



**ZAŁĄCZNIK NR 9.23.SSI DO SIWZ
CENTRUM LECZNICZO-REHABILITACYJNE I MEDYCYNY PRACY ATTIS SP. Z
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

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

Niniejszy załącznik składa się z 66 ponumerowanych stron

Warszawa, dnia 14.01.2015 r.

Spis treści

Spis treści.....	1
Rozdział I. Założenia początkowe oraz wymagania ogólne.	3
I.1 Wymogi dotyczące interoperacyjności lub migracji dla oferowanego SSI.	3
I.1.4 Wymagany stan docelowy:.....	4
I.2 ZAKRES: WYMAGANIA OGÓLNE.....	4
Rozdział II. Wymagana, docelowa funkcjonalność SSI w przypadku rozbudowy istniejącego o dodatkowe moduły, jego wymiany lub dostawy nowego.....	9
II.1 ZAKRES: WSPÓLNE	9
II.1.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Administrator”	9
II.1.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zlecenia”	12
II.1.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Recepty”	16
II.1.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zakażenia”	20
II.2 ZAKRES: APTEKA.....	23
II.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteczka oddziałowa”	23
II.2.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteka”	24
II.3 ZAKRES: PRZYCHODNIA.....	29
II.3.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rehabilitacja”	29
II.3.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Gabinet lekarski”	30
II.3.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rejestracja przychodni”	33
II.4 ZAKRES: RUCH CHORYCH	36
II.4.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Izba Przyjęć”	36
II.4.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Oddział”	37
II.4.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Statystyka medyczna i archiwum”	48
II.4.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rozliczenia z NFZ”	55
II.4.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Blok operacyjny”	57
II.5 ZAKRES: MODUŁY DODATKOWE.....	61
II.5.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Wsparcie zarządzania systemem jakości”	61



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.

Aktualnie Partner Projektu posiada oprogramowanie Medicus Online firmy IMPULSY.

I.1.5 Wymagany stan docelowy:

Partner Projektu oczekuje wymiany obecnie użytkowanego Zintegrowanego Szpitalnego Systemu Informatycznego szpitala poprzez dostarczenie systemu , którego funkcjonalności wyszczególnione zostały w opisie przedmiotu zamówienia.

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 w części medycznej (przynajmniej moduły podstawowe: Izba Przyjęć, Oddział, Zlecenia, Poradnia (gabinet i Rejestracja), Blok Operacyjny) działa w architekturze trójwarstwowej oraz wszystkie moduły pochodzą od jednego producenta.
- I.2.1.4 System jest zintegrowany pod względem przepływu informacji - informacja raz wprowadzona do systemu w jakimkolwiek z modułów jest wielokrotnie wykorzystywana we wszystkich innych
- I.2.1.5 System posiada konstrukcję modułową ze ściśle zdefiniowanymi powiązaniem i interfejsami międzymodułowymi oraz posiada możliwość rozbudowy
- I.2.1.6 System zapewnia poprawną jednoczesną pracę co najmniej 300 użytkowników na oferowanym przez Wykonawcę serwerze i motorze bazy danych
- I.2.1.7 Zastosowany w oferowanym rozwiązaniu motor bazy danych musi posiadać: możliwość parametryzacji pracy, musi być dostępny na różne platformy sprzętowo systemowe serwera, musi być wielodostępny, wieloużytkownikową, wielowersyjną, transakcyjną bazą danych
- I.2.1.8 System posiada możliwość pracy użytkowej przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu
- I.2.1.9 System ma możliwość realizacji kopii bezpieczeństwa w trakcie działania systemu



- I.2.1.10 W systemie jest możliwy podgląd wszystkich dostępnych raportów
- I.2.1.11 Interfejs użytkownika jest oparty na standardzie GUI Windows
- I.2.1.12 Pola obowiązkowe, opcjonalne i wypełniane automatycznie muszą być jednoznacznie rozróżnialne przez użytkownika (np. inny kształt, kolor, itp.)

- I.2.1.13 System musi być bezpośrednio zintegrowany z systemem „eWus”
 - I.2.1.13.1 pozwalać na sprawdzenie ubezpieczenia pacjenta podczas przyjęcia do szpitala.
 - I.2.1.13.2 pozwalać na sprawdzenie ubezpieczenia pacjenta podczas przyjęcia do przychodni.
- I.2.1.14 Ubezpieczenia pacjentów są sprawdzane automatycznie do końca hospitalizacji oraz w dniu zaplanowanej wizyty przed jej rozpoczęciem.
- I.2.1.15 System będzie w bezpieczny sposób przechowywał i umożliwiał użytkownikowi zarządzanie – zmianę – hasła w EWUŚ bez konieczności używania dodatkowego oprogramowania np. SZOI.
- I.2.1.16 System będzie przypominał o kończącym się terminie ważności hasła w EWUŚ i proponował jego zmianę
- I.2.1.17 System będzie dostarczony z niezbędnymi do jego funkcjonowania słownikami (w tym ICD-9, ICD-10 i/lub innymi określonymi przepisami prawa), które muszą być uzupełnione w trakcie wdrożenia zgodnie z wytycznymi Partnera Projektu. System słowników musi zawierać mechanizmy do ich automatycznej aktualizacji. Słowniki będą wersjonowane ze wskazaniem dat ich obowiązywania.
- I.2.1.18 System umożliwia administratorowi utrzymanie przynajmniej następujących zbiorów słownikowych:
 - I.2.1.18.1 rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-10,
 - I.2.1.18.2 procedur zgodnie z klasyfikacją ICD-9,
 - I.2.1.18.3 kodów terytorialnych,
 - I.2.1.18.4 gmin,



- I.2.1.18.5 powiatów,
 - I.2.1.18.6 województw,
 - I.2.1.18.7 płatników (w tym oddziałów NFZ) i umów z nimi zawartych,
 - I.2.1.18.8 katalogów urzędzeń diagnostycznych,
 - I.2.1.18.9 katalogów badań,
 - I.2.1.18.10 cenników,
 - I.2.1.18.11 leków i środków ochrony zdrowia
 - I.2.1.18.12 innych słowników zgodnie z obowiązującymi wymogami
- I.2.1.19 System będzie dostarczony z niezbędnymi do jego funkcjonowania słownikami (w tym ICD-9, ICD-10 i/lub innymi określonymi przepisami prawa), które muszą być uzupełnione w trakcie wdrożenia zgodnie z wytycznymi Partnera Projektu.
- I.2.1.20 System słowników musi zawierać mechanizmy do ich automatycznej aktualizacji. Słowniki będą wersjonowane ze wskazaniem dat ich obowiązywania.
- I.2.1.21 System umożliwia administratorowi utrzymanie przynajmniej następujących zbiorów słownikowych:
- I.2.1.21.1 rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-10,
 - I.2.1.21.2 procedur zgodnie z klasyfikacją ICD-9,
 - I.2.1.21.3 kodów terytorialnych,
 - I.2.1.21.4 gmin,
 - I.2.1.21.5 powiatów,
 - I.2.1.21.6 województw,
 - I.2.1.21.7 płatników (w tym oddziałów NFZ) i umów z nimi zawartych,
 - I.2.1.21.8 katalogów urzędzeń diagnostycznych,
 - I.2.1.21.9 katalogów badań,
 - I.2.1.21.10 cenników,
 - I.2.1.21.11 leków i środków ochrony zdrowia
 - I.2.1.21.12 innych słowników zgodnie z obowiązującymi wymogami



- I.2.1.22 Obsługa ubezpieczeń zdrowotnych.
- I.2.1.23 System zapewni pełną obsługę i rejestrowanie wszystkich możliwych rodzajów ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie wymogami NFZ,
- I.2.1.24 System zapewni automatyczną weryfikację w systemie EWUŚ Pacjentów z terenu UE i spoza niej.
- I.2.1.25 System musi zgodnie z zaleceniami NFZ w godzinach nocnych weryfikować i pobierać potwierdzenia ubezpieczeń dla pacjentów aktualnie przybywających w szpitalu oraz zapisanych na aktualny dzień na konsultacje i badania (sprawdzenie dla danego dnia następuje w godzinach od północy do otwarcia ambulatorium).
- I.2.1.26 Wyniki automatycznej weryfikacji muszą być niezwłocznie w postaci raportu wysłane na wskazany adres email i zawierać co najmniej:
 - I.2.1.26.1 datę i godzinę rozpoczęcia i zakończenia weryfikacji,
 - I.2.1.26.2 ilości pacjentów do sprawdzenia i sprawdzonych,
 - I.2.1.26.3 ilości pacjentów którym potwierdzono i nie potwierdzono ubezpieczenia
- I.2.1.27 Możliwe jest szczegółowe zestawienie pacjentów którzy:
 - I.2.1.27.1 nie posiadają numeru pesel,
 - I.2.1.27.2 nie odnaleziono ich w centralnym rejestrze,
- I.2.1.28 Szczegółowe zestawienie pacjentów którym NFZ nie potwierdza uprawnień ze wskazaniem pobytu lub zapisu w terminarzu ambulatorium które było powodem weryfikacji.
- I.2.1.29 System umożliwi rejestrację i wydruk oświadczenia pacjenta o posiadanym ubezpieczeniu zdrowotnym bezpośrednio z aplikacji.
- I.2.1.30 System musi zawierać ergonomiczny mechanizm dodawania i edycji danych osobowych pacjenta dostępny na każdym etapie obsługi:
 - I.2.1.30.1 unikalny identyfikator
 - I.2.1.30.2 nr historii choroby
 - I.2.1.30.3 nazwisko, nazwisko rodowe
 - I.2.1.30.4 imię pierwsze i drugie
 - I.2.1.30.5 pesel
 - I.2.1.30.6 informacja o obecności karty papierowej w archiwum
 - I.2.1.30.7 typ i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość



- I.2.1.30.8 data urodzenia (uzupełniana automatycznie gdy obecny pesel)
 - I.2.1.30.9 miejsce urodzenia
 - I.2.1.30.10 płeć (uzupełniana automatycznie gdy obecny pesel)
 - I.2.1.30.11 imiona i nazwiska rodowe rodziców
 - I.2.1.30.12 obywatelstwo
 - I.2.1.30.13 pełny adres zamieszkania (przy wsparciu słownika kodów terytorialnych)
 - I.2.1.30.14 adres do korespondencji
 - I.2.1.30.15 telefon domowy, do pracy, komórkowy
 - I.2.1.30.16 adres email
 - I.2.1.30.17 informacja o stopniu niepełnosprawności
 - I.2.1.30.18 powiązanie z danymi członków rodziny ze wskazaniem na płatnika w przypadku dzieci
 - I.2.1.30.19 uwagi i inne notatki dot. pacjenta
- I.2.1.31 System umożliwiać musi przegląd historii zmian danych osobowych i sygnalizować braki w wymagalnych elementach.

Rozdział II. Wymagana, docelowa funkcjonalność SSI w przypadku rozbudowy istniejącego o dodatkowe moduły, jego wymiany lub dostawy nowego.

SSI – Wymagania funkcjonalne w podziale moduły/grupy funkcjonalności związane z gromadzeniem danych Medycznych

II.1 ZAKRES: WSPÓLNE

II.1.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Administrator”

II.1.1.1 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.

II.1.1.2 Login (identyfikator) użytkownika określa administrator Systemu po stronie Partnera Projektu.

II.1.1.3 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.

II.1.1.4 W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła są zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej).



- II.1.1.5 System posiada mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do systemu.
- II.1.1.6 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.
- II.1.1.7 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).
- II.1.1.8 Każda nowa wersja systemu zawiera /uwzględnia zmiany z wszystkich poprzednich upgradów. Dostępna jest historia zmian (update'ów i upgrade'ów) z opisem, co zostało zmienione w każdej wersji. Wymagana jest również procedura wycofania zmian/upgrade'u: 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 upgrade'm. Dodatkowo Partner Projektu wymaga możliwości przeprowadzania upgrade'u w środowisku testowym.
- II.1.1.9 System umożliwia administratorowi z poziomu aplikacji wprowadzanie i zmianę parametrów pracy aplikacji, w szczególności dotyczących:
- II.1.1.9.1 danych identyfikacyjnych Szpitala,
 - II.1.1.9.2 komórek organizacyjnych,
 - II.1.1.9.3 zasobów systemowych,
 - II.1.1.9.4 zasobów słownikowych,
 - II.1.1.9.5 struktury użytkowników z podziałem na grupy."
- II.1.1.10 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:
- II.1.1.10.1 modułów,
 - II.1.1.10.2 funkcji,



- II.1.1.10.3 raportów,
- II.1.1.10.4 logów"
- II.1.1.11 Administrator zarządza słownikiem jednostek struktury organizacyjnej Partnera Projektu na poziomie całego systemu: w tym tworzenie i modyfikacja listy jednostek organizacyjnych (recepce, rejestracje, gabinety, pracownie, oddziały, izby przyjęć, bloki operacyjne, sale, łóżka itp.).
- II.1.1.12 Administrator posiada z poziomu aplikacji możliwość wyboru danych, które mają być monitorowane w logach systemu.
- II.1.1.13 W systemie każdy użytkownik może być przypisany do jednej lub wielu jednostek organizacyjnych, co determinuje dostęp do danych pacjentów przebywających wyłącznie w tych jednostkach.
- II.1.1.14 System umożliwia administratorowi utrzymanie zbioru standardowych raportów (dodawanie, modyfikowanie, usuwanie raportów).
- II.1.1.15 System umożliwia administratorowi zarządzania zbiorami słownikowymi niezbędnymi do funkcjonowania poszczególnych modułów.
- II.1.1.16 Dodawanie użytkowników.
- II.1.1.17 Edytowanie użytkowników.
- II.1.1.18 Usuwanie (zmiana statusu na nieaktywny) użytkowników.
- II.1.1.19 Dostęp administratora do listy uprawnień.
- II.1.1.20 Dodawanie / odbieranie uprawnień użytkownikowi.
- II.1.1.21 Wgląd do listy personelu oraz edycja danych wybranego pracownika.
- II.1.1.22 Nadawanie i odbieranie przez administratora uprawnień wybranym użytkownikom i grupom użytkowników. Modyfikacja uprawnień we wszystkich zakresach.
- II.1.1.23 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 pobyków na oddziałach poprzedzających przeniesienie na oddział, do którego użytkownik posiada dostęp.



II.1.1.24 Automatyczne wysyłanie wiadomości e-mail o zmianie terminu realizacji usługi (wizyty)

II.1.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zlecenia”

II.1.2.1 Zlecenie usług z wykorzystaniem zdefiniowanych przez użytkownika w systemie formularzy zleceń.

II.1.2.2 Określenie dowolnej liczby jednostek i komórek: zlecających, wykonujących zlecenia.

II.1.2.3 Zlecenie jednorazowe (w tym CITO) i cykliczne (stałe).

II.1.2.4 Definiowanie formularzy zleceń m.in. na:

II.1.2.4.1 Diety,

II.1.2.4.2 Leki,

II.1.2.4.3 Opatrunki,

II.1.2.4.4 Wykonania badań diagnostycznych i laboratoryjnych,

II.1.2.4.5 Zabiegi, w tym rehabilitacyjne

II.1.2.4.6 Konsultacje,

II.1.2.4.7 Transport sanitarny

II.1.2.5 Prezentacja uprzednio wykonanych oraz aktualnie wykonywanych dla pacjenta zleceń w momencie zlecenia.

II.1.2.6 Przypisanie kosztów poszczególnym zleceniom, z możliwością administracyjnego włączenia/wyłączenia ich prezentowania podczas zlecenia.

II.1.2.7 Powtarzanie zleceń na podstawie poprzednich.

II.1.2.8 Definiowanie pakietów zleceń. Pakiety zleceń powinny być definiowane według typu (np. zlecenie leku lub diety nie może trafić do laboratorium). Zlecać można:

II.1.2.8.1 Diety,

II.1.2.8.2 Leki,

II.1.2.8.3 Opatrunki,

II.1.2.8.4 Wykonania badań diagnostycznych i laboratoryjnych,

II.1.2.8.5 Zabiegi, w tym rehabilitacyjne

II.1.2.8.6 Konsultacje,

II.1.2.8.7 Transport sanitarny



- II.1.2.9 Korzystanie ze zdefiniowanych przez użytkownika w systemie szablonów i ich wydruków (skierowanie, wyniki, itp.) w ramach danego zlecenia.
- II.1.2.10 Zapisanie w ramach zlecenia istotnych informacji diagnostycznych (automatycznie i manualnie):
 - II.1.2.10.1 rozpoznanie,
 - II.1.2.10.2 co badanie ma wyjaśnić.
- II.1.2.11 Oznakowanie wybranych typów zleceń (np. zlecenia do Laboratorium Diagnostycznego) kodem kreskowym z dodatkową informacją tekstową, w szczególności:
 - II.1.2.11.1 imię i nazwisko,
 - II.1.2.11.2 data i godzina zlecenia,
 - II.1.2.11.3 ID Szpitalny,
 - II.1.2.11.4 PESEL,
 - II.1.2.11.5 nr książki głównej.
- II.1.2.12 Oznakowanie materiału diagnostycznego kodem badania.
- II.1.2.13 Wycofanie zlecenia zarówno ze strony jednostki zlecającej jak i przyjmującej z podaniem przyczyny.
- II.1.2.14 Wyświetlanie zleceń według wybranego przedziału czasu.
- II.1.2.15 Wyszukiwanie zleceń wg zadanych parametrów, w szczególności:
 - II.1.2.15.1 data zlecenia,
 - II.1.2.15.2 jednostka wykonująca,
 - II.1.2.15.3 personel zlecający,
 - II.1.2.15.4 personel wykonujący.
- II.1.2.16 Przegląd pacjentów (zleceń) do przyjęcia w danym dniu oraz wyszukiwanie wg innych zadanych kryteriów.
- II.1.2.17 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.
- II.1.2.18 Graficzna prezentacja wyników badań laboratoryjnych m.in. w postaci wykresów na osi czasu.



- II.1.2.19 Korelacja wyników badań diagnostycznych z dawkami leków np.: poziom glukozy we krwi a dawki insuliny. Możliwość prezentacji na jednym ekranie leków i wyników.
- II.1.2.20 Wysłanie zlecenia do dowolnej jednostki i komórki organizacyjnej szpitala (w tym pracownia diagnostyczna, laboratorium, gabinet zabiegowy, itp.) elektronicznie w ramach modułu.
- II.1.2.21 Powtórny wydruk skierowania w razie potrzeby, z odnotowaniem tego faktu na wydruku.
- II.1.2.22 Wydruk wyników.
- II.1.2.23 Automatyczny odbiór wyników przez jednostki zlecające.
- II.1.2.24 Procedury zleczone z wykorzystaniem modułu zleceń automatycznie aktualizują Kartę Statystyczną.
- II.1.2.25 Wprowadzanie wyników realizacji zlecenia w jednostce zlecającej w przypadku braku połączenia z jednostkami wykonującymi.
- II.1.2.26 Dostęp do archiwalnych wyników badań oraz możliwość ich wydruku.
- II.1.2.27 Monitorowanie stanu realizacji zlecenia (w tym minimum zleczone, przyjęte do realizacji, realizowane, zakończone).
- II.1.2.28 Oznaczenie nowych zleceń nie przyjętych jeszcze do realizacji w wyróżniający się sposób (np. kolor, miganie).
- II.1.2.29 Możliwość nie wyświetlania zrealizowanych zleceń na listach roboczych,
- II.1.2.30 Zlecenia diagnostyki medycznej, konsultacji do poradni, zabiegów rehabilitacyjnych będą zapisami w grafikach gabinetów i pracowni
- II.1.2.31 Wykorzystania danych ze zleceń do rachunku kosztów.
- II.1.2.32 Automatyczne wyświetlenie listy zleceń do realizacji dla osoby realizującej zlecenia (np. pielęgniarki) z podziałem na personel i komórkę organizacyjną.
- II.1.2.33 Możliwość przechowywania skanowanych kart anestezyjologicznych.
- II.1.2.34 Możliwość automatycznej aktualizacji stanów magazynowych apteczek bloku operacyjnego i anestezyjologicznych na podstawie zewidencjonowanego zużycia.
- II.1.2.35 Zlecenia do laboratorium wybierane są z listy najczęściej stosowanych badań oraz rozwijalnej zakładki "więcej".



- II.1.2.36 Zlecenia na badania do zewnętrznych jednostek (tzw. "badania wysyłane"), z możliwością zwrotnego wprowadzenia wyniku m.in. sposobem ręcznym lub przez zeskanowanie wyniku.
- II.1.2.37 Zlecenie konsultacji lekarzowi z innego oddziału Jednostki organizacyjnej.
- II.1.2.38 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."
- II.1.2.39 Podpisywanie zleceń podpisem kwalifikowanym lub elektronicznym zwykłym przez lekarza zlecającego oraz personel wykonujący.
- II.1.2.40 Podział zleceń na kategorie, dopasowane do danego oddziału/jednostki organizacyjnej, np.:
- II.1.2.40.1 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.
 - II.1.2.40.2 Podział leków na dożylny, doustny, czopki, inhalacje, maści, tabletki
 - II.1.2.40.3 rozpuszczona, musi być wyraźny (tj. inny kolor czcionki, inną ikoną, itp.)
- II.1.2.41 Wyświetlanie zbiorczej listy pacjentów z przyporządkowanymi zleceniami z wybranej kategorii.
- II.1.2.42 Możliwość drukowania zbiorczej listy zleceń na pacjentów z oddziału/jednostki organizacyjnej z podziałem na kategorie zadań, tzw. zestawy zleceń.
- II.1.2.43 Sortowanie zbiorczej listy zleceń według kategorii zadań lub według pacjenta.
- II.1.2.44 Możliwość zlecenia badania laboratoryjnego na wcześniej już pobranym materiale, tzw. Doróbka.
- II.1.2.45 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.



- II.1.2.46 Dostępne pole komentarza przy zleceniu.
- II.1.2.47 Możliwość nadania priorytetu do zlecenia.
- II.1.2.48 Możliwość aktualizacji zleceń.
- II.1.2.49 Zlecenia na badania mikrobiologiczne posiadają możliwość ręcznego wprowadzenia opisu.
- II.1.2.50 Punkt Pobrań wyodrębniony moduł zleceń, współpracujący bezpośrednio z LIS dotyczący pobierania od pacjentów materiału do analiz (ewentualnie może znajdować się również w samym LIS).

II.1.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Recepty”

- II.1.3.1 Moduł umożliwia wystawianie recept dla wskazanego pacjenta wybranego z indeksu pacjentów Systemu.
- II.1.3.2 System musi udostępnić lekarzowi możliwość wystawienia recepty (w przyszłości także e-recepty) przy wsparciu aktualnego słownika leków i środków ochrony zdrowia , oraz przydzielonej mu indywidualnie i zaimportowanej do systemu puli numerów recept z Systemu Numerowania Recept Lekarskich.
- II.1.3.3 System powinien wspierać lekarza poręcznym i indywidualnym dla każdego lekarza indeksem najczęściej używanych pozycji lekowych oraz funkcją kopiowania recepty dla danego pacjenta na podstawie pozycji zawartych w poprzednich dokumentach z aktualną data i możliwością korekty.
- II.1.3.4 Funkcje dostępne są minimum z modułów Gabinet, Izba przyjęć, Oddział.
- II.1.3.5 Wydruku recepty lekarskiej zgodny z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich.
- II.1.3.6 Użytkownik ma dostęp do wyszukiwania leków z następujących słowników: baza leków, leków recepturowych, leków preferowanych według nazwy lub składu chemicznego.
- II.1.3.7 Słownik leków musi posiadać możliwość aktualizacji na podstawie baz BLOZ i BAZYL.
- II.1.3.8 Pojedynczy element w liście wyszukiwania leków opisuje minimum nazwę, skład chemiczny, postać, dawkę oraz opakowanie, a w przypadku leków recepturowych nazwę oraz skład chemiczny.
- II.1.3.9 Możliwość tworzenia słownika leków recepturowych zarządzania tym słownikiem.



- II.1.3.10 Moduł umożliwia tworzenie podręcznego słownika leków preferowanych przez użytkownika. Dodanie nowej pozycji słownika jest możliwe z poziomu listy wyszukanych leków z bazy leków lub leków recepturowych.
- II.1.3.11 Użytkownik po wybraniu leku ma możliwość wskazania liczby opakowań, dawkowania, dodania komentarza oraz zastrzeżenia zamiany leku.
- II.1.3.12 Na receptę automatycznie nanoszony jest oddział NFZ lub kod państwa w przypadku pacjentów zagranicznych, a także niezbędne dane pacjenta, w tym imię i nazwisko oraz adres, PESEL, a także inne dane w formie kodu kreskowego. W przypadkach, gdy pacjent jest nieubezpieczony, automatycznie ustawiany jest brak ubezpieczenia.
- II.1.3.13 Dane świadczeniodawcy nioszą się automatycznie na formularz i wydruk recepty. Odpowiedni świadczeniodawca wybierany jest automatycznie na podstawie miejsca pobytu pacjenta (oddział/poradnia).
- II.1.3.14 Numer recepty, generowany wcześniej przez NFZ (lub inny podmiot), jest automatycznie pobierany i nanoszony na receptę.
- II.1.3.15 Na recepcie domyślnie wstawiana jest data wystawienia recepty w polu "data realizacji od dnia", ale z możliwością edycji "daty realizacji" przez lekarza.
- II.1.3.16 Użytkownik ma możliwość oznaczenia pilności recepty.
- II.1.3.17 Użytkownik może zdefiniować uprawnienia oraz informacje o chorobach przewlekłych z rozwijanej listy możliwych do wyboru pozycji. W celu przyspieszenia wystawiania recept pozycje te są uzupełnione automatycznie pozycją "X".
- II.1.3.18 System umożliwia zdefiniowanie zakresu numerów recept dla lekarza.
- II.1.3.19 System umożliwia import pliku xml z informacją o przydzielonej puli recept generowany z Systemu Numerowania Recept Lekarskich NFZ
- II.1.3.20 Numery recept zapisują się na lekarza i świadczeniodawcę z puli mu przydzielonej numeracji.
- II.1.3.21 Jeśli placówka medyczna ma wiele lokalizacji i na każdą oddzielną umowę z NFZ, wskazany we wprowadzaniu zakresów recept lekarz może mieć oddzielną pulę numerów na każdą z przychodni, w których udziela świadczeń.



- II.1.3.22 System podczas wprowadzania numerów recept automatycznie weryfikuje poprawność wprowadzonego numeru recepty.
- II.1.3.23 System automatycznie rejestruje i numeruje recepty ze zdefiniowanej listy numerów recept
- II.1.3.24 System umożliwia zdefiniowanie zakresu numerów recept dla lekarza z uwzględnieniem świadczeniodawcy wybieranego ze słownika jednostek i komórek organizacyjnych szpitala w ZSI.
- II.1.3.25 System automatycznie wyświetla licznik numerów recept pozostałych do wykorzystania.
- II.1.3.26 System ewidencjonuje wszystkie leki przepisywane pacjentowi.
- II.1.3.27 Układ formularza do tworzenia/edycji recepty jest zgodny z wydrukiem.
- II.1.3.28 Układ formularza do tworzenia/edycji listy leków jest zgodny z wydrukiem.
- II.1.3.29 Zapis recepty jest możliwy, gdy:
 - II.1.3.29.1 uzupełniony jest lekarz wystawiający receptę,
 - II.1.3.29.2 uzupełniona jest data wystawiania i data realizacji od dnia,
 - II.1.3.29.3 liczba pozostałych numerów recept jest większa od 0,
 - II.1.3.29.4 poprawnie zostały ustawione dane świadczeniodawcy,
 - II.1.3.29.5 wybrany pacjent posiada wymagane dane,
 - II.1.3.29.6 ustawiony kod oddziału NFZ lub kod państwa lub X-brak ubezpieczenia,
 - II.1.3.29.7 dodany jest co najmniej jeden lek.
- II.1.3.30 W przypadku wystawiania recept dla dzieci nie posiadających numeru PESEL, na wydruku umieszczany jest PESEL jednego z rodziców lub opiekunów.
- II.1.3.31 Istnieje możliwość zapisu recepty w wersji roboczej w celu późniejszego jej wydrukowania lub modyfikacji. Numer recepty, opisany w pkt 12, nie jest przydzielany na etapie wersji roboczej recepty, a dopiero w wersji ostatecznej, gotowej do druku.
- II.1.3.32 System blokuje możliwość edycji lekarza na recepcie, gdy został wykorzystany numer recepty z puli danego lekarza.



- II.1.3.33 Usunięcie recepty przed jej wydrukowaniem/zatwierdzeniem skutkuje odzyskaniem numeru recepty i włączeniem go do puli numerów recept do wykorzystania.
- II.1.3.34 System ostrzega użytkownika w przypadku próby edycji wydrukowanej recepty.
- II.1.3.35 System ostrzega przed próbą ponownego wydrukowania tej samej recepty.
- II.1.3.36 Możliwe jest wybranie opcji: "powtórz receptę", gdzie automatycznie powtarzane są zadane leki, ale nadawany jest m.in. kolejny numer recepty (por. pkt 12) i aktualna data.
- II.1.3.37 System ostrzega przed usunięciem zapisanej/wydrukowanej recepty.
- II.1.3.38 Wydrukowanie recepty skutkuje automatycznym jej zapisem.
- II.1.3.39 Możliwość ewidencjonowania leków bez recepty przepisywanych pacjentowi.
- II.1.3.40 Zapisane recepty są widoczne w funkcji wystawiania recept po ponownym uruchomieniu funkcji.
- II.1.3.41 Zachowane recepty i listy leków bez recepty prezentowane są w postaci zakładek i są zapisane na pobyt/wizytę.
- II.1.3.42 Zachowana recepta lub lista leków prezentowana jest w postaci formularza zgodnego z wydrukiem.
- II.1.3.43 System umożliwia wydrukowanie listy leków dla pacjenta z dawkowaniem.
- II.1.3.44 System prezentuje listę wystawionych recept i wydanych list leków dla pacjenta z dawkowaniem w kontekście wybranego pobytu.



II.1.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zakażenia”

- II.1.4.1 Prowadzenie Karty Zakażeń.
- II.1.4.2 Prowadzenie rejestru on-line wszystkich zakażeń wewnątrzszpitalnych.
- II.1.4.3 Dostęp do wyników antybiogramów.
- II.1.4.4 Protokół kontroli czystości brudowników, oddziałów szpitalnych i kuchni.
- II.1.4.5 Ocena ryzyka powstania odleżyn.
- II.1.4.6 Karta obserwacji leczenia chorego z odleżynami.
- II.1.4.7 Komunikacja między współpracującymi komórkami organizacyjnymi np. Klinikami, Przychodnią.
- II.1.4.8 Dostęp do rejestru i wyników badań bakteriologicznych.
- II.1.4.9 Dostęp do wykazu zużycia antybiotyków na poszczególnych oddziałach.
- II.1.4.10 Wykaz pacjentów z potwierdzoną kolonizacją drobnoustrojem wieloopornym tzw. alarmowym (np. MRSA).
- II.1.4.11 Wspomaganie Zakładu Opieki Zdrowotnej w zakresie kontroli występowania zakażeń zakładowych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, w szczególności pkt. 9.8, 12-33.
- II.1.4.12 Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego.
- II.1.4.13 Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego.
- II.1.4.14 Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego.
- II.1.4.15 Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego.
- II.1.4.16 Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną.
- II.1.4.17 Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną.
- II.1.4.18 Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV.



- II.1.4.19 Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV.
- II.1.4.20 Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową.
- II.1.4.21 Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową.
- II.1.4.22 Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę.
- II.1.4.23 Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę.
- II.1.4.24 Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej.
- II.1.4.25 Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej.
- II.1.4.26 Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje).
- II.1.4.27 Prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych.
- II.1.4.28 Wydruki na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych.
- II.1.4.29 Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych.
- II.1.4.30 Wydruki na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych.
- II.1.4.31 Raporty zgodne z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.
- II.1.4.32 Analizy ilościowe zakażeń zakładowych.
- II.1.4.33 Analizy kosztów podań antybiotyków i badań mikrobiologicznych związanych z zakażeniami zakładowymi.
- II.1.4.34 Współpraca z systemem Ruch Chorych oraz Laboratorium (analitycznym i mikrobiologicznym) w zakresie podań antybiotyków i zleceń badań do pracowni mikrobiologicznej:
 - II.1.4.34.1 monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podania antybiotyku powyżej 3 dni,



- II.1.4.34.2 monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu biologicznego w badaniu mikrobiologicznym,
- II.1.4.34.3 szybki podgląd listy pacjentów dla nowo założonych: kart obserwacji, kart zakażenia, kart drobnoustroju, alert-potogenów.
- II.1.4.35 Dostęp do rejestrów i wydruków są sterowane odpowiednimi uprawnieniami nadawanymi przez administratora dla każdego rejestru i wydruku z osobna lub całej grupy. W szczególności dotyczy to rejestrów i wydruków danych szczególnie wrażliwych (HIV, zakażenia drogą płciową).

II.1.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „E-Rejestracja”

- II.1.5.1 Rejestracja nowego pacjenta – użytkownika systemu
- II.1.5.2 Rejestracja danych kontaktowych i adresowych pacjentów
- II.1.5.3 Kontrola poprawność formatu danych kontaktowych: adres e-mail, nr telefonu (w celu zapewnienia możliwości automatycznego wysyłania wiadomości)
- II.1.5.4 Podpowiadanie nazw miejscowości i ulic w danych adresowych pacjentów na podstawie słowników
- II.1.5.5 Potwierdzenie rejestracji pacjenta poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez SMS
- II.1.5.6 Potwierdzenie rejestracji pacjenta poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez e-Mail
- II.1.5.7 Aktualizacja danych pacjenta/użytkownika
- II.1.5.8 Opcjonalne wymuszanie zmiany hasła co 30 dni
- II.1.5.9 Przegląd struktury organizacyjnej Jednostki Ochrony Zdrowia w układzie hierarchicznym
- II.1.5.10 Przegląd rejestru personelu realizującego usługi medyczne; prezentacja dostępności personelu (harmonogramy pracy personelu w strukturze organizacyjnej szpitala) w czasie rzeczywistym
- II.1.5.11 Prezentacja w czasie rezerwacji wizyty innych rezerwacji pacjenta (kontrola poprawności terminu rezerwacji względem innych rezerwacji pacjenta)
- II.1.5.12 Możliwość skonfigurowania funkcji potwierdzania rezerwacji wizyty poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez SMS



- II.1.5.13 Przegład w portalu pacjenta rejestru wizyt realizowanych na rzecz pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana) – moje wizyty
- II.1.5.14 Prezentacja informacji o niepotwierdzonych przez SMS rezerwacjach pacjenta w oknie głównym portalu pacjenta (przy uruchomionym potwierdzaniu wizyty przez kod przesłany za pomocą SMS).
- II.1.5.15 Wysyłanie przez SMS przypomnień o zbliżających się terminach wizyt
- II.1.5.16 Automatyczne wysyłanie wiadomości SMS o zmianie terminu realizacji usługi (wizyty)
- II.1.5.17 Automatyczne wysyłanie wiadomości e-mail o zmianie terminu realizacji usługi (wizyty)
- II.1.5.18 Usługa umożliwia Partnerowi Projektu konfigurację usługi w zakresie:
 - II.1.5.18.1 Wyboru poradni specjalistycznych do których pacjent może się zarejestrować poprzez wykorzystanie e-usługi
 - II.1.5.18.2 System musi pozwalać na definiowanie zakresu grafików spośród dostępnych, jakie udostępni się on-line.
- II.1.5.19 Usługa musi być ściśle zintegrowana z modułem rejestracji do poradni pod względem:
 - II.1.5.19.1 Grafików przyjęć do poszczególnych przychodni (terminarz)
 - II.1.5.19.2 Wolnych terminów
 - II.1.5.19.3 Rezerwacji terminów w grafikach (terminarzu), w tym kolejek oczekujących
- II.1.5.20 Usługa musi umożliwiać załączenia pliku – skierowanie, wyniki badań itp. maksymalna wielkość i format pliku oraz ich ilość musi być możliwa do określenia przez administratora systemu.

II.2 ZAKRES: APTEKA

II.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteczka oddziałowa”

- II.2.1.1 Składanie zamówień na leki do apteki centralnej w formie elektronicznej.



- II.2.1.2 Składanie zamówień na leki pomiędzy poszczególnymi Podręcznymi Magazynami Leków.
- II.2.1.3 Odbieranie informacji o realizacji zamówienia leków z apteki centralnej.
- II.2.1.4 Przy współpracy z modułem Zleceń Leków na Pacjenta system posiada możliwość ewidencji rozchodu leków na oddziały i na pacjenta. Lista leków jest zawężona do tych, które aktualnie znajdują się w apteczce oddziałowej, do której ma dostęp dany użytkownik.
- II.2.1.5 Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych.
- II.2.1.6 Ewidencja przesunięć między magazynami apteczek oddziałowych.
- II.2.1.7 Generowanie arkusza do spisu z natury.
- II.2.1.8 Korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury.
- II.2.1.9 Mechanizm "stop-order" (blokowanie serii leków - np. w odpowiedzi na komunikat GIF).
- II.2.1.10 Przegląd bieżących stanów magazynowych (dla wybranego magazynu lub zbiorczo - dla wszystkich magazynów).
- II.2.1.11 Przegląd stanów magazynowych na zadany dzień (dla wybranego magazynu)
- II.2.1.12 Kontrola dat ważności leków znajdujących się na stanie apteczek oddziałowych (z możliwością ustawienia wyprzedzenia, z jakim mają być prezentowane dane leków o kończącym się okresie ważności).
- II.2.1.13 Podgląd przechowywanych w systemie informacji o leku (m.in. nazwa, jednostki, producent, opakowanie).
- II.2.1.14 Możliwość tworzenia "aliasów" leków i przypisywania do nich rzeczywiście znajdujących się w obrocie leków.
- II.2.1.15 Komunikacja z modułem Ruch Chorych w zakresie aktualizacji stanu Apteczki Oddziałowej, zgodnie z ewidencją podań środków farmaceutycznych odnotowywanych w Ruchu Chorych.
- II.2.1.16 Aktualizacja stanu leku (zdjęcie ze stanu) w podręcznym oddziałowym magazynie leków w ramach odnotowania zużycia zasobów w związku z wizytą / hospitalizacją / badaniem pacjenta.

II.2.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteka”

- II.2.2.1 "Obsługa magazynu, w tym prowadzenie sprzętu ""wszczepialnego"".



- II.2.2.2 Partner Projektu wymaga powiązania danych pacjentów z odpowiednim sprzętem wszczepialnym niekoniecznie w module Aptecznym."
- II.2.2.3 Prowadzenie ewidencji wszystkich operacji w magazynie z przypisaniem czasu i personelu.
- II.2.2.4 Możliwość wykorzystania słowników: leków, grup ATC, nazw międzynarodowych, słownik jednostek miar.
- II.2.2.5 Możliwość definiowania własnych grup leków (lokalnych).
- II.2.2.6 Możliwość definiowania własnych dokumentów (np. Rozchód Darów, Przyjęcie bezpłatnych próbek itp.
- II.2.2.7 Możliwość automatycznego numerowania dokumentów wg definiowanego przez użytkownika wzorca.
- II.2.2.8 Sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Zamówienia mogą być przygotowywane automatycznie, na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych z możliwością wglądu do weryfikacji i zatwierdzenia wysłania przez personel zlecający.
- II.2.2.9 Ewidencja dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych do apteki w tym import danych faktur z ich postaci elektronicznej.
- II.2.2.10 Sporządzanie preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych, maści oraz płynów infuzyjnych.
- II.2.2.11 Sporządzanie roztworów spirytusowych.
- II.2.2.12 Sporządzanie leków dla indywidualnego pacjenta tzn. dawek jednorazowych przeznaczonych do zużycia tylko przez jednego pacjenta, w tym: iniekcja cytotoksyczna, worek żywniowy, iniekcja antybiotykowa.
- II.2.2.13 Możliwość realizacji zamówień zbiorczych na oddział, poradnię (w tym m.in. takich produktów jak środki dezynfekujące, gazy, rękawice medyczne).
- II.2.2.14 Możliwość wprowadzania produktów końcowych z poszczególnych składników. Nowy końcowy produkt zostaje wprowadzany na stan magazynowy, a poszczególne składniki schodzą ze stanu magazynowego.
- II.2.2.15 Możliwość wydania towaru nierównego zapotrzebowaniu pod względem ilościowym i jakościowym, po obligatoryjnym wprowadzeniu przyczyny zamiany (pole komentarza).



- II.2.2.16 Program alarmuje o różnicy ceny na fakturze w porównaniu z ceną w ofercie.
- II.2.2.17 Import docelowy zakładowy i indywidualny.
- II.2.2.18 Zwrot z oddziałów z automatyczną aktualizacją stanów apteczki oddziałowej.
- II.2.2.19 Ewidencja darów.
- II.2.2.20 Korekta dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
- II.2.2.21 Wydawanie środków farmaceutycznych z apteki na oddziały za pomocą dokumentów RW lub MM na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych (współpraca z apteczką oddziałową).
- II.2.2.22 Elektroniczne potwierdzenia realizacji zamówienia z oddziału.
- II.2.2.23 Wydawanie wyrobów medycznych na zewnątrz w ramach magazynu. Partner Projektu rozumie ""wydawanie wyrobów medycznych na zewnątrz"" jako przeniesienie z magazynu aptecznego np. do magazynu głównego."
- II.2.2.24 Zwrot środków farmaceutycznych z apteki do dostawców.
- II.2.2.25 Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych z podaniem przyczyn niezgodności.
- II.2.2.26 Korekta wydań środków farmaceutycznych.
- II.2.2.27 Definiowanie i kontrola limitów wartościowych wydanych leków.
- II.2.2.28 Poprzez definiowanie i kontrolę limitów wartościowych Partner Projektu rozumie możliwość zdefiniowania limitu kwotowego (brutto) na magazyn oraz określenia np. za pomocą raportu stopnia wykorzystania zdefiniowanego limitu."
- II.2.2.29 Wykonywanie remanentu magazynu.
- II.2.2.30 Korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury z dokładnością do dostawy lub asortymentu.
- II.2.2.31 Generowanie arkusza do spisu z natury.
- II.2.2.32 Bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego przez osobę upoważnioną.
- II.2.2.33 Odnotowanie wstrzymania lub wycofania leku z obrotu.
- II.2.2.34 Kontrola dat ważności oraz możliwość automatycznego zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych.



- II.2.2.35 Przegład stanów magazynowych i wartości magazynu na bieżący oraz na wybrany dzień.
- II.2.2.36 Przekazywanie listy asortymentowo - wartościowej leków do modułu realizującego funkcjonalność obsługi zamówień i przetargów.
- II.2.2.37 Partner Projektu pod pojęciem przekazywania listy asortymentowo-wartościowej rozumie wykorzystanie tej samej listy asortymentu zdefiniowanej w aptece np. do tworzenia umów przetargowych."
- II.2.2.38 Pobieranie zwycięskiej oferty przetargowej (umowy).
- II.2.2.39 Automatyczne powiadamianie o niskim stanie magazynowym (wg leku, umowy przetargowej, dostawcy) w celu przeprowadzenia procedury przetargowej, limit i czas wyprzedzenia ustawiane są przez użytkownika.
- II.2.2.40 Kontrola realizacji dostaw i poziomu cen w ramach zwycięskiej oferty przetargowej (umowy) z informacją o stopniu realizacji.
- II.2.2.41 Podgląd i możliwość wydruku stanu magazynowego uwzględniający różne parametry (na dany dzień, wg grup leków).
- II.2.2.42 Raporty i zestawienia generowane i definiowane przez użytkownika na podstawie wszystkich dostępnych danych: w tym:
 - II.2.2.42.1 na podstawie rozchodów,
 - II.2.2.42.2 na podstawie przychodów,
 - II.2.2.42.3 na podstawie obrotów.
- II.2.2.43 Możliwość wykonania zestawień księgowych wymaganych w pracy apteki np.: wydruk danej grupy leków z uwzględnieniem przychodu, rozchodu i stanu obecnego np. leki psychotropowe.
- II.2.2.44 Możliwość tworzenia zestawień rozchodów i przychodów leków w różnych konfiguracjach np. ze wskazaniem odbiorcy/dostawcy, bez wskazania odbiorcy/dostawcy, ze wskazaniem leku lub grupy leków.
- II.2.2.45 Możliwość eksportu do arkusza kalkulacyjnego.
- II.2.2.46 Przechowywanie informacji o leku.
- II.2.2.47 Mechanizm "stop-order".
- II.2.2.48 Odnotowywanie działań niepożądanych.
- II.2.2.49 Możliwość definiowania przez użytkownika receptariusza szpitalnego.



- II.2.2.50 Prowadzenie wielu magazynów równorzędnie z możliwością tworzenia lokalnych słowników środków farmaceutycznych i materiałów.
- II.2.2.51 Automatyczna aktualizacja oprogramowania oraz słowników wykorzystująca połączenie internetowe.
- II.2.2.52 Zewnętrzne, niezależne źródłowe bazy danych:
 - II.2.2.52.1 np. BAZYL - informacje urzędowe,
 - II.2.2.52.2 np. LWT - informacje o działaniu leków.
- II.2.2.53 Automatyczna aktualizacja źródłowych baz danych poprzez połączenie internetowe.
- II.2.2.54 Wspólne zarządzanie dokumentami dostaw i umowami przetargowymi w celu monitorowania cen i wykorzystania przetargów.
- II.2.2.55 Obsługa zamienników podczas wydawania leków z koniecznością zapisania uzasadnienia danej zamiany lub niewydania leku.
- II.2.2.56 Wydanie leków: wg nazw handlowych, kodów apteki, nazw międzynarodowych, synonimów, grup leków.
- II.2.2.57 Partner Projektu pod pojęciem ""wydanie leków"" wg jednego z wymienionych kryteriów rozumie wyszukiwanie asortymentu apteki do wydania."
- II.2.2.58 Tworzenie zamówień do hurtowni.
- II.2.2.59 Możliwość sygnalizowania leku do zamówienia w hurtowni.
- II.2.2.60 Przez sygnalizowanie Partner Projektu rozumie podświetlenie, użycie innego koloru lub zastosowanie innego sposobu wyróżnienia, po przekroczeniu zdefiniowanego w Systemie stanu minimalnego."
- II.2.2.61 Wydruk recept z danego dnia ma papierze - składance tzn. na jednej stronie papieru recepty ułożone jedna ze drugą.
- II.2.2.62 Konfiguracja przez użytkownika sposobu sortowania słowników.
- II.2.2.63 Rejestrowanie cytostatyków produkowanych na miejscu z możliwością wydruku naklejki o wyglądzie zdefiniowanym przez Partnera Projektu w czasie wdrożenia.



II.3 ZAKRES: PRZYCHODNIA

II.3.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rehabilitacja”

- II.3.1.1 Definiowanie czasu pracy dla poszczególnych lekarzy/terapeutów/masażystów/pracowni.
- II.3.1.2 Tworzenie własnego słownika posiadanych zasobów (aparatów medycznych).
- II.3.1.3 Rozdział czasu pracy na zabiegi domowe, zabiegi szpitalne, zabiegi ambulatoryjne m.in.: fizykoterapia, kinezyterapia, masaże lecznicze, hydroterapia, parafinoterapia.
- II.3.1.4 Tworzenie własnego słownika wyróżnienia czasu pracy: zabiegi domowe, zabiegi ambulatoryjne.
- II.3.1.5 Definiowanie nieobecności, przerw, urlopów itp. dla poszczególnych lekarzy/terapeutów/masażystów/pracowni.
- II.3.1.6 Blokowanie terminarza realizacji zabiegów rehabilitacyjnych.
- II.3.1.7 Przeglądanie grafików pracy poszczególnych lekarzy/terapeutów/masażystów/pracowni.
- II.3.1.8 Jednoczesny wgląd do kilku grafików różnych lekarzy/terapeutów/masażystów/pracowni.
- II.3.1.9 Zakodowanie pełnego cyklu zabiegów dla poszczególnego pacjenta.
- II.3.1.10 Obsługa zleceń w formie elektronicznej w ramach ZSI:
 - II.3.1.10.1 Wysłanie zlecenia wykonania danego elementu leczenia (badania) do jednostki realizującej (np. pracownia diagnostyczna).
 - II.3.1.10.2 Monitorowanie stanu wykonania zlecenia.
- II.3.1.11 Wydruk rezerwacji terminu wykonania zabiegu dla pacjenta z oznaczeniem daty, godziny i miejsca wykonywania zabiegów.
- II.3.1.12 Korzystanie ze skorowidza rejestru pacjentów z wbudowanym wyszukiwaniem według zadanych kryteriów: nazwisko, imię, PESEL, numer pacjenta.
- II.3.1.13 Wpis do Księgi Oczekujących pacjentów przeznaczonych do przyjęcia w późniejszych terminach.
- II.3.1.14 Tworzenie list oczekujących na badania (dla każdej pracowni z osobna).
- II.3.1.15 Tworzenie bazy pacjentów.



- II.3.1.16 Gromadzenie niezbędnych informacji wymaganych przez NFZ.
- II.3.1.17 Monitorowanie czasu trwania danej procedury rehabilitacyjnej.
- II.3.1.18 Anulowania zarezerwowanego cyklu zabiegów z wymaganym uzasadnieniem (np. pacjent odwołał wizytę, stan pacjenta nie pozwala na dalszą rehabilitację).
- II.3.1.19 Anulowanie rezerwacji zabiegu rehabilitacji z wymaganym uzasadnieniem.
- II.3.1.20 Automatycznie tworzenie kolejki oczekujących dla NFZ na podstawie zarezerwowanych zabiegów w terminarzu (tylko wybrani pacjenci - NFZ).
- II.3.1.21 Wyróżnienie zabiegów już wykonanych.
- II.3.1.22 Tworzenie zestawień statystycznych z ilości zaplanowanych zabiegów z uwzględnieniem dodatkowych kryteriów: zabiegi na dany dzień, wybrany zabieg oraz ze wszystkich gromadzonych danych w Systemie.
- II.3.1.23 Wydruk listy zaplanowanych na dany dzień zabiegów dla pracowni, masażyści.

II.3.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Gabinet lekarski”

- II.3.2.1 Prowadzenie skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych wizyt.
- II.3.2.2 Dostęp do informacji z ewentualnych hospitalizacji pacjenta (w szczególności wyniki badań, konsultacji itp.).
- II.3.2.3 Wyszukiwanie pacjentów minimum według następujących kryteriów:
 - II.3.2.3.1 nazwisko (część nazwiska),
 - II.3.2.3.2 imię,
 - II.3.2.3.3 wewnętrzny nr pacjenta,
 - II.3.2.3.4 PESEL,
 - II.3.2.3.5 data urodzenia
- II.3.2.4 Przegląd listy pacjentów do przyjęcia w danym dniu.
- II.3.2.5 Odnotowanie wykonanych pacjentowi elementów diagnostyki i leczenia wraz z odnotowaniem wyników (rozpoznanie,



wywiad, treść badania, treść zaleceń, treść epikryzy, procedury, badania laboratoryjnego, itp.).

II.3.2.6 Definiowanie i wykorzystywanie tekstów standardowych w polach opisowych.

II.3.2.7 Definiowanie i obsługa terminarzy dla gabinetów lekarskich, w szczególności:

II.3.2.7.1 przegląd terminarza,

II.3.2.7.2 automatyczne wyszukiwanie wolnych terminów i ich rezerwacji,

II.3.2.7.3 anulowanie zaplanowanej wizyty pacjentowi,

II.3.2.7.4 przegląd i wydruk zaplanowanych wizyt dla pacjenta.

II.3.2.8 Współpraca z apteczką oddziałową w zakresie aktualizacji stanu magazynu środka farmaceutycznego podczas ewidencjonowania podania leku w gabinecie przychodni.

II.3.2.9 Skierowanie pacjenta na izbę przyjęć bez konieczności ponownego wprowadzania danych pacjenta.

II.3.2.10 Zakończenie wizyty poprzez odnotowanie faktu nie przyjęcia pacjenta do gabinetu z powodu m.in: niestawienia się, rezygnacji z wizyty, braku wolnego terminu, zgonu pacjenta.

II.3.2.11 Przegląd, edycja i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej:

II.3.2.11.1 przygotowanych zgodnie z wzorcami obowiązującymi u Partnera Projektu,

II.3.2.11.2 realizujących walidację danych, rejestrowanych na formularzu.

II.3.2.12 Obsługa elektronicznych zleceń w ramach ZSI:

II.3.2.12.1 wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (np. badania) do jednostki realizującej (np. pracownia diagnostyczna, laboratorium)

II.3.2.12.2 śledzenie stanu wykonania zlecenia

II.3.2.12.3 zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (np. wyniku badania).

II.3.2.13 Obsługa pacjenta przysłanego na konsultacje z innego gabinetu, izby przyjęć, oddziału w ramach systemu zleceń:



- II.3.2.13.1 wprowadzenie wyniku konsultacji, lekarz (-y) konsultujących,
- II.3.2.13.2 rejestracja elementów leczenia (procedur, badań laboratoryjnych).
- II.3.2.14 Opcja generowania faktury dla pacjenta nie posiadającego dokumentu potwierdzającego status ubezpieczonego.
- II.3.2.15 Wpisanie pacjenta do Księgi Oczekujących, zmiana terminu wizyty/porady, itp.
- II.3.2.16 Dostęp do skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych wizyt.
- II.3.2.17 Dostęp do informacji o hospitalizacjach pacjenta.
- II.3.2.18 Wykonanie standardowych raportów i wykazów ze zgromadzonych danych, w szczególności dzienny ruch chorych.
- II.3.2.19 Przegląd i wydruk ksiąg: Księga Główna Porad i Odmów Ambulatoryjnych, Oczekujących, Zgonów.
- II.3.2.20 Adaptacja wzorców podstawowych dokumentów (np. karta informacyjna izby przyjęć, karta odmowy przyjęcia do szpitala, historia choroby itp.) dla potrzeb Partnera Projektu, na poziomie jednostki organizacyjnej.
- II.3.2.21 Przegląd danych archiwalnych o pacjentach i udzielonych świadczeniach.
- II.3.2.22 Przegląd i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej przygotowanych zgodnie z wzorcami obowiązującymi w zakładzie Partnera Projektu w zakresie:
 - II.3.2.22.1 Karta informacyjna - odmowa przyjęcia,
 - II.3.2.22.2 Karta informacyjna - porada ambulatoryjna.
- II.3.2.23 Aktualizacja stanu leku (zdjęcie ze stanu) w podręcznym oddziałowym magazynie leków w ramach obsługi zlecenia podania leku.
- II.3.2.24 Dostęp do zdefiniowanych raportów z poziomu menu funkcji "Apteczki oddziałowe".
- II.3.2.25 Zamawianie przez upoważnionego lekarza Oddziału w oddzielnym trybie leków przechowywanych w osobnym sejfie (dotyczy m.in. narkotyków), z prowadzeniem dokumentacji obejmującej m.in. rozchód leków wydanych, dla kogo wydany, na czyje zlecenie, w jakiej dawce.



II.3.2.26 W apteczce oddziałowej znajduje się wyraźna informacja, że dany lek jest "przypisany" do danego pacjenta. Musi istnieć możliwość wyłączenia ilościowego całości lub części takiego leku do ogólnego wykorzystania, z odnotowaniem tego faktu (kto, kiedy i dlaczego) w systemie.

II.3.2.27 W systemie istnieje opcja zawężająca możliwość wyboru leków tylko do tych, które są aktualnie na stanie Apteki. W systemie istnieje opcja zawężająca możliwość wyboru leków tylko do tych, które są aktualnie na stanie Apteki.

II.3.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rejestracja przychodni”

II.3.3.1 Prowadzenie skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych wizyt.

II.3.3.2 Możliwość rejestracji pacjenta ON-LINE (przez Portal WWW) w ramach zdefiniowanej przez administratora liczby miejsc.

II.3.3.3 Podstawą rejestracji pacjenta musi być:

II.3.3.3.1 słownik przychodni, poradni, gabinetów,

II.3.3.3.2 terminarz umożliwia rejestracją terminu z dokładnością do minut.

II.3.3.3.3 słownik personelu przypisanego do pracy w poszczególnych gabinetach,

II.3.3.3.4 grafik pracy gabinetów wraz z kalendarzem,

II.3.3.3.5 rodzaje świadczeń udzielanych w poszczególnych miejscach,

II.3.3.3.6 uprawnienia pacjenta (opisane szczegółowo w warunkach wspólnych),

II.3.3.3.7 skierowanie według wymagalności dla danego typu poradni,

II.3.3.3.8 aktywna deklaracja POZ dla podopiecznego

II.3.3.4 Przy rejestracji możliwość wyszukiwania lekarzy według parametrów dodatkowych, takich jak: dodatkowe kompetencje i doświadczenie, znajomość języków obcych (np. w przypadku pacjenta zagranicznego).

II.3.3.5 Dostęp do informacji z hospitalizacji.

II.3.3.6 Wyszukiwanie pacjentów minimum według następujących kryteriów:



- II.3.3.6.1 nazwisko, części nazwiska (po frazie),
 - II.3.3.6.2 imię,
 - II.3.3.6.3 ID Szpitalny,
 - II.3.3.6.4 wewnętrzny nr pacjenta,
 - II.3.3.6.5 PESEL,
 - II.3.3.6.6 data urodzenia.
 - II.3.3.6.7 Numer telefonu,
 - II.3.3.6.8 dane opiekuna ,
 - II.3.3.6.9 ID pozycji kolejki,
 - II.3.3.6.10 nr paszportu,
 - II.3.3.6.11 ID zestawu świadczeń wg. NFZ
- II.3.3.7 Zaawansowane kryteria wyszukiwania pacjenta podczas procesu rejestracji pacjenta.
- II.3.3.8 Podgląd zaplanowanych wizyt i wyboru z terminarza podczas procesu rejestracji pacjenta z możliwością modyfikacji.
- II.3.3.9 Skorzystanie z danych ze skierowania (jednostka kierująca, lekarz kierujący, rozpoznanie ze skierowania) z poprzedniej wizyty pacjenta w Przychodni.
- II.3.3.10 Dostęp do listy zarejestrowanych pacjentów w danym dniu.
- II.3.3.11 Korekta miejsca skierowania.
- II.3.3.12 Zaplanowanie wizyty pacjenta do gabinetu.
- II.3.3.13 Anulowanie zaplanowanej wizyty pacjentowi z podaniem przyczyny.
- II.3.3.14 Przegląd i wydruk zaplanowanych wizyt dla pacjenta.
- II.3.3.15 Przegląd terminarza wizyt z gabinetu lekarskiego.
- II.3.3.16 Wykonanie standardowych i zaawansowanych raportów oraz wykazów ze zgromadzonych danych.
- II.3.3.17 Przegląd, edycja i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej
- II.3.3.18 Wydruk kodów kreskowych i podstawowych danych na kartach identyfikacyjnych, możliwymi do odczytania przez kolektory danych, sprzężone z systemem informatycznym.



II.3.3.19 Wydruk standardowych dokumentów związanych z wizytą pacjenta w zakresie gromadzonych w systemie danych, w tym:

- II.3.3.19.1 koperta, etykieta adresowa w celach korespondencyjnych,
- II.3.3.19.2 historia choroby poradni,
- II.3.3.19.3 karta rejestracji pacjenta do poradni,
- II.3.3.19.4 karta poradni stomatologicznej,
- II.3.3.19.5 deklaracja POZ,
- II.3.3.19.6 informacja dla lekarza POZ,
- II.3.3.19.7 recepta,
- II.3.3.19.8 skierowanie do szpitala,
- II.3.3.19.9 skierowanie do pracowni diagnostycznej,
- II.3.3.19.10 skierowanie do poradni specjalistycznej,
- II.3.3.19.11 skierowanie do laboratorium,
- II.3.3.19.12 naklejki identyfikacji pacjenta,
- II.3.3.19.13 wydruk upoważnienia osoby trzeciej,
- II.3.3.19.14 zaświadczenie lekarskie.

II.3.3.20 System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów:

- II.3.3.20.1 lista jednostek kierujących (wewnętrznych oraz zewnętrznych),
- II.3.3.20.2 księga wizyt,
- II.3.3.20.3 lista wizyt - z podziałem na poradnię/gabinet,
- II.3.3.20.4 lista wizyt - dla lekarza,
- II.3.3.20.5 lista świadczeń na jednostki organizacyjne,
- II.3.3.20.6 raport niepełnych danych pacjentów,
- II.3.3.20.7 raport pacjentów i deklaracji POZ (lekarz/pracownia z lub bez deklaracji, typ deklaracji),
- II.3.3.20.8 raport pacjentów przychodni (poradnia/gabinet, typ wizyty, lekarz, obywatelstwo, status wizyty),
- II.3.3.20.9 raport wizyt pacjentów,
- II.3.3.20.10 raport list oczekujących (generowanie komunikatu),
- II.3.3.20.11 zestawienie pobytów na liście oczekujących,
- II.3.3.20.12 raport niepełnych danych pacjentów i wizyty,



II.3.3.20.13 raport wykonanych świadczeń,

II.3.3.20.14 zestawienie statystyczne diagnoz ICD10 i procedur ICD9.

II.3.3.21 Rejestracja umożliwia wpisywanie pacjentów do poradnianych kolejek oczekujących z co najmniej minimum danych wymaganych do sprawozdawczości do NFZ. Istnieje możliwość wybrania pacjenta z kolejki oczekujących i dokonanie rejestracji, przy czym system podstawia wszystkie uprzednio wpisane dane.

II.3.3.22 W systemie istnieje możliwość rejestracji pacjenta do konkretnego lekarza (niezależnie od gabinetu) lub do konkretnego gabinetu (niezależnie od lekarza). W przypadku przypisania pacjentów do gabinetu, zmiana lekarza w danym dniu nie zmienia nic w układzie rejestracji pacjentów.

II.4 ZAKRES: RUCH CHORYCH

II.4.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Izba Przyjęć”

II.4.1.1 Rejestracja Pacjenta -możliwość nanoszenia minimalnego zakresu danych pacjenta :

II.4.1.1.1 dane osobowe

II.4.1.1.2 dane adresowe, tymczasowe dane adresowe

II.4.1.1.3 dane o rodzinie

II.4.1.1.4 dane o ubezpieczycielu, płatniku

II.4.1.1.5 dane o zatrudnieniu

II.4.1.2 Prowadzenie rejestru (skorowidza) pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów)

II.4.1.3 Możliwość wyszukiwania pacjentów wg różnych parametrów

II.4.1.4 Przyjęcie nowego pacjenta i wprowadzenie danych personalnych

II.4.1.5 Analiza danych nowego pacjenta podczas wprowadzania - mechanizmy weryfikujące unikalność danych wg zadanych kluczy (np. PESEL)

II.4.1.6 Rejestracja pobytu pacjenta na Izbie Przyjęć -odnotowanie danych przyjęciowych (dane o rozpoznaniu, danych ze skierowania, płatniku, itp.)



- II.4.1.7 System uniemożliwia dokonanie ponownego przyjęcie pacjenta przebywającego już w szpitalu
- II.4.1.8 Odnotowanie wykonanych pacjentowi procedur
- II.4.1.9 Odmowa przyjęcia do szpitala - wpis do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych
- II.4.1.10 Odnotowanie skierowania pacjenta do kolejki oczekujących – wpis do Księgi oczekujących
- II.4.1.11 Możliwość wprowadzenia informacji o rodzaju leczenia, na które pacjent oczekuje
- II.4.1.12 Skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział (ustalenie trybu przyjęcia, form płatności, wydruk pierwszej strony historii choroby)
- II.4.1.13 Odnotowanie zgonu pacjenta na Izbie Przyjęć, wpis do Księgi Zgonów
- II.4.1.14 Przegląd ksiąg: Księga Główna, Oczekujących, Odmów i Porad Ambulatoryjnych, Zgonów
- II.4.1.15 Wydruk danych z poszczególnych ksiąg
- II.4.1.16 Możliwość sprawdzenia stanu wolnych łóżek na poszczególnych oddziałach
- II.4.1.17 Wydruk 1 strony historii choroby nowoprzyjętego pacjenta wg różnych, zdefiniowanych na etapie wdrożenia wzorów historii choroby
- II.4.1.18 Możliwość wydruku podstawowych dokumentów (np. karta informacyjna izby przyjęć, karta odmowy przyjęcia do szpitala, itp.) z zakresu danych gromadzonych w systemie
- II.4.1.19 Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości na Izbie Przyjęć
- II.4.1.20 Możliwość odnotowania zgonu pacjenta poza szpitalem
- II.4.1.21 Możliwość parametryzacji pól obligatoryjnych przy przyjęciu pacjenta do szpitala
- II.4.1.22 Wydruk zgody na przetwarzanie danych osobowych pacjenta w systemie informatycznym szpitala

II.4.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Oddział”

- II.4.2.1 Potwierdzenie przyjęcia na oddział wraz z nadaniem numeru Księgi Oddziałowej (automatycznie lub manualnie przez użytkownika).



II.4.2.2 Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem zakresu danych:

- II.4.2.2.1 dane osobowe wymagane przez obowiązujące ustawy (m.in. imię/imiona, nazwisko, imiona rodziców, PESEL, data urodzenia i wiek),
- II.4.2.2.2 dane adresowe (adres stały, tymczasowy, do korespondencji, telefon),
- II.4.2.2.3 dane o rodzinie pacjenta (opcja wpisania jednego lub więcej krewnych),
- II.4.2.2.4 telefon do osoby upoważnionej,
- II.4.2.2.5 formularz nadawania i odwoływania upoważnień (m.in.: informacja o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do uzyskiwania dokumentacji medycznej),
- II.4.2.2.6 dane o opiece,
- II.4.2.2.7 dane o ubezpieczeniu (z numerem, jeżeli występuje),
- II.4.2.2.8 płeć,
- II.4.2.2.9 obywatelstwo,
- II.4.2.2.10 nr ewidencyjny w UE (jeżeli dotyczy),
- II.4.2.2.11 dane o ubezpieczeniu z karty e-EHIC (EKUZ) (jeżeli dotyczy),
- II.4.2.2.12 dane o czynnikach chorobotwórczych (nosicielstwo patogenów biologicznych np. HIV, drobnoustroje wielooporne alarmowe np. MRSA) wybierane z listy z możliwością dodania nowej pozycji,
- II.4.2.2.13 dane o zatrudnieniu (NIP zatrudniającej jednostki).
- II.4.2.2.14 System automatycznie uzupełniania 'Miejscowość' i 'Kod admin.' po wpisaniu numeru kodu pocztowego podczas uzupełniania danych adresowych pacjenta.
- II.4.2.2.15 Automatyczne wprowadzanie daty urodzenia oraz płci pacjenta na podstawie numeru PESEL.

II.4.2.3 Możliwość przyjęcia pacjenta z ograniczonym zakresem danych:

- II.4.2.3.1 Imię i Nazwisko,
- II.4.2.3.2 PESEL,
- II.4.2.3.3 Płeć,



- II.4.2.3.4 Adres zamieszkania,
- II.4.2.3.5 Ubezpieczyciel i nr ubezpieczenia,
- II.4.2.3.6 Przyjęty z innego oddziału (jeżeli dotyczy),
- II.4.2.3.7 Przyjęty z innej placówki (jeżeli dotyczy),
- II.4.2.3.8 Kod TERYT.
- II.4.2.4 Odmowa przyjęcia na oddział z przekazaniem danych pacjenta do Jednostki Kierującej z podaniem przyczyny.
- II.4.2.5 Gromadzenie danych o wzroście i wadze pacjenta z automatycznym wyliczeniem BMI.
- II.4.2.6 Prowadzenie Księgi chorych opatrzonej numerem księgi - (z możliwością wydruku), zawierającej m.in.:
 - II.4.2.6.1 dane identyfikujące Szpital (pkt 1.23.),
 - II.4.2.6.2 numer pacjenta w księdze,
 - II.4.2.6.3 datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
 - II.4.2.6.4 numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów,
 - II.4.2.6.5 imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL -serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki,
 - II.4.2.6.6 oznaczenie lekarza prowadzącego,
 - II.4.2.6.7 datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
 - II.4.2.6.8 rozpoznanie wstępne,
 - II.4.2.6.9 rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu,
 - II.4.2.6.10 adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - II.4.2.6.11 oznaczenie lekarza wypisującego.
- II.4.2.7 Przegląd i aktualizacja danych personalnych, ubezpieczeniowych itp. z możliwością generowania regularnych przypomnień o konieczności aktualizacji tych danych (alerty o pacjentach z dokładnością do Oddziału, w momencie zalogowania użytkownika). System musi mieć możliwość definiowania, które pola będą objęte alertami.



- II.4.2.8 Sprawdzenie obecności danych wymaganych przed wypisem i powiadamianie o brakach i nieprawidłowościach (możliwych do stwierdzenia przez system).
- II.4.2.9 Wgląd we wszystkie zaplanowane zlecenia dla lekarza prowadzącego oraz personelu wykonującego zlecenia, z sygnalizacją najbliższych zleceń po zalogowaniu użytkownika.
- II.4.2.10 Wyszukiwanie pacjentów lub grup pacjentów wg dowolnych parametrów. Możliwość zastosowania zaawansowanych filtrów.
- II.4.2.11 Prowadzenie dokumentacji procesu pielęgnowania, ze szczególnym uwzględnieniem potwierdzenia przyjęcia zlecenia i potwierdzenia wykonania zlecenia pielęgniarstwa ze znacznikiem czasowym i identyfikacją osoby.
- II.4.2.12 Ocena Glasgow - Coma - Scale z automatycznym podsumowaniem.
- II.4.2.13 Wprowadzenie rozpoznań: końcowych (rozpoznanie zasadnicze, dodatkowe, współwystępujące itp.) oraz przyczyn zgonu (w przypadku zgonu pacjenta), z użyciem baz ICD10.
- II.4.2.14 Odnotowanie wykonanych pacjentowi elementów leczenia (procedury, leki, badania, konsultacje, podane diety, itp.).
- II.4.2.15 Wykonane procedury odnotowywane są z użyciem bazy ICD9 w taki sposób, żeby zintegrować odnotowywane procedury z późniejszymi rozliczeniami finansowymi - możliwość wyboru z listy tych procedur wykonanych, które będą rozliczane na karcie statystycznej. Pozostałe procedury wykorzystane są do obliczania realnych kosztów prowadzenia pacjenta np. wykonano TK, koronarografię i angioplastykę, po czym implantowano stymulator. Wszystkie procedury są automatycznie wprowadzone do rozliczenia. W module statystycznym dokonywany jest wybór, co do sposobu rozliczenia danego pacjenta (np. indywidualnie, wybór najdroższej procedury).
- II.4.2.16 Definiowanie grup elementów leczenia w ramach procedur wewnętrznych jednostki.
- II.4.2.17 Wypełnianie i drukowanie standardowych druków (Karta Statystyczna, Karta Nowotworowa, Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, Karta Zgonu, itp.).
- II.4.2.18 Dodawanie badań i opisów do Karty Informacyjnej.
- II.4.2.19 Zdefiniowanie przez użytkownika każdorazowo w systemie karty informacyjnej dla pacjenta, która zawiera wyniki badań oraz procedury wykonane podczas pobytu.



- II.4.2.20 Status pacjenta na oddziale:
 - II.4.2.20.1 Przyjęty do oddziału,
 - II.4.2.20.2 Urodzony na oddziale,
 - II.4.2.20.3 Przyjęty z innego oddziału,
 - II.4.2.20.4 Przyjęty z innej placówki,
 - II.4.2.20.5 Przeniesiony na inny oddział,
 - II.4.2.20.6 Wypisany ze Szpitala,
 - II.4.2.20.7 Zmarły.
- II.4.2.21 Prowadzenie i możliwość wydruku Karty Zakażenia Szpitalnego oraz Karty rejestracyjnej drobnoustroju alarmowego.
- II.4.2.22 Prowadzenie i możliwość wydruku Historii Choroby: dane przyjęciowe, wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo), przebieg leczenia, wyniki badań, epikryza, itp.
- II.4.2.23 Przeniesienie, wycofanie przeniesienia pacjenta na inny oddział.
- II.4.2.24 Informacja o ilości wolnych miejsc z podziałem na płeć (izolatka obupłciowa) z możliwością wyłączenia z użytkowania części łóżek - np. izolacja kontaktowa.
- II.4.2.25 Statystyka obłożenia z informacjami o wykorzystaniu łóżek na sali oraz możliwość przenoszenia pacjentów w obrębie Oddziału.
- II.4.2.26 Wpis do Księgi Oczekujących pacjentów przeznaczonych do przyjęcia w późniejszych terminach.
- II.4.2.27 Prowadzenie w ramach systemu ksiąg: Główna, Oddziałowa, Oczekujących, Zgonów i inne wymagane prawem.
- II.4.2.28 Przegląd i wydruk danych z poszczególnych ksiąg.
- II.4.2.29 Przegląd danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości na danym oddziale.
- II.4.2.30 Wykonanie standardowych raportów, m.in.
 - II.4.2.30.1 zestawienia pacjentów (nowoprzyjętych, wypisanych),
 - II.4.2.30.2 obłożenie łóżek.
- II.4.2.31 Przegląd, edycja i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej:



- II.4.2.31.1 przygotowanych zgodnie z wzorcami obowiązującymi u Partnera Projektu
- II.4.2.31.2 realizujących walidację danych, rejestrowanych na formularzu.
- II.4.2.32 Obsługa elektronicznych zleceń w ramach ZSI:
 - II.4.2.32.1 wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (badania) do jednostki realizującej (np. pracownia diagnostyczna, laboratorium),
 - II.4.2.32.2 śledzenie stanu wykonania zlecenia,
 - II.4.2.32.3 zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (np. wyniku badania).
- II.4.2.33 Generowanie przepustek oraz obsługa odnotowywania przepustek dla pacjenta.
- II.4.2.34 Wydruk standardowych dokumentów związanych z pobytem pacjenta w Szpitalu w zakresie gromadzonych w systemie danych:
 - II.4.2.34.1 Historia Choroby,
 - II.4.2.34.2 Karta Informacyjna (dla pacjenta),
 - II.4.2.34.3 Karta informacyjna dla pacjenta z UE,
 - II.4.2.34.4 Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego (m.in. wyniki badań i konsultacji),
 - II.4.2.34.5 Karta Odmowy Przyjęcia do Szpitala,
 - II.4.2.34.6 Zaświadczenie lekarskie.
- II.4.2.35 Prowadzenie i drukowanie karty obserwacji, zawierającej między innymi akcję serca, wydolność oddechową, wydajność krążenia, bilans płynów, mocz, ciśnienie, dodatkowo podane leki, monitorowanie pompy przepływu leków, badania podmiotowe i przedmiotowe.
- II.4.2.36 "Karta obserwacji zawiera między innymi poniższe dane z podziałem czasowym (np. godzinowym):
- II.4.2.37 Poziom glukozy w surowicy, gazometria, leki, elektrolity, płyny z bilansem ogólnym, w tym: płyny wydalone (mocz, krew, żółtek, stolec, przetoka, tchawica) i podane (dożylnie, inną drogą), badania biochemiczne, temperatura, ciśnienie, OCŻ cm H₂O i mmHg (możliwość wprowadzenia w dowolnych jednostkach i automatyczna konwersja między nimi), dieta, parametry oddechu, miesz. oddechowa (w tym: powietrze, O₂ + powietrze, aerozol), BP mm HG, dane o przeprowadzeniu EKG, RTG, dane o pacjencie, w tym: grupa krwi, nazwisko, imię, data urodzenia/PESEL, nr głównej Księgi Oddziału, data



- przyjęcia na oddział, data aktualna, dzień pobytu na oddziale, rozpoznanie."
- II.4.2.38 Opisy do poszczególnych elementów karty obserwacji wprowadzane zarówno według sugerowanych podpowiedzi jak i wpisywane ręcznie.
- II.4.2.39 Zintegrowany kalkulator przeliczania przepływu leków w pompie z ml/h na dawkę mg/h i mg/l, przy podanym protokole sporządzania danego leku.
- II.4.2.40 Dostęp w systemie do wprowadzonych schematów przygotowania leków podawanych w pompie.
- II.4.2.41 Wprowadzenia do systemu podpowiedzi, w jaki sposób przygotować dane leki, w szczególności leki dożylnie (np. w czym należy lek rozpuścić).
- II.4.2.42 W przypadku podawania leku w pompie o wyznaczonym przepływie w ml/h, do rekordu pacjenta wprowadzana jest automatycznie całkowita dawka leku w mg.
- II.4.2.43 Przy wypełnianiu recepty, domyślnie podpowiadane są te leki, które pacjent przyjmował na oddziale w ostatnim okresie, ale z możliwością modyfikacji z pełnego lekospisu.
- II.4.2.44 Prowadzenie oddzielnej karty zabiegów.
- II.4.2.45 Możliwość wprowadzania danych z karty zabiegów do arkusza kalkulacyjnego.
- II.4.2.46 Przy wypełnianiu recepty, domyślnie podpowiadane są te leki, które pacjent przyjmował na oddziale w ostatnim okresie, ale z możliwością modyfikacji z pełnego lekospisu.
- II.4.2.47 W karcie zabiegów dostęp do użytego/wszczepionego sprzętu z bazy magazynu aptecznego, w tym także sprzęt w komisie.
- II.4.2.48 W wersji drukowanej formularza karty zabiegu jest miejsce na trzy pola, na których naklejana będzie "etykieta wszczepionego urządzenia", lub jedno odpowiednio duże pole (około 5x5 cm) na 3 etykiety.
- II.4.2.49 Informacje o wykorzystanym/wszczepionym sprzęcie (np. stymulatory) wprowadzane są zarówno do karty zabiegów jak i do karty wypisu.
- II.4.2.50 Prowadzenia karty działań niepożądanych i powikłań.
- II.4.2.51 Prowadzenia karty historii wszczepionego urządzenia lub wymiany jego elementów składowych, w tym informacje o diagnostyce



urządzenia z zakładką "implantacja urządzenia", rekord danych o monitorowaniu stanu urządzenia i pacjenta.

II.4.2.52 Prowadzenie karty wypisowej, zawierającej m.in.: datę sporządzenia, imię i nazwisko pacjenta, PESEL, nr telefonu pacjenta, rozpoznanie (zintegrowany system podpowiedzi z kodami), łączna dawka promieniowania, podana pacjentowi podczas pobytu w Szpitalu (automatycznie sumowana z przeprowadzonych badań wykorzystujących promieniowanie), logo oddziału, epikryza (wpisywana ręcznie, ale z możliwością skorzystania z istniejących edytowalnych wzorców), wybrane wyniki badań (wybierane ręcznie, wszystkie, zdefiniowane zestawy), zestawy rozpoznań (istniejące wzorce), miejsce na podpis ordynatora lub zastępcy.

II.4.2.53 Przy wpisywaniu rozpoznania, ze słownika wprowadzane są kody ICD9, ICD10.

II.4.2.54 Możliwość wypełnienia i wydruku standardowych druków zewnętrznych, m.in.:

- II.4.2.54.1 Karta Statystyczna,
- II.4.2.54.2 Karta Nowotworowa,
- II.4.2.54.3 Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej,
- II.4.2.54.4 Karta Zgonu.

II.4.2.55 System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów, m.in.:

- II.4.2.55.1 dziennik ruchu chorych,
- II.4.2.55.2 lista pacjentów przyjętych do szpitala,
- II.4.2.55.3 lista pacjentów przebywających w oddziale,
- II.4.2.55.4 lista pacjentów wypisanych ze szpitala,
- II.4.2.55.5 raport dzienny,
- II.4.2.55.6 raport niepełnych danych pacjentów,
- II.4.2.55.7 raport wykonanych świadczeń,
- II.4.2.55.8 zestawienia wg jednostki chorobowej,
- II.4.2.55.9 księga zgonów,
- II.4.2.55.10 księga główna,
- II.4.2.55.11 księga odmów przyjęć
- II.4.2.55.12 księga oddziałowa,
- II.4.2.55.13 lista świadczeń na Jednostki organizacyjne,



- II.4.2.55.14 raport podwójnych hospitalizacji,
- II.4.2.55.15 raport lekarski,
- II.4.2.55.16 raport pielęgniarstwa,
- II.4.2.55.17 raport ruchu chorych oddziału,
- II.4.2.55.18 raport list oczekujących (generowanie komunikatu),
- II.4.2.55.19 raport nowotworowy - pacjenci z rozpoznaniem nowotworowym,
- II.4.2.55.20 raport obłożenia oddziału,
- II.4.2.55.21 raport ostrych zatruc,
- II.4.2.55.22 raport świadczeń wykonanych,
- II.4.2.55.23 sumaryczne zestawienie wypisów,
- II.4.2.55.24 zestawienie diagnoz na płatnika,
- II.4.2.55.25 zestawienie statystyczne diagnoz ICD10 i procedur ICD9,
- II.4.2.55.26 zestawienie zbiorcze do PZH (generowanie komunikatu),
- II.4.2.55.27 zestawienia i raporty znieczuleń anestezjologicznych, zawierających m.in.:
 - II.4.2.55.27.1 nr księgi głównej,
 - II.4.2.55.27.2 wiek chorego,
 - II.4.2.55.27.3 ocenę w skali ASA,
 - II.4.2.55.27.4 oddział pacjenta,
 - II.4.2.55.27.5 data wykonania znieczulenia,
 - II.4.2.55.27.6 godzina rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia,
 - II.4.2.55.27.7 rozpoznanie,
 - II.4.2.55.27.8 rodzaj wykonanej operacji,
 - II.4.2.55.27.9 imię i nazwisko operatora,
 - II.4.2.55.27.10 rodzaj wykonanego znieczulenia ogólnego (wziewne, dożylnie, dożylnowo-wziewne, sedacja lub monitorowany nadzór anestezjologiczny),
 - II.4.2.55.27.11 rodzaj wykonywanego znieczulenia regionalnego (POP, POP ciągły, ZOP, ZOP ciągły, POP i ZOP, CSA, blokada splotów i nerwów obwodowych),



- II.4.2.55.27.12 rodzaj zabezpieczenia dróg oddechowych (intubacja, maska krtaniowa, rurka tracheotomijna, brak, inne),
 - II.4.2.55.27.13 rodzaj wykonanych innych czynności anestezjologicznych (np. wkłucie obwodowe, wkłucie centralne, cewnik Swan Ganz'a, linia tętnicza),
 - II.4.2.55.27.14 informacje o przebiegu (powikłane, niepowikłane),
 - II.4.2.55.27.15 dodatkowe informacje o znieczuleniu i jego przebiegu,
 - II.4.2.55.27.16 imię i nazwisko anestezjologa wykonującego znieczulenie,
 - II.4.2.55.27.17 imię i nazwisko drugiego anestezjologa wykonującego znieczulenie.
 - II.4.2.55.27.18 zestawienia i raporty interwencji anestezjologicznych, zawierające m.in.:
 - II.4.2.55.27.19 nr księgi głównej,
 - II.4.2.55.27.20 wiek chorego,
 - II.4.2.55.27.21 ocenę w skali ASA,
 - II.4.2.55.27.22 oddział pacjenta,
 - II.4.2.55.27.23 data i godzina wykonania interwencji (godziny początku i końca interwencji w przypadku procedur długo trwających),
 - II.4.2.55.27.24 rodzaj interwencji (kaniulacja dużych naczyń, kaniulacja małych naczyń, założenie linii tętniczej, reanimacja, konsultacja, intubacja, podłączenie respiratora, obstawa anestezjologiczna, inne),
 - II.4.2.55.27.25 dodatkowe informacje o interwencji i jej przebiegu,
 - II.4.2.55.27.26 imię i nazwisko anestezjologa wykonującego interwencję,
 - II.4.2.55.27.27 imię i nazwisko drugiego anestezjologa wykonującego interwencję.
- II.4.2.56 Możliwość generowania zestawień i raportów interwencji dla wybieranych zakresów czasu (dat), dla wybranej osoby (np. anestezjologa Wykonującego), dla wybranych oddziałów. Możliwość wyboru pól uwzględnianych w zestawieniu.



- II.4.2.57 Przegląd danych archiwalnych pacjenta dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów), z dostępem do zleceń, wyników badań, konsultacji itp.
- II.4.2.58 Możliwość przyjęcia pacjenta, bez danych osobowych tzw. NN
- II.4.2.59 Wprowadzanie i ewentualne drukowanie karty znieczulenia, zawierającej m.in. następujące dane:
- II.4.2.59.1 dane pacjenta (m.in. imię nazwisko, wiek, rok urodzenia),
 - II.4.2.59.2 nr księgi głównej,
 - II.4.2.59.3 ocenę w skali ASA,
 - II.4.2.59.4 oddział pacjenta,
 - II.4.2.59.5 data wykonania znieczulenia,
 - II.4.2.59.6 godzina rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia,
 - II.4.2.59.7 rozpoznanie przedoperacyjne,
 - II.4.2.59.8 rodzaj wykonanej operacji,
 - II.4.2.59.9 imię i nazwisko operatora,
 - II.4.2.59.10 rodzaj wykonanego znieczulenia ogólnego (wziewne, dożylną dożylna-wziewne, sedacja lub monitorowany nadzór anestezjologiczny),
 - II.4.2.59.11 rodzaj wykonywanego znieczulenia regionalnego (POP, POP ciągły, ZOP, ZOP ciągły, POP i ZOP, CSA, blokada splotów i nerwów obwodowych),
 - II.4.2.59.12 rodzaj zabezpieczenia dróg oddechowych (intubacja, maska krtaniowa, rurka tracheotomijna, brak, inne),
 - II.4.2.59.13 rodzaj wykonanych innych czynności anestezjologicznych (np. wkłucie obwodowe, wkłucie centralne, cewnik Swan Ganz'a, linia tętnicza),
 - II.4.2.59.14 informacje o przebiegu znieczulenia (powikłane, niepowikłane),
 - II.4.2.59.15 pole dodatkowych informacji o znieczuleniu i jego przebiegu,
 - II.4.2.59.16 imię i nazwisko anestezjologa wykonującego znieczulenie,



- II.4.2.59.17 imię i nazwisko drugiego anestezjologa wykonującego znieczulenie.
- II.4.2.60 Wprowadzanie i drukowanie interwencji anestezjologicznej zawierającej m.in.:
 - II.4.2.60.1 dane pacjenta (m.in. imię, nazwisko, wiek),
 - II.4.2.60.2 nr księgi głównej,
 - II.4.2.60.3 nr PESEL,
 - II.4.2.60.4 ocenę w skali ASA,
 - II.4.2.60.5 oddział pacjenta,
 - II.4.2.60.6 data i godzina wykonania interwencji (godziny początku i końca interwencji w przypadku procedur długo trwających),
 - II.4.2.60.7 rodzaj interwencji (kaniulacja dużych naczyń, kaniulacja małych naczyń, założenie linii tętnicznej, reanimacja, konsultacja, intubacja, podłączenie respiratora, obstawa anestezjologiczna, inne),
 - II.4.2.60.8 pole dodatkowych informacji o interwencji i jej przebiegu,
 - II.4.2.60.9 imię i nazwisko anestezjologa wykonującego interwencję,
 - II.4.2.60.10 imię i nazwisko drugiego anestezjologa wykonującego interwencję.

II.4.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Statystyka medyczna i archiwum”

- II.4.3.1 Statystyka Medyczna
- II.4.3.2 Oznaczanie podmiotu na podstawie następujących danych:
 - II.4.3.2.1 nazwę podmiotu,
 - II.4.3.2.2 adres podmiotu, wraz z numerem telefonu,
 - II.4.3.2.3 kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm. 2)], zwany dalej "kodem resortowym", stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,



- II.4.3.2.4 nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- II.4.3.2.5 nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- II.4.3.2.6 numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską - w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej,
- II.4.3.2.7 numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych - w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych i grupowej praktyki pielęgniarek, położnych.
- II.4.3.3 Prowadzenie Historia Choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawierającej m.in.:
 - II.4.3.3.1 rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań,
 - II.4.3.3.2 numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta,
 - II.4.3.3.3 opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta,
 - II.4.3.3.4 epikryzę,
 - II.4.3.3.5 datę wypisu.
- II.4.3.4 Prowadzenie Historii Choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze Szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi powyżej, zawiera:
 - II.4.3.4.1 datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
 - II.4.3.4.2 opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:



- II.4.3.4.2.1 przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
- II.4.3.4.2.2 przyczynę wtórną,
- II.4.3.4.2.3 przyczynę bezpośrednią,
- II.4.3.4.3 protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce,
- II.4.3.4.4 adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji,
- II.4.3.4.5 adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.
- II.4.3.5 Sporządzanie Protokołu badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym, który jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję oraz dołączany do historii choroby.
- II.4.3.6 Prowadzenie Karty noworodka zawierającej m.in. następujące dane:
 - II.4.3.6.1 dane identyfikujących Szpital (pkt. 1.23),
 - II.4.3.6.2 oznaczenie pacjenta
 - II.4.3.6.3 oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie,
 - II.4.3.6.4 datę dokonania wpisu,
 - II.4.3.6.5 numer w księdze noworodków, pod którym dokonano wpisu o urodzeniu;
 - II.4.3.6.6 dane dotyczące matki noworodka:
 - II.4.3.6.6.1 imię i nazwisko,
 - II.4.3.6.6.2 adres zamieszkania,
 - II.4.3.6.6.3 wiek,
 - II.4.3.6.6.4 numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki,
 - II.4.3.6.6.5 grupa krwi oraz czynnik Rh;
- II.4.3.7 dane dotyczące poprzednich ciąży i porodów matki noworodka:
 - II.4.3.7.1 liczbę ciąży i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych,
 - II.4.3.7.2 datę poprzedniego porodu,



- II.4.3.7.3 inne informacje dotyczące poprzedniego porodu;
- II.4.3.8 dane dotyczące rodzeństwa noworodka: rok urodzenia, stan zdrowia, a w przypadku śmierci - przyczynę zgonu,
- II.4.3.9 dane dotyczące obecnej ciąży i przebiegu porodu:
 - II.4.3.9.1 czas trwania ciąży (w tygodniach),
 - II.4.3.9.2 informacje dotyczące przebiegu porodu,
 - II.4.3.9.3 charakterystykę porodu (fizjologiczny, zabiegowy),
 - II.4.3.9.4 powikłania porodowe,
 - II.4.3.9.5 czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- II.4.3.10 dane dotyczące noworodka:
 - II.4.3.10.1 datę urodzenia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
 - II.4.3.10.2 płeć,
 - II.4.3.10.3 masę ciała,
 - II.4.3.10.4 długość,
 - II.4.3.10.5 obwód głowy,
 - II.4.3.10.6 obwód klatki piersiowej,
 - II.4.3.10.7 ocenę według skali Apgar
 - II.4.3.10.8 urazy okołoporodowe,
 - II.4.3.10.9 stwierdzone nieprawidłowości,
 - II.4.3.10.10 w przypadku martwego urodzenia - wskazanie, czy zgon nastąpił przed czy w trakcie porodu;
- II.4.3.11 opis postępowania po urodzeniu (odśluzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja, zastosowane produkty lecznicze),
- II.4.3.12 informacje o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach,
- II.4.3.13 informacje o stanie noworodka w dniu wypisu,
- II.4.3.14 informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych,
- II.4.3.15 datę wypisania, a w przypadku zgonu noworodka - datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, oraz opis słowny stanów chorobowych



prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem.

II.4.3.16 Prowadzenie Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego-
wystawiana na podstawie Historii Choroby lub Karty Noworodka,
zawierającej m.in. następujące dane:

- II.4.3.16.1 dane identyfikujących Szpital (pkt. 1.23),
- II.4.3.16.2 oznaczenie pacjenta
- II.4.3.16.3 oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie,
- II.4.3.16.4 datę dokonania wpisu,
- II.4.3.16.5 rozpoznanie choroby w języku polskim,
- II.4.3.16.6 opis wyników badań diagnostycznych lub konsultacji,
- II.4.3.16.7 opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania,
- II.4.3.16.8 wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia,
- II.4.3.16.9 orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,
- II.4.3.16.10 adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi,
- II.4.3.16.11 terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania,
- II.4.3.16.12 w przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowego przedstawiciela mają oni prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu -dopuszcza się podanie rozpoznania w języku łaćńskim.

II.4.3.17 Prowadzenie Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawierającej:

- II.4.3.17.1 dane identyfikujących Szpital (pkt. 1.23),
- II.4.3.17.2 rozpoznanie choroby w języku polskim,



- II.4.3.17.3 datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
- II.4.3.17.4 opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
- II.4.3.17.5 przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
- II.4.3.17.6 przyczynę wtórną,
- II.4.3.17.7 przyczynę bezpośrednią;
- II.4.3.17.8 adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji.
- II.4.3.18 Prowadzenie dokumentów wewnątrz-zakładowych:
 - II.4.3.18.1 historia procesu pielęgnowania,
 - II.4.3.18.2 karta obserwacji miejsca wkłucia,
 - II.4.3.18.3 karta obserwacji wkłucia dotętniczego,
 - II.4.3.18.4 karta obserwacji miejsca operowanego,
 - II.4.3.18.5 karta rejestracyjna zakażenia szpitalnego,
 - II.4.3.18.6 karta oceny ryzyka zakażenia,
 - II.4.3.18.7 karta obserwacji pacjenta z rurką intubacyjną,
 - II.4.3.18.8 karta obserwacji porodu,
 - II.4.3.18.9 karta oceny ryzyka rozwoju odleżyn, karta obserwacji i leczenia chorego z odleżynami,
 - II.4.3.18.10 formularz zamówienia antybiotyku,
 - II.4.3.18.11 protokoły operacyjne (instrumentariuszek piel. Anestezjologicznych),
 - II.4.3.18.12 karta znieczulenia,
 - II.4.3.18.13 karta obserwacji podczas przetoczenia krwi,
 - II.4.3.18.14 zaświadczenie o pobycie w szpitalu,
 - II.4.3.18.15 zlecenie na przewóz chorego zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz modyfikacją wewnętrzną,
 - II.4.3.18.16 kontrola nad ubezpieczonymi - pole do wpisywania dok ubezpieczeniowego i termin obowiązywania wartość, która powinna pojawiać się wraz z danymi pacjenta.
- II.4.3.19 Archiwum medyczne:
- II.4.3.20 Prowadzenie następującej dokumentacji:



- II.4.3.20.1 Alfabetyczny spis Historii Chorób przyjętych z Oddziału do ksiąg pomocniczych,
- II.4.3.20.2 Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej,
- II.4.3.20.3 Rejestr historii chorób wypożyczonych z archiwum i prowadzenie korespondencji dotyczącej pobytu chorych w szpitalu, dokonywanie kopii i odpisów dokumentów medycznych na żądanie wnioskodawców instytucjonalnych oraz indywidualnych,
- II.4.3.20.4 Wykaz brakujących Historii Chorób w archiwum po upływie miesiąca od wypisu ze szpitala,
- II.4.3.20.5 Wykaz Historii Chorób po upływie terminu -terminu obowiązującego przechowywania w archiwum szpitalnym zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- II.4.3.21 Prowadzenie Księgi przetoczeń krwi i preparatów krwiopochodnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- II.4.3.22 Prowadzenie Karty statystycznej do karty zgonu-zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- II.4.3.23 Prowadzenie Karty statystyczno-wypisowej rozliczeniowej zgodnie z obowiązującymi przepisami, oraz modyfikacją wewnętrzną zawierającą dane dotyczące pacjenta:
 - II.4.3.23.1 czy przenoszono pacjenta na inny oddział,
 - II.4.3.23.2 datę wpisu na listę oczekujących,
 - II.4.3.23.3 dane rozliczeniowe z płatnikiem -kod grupy z katalogu JGP, z katalogu świadczeń odrębnych oraz z katalogu do sumowania,
 - II.4.3.23.4 wartość punktową hospitalizacji,
 - II.4.3.23.5 oznaczenie czy udzielone świadczenie było ratującym życie,
 - II.4.3.23.6 tryb przyjęcia oraz tryb wypisu,
 - II.4.3.23.7 miejsce, do którego udaje się pacjent po opuszczeniu szpitala,
 - II.4.3.23.8 czy zlecano przewóz,
 - II.4.3.23.9 przyczyny zgonu: bezpośrednia, wtórna, wyjściowa wraz z kodami,
 - II.4.3.23.10 nazwa oddziału, który leczył pacjenta wraz z kodem resortowym,



- II.4.3.23.11 data przyjęcia na oddział,
- II.4.3.23.12 data opuszczenia oddziału przez pacjenta (dotyczy także ruchu międzyoddziałowym),
- II.4.3.23.13 rozpoznanie choroby zasadniczej - w języku polskim wraz z kodem ICD 10,
- II.4.3.23.14 przyczynę urazu V-Y,
- II.4.3.23.15 choroby współistniejące,
- II.4.3.23.16 zabiegi operacyjne wraz z kodami ICD-9.

II.4.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rozliczenia z NFZ”

- II.4.4.1 Import świadczeń z systemu szpitalnego
- II.4.4.2 Nanoszenie podstawowych danych kontrahentów:
 - II.4.4.2.1 nazwa i adres
 - II.4.4.2.2 NIP
 - II.4.4.2.3 REGON
- II.4.4.3 Deklarowanie katalogu świadczeń:
 - II.4.4.3.1 możliwość definiowania katalogu świadczeń w oparciu o procedury rozliczeniowa płatnika
 - II.4.4.3.2 możliwość określenia ceny każdego świadczenia oraz parametrów pozwalających na wystawienie faktury (SWWiU, stawka VAT)
 - II.4.4.3.3 możliwość wprowadzenia wartości punktowej każdego świadczenia
 - II.4.4.3.4 możliwość określenia okresów wykonywalności określonych świadczeń
- II.4.4.4 Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z oddziałami NFZ
- II.4.4.5 Generowanie dokumentów rozliczeniowych
- II.4.4.6 Ewidencjonowanie parametrów umów:
 - II.4.4.6.1 definiowanie okresu ważności umowy
 - II.4.4.6.2 definiowanie listy świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy
 - II.4.4.6.3 definiowanie wartości świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy wyrażonej kwotowo i w punktach



- II.4.4.6.4 definiowanie wartości punktu w ramach limitu i poza limitem
- II.4.4.6.5 definiowanie limitów świadczeń
- II.4.4.6.6 definiowanie procedur rozliczeniowych (płatniczych)
- II.4.4.6.7 definiowanie schematu rozliczania poszczególnych jednostek szpitala (np. dwie jednostki rozliczane jedną pozycją umowy)
- II.4.4.7 Opcjonalnie kryteria wyboru pobytów/wizyt pacjentów np. długość pobytu, poziom referencji, rozpoznania zasadnicze, wykonane procedury zakładowe, wykonane procedury wg NFZ
- II.4.4.8 Możliwość ewidencjonowania umów zawartych przez poszczególne jednostki organizacyjne szpitala lub przychodni: laboratoria, pracownie diagnostyczne, inne
- II.4.4.9 Możliwość dokonywania zmian warunków umów wynikających z zawarcia aneksów
- II.4.4.10 Weryfikacja kompletu danych niezbędnego do rozliczenia wizyt/pobytów pacjentów
- II.4.4.11 Możliwość raportowania braków w danych niezbędnych do rozliczenia świadczeń
- II.4.4.12 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.
- II.4.4.13 Podgląd na bieżąco stanu realizacji poszczególnych umów (ilościowy i procentowy)
- II.4.4.14 Możliwość wystawienia faktur dla płatnika na podstawie dokumentów rozliczeniowych
- II.4.4.15 Generowanie szeregu zestawień sprawozdawczych do NFZ i MZ zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wewnętrznych raportów weryfikujących dane bez konieczności stosowania zewnętrznych programów, między innymi:
 - II.4.4.15.1 zestawienie świadczeń za wybrany okres z możliwością weryfikacji definiowalnego kompletu danych rozliczeniowych
 - II.4.4.15.2 zestawienie świadczeń rozliczonych w danym okresie, na podstawie wybranych umów



- II.4.4.15.3 zbiorcze zestawienia ilościowo - wartościowe za dany okres rozliczeniowy, na podstawie wybranych umów
- II.4.4.15.4 zestawienie wykonanych usług ponadplanowych
- II.4.4.15.5 zestawienie pacjentów nie wykazanych na dokumentach rozliczeniowych, wraz z powodem ich nie uwzględniania w rozliczeniach
- II.4.4.15.6 zestawienia pobytów pacjentów powtarzających się częściej niż zadany odstęp czasu
- II.4.4.15.7 generowanie sprawozdania do NFZ dot. liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na świadczenia

II.4.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Blok operacyjny”

- II.4.5.1 Przypisanie zespołów chirurgicznych i anestezjologicznych do wykonania danych operacji z możliwością podglądu na oddziałach.
- II.4.5.2 Planowanie zabiegów, w szczególności:
 - II.4.5.2.1 daty i godziny,
 - II.4.5.2.2 miejsca (sala operacyjna),
 - II.4.5.2.3 tytułu zabiegu,
 - II.4.5.2.4 planowanego zużycia materiałów wszczepialnych,
 - II.4.5.2.5 rodzaju znieczulenia,
 - II.4.5.2.6 inne uwagi.
- II.4.5.3 Potwierdzanie przyjęcia pacjenta na wykonanie zabiegu.
- II.4.5.4 Obsługa znaczników czasowych, w szczególności:
 - II.4.5.4.1 wjazd na salę operacyjną,
 - II.4.5.4.2 rozpoczęcie znieczulenia,
 - II.4.5.4.3 rozpoczęcie operacji,
 - II.4.5.4.4 zakończenie operacji,
 - II.4.5.4.5 zakończenie znieczulenia / wybudzenie,
 - II.4.5.4.6 wyjazd z sali operacyjnej.
- II.4.5.5 Prowadzenie ewidencji m.in.:
 - II.4.5.5.1 Księgi Bloku Operacyjnego,
 - II.4.5.5.2 Księgi Znieczuleń,
 - II.4.5.5.3 wykonanych procedur medycznych,



- II.4.5.5.4 dokumentacji operacyjnej, w tym karty zabiegowej pacjenta,
- II.4.5.5.5 protokołów pielęgniarских,
- II.4.5.5.6 zużytych leków i materiałów wraz z kosztami.
- II.4.5.6 Generowanie raportów zdefiniowanych przez użytkownika, takich jak m.in.:
 - II.4.5.6.1 koszt zabiegu na pacjenta,
 - II.4.5.6.2 wykorzystanie sal (czas),
 - II.4.5.6.3 statystyka pracownika,
 - II.4.5.6.4 wszystkie przekrojowe analizy na podstawie wprowadzonych danych.
- II.4.5.7 Obsługa elektronicznych zleceń w ramach ZSI:
 - II.4.5.7.1 wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (badania) do jednostki realizującej (np. pracownia diagnostyczna, zakład patomorfologii),
 - II.4.5.7.2 możliwość śledzenia stanu wykonania zlecenia,
 - II.4.5.7.3 zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (np. wyniku badania).
- II.4.5.8 Aktualizacja on-line stanów magazynowych apteczek bloku operacyjnego, sterylizatorni i apteczek anestezyjologicznych na podstawie np. zewidencjonowanego zużycia, a także zużycia sprzętu wszczepialnego będącego na stanie apteki, sterylizacji lub w komisie po wprowadzeniu zmian przez operatora.
- II.4.5.9 Odnotowywanie zużycia sprzętu jednorazowego oraz narzędzi.
- II.4.5.10 Moduł Bloku Operacyjnego obsługuje blok operacyjny szpitala oraz wszelkie inne sale i gabinety zabiegowe lecznictwa zamkniętego i otwartego Szpitala.
- II.4.5.11 Prowadzenie Księgi Zabiegów obejmującej także wszelkie procedury zabiegowe w trybie ambulatoryjnym.
- II.4.5.12 Generowanie formularza zgody pacjenta na zabieg.
- II.4.5.13 Księga Bloku Operacyjnego umożliwia generowanie schematów opisów zabiegu do wyboru.
- II.4.5.14 Istnieje możliwość podziału kosztów Bloku na poszczególne Oddziały zlecające, w szczególności koszty materiałów medycznych i



leków, które zamawia Blok Operacyjny muszą obciążać Oddziały macierzyste pacjenta, który trafia na operację.

II.4.6 Moduł/grupa funkcjonalności: „Optymalizator JGP”

- II.4.6.1 Moduł/grupa funkcjonalności wyznacza JGP zgodnie z charakterystyką i algorytmem określonym przez NFZ na dany okres rozliczeniowy.
- II.4.6.2 Moduł/grupa funkcjonalności zapewnia obsługę wyznaczania JGP dla danych z zakończonych okresów rozliczeniowych zgodnie z obowiązującą wtedy charakterystyką i algorytmem.
- II.4.6.3 Moduł/grupa funkcjonalności automatycznie pobiera z Ruchu Chorych wszystkie dane niezbędne do wyznaczenia JGP.
- II.4.6.4 Moduł/grupa funkcjonalności wyznacza wszystkie możliwe grupy do jakich może zostać zakwalifikowana hospitalizacja zgodnie z zawartą umową z NFZ.
- II.4.6.5 Moduł/grupa funkcjonalności wyznacza wszystkie możliwe grupy do jakich może zostać zakwalifikowana porada zgodnie z zawartą umową z NFZ.
- II.4.6.6 Moduł/grupa funkcjonalności dla każdej wyznaczonej grupy wylicza wartości punktowe niezbędne do sprawozdawczości (taryfa podstawowa, dodatkowa, całkowita).
- II.4.6.7 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.
- II.4.6.8 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.
- II.4.6.9 Moduł/grupa funkcjonalności umożliwia zawężenie przeglądania JGP do zakontraktowanych z danym płatnikiem, w danej jednostce organizacyjnej.
- II.4.6.10 Moduł/grupa funkcjonalności automatycznie wyznacza także inne potencjalne grupy w przypadku alternatywnej kwalifikacji / okodowania świadczenia z jawnym oznaczeniem grupy najbardziej intratnej.



- II.4.6.11 Moduł/grupa funkcjonalności wskazuje dokładnie przyczyny braku możliwości zakwalifikowania świadczenia do bardziej intratnej grupy.
- II.4.6.12 Moduł/grupa funkcjonalności automatycznie porządkuje (sortuje) wyznaczone i potencjalne grupy wg kryterium łącznej wartości punktów.
- II.4.6.13 Moduł/grupa funkcjonalności umożliwia przypisanie na podstawie wyznaczonej JGP produktu jednostkowego do rozliczenia w NFZ.
- II.4.6.14 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).
- II.4.6.15 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.
- II.4.6.16 Moduł/grupa funkcjonalności pozwala na automatyczne wyznaczenie grup JGP dla wszystkich hospitalizacji, przy czym listę można zawęzić do hospitalizacji na danym oddziale.
- II.4.6.17 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.
- II.4.6.18 Moduł/grupa funkcjonalności pozwala na przeglądanie stanu wyznaczenia grup JGP z zastosowaniem filtrów, które ograniczają prezentowaną listę hospitalizacji do:
 - II.4.6.18.1 w ogóle nie posiadających przypisanego JGP,
 - II.4.6.18.2 nie posiadających jednoznacznie przypisanego JGP,
 - II.4.6.18.3 nie posiadających przypisanego JGP umożliwiającego rozliczenie.



II.5 ZAKRES: MODUŁY DODATKOWE

II.5.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Wsparcie zarządzania systemem jakości”

II.5.1.1 W ramach modułu/grupy funkcjonalności dotyczącej wsparcia zarządzania systemem jakości należy dostarczyć i wdrożyć portal intranetowy, który powinien udostępniać następujące funkcjonalności:

II.5.1.2 Kalendarz

II.5.1.2.1 Widok kalendarza w układzie miesięcznym, tygodniowym, pięciodniowym, dziennym oraz wykresu Gantta.

II.5.1.2.2 Możliwość dodawania aktywności do kalendarza ze wskazaniem ich opisu, czasu trwania, lokalizacji.

II.5.1.2.3 Możliwość komentowania aktywności przez osoby posiadające uprawnienia do danej aktywności.

II.5.1.2.4 Możliwość definiowania powtórzeń dla aktywności - dzienne, tygodniowe, miesięczne i roczne

II.5.1.2.5 Możliwość oznaczania aktywności jako prywatne

II.5.1.2.6 Możliwość załączania załączników do aktywności

II.5.1.2.7 Możliwość zapraszania do aktywności innych użytkowników lub działów

II.5.1.2.8 Możliwość akceptacji i odrzucania zaproszeń do aktywności oraz podgląd tych statusów przez zapraszającego

II.5.1.2.9 Podgląd na widoku kalendarza grafika pracy z podsystemu kadrowego systemu informatycznego jednostki z rozróżnieniem grafików planowanych i realizowanych.

II.5.1.2.10 Możliwość definiowania kalendarzy dla działów firmy dostępnych automatycznie jedynie dla pracowników danego działu

II.5.1.2.11 Współdzielenie kalendarzy

II.5.1.2.12 Obsługa dostępu do kalendarza w trybie sekretarza/sekretarki z wyłączeniem aktywności oznaczonych jako prywatne.

II.5.1.2.13 Synchronizacja z urządzeniami mobilnymi z zainstalowanym systemem Google Android,

II.5.1.2.14 Możliwość podglądu kalendarza innych użytkowników przez uprawnione osoby



- II.5.1.2.15 Możliwość personalizacji kalendarza przez każdego pracownika
- II.5.1.3 Klient poczty
 - II.5.1.3.1 Zgodność z serwerami pocztowymi obsługującymi IMAP i POP3
 - II.5.1.3.2 Możliwość ograniczenia do obsługi poczty wewnętrznej organizacji
 - II.5.1.3.3 Adresowanie poczty z wykorzystaniem bazy kontaktów (prywatnej i ogólnofirmowej)
 - II.5.1.3.4 Przeszukiwanie poczty wg. adresów, tematów i zawartości wiadomości.
- II.5.1.4 Kontakty
 - II.5.1.4.1 Obsługa kontaktów indywidualnych
 - II.5.1.4.2 Obsługa kontaktów grupowych (np. ordynatorzy, lekarze)
 - II.5.1.4.3 Obsługa kontaktów wspólnych dla całej organizacji.
 - II.5.1.4.4 Możliwość grupowania kontaktów w nieograniczonej strukturze drzewiastej
 - II.5.1.4.5 Synchronizacja z urządzeniami mobilnymi z zainstalowanym systemem Google Android,
 - II.5.1.4.6 Brak ograniczeń na ilość kontaktów i ilość adresów w ramach kontaktu
- II.5.1.5 Zadania
 - II.5.1.5.1 Obsługa priorytetów
 - II.5.1.5.2 Możliwość definiowania daty ukończenia, ilości godzin planowanych oraz faktycznej ilości godzin zrealizowanych
 - II.5.1.5.3 Możliwość zlecania zadań innym osobom lub działom
 - II.5.1.5.4 Możliwość akceptacji bądź odrzucania wykonania zadania (wielokrotnie) przez zlecającego
- II.5.1.6 Wiadomości błyskawiczne
 - II.5.1.6.1 Możliwość przekazania wiadomości błyskawicznej do innego użytkownika lub działu.
- II.5.1.7 Chat
 - II.5.1.7.1 Możliwość podglądu historii prywatnych rozmów
 - II.5.1.7.2 Rozmowy prywatne, ogólne oraz grupowe



- II.5.1.8 Samoobsługa w sprawach pracowniczych:
 - II.5.1.8.1 Urlopy
 - II.5.1.8.1.1 Integracja z systemem kadrowym w zakresie wyświetlania ilości dostępnego urlopu.
 - II.5.1.8.1.2 Składanie wniosku urlopowego z rozróżnieniem na typ (wypoczynkowy, opieka nad dzieckiem, na żądanie, zdrowotny)
 - II.5.1.8.1.3 Dwupoziomowy system akceptacji wniosków - przez przełożonego oraz pracownika kadr.
 - II.5.1.8.1.4 Automatyczne przekazywanie zaakceptowanego wniosku do systemu Kadrowego.
 - II.5.1.8.1.5 Prezentacja zaakceptowanego urlopu jako aktywności na kalendarzu
 - II.5.1.8.2 Obsługa wyjść z pracy (służbowych i prywatnych)
 - II.5.1.8.2.1 Możliwość zgłaszania wniosków o wyjście
 - II.5.1.8.2.2 Możliwość akceptacji lub odrzucania wniosków przez przełożonego
 - II.5.1.8.2.3 Prezentacja zaakceptowanego wyjścia jako aktywności na kalendarzu
- II.5.1.9 Baza wiedzy
 - II.5.1.9.1 Publikowanie i przeglądanie bazy wiedzy.
 - II.5.1.9.2 Możliwość organizowania bazy wiedzy w strukturze drzewiastej
 - II.5.1.9.3 Możliwość dodawania obrazów i załączników
 - II.5.1.9.4 Możliwość przeniesienia artykułu do Archiwum Bazy wiedzy
 - II.5.1.9.5 Możliwość przeniesienia katalogu do Archiwum Bazy wiedzy
- II.5.1.10 Zgłoszenia usterek i uwag do dowolnego działu (np. technicznego, IT).
 - II.5.1.10.1 Możliwość wskazania środka trwałego z ewidencji systemu środków trwałych, którego dotyczy zgłoszenie
 - II.5.1.10.2 Możliwość zdefiniowania przez użytkowników pracujących przy zgłoszeniu elementów: planowana data realizacji, pracochłonność, planowane i tymczasowe rozwiązanie.



- II.5.1.10.3 Obsługa statusów realizacji zgłoszenia i komentarza.
- II.5.1.10.4 Możliwość wydruku zgłoszenia
- II.5.1.10.5 Możliwość przypisania zgłoszenia do serwisanta
- II.5.1.10.6 Możliwość ustalenia ostatecznego terminu wykonania zgłoszenia
- II.5.1.10.7 Wyróżnienie kolorem przeterminowanych zgłoszeń (zgłoszeń, którym minął ostateczny termin wykonania zgłoszenia)
- II.5.1.10.8 Możliwość ustalenia priorytetu dla zgłoszenia przez osobę obsługującą zgłoszenie
- II.5.1.11 Tablica ogłoszeń
 - II.5.1.11.1 Możliwość tworzenia ogłoszeń ogólnych, jak i dla poszczególnych działów
 - II.5.1.11.2 Możliwość tworzenia ogłoszeń koniecznych do potwierdzenia zapoznania się z treścią przez pracownika
 - II.5.1.11.3 Dostępne zestawienia z listą użytkowników, którzy otworzyli ogłoszenie oraz takich, którzy potwierdzili zapoznanie się z treścią
- II.5.1.12 Zarządzanie zasobami
 - II.5.1.12.1 Możliwość definiowania bazy zasobów z uwzględnieniem możliwości tworzenia grup/typów.
 - II.5.1.12.2 Określony zasób może należeć do wielu grup
 - II.5.1.12.3 Możliwość definiowania zasobów, których rezerwacja nie ma konieczności akceptacji przez zarządzającego zasobami oraz takich z koniecznością akceptacji
 - II.5.1.12.4 Możliwość rezerwacji zasobów przez pracowników poprzez składanie wniosków
 - II.5.1.12.5 Możliwość akceptacji bądź odrzucenia wniosku przez zarządzającego zasobem
 - II.5.1.12.6 Podgląd kalendarza zajętości zasobu
 - II.5.1.12.7 Dostęp do grafiku czasu pracy (planowanego i realizowanego)
 - II.5.1.12.8 Grafiki czasu pracy (planowany i realizowany) w rozbiciu na umowę o pracę i kontrakt
 - II.5.1.12.9 Możliwość wystawienia załącznika do faktury lub rachunku na podstawie zrealizowanego grafika czasu pracy zarejestrowanego w systemie ewidencji czasu pracy.



II.5.1.13 Bezpieczne repozytorium dokumentów (dalej nazywane Repozytorium)

II.5.1.14 Dostęp do repozytorium dokumentów:

II.5.1.14.1 przez przeglądarkę internetową bez konieczności instalacji dodatkowych komponentów.

II.5.1.14.2 bezpośrednio z pakietów biurowych MS Office ,Open Office i Libre Office po zainstalowaniu odpowiedniej wtyczki w powyższym oprogramowaniu

II.5.1.14.3 poprzez mapowany zasób sieciowy (protokół WebDav)

II.5.1.15 Wersjonowanie dokumentów w repozytorium

II.5.1.15.1 Repozytorium musi zapewniać automatyczne wersjonowanie dokumentów.

II.5.1.15.2 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.

II.5.1.15.3 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.5.1.15.4 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.5.1.16 System musi pozwalać na precyzyjne określanie uprawnień użytkowników do zabezpieczonych dokumentów i/lub ich fragmentów. Minimalnie system powinien pozwalać na określenie uprawnienia do:

II.5.1.16.1 przeglądania dokumentu,

II.5.1.16.2 edytowania dokumentu,

II.5.1.16.3 zmiany uprawnień do dokumentu

II.5.1.16.4 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.5.1.16.5 System musi dostarczyć narzędzie integrujące się z MS Office umożliwiające pracę z zaszyfrowanymi dokumentami bezpośrednio z poziomu tych aplikacji.

II.5.1.16.6 System musi umożliwiać pracę off-line z zabezpieczonymi dokumentami.

II.5.1.16.7 System musi zapewnić okienko informacyjne w razie odmowy dostępu z informacją o przyczynie.

II.5.1.16.8 System musi zbierać do centralnego serwera informacje audytowe o wszelkich próbach dostępu (także nieudanych próbach) wykonywanych na dokumencie.