OPIS MODUŁU PODSTAWOWEGO (wdrożenie pierwotnie planowane w 2021 r.) i MODUŁÓW DODATKOWYCH (do rozbudowy modułu podstawowego pierwotnie planowanej w latach 2021 i 2022)

Etap I - MODUŁ PODSTAWOWY
wymagania
System elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w **module podstawowym** musi uwzględniać następujące komórki organizacyjne: • Oddział Ogólny, • Oddział Psychiatryczny, • Oddział Stacjonarny Medycyny Paliatywnej, • Poradnia Medycyny Paliatywnej, • Hospicjum Domowe, • Poradnia Żywieniowa, • Lekarz medycyny Pracy, • Pielęgniarka Epidemiologiczna, • Dział Farmacji Szpitalnej (apteka) - zapewnienie współpracy z bieżąco używanym oprogramowaniem z zachowaniem jego bieżącej funkcjonalności lub instalacja własnego pakietu (aktualnie używany pakiet firmy Kamsoft), • Pracownia Diagnostyki Obrazowej, • Pracownia EKG, • Dzienny Dom Opieki Medycznej, • Dzienna Palcówka Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych, • Statystyka medyczna - zapewnienie współpracy z bieżąco używanym oprogramowaniem lub instalacja własnego pakietu z zachowaniem jego bieżącej funkcjonalności lub instalacja własnego pakietu (aktualnie używany pakiet firmy Asecco). W obrębie powyższych komórek organizacyjnych musi zostać uwzględniony dostęp do systemu EDM pracowników z następujących stanowisk (z przydzieleniem im odpowiednio zdefiniowanych uprawnień): • Dyrektor Naczelny, • Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, • Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, • Stanowisko ds. Systemu Zarządzania Jakością, Stanowisko ds. Kontroli Wewnętrznej i audytu, Inspektor Ochrony Danych Osobowych, • Pielęgniarki Oddziałowe, • Pielęgniarki Koordynujące, • Pielęgniarki,

- Kapelan,
- Lekarze,
- Fizjoterapeuci,
- Logopeda,
- Psycholog,
- Dietetyczki,
- Terapeuci zajęciowi,
- Pracownicy socjalni,

Dodatkowo wymagane:

- możliwość przystosowania systemu do wersji działającej na urządzeniach typu tablet (np. jako oddzielna wersja sytemu lub jako opcja modułu podstawowego),
- Medyczny Portal Informacyjny z e-rejestracją,

obszar merytoryczny	treść wymagana
akty prawne	zgodność z obowiązującymi aktami prawnymi, szczególnie z: • Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania* * lub aktualnym aktem normatywnym w tym zakresie obowiązującym na dzień zakończenia wdrażania EDM
architektura, interfejs użytkownika, baza danych, udogodnienia interfejsu użytkownika, bezpieczeństwo, komunikacja z pacjentem, komunikator, zarządzanie systemem -- w odniesieniu do wszystkich modułów	• system ma interfejs graficzny dla wszystkich modułów, • system pracuje w środowisku graficznym MS Windows na stanowiskach użytkowników (MS Windows 7/8/10), • system komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim, • system jest wyposażony w system podpowiedzi, • podczas uruchamiania systemu użytkownik może mieć możliwość wyboru wersji językowej, • system powinien mieć możliwość ustawiania domyślnej wersji językowej, która powinna być przypisana do danego użytkownika, • system powinien mieć łatwy dostęp do zmian w aktualnej wersji, • system powinien umożliwić podgląd historii zmian elementów, • system powinien umożliwiać zapamiętanie zdefiniowanych kryteriów wyszukiwania z dokładnością dla jednostki i użytkownika, • interfejs użytkownika jest dostępny z poziomu przeglądarki internetowej, • system musi umożliwić pracę co najmniej z poziomu przeglądarek Mozilla Firefox, Google Chrome i Microsoft Edge, • system powinien umożliwiać utworzenie skrótu do aplikacji i danej jednostki organizacyjnej, który może być wykorzystany np. jako skrót na pulpicie lub w przeglądarce; uruchomienie utworzonego skrótu powinno spowodować otwarcie danego modułu w kontekście danej jednostki, •
	• wszystkie moduły systemu działają w oparciu o jeden silnik bazy danych, • cały system powinien pracować w oparciu o tę samą bazę danych, przez co należy rozumieć tę samą instancję bazy danych, te same tabele, • System jest wykonany w technologii klient-serwer, dane są przechowywane w modelu relacyjnym baz danych z wykorzystaniem aktywnego serwera baz danych, •
	• system udostępnia podpowiedzi w funkcjach związanych z wprowadzaniem danych, automatyczne wypełnianie pól, słowniki grup danych (katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, terytorialnych), • system umożliwia wyróżnienie ręczne i automatyczne (na podstawie częstotliwości użycia) w słowniku pozycji najczęściej używanych, • system umożliwia włączenie szybkiego wyszukiwania w polach słownikowych bez konieczności otwarcia okna dla poszczególnych słowników, • system umożliwia kontrolę/parametryzację wielkich/małych liter i zapewnia możliwość ustawienia w wybranych polach wielkości liter, • system musi umożliwić zmianę jednostki organizacyjnej na której pracuje użytkownik bez konieczności wylogowywania się z systemu, • system powinien wyróżniać pola, których wypełnienie jest wymagane, przeznaczone do edycji,

	wypełnione niepoprawnie, • system powinien umożliwiać wyłączanie niewykorzystanych elementów menu czy zakładek, • system powinien umożliwiać zmianę kolejności prezentacji elementów menu czy zakładek, • system umożliwia zmianę wielkości okien słownikowych i ich zapamiętanie w kontekście użytkownika, • system umożliwia skanowanie danych z dokumentów tożsamości - dowodów osobistych lub prawo jazdy - i na tej podstawie dokonywanie identyfikacji pacjenta, • system musi pozwalać na wyszukiwanie pacjenta na podstawie kodu kreskowego (co najmniej wg PESEL, ID pacjenta, ID zlecenia) z dowolnego miejsca w systemie, co umożliwi prezentacje informacji o aktualnym miejscu pobytu pacjenta, • system umożliwia wykonanie nowej operacji w systemie bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenie w trybie nagłym) i powrót do zawieszonej czynności bez utraty danych, kontekstu itp. bez konieczności ponownego uruchamiania aplikacji, • wszystkie błędy niewypełnienia pól obligatoryjnych oraz błędnego wypełnienia powinny być prezentowane w jednym komunikacie z możliwością szybkiego przejścia do miejsca aplikacji, gdzie te błędy wystąpiły, • w wybranych polach opisowych, jak np. treść wywiadu, badania fizykalnego, czy tzw. dekursusu (przebiegu leczenia i choroby), powinna istnieć możliwość wybrania i skorzystania z dowolnego formularza, tekstu standardowego lub wczytania tekstu zapisanego w pliku zewnętrznym. Powinna również w tych miejscach istnieć możliwość zapisu do zewnętrznego pliku przygotowanego tekstu oraz powinny być udostępnione podstawowe narzędzia ułatwiające edycję np. kopiuj/wklej, możliwość wstawiania znaków specjalnych, • system musi umożliwiać autoryzację danych za pomocą podpisu cyfrowego, • Podczas autoryzacji danych podpisem tworzony jest dokument zawierający szczegółowe dane tj.: -datę złożenia podpisu, -dane użytkownika systemu uruchamiającego opcję podpisu, -informację o zakresie autoryzowanych danych, - przyczynę modyfikacji danych, - skrót autoryzowanych danych, • system umożliwia przegląd i wprowadzanie uprawnień (certyfikatów) w kontekście zalogowanego użytkownika, • system powinien umożliwiać sprawdzanie poprawności pisowni w polach opisowych tj. opis badania, wynik, epikryza, • system musi umożliwiać drukowanie kodów jedno i dwuwymiarowych na opaskach dla pacjentów, • system musi umożliwiać przegląd wizyt i hospitalizacji z możliwością szybkiego i łatwego dostępu do danych szczegółowych pobytu tj.: rozpoznania, zlecone badania, wykonane procedury, historia choroby, • system musi umożliwić ograniczenie użytkownikowi dostępu do danych szczegółowych w przeglądzie wizyt i hospitalizacji, • system musi umożliwić wyświetlenie miniatury zdjęcia pacjenta w nagłówku z podstawowymi danymi pacjenta na ekranach prezentujących dane wizyty/ pobytu, • system musi umożliwiać definiowanie etykiet (tagów) globalnych tzn. dostępnych dla wszystkich użytkowników oraz etykiet (tagów) prywatnych tzn. definiowanych przez poszczególnych użytkowników, • system musi umożliwić definiowanie skrótów akcji użytkownika, • definicja skrótów akcji użytkownika musi umożliwiać określenie: - kategorii skrótu - czy jest publiczny - czy jest aktywny - dla jakich jednostek/ról jest dostępny - skrótu klawiszowego dla danego skrótu akcji, • system musi umożliwiać wykorzystanie zdefiniowanych skrótów akcji użytkownika w specyficznych miejscach systemu, • system umożliwia zdefiniowanie nazwy przycisku, pod którym będzie wykonywana akcja użytkownika, • system musi umożliwiać zapisywanie do plików, w formatach XLS i CSV, danych prezentowanych na ekranach w formie tabel i list, przy czym możliwość taka musi być zastrzeżona dla użytkowników, którym nadano dedykowane dla tej funkcji uprawnienie, •
	• system musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia muszą funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych). (Użytkownicy aplikacji nie są użytkownikami bazy danych - nie są nadawane użytkownikom aplikacji uprawnienie do bazy danych), • system musi umożliwić logowanie z wykorzystaniem usług domenowych np. Active Directory (AD), w ramach których możliwe jest logowanie z wykorzystaniem czytnika biometrycznego oraz kart kryptograficznych, • system umożliwia automatyczne tworzenie użytkowników systemu, na podstawie użytkowników w Active Directory (AD). Użytkownicy aplikacji nie są użytkownikami bazy danych, • system musi dawać możliwość logowania się do EDM dowolnego użytkownika, niezależnie od

	użytkownika zalogowanego do systemu operacyjnego, • system musi tworzyć i utrzymywać log systemu, rejestrujący wszystkich użytkowników systemu i wykonane przez nich najważniejsze czynności z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych, • w przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej), • dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu powinien mieć odrębny login i hasło. Jakakolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości modułów) będzie dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu, • system powinien wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadanym czasie braku aktywności, • system powinien wyświetlać czas pozostały do wylogowania (zablokowania) użytkownika, • użytkownik po zalogowaniu powinien widzieć pulpit zawierający wszystkie funkcje i moduły dostępne dla tego użytkownika (jeżeli zostały nadane odpowiednie uprawnienia), • w systemie musi zostać zachowana zasada jednokrotnego wprowadzania danych. Wymiana danych pomiędzy modułami musi odbywać się na poziomie bazy danych, • system musi umożliwić samodzielne odzyskiwanie hasła przez użytkownika realizowane za pomocą wysłania wiadomości e-mail, • system musi udostępniać funkcjonalność anonimizacji danych osobowych w rejestrze osób, • system powinien umożliwiać wysyłanie indywidualnych i grupowych SMS do pacjentów lub osób wyznaczonych w dokumentacji, • system powinien umożliwiać wysyłanie e-mail do pacjentów lub osób wyznaczonych w dokumentacji, • system powinien umożliwić wysyłanie wiadomości e-mail/sms dla zdefiniowanych zdarzeń np. przyjęcia na oddział, zakończenie opieki, zaplanowanie wizyty do pacjentów lub osób wyznaczonych w dokumentacji, • system powinien umożliwiać weryfikację zgód zewidencjonowanych przez pacjenta w Internetowym Koncie Pacjenta, • system umożliwia definiowanie preferowanego kanału komunikacji (sms, e-mail) dla pacjenta lub osób wyznaczonych w dokumentacji, • system umożliwia zdefiniowanie zakresu godzin dla kanału wiadomości, w których realizowana jest wysyłka wiadomości, • w przypadku zmiany terminu system musi umożliwić zatwierdzenie nowego terminu za pomocą odpowiedniego linku wysyłanego w wiadomości e-mail, • system musi umożliwiać ręczne wysyłanie wiadomości sms lub e-mail do grupy pacjentów. Wysyłanie może nastąpić poprzez sms, e-mail lub według preferowanego kanału dla pacjenta, •
	• system powinien zawierać komunikator umożliwiający wymianę wiadomości pomiędzy użytkownikami, • komunikator musi umożliwić wysłanie wiadomości do: - całego personelu podmiotu leczniczego, - pracowników danej komórki organizacyjnej, - użytkowników pełniących określoną funkcję (np. lekarze, pielęgniarki, psychologowie, fizjoterapeuci itd.), - użytkowników wskazanego modułu, - grup użytkowników stworzonych z połączenia grup adresatów, np. wszyscy psychologowie i fizjoterapeuci z Oddziału Ogólnego, - innego użytkownika systemu, • w komunikatorze musi istnieć możliwość nadania wiadomości statusu: zwykła, ważna, wymagająca potwierdzenia, • system powinien umożliwić definiowanie wiadomości, których wysłanie jest inicjowane zdarzeniem np. zlecenie leku, badania, wynikiem badania, zamówienie na lek do apteki, przeterminowane podania itp., • system powinien umożliwiać grupowe wysyłanie wiadomości sms lub e-mail do personelu. Musi istnieć możliwość przeglądu wiadomości wysłanych do personelu, • wiadomości powinny mieć określony termin obowiązywania podawany z dokładnością do godziny, • system powinien zapewniać mechanizm powiadomień generowanych automatycznie, np. w związku ze śledzeniem stanu realizacji zleceń, wyników badań, zamówień do apteki itp., • system powinien informować o przewidywanym niedoborze leków w apteczce jednostki organizacyjnej • system musi umożliwić uruchomienie dla zalogowanego użytkownika, bezpośrednio z poziomu aplikacji, komunikatora, • system musi zapewnić możliwość przypisania identyfikatora komunikatora do użytkownika, • system musi umożliwić rozpoczęcie konwersacji (tekstowej, audio/wideo) z wykorzystaniem komunikatora z innym użytkownikiem bezpośrednio z różnych miejsc systemu, bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanych, •
	• aktualizacja systemu wraz z poszczególnymi składnikami systemu (np. baza danych, aplikacja) musi być wykonywana za pomocą dedykowanych programów aktualizacyjnych (tzw. paczek aktualizacyjnych) udostępnionych przez producenta systemu. Zamawiający musi mieć możliwość

	samodzielnego aktualizowania systemu bez ingerencji producenta systemu przez 24 godziny na dobę, • system umożliwia automatyczne ograniczanie listy wyświetlanych pozycji słowników: dla jednostki organizacyjnej, zalogowanego użytkownika, • system umożliwia budowanie terminarzy zasobów: osób, pomieszczeń i urządzeń w oparciu o harmonogramy dostępności zasobu, • system umożliwia zarządzanie parametrami konfiguracyjnymi w hierarchii poziomów: systemu, jednostki organizacyjnej, stacji roboczej / użytkownika, • system musi umożliwiać definiowanie ksiąg wykorzystywanych w poradni, oddziałach, pracowniach w szczególności z zarządzaniem uprawnieniami jednostek do dostępu do danej księgi, a w przypadku ksiąg zabiegowych również rodzajami eiwdencjonowanych w księdze zabiegów, • system musi umożliwiać definiowanie szablonów wydruków definiowalnych w systemie dokumentów (pism), • system musi umożliwiać zarządzanie listą usług i procedur możliwych do zlecenie przez daną jednostkę organizacyjną z możliwością ograniczenia listy jednostek mogących dla danego zleceniodawcy zrealizować zlecenie, • system musi umożliwiać zarządzanie rejestrem jednostek struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego: - tworzenie i modyfikacja listy jednostek organizacyjnych (np. oddziały, pracownie, placówki dzienne itp.), - powiązanie struktury jednostek organizacyjnych ze strukturą ośrodków powstawania kosztów, • system musi umożliwiać definiowanie grupowania zleceń, • system musi zawierać i umożliwiać zarządzanie standardowymi słownikami ogólnokrajowymi: - Klasyfikacja chorób wg ICD – rewizja 10, - Słownik Kodów Terytorialnych GUS, - Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD9 CM – druga polska edycja, - Słownik Zawodów, • system musi umożliwiać aktualizację słownika ICD 10, • system umożliwia import kodów pocztowych udostępnianych przez Pocztę Polską, z możliwością automatycznego powiązania z rejestrem TERYT, • system musi umożliwiać dodawanie lub tworzenie, przegląd i edycję słowników własnych Zamawiającego: - personelu, - leków, • system musi umożliwiać zarządzanie strukturą użytkowników i ich uprawnieniami, • system zarządzania użytkownikami musi być wspólny wg zdefiniowanych modułów, • system zarządzania użytkownikami musi umożliwiać definiowanie listy użytkowników systemu, • system zarządzania użytkownikami musi umożliwiać określenie uprawnień użytkowników, • system zarządzania użytkownikami musi umożliwiać jednoznaczne powiązanie użytkownika systemu z osobą personelu lub osobą spoza słownika personelu, • system musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu, • system musi umożliwiać ewidencję wielu numerów prawa wykonywania zawodu dla personelu, • system musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków dotyczących zmiany danych osobowych oraz ich statusów w kontekście osoby składającej wniosek oraz wszystkich użytkowników, • System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę: - danych personalnych - danych kontaktowych, - danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje), • system umożliwia wygenerowanie kopii danych osobowych dla pacjenta/personelu/użytkowników przetwarzanych w systemie, • w ramach użytkownika zalogowanego, system umożliwia wyznaczenie osoby zastępującej w żądanym okresie, która czasowo przejmie prawa użytkownika zastępowanego. Użytkownik zastępujący ma możliwość odrzucenia zastępstwa, • musi istnieć możliwość nadania użytkownikowi uprawnień do pracy wyłącznie w kontekście wybranej/ wybranych jednostek organizacyjnych, np. tylko oddział ogólny, poradnia, ośrodek dzienny itd., • system musi posiadać mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do systemu, • system musi umożliwiać nadawanie każdemu użytkownikowi unikalnego loginu oraz hasła. Domyślnie dla nowotworzonych użytkowników oraz dla każdego użytkownika niezależnie musi być możliwość ustawienia co najmniej następujących parametrów hasła: długość, okres ważności, okres powiadomienia przed wygaśnięciem hasła, minimalna złożoność hasła (minimalna liczba dużych i małych liter oraz cyfr, minimalna i maksymalna liczba znaków specjalnych w haśle), • administrator musi mieć możliwość określenia daty utraty ważności konta (blokady konta) użytkownika, a system prezentuje użytkownikowi informację o terminie ważności (zablokowania) konta, • system uprawnień powinien być tak skonstruowany, aby można było użytkownikowi nadać uprawnienia z dokładnością do rodzaju wykonywanej operacji tj. osobne uprawnienie na odczyt danych i osobne na wprowadzanie/modyfikację danych. System uprawnień powinien umożliwiać

	definiowanie grup uprawnień, które to mogłyby być przydzielane poszczególnym użytkownikom, • system musi umożliwiać nadawanie pojedynczych uprawnień z listy dostępnych zarówno pojedynczemu użytkownikowi jak i definiowalnej, nazwanej grupie użytkowników, do których z kolei można przypisywać użytkowników, • system musi umożliwić nadanie użytkownikowi lub grupie użytkowników uprawnień do wydruku tylko określonych typów dokumentów dokumentacji medycznej, • system powinien umożliwiać nadawanie uprawnień użytkownikom niezależnie dla każdej jednostki organizacyjnej, np. pielęgniarka pracująca w oddziale ogólnym powinna w swoich aplikacjach widzieć tylko pacjentów oddziału ogólnego, • system musi umożliwiać podgląd listy użytkowników aktualnie zalogowanych do systemu, • administrator musi posiadać z poziomu aplikacji możliwość wylogowania wskazanych lub wszystkich aktualnie zalogowanych użytkowników, • system musi umożliwiać prowadzenie rejestru zgód i sprzeciwów oraz oświadczeń dotyczących przetwarzania danych osobowych (na mocy zapisów RODO): pacjentów, opiekunów pacjentów i personelu. Rejestracja oraz wycofanie zgód, sprzeciwów, oświadczeń możliwa jest z poziomu jednego okna, • system powinien umożliwić przypisanie do komórki organizacyjnej jednostki kodu technicznego NFZ. Powinna istnieć możliwość zmiany tego kodu w dowolnym momencie pracy systemu z dokładnością do dat obowiązywania, • system musi umożliwić określenie jednostkom organizacyjnym oddzielnego numeru REGON, innego niż REGON zakładu opieki zdrowotnej, • system musi umożliwiać przegląd dziennika operacji (logi) - rejestr czynności i operacji wykonywanych przez poszczególnych użytkowników, • system musi umożliwiać administratorowi pobieranie i wysyłanie komunikatów do wybranych stacji roboczych lub grup stacji roboczych, • system musi umożliwiać zapisywanie informacji o przeglądanych danych przez wybranego użytkownika, • system musi umożliwiać podgląd historii zmian parametrów konfiguracyjnych systemu (podgląd daty modyfikacji parametru, użytkownika ją przeprowadzającego, jego stacji roboczej oraz rodzaju i szczegółów zmiany), • system musi umożliwiać wykonanie z poziomu aplikacji funkcji optymalizacji bazy danych, • system musi umożliwiać migrację dokumentacji pacjenta z systemu HIS do repozytorium EDM, • system musi umożliwiać wyszukiwanie i łączenie danych pacjentów, lekarzy i instytucji wprowadzonych wielokrotnie do systemu, •
	• system musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów, • system musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: - identyfikator pacjenta, - data urodzenia, - nazwisko rodowe, - imię ojca i matki, - miejsce urodzenia, - płeć, - PESEL, - adres zameldowania, - adres zamieszkania, - pobyt w jednostce, - pobyt w okresie, - nr telefonu, - rodzaj i nr dokumentu tożsamości, - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do świadczeń poza kolejnością, - status eWUŚ, - nr w księdze, - rozpoznanie, - lekarz przyjmujący, • system umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL, • system musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie: - numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta, - numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy, • system musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta, • system powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów z groźnym wirusem lub bakterią: - czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem, - czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia, - czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z

WZÓR

	kwarantanną, - rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem, - zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia, • system umożliwia rejestrację i modyfikację danych pacjentów, • system umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej, • system musi przechowywać historię zmian danych osobowych pacjenta, • system musi umożliwić przeglądanie i wydruk dokumentacji z danymi pacjenta aktualnymi na dzień tworzenia tej dokumentacji, • system musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem, • system musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień, • system musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta, • system musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych: -z pliku graficznego, -zeskanowanego, - wykonanego podczas przyjęcia pacjenta, • system musi umożliwić przyjęcie pacjenta w trybie nagłym, pilnym oraz planowym, • system musi umożliwiać rejestrację rozpoznania: głównego wstępnego, rozpoznań współistniejących oraz rozpoznania końcowego, • rejestracja rozpoznań w systemie musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10. System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie oraz słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu, • system powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań z: poprzedniej jednostki, poprzedniej hospitalizacji, poprzedniego pobytu, • system musi umożliwiać wprowadzenie danych ze skierowania, • podczas uzupełniania danych wywiadu i badania przy przyjęciu, system musi umożliwić wykorzystanie informacji wcześniej wprowadzonych - wywiad przy przyjęciu przy poprzednim pobycie/hospitalizacji, rozpoznanie przy poprzednim przyjęciu, badanie fizykalne przy poprzednim przyjęciu, • system musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian w zakresie wywiadu przy przyjęciu i badania przedmiotowego przy przyjęciu, • system powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną, • po zatwierdzeniu skierowania pacjenta do jednego z oddziałów stacjonarnych lub ośrodków dziennych system powinien umożliwiać wydruk opaski z kodem kreskowym identyfikującym pacjenta, • system powinien umożliwiać drukowanie wielu etykiet opatrzonym identyfikatorem pacjenta np. w postaci kodu paskowego, • system musi umożliwiać tworzenie i wydruk dokumentacji indywidualnej pacjentów - zgodnie z aktualnie obowiązującymi prawem, w szczególności obowiązującym na dzień wdrożenia EDM rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania, • system musi umożliwiać wydruk całości lub zaznaczonej części składników indywidualnej dokumentacji medycznej, • system musi umożliwiać obsługę dokumentacji zbiorczej - zgodnie z aktualnie obowiązującymi prawem, w szczególności obowiązującym na dzień wdrożenia EDM rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania, • system musi umożliwiać wydruk całości lub zaznaczonej części składników zbiorczej dokumentacji medycznej, • system musi umożliwiać definiowanie własnych raportów w oparciu o zgromadzone w systemie dane, • system musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej, • system umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej, • system musi zapewniać integrację z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa), • system musi umożliwić rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia, • system musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi Oczekujących, • podczas rejestracji przyjęcia pacjenta do oddziału stacjonarnego system powinien umożliwiać

	nadanie numeru Księgi Głównej Przyjęć, • system musi umożliwiać planowanie i zlecanie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej, • system musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji, • system musi umożliwiać zakończenie wybranych zleceń leków, • System musi pozwalać na zlecanie leków wg nazwy handlowej i międzynarodowej, • system musi umożliwiać zlecanie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut, • system wyróżnia kolorem zlecenia leków z listy produktów leczniczych pacjenta, • podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać: - podgląd karty leków, - kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami, - podgląd całej historii leczenia pacjenta, • system musi umożliwiać określenie poziomu (strzeżony, niestrzeżony) ochrony antybiotyków i zdefiniowanie rejestru antybiotyków chronionych, • dla zleceń leków na antybiotyki zaewidencjonowanych w ww. rejestrze jako strzeżone, system musi wymagać dodatkowego potwierdzania przez osoby posiadające dodatkowe uprawnienie, • podczas zlecania antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka lub inne zdefiniowane, • system powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków, • Musi istnieć możliwość zlecania leków: - oryginalnych, - recepturowych, - określoną drogą, przy czym w przypadku leków parenteralnych w postaci: iniekcji (im., iv., sc., ic.), wlewów, w pompie infuzyjnej, w bolusie (z podaniem objętości i rodzaju rozpuszczalnika), • system musi umożliwić zdefiniowanie listy leków dopuszczonych do podania bez zlecenia, • musi istnieć możliwość wydruku tacy leków z podaniem nazwiska osoby drukującej i czasu wydruku, • system musi w funkcjonalności obsługi tacy leków prezentować dla każdego pacjenta oddziału/odcinka/sali, informacje o zleconych lekach, godzinie ich podania, dawkach oraz drodze podania, • podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku, • podczas odnotowania podania leku system powinien umożliwiać wybór serii leku, • system powinien umożliwiać realizację podań leków z wykorzystaniem kodów kreskowych, • system powinien umożliwić w części prezentującej zlecenia podań leków pacjenta, grupowanie zleceń wg drogi podania, • system musi umożliwić graficzne oznaczenie zleceń wymagających potwierdzenia rozpoczęcia lub kontynuacji, • system musi umożliwić kopiowanie zleceń leków z poprzedniego pobytu/hospitalizacji pacjenta, • system musi umożliwiać oznaczenie zlecenia podania leku jako wymagającego potwierdzenia przez lekarza przed każdym podaniem, • system musi umożliwiać automatyczną zmianę godzin podań leków w przypadku zmiany godziny pierwszego podania, • system musi prezentować informację o maksymalnej liczbie podań lub dawki w ciągu doby dla leków podawanych doraźnie, • system musi umożliwiać zaewidencjonowanie leków z listy leków zleconych pacjentowi, których podanie należy wstrzymać wraz z podaniem okresu wstrzymania, • system musi umożliwić zlecanie (z możliwością zaplanowania) badań diagnostycznych, laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji, w tym: - badania EKG - automatyczne uzupełnianie pól takich jak: imię i nazwisko pacjenta, PESEL pacjenta, lekarz kierujący (zgodnie z zalogowanym lekarzem), - badania USG - automatyczne uzupełnianie pól takich jak: imię i nazwisko pacjenta, PESEL pacjenta, lekarz kierujący (zgodnie z zalogowanym lekarzem), - badania RTG - automatyczne uzupełnianie pól takich jak: imię i nazwisko pacjenta, PESEL pacjenta, lekarz kierujący (zgodnie z zalogowanym lekarzem), - konsultacji psychiatrycznej, - konsultacji neurologicznej, - konsultacji chirurgicznej, - konsultacji żywieniowej (skierowanie do Poradni Żywieniowej na zdefiniowanym osobno druku), - badania laboratoryjnego - zgodnie z listą zakontraktowanych u podwykonawcy (firma Diagnostyka) badań laboratoryjnych z możliwością wydruku na zdefiniowanym formularzu zlecenia i automatycznym uzupełnianiem pól takich imię i nazwisko pacjenta, PESEL pacjenta, data urodzenia pacjenta, lekarz kierujący (zgodnie z zalogowanym lekarzem), • system powinien uniemożliwić wysyłanie zleceń na wybrane badania laboratoryjne, diagnostyczne i konsultacje przez personel nie będący lekarzem i posiadający odpowiednie

	uprawnienia, • system powinien umożliwić autoryzację zlecenia przed wysłaniem do realizacji. Autoryzację zlecenia może wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń, • system umożliwia na etapie rejestracji ewidencję załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki poprzednich badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku oraz bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej • na zleceniach badań system powinien podpowiadać rozpoznanie zasadnicze, a w przypadku jego braku powinien podpowiadać rozpoznanie wstępne, • możliwość utworzenia zlecenia laboratoryjnego za pomocą kodów kreskowych zdefiniowanych w danej usłudze, • dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań, • dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość określenia planowanej godziny wykonania pobrania materiału. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów, • w przypadku anulowania zlecenia, powód anulowania powinien być widoczny przy zleceniu, • system musi zapewnić możliwość definiowania zleceń na badania dodatkowe, w tym również laboratoryjne, w formie panelu, • system powinien umożliwiać cykliczne zlecanie badań (możliwość definicji cyklu: interwał cyklu, liczba zleceń w cyklu, daty od...data do...), • system powinien umożliwiać zapis zleconych badań jako szablonu użytkownika do wykorzystania w późniejszym terminie, • system w przypadku braku ustawienia planowanej daty wykonania zlecenia, musi automatycznie ustawić datę planowaną na datę wystawienia zlecenia, • system powinien umożliwiać dwuetapowe wprowadzanie zleceń (możliwość zapisu przed wysłaniem zlecenia, wysłanie zlecenie), • System musi umożliwiać wyszukiwanie zleceń dla danego pacjenta według ustalonych przez użytkownika kryteriów: - zakresu zleceń (z danego pobytu, z całej hospitalizacji, z poprzedniego pobytu itp.), - rodzaju zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku), - daty zlecenia, • system musi umożliwiać anulowanie zleceń przez zlecającego, • po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość określenia jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania, • system musi umożliwiać wydruki zleceń, w tym: - dzienne zestawienie leków dla pacjenta, - dzienne zestawienie leków dla pacjenta, • musi istnieć możliwość wydruku wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobytów, • system musi umożliwić oznaczenie wyniku jako przeczytany, • system musi umożliwić wyszukiwanie wyników nieprzeczytanych, • musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzanym zleceniem, • system musi zapewnić możliwość wyświetlania wyników w układzie tabelarycznym z możliwością śledzenia zmian wyników i zmiany kolejności porównywanych parametrów (np. w wyniku morfologii), • system musi zapewnić możliwość przeglądania wyników badań laboratoryjnych w postaci graficznej (wykres wyników badań laboratoryjnych), • system musi umożliwić konfigurowanie list prezentowanych leków i procedur medycznych na wykresie wyników graficznych, • system musi umożliwić zaznaczenie wielu pozycji na liście zleceń, w celu grupowego przypisania/odpięcia wykonania, • system musi umożliwić graficzną prezentację badań, pomiarów, wykonanych procedur, podania leków z uwzględnieniem osi czasu, • podczas przeglądania wyników badan powinien być dostęp do informacji o osobach realizujących badanie, •
wymagania szczegółowe w odniesieniu do oddziałów stacjonarnych	• pulpit główny modułu powinien zawierać podstawowe informacje liczbowe informujące o liczbie aktualnie przebywających w oddziale pacjentach, liczbie pacjentów na przepustkach, liczbie pacjentów w trakcie hospitalizacji, liczbie zleceń do obsłużenia, • system musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w szczególności: - status pacjenta (nowo przyjęty, skierowany do innej jednostki, wypisany, na przepustce), - status eWUŚ, - nr księgi głównej, - nazwisko i imię, - lekarz prowadzący, - z aktualnymi zleceniami leków do potwierdzenia, - z przepustkami do zatwierdzenia,

	- bez obserwacji lekarskich w zdefiniowanym czasie, - wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego (w którym zakodowany jest identyfikator pacjenta) z opaski,- - obecności alergii (uczulenia), • system musi umożliwić modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale, • system musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta, • system musi umożliwiać określenie stopnia niepełnosprawności w danych osobowych pacjenta, • system musi umożliwiać obsługę innych dokumentów tożsamości niż dowód osobisty - prawa jazdy, paszportu, • system musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie -nazwy leku, -okresu przyjmowania leku, -dawkowania, -rozpoznania, -źródła informacji, • system powinien automatycznie podpowiadać uprawnienia pacjenta do udzielenia świadczeń poza kolejnością na podstawie jego dokumentów uprawniających, zaewidencjonowanych w systemie, • system musi umożliwić dodanie zdefiniowanej (dla jednostki lub odcinka) listy procedur medycznych podczas przyjmowania pacjenta na oddział, • podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać: - wprowadzenie danych lekarza prowadzącego, - ewidencję pielęgniarki prowadzącej, - wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka, - wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji - własna zgoda lub zgoda sądu opiekuńczego, - pacjent nieubezwłasnowolniony lub pacjent ubezwłasnowolniony, • system powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną, • system musi umożliwić rejestrację wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy. W ramach danej jednostki organizacyjnej powinna istnieć możliwość zdefiniowania innego domyślnego formularza dokumentacji medycznej, • System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnego - przy przyjęciu, rozpoznań współistniejących przy przyjęciu, rozpoznania końcowego - wypisowego, przyczyny zgonu, wg kodów rozpoznań w klasyfikacji IDC 10 i rozpoznań opisowych, • System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie ICD 10, nazwie i słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu, • system umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach danego pobytu na oddziale, • system umożliwia utworzenie dedykowanego wydruku dla elementów Historii Choroby, co najmniej w zakresie informacji o wywiadzie, badaniu fizykalnym, epikryzie, zastosowanym leczeniu i zaleceniach lekarskich dot. postępowania po wypisie pacjenta, • system musi umożliwiać autoryzację, przez lekarza, rejestrowanych elementów historii choroby, • dla wpisów autoryzowanych, system musi prezentować informacje o dacie i godzinie autoryzacji oraz osobie autoryzującej, • system musi umożliwiać przeglądanie historii choroby, wyników badań, zleceń z wielu pobytów na jednym ekranie; z możliwością konfiguracji kategorii danych, • system powinien umożliwiać wydruk historii choroby zawierający kod kreskowy, • system umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby, • system musi umożliwiać rejestrację informacji o zdeponowanych przez pacjenta rzeczach, z wpisem do wybranej księgi depozytów, • system umożliwia rejestrację w dokumentacji medycznej faktu stosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego, • system umożliwia wydruk karty zastosowania przymusu bezpośredniego przed wykonaniem oceny, • system umożliwia obsługę oddziału o typie 'Oddział psychiatryczny', w tym prowadzenie rejestru przyjęć bez zgody do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymaganiami prawnymi, • system musi umożliwić zamówienie dokumentacji medycznej, przechowywanej w archiwum, dla pacjentów przebywających w oddziale, • system musi umożliwiać ewidencję zgód na wysyłanie powiadomień dla opiekuna w ramach hospitalizacji pacjenta. Powinna istnieć możliwość wydruku tak zaewidencjonowanej zgody,

	• system musi umożliwiać przegląd historii zmian danych pobytu w oddziale, • system musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zlecanych pacjentowi procedur, w szczególności: - zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup, - badań diagnostycznych i laboratoryjnych, - podań leków, - konsultacji, - diety, • powinna istnieć możliwość jednoczesnego dodawania i usuwania wielu procedur, • system musi umożliwiać automatyczne generowanie procedur ICD9 dla wprowadzanych obserwacji lekarskich, • system musi umożliwić ewidencję przepustek dla pojedynczego pacjenta bądź dla wielu pacjentów, • w danych medycznych pacjenta musi istnieć możliwość rejestracji informacji o szczepieniach, alergiach, chorobach przewlekłych, grupie krwi. Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu, • w systemie musi istnieć możliwość potwierdzenia przez lekarza informacji o grupie krwi pacjenta wraz z możliwością załączenia skanu dokumentu potwierdzającego grupę krwi, • system powinien umożliwiać zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu wykonania zlecenia u pacjenta podczas wysyłania zleceń, • system umożliwia ewidencję w ramach pobytu konsultacji lekarzy specjalistów: psychiatrów, anestezjologów, neurologów, a także członków Poradni Żywieniowej, • system umożliwia dodanie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego - wg zdefiniowanego wzoru, • system umożliwia przeniesienie wybranych lub wszystkich kart pomocniczych podczas skierowanie pacjenta na inny oddział, • system musi zawierać skalę Barthel (zgodnie z wymaganiami NFZ) - wypełnianą obligatoryjnie przy przyjęciu, a następnie cyklicznie, co najmniej na koniec każdego miesiąca pobytu i przy zgodnie pacjenta lub zmianie jego stanu zdrowia. Można zdefiniować monit przypominający wypełnienie skali Barthel, • system musi zawierać skalę Glasgow - zgodnie z wymaganiami NFZ, • system musi zawierać numeryczną skalę nasilenia bólu (NRS), • system musi zawierać ocenę nasilenia otępienia wg skali Mini-Mental State Examination (MMSE), • system musi zawierać geriatryczną skalę oceny nasilenia depresji wersja skrócona i pełna (GDS), • System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Oddziale, w zakresie: - badania przedmiotowego, - badania podmiotowego, - epikryzy, - zastosowanego leczenia, • system musi zawierać pełną indywidualną dokumentację pielęgniarską zgodnie z wymaganiami rozporządzenia o dokumentacji medycznej i umożliwiać jej prowadzenie i realizację, • musi być możliwe zdefiniowanie indywidualnej dokumentacji pielęgniarskiej wg wzoru obowiązującego u zamawiającego, • system musi umożliwić zdefiniowanie kart obserwacji pacjenta wg obowiązujących u zamawiającego wzorów (np. monitorowanie parametrów życiowych, pomiar glikemii, diurezy - bilans płynów, saturacja O_2, karta obserwacji jakości i ilości posiłków itp.), • system w ramach zleceń pielęgniarskich musi umożliwić zlecenie pomiaru złożonego oraz odnotowanie jego realizacji • system musi umożliwić jednoczesne zakończenie wielu diagnoz pielęgniarskich, • system musi umożliwić powielenie obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego, • system musi umożliwić określenie maksymalnego opóźnienia w wykonaniu zlecenia pielęgniarskiego, • system powinien umożliwiać wskazanie przebiegów (dekursusów) pielęgniarskich, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru pielęgniarskiego, • system powinien umożliwiać wskazanie przebiegów leczenia i choroby (dekursusów) lekarskich, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru lekarskiego, • powinna istnieć możliwość zdefiniowania, dla jednostki organizacyjnej, domyślnych diagnoz, które będą przypisywane pacjentowi w momencie jego przyjęcia na oddział, • system musi umożliwiać wydruk karty gorączkowej z możliwością wyboru pomiarów , jakie powinny pojawić się na karcie, • system powinien umożliwiać rejestrację wyników pomiarów dokonywanych pacjentowi, • system umożliwia określenie częstotliwości wykonań pomiarów i innych zleceń pielęgniarskich, • system musi umożliwić powiązanie wyniku pomiaru ze zleceniem pomiaru,

	• system musi umożliwiać wprowadzanie wyników pomiarów złożonych, na które składa się kilka pomiarów prostych, • system musi umożliwić ewidencję dekursusów (przebiegów) pielęgniarskich, • system musi umożliwić ewidencję dekursusów (przebiegów leczenie i choroby) lekarskich, • system musi umożliwiać wprowadzanie opisów zaleceń pielęgniarskich, • system musi umożliwiać wprowadzanie opisów wywiadu pielęgniarskiego, • system musi umożliwiać wprowadzani informacji o stopniu sprawności pacjenta, • system musi umożliwiać wprowadzanie opisów historii pielęgnowania, • system musi umożliwiać rozszerzenie definicji diagnoz i procedur pielęgniarskich o diagnozy i interwencje wg klasyfikacji ICNP, • system musi umożliwiać wybór diagnoz i procedur pielęgniarskich dla pacjenta wg kodów i nazw klasyfikacji ICNP oraz umożliwić wprowadzanie danych diagnoz i procedur przy użyciu pojęć z klasyfikacji ICNP, • system musi umożliwiać rejestrację przebiegu (dekursusu) pielęgniarskiego bezpośrednio z listy pacjentów, • system musi umożliwiać rejestrację przebiegu leczenia i choroby (dekursusu) lekarskiego bezpośrednio z listy pacjentów, • system musi umożliwiać określanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta, • system musi umożliwiać automatyczne ustalanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta, na podstawie kategorii określanych dla kryterium: aktywność fizyczna, odżywianie, wydalanie, • system musi umożliwiać wydruk przebiegów (dekursusów) pielęgniarskich, • musi istnieć możliwość wykorzystania definiowanych formularzy do opisu przebiegu (dekursusu) pielęgniarskiego, • musi istnieć możliwość wykorzystania definiowanych formularzy do opisu przebiegu leczenia i choroby (dekursusu) lekarskiego, • system musi umożliwiać tworzenie zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów oddziału z możliwością przeliczenia ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet, • system musi umożliwiać uzupełnienie zapotrzebowania żywnościowego o zamówienia dodatkowych posiłków i środków żywnościowych, • system musi umożliwiać ewidencję podania leku należącego do pacjenta (niezależnie od listy leków w receptariuszu szpitalnym/oddziału), • system musi umożliwić tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta, • podczas tworzenia dokumentu oceny stanu odżywiania, system powinien uzupełniać dokument danymi ostatnich pomiarów, • przy przyjęciu pacjenta do oddziału system wymaga podania wzrostu i masy ciała pacjenta, • system musi umożliwiać podgląd karty bilansu płynów w ramach opieki pielęgniarskiej • system musi umożliwiać dodanie zlecenia pielęgniarskiego grupie pacjentów, • system umożliwia wygenerowanie wykazu, zawierającego listę pacjentów z COVID-19, zgodnego z szablonem xls publikowanym przez Narodowy Instytut Kardiologii publikowanym w sekcji 'Dla integratorów' https://rejestrcovid.mz.gov.pl/ • System musi umożliwić rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów: - wypis, - zgon, - skierowanie do szpitala, - przepustka, - przeniesienie do innego oddziału, - inne, możliwe do ręcznego zdefiniowania w systemie przypadki, • system musi wymagać wypełnienia dokumentacji epidemiologicznej: karty wystąpienia zakażenia, karty wystąpienia zakażenia patogenem alarmowym, • system musi umożliwiać dokonanie oadotacji o wydaniu pacjentowi lub osobie upoważnionej druków, zaświadczeń, skierowań itp. • podczas rejestracji zgonu pacjenta, system powinien anulować wszystkie zlecenia, zaplanowane wizyty oraz wpisy w kolejce oczekujących, • podczas rejestracji wypisu pacjenta system powinien zakończyć zlecenia leków oraz diet, • system musi umożliwić zakończenie realizacji otwartych diagnoz pielęgniarskich podczas potwierdzania wypisu lub zgonu pacjenta, • podczas rejestracji wypisu system powinien umożliwić odnotowywanie daty archiwizacji o nr kartoteki pacjenta, • podczas wycofywania lub odmowy przyjęcia na oddział system musi umożliwić wprowadzenie uzasadnienia wycofania pobytu/odmowy przyjęcia, • System musi umożliwić autoryzację danych oddziałowych, co najmniej w zakresie: - rozpoznań, - epikryz, - obserwacji lekarskich, • danych autoryzowanych nie można usunąć ani modyfikować, jedynie oznaczyć jako nieaktualne, • podczas wprowadzania rozpoznania opisowego, system musi umożliwiać korzystanie z informacji wcześniej zapisanych w historii choroby pacjenta,

	• system musi umożliwiać wydruk obserwacji lekarskich zarejestrowanych w ramach wszystkich pobytów pacjenta, • system musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej, • system musi umożliwiać definiowanie własnych raportów, • pod koniec miesiąca system informuje o założeniu Karty zakażenia szpitalnego oraz o założeniu Karty drobnoustroju alarmowego w momencie wykrycia patogenu alarmowego. Walidacja zależna jest od ustawień parametru weryfikującego konieczność zakładania Kart zakażeń szpitalnych oraz Kart drobnoustroju alarmowego, • system musi przechowywać wszystkie wersje utworzonych dokumentów, • system musi umożliwiać przegląd i modyfikację pełnej historii choroby - wszystkie jej elementy powinny być dostępne w jednym miejscu, • System musi umożliwić wydruk dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej, w tym: - karty informacyjnej z pobytu/hospitalizacji w oddziale, - karty zakażenia szpitalnego, - karty zgłoszenia choroby zakaźnej, - karty zgonu, - recept, - zwolnień, - skierowań, - zaświadczeń, - karty całościowej oceny geriatrycznej, - karty VES-13, • system umożliwia przepisanie ostatnich zaewidencjonowanych pomiarów na karcie całości oceny geriatrycznej, • system powinien umożliwiać wystawienie recepty na lek wymieniony we wskazaniach, • system powinien umożliwić, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zlecanych podczas hospitalizacji, • system musi umożliwić obsługę ksiąg - zgodnie z rozporządzeniem MZ o dokumentacji medycznej, w tym w szczególności: - Księgi Głównej przyjęć i wypisów, - Księgi Oddziałowej, - Księgi Oczekujących, - Księgi Zgonów, - Księgi Zabiegów, - Księgi Raportów Lekarskich, - Księgi Raportów Pielęgniarskich, • podczas wydruku zbiorczej dokumentacji medycznej musi istnieć możliwość definiowania zakresów ksiąg do wydruku obejmująca: - wybrane strony, - wybrany przedział czasowy, - wybrane jednostki organizacyjne, • System musi posiadać możliwość utworzenia i wydrukowania standardowych raportów: - zestawienie pacjentów: nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale, zmarłych, skierowanych do szpitala, na przepustce (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres), - diety pacjentów oddziału, - zużycie leków we wskazanym okresie, • system powinien integrować się z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie: - ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa), - ewidencji i wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu, • system musi umożliwiać obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami, • system integruje się z systemem raportowania wyników badań podwykonawcy (aktualnie firma Diagnostyka) i umożliwia: - podgląd wyników badań przez osoby uprawnione, - eksport wyników badań do kartoteki pacjenta, - odnotowanie wydania wyniku, • system powinien umożliwiać rejestrowanie treści głosowych w zastępstwie opisów tekstowych, • system powinien umożliwiać odsłuchanie oraz przetwarzanie nagranych notatek głosowych na tekst, prezentowany w miejscu dodania notatki, • system musi umożliwić oznaczenie notatki głosowej jako pilnej, • system musi umożliwiać operatorowi przegląd w jednym oknie wszystkich notatek głosowych zarejestrowanych w ramach wybranej jednostki organizacyjnej,
wymagania szczegółowe w odniesieniu do poradni i hospicjum domowego	• system umożliwia definiowanie dostępności zasobów ludzkich - definiowanie grafików pracy lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, • system musi umożliwiać ustawienie blokady w grafiku z podaniem przyczyny np. urlop, • system musi umożliwić rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną),

	• system musi pozwalać na określenie miejsca wykonania usługi (np. wybór: gabinet, wizyta domowa, inne) dla usług niepodlegających planowaniu i rezerwacji, • system musi umożliwiać zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania, • system umożliwia na etapie rejestracji ewidencje załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku lub bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, • System musi umożliwić ewidencję i kontrolę: - zgód pacjenta związanych z czynnościami medycznymi, - listy osób upoważnionych dla pacjenta, - wydruk recept, - skierowań, - zaświadczeń, • system integruje się z systemem raportowania wyników badań podwykonawcy (aktualnie firma Diagnostyka) i umożliwia: - podgląd wyników badań przez osoby uprawnione, - eksport wyników badań do kartoteki pacjenta, - odnotowanie wydania wyniku, • system umożliwia wpisanie wyników badań zewnętrznych, • system musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: - identyfikator pacjenta, - data urodzenia, - miejsce urodzenia, - PESEL, - płeć, - nazwisko rodowe, - nr telefonu, - adres zameldowania i adres zamieszkania, - rodzaj i nr dokumentu tożsamości, - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością, • system musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie: - numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta, - numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy), • system musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta, • system umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej, • system musi umożliwiać przypisanie pacjentowi uprawnień do obsługi poza kolejnością, • informacja o posiadanych uprawnieniach do obsługi poza kolejnością musi być prezentowana na listach pacjentów, • system musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście, wg różnych parametrów, w szczególności: - imię, nazwisko i PESEL pacjenta, - jednostka kierująca, - lekarz kierujący, - identyfikator pacjenta, - status: VIP, uprawniony do obsługi poza kolejnością, • system musi umożliwiać obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami • system podczas rezerwacji terminu umożliwia określenie rodzajów terminu z możliwością określenia wielu rodzajów dla jednego terminu. Słownik rodzaju terminu powinien być możliwy do edycji przez administratora systemu, • system musi umożliwiać planowanie wizyt poprzez wyszukiwanie wolnych terminów w ramach danych zasobów oraz posiadać dodatkowe funkcjonalności planowania: - rezerwacja wybranego terminu oraz możliwość wyszukania pierwszego wolnego terminu od wybranej daty, - prezentowanie terminów tylko danej kategorii np. terminów zgłoszeń internetowych, - automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta, - w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji pierwszy wolny lub ręczny wybór terminu, - wstawianie terminu pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych (dopuszczenie planowania wielu wizyt w tym samym terminie) z możliwością wpisania komentarza do tak zaplanowanej wizyty, - przegląd liczby zaplanowanych wizyt z podziałem na pierwszorazowe i kontynuacje leczenia, - przegląd terminarza zaplanowanych wizyt, • system umożliwia grupowe przenoszenie terminów z danego dnia na inny w ramach dostępności przenoszonej usługi, • system umożliwia konfigurację długości trwania planowanych terminów, dla danego szablonu w ramach danego dnia i zakresu czasu, • podczas planowania wizyty, system powinien sugerować dokonanie wpisu do kolejki oczekujących,

WZÓR

	jeśli istnieje kolejka dla planowanej usługi, • system musi umożliwić wskazanie przyczyny modyfikacji wpisu w kolejce oczekujących podczas przeniesienia terminu, • system musi zapewnić możliwość sprawdzenia czy dla wybranego pacjenta istnieją inne wpisy w księdze oczekujących, • system musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem, • system musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień, • system musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej, • podczas przyjęcia pacjenta system powinien podpowiadać domyślnie płatnika NFZ, • system musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych na dany dzień do gabinetu lub wizyty domowej, • w czasie realizacji wizyty system musi informować o uprawnieniach pacjenta do obsługi poza kolejnością, • w czasie realizacji wizyty system musi informować o przyjęciu pacjenta na wizytę przed zaplanowanym terminem, • system powinien umożliwiać rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie), • system musi umożliwić automatyczne tworzenie danych źródłowych dokumentu Informacji dla lekarza kierującego/POZ na podstawie danych o realizacji wizyty co najmniej w zakresie: rozpoznania oraz opisu wykonanego świadczenia, • w czasie realizacji wizyty system musi umożliwić przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach: - dane osobowe, - dane medyczne pacjenta tj. grupa krwi, uczulenia, choroby przewlekłe, szczepienia, nazwisko lekarza kierującego, - informacja o stopniu ubezpieczenia - weryfikacja z eWUŚ, - historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobytów szpitalnych pacjenta), - wyniki badań, - przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości, • w czasie wizyty system musi umożliwiać ewidencję uczuleń pacjenta z podziałem na: leki, pokarmowe i inne. Dla poszczególnych rodzajów uczuleń przewiduje się zdefiniowanie słowników. Słownik uczuleń na leki zawiera listę nazw międzynarodowych substancji czynnych. Co najmniej dla uczuleń o rodzaju „leki” oraz „pokarmowe” system umożliwia oznaczenie stopnia nasilenia uczulenia. Podczas przepisywania leków na recepty, definiowania zlecenia leku, ewidencji podania leku - system musi prezentować komunikat w przypadku występowania w przepisanym leku substancji czynnej zaewidencjonowanej w rejestrze uczuleń o rodzaju 'Leki' danego pacjenta. • dane o zaewidencjonowanych uczuleniach są prezentowane na formatkach dotyczących pobytu/wizyty przy definicji danych pacjenta, • system musi umożliwić odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergię/uczulenie, • system powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów pacjentów z groźnym wirusem lub bakterią: - czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem, - czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia, - czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanna, - rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem, - zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia, • system musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie: - nazwa leku, - okres przyjmowania leku, - dawkowanie, - rozpoznanie, - źródło informacji, • na podstawie zaewidencjonowanych stale przyjmowanych leków system umożliwia ograniczenie słownika leków podczas definiowania recepty, • obsługa wizyty powinna obejmować przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach: - - obsługa wizyt receptowych. Dla wizyt receptowych system powinien sprawdzać, ile czasu upłynęło od ostatniej wizyty tego typu, - wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty), - opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty), - informacje ze skierowania,

	- kontrola daty ważności skierowania, - skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu, - zlecanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych , konsultacji, zabiegów, - możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecania, - usług dodatkowych co najmniej o rodzaju: badanie diagnostyczne, konsultacja i procedur na podstawie słownika ICD9, - rozpoznanie (zasadnicze, ze skierowania, współistniejące, dodatkowe, opisowe), - kopiowanie wyników badania i danych wypisowych ze zleconych podczas poprzednich wizyt, - zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie), - wystawienie recept, skierowań, zapotrzebowani, - system umożliwia automatyczny podział zwolnień lekarskich na wsteczne i bieżące oraz powielanie ich dla poszczególnych płatników składek zgodnie z regułami określonymi przez ZUS, - system musi umożliwiać import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania, - system musi umożliwiać wywołanie historii aktualizacji Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, - system umożliwia ewidencje opieki pielęgniarskiej w ramach wizyty w gabinecie, - system powinien umożliwiać zmianę usługi głównej wizyty, - system musi umożliwiać przejście do kolejnej wizyty z wyszukanej listy wizyt pacjentów, bez konieczności powrotu na listę pacjentów gabinetu, - system powinien informować o zleceniach wykonanych po zakończeniu poprzedniej wizyty i umożliwić rozliczenie ich w wizycie aktualnej, - system umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń, - system musi umożliwić ewidencje wizyty wraz z informacjami o domowym leczeniu żywieniowym, - system musi umożliwić ewidencje wizyty wraz z informacjami o tlenoterapii w warunkach domowych, - system musi umożliwić określenie dodatkowego personelu w ramach wizyty, - system musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy w Gabinecie, w zakresie: - opisu badania, - opisu konsultacji, - opisu realizacji, • w czasie wizyty podczas zbierania wywiadu system powinien monitować o podanie parametrów antropometrycznych: - wzrostu, - masy ciała, Na tej podstawie powinien wyliczać wskaźnik BMI. • system powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną, • system powinien wspierać wystawianie recept, co najmniej w zakresie: - możliwości wybrania leków ze słownika leków, - możliwości określenia płatnika na wydruku czystej recepty, - możliwości wydruku recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept), - możliwości automatycznego generowania wydruku informacyjnego recepty elektronicznej, - na wydruku leki powinny być prezentowane w kolejności zgodnej z kolejnością wpisywania, - system powinien podpowiadać dane osoby zalogowanej jako wystawiającego receptę, o ile osoba ta jest lekarzem. Jeśli zalogowany użytkownik nie jest lekarzem, system powinien podpowiadać lekarza realizującego wizytę, - podpowiadanie ilości i jednostki, w jakich powinien zostać wydany lek, - na recepcie na leki opioidowe system powinien podpowiadać ilość substancji opioidowej, - kopiowanie recept z poprzednich wizyt z weryfikacją poziomu refundacji wg aktualnych danych ze słownika BAZYL lub słownika leków własnych, - kopiowanie recept musi umożliwiać wybór recepty do skopiowania spośród: recept z poprzedniego pobytu w gabinecie, z innych pobytów w tej samej jednostce, leków przepisanych na wcześniej wystawionych receptach, możliwości pomijania leków oznaczonych jako "wycofane", - ponowny wydruk recepty już wydrukowanej powinien spowodować utworzenie kopii recepty, dotyczy to również recept drukowanych w trybie nadruku na gotowych drukach, - oznaczenie wydrukowanej recepty jako anulowanej, - system kontroluje przekroczenie minimalnej puli recept uwzględniając typ recepty RP/RPW, - system musi umożliwiać zawężanie pozycji słownika leków do leków zarejestrowanych jako stale przyjmowane przez pacjenta, któremu tworzona jest recepta, • system musi prezentować informację o dostępności leku na rynku w przypadku korzystania ze

	słownika 'Bazyl', • system musi umożliwiać podpowiadanie na recepcie płatnika oraz stopnia refundacji na podstawie weryfikacji eWUŚ, • system musi umożliwiać import numerów recept w formatach XSZ, RECD, NR_REC, • system musi umożliwiać wystawianie recept transgranicznych, • system musi umożliwić ustawienie domyślnego dawkowania dla leku, • system musi umożliwić podpowiadanie wskazań dla leku podczas dodawania lub kopiowania recepty, • system musi umożliwić wystawienie recept dla pacjentów powyżej 75 roku życia, • system musi umożliwiać rozszerzenie rejestru leków stale przyjmowanych przez pacjenta o leki przepisane na recepcie, • system musi umożliwiać zbiorczy wydruk zaleceń dla wszystkich recept pacjenta w ramach danego pobytu, • w przypadku wystawienia pacjentowi wielu recept, system musi umożliwić ich jednoczesny wydruk, • system musi umożliwiać wydruk recept pełnopłatnych bez nadanego numeru, w przypadku braku wolnych numerów w puli użytkownika, • system musi umożliwiać wystawienie skierowania, • system musi umożliwiać wystawienie skierowania na zewnątrz: do poradni specjalistycznej (leczenie), do poradni specjalistycznej (konsultacja), do szpitala psychiatrycznego, do szpitala, na rehabilitację, na zabieg ambulatoryjny, na badanie diagnostyczne, na badanie laboratoryjne, na zabieg, na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową, na badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej, • dla skierowań zewnętrznych system powinien udostępniać możliwość wydruku wbudowanych skierowań lub definicję wydruku każdego rodzaju skierowania przez administratora, • system umożliwia usuwanie lub anulowanie skierowania w zależność od statusu skierowania, • system powinien umożliwiać ewidencję leków podanych podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową), • system powinien umożliwiać ewidencję szczepień oraz dodatkowych informacji: - możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia, - automatyczny wpis na listę szczepień pacjenta po oznaczeniu podania leku jako szczepienia, • system umożliwia wprowadzenie dodatkowych usług i badań wykonanych podczas wizyty z odnotowanie personelu wykonującego i opisem, • system powinien umożliwiać zaewidencjonowanie i wydrukowanie dodatkowych dokumentów możliwych do zdefiniowania przez administratora systemu, • system umożliwia stosowanie słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt, • system umożliwia wykorzystanie definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty, • w czasie kończenia wizyty system umożliwia automatyczne tworzenie karty wizyty, • w zależności od konfiguracji system waliduje wymagane dla zakończonej wizyty dokumenty podczas zapisu danych wizyty albo podczas autoryzacji danych tej wizyty, • system powinien umożliwiać rejestrowanie treści głosowych w zastępstwie opisów tekstowych, • system powinien umożliwiać odsłuchanie oraz przetwarzanie nagranych notatek głosowych na tekst, prezentowany w miejscu dodania notatki, • system musi umożliwić oznaczenie notatki głosowej jako pilnej, • system musi umożliwiać operatorowi przegląd w jednym oknie wszystkich notatek głosowych zarejestrowanych w ramach wybranej jednostki organizacyjnej, • system musi umożliwiać prowadzenie rejestru kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego z uwzględnieniem podstawowych informacji: - numer karty (zgodny z obowiązującym formatem), - etap obsługi, - informacja czy karta znajduje się w jednostce, czy poza nią, • system umożliwia ustawienie wymagalności wskazania rozpoznania podczas dodawania karty DILO, • system musi rejestrować oraz umożliwiać przegląd historii zmian karty DiLO. Podczas zmiany danych karty DiLO, system powinien tworzyć nową wersję danych, które obowiązują od daty bieżącej, • System musi umożliwiać przegląd szczegółów karty DiLO, • System musi pozwalać na dostosowanie modułu do specyfiki wizyty (gabinet, wizyta domowa) co najmniej w zakresie: - możliwości zdefiniowania wzorców dedykowanej dokumentacji, - możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi, - możliwość wykorzystania, zdefiniowanych wcześniej lub w innym miejscu systemu, wzorów dokumentów, • system musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów pracy gabinetu,
wymagania szczegółowe w zakresie integracji z modułem statystyki medycznej	• System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów wspólnego co najmniej dla modułów: Oddział Ogólny, Oddział Psychiatryczny, Oddział Stacjonarny Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Domowe, Poradnia Medycyny Paliatywnej, Dzienny Dom Opieki Medycznej, Dzienna Placówka Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych, • System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w

	szczególności: - identyfikator pacjenta, - data urodzenia, - miejsce urodzenia, - PESEL, - adres zameldowania, - adres zamieszkania, - pobyt w jednostce zamawiającego, - pobyt w okresie, - nr telefonu, - adres email, - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta, - rodzaj i nr dowodu tożsamości, - status: VIP, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością, • musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów z zapisem rejestru zmian i oznaczeniem osoby dokonującej modyfikacji/rejestracji, • musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych osobowych, • system musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu, • system musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków oraz ich statusów w kontekście osoby składającej wniosek oraz wszystkich użytkowników, • System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę: - danych personalnych, - danych kontaktowych, - danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje), • system musi obsługiwać system ksiąg - zgodnie z wymaganiami prawa, • system musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków dla wybranych rodzajów dokumentacji, • system musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów, • system musi umożliwiać projektowanie formularzy dokumentacji medycznej, • System musi umożliwiać tworzenie raportów: zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres), • System powinien umożliwić wydruk raportów w formacie XLS,PDF, • System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wymaganych do zapewnienia komunikacji z instytucjami nadrzędnymi, w tym z oddziałami NFZ, •
wymagania szczegółowe w zakresie charakterystyki dokumentacji medycznej i formularzowej	• system posiada moduł umożliwiający użytkownikowi samodzielne definiowanie wzorców formularzy przeznaczonych do gromadzenia danych, • System musi umożliwiać definiowanie formularza, na którym można zaewidencjonować co najmniej dane typu: - liczba, - tekst, - data, - wartość logiczna, - wartość słownikowa, - obraz, • składniki formularza można umieszczać na zakładkach i w sekcjach, • składniki formularza można dodawać przy pomocy mechanizmu "Przeciągnij i upuść", • system musi zapewniać, by poszczególnym składnikom formularza można przypisać domyślną wartość, • system musi zapewniać, by w definiowalnych formularzach można było zdefiniować wymagalności wypełnienia wskazanych składników, • wydruk formularza, • moduł na podstawie wzorca formularza umożliwia zdefiniowanie jego szablonu wydruku, • na szablon wydruku można dodawać dodatkowe elementy (nie będące składnikami wzorca formularza) co najmniej takie jak: - etykieta, - obraz, • system umożliwia generowanie Historii Choroby z danych zgromadzonych w systemie, • system umożliwia generowanie Karty Informacyjnej z danych gromadzonych w systemie, • system umożliwia drukowanie zarejestrowanych badań oraz wyników badań, • system umożliwia generowanie wydruków kart obserwacji pacjenta, • system umożliwia generowanie wydruków kart rejestracji zakażenia, kart drobnoustroju alarmowego, • system umożliwia generowanie raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych obserwacji pacjenta, • system umożliwia generowanie raportów z diagnoz pielęgniarskich, • system umożliwia wydruk diagnoz pielęgniarskich, • System musi umożliwiać ewidencję oraz wydruk informacji dla lekarza kierującego/POZ, • System musi umożliwiać dopasowanie zakresu dokumentowania procesu leczenia do potrzeb

	zamawiającego: - definiowania własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie, - wyświetlanie, wprowadzanie i drukowanie informacji w ustalonej przez użytkownika postaci (definiowalne formularze oraz edytor wydruków dla badań, konsultacji, itp.), - możliwość generowania zestawienia danych numerycznych w formie graficznej (np. wykresów), a także ich drukowanie, - możliwość kojarzenia formularzy ze zleceniami, - rejestrowanie danych multimedialnych (rysunki, obrazy, dźwięki, itp.), - dostęp do danych dla potrzeb analityczno-sprawozdawczych, • system powinien przechowywać wszystkie wersje utworzonej i wydrukowanej (lub zarchiwizowanej w archiwum elektronicznym) dokumentacji medycznej, • wszystkie dokumenty dokumentacji medycznej pacjenta powinny być dostępne z jednego miejsca, • system musi umożliwiać grupowanie klas dokumentacji medycznej w foldery, • System musi umożliwiać generację wybranych dokumentów w formacie PIK HL7 CDA. Przynajmniej w zakresie określonym w rozporządzeniu MZ o Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, to znaczy co najmniej w zakresie: - Karty informacyjnej z leczenia, - Odmowy przyjęcia, - Informacji dla lekarza POZ, • musi istnieć możliwość zdefiniowania drukarki dla każdego rodzaju dokumentu tak aby dokument mógł być drukowany na odpowiedniej dla niego drukarce, • powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami, • w przypadku udostępniania w postaci wydruku papierowego dokumentów prowadzonych w postaci elektronicznej powinny one zawierać informacje o złożonych pod dokumentem podpisach elektronicznych, • system musi umożliwić udostępnianie pacjentowi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej zapisywanej na nośniku danych, • powinna istnieć możliwość zablokowania modyfikacji wpisów w historii choroby dokonywanych przez innego lekarza niż lekarz aktualnie zalogowany/ autoryzujący wpis, • powinna istnieć możliwość autoryzacji przez lekarza dokonującego wpisu fragmentu historii choroby, epikryzy lub rozpoznania, • podczas dokonywania wydruku dokumentu system powinien sprawdzać i informować czy dane źródłowe wykorzystane do utworzenia dokumentu uległy zmianie, • system musi być wyposażony w mechanizmy umożliwiające weryfikację, czy na określonym etapie procesu obsługi pacjenta zostały utworzone wszystkie wymagane dokumenty, • system musi umożliwiać współpracę z systemami automatycznej digitalizacji dokumentacji papierowej, • w ramach ewidencji załączników system umożliwia dołączenie plików pdf kolejno skanowanych dokumentów, w szczególności skanów dokumentów wielostronicowych, • system musi umożliwić wydruk czystych recept z różnych modułów systemu, • system musi umożliwiać podpisywanie dokumentu zlecenia wykonania badan podpisem kwalifikowanym lub certyfikatem ZUS PUE, • system musi umożliwiać podpisywanie dokumentu zlecenia podania leków podpisem kwalifikowanym lub certyfikatem ZUS PUE, • system musi zapewnić zgodność z interfejsem ZUS PUE, bazującym na usługach sieciowych, umożliwiającym wystawianie oraz korektę zwolnień lekarskich bezpośrednio z poziomu systemów dziedzinowych zewnętrznych względem ZUS dostawców oprogramowania, • system musi umożliwiać logowanie do systemu PUE - ZUS bezpośrednio z aplikacji gabinetowej. Logowanie możliwe jest poprzez podpisanie oświadczenia wygenerowanego przez ZUS za pomocą elektronicznego podpisu kwalifikowanego lub ePUAP, • system musi umożliwić wylogowanie z systemu PUE - ZUS, w chwili zamknięcia sesji pracy z systemem, • system musi umożliwiać wystawienie zaświadczenia lekarskiego w trybie bieżącym. Aplikacja w czasie wystawiania zwolnienia powinna umożliwiać posługiwanie się zarówno danymi lokalnymi jak i danymi pobieranymi z systemu PUE - ZUS, • system musi umożliwiać wystawianie zwolnień medycznych przez asystentów medycznych oraz ich transmisję do ZUS, • system musi umożliwiać podpisywanie dokumentu zaświadczenia lekarskiego podpisem kwalifikowanym, za pomocą ePUAP lub certyfikatem ZUS PUE, • system musi umożliwiać przekazywanie utworzonych dokumentów zaświadczeń lekarskich do systemu PUE-ZUS, • system musi umożliwiać wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem, • system musi umożliwiać anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (dla zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość), • system musi umożliwiać pobranie i rezerwację puli serii i nr ZLA dla zalogowanego lekarza (użytkownika) na potrzeby późniejszego wykorzystania w trybie alternatywnym (np. w sytuacji braku możliwości połączenia się z systemem PUE-ZUS), • system musi umożliwić w aplikacji gabinetowej w przypadku braku połączenia z systemem PUE-

	ZUS, wystawienie zwolnienia w trybie alternatywnym (off-line) w oparciu o zarezerwowaną wcześniej dla bieżącego lekarza (użytkownika) pulę serii i nr ZLA, • system musi umożliwić elektronizację zaświadczenia lekarskiego polegającą na przesłaniu do ZUS zaświadczenia wystawionych wcześniej w trybie alternatywnym, • system musi umożliwić zbiorczą elektronizację zaświadczeń lekarskich polegająca na przesłaniu do ZUS zaświadczeń wystawionych wcześniej w trybie alternatywnym, • system musi umożliwiać wyszukiwanie danych w rejestrze zwolnień lekarskich na podstawie serii i numeru zwolnienia, • system musi umożliwiać archiwację dokumentów złożonych, wieloczęściowych i przyrostowych np. księgi, •
wymagania szczegółowe w zakresie charakterystyki apteczki oddziałowej	• moduł apteczki musi umożliwić generowanie zamówień do apteki głównej, z uwzględnieniem wglądu w stany magazynowe apteki, • system musi umożliwiać obsługę magazynu apteczki oddziałowej w zakresie: - wydawania środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej, - zwrotu do apteki, - rejestracji ubytków i strat nadzwyczajnych, - korekty wydań środków farmaceutycznych, - korekty stanów magazynowych (ilościowej i jakościowej) na podstawie arkusza spisu z natury, - generowanie arkusza do spisu z natury, - bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego, • musi istnieć możliwość definiowania receptariusza oddziałowego, • system musi umożliwić podpowiadanie ilości leków podczas dodawania ich do zamówienia wewnętrznego, • system musi umożliwiać oznaczenie zamówienia wewnętrznego jako pilne, • system musi umożliwiać obsługę apteczek pacjentów (leki własne pacjenta lub leki zamówione w aptekach zewnętrznych), • system musi umożliwiać obliczanie kosztu zleconego leczenia (leków i wyrobów medycznych) w ujęciu dziennym, tygodniowym, miesięcznym na podstawie cen leków wprowadzonych do systemu.
wymagania szczegółowe w zakresie wersji działającej na urządzeniach typu tablet	• system posiada graficzny interfejs przystosowany do obsługi na urządzeniach typu tablet, to znaczy zoptymalizowany pod kątem użycia ekranu dotykowego tych urządzeń, • system umożliwia logowanie i autoryzację przez użytkowników w sposób analogiczny do opisanego w module podstawowym, • system umożliwia dostosowanie przez użytkownika pól wyświetlanych na urządzeniu w danej części dokumentacji, • system umożliwia wygenerowanie uproszczonych wersji dokumentacji z modułu podstawowego, w tym co najmniej kart zleceń, historii choroby, zbiorczego zestawienia wyników badań dodatkowych, tzw. tacy leków (zawierającej co najmniej identyfikator pacjenta, zestawienie zleceń dla danego pacjenta, w tym: - zleconych leków z możliwością ich filtrowania w zależności od zleconej pory i drogi podawania, - zleconych drobnych zabiegów z możliwością ich filtrowania w zależności od zleconej pory wykonania), • system umożliwia wprowadzanie i autoryzację informacji do dostępnych dla danego użytkownika części systemu na podstawie uprawnień, • informacje wprowadzone i autoryzowane za pomocą wersji tabletowej znajdują się we wspólnej bazie danych modułu podstawowego i dodatkowego i możliwy jest dostęp do nich zarówno w wersji tabletowej, jak i modułu podstawowego,
wymagania szczegółowe w zakresie medycznego portalu informacyjnego	• system musi udostępniać interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach, • system musi umożliwiać samodzielne utworzenie konta w Medycznym Portalu Informacyjnym, • rejestracja do portalu udostępniana jest pacjentom w postaci odnośnika na stronie internetowej Jednostki Ochrony Zdrowia. Po samodzielnym utworzeniu konta użytkownik posiada dostęp do portalu z określonym poziomem uprawnień, • rejestracja konta użytkownika, który jest lub potencjalnie będzie pacjentem jednostki: - system musi umożliwiać rejestracje podstawowych danych pacjenta: imię i nazwisko, dane identyfikacyjne pacjenta - nr PESEL albo numer ewidencyjny lub numer dokumentu tożsamości nadane we wskazanym kraju (w przypadku rejestracji obcokrajowców), system musi umożliwiać rejestrację adresu e-mail użytkownika portalu, o ile weryfikowany jest taki kanał komunikacyjny, system podczas rejestracji użytkownika musi wymuszać akceptację regulaminu portalu, oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych, • system umożliwia utworzenie konta, dla którego, w zależności od ustawień systemu, możliwe jest: logowanie przy pomocy podanego adresu e-mail lub wygenerowanej przez system łatwej do zapamiętania unikalnej nazwy użytkownika (np. pierwsza litera imienia + nazwisko + opcjonalnie nr kolejny użytkownika) lub wprowadzonej przez rejestrującego własnej nazwy użytkownika z kontrolą jej unikalności, system umożliwia podanie i powtórzenie hasła do konta oraz weryfikuje poprawność podanego hasła z zadaną polityką,

WZÓR

	• system umożliwