wykonania (lista robocza)

II.4.3.1.4 Możliwość przeglądu wykonanych mieszanin

II.4.3.1.5 Możliwość przeglądu zaplanowanych mieszanin (dwa sposoby prezentacji: lista robocza i kalendarz)

II.4.3.2 Funkcjonalność związana z tworzeniem recepty lekarskiej.

II.4.3.2.1 Możliwość tworzenia przez lekarza nowego zlecenia pediatrycznego oraz dla osoby dorosłej.

II.4.3.2.2 Możliwość tworzenia zlecenia "przez kopiowanie", dla szybkiej korekty parametrów żywienia

II.4.3.2.3 Możliwość tworzenia szablonów recept z często wykorzystywanych konfiguracji mieszanin.



- II.4.3.2.4 Możliwość wykorzystania gotowych mieszanin żywniowych (RTU)
- II.4.3.2.5 Automatyczna walidacja recepty względem limitów dostarczonych przez producenta worka RTU
- II.4.3.2.6 Możliwość stworzenia recepty "od zera" z wykorzystaniem wcześniej skonfigurowanych preparatów
- II.4.3.2.7 Automatyczne wyliczenie składu mieszaniny
- II.4.3.2.8 Automatyczna walidacja recepty względem zadanych (konfigurowalnych) limitów
- II.4.3.2.9 Możliwość wprowadzenia uzupełnienia recepty o dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta
- II.4.3.2.10 Możliwość planowania podań w zakresie od jednego dnia do kilku tygodni
- II.4.3.2.11 Dwuetapowy proces zatwierdzenia, rozdział odpowiedzialności między farmaceutę i lekarza kierującego
- II.4.3.2.12 Śledzenie zmian wprowadzonych do recepty przez lekarza i farmaceutę.
- II.4.3.2.13 Możliwość modyfikacji składu recepty przez farmaceutę
- II.4.3.2.14 Możliwość wydruku od jednej do czterech etykiet z możliwością rozdziału preparatów między etykiety.
- II.4.3.3 Funkcjonalność związana z rozliczeniem oddziałów z przekazanych mieszanin
 - II.4.3.3.1 Możliwość rozliczenia mieszanin pochodzących z pojedynczej recepty "per pacjent"
 - II.4.3.3.2 Możliwość rozliczenia zbiorczego "per oddział"
- II.4.3.4 Funkcjonalność związana z konfiguracją dostępnych preparatów
 - II.4.3.4.1 Możliwość prowadzenia bazy dostępnych worków RTU, wraz z ich składem i limitami
 - II.4.3.4.2 Możliwość prowadzenia bazy dostępnych preparatów, wraz z ich składem
 - II.4.3.4.3 Możliwość prowadzenia bazy dostępnych materiałów pomocniczych (skrzykawki, puste worki, dreny)
 - II.4.3.4.4 Możliwość oznaczenia preparatów immunomodulujących



- II.4.3.4.5 Możliwość określenia preparatu z rozpuszczalnikiem
- II.4.3.5 Funkcjonalność związana z integracją z systemami zewnętrznymi
 - II.4.3.5.1 możliwość używania wspólnego katalogu pacjentów
 - II.4.3.5.2 możliwość używania wspólnego katalogu personelu
 - II.4.3.5.3 możliwość używania wspólnego katalogu jednostek organizacyjnych
 - II.4.3.5.4 możliwość używania wspólnego katalogu produktów handlowych
 - II.4.3.5.5 automatyczna aktualizacja stanu apteczki pracowni lub apteki w przypadku zatwierdzania gotowych preparatów
 - II.4.3.5.6 udostępnianie danych na potrzeby rozliczeń z NFZ
 - II.4.3.5.7 integracja z systemem SSI w zakresie w/w funkcjonalności
 - II.4.3.5.8 integracja z systemem Eskulap – Apteka w zakresie w/w funkcjonalności

II.4.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „zlecenia do PDM”

- II.4.4.1 Rozbudowa modułu zleceń, o obsługę zleceń do Pracowni Diagnostyczno-Molekularnej o dział Mykobakteriologii

II.4.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Wsparcie zarządzania systemem jakości”

- II.4.5.1 W ramach modułu/grupy funkcjonalności dotyczącej wsparcia zarządzania systemem jakości należy dostarczyć i wdrożyć portal intranetowy, który powinien udostępniać następujące funkcjonalności:
 - II.4.5.2 Kalendarz
 - II.4.5.2.1 Widok kalendarza w układzie miesięcznym, tygodniowym, pięciodniowym, dziennym oraz wykresu Gantta.
 - II.4.5.2.2 Możliwość dodawania aktywności do kalendarza ze wskazaniem ich opisu, czasu trwania, lokalizacji.
 - II.4.5.2.3 Możliwość komentowania aktywności przez osoby posiadające uprawnienia do danej aktywności.



- II.4.5.2.4 Możliwość definiowania powtórzeń dla aktywności -
 dienne, tygodniowe, miesięczne i roczne
- II.4.5.2.5 Możliwość oznaczania aktywności jako prywatne
- II.4.5.2.6 Możliwość załączania załączników do aktywności
- II.4.5.2.7 Możliwość zapraszania do aktywności innych
 użytkowników lub działań
- II.4.5.2.8 Możliwość akceptacji i odrzucania zaproszeń do
 aktywności oraz podgląd tych statusów przez zapraszającego
- II.4.5.2.9 Podgląd na widoku kalendarza grafika pracy z
 podsystemu kadrowego systemu informatycznego jednostki z
 rozdzieleniem grafików planowanych i realizowanych.
- II.4.5.2.10 Możliwość definiowania kalendarzy dla działów firmy
 dostępnych automatycznie jedynie dla pracowników danego
 działu
- II.4.5.2.11 Współdzielenie kalendarzy
- II.4.5.2.12 Obsługa dostępu do kalendarza w trybie
 sekretarza/sekretarki z wyłączeniem aktywności oznaczonych jako
 prywatne.
- II.4.5.2.13 Synchronizacja z urządzeniami mobilnymi z
 zainstalowanym systemem Google Android,
- II.4.5.2.14 Możliwość podglądu kalendarza innych
 użytkowników przez uprawnione osoby
- II.4.5.2.15 Możliwość personalizacji kalendarza przez każdego
 pracownika
- II.4.5.3 Klient poczty
 - II.4.5.3.1 Zgodność z serwerami pocztowymi obsługującymi
 IMAP i POP3
 - II.4.5.3.2 Możliwość ograniczenia do obsługi poczty
 wewnętrznej organizacji
 - II.4.5.3.3 Adresowanie poczty z wykorzystaniem bazy
 kontaktów (prywatnej i ogólnofirmowej)
 - II.4.5.3.4 Przeszukiwanie poczty wg. adresów, tematów i
 zawartości wiadomości.
- II.4.5.4 Kontakty
 - II.4.5.4.1 Obsługa kontaktów indywidualnych



- II.4.5.4.2 Obsługa kontaktów grupowych (np. ordynatorzy, lekarze)
- II.4.5.4.3 Obsługa kontaktów wspólnych dla całej organizacji.
- II.4.5.4.4 Możliwość grupowania kontaktów w nieograniczonej strukturze drzewiastej
- II.4.5.4.5 Synchronizacja z urządzeniami mobilnymi z zainstalowanym systemem Google Android,
- II.4.5.4.6 Brak ograniczeń na ilość kontaktów i ilość adresów w ramach kontaktu
- II.4.5.5 Zadania
 - II.4.5.5.1 Obsługa priorytetów
 - II.4.5.5.2 Możliwość definiowania daty ukończenia, ilości godzin planowanych oraz faktycznej ilości godzin zrealizowanych
 - II.4.5.5.3 Możliwość zlecania zadań innym osobom lub działom
 - II.4.5.5.4 Możliwość akceptacji bądź odrzucania wykonania zadania (wielokrotnie) przez zlecającego
- II.4.5.6 Wiadomości błyskawiczne
 - II.4.5.6.1 Możliwość przekazania wiadomości błyskawicznej do innego użytkownika lub działu.
- II.4.5.7 Chat
 - II.4.5.7.1 Możliwość podglądu historii prywatnych rozmów
 - II.4.5.7.2 Rozmowy prywatne, ogólne oraz grupowe
- II.4.5.8 Samoobsługa w sprawach pracowniczych:
- II.4.5.9 Urlopy
 - II.4.5.9.1 Integracja z systemem kadrowym w zakresie wyświetlania ilości dostępnego urlopu.
 - II.4.5.9.2 Składanie wniosku urlopowego z rozróżnieniem na typ (wypoczynkowy, opieka nad dzieckiem, na żądanie, zdrowotny)
 - II.4.5.9.3 Dwupoziomowy system akceptacji wniosków - przez przełożonego oraz pracownika kadr.
 - II.4.5.9.4 Automatyczne przekazywanie zaakceptowanego wniosku do systemu Kadrowego.
 - II.4.5.9.5 Prezentacja zaakceptowanego urlopu jako aktywności na kalendarzu



- II.4.5.10 Obsługa wyjazdów z pracy (służbowych i prywatnych)
 - II.4.5.10.1 Możliwość zgłaszania wniosków o wyjazd
 - II.4.5.10.2 Możliwość akceptacji lub odrzucania wniosków przez przełożonego
 - II.4.5.10.3 Prezentacja zaakceptowanego wyjazdu jako aktywności na kalendarzu
- II.4.5.11 Baza wiedzy
 - II.4.5.11.1 Publikowanie i przeglądanie bazy wiedzy.
 - II.4.5.11.2 Możliwość organizowania bazy wiedzy w strukturze drzewiastej
 - II.4.5.11.3 Możliwość dodawania obrazów i załączników
 - II.4.5.11.4 Możliwość przeniesienia artykułu do Archiwum Bazy wiedzy
 - II.4.5.11.5 Możliwość przeniesienia katalogu do Archiwum Bazy wiedzy
- II.4.5.12 Zgłoszenia usterek i uwag do dowolnego działu (np. technicznego, IT).
 - II.4.5.12.1 Możliwość wskazania środka trwałego z ewidencji systemu środków trwałych, którego dotyczy zgłoszenie
 - II.4.5.12.2 Możliwość zdefiniowania przez użytkowników pracujących przy zgłoszeniu elementów: planowana data realizacji, pracochłonność, planowane i tymczasowe rozwiązanie.
 - II.4.5.12.3 Obsługa statusów realizacji zgłoszenia i komentarza.
 - II.4.5.12.4 Możliwość wydruku zgłoszenia
 - II.4.5.12.5 Możliwość przypisania zgłoszenia do serwisanta
 - II.4.5.12.6 Możliwość ustalenia ostatecznego terminu wykonania zgłoszenia
 - II.4.5.12.7 Wyróżnienie kolorem przeterminowanych zgłoszeń (zgłoszeń, którym minął ostateczny termin wykonania zgłoszenia)
 - II.4.5.12.8 Możliwość ustalenia priorytetu dla zgłoszenia przez osobę obsługującą zgłoszenie
- II.4.5.13 Tablica ogłoszeń
 - II.4.5.13.1 Możliwość tworzenia ogłoszeń ogólnych, jak i dla poszczególnych działów



- II.4.5.13.2 Możliwość tworzenia ogłoszeń koniecznych do potwierdzenia zapoznania się z treścią przez pracownika
- II.4.5.13.3 Dostępne zestawienia z listą użytkowników, którzy otworzyli ogłoszenie oraz takich, którzy potwierdzili zapoznanie się z treścią
- II.4.5.14 Zarządzanie zasobami
 - II.4.5.14.1 Możliwość definiowania bazy zasobów z uwzględnieniem możliwości tworzenia grup/typów.
 - II.4.5.14.2 Określony zasób może należeć do wielu grup
 - II.4.5.14.3 Możliwość definiowania zasobów, których rezerwacja nie ma konieczności akceptacji przez zarządzającego zasobami oraz takich z koniecznością akceptacji
 - II.4.5.14.4 Możliwość rezerwacji zasobów przez pracowników poprzez składanie wniosków
 - II.4.5.14.5 Możliwość akceptacji bądź odrzucenia wniosku przez zarządzającego zasobem
 - II.4.5.14.6 Podgląd kalendarza zajętości zasobu
 - II.4.5.14.7 Dostęp do grafiku czasu pracy (planowanego i realizowanego)
 - II.4.5.14.8 Grafik czasu pracy (planowany i realizowany) w rozbiciu na umowę o pracę i kontrakt
 - II.4.5.14.9 Możliwość wystawienia załącznika do faktury lub rachunku na podstawie zrealizowanego grafika czasu pracy zarejestrowanego w systemie ewidencji czasu pracy.
- II.4.5.15 Bezpieczne repozytorium dokumentów (dalej nazywane Repozytorium)
- II.4.5.16 Dostęp do repozytorium dokumentów:
 - II.4.5.16.1 przez przeglądarkę internetową bez konieczności instalacji dodatkowych komponentów.
 - II.4.5.16.2 bezpośrednio z pakietów biurowych MS Office ,Open Office i Libre Office po zainstalowaniu odpowiedniej wtyczki w powyższym oprogramowaniu
 - II.4.5.16.3 poprzez mapowany zasób sieciowy (protokół WebDav)
- II.4.5.17 Wersjonowanie dokumentów w repozytorium



- II.4.5.17.1 Repozytorium musi zapewniać automatyczne wersjonowanie dokumentów.
- II.4.5.17.2 Repozytorium musi zapewnić narzędzia audytowe zapewniające informację kto, kiedy i z jakiego adresu IP: utworzył dokument, modyfikował dokument, skasował dokument, przeniósł dokument, modyfikował meta dane związane z dokumentem.
- II.4.5.17.3 Repozytorium musi umożliwiać nadawanie uprawnień dla dokumentów z dokładnością do ich fragmentów w przypadku dokumentów edytora tekstu MS Office w zakresie co najmniej formatów DOCX, XLSX,.
- II.4.5.17.4 System ochrony dokumentów musi umożliwiać szyfrowanie dokumentów w formatach DOCX i XSLX wyciąganych poza repozytorium, tak aby były one bezużyteczne dla osób nie posiadających odpowiednich uprawnień oraz dedykowanych narzędzi.
- II.4.5.18 System musi pozwalać na precyzyjne określanie uprawnień użytkowników do zabezpieczonych dokumentów i/lub ich fragmentów. Minimalnie system powinien pozwalać na określenie uprawnienia do:
- II.4.5.18.1 przeglądania dokumentu,
 - II.4.5.18.2 edytowania dokumentu,
 - II.4.5.18.3 zmiany uprawnień do dokumentu
- II.4.5.18.4 System ochrony dokumentów musi być zintegrowany z repozytorium dokumentów, m.in. w momencie dodawania dokumentu o danej grupie zabezpieczeń, system powinien automatycznie szyfrować ten dokument oraz wszystkie wygenerowane konwersje. Od tego momentu dokument musi pozostawać jedynie w wersji zaszyfrowanej.
- II.4.5.18.5 System musi dostarczyć narzędzie integrujące się z MS Office umożliwiające pracę z zaszyfrowanymi dokumentami bezpośrednio z poziomu tych aplikacji.
- II.4.5.18.6 System musi umożliwiać pracę off-line z zabezpieczonymi dokumentami.
- II.4.5.18.7 System musi zapewnić okienko informacyjne w razie odmowy dostępu z informacją o przyczynie.
- II.4.5.18.8 System musi zbierać do centralnego serwera informacje audytowe o wszelkich próbach dostępu (także nieudanych próbach) wykonywanych na dokumencie.



II.5 ZAKRES: MODUŁY WSPÓLNE

II.5.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Obsługa urządzeń mobilnych”

- II.5.1.1 Dokumentacja pielęgniarstwa na urządzeniach mobilnych typu tablet
- II.5.1.2 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać identyfikację pacjenta za pomocą odczytu kodu paskowego z opaski naręcznej i odniesienie rozpoznanego kodu do danych pacjenta.
- II.5.1.3 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać integrację oprogramowania identyfikacji pacjentów pracującym na tabletach.
- II.5.1.4 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać przesyłanie danych wprowadzonych w module mobilnym podczas obchodów, takie jak zlecenia badań laboratoryjnych, karty gorączkowej, dokumenty związane z Kartą indywidualnej opieki pielęgniarstwa, do funkcjonującego w szpitalu systemu.
- II.5.1.5 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać synchronizację i wymianę danych w ramach funkcjonujących w szpitalu punktów dostępowych WiFi.
- II.5.1.6 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać dostęp do funkcji podglądu następujących typów danych:
 - II.5.1.6.1 wykonane badania laboratoryjne,
 - II.5.1.6.2 zabiegi
 - II.5.1.6.3 leki zlecone i podane

II.5.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Identyfikacja pacjenta”

- II.5.2.1 Moduł musi umożliwiać drukowanie opasek za pomocą drukarek, które są przedmiotem zamówienia.
- II.5.2.2 Moduł musi umożliwiać wydruk danych na opasce pacjenta zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku, które nakłada na placówki medyczne obowiązek zaopatrzenia pacjentów „w znak identyfikacyjny, który będzie zawierał informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia



pacjenta, uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

II.5.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „E-rejestracja”

- II.5.3.1 Rejestracja nowego pacjenta – użytkownika systemu
- II.5.3.2 Rejestracja danych kontaktowych i adresowych pacjentów
- II.5.3.3 Kontrola poprawność formatu danych kontaktowych: adres e-mail, nr telefonu (w celu zapewnienia możliwości automatycznego wysyłania wiadomości)
- II.5.3.4 Podpowiadanie nazw miejscowości i ulic w danych adresowych pacjentów na podstawie słowników
- II.5.3.5 Potwierdzenie rejestracji pacjenta poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez SMS
- II.5.3.6 Potwierdzenie rejestracji pacjenta poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez e-Mail
- II.5.3.7 Aktualizacja danych pacjenta/użytkownika
- II.5.3.8 Opcjonalne wymuszanie zmiany hasła co 30 dni
- II.5.3.9 Przegląd struktury organizacyjnej Jednostki Ochrony Zdrowia w układzie hierarchicznym
- II.5.3.10 Przegląd rejestru personelu realizującego usługi medyczne; prezentacja dostępności personelu (harmonogramy pracy personelu w strukturze organizacyjnej szpitala) w czasie rzeczywistym
- II.5.3.11 Prezentacja w czasie rezerwacji wizyty innych rezerwacji pacjenta (kontrola poprawności terminu rezerwacji względem innych rezerwacji pacjenta)
- II.5.3.12 Możliwość skonfigurowania funkcji potwierdzania rezerwacji wizyty poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez SMS
- II.5.3.13 Przegląd w portalu pacjenta rejestru wizyt realizowanych na rzecz pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana) – moje wizyty
- II.5.3.14 Prezentacja informacji o niepotwierdzonych przez SMS rezerwacjach pacjenta w oknie głównym portalu pacjenta (przy uruchomionym potwierdzaniu wizyty przez kod przesłany za pomocą SMS).
- II.5.3.15 Wysyłanie przez SMS przypomnień o zbliżających się terminach wizyt



- II.5.3.16 Automatyczne wysyłanie wiadomości SMS o zmianie terminu realizacji usługi (wizyty)
- II.5.3.1 Automatyczne wysyłanie wiadomości e-mail o zmianie terminu realizacji usługi (wizyty)

II.6 ZAKRES: SYSTEM INFORMACJI ZARZĄDCZEJ

II.6.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „System informacji zarządczej”

- II.6.1.1 Moduł powinien umożliwiać definiowanie szablonów raportów.
- II.6.1.2 Moduł powinien umożliwiać wielokrotne tworzenie raportów na podstawie raz stworzonego szablonu.
- II.6.1.3 Moduł powinien umożliwiać swobodną definicję kryteriów generowania raportu.
- II.6.1.4 Moduł powinien umożliwiać stworzenie dowolnej liczby kryteriów.
- II.6.1.5 Moduł powinien umożliwiać stworzenie kryteriów na podstawie dowolnych pól zdefiniowanych w bazie danych.
- II.6.1.6 Moduł powinien umożliwiać dowolną kombinację kryteriów za pomocą operatorów „lub” oraz „i”.
- II.6.1.7 Moduł powinien umożliwiać publikowanie szablonów raportów.
- II.6.1.8 Moduł powinien umożliwiać zamieszczenie na wygenerowanym raporcie dowolnych atrybutów spełniających zadane kryteria.
- II.6.1.9 Moduł powinien umożliwiać elastyczne definiowanie wyglądu raportu.
- II.6.1.10 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportów zawierających podsumowania częściowe i całkowite.
- II.6.1.11 Moduł powinien umożliwiać umieszczanie dowolnych elementów (tekstów statycznych, wartości pól bazy danych lub wartości obliczonych na podstawie pól bazy danych) w dowolnych miejscach w generowanym raporcie.
- II.6.1.12 Moduł powinien umożliwiać definiowanie nagłówka oraz stopki raportu.



- II.6.1.13 Moduł powinien umożliwiać definiowanie nagłówka oraz stopki raportu.
- II.6.1.14 Moduł powinien umożliwiać sortowanie danych na raporcie wg dowolnej kombinacji prezentowanych wartości.
- II.6.1.15 Moduł powinien umożliwiać grupowanie danych na raporcie wg dowolnej kombinacji prezentowanych wartości.
- II.6.1.16 Moduł powinien umożliwiać grupowanie danych wg interwałów (np. miesiący lub tygodni).
- II.6.1.17 Moduł powinien umożliwiać przechowywanie listy wygenerowanych raportów wraz z kopiami tych raportów.
- II.6.1.18 Moduł powinien umożliwiać zdefiniowanie różnych źródeł danych dla generowanych raportów.
- II.6.1.19 Moduł powinien umożliwiać wybór źródła danych w czasie tworzenia szablonu raportu.
- II.6.1.20 Moduł powinien umożliwiać eksport raportu do następujących formatów: xls, xlsx, rtf, pdf, html, xml.
- II.6.1.21 Moduł powinien umożliwiać stworzenie parametryzowanych raportów, czyli takich, dla których część kryteriów jest predefiniowana, a część podawana przez użytkownika w momencie generowania raportu.
- II.6.1.22 Moduł powinien umożliwiać tworzenie wykresów (słupkowych, kołowych, liniowych) na podstawie danych wybranych w taki sam sposób jak dane dla raportów.
- II.6.1.23 Moduł powinien umożliwiać wydruk raportów.
- II.6.1.24 Moduł powinien umożliwiać graficzne definiowanie powiązań pomiędzy tabelami bazy danych.
- II.6.1.25 Moduł powinien umożliwiać tworzenie raportów zawierających na jednym szablonie dane z różnych baz danych.
- II.6.1.26 Moduł powinien umożliwiać definiowanie kryteriów za pomocą techniki przeciągnij i upuść.
- II.6.1.27 Moduł powinien umożliwiać definiowanie wyglądu raportu za pomocą edytora WYSIWYG.
- II.6.1.28 Moduł powinien umożliwiać dostęp z poziomu przeglądarki internetowej co najmniej na poziomie generowania raportów.
- II.6.1.29 Moduł powinien być oparty o technologię Microsoft .NET.
- II.6.1.30 Moduł powinien umożliwiać dostęp tylko dla autoryzowanych i uwierzytelnionych użytkowników.



- II.6.1.31 Moduł powinien umożliwiać przydzielanie uprawnień do generowania raportów wg poszczególnych szablonów.
- II.6.1.32 Moduł powinien umożliwiać użycie w raportach parametrów predefiniowanych - przez administratora systemu - pozwalających dostosować dostęp użytkownika do parametrów zgodnie z jego uprawnieniami
- II.6.1.33 Moduł powinien umożliwiać zdefiniowanie na poziomie szablonu parametrów niewymagalnych (podlegających włączaniu/wyłączaniu z kryteriów)
- II.6.1.34 Moduł powinien umożliwiać obsługę historii raportów wg uprawnień zalogowanego użytkownika (widok wszystkich raportów do których użytkownik ma uprawnienia) lub podgląd jedynie tych przez niego wykonanych. Administrator zawsze widzi pełną historię.
- II.6.1.35 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: lista pacjentów na oddziałach z ICD10 i ICD9 zbiorczy- Raport zawiera średnią liczbę dni pobytu na oddziale dla wybranej procedury. Raport uwzględnia wszystkie pobyty pacjenta.
- II.6.1.36 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg typu porad- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradni z podziałem na typy porad (kompleksowa, specjalistyczna itp.). W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- II.6.1.37 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg typu porad- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradni z podziałem na typy porad (kompleksowa, specjalistyczna itp.). W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- II.6.1.38 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg wieku- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradniach z podziałem na wiek pacjenta. W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- II.6.1.39 Moduł powinien umożliwiać generowanie: Raport z izby przyjęć- Statystyka Izby Przyjęć.
- II.6.1.40 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Szczegóły JGP- Raport przedstawia podstawowe informacje na temat wybranej grupy JGP.



- II.6.1.41 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów szczegółowo-Lista pacjentów, którzy w wybranym okresie mają odnotowaną w systemie wizytę oraz mają wpisane dane rozliczeniowe NFZ.
- II.6.1.42 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Lista pacjentów na oddziałach z ICD10 i ICD9- Raport zawiera szczegółowe dane pacjentów przebywających na oddziałach wraz z rozpoznaniem i listą wykonanych procedur. Jednym z parametrów jest kod procedury. Raport uwzględnia wszystkie pobyty pacjenta.
- II.6.1.43 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Lista pacjentów z danymi rozliczeniowymi- Raport zawiera dane pacjentów wypisanych ze szpitala wraz z danymi rozliczeniowymi.
- II.6.1.44 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg lekarza- Raport zawiera liczbę pacjentów przyjętych przez poszczególnych lekarzy w poradniach. W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- II.6.1.45 Moduł powinien umożliwiać dowolną ilość raportów skonfigurowanych wg wytycznych Partnera Projektu.
- II.6.1.46 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg płci- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradniach z podziałem na mężczyzn i kobiety. W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- II.6.1.47 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg rodzaj wizyty- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradniach z podziałem na pacjentów pierwszorazowych i kontynuujących leczenie.
- II.6.1.48 W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- II.6.1.49 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg jednostki kierującej- Raport zawiera liczbę porad udzielonych w danej poradni zależnie od jednostki kierującej.
- II.6.1.50 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Lista pacjentów na oddziałach z określonym rozpoznaniem- Raport prezentujący listę pacjentów na oddziałach z określonym rozpoznaniem w określonym zakresie dat wypisu.
- II.6.1.51 Moduł analizy on-line:



- II.6.1.52 Moduł powinien umożliwiać operowanie na tabelach przestawnych
- II.6.1.53 Moduł powinien umożliwiać wykonywanie operacji drill-up i drill-down na danych w raportach i wykresach oraz pozwala użytkownikom na zmianę w trakcie analizy jej kierunku.
- II.6.1.54 Moduł powinien umożliwiać zapamiętanie układu indywidualnie dla każdego użytkownika.
- II.6.1.55 Harmonogram:
- II.6.1.56 Moduł powinien umożliwiać automatyczne generowanie raportów w oparciu o wskazany harmonogram i dostarczanie ich zdefiniowanym przez użytkownika adresatom poprzez e-mail i/lub eksport wyników do zdefiniowanego zasobu w formatach: pdf, rtf, html, xls lub xlsx.
- II.6.1.57 Moduł powinien umożliwiać powtarzanie realizacji zadań harmonogramu w przypadku wystąpienia błędu z jednoczesnym przesłaniem monitu do zdefiniowanej listy adresatów.
- II.6.1.58 Moduł powinien umożliwiać rozdzielania zadań do niezależnych kolejek realizacji (wykonanie asynchroniczne).
- II.6.1.59 Moduł powinien umożliwiać podgląd zdefiniowanych zadań wraz z aktualnym stanem ich realizacji

Rozdział III. Wymagana, dodatkowa funkcjonalność w przypadku rozbudowy istniejącego SSI o dodatkowe moduły.

III.1 ZAKRES: RUCH CHORYCH

III.1.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Oddział”

III.1.1.1 Obsługa pacjentów z WZW typu „B” i „C”

III.1.1.2 Moduł powinien umożliwiać rejestrację Pacjenta z możliwością nanoszenia minimalnego zakresu danych pacjenta:

III.1.1.2.1 Osobowe

III.1.1.2.2 Adresowe

III.1.1.2.3 przynależność do oddziału NFZ

III.1.1.2.4 deklaracja do POZ



- III.1.1.2.5 dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu pacjenta
- III.1.1.2.6 zatrudnieniu
- III.1.1.2.7 rodzaj i nr dokumentu uprawniającego do leczenia
- III.1.1.2.8 specyficzne dane dot. pacjentów z krajów Unii Europejskiej przyjmowanych w ramach przepisów o koordynacji.
- III.1.1.3 Moduł powinien umożliwiać monitorowanie pacjentów zakażonych WZW
- III.1.1.4 Moduł powinien umożliwiać ewidencjonowanie danych o udziale w programie leczenia WZW
- III.1.1.5 Moduł powinien umożliwiać ewidencję danych i zbiorczego podsumowania danych medycznych w postaci karty udziału w programie leczenia WZW
- III.1.1.6 Moduł powinien umożliwiać zdefiniowanie źródła i sposobu pobierania wartości monitorowanych wyników w karcie parametrów
- III.1.1.7 Moduł powinien mieć możliwość dopisania ręcznego parametrów z wyników dostarczonych przez pacjenta
- III.1.1.8 Moduł powinien mieć możliwość dodania załączników
- III.1.1.9 Moduł powinien mieć możliwość zdefiniowania wartości alarmowych oraz sposobu powiadamiania lekarza prowadzącego o ich wystąpieniu.

- III.1.1.10 Dokumentacja medyczna na oddziale dziennym
- III.1.1.11 Moduł powinien umożliwiać generowanie Historii Choroby z danych zgromadzonych w systemie.
- III.1.1.12 Moduł powinien umożliwiać generowanie Karty Informacyjnej z danych gromadzonych w systemie.
- III.1.1.13 Moduł powinien umożliwić prowadzenie dokumentacji w formie poradnianej oraz w formie hospitalizacji jednodniowych, przypisanych do głównego pobytu na oddziale, stanowiącego całość monitorowania.
- III.1.1.14 Moduł powinien umożliwiać generowanie wyników badań dla zadanych kryteriów: pacjent, nazwa badania, jednostka organizacyjna, zadany okres czasu.
- III.1.1.15 Moduł powinien umożliwiać generowanie wydruków kart obserwacji pacjenta.
- III.1.1.16 Moduł powinien umożliwiać generowanie wydruków kart zakażenia, kart drobnoustroju.
- III.1.1.17 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych obserwacji pacjenta.



III.1.1.18 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportów z diagnoz pielęgniarskich:

III.1.1.18.1 elastyczne dopasowanie systemu do potrzeb Partnera Projektu w zakresie dokumentowania procesu leczenia na oddziale dziennym

III.1.1.18.2 definiowania własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie.

III.1.1.19 OIT

III.1.1.20 Rozbudowa systemu o funkcjonalności wspomaganie pracy dla personelu OIT zawierające:

III.1.1.20.1 interaktywny formularz dla skali Apache

III.1.1.20.2 interaktywny formularz dla skali Glasgow

III.1.1.21 Rozbudowa formularzy obserwacji i badania przedmiotowego, o możliwość ewidencji parametrów charakterystycznych dla OIT

III.1.1.22 Moduł posiada możliwość zbierania informacji o parametrach życiowych dla pacjentów OIT za pomocą urządzeń mobilnych

III.1.1.23 Moduł zbiera i prezentuje dane obserwacji i badania w sposób tabelaryczny i graficzny

III.1.1.24 Badania Kliniczne

III.1.1.25 Rejestracja i modyfikacja danych pacjentów objętych badaniem klinicznym

III.1.1.26 Rejestracja wizyty pacjenta w ramach badania klinicznego

III.1.1.27 Rejestracja statusu pacjenta w badaniu klinicznym – (wartości zesłownikowane: hospitalizacja z elementami badania klinicznymi, hospitalizacja związana wyłącznie z badaniem klinicznym, porada specjalistyczna związana wyłącznie z badaniami klinicznymi, wizyta związana wyłącznie z badaniem klinicznym, porada specjalistyczna z elementami badania klinicznego)

III.1.1.28 Możliwość wskazania w procesie leczenia elementów rozliczanych w ramach badania klinicznego przez podmiot finansujący - automatycznie (w oparciu o cennik) lub ręcznie

III.1.1.29 Możliwość oznaczenia statusu elementu leczenia jako rozliczonego, ale odrzuconego przez podmiot finansujący.

III.1.1.30 Możliwość rejestracji przyczyny odrzucenia rozliczonego elementu leczenia.

III.1.1.31 Możliwość odnotowania przyczyny odrzucenia.

III.1.1.32 Wykonane pacjentowi elementy leczenia (w tym zlecenia):



- III.1.1.32.1 procedury, w tym zabiegi (z wykorzystaniem słownika procedur ICD-9),
- III.1.1.32.2 badania diagnostyczne (z wykorzystaniem słownika ICD-9),
- III.1.1.32.3 leki,
- III.1.1.32.4 konsultacje,
- III.1.1.33 Integracja z innymi modułami systemu medycznego SSI: pełna automatyczna współpraca z elementem/modułem obsługującym apteczkę/magazynek oddziałowy w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych,
- III.1.1.34 Możliwość prowadzenia rozliczenia umów oraz stopnia ich realizacji – za okresy miesięczne oraz narastająco / umowy całościowo, wyodrębnione elementy, pacjenci.
- III.1.1.35 Możliwość sporządzenia wykazu porad, hospitalizacji, badań diagnostycznych dla pacjentów objętych poszczególnymi badaniami klinicznymi za wybrany okres z uwzględnieniem statusu pacjenta w badaniu klinicznym.
- III.1.1.36 Możliwość definiowania własnych wykazów, np. przy pomocy generatora raportów.
- III.1.1.37 Planowanie leków
- III.1.1.38 Rozbudowa SSI o moduł planowania i prognozowania długoterminowego w zakresie podań leków
- III.1.1.39 Moduł posiada możliwość planowania podania leków wg zdefiniowanych schematów, w okresach dziennych i tygodniowych
- III.1.1.40 Moduł umożliwia wspomaganie w zakresie prognozowania zużycia leków w oparciu o przyjęte schematy podawania wybranych leków
- III.1.1.41 Moduł współpracuje z modułem zleceń w zakresie zapotrzebowania na leki
- III.1.1.42 Moduł współpracuje z modułem Apteka w zakresie przygotowania dawek jednostkowych
- III.1.1.43 Możliwość współpracy modułu w zakresie rozliczeń z NFZ
- III.1.1.44 Możliwość współpracy modułu z modułem ewidencji wydania leku pacjentowi
- III.1.1.45 Kategoryzacja pacjentów
- III.1.1.46 Rozbudowa systemu o nową funkcjonalność polegającą po uzupełnieniu czynności pielęgniarstwa na kategoryzację pacjentów zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania



minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami uwzględniającą nowelizację

III.1.1.47 Opieka geriatryczna pacjenta

III.1.1.48 Rozbudowa systemu o nową funkcjonalność pozwalającą na ocenę geriatryczną pacjenta

III.1.1.49 Export danych

III.1.1.50 Rozbudowa systemu o nową funkcjonalność polegającą na umożliwieniu exportu danych w zakresie uzgodnionym z Partnerem Projektu (dane dotyczące zużycia leków oraz odczynników) w celu dalszego przetwarzania przez Partnera Projektu (wysyłka przez Partnera Projektu do Krajowego Centrum ds. AIDS)

III.1.1.51 Rozbudowa systemu o nową funkcjonalność polegającą na umożliwieniu exportu danych w zakresie uzgodnionym z Partnerem Projektu (dane dotyczące zgłoszenia chorób zakaźnych do stacji) w celu dalszego przetwarzania przez Partnera Projektu (wysyłka przez Partnera Projektu do stacji Sanepid)

III.1.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Izba Przyjęć”

III.1.2.1 Rejestracja Pacjenta -możliwość nanoszenia minimalnego zakresu danych pacjenta :

III.1.2.1.1 dane osobowe

III.1.2.1.2 dane adresowe, tymczasowe dane adresowe

III.1.2.1.3 dane o rodzinie

III.1.2.1.4 dane o ubezpieczycielu, płatniku

III.1.2.1.5 dane o zatrudnieniu

III.1.2.2 Prowadzenie rejestru (skorowidza) pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów)

III.1.2.3 Możliwość wyszukiwania pacjentów wg różnych parametrów

III.1.2.4 Przyjęcie nowego pacjenta i wprowadzenie danych personalnych

III.1.2.5 Analiza danych nowego pacjenta podczas wprowadzania - mechanizmy weryfikujące unikalność danych wg zadanych kluczy (np. PESEL)

III.1.2.6 Rejestracja pobytu pacjenta na Izbie Przyjęć -odnotowanie danych przyjęciowych (dane o rozpoznaniu, danych ze skierowania, płatniku, itp.)



- III.1.2.7 System uniemożliwia dokonanie ponownego przyjęcie pacjenta przebywającego już w szpitalu
- III.1.2.8 Odnotowanie wykonanych pacjentowi procedur
- III.1.2.9 Odmowa przyjęcia do szpitala - wpis do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych
- III.1.2.10 Odnotowanie skierowania pacjenta do kolejki oczekujących – wpis do Księgi oczekujących
- III.1.2.11 Możliwość wprowadzenia informacji o rodzaju leczenia, na które pacjent oczekuje
- III.1.2.12 Skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział (ustalenie trybu przyjęcia, form płatności, wydruk pierwszej strony historii choroby)
- III.1.2.13 Odnotowanie zgonu pacjenta na Izbie Przyjęć, wpis do Księgi Zgonów
- III.1.2.14 Przegląd ksiąg: Księga Główna, Oczekujących, Odmów i Porad Ambulatoryjnych, Zgonów
- III.1.2.15 Wydruk danych z poszczególnych ksiąg
- III.1.2.16 Możliwość sprawdzenia stanu wolnych łóżek na poszczególnych oddziałach
- III.1.2.17 Wydruk 1 strony historii choroby nowoprzyjętego pacjenta wg różnych, zdefiniowanych na etapie wdrożenia wzorów historii choroby
- III.1.2.18 Możliwość wydruku podstawowych dokumentów (np. karta informacyjna izby przyjęć, karta odmowy przyjęcia do szpitala, itp.) z zakresu danych gromadzonych w systemie
- III.1.2.19 Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości na Izbie Przyjęć
- III.1.2.20 Możliwość odnotowania zgonu pacjenta poza szpitalem
- III.1.2.21 Możliwość parametryzacji pól obligatoryjnych przy przyjęciu pacjenta do szpitala
- III.1.2.22 Wydruk zgody na przetwarzanie danych osobowych pacjenta w systemie informatycznym szpitala

III.1.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zlecenia”

- III.1.3.1 Zlecenie usług z wykorzystaniem zdefiniowanych przez użytkownika w systemie formularzy zleceń.



- III.1.3.2 Określenie dowolnej liczby jednostek i komórek: zlecających, wykonujących zlecenia.
- III.1.3.3 Zlecenie jednorazowe (w tym CITO) i cykliczne (stałe).
- III.1.3.4 Definiowanie formularzy zleceń m.in. na:
 - III.1.3.4.1 Diety,
 - III.1.3.4.2 Leki,
 - III.1.3.4.3 Opatrunki,
 - III.1.3.4.4 Wykonania badań diagnostycznych i laboratoryjnych,
 - III.1.3.4.5 Zabiegi,
 - III.1.3.4.6 Konsultacje,
 - III.1.3.4.7 Pobranie materiału.
- III.1.3.5 Prezentacja uprzednio wykonanych oraz aktualnie wykonywanych dla pacjenta zleceń w momencie zlecenia.
- III.1.3.6 Przypisanie cen poszczególnym zleceniom, z możliwością administracyjnego włączenia/wyłączenia ich prezentowania podczas zlecenia.
- III.1.3.7 Powtarzanie zleceń na podstawie poprzednich.
- III.1.3.8 Definiowanie pakietów zleceń. Pakiety zleceń powinny być definiowane według typu (np. zlecenie leku lub diety nie może trafić do laboratorium). Zlecać można:
 - III.1.3.8.1 Diety,
 - III.1.3.8.2 Leki,
 - III.1.3.8.3 Opatrunki,
 - III.1.3.8.4 Wykonania badań diagnostycznych i laboratoryjnych,
 - III.1.3.8.5 Zabiegi,
 - III.1.3.8.6 Konsultacje,
 - III.1.3.8.7 Pobranie materiału.
- III.1.3.9 Korzystanie ze zdefiniowanych przez użytkownika w systemie szablonów i ich wydruków (skierowanie, wyniki, itp.) w ramach danego zlecenia.
- III.1.3.10 Zapisanie w ramach zlecenia istotnych informacji diagnostycznych (automatycznie i manualnie):
 - III.1.3.10.1 rozpoznanie,
 - III.1.3.10.2 co badanie ma wyjaśnić.



- III.1.3.11 Oznakowanie wybranych typów zleceń (np. zlecenia do Laboratorium Diagnostycznego) kodem kreskowym z dodatkową informacją tekstową, w szczególności:
 - III.1.3.11.1 imię i nazwisko,
 - III.1.3.11.2 data i godzina zlecenia,
 - III.1.3.11.3 ID Szpitalny,
 - III.1.3.11.4 PESEL,
 - III.1.3.11.5 nr książki głównej.
- III.1.3.12 Oznakowanie materiału diagnostycznego kodem badania.
- III.1.3.13 Wycofanie zlecenia zarówno ze strony jednostki zlecającej jak i przyjmującej z podaniem przyczyny.
- III.1.3.14 Wyświetlanie zleceń według wybranego przedziału czasu.
- III.1.3.15 Wyszukiwanie zleceń wg zadanych parametrów, w szczególności:
 - III.1.3.15.1 data zlecenia,
 - III.1.3.15.2 jednostka wykonująca,
 - III.1.3.15.3 personel zlecający,
 - III.1.3.15.4 personel wykonujący.
- III.1.3.16 Przegląd pacjentów (zleceń) do przyjęcia w danym dniu oraz wyszukiwanie wg innych zadanych kryteriów.
- III.1.3.17 Prezentacja listy zleceń dla pacjenta w kontekście wszystkich pobytów szpitalnych i wizyt ambulatoryjnych bez konieczności wyboru wcześniejszych pobytów lub wizyt, z możliwością zdefiniowania określonego przedziału czasowego np. ostatni rok.
- III.1.3.18 Graficzna prezentacja wyników badań laboratoryjnych m.in. w postaci wykresów na osi czasu.
- III.1.3.19 Korelacja wyników badań diagnostycznych z dawkami leków np.: poziom glukozy we krwi a dawki insuliny. Możliwość prezentacji na jednym ekranie leków i wyników.
- III.1.3.20 Wysłanie zlecenia do dowolnej jednostki i komórki organizacyjnej szpitala (w tym pracownia diagnostyczna, laboratorium, gabinet zabiegowy, itp.) elektronicznie w ramach modułu.
- III.1.3.21 Powtórny wydruk skierowania w razie potrzeby, z odnotowaniem tego faktu na wydruku.
- III.1.3.22 Wydruk wyników.



- III.1.3.23 Automatyczny odbiór wyników przez jednostki zlecające.
- III.1.3.24 Procedury zleczone z wykorzystaniem modułu zleceń automatycznie aktualizują Kartę Statystyczną.
- III.1.3.25 Wprowadzanie wyników realizacji zlecenia w jednostce zlecającej w przypadku braku połączenia z jednostkami wykonującymi.
- III.1.3.26 Dostęp do archiwalnych wyników badań oraz możliwość ich wydruku.
- III.1.3.27 Monitorowanie stanu realizacji zlecenia (w tym minimum zleczone, przyjęte do realizacji, realizowane, zakończone).
- III.1.3.28 Oznaczenie nowych zleceń nie przyjętych jeszcze do realizacji w wyróżniający się sposób (np. kolor, miganie).
- III.1.3.29 Wykorzystania danych ze zleceń do rachunku kosztów.
- III.1.3.30 Automatyczne wyświetlenie listy zleceń do realizacji dla osoby realizującej zlecenia (np. pielęgniarki) z podziałem na personel i komórkę organizacyjną.
- III.1.3.31 Możliwość przechowywania skanowanych kart anesteziologicznych.
- III.1.3.32 Możliwość automatycznej aktualizacji stanów magazynowych apteczek bloku operacyjnego i anesteziologicznych na podstawie zewidencjonowanego zużycia.
- III.1.3.33 Zlecenia do laboratorium wybierane są z listy najczęściej stosowanych badań oraz rozwijalnej zakładki "więcej".
- III.1.3.34 Zlecenia na badania do zewnętrznych jednostek (tzw. "badania wysyłane"), z możliwością zwrotnego wprowadzenia wyniku m.in. sposobem ręcznym lub przez zeskanowanie wyniku.
- III.1.3.35 Zlecenie konsultacji lekarzowi z innego oddziału Szpitala.
- III.1.3.36 Przy zleceniu konsultacji, rozdzielane są one według ustalonego, zdefiniowanego schematu, uwzględniając dostępność lekarzy (np. nieobecność z powodu urlopu lub dyżuru). W nagłych przypadkach nieobecności automatycznie wybierany jest lekarz zastępczy na podstawie grafików pracy przygotowywanych w systemie. Partner Projektu wymaga, aby przy zlecaniu konsultacji lista wyboru lekarzy do konsultacji była każdorazowo zawężana tylko do tych dostępnych w czasie przewidzianej konsultacji."
- III.1.3.37 Podpisywanie zleceń podpisem kwalifikowanym lub elektronicznym zwykłym przez lekarza zlecającego oraz personel wykonujący.



- III.1.3.38 Podział zleceń na kategorie, dopasowane do danego oddziału, np.:
- III.1.3.38.1 leki doustne (godzinowe, po posiłku), leki dożylnie (insulina, poziom cukrów, leki dożylnie, zmiany leków), badania laboratoryjne, obserwacje, pomiary (w tym temperatura, ciśnienie, waga, bilans płynów), itp.
 - III.1.3.38.2 Podział leków na dożylny, doustny, czopki, inhalacje, maści, tabletki
 - III.1.3.38.3 rozpuszczona, musi być wyraźny (tj. inny kolor czcionki, inną ikonę, itp.)
- III.1.3.39 Wyświetlanie zbiorczej listy pacjentów z przyporządkowanymi zleceniami z wybranej kategorii.
- III.1.3.40 Możliwość drukowania zbiorczej listy zleceń na pacjentów z oddziału z podziałem na kategorie zadań, tzw. zestawy zleceń.
- III.1.3.41 Sortowanie zbiorczej listy zleceń według kategorii zadań lub według pacjenta.
- III.1.3.42 Możliwość zlecenia badania laboratoryjnego na wcześniej już pobranym materiale, tzw. Doróbka.
- III.1.3.43 Przy wybraniu opcji Doróbka, wyświetlane są informacje o dacie i godzinie pobrania danego materiału, a jeżeli takie dane są wprowadzane, także o ilości pozostałego materiału.
- III.1.3.44 Dostępne pole komentarza przy zleceniu.
- III.1.3.45 Możliwość nadania priorytetu do zlecenia.
- III.1.3.46 Możliwość aktualizacji zleceń.
- III.1.3.47 Przy zleceniu, automatycznie wyliczany i wyświetlany jest koszt wybranego leczenia na pacjenta. Przy przekroczeniu zdefiniowanego progu, wyświetlane jest ostrzeżenie o przekroczeniu kosztów z sugestią rozliczenia indywidualnego i wysłaniem powiadomienia do sekcji rozliczeń.
- III.1.3.48 Zlecenia na badania mikrobiologiczne posiadają możliwość ręcznego wprowadzenia opisu.
- III.1.3.49 Punkt Pobrań wyodrębniony moduł zleceń, współpracujący bezpośrednio z LIS dotyczący pobierania od pacjentów materiału do analiz (ewentualnie może znajdować się również w samym LIS).

III.1.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rozliczenia z NFZ”

III.1.4.1 Import świadczeń z systemu szpitalnego



- III.1.4.2 Nanoszenie podstawowych danych kontrahentów:
 - III.1.4.2.1 nazwa i adres
 - III.1.4.2.2 NIP
 - III.1.4.2.3 REGON
- III.1.4.3 Deklarowanie katalogu świadczeń:
 - III.1.4.3.1 możliwość definiowania katalogu świadczeń w oparciu o procedury rozliczeniowa płatnika
 - III.1.4.3.2 możliwość określenia ceny każdego świadczenia oraz parametrów pozwalających na wystawienie faktury (SWWiU, stawka VAT)
 - III.1.4.3.3 możliwość wprowadzenia wartości punktowej każdego świadczenia
 - III.1.4.3.4 możliwość określenia okresów wykonywalności określonych świadczeń
- III.1.4.4 Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z oddziałami NFZ
- III.1.4.5 Generowanie dokumentów rozliczeniowych
- III.1.4.6 Ewidencjonowanie parametrów umów:
 - III.1.4.6.1 definiowanie okresu ważności umowy
 - III.1.4.6.2 definiowanie listy świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy
 - III.1.4.6.3 definiowanie wartości świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy wyrażonej kwotowo i w punktach
 - III.1.4.6.4 definiowanie wartości punktu w ramach limitu i poza limitem
 - III.1.4.6.5 definiowanie limitów świadczeń
 - III.1.4.6.6 definiowanie procedur rozliczeniowych (płatniczych)
 - III.1.4.6.7 definiowanie schematu rozliczania poszczególnych jednostek szpitala (np. dwie jednostki rozliczane jedną pozycją umowy)
- III.1.4.7 Opcjonalnie kryteria wyboru pobytów/wizyt pacjentów np. długość pobytu, poziom referencji, rozpoznania zasadnicze, wykonane procedury zakładowe, wykonane procedury wg NFZ



- III.1.4.8 Możliwość ewidencjonowania umów zawartych przez poszczególne jednostki organizacyjne szpitala lub przychodni: laboratoria, pracownie diagnostyczne, inne
- III.1.4.9 Możliwość dokonywania zmian warunków umów wynikających z zawarcia aneksów
- III.1.4.10 Weryfikacja kompletu danych niezbędnego do rozliczenia wizyt/pobytów pacjentów
- III.1.4.11 Możliwość raportowania braków w danych niezbędnych do rozliczenia świadczeń
- III.1.4.12 Automatyczne przyporządkowywanie wizyt i pobytów pacjentów w szpitalu lub innej jednostce służby zdrowia do pozycji umów z płatnikami oraz przypisywanie im kwot refundacji zgodnie z wprowadzoną umową.
- III.1.4.13 Podgląd na bieżąco stanu realizacji poszczególnych umów (ilościowy i procentowy)
- III.1.4.14 Możliwość wystawienia faktur dla płatnika na podstawie dokumentów rozliczeniowych
- III.1.4.15 Generowanie szeregu zestawień sprawozdawczych do NFZ i MZ zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wewnętrznych raportów weryfikujących dane bez konieczności stosowania zewnętrznych programów, między innymi:
 - III.1.4.15.1 zestawienie świadczeń za wybrany okres z możliwością weryfikacji definiowalnego kompletu danych rozliczeniowych
 - III.1.4.15.2 zestawienie świadczeń rozliczonych w danym okresie, na podstawie wybranych umów
 - III.1.4.15.3 zbiorcze zestawienia ilościowo - wartościowe za dany okres rozliczeniowy, na podstawie wybranych umów
 - III.1.4.15.4 zestawienie wykonanych usług ponadplanowych
 - III.1.4.15.5 zestawienie pacjentów nie wykazanych na dokumentach rozliczeniowych, wraz z powodem ich nie uwzględniania w rozliczeniach
 - III.1.4.15.6 zestawienia pobytów pacjentów powtarzających się częściej niż zadany odstęp czasu
 - III.1.4.15.7 generowanie sprawozdania do NFZ dot. liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na świadczenia



III.1.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Optymalizator JGP”

- III.1.5.1 Moduł/grupa funkcjonalności wyznacza JGP zgodnie z charakterystyką i algorytmem określonym przez NFZ na dany okres rozliczeniowy.
- III.1.5.2 Moduł/grupa funkcjonalności zapewnia obsługę wyznaczania JGP dla danych z zakończonych okresów rozliczeniowych zgodnie z obowiązującą wtedy charakterystyką i algorytmem.
- III.1.5.3 Moduł/grupa funkcjonalności automatycznie pobiera z Ruchu Chorych wszystkie dane niezbędne do wyznaczenia JGP.
- III.1.5.4 Moduł/grupa funkcjonalności wyznacza wszystkie możliwe grupy do jakich może zostać zakwalifikowana hospitalizacja zgodnie z zawartą umową z NFZ.
- III.1.5.5 Moduł/grupa funkcjonalności wyznacza wszystkie możliwe grupy do jakich może zostać zakwalifikowana porada zgodnie z zawartą umową z NFZ.
- III.1.5.6 Moduł/grupa funkcjonalności dla każdej wyznaczonej grupy wylicza wartości punktowe niezbędne do sprawozdawczości (taryfa podstawowa, dodatkowa, całkowita).
- III.1.5.7 Dla każdej wyznaczonej grupy Moduł/grupa funkcjonalności weryfikuje i jawnie prezentuje, czy grupa jest zakontraktowana z danym płatnikiem, w danej jednostce organizacyjnej, w okresie wypisu pacjenta ze szpitala oraz dla odpowiedniego trybu hospitalizacji.
- III.1.5.8 Moduł/grupa funkcjonalności automatycznie podpowiada grupę do rozliczenia kierując się kryterium optymalizacji przychodu za wykonanie określonego rodzaju świadczenia i spełnienia warunku, że znajduje się w umowie.
- III.1.5.9 Moduł/grupa funkcjonalności umożliwia zawężenie przeglądania JGP do zakontraktowanych z danym płatnikiem, w danej jednostce organizacyjnej.
- III.1.5.10 Moduł/grupa funkcjonalności automatycznie wyznacza także inne potencjalne grupy w przypadku alternatywnej kwalifikacji / okodowania świadczenia z jawnym oznaczeniem grupy najbardziej intratnej.
- III.1.5.11 Moduł/grupa funkcjonalności wskazuje dokładnie przyczyny braku możliwości zakwalifikowania świadczenia do bardziej intratnej grupy.



- III.1.5.12 Moduł/grupa funkcjonalności automatycznie porządkuje (sortuje) wyznaczone i potencjalne grupy wg kryterium łącznej wartości punktów.
- III.1.5.13 Moduł/grupa funkcjonalności umożliwia przypisanie na podstawie wyznaczonej JGP produktu jednostkowego do rozliczenia w NFZ.
- III.1.5.14 Moduł/grupa funkcjonalności po przypisaniu produktu do rozliczenia blokuje możliwość wszystkich modyfikacji danych, które mają wpływ na wyznaczanie grupy (w tym: data wypisu, rozpoznania, procedury, tryb i charakterystyka).
- III.1.5.15 Moduł/grupa funkcjonalności pozwala na przeglądanie stanu wyznaczenia grup JGP dla wszystkich hospitalizacji, przy czym listę można także zawęzić do hospitalizacji wykonanych tylko na danym oddziale.
- III.1.5.16 Moduł/grupa funkcjonalności pozwala na automatyczne wyznaczenie grup JGP dla wszystkich hospitalizacji, przy czym listę można zawęzić do hospitalizacji na danym oddziale.
- III.1.5.17 Moduł/grupa funkcjonalności pozwala na automatyczne przypisanie produktów jednostkowych na podstawie jednoznacznie wyznaczonych grup JGP dla wszystkich hospitalizacji, przy czym listę można zawęzić do hospitalizacji na danym oddziale.
- III.1.5.18 Moduł/grupa funkcjonalności pozwala na przeglądanie stanu wyznaczenia grup JGP z zastosowaniem filtrów, które ograniczają prezentowaną listę hospitalizacji do:
- III.1.5.18.1 w ogóle nie posiadających przypisanego JGP,
 - III.1.5.18.2 nie posiadających jednoznacznie przypisanego JGP,
 - III.1.5.18.3 nie posiadających przypisanego JGP umożliwiającego rozliczenie.

III.2 ZAKRES: PRZYCHODNIA

III.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Gabinet”

- III.2.1.1 Gabinet Chirurgiczny
- III.2.1.2 Wyszukiwanie pacjenta na liście przynajmniej według następujących kryteriów: nazwisko i imię, PESEL.
- III.2.1.3 Obsługa listy pacjentów Gabinetu (w ramach zleceń z Rejestracji, Oddziału lub innej jednostki organizacyjnej Szpitala).
- III.2.1.4 Przegląd listy zaplanowanych badań.



- III.2.1.5 Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w gabinecie, wyników badań.
- III.2.1.6 Automatyczny odbiór zlecenia dla pacjenta z oddziału z podziałem na: usługę zabiegu, konsultację.
- III.2.1.7 Możliwość odnotowania przebiegu zabiegu (opis zabiegu lub konsultacji).
- III.2.1.8 W przypadku pobrania materiału do badania możliwość elektronicznego wystania zlecenia do Laboratorium.
- III.2.1.9 Po wykonaniu badania laboratoryjnego wynik trafia do historii choroby pacjenta oraz jest widoczny w module gabinetu chirurgicznego.
- III.2.1.10 Możliwość ewidencji i wydruku Księgi zabiegowej.
- III.2.1.11 Możliwość odnotowania zużytych materiałów do przeprowadzonych w gabinecie chirurgicznym zabiegów i przypisania zużycia do pacjenta.

III.2.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Medycyna Pracy”

III.2.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Poradnia specjalistyczna”

- III.2.3.1 Rejestracja
- III.2.3.2 Rejestracja Pacjenta, z możliwością nanoszenia minimalnego zakresu danych:
 - III.2.3.2.1 Osobowe
 - III.2.3.2.2 Adresowe
 - III.2.3.2.3 przynależność do oddziału NFZ
 - III.2.3.2.4 deklaracja do POZ (w przypadku obecności Poradni POZ)
 - III.2.3.2.5 dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu pacjenta
 - III.2.3.2.6 zatrudnieniu
 - III.2.3.2.7 rodzaj i nr dokumentu uprawniającego do leczenia
 - III.2.3.2.8 specyficzne dane dot. pacjentów z krajów Unii Europejskiej przyjmowanych w ramach przepisów o koordynacji.



- III.2.3.3 Planowanie wizyt pacjentów na dowolny okres.
- III.2.3.4 Planowanie grafików dla personelu- lekarzy, gabinetów lub jednostek, na dowolny okres wprzód.
- III.2.3.5 Możliwość konfiguracji modułu tak aby współpracował z modułem/grupą funkcjonalności Przychodnia – Gabinet, w przypadku skomputeryzowanych stanowisk w poradniach.
- III.2.3.6 Możliwość wpisania skierowania z jednostek kierujących (wewnętrznych i zewnętrznych).
- III.2.3.7 Możliwość rejestracji pacjenta do poradni, bądź do lekarza w konkretnej poradni.
- III.2.3.8 System uwzględnia następujące rodzaje statusu wizyty:
 - III.2.3.8.1 Zaplanowana
 - III.2.3.8.2 wizyta aktualna
 - III.2.3.8.3 wizyta odwołana
 - III.2.3.8.4 wizyta niezrealizowana.
- III.2.3.9 Gabinet
- III.2.3.10 Wspólna baza danych z jednostkami szpitala objętymi systemem informatycznym.
- III.2.3.11 Obsługa skorowidza pacjentów Poradni:
 - III.2.3.11.1 wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów (nazwisko, PESEL, identyfikator szpitalny),
 - III.2.3.11.2 modyfikacja danych pacjentów,
 - III.2.3.11.3 przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poprzednich wizyt w Przychodni, oraz pobytów szpitalnych, wraz z wynikami badań.
- III.2.3.12 Możliwość planowania wizyt w oparciu o zdefiniowane w rejestracji terminarze przyjęć.
- III.2.3.13 Możliwość realizacji zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów) po uprzednim wprowadzeniu do systemu poprzez rejestrację - (porady, zabiegi diagnostyczne).
- III.2.3.14 Przegląd listy zaplanowanych wizyt.
- III.2.3.15 Przegląd listy zarejestrowanych pacjentów w danym dniu.
- III.2.3.16 Podgląd terminarza dla danej jednostki obejmujący zarówno archiwum jak i wizyty bieżące i planowane.



- III.2.3.17 Ewidencja elementów wizyty z możliwością kopiowania danych z poprzedniej lub dowolnej wizyty:
 - III.2.3.17.1 ewidencja typu porady (wg NFZ) i procedur rozliczeniowych,
 - III.2.3.17.2 wywiad z możliwością użycia wzorców definiowanych indywidualnie dla każdej jednostki,
 - III.2.3.17.3 opis badania fizykalnego z możliwością użycia wzorców definiowanych jak wyżej,
 - III.2.3.17.4 możliwość wpisywania wyniku badań „zewnętrznych”,
 - III.2.3.17.5 możliwość wystawienia skierowań na badania laboratoryjne i diagnostyczne oraz do poradni, a także zwolnień lekarskich.
 - III.2.3.17.6 opis przebiegu wizyty.
- III.2.3.18 Wpis do kolejki oczekujących– wpis pacjenta na listę oczekujących z możliwością ewidencji podstawowych danych dotyczących oczekiwania:
 - III.2.3.18.1 możliwość zmiany planowanej daty przyjęcia pacjenta,
 - III.2.3.18.2 możliwość skreślenia pacjenta z listy oczekujących wraz z podaniem daty i powodu skreślenia oraz osoby dokonującej,
 - III.2.3.18.3 generacja raportu stan kolejki w wybranym dniu, poradni/pracowni,
- III.2.3.19 Rejestracja przepisanych leków i wydruk recept.
- III.2.3.20 Dostęp do wszystkich wyników badań laboratoryjnych i obrazowych oraz pełnej dokumentacji medycznej zawartej w systemie.
- III.2.3.21 Rejestracja danych dla potrzeb rozliczeń z płatnikami.
- III.2.3.22 Możliwość wygenerowania raportów:
 - III.2.3.22.1 lista wykonanych procedur według lekarzy\gabinetów
 - III.2.3.22.2 lista wizyt w okresie według lekarzy\gabinetów.

III.3 ZAKRES: APTEKA

III.3.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteczka oddziałowa”

- III.3.1.1 Generowanie zamówień do apteki głównej.



- III.3.1.2 Możliwość dołączenia do zamówienia informacji nt. pacjenta, dla którego dany lek jest zamawiany.
- III.3.1.3 Wydawanie/dyspensowanie środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej:
 - III.3.1.3.1 wydawanie na oddział lub pacjenta,
 - III.3.1.3.2 zwrot do apteki,
 - III.3.1.3.3 ubytki i straty nadzwyczajne,
- III.3.1.4 Korekta stanów magazynowych:
 - III.3.1.4.1 korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury,
 - III.3.1.4.2 generowanie arkusza do spisu z natury,
- III.3.1.5 Wspomaganie decyzji farmakoterapeutycznych:
 - III.3.1.5.1 pomoc w tworzeniu i zarządzaniu receptariuszem szpitalnym,
 - III.3.1.5.2 informacja o leku, (postać, dawka, wielkość opakowania, dostępność/brak w receptariuszu szpitalnym, inne leki dostępne z tej grupy (zamienniki dla danego leku), warunki uzyskania leku (słownik wartości określających dostępność leku) – konieczność indywidualnego zamówienia, dostępność na podstawie odrębnej decyzji osób odpowiedzialnych za dystrybucję na terenie szpitala itd. – cena ostatniej dostawy,
- III.3.1.6 Czynności analityczno-sprawozdawcze:
 - III.3.1.6.1 bieżące raporty i zestawienia,
- III.3.1.7 Możliwość podziału leków na wydawane na oddział lub na pacjenta
- III.3.1.8 Wykorzystanie słowników (również dla celów wyszukiwania): leków, grup ATC, nazw międzynarodowych, słownik jednostek miar itp.
- III.3.1.9 Kontrola dat ważności oraz możliwość automatycznego zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych.
- III.3.1.10 Pełny dostęp do danych archiwalnych.
- III.3.1.11 Prowadzenie dziennika akcji wykonanych w systemie (logi).
- III.3.1.12 Możliwość definiowania i obsługi kilku apteczek w jednostce.
- III.3.1.13 Możliwość ewidencji i obsługi przyjęcia środków pacjenta.
- III.3.1.14 Możliwość ewidencji zużycia leków i materiałów medycznych na pacjenta z jednej lub kilku apteczek.



- III.3.1.15 Możliwość ewidencji zużycia na oddział z jednej lub kilku apteczek.
- III.3.1.16 Możliwość przeprowadzenia inwentaryzacji w apteczce.
- III.3.1.17 Przegląd i kontrola stanów magazynowych oraz obrotów w magazynkach oddziałowych.
- III.3.1.18 Przygotowanie i wydruk arkuszy spisowych magazynków oddziałowych wg grup i indeksów.
- III.3.1.19 Możliwość wykonania zestawień:
 - III.3.1.19.1 zużycia środków farmakologicznych z podziałem na płatników,
 - III.3.1.19.2 zużycia środków farmakologicznych na pacjenta,

III.3.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteka”

- III.3.2.1 Wspieranie obsługi i kontroli zamówień (w tym publicznych):
- III.3.2.2 Możliwość sporządzania zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Możliwość przygotowania zamówienia automatycznie na podstawie aktualnych stanów magazynowych oraz zdefiniowanych przez użytkownika stanów minimalnych i maksymalnych,
- III.3.2.3 Przekazywanie listy asortymentowo - wartościowej środków farmaceutycznych i materiałów medycznych do modułu/grupy funkcjonalności „Zamówienia publiczne” realizującego funkcjonalność obsługi zamówień i przetargów,
- III.3.2.4 Pobieranie zwycięskiej oferty (umowy),
- III.3.2.5 Kontrola realizacji dostaw (wartościowo i ilościowo) i poziomu cen w ramach zwycięskiej oferty (umowy),
- III.3.2.6 Obsługa dostaw środków farmaceutycznych i materiałów medycznych do apteki:
- III.3.2.7 Ewidencja dostaw od dostawców z możliwością wprowadzania danych drogą elektroniczną (tworzenie dokumentów przychodu na podstawie importu dokumentów zakupu w wersji elektronicznej),
- III.3.2.8 Możliwość rejestrowania również dostaw niefakturowanych,
- III.3.2.9 Ewidencja sporządzania preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych,



- III.3.2.10 Ewidencja sporządzania roztworów spirytusowych,
- III.3.2.11 Ewidencji importu docelowego zakładowego i indywidualnego,
- III.3.2.12 Ewidencja zwrotów z magazynów apteczek oddziałowych z automatyczną aktualizacją stanów,
- III.3.2.13 Ewidencja środków farmaceutycznych i materiałów medycznych pochodzących z darów,
- III.3.2.14 Ewidencja korekt dokumentów dostaw środków farmaceutycznych i materiałów Medycznych
- III.3.2.15 Obsługa wydań/rozdziału środków farmaceutycznych i materiałów medycznych z apteki:
- III.3.2.16 Ewidencja wydań za pomocą dokumentów typu rozchód wewnętrzny lub typu przesunięcie międzymagazynowe na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych (współpraca z modułem/grupą funkcjonalności „Apteczka oddziałowa” skutkująca automatyczną aktualizacją stanów magazynowych w magazynach źródłowym i docelowym),
- III.3.2.17 Możliwość elektronicznego potwierdzenia realizacji zamówień pochodzących z modułu/grupy funkcjonalności „Apteczka oddziałowa”
- III.3.2.18 Ewidencja wydań na zewnątrz,
- III.3.2.19 Możliwość ewidencji wydań bezpośrednio na pacjenta z magazynu apteki. Dokument wydania (typu „rozchód wewnętrzny na pacjenta”) powinien zawierać w nagłówku dane jednoznacznie identyfikujące pacjenta oraz jego pobyt/wizytę w medycznej komórce organizacyjnej, w ramach której nastąpiło zużycie leku/materiału medycznego. Przy tworzeniu takiego dokumentu rozchodu wymagana jest możliwość wybrania ze skorowidza pacjentów wspólnego dla wszystkich modułów/grup funkcjonalności części medycznej systemu (lub listy pacjentów przebywających aktualnie w danym oddziale/izbie przyjęć) pacjenta na rzecz którego wydano lek/materiał medyczny
- III.3.2.20 Ewidencja zwrotów do dostawców,
- III.3.2.21 Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych,
- III.3.2.22 Ewidencja korekt dokumentów wydania środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
- III.3.2.23 Możliwość zdefiniowania limitów wydań (co najmniej wartościowo) dla poszczególnych odbiorców (ze słownika odbiorców) i automatyczne powiadamianie użytkownika w postaci np. komunikatu na



- ekranie, w przypadku przekroczenia ustawionego limitu przez danego odbiorcę,
- III.3.2.24 Ewidencja korekt stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury, z dokładnością do dostawy lub asortymentu,
- III.3.2.25 Generowanie arkusza do spisu z natury,
- III.3.2.26 Ewidencja wstrzymania lub wycofania leku z obrotu w kontekście wszystkich będących w użyciu dostaw danego leku materiału medycznego (z niezerowymi stanami na jakimkolwiek magazynie apteki bądź apteczki oddziałowej) lub w kontekście konkretnej dostawy danego leku/materiału medycznego,
- III.3.2.27 Obsługa magazynu leków apteki:
- III.3.2.28 Wykorzystanie słowników przy definiowaniu pozycji asortymentowych apteki: np.: słowników leków (co najmniej „Bazyl”, „BLOZ”), słownika kodów ATC, słowników: nazw międzynarodowych, jednostek miar, postaci, sposobów podania, rodzajów opakowań.
- III.3.2.29 Możliwość definiowania grup leków:
- III.3.2.29.1 wspólnych dla wszystkich magazynów aptecznych („globalnych”),
- III.3.2.29.2 dedykowanych dla określonego magazynu („lokalnych”),
- III.3.2.30 Możliwość definiowania dokumentów (np. „Rozchód darów”, „Przyjęcie bezpłatnych próbek”.) na podstawie predefiniowanych typów dokumentów (np. „rozchód wewnętrzny”, „rozchód na pacjenta”, „przychód”)
- III.3.2.31 Możliwość automatycznego numerowania dokumentów (numery tworzone wg definiowanego wzorca),
- III.3.2.32 Możliwość przeglądu aktualnych stanów magazynowych,
- III.3.2.33 Kontrola dat ważności leków oraz możliwość automatycznego zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych,
- III.3.2.34 Możliwość dokonywania bieżących korekt jakościowych stanu magazynowego,
- III.3.2.35 Czynności analityczno-sprawozdawcze:
- III.3.2.36 Raporty i zestawienia:
- III.3.2.36.1 przychody analitycznie/syntetycznie wg kontrahentów w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) dla:



- III.3.2.36.2 wybranych/wszystkich materiałów ,
- III.3.2.36.3 wybranych/wszystkich grup materiałów,
- III.3.2.36.4 wybranych/wszystkich rodzajów kosztów,
- III.3.2.37 rozchody analitycznie/syntetycznie wg odbiorców w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) dla:
 - III.3.2.38 wybranych/wszystkich materiałów ,
 - III.3.2.39 wybranych/wszystkich grup materiałów,
 - III.3.2.40 wybranych/wszystkich rodzajów kosztów,
 - III.3.2.41 zestawienie ilościowo-wartościowe wybranych/wszystkich rodzajów dokumentów w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) dla wybranych/wszystkich kontrahentów/odbiorców,
 - III.3.2.42 zestawienie ilościowo-wartościowe analityczne/syntetyczne stanów magazynowych na dzień bieżący/na wybrany dzień dla wybranych/wszystkich materiałów w podziale na:
 - III.3.2.42.1 wybrane/wszystkie grupy materiałów,
 - III.3.2.42.2 wybrane/wszystkie rodzaje kosztów,
 - III.3.2.42.3 wybrane/wszystkie grupy ATC ,
 - III.3.2.42.4 zestawienie ilościowo-wartościowe materiałów przeterminowanych na bieżący/wybrany dzień dla wybranych magazynów (apteki i apteczek oddziałowych)
 - III.3.2.42.5 zestawienie ilościowo-wartościowe materiałów zalegających (brak zarejestrowanych obrotów) na wybranych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) w zadanym przedziale czasu względem bieżącej daty (np. w zakresie ≥ 30 dni i ≤ 90 dni wstecz),
 - III.3.2.42.6 raport z obrotów lekami odurzającymi i psychotropowymi,
 - III.3.2.42.7 zestawienie sporządzonych leków recepturowych,
- III.3.2.43 Możliwość tworzenia raportów i zestawień definiowanych przez użytkownika („generator raportów”)
- III.3.2.44 Pozostałe funkcjonalności:
- III.3.2.45 Możliwość definiowania receptariuszy szpitalnych



- III.3.2.46 Przechowywanie informacji o leku (karta leku) dostępnych również z poziomu modułów/grup funkcjonalności medycznej części systemu,
- III.3.2.47 Możliwość odnotowania działań niepożądanych leku.
- III.3.2.48 Współpraca z podsystemami/modułami/grupami funkcjonalności medycznej części systemu w zakresie dostępu do skorowidza pacjentów lub listy pacjentów przebywających aktualnie w oddziałach szpitalnych/izbach przyjęć.
- III.3.2.49 Współpraca z modułem/grupą funkcjonalności „Finanse – Księgowość” w zakresie:
 - III.3.2.49.1 dostępu do wartościowego, syntetycznego zapisu obrotu materiałowego na kontach Księgi głównej FK,
 - III.3.2.49.2 możliwości uwzględnienia dokumentów rozchodowych jako kosztu na poziomie:
 - III.3.2.49.3 wydania z magazynu apteki,
 - III.3.2.49.4 wydania z magazynu apteczki oddziałowej,
 - III.3.2.49.5 możliwości elastycznego tworzenia (definiowania) zasad odzwierciedlenia danych o przychodach, rozchodach, stanach magazynów apteki i apteczek oddziałowych w stanach kont Księgowych FK,
 - III.3.2.49.6 możliwości korzystania ze wspólnych (tych samych) słowników: kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów,
 - III.3.2.49.7 wspierania wyliczania kosztów normatywnych świadczeń (dostęp do indeksu leków i danych o aktualnych cenach leków do określenia normatywów materiałowych świadczeń)
- III.3.2.50 Przegląd danych archiwalnych w zakresie przychodów i rozchodów,
- III.3.2.51 Kontrola interakcji pomiędzy składnikami wybranych leków,
- III.3.2.52 Kontrola interakcji pomiędzy składnikami leków wydanych określone mu pacjentowi,



III.4 ZAKRES: DOKUMENTACJA MEDYCZNA

III.4.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Dokumentacja medyczna”

- III.4.1.1 Możliwość projektowania własnych formularzy dokumentacji medycznej,
- III.4.1.2 Definiowania własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie.
- III.4.1.3 Wyświetlanie, wprowadzanie i drukowanie informacji w ustalonej przez użytkownika postaci (definiowalne formularze oraz edytor wydruków dla badań, konsultacji, itp.).
- III.4.1.4 Wykorzystanie formularzy zaprojektowanych przez użytkownika.
- III.4.1.5 Przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach:
 - III.4.1.5.1 wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
 - III.4.1.5.2 opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
 - III.4.1.5.3 informacje ze skierowania,
 - III.4.1.5.4 skierowania, zlecenia,
 - III.4.1.5.5 planowanie i rezerwacja zleceń z wizyty,
 - III.4.1.5.6 możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
 - III.4.1.5.7 usługi, świadczenia w ramach wizyty,
 - III.4.1.5.8 rozpoznanie (główne, dodatkowe),
 - III.4.1.5.9 zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie),
 - III.4.1.5.10 leki przepisane wg słownika leków, recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept),
 - III.4.1.5.11 wystawione skierowania,
 - III.4.1.5.12 leki podane podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),
 - III.4.1.5.13 możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
 - III.4.1.5.14 wykonane podczas wizyty drobne procedury, nie mające wpływu na rozliczenie pacjenta
 - III.4.1.5.15 inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).



- III.4.1.6 Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt
- III.4.1.7 Możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty
- III.4.1.8 Możliwość wprowadzania opisów wyników badań na definiowalnych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania

III.5 ZAKRES: MODUŁY DODATKOWE

III.5.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Badania histopatologiczne”

- III.5.1.1 Możliwość zdefiniowania dowolnych pracowni w tym:
 - III.5.1.1.1 histopatologii,
 - III.5.1.1.2 cytologii ginekologicznej,
 - III.5.1.1.3 immunohistochemicznej,
 - III.5.1.1.4 cytologii
 - III.5.1.1.5 innych pracowni, w tym zewnętrznych (np. badań cytogenetycznych)
- III.5.1.2 Możliwość wprowadzenia i pielęgnacji słowników:
 - III.5.1.2.1 kontrahenci,
 - III.5.1.2.2 lekarze zewnętrzni,
 - III.5.1.2.3 standardowe komentarze do materiału, od jednostek zlecających
- III.5.1.3 Możliwość:
 - III.5.1.3.1 zatwierdzania wyników własnych,
 - III.5.1.3.2 przeprowadzania badania,
 - III.5.1.3.3 asystowania przy badaniu,
 - III.5.1.3.4 wpisywania wyników do systemu,
 - III.5.1.3.5 drukowania wyników.
- III.5.1.4 Możliwość prowadzenia wielu ksiąg w pracowni.
- III.5.1.5 Możliwość zdefiniowania i pielęgnacji katalogów:
 - III.5.1.5.1 morfologii (w tym kodów SNOMED i ICD-O-3),
 - III.5.1.5.2 topografii (miejsc pobrania, pochodzenia materiału) – powiązany z ICD-O-3,



- III.5.1.5.3 typ badania,
- III.5.1.5.4 czasów realizacji (śródooperacyjne, CITO...),
- III.5.1.5.5 rodzajów materiałów (płyn, wymaz, ...),
- III.5.1.5.6 barwień,
- III.5.1.5.7 wyników badań,
- III.5.1.6 Automatyczne określanie badania na podstawie przesłanych materiałów i skonfigurowanych katalogów.
- III.5.1.7 Możliwość łączenia różnych badań i materiałów na jednym skierowaniu (z konfigurowalnymi ograniczeniami).
- III.5.1.8 Możliwość zlecenia dodatkowych badań poza standardowym (np. markerów immunohistochemicznych).
- III.5.1.9 Możliwość rejestracji automatycznej zlecenia wygenerowanego w module zleceń oddziaływych i ręcznej.
- III.5.1.10 Możliwość rejestracji manualnej. Użytkownik nanosi wszystkie dane pacjenta (dotyczy sytuacji, kiedy pacjent pochodzi spoza jednostki).
- III.5.1.11 Możliwość potwierdzenia odbioru materiału do badania morfologicznego w Zakładzie Patologii wraz z listą osób uprawnionych do takiego potwierdzenia.
- III.5.1.12 Możliwość przeglądania materiałów w wykrawalni według np. pacjenta, topografii, rodzaju materiału.
- III.5.1.13 Możliwość ewidencji do badania wykorzystanych materiałów
:
 - III.5.1.13.1 wycinków (ilość, typ, data, diagnosta),
 - III.5.1.13.2 bloczków (ilość, typ, data, diagnosta),
 - III.5.1.13.3 szkiełek (ilość, typ, data, diagnosta).
- III.5.1.14 Możliwość ewidencji i obsługi konsultacji
- III.5.1.15 Minimalny zakres danych zlecenia:
 - III.5.1.15.1 dane pacjenta,
 - III.5.1.15.2 data zlecenia,
 - III.5.1.15.3 jednostka zlecająca badanie,
 - III.5.1.15.4 lekarz zlecający,
 - III.5.1.15.5 nazwa badania,
 - III.5.1.15.6 rodzaj materiału,



- III.5.1.15.7 topografia pobrania,
- III.5.1.15.8 data pobrania,
- III.5.1.15.9 rozpoznanie kliniczne,
- III.5.1.15.10 pole tekstowe z możliwością wpisania danych klinicznych istotnych do rozpoznania
- III.5.1.15.11 pilność.
- III.5.1.16 Nanoszenie wyników badań:
 - III.5.1.16.1 rozpoznanie wraz z kodem SNOMED lub ICD-O-3 wybieranym z katalogu (jeśli jest dostępny),
 - III.5.1.16.2 typ wyniku (wstępny, końcowy, uzupełnienie do wyniku badania np. wyniki badania receptorów lub badania cytogenetycznego)
 - III.5.1.16.3 możliwość załączenia zdjęć próbek i mikroskopowych,
 - III.5.1.16.4 komentarz do rozpoznania
 - III.5.1.16.5 metoda barwienia,
 - III.5.1.16.6 zastosowane badania dodatkowe np. ultra-strukturalne, cytofluorymetryczne, cytogenetyczne
 - III.5.1.16.7 opisowy wynik badania (makro i mikro) bez ograniczenia ilości stron,
 - III.5.1.16.8 zespół wykonujący badanie: pobierający, diagnozujący, laborant, asystent, sekretarka, lekarz zatwierdzający
 - III.5.1.16.9 dodatkowe pracownice
- III.5.1.17 Obsługa zatwierdzenia wyników przez lekarza:
 - III.5.1.17.1 przegląd wyniku,
 - III.5.1.17.2 wydruk próbny,
 - III.5.1.17.3 konieczność autoryzacji imiennej kodem i hasłem użytkownika.
- III.5.1.18 Przegląd wyników badań według różnych kryteriów:
 - III.5.1.18.1 dane pacjenta,
 - III.5.1.18.2 okres,
 - III.5.1.18.3 badanie,
 - III.5.1.18.4 rozpoznanie,



- III.5.1.19 Możliwość wprowadzania informacji o odbytych zebraniach kliniczno – patologicznych (data zebrania, prowadzący, oddział, omawiane przypadki).
- III.5.1.20 Wydruki i zestawienia:
- III.5.1.20.1 zlecenia,
 - III.5.1.20.2 księgi badań,
 - III.5.1.20.3 listy skierowań dla poszczególnych jednostek kierujących, w wybranym okresie czasu,
 - III.5.1.20.4 listy wyników dla poszczególnych jednostek kierujących, w wybranym okresie czasu,
 - III.5.1.20.5 wprowadzanych danych do systemu przez pracowników (skierowań, wyników).
- III.5.1.21 Podsumowanie pracy diagnostów: liczba ocenionych skierowań i preparatów, zestawienie opóźnień: podsumowanie i szczegółowe.
- III.5.1.22 Zestawienie wykonanych markerów immunohistochemicznych.
- III.5.1.23 Możliwość bieżącej analizy wykonanych badań według:
- III.5.1.23.1 diagnosty,
 - III.5.1.23.2 zakresu dat skierowania,
 - III.5.1.23.3 rodzaju badania,
 - III.5.1.23.4 rodzaju materiału,
 - III.5.1.23.5 topologii materiału (miejsca pobrania),
 - III.5.1.23.6 wyniku.
- III.5.1.24 Ewidencja zdarzeń związanych z obsługą skierowania w pracowni:
- III.5.1.24.1 zlecenie wykonania preparatów,
 - III.5.1.24.2 ewidencja wykonania i przekazania preparatu,
 - III.5.1.24.3 śledzenie przekazywania preparatów w obrębie jednostki i poza nią (wypożyczenia),
- III.5.1.25 Raporty pozwalające podsumować i analizować obsługę preparatów:
- III.5.1.25.1 zakresu dat skierowania,
 - III.5.1.25.2 rodzaju badania.



III.5.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zarządzanie dietami”

- III.5.2.1 Możliwość wyboru diety
- III.5.2.2 Przeliczenie kaloryczności posiłków
- III.5.2.3 Opracowywanie jadłospisu/ gramówki posiłków
- III.5.2.4 Przeliczenie kaloryczności posiłków
- III.5.2.5 Przyjmowanie zleceń z oddziałów
- III.5.2.6 Zapis informacji o rodzaju diet i jej kaloryczności na historii choroby pacjenta

III.5.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Żywienie”

- III.5.3.1 Funkcjonalność list związanych z receptą lekarską (zleceniem).
 - III.5.3.1.1 Dodatkowe filtry pozwalają zawęzić listę wyników do konkretnego oddziału, lekarza kierującego lub pacjenta.
 - III.5.3.1.2 Możliwość przeglądu zleceń archiwalnych
 - III.5.3.1.3 Możliwość przeglądu zleceń do wykonania (lista robocza)
 - III.5.3.1.4 Możliwość przeglądu wykonanych mieszanin
 - III.5.3.1.5 Możliwość przeglądu zaplanowanych mieszanin (dwa sposoby prezentacji: lista robocza i kalendarz)
- III.5.3.2 Funkcjonalność związana z tworzeniem recepty lekarskiej.
 - III.5.3.2.1 Możliwość tworzenia przez lekarza nowego zlecenia pediatrycznego oraz dla osoby dorosłej.
 - III.5.3.2.2 Możliwość tworzenia zlecenia "przez kopiowanie", dla szybkiej korekty parametrów żywienia
 - III.5.3.2.3 Możliwość tworzenia szablonów recept z często wykorzystywanych konfiguracji mieszanin.
 - III.5.3.2.4 Możliwość wykorzystania gotowych mieszanin żywieniowych (RTU)
 - III.5.3.2.5 Automatyczna walidacja recepty względem limitów dostarczonych przez producenta worka RTU



- III.5.3.2.6 Możliwość stworzenia recepty "od zera" z wykorzystaniem wcześniej skonfigurowanych preparatów
- III.5.3.2.7 Automatyczne wyliczenie składu mieszaniny
- III.5.3.2.8 Automatyczna walidacja recepty względem zadanych (konfigurowalnych) limitów
- III.5.3.2.9 Możliwość wprowadzenia uzupełnienia recepty o dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta
- III.5.3.2.10 Możliwość planowania podań w zakresie od jednego dnia do kilku tygodni
- III.5.3.2.11 Dwuetapowy proces zatwierdzenia, rozdział odpowiedzialności między farmaceutę i lekarza kierującego
- III.5.3.2.12 Śledzenie zmian wprowadzonych do recepty przez lekarza i farmaceutę.
- III.5.3.2.13 Możliwość modyfikacji składu recepty przez farmaceutę
- III.5.3.2.14 Możliwość wydruku od jednej do czterech etykiet z możliwością rozdziału preparatów między etykiety.
- III.5.3.3 Funkcjonalność związana z rozliczeniem oddziałów z przekazanych mieszanin
 - III.5.3.3.1 Możliwość rozliczenia mieszanin pochodzących z pojedynczej recepty "per pacjent"
 - III.5.3.3.2 Możliwość rozliczenia zbiorczego "per oddział"
- III.5.3.4 Funkcjonalność związana z konfiguracją dostępnych preparatów
 - III.5.3.4.1 Możliwość prowadzenia bazy dostępnych worków RTU, wraz z ich składem i limitami
 - III.5.3.4.2 Możliwość prowadzenia bazy dostępnych preparatów, wraz z ich składem
 - III.5.3.4.3 Możliwość prowadzenia bazy dostępnych materiałów pomocniczych (skrzykawki, puste worki, dreny)
 - III.5.3.4.4 Możliwość oznaczenia preparatów immunomodulujących
 - III.5.3.4.5 Możliwość określenia preparatu z rozpuszczalnikiem
- III.5.3.5 Funkcjonalność związana z integracją z systemami zewnętrznymi
 - III.5.3.5.1 możliwość używania wspólnego katalogu pacjentów



- III.5.3.5.2 możliwość używania wspólnego katalogu personelu
- III.5.3.5.3 możliwość używania wspólnego katalogu jednostek organizacyjnych
- III.5.3.5.4 możliwość używania wspólnego katalogu produktów handlowych
- III.5.3.5.5 automatyczna aktualizacja stanu apteczki pracowni lub apteki w przypadku zatwierdzania gotowych preparatów
- III.5.3.5.6 udostępnianie danych na potrzeby rozliczeń z NFZ
- III.5.3.5.7 integracja z systemem SSI w zakresie w/w funkcjonalności
- III.5.3.5.8 integracja z systemem Eskulap – Apteka w zakresie w/w funkcjonalności

III.5.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zlecenia do PDM”

- III.5.4.1 Rozbudowa modułu zleceń, o obsługę zleceń do Pracowni Diagnostyczno-Molekularnej o dział Mykobakteriologii

III.5.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Wsparcie zarządzania systemem jakości”

- III.5.5.1 W ramach modułu/grupy funkcjonalności dotyczącej wsparcia zarządzania systemem jakości należy dostarczyć i wdrożyć portal intranetowy, który powinien udostępniać następujące funkcjonalności:
 - III.5.5.2 Kalendarz
 - III.5.5.2.1 Widok kalendarza w układzie miesięcznym, tygodniowym, pięciodniowym, dziennym oraz wykresu Gantta.
 - III.5.5.2.2 Możliwość dodawania aktywności do kalendarza ze wskazaniem ich opisu, czasu trwania, lokalizacji.
 - III.5.5.2.3 Możliwość komentowania aktywności przez osoby posiadające uprawnienia do danej aktywności.
 - III.5.5.2.4 Możliwość definiowania powtórzeń dla aktywności - dzienne, tygodniowe, miesięczne i roczne
 - III.5.5.2.5 Możliwość oznaczania aktywności jako prywatne
 - III.5.5.2.6 Możliwość załączania załączników do aktywności



- III.5.5.2.7 Możliwość zapraszania do aktywności innych użytkowników lub działów
- III.5.5.2.8 Możliwość akceptacji i odrzucania zaproszeń do aktywności oraz podgląd tych statusów przez zapraszającego
- III.5.5.2.9 Podgląd na widoku kalendarza grafika pracy z podsystemu kadrowego systemu informatycznego jednostki z rozróżnieniem grafików planowanych i realizowanych.
- III.5.5.2.10 Możliwość definiowania kalendarzy dla działów firmy dostępnych automatycznie jedynie dla pracowników danego działu
- III.5.5.2.11 Współdzielenie kalendarzy
- III.5.5.2.12 Obsługa dostępu do kalendarza w trybie sekretarza/sekretarki z wyłączeniem aktywności oznaczonych jako prywatne.
- III.5.5.2.13 Synchronizacja z urządzeniami mobilnymi z zainstalowanym systemem Google Android,
- III.5.5.2.14 Możliwość podglądu kalendarza innych użytkowników przez uprawnione osoby
- III.5.5.2.15 Możliwość personalizacji kalendarza przez każdego pracownika
- III.5.5.3 Klient poczty
 - III.5.5.3.1 Zgodność z serwerami pocztowymi obsługującymi IMAP i POP3
 - III.5.5.3.2 Możliwość ograniczenia do obsługi poczty wewnętrznej organizacji
 - III.5.5.3.3 Adresowanie poczty z wykorzystaniem bazy kontaktów (prywatnej i ogólnofirmowej)
 - III.5.5.3.4 Przeszukiwanie poczty wg. adresów, tematów i zawartości wiadomości.
- III.5.5.4 Kontakty
 - III.5.5.4.1 Obsługa kontaktów indywidualnych
 - III.5.5.4.2 Obsługa kontaktów grupowych (np. ordynatorzy, lekarze)
 - III.5.5.4.3 Obsługa kontaktów wspólnych dla całej organizacji.
 - III.5.5.4.4 Możliwość grupowania kontaktów w nieograniczonej strukturze drzewiastej



- III.5.5.4.5 Synchronizacja z urządzeniami mobilnymi z zainstalowanym systemem Google Android,
- III.5.5.4.6 Brak ograniczeń na ilość kontaktów i ilość adresów w ramach kontaktu
- III.5.5.5 Zadania
 - III.5.5.5.1 Obsługa priorytetów
 - III.5.5.5.2 Możliwość definiowania daty ukończenia, ilości godzin planowanych oraz faktycznej ilości godzin zrealizowanych
 - III.5.5.5.3 Możliwość zlecania zadań innym osobom lub działom
 - III.5.5.5.4 Możliwość akceptacji bądź odrzucania wykonania zadania (wielokrotnie) przez zlecającego
- III.5.5.6 Wiadomości błyskawiczne
 - III.5.5.6.1 Możliwość przekazania wiadomości błyskawicznej do innego użytkownika lub działu.
- III.5.5.7 Chat
 - III.5.5.7.1 Możliwość podglądu historii prywatnych rozmów
 - III.5.5.7.2 Rozmowy prywatne, ogólne oraz grupowe
- III.5.5.8 Samoobsługa w sprawach pracowniczych:
- III.5.5.9 Urlopy
 - III.5.5.9.1 Integracja z systemem kadrowym w zakresie wyświetlania ilości dostępnego urlopu.
 - III.5.5.9.2 Składanie wniosku urlopowego z rozróżnieniem na typ (wypoczynkowy, opieka nad dzieckiem, na żądanie, zdrowotny)
 - III.5.5.9.3 Dwupoziomowy system akceptacji wniosków - przez przełożonego oraz pracownika kadr.
 - III.5.5.9.4 Automatyczne przekazywanie zaakceptowanego wniosku do systemu Kadrowego.
 - III.5.5.9.5 Prezentacja zaakceptowanego urlopu jako aktywności na kalendarzu
- III.5.5.10 Obsługa wyjść z pracy (służbowych i prywatnych)
 - III.5.5.10.1 Możliwość zgłaszania wniosków o wyjście
 - III.5.5.10.2 Możliwość akceptacji lub odrzucania wniosków przez przełożonego



- III.5.5.10.3 Prezentacja zaakceptowanego wyjścia jako aktywności na kalendarzu
- III.5.5.11 Baza wiedzy
 - III.5.5.11.1 Publikowanie i przeglądanie bazy wiedzy.
 - III.5.5.11.2 Możliwość organizowania bazy wiedzy w strukturze drzewiastej
 - III.5.5.11.3 Możliwość dodawania obrazów i załączników
 - III.5.5.11.4 Możliwość przeniesienia artykułu do Archiwum Bazy wiedzy
 - III.5.5.11.5 Możliwość przeniesienia katalogu do Archiwum Bazy wiedzy
- III.5.5.12 Zgłoszenia usterek i uwag do dowolnego działu (np. technicznego, IT).
 - III.5.5.12.1 Możliwość wskazania środka trwałego z ewidencji systemu środków trwałych, którego dotyczy zgłoszenie
 - III.5.5.12.2 Możliwość zdefiniowania przez użytkowników pracujących przy zgłoszeniu elementów: planowana data realizacji, pracochętność, planowane i tymczasowe rozwiązanie.
 - III.5.5.12.3 Obsługa statusów realizacji zgłoszenia i komentarza.
 - III.5.5.12.4 Możliwość wydruku zgłoszenia
 - III.5.5.12.5 Możliwość przypisania zgłoszenia do serwisanta
 - III.5.5.12.6 Możliwość ustalenia ostatecznego terminu wykonania zgłoszenia
 - III.5.5.12.7 Wyróżnienie kolorem przeterminowanych zgłoszeń (zgłoszeń, którym minął ostateczny termin wykonania zgłoszenia)
 - III.5.5.12.8 Możliwość ustalenia priorytetu dla zgłoszenia przez osobę obsługującą zgłoszenie
- III.5.5.13 Tablica ogłoszeń
 - III.5.5.13.1 Możliwość tworzenia ogłoszeń ogólnych, jak i dla poszczególnych działów
 - III.5.5.13.2 Możliwość tworzenia ogłoszeń koniecznych do potwierdzenia zapoznania się z treścią przez pracownika
 - III.5.5.13.3 Dostępne zestawienia z listą użytkowników, którzy otworzyli ogłoszenie oraz takich, którzy potwierdzili zapoznanie się z treścią



- III.5.5.14 Zarządzanie zasobami
 - III.5.5.14.1 Możliwość definiowania bazy zasobów z uwzględnieniem możliwości tworzenia grup/typów.
 - III.5.5.14.2 Określony zasób może należeć do wielu grup
 - III.5.5.14.3 Możliwość definiowania zasobów, których rezerwacja nie ma konieczności akceptacji przez zarządzającego zasobami oraz takich z koniecznością akceptacji
 - III.5.5.14.4 Możliwość rezerwacji zasobów przez pracowników poprzez składanie wniosków
 - III.5.5.14.5 Możliwość akceptacji bądź odrzucenia wniosku przez zarządzającego zasobem
 - III.5.5.14.6 Podgląd kalendarza zajętości zasobu
 - III.5.5.14.7 Dostęp do grafiku czasu pracy (planowanego i realizowanego)
 - III.5.5.14.8 Grafiki czasu pracy (planowany i realizowany) w rozbiciu na umowę o pracę i kontrakt
 - III.5.5.14.9 Możliwość wystawienia załącznika do faktury lub rachunku na podstawie zrealizowanego grafika czasu pracy zarejestrowanego w systemie ewidencji czasu pracy.
- III.5.5.15 Bezpieczne repozytorium dokumentów (dalej nazywane Repozytorium)
- III.5.5.16 Dostęp do repozytorium dokumentów:
 - III.5.5.16.1 przez przeglądarkę internetową bez konieczności instalacji dodatkowych komponentów.
 - III.5.5.16.2 bezpośrednio z pakietów biurowych MS Office ,Open Office i Libre Office po zainstalowaniu odpowiedniej wtyczki w powyższym oprogramowaniu
 - III.5.5.16.3 poprzez mapowany zasób sieciowy (protokół WebDav)
- III.5.5.17 Wersjonowanie dokumentów w repozytorium
 - III.5.5.17.1 Repozytorium musi zapewniać automatyczne wersjonowanie dokumentów.
 - III.5.5.17.2 Repozytorium musi zapewnić narzędzia audytowe zapewniające informację kto, kiedy i z jakiego adresu IP: otworzył dokument, modyfikował dokument, skasował dokument, przeniósł dokument, modyfikował meta dane związane z dokumentem.



- III.5.5.17.3 Repozytorium musi umożliwiać nadawanie uprawnień dla dokumentów z dokładnością do ich fragmentów w przypadku dokumentów edytora tekstu MS Office w zakresie co najmniej formatów DOCX, XLSX,.
- III.5.5.17.4 System ochrony dokumentów musi umożliwiać szyfrowanie dokumentów w formatach DOCX i XSLX wyciąganych poza repozytorium, tak aby były one bezużyteczne dla osób nie posiadających odpowiednich uprawnień oraz dedykowanych narzędzi.
- III.5.5.18 System musi pozwalać na precyzyjne określanie uprawnień użytkowników do zabezpieczonych dokumentów i/lub ich fragmentów. Minimalnie system powinien pozwalać na określenie uprawnienia do:
- III.5.5.18.1 przeglądania dokumentu,
 - III.5.5.18.2 edytowania dokumentu,
 - III.5.5.18.3 zmiany uprawnień do dokumentu
- III.5.5.18.4 System ochrony dokumentów musi być zintegrowany z repozytorium dokumentów, m.in. w momencie dodawania dokumentu o danej grupie zabezpieczeń, system powinien automatycznie szyfrować ten dokument oraz wszystkie wygenerowane konwersje. Od tego momentu dokument musi pozostawać jedynie w wersji zaszyfrowanej.
- III.5.5.18.5 System musi dostarczyć narzędzie integrujące się z MS Office umożliwiające pracę z zaszyfrowanymi dokumentami bezpośrednio z poziomu tych aplikacji.
- III.5.5.18.6 System musi umożliwiać pracę off-line z zabezpieczonymi dokumentami.
- III.5.5.18.7 System musi zapewnić okienko informacyjne w razie odmowy dostępu z informacją o przyczynie.
- III.5.5.18.8 System musi zbierać do centralnego serwera informacje audytowe o wszelkich próbach dostępu (także nieudanych próbach) wykonywanych na dokumencie.

III.6 ZAKRES: MODUŁY WSPÓLNE

III.6.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Obsługa urzędzeń mobilnych”

- III.6.1.1 Dokumentacja pielęgnarskiej na urządzeniach mobilnych typu tablet



- III.6.1.2 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać identyfikację pacjenta za pomocą odczytu kodu paskowego z opaski naręcznej i odniesienie rozpoznanego kodu do danych pacjenta.
- III.6.1.3 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać integrację oprogramowania identyfikacji pacjentów pracującym na tabletach.
- III.6.1.4 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać przesyłanie danych wprowadzonych w module mobilnym podczas obchodów, takie jak zlecenia badań laboratoryjnych, karty gorączkowej, dokumenty związane z Kartą indywidualnej opieki pielęgniarskiej, do funkcjonującego w szpitalu systemu.
- III.6.1.5 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać synchronizację i wymianę danych w ramach funkcjonujących w szpitalu punktów dostępowych WiFi.
- III.6.1.6 Moduł/grupa funkcjonalności powinien umożliwiać dostęp do funkcji podglądu następujących typów danych:
- III.6.1.6.1 wykonane badania laboratoryjne,
 - III.6.1.6.2 zabiegi
 - III.6.1.6.3 leki zlecone i podane

III.6.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Identyfikacja pacjenta”

- III.6.2.1 Moduł musi umożliwiać drukowanie opasek za pomocą drukarek, które są przedmiotem zamówienia.
- III.6.2.2 Moduł musi umożliwiać wydruk danych na opasce pacjenta zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku, które nakłada na placówki medyczne obowiązek zaopatrzenia pacjentów „w znak identyfikacyjny, który będzie zawierał informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

III.6.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „E-rejestracja”

- III.6.3.1 E-rejestracja
- III.6.3.2 Rejestracja nowego pacjenta – użytkownika systemu
- III.6.3.3 Rejestracja danych kontaktowych i adresowych pacjentów



- III.6.3.4 Kontrola poprawność formatu danych kontaktowych: adres e-mail, nr telefonu (w celu zapewnienia możliwości automatycznego wysyłania wiadomości)
- III.6.3.5 Podpowiadanie nazw miejscowości i ulic w danych adresowych pacjentów na podstawie słowników
- III.6.3.6 Potwierdzenie rejestracji pacjenta poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez SMS
- III.6.3.7 Potwierdzenie rejestracji pacjenta poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez e-Mail
- III.6.3.8 Aktualizacja danych pacjenta/użytkownika
- III.6.3.9 Opcjonalne wymuszanie zmiany hasła co 30 dni
- III.6.3.10 Przegląd struktury organizacyjnej Jednostki Ochrony Zdrowia w układzie hierarchicznym
- III.6.3.11 Przegląd rejestru personelu realizującego usługi medyczne; prezentacja dostępności personelu (harmonogramy pracy personelu w strukturze organizacyjnej szpitala) w czasie rzeczywistym
- III.6.3.12 Prezentacja w czasie rezerwacji wizyty innych rezerwacji pacjenta (kontrola poprawności terminu rezerwacji względem innych rezerwacji pacjenta)
- III.6.3.13 Możliwość skonfigurowania funkcji potwierdzania rezerwacji wizyty poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez SMS
- III.6.3.14 Przegląd w portalu pacjenta rejestru wizyt realizowanych na rzecz pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana) – moje wizyty
- III.6.3.15 Prezentacja informacji o niepotwierdzonych przez SMS rezerwacjach pacjenta w oknie głównym portalu pacjenta (przy uruchomionym potwierdzaniu wizyty przez kod przesłany za pomocą SMS).
- III.6.3.16 Wysyłanie przez SMS przypomnień o zbliżających się terminach wizyt
- III.6.3.17 Automatyczne wysyłanie wiadomości SMS o zmianie terminu realizacji usługi (wizyty)
- III.6.3.18 Automatyczne wysyłanie wiadomości e-mail o zmianie terminu realizacji usługi (wizyty)



III.6.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Administrator”

III.6.4.1 Dostęp do systemu zabezpieczony jest za pomocą mechanizmów uwierzytelnienia, tzn. każdemu użytkownikowi przypisuje się jednoznaczny, unikalny identyfikator oraz dane służące uwierzytelnieniu (najczęściej hasło lub dodatkowo w niektórych systemach kod alfanumeryczny). Aby uzyskać dostęp do danego systemu użytkownik musi wprowadzić swój identyfikator i przypisane mu dane uwierzytelniające. Ponadto każdy użytkownik ma zdefiniowany odpowiedni do jego roli poziom uprawnień i dostępu do informacji - model RBAC (ang. Role-Based Access Control). Dane (hasła) służące uwierzytelnieniu zna tylko użytkownik i nie podlegają one żadnej ewidencji. Wykonywane przez użytkownika operacje są opatrywane jego identyfikatorem, datą i godziną ich wprowadzenia lub modyfikacji i przechowywane w pliku lub bazie danych z limitem pojemności wynikającym wyłącznie z pojemności bazy danych lub wielkości plików w danym systemie plików. Administrator ma zapewniony czytelny i ustrukturyzowany (np. w formie raportu z różnymi kryteriami wyszukiwania) dostęp do informacji o wszystkich akcjach użytkowników w systemie.

III.6.4.2 Login (identyfikator) użytkownika określa administrator Systemu po stronie Partnera Projektu.

III.6.4.3 W przypadku niewylogowania się użytkownika z systemu i jednoczesnej próbie zalogowania się tego użytkownika na innym terminalu do tego systemu, opcjonalnie następuje automatyczne wylogowanie z sesji z poprzedniego terminala i zalogowanie na kolejnym.

III.6.4.4 W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła są zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej).

III.6.4.5 System posiada mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do systemu.

III.6.4.6 System umożliwia podgląd aktualnie zalogowanych do systemu użytkowników oraz określenia, w jakim module się aktualnie znajduje, jakie otworzył ostatnie okno i jaką wykonał ostatnią czynność w systemie z wyłączeniem modułów związanych z obsługą pacjenta (np. e-rejestracje, e-pacjenci) oraz z wyłączeniem modułów, do których podłączone są urządzenia medyczne.

III.6.4.7 System umożliwia podgląd aktualnie zalogowanych do systemu użytkowników oraz określenia, w jakim module się aktualnie znajduje, jakie otworzył ostatnie okno i jaką wykonał ostatnią czynność w systemie.



III.6.4.8 System zapewnia odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwala na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również posiada łatwość wykonania ich kopii bieżących oraz łatwość odtwarzania z kopii. System jest wyposażony w zabezpieczenia przed nie-autoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia funkcjonują na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych).

III.6.4.9 Każda nowa wersja systemu zawiera /uwzględnia zmiany z wszystkich poprzednich upgradów. Dostępna jest historia zmian (update'ów i upgardów) z opisem, co zostało zmienione w każdej wersji. Wymagana jest również procedura wycofania zmian/upgradu: m.in. cofnięcie aplikacji, cofnięcie bazy, przywracanie kopii w przypadku błędów tzw. Rollback /Fallback. Możliwość odtworzenia prawidłowej struktury bazy danych i aplikacji z kopii bezpieczeństwa wygenerowanej przed upgradem. Dodatkowo Partner Projektu wymaga możliwości przeprowadzania upgradu w środowisku testowym.

III.6.4.10 System umożliwia administratorowi z poziomu aplikacji wprowadzanie i zmianę parametrów pracy aplikacji, w szczególności dotyczących:

- III.6.4.10.1 danych identyfikacyjnych Szpitala,
- III.6.4.10.2 komórek organizacyjnych,
- III.6.4.10.3 zasobów sprzętowych i systemowych,
- III.6.4.10.4 zasobów słownikowych,
- III.6.4.10.5 struktury użytkowników z podziałem na grupy."

III.6.4.11 System umożliwia administratorowi z poziomu aplikacji definiowanie i zmianę praw dostępu dla poszczególnych użytkowników i grup użytkowników z możliwością rozróżnienia praw odczytu i zapisu z dokładnością do poszczególnych:

- III.6.4.11.1 modułów,
- III.6.4.11.2 funkcji,
- III.6.4.11.3 urzędzeń zewnętrznych,
- III.6.4.11.4 raportów,
- III.6.4.11.5 logów"

III.6.4.12 Administrator zarządza słownikiem jednostek struktury organizacyjnej Partnera Projektu na poziomie całego systemu: w tym tworzenie i modyfikacja listy jednostek organizacyjnych (recepce, gabinety, pracownie, oddziały, izby przyjęć, bloki operacyjne, sale, łóżka itp.).



- III.6.4.13 Administrator posiada z poziomu aplikacji możliwość wyboru danych, które mają być monitorowane w logach systemu.
- III.6.4.14 W systemie każdy użytkownik może być przypisany do jednej lub wielu jednostek organizacyjnych, co determinuje dostęp do danych pacjentów przebywających wyłącznie w tych jednostkach.
- III.6.4.15 System umożliwia administratorowi utrzymanie zbioru standardowych raportów (dodawanie, modyfikowanie, usuwanie raportów).
- III.6.4.16 System umożliwia administratorowi zarządzania zbiorami słownikowymi niezbędnymi do funkcjonowania poszczególnych modułów.
- III.6.4.17 Dodawanie użytkowników.
- III.6.4.18 Edytowanie użytkowników.
- III.6.4.19 Usuwanie (zmiana statusu na nieaktywny) użytkowników.
- III.6.4.20 Dostęp administratora do listy uprawnień.
- III.6.4.21 Dodawanie / odbieranie uprawnień użytkownikowi.
- III.6.4.22 Wgląd do listy personelu oraz edycja danych wybranego pracownika.
- III.6.4.23 Nadawanie i odbieranie przez administratora uprawnień wybranym użytkownikom i grupom użytkowników. Modyfikacja uprawnień we wszystkich zakresach.
- III.6.4.24 Możliwość zarządzania uprawnieniami do edycji i wglądu w dane pacjenta dla grupy użytkowników (komórki lub komórki kierujących). Powiązanie grupy użytkowników z oddziałami i pracownikami, do których mają uprawnienia - np. edycja wyników tylko w tych jednostkach, podgląd danych wizyty, itp.). W szczególności użytkownik posiada dostęp do danych pacjenta ze wszystkich hospitalizacji i pobytów na oddziałach poprzedzających przeniesienie na oddział, do którego użytkownik posiada dostęp.
- III.6.4.25 Automatyczne wysyłanie wiadomości e-mail o zmianie terminu realizacji usługi (wizyty)

III.6.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Archiwum Dokumentacji Medycznej”

- III.6.5.1 Generowanie i możliwość wydruku historii choroby na podstawie danych zgromadzonych w systemie,



- III.6.5.2 Generowanie i możliwość wydruku karty Informacyjnej na podstawie danych gromadzonych w systemie,
- III.6.5.3 Generowanie i możliwość wydruku wyników badań dla zadanych kryteriów: pacjent, nazwa badania, komórka organizacyjna (zlecająca/wykonująca), zadany okres czasu,
- III.6.5.4 Generowanie i możliwość wydruku kart obserwacji pacjenta,
- III.6.5.5 Generowanie i możliwość wydruku kart zakażenia, kart drobnoustroju,
- III.6.5.6 Generowanie i możliwość wydruku raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych obserwacji pacjenta,
- III.6.5.7 Generowanie i możliwość wydruku raportów z diagnoz pielęgniarskich,
- III.6.5.8 Generowanie i możliwość wydruku dokumentów typu: zaświadczenie, skierowanie, orzeczenie, itp. wg definiowanych szablonów,
- III.6.5.9 Elastyczne dopasowanie systemu do potrzeb Partnera Projektu w zakresie dokumentowania procesu leczenia:
 - III.6.5.9.1 definiowanie własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie,
 - III.6.5.9.2 wyświetlanie, wprowadzanie i drukowanie informacji w ustalonej przez użytkownika postaci (definiowalne szablony dokumentów oraz edytor wydruków dla badań, konsultacji, itp.).
 - III.6.5.9.3 możliwość prezentacji serii danych w postaci Histogramów,
 - III.6.5.9.4 możliwość kojarzenia definiowanych formularzy z poszczególnymi rodzajami zleceń,
 - III.6.5.9.5 możliwość rejestrowania danych multimedialnych (rysunki, obrazy, dźwięki, itp.).
- III.6.5.10 System powinien przechowywać wszystkie wersje utworzonej i wydrukowanej (lub zarchiwizowanej w archiwum elektronicznym) dokumentacji medycznej,
- III.6.5.11 Wszystkie dokumenty dokumentacji medycznej pacjenta powinny być dostępne w jednym „miejscu” w aplikacji,
- III.6.5.12 Podczas drukowania dokumentu wygenerowanego wcześniej system powinien informować, że nastąpiły zmiany w danych i zaleca się utworzenie nowej wersji dokumentu,



III.6.5.13 Powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami.

III.6.6 Moduł/grupa funkcjonalności: „Raporty”

III.6.6.1 Projektowanie niestandardowych wykazów na podstawie danych dostępnych w modułach medycznych, z ustaleniem:

- III.6.6.1.1 zakresu danych do wykazu,
- III.6.6.1.2 kryteriów selekcji danych do wykazu,
- III.6.6.1.3 kolejności danych wykazu (sortowanie),
- III.6.6.1.4 grupowania danych,

III.6.6.2 Możliwość zapamiętania definicji wykazu – tworzenie własnej biblioteki wykazów,

III.6.6.3 Możliwość prezentacji danych w formacie dowolnego arkusza kalkulacyjnego, HTML

III.7 ZAKRES: LABORATORIUM

III.7.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Punkt Pobrań”

III.7.1.1 Zarządzanie zleceniami na badania laboratoryjne:

- III.7.1.1.1 przyjmowanie zleceń badań laboratoryjnych z modułów/grup funkcjonalności z zakresu Ruch chorych i Przychodnia z możliwością określenia domyślnego punktu pobrań dla zleceniodawcy
- III.7.1.1.2 możliwość wyszukiwania zleceń wg planowanej daty wykonania
- III.7.1.1.3 wyróżnianie zleceń CITO
- III.7.1.1.4 obsługa punktu przyjęcia
- III.7.1.1.5 rejestracja wysłania materiałów
- III.7.1.1.6 oznakowanie pobieranych materiałów kodem kreskowym.
- III.7.1.1.7 rejestracja w systemie pobranych materiałów.
- III.7.1.1.8 automatyczne odnotowanie daty i godziny pobrania,
- III.7.1.1.9 odnotowanie osoby pobierającej materiał



III.7.1.2 Przekazywanie elektronicznego potwierdzenia pobrania materiału do zleceniodawców modułów/grup funkcjonalności z zakresu Ruch chorych i Przychodnia oraz do modułu/grupy funkcjonalności Laboratorium.

III.8 ZAKRES: PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA

III.8.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Pracownia diagnostyczna”

III.8.1.1 Obsługa skorowidza pacjentów:

III.8.1.1.1 wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów,

III.8.1.2 Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w zakładach diagnostycznych, wyników badań,

III.8.1.3 Planowanie wizyt w oparciu o Księgę Oczekujących:

III.8.1.3.1 możliwość realizacji zleceń wewnętrznych z innych jednostek organizacyjnych Szpitala,

III.8.1.3.2 możliwość realizacji zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów),

III.8.1.3.3 możliwość wydruku Księgi Oczekujących.

III.8.1.4 Przegląd listy zaplanowanych badań.

III.8.1.5 Rejestracja pacjenta:

III.8.1.5.1 wprowadzenie danych ze skierowania

III.8.1.5.2 Przyjęcie należności w przypadku pacjenta

III.8.1.6 Przegląd i wydruk listy zarejestrowanych pacjentów,

III.8.1.7 Obsługa listy pacjentów zarejestrowanych do Pracowni (w ramach zleceń z Rejestracji lub innej jednostki organizacyjnej Szpitala)

III.8.1.8 Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w zakładach, wyników badań,

III.8.1.9 Ewidencja elementów badania wykonanego pacjentowi:

III.8.1.9.1 procedury,

III.8.1.9.2 podane leki,

III.8.1.9.3 zużyte materiały.

III.8.1.9.4 autoryzacja wyników badań,

III.8.1.10 Obsługa Księgi Pracowni,



- III.8.1.11 Statystyka badań wykonanych w pracowni za zadany okres z uwzględnieniem rodzajów badań
- III.8.1.12 Wpisywanie wyników badań:
 - III.8.1.12.1 wynik opisowy badania (możliwość używania szablonów i wzorców),
 - III.8.1.12.2 możliwość wydruku wyniku,
 - III.8.1.12.3 możliwość wydruku zestawień zbiorczych obejmujący rodzaj i liczbę wykonanych badań za zadany okres
- III.8.1.13 Możliwość realizacji wizyty przez lekarza i technika jednocześnie z podziałem na osobę wykonującą badanie i opisującą badanie.
- III.8.1.14 Możliwość prowadzenia podręcznego magazynu materiałów np. klisz oraz odnotowania ich zużycia
- III.8.1.15 Definiowanie szablonów badań wraz z ich składnikami
- III.8.1.16 Możliwość załączenia obrazu w formie dowolnego pliku,
- III.8.1.17 Możliwość wywołania przeglądu obrazu za pomocą domyślnej przeglądarki.
- III.8.1.18 Integracja z innymi modułami systemu medycznego:
 - III.8.1.18.1 pełna automatyczna współpraca z elementem/modułem obsługującym apteczkę/magazynek oddziałowy w zakresie ewidencji zużytych leków
 - III.8.1.18.2 współpraca z pozostałymi systemami/modułami medycznymi

III.9 ZAKRES: SYSTEM INFORMACJI ZARZĄDCZEJ

III.9.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „System informacji zarządczej”

- III.9.1.1 Moduł powinien umożliwiać definiowanie szablonów raportów.
- III.9.1.2 Moduł powinien umożliwiać wielokrotne tworzenie raportów na podstawie raz stworzonego szablonu.
- III.9.1.3 Moduł powinien umożliwiać swobodną definicję kryteriów generowania raportu.
- III.9.1.4 Moduł powinien umożliwiać stworzenie dowolnej liczby kryteriów.



- III.9.1.5 Moduł powinien umożliwiać stworzenie kryteriów na podstawie dowolnych pól zdefiniowanych w bazie danych.
- III.9.1.6 Moduł powinien umożliwiać dowolną kombinację kryteriów za pomocą operatorów „lub” oraz „i”.
- III.9.1.7 Moduł powinien umożliwiać publikowanie szablonów raportów.
- III.9.1.8 Moduł powinien umożliwiać zamieszczenie na wygenerowanym raporcie dowolnych atrybutów spełniających zadane kryteria.
- III.9.1.9 Moduł powinien umożliwiać elastyczne definiowanie wyglądu raportu.
- III.9.1.10 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportów zawierających podsumowania częściowe i całkowite.
- III.9.1.11 Moduł powinien umożliwiać umieszczanie dowolnych elementów (tekstów statycznych, wartości pól bazy danych lub wartości obliczonych na podstawie pól bazy danych) w dowolnych miejscach w generowanym raporcie.
- III.9.1.12 Moduł powinien umożliwiać definiowanie nagłówka oraz stopki raportu.
- III.9.1.13 Moduł powinien umożliwiać definiowanie nagłówka oraz stopki raportu.
- III.9.1.14 Moduł powinien umożliwiać sortowanie danych na raporcie wg dowolnej kombinacji prezentowanych wartości.
- III.9.1.15 Moduł powinien umożliwiać grupowanie danych na raporcie wg dowolnej kombinacji prezentowanych wartości.
- III.9.1.16 Moduł powinien umożliwiać grupowanie danych wg interwałów (np. miesięcy lub tygodni).
- III.9.1.17 Moduł powinien umożliwiać przechowywanie listy wygenerowanych raportów wraz z kopiami tych raportów.
- III.9.1.18 Moduł powinien umożliwiać zdefiniowanie różnych źródeł danych dla generowanych raportów.
- III.9.1.19 Moduł powinien umożliwiać wybór źródła danych w czasie tworzenia szablonu raportu.
- III.9.1.20 Moduł powinien umożliwiać eksport raportu do następujących formatów: xls, xlsx, rtf, pdf, html, xml.



- III.9.1.21 Moduł powinien umożliwiać stworzenie parametryzowanych raportów, czyli takich, dla których część kryteriów jest predefiniowana, a część podawana przez użytkownika w momencie generowania raportu.
- III.9.1.22 Moduł powinien umożliwiać tworzenie wykresów (słupkowych, kołowych, liniowych) na podstawie danych wybranych w taki sam sposób jak dane dla raportów.
- III.9.1.23 Moduł powinien umożliwiać wydruk raportów.
- III.9.1.24 Moduł powinien umożliwiać graficzne definiowanie powiązań pomiędzy tabelami bazy danych.
- III.9.1.25 Moduł powinien umożliwiać tworzenie raportów zawierających na jednym szablonie dane z różnych baz danych.
- III.9.1.26 Moduł powinien umożliwiać definiowanie kryteriów za pomocą techniki przeciągnij i upuść.
- III.9.1.27 Moduł powinien umożliwiać definiowanie wyglądu raportu za pomocą edytora WYSIWYG.
- III.9.1.28 Moduł powinien umożliwiać dostęp z poziomu przeglądarki internetowej co najmniej na poziomie generowania raportów.
- III.9.1.29 Moduł powinien być oparty o technologię Microsoft .NET.
- III.9.1.30 Moduł powinien umożliwiać dostęp tylko dla autoryzowanych i uwierzytelnionych użytkowników.
- III.9.1.31 Moduł powinien umożliwiać przydzielanie uprawnień do generowania raportów wg poszczególnych szablonów.
- III.9.1.32 Moduł powinien umożliwiać użycie w raportach parametrów predefiniowanych - przez administratora systemu - pozwalających dostosować dostęp użytkownika do parametrów zgodnie z jego uprawnieniami
- III.9.1.33 Moduł powinien umożliwiać zdefiniowanie na poziomie szablonu parametrów niewymagalnych (podlegających włączaniu/wyłączeniu z kryteriów)
- III.9.1.34 Moduł powinien umożliwiać obsługę historii raportów wg uprawnień zalogowanego użytkownika (widok wszystkich raportów do których użytkownik ma uprawnienia) lub podgląd jedynie tych przez niego wykonanych. Administrator zawsze widzi pełną historię.
- III.9.1.35 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: lista pacjentów na oddziałach z ICD10 i ICD9 zbiorczy- Raport zawiera średnią liczbę dni pobytu na oddziale dla wybranej procedury. Raport uwzględnia wszystkie pobyty pacjenta.



- III.9.1.36 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg typu porad- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradni z podziałem na typy porad (kompleksowa, specjalistyczna itp.). W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- III.9.1.37 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg typu porad- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradni z podziałem na typy porad (kompleksowa, specjalistyczna itp.). W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- III.9.1.38 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg wieku- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradniach z podziałem na wiek pacjenta. W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- III.9.1.39 Moduł powinien umożliwiać generowanie: Raport z izby przyjęć- Statystyka Izby Przyjęć.
- III.9.1.40 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Szczegóły JGP- Raport przedstawia podstawowe informacje na temat wybranej grupy JGP.
- III.9.1.41 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów szczegółowo- Lista pacjentów, którzy w wybranym okresie mają odnotowaną w systemie wizytę oraz mają wpisane dane rozliczeniowe NFZ.
- III.9.1.42 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Lista pacjentów na oddziałach z ICD10 i ICD9- Raport zawiera szczegółowe dane pacjentów przebywających na oddziałach wraz z rozpoznaniami i listą wykonanych procedur. Jednym z parametrów jest kod procedury. Raport uwzględnia wszystkie pobyty pacjenta.
- III.9.1.43 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Lista pacjentów z danymi rozliczeniowymi- Raport zawiera dane pacjentów wypisanych ze szpitala wraz z danymi rozliczeniowymi.
- III.9.1.44 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg lekarza- Raport zawiera liczbę pacjentów przyjętych przez poszczególnych lekarzy w poradniach. W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.



- III.9.1.45 Moduł powinien umożliwiać dowolną ilość raportów skonfigurowanych wg wytycznych Partnera Projektu.
- III.9.1.46 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg płci- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradniach z podziałem na mężczyzn i kobiety. W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- III.9.1.47 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg rodzaj wizyty- Raport zawiera liczbę przyjętych pacjentów w poradniach z podziałem na pacjentów pierwszorazowych i kontynuujących leczenie.
- III.9.1.48 W raporcie uwzględniono tylko te wizyty, w których wpisano dane rozliczeniowe do NFZ.
- III.9.1.49 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów wg jednostki kierującej- Raport zawiera liczbę porad udzielonych w danej poradni zależnie od jednostki kierującej.
- III.9.1.50 Moduł powinien umożliwiać generowanie raportu: Lista pacjentów na oddziałach z określonym rozpoznaniem- Raport prezentujący listę pacjentów na oddziałach z określonym rozpoznaniem w określonym zakresie dat wypisu.
- III.9.1.51 Moduł analizy on-line:
- III.9.1.52 Moduł powinien umożliwiać operowanie na tabelach przestawnych
- III.9.1.53 Moduł powinien umożliwiać wykonywanie operacji drill-up i drill-down na danych w raportach i wykresach oraz pozwala użytkownikom na zmianę w trakcie analizy jej kierunku.
- III.9.1.54 Moduł powinien umożliwiać zapamiętanie układu indywidualnie dla każdego użytkownika.
- III.9.1.55 Harmonogram:
- III.9.1.56 Moduł powinien umożliwiać automatyczne generowanie raportów w oparciu o wskazany harmonogram i dostarczanie ich zdefiniowanym przez użytkownika adresatom poprzez e-mail i/lub eksport wyników do zdefiniowanego zasobu w formatach: pdf, rtf, html, xls lub xlsx.
- III.9.1.57 Moduł powinien umożliwiać powtarzanie realizacji zadań harmonogramu w przypadku wystąpienia błędu z jednoczesnym przesłaniem monitu do zdefiniowanej listy adresatów.



III.9.1.58 Moduł powinien umożliwiać rozdzielania zadań do niezależnych kolejek realizacji (wykonanie asynchroniczne).

III.9.1.59 Moduł powinien umożliwiać podgląd zdefiniowanych zadań wraz z aktualnym stanem ich realizacji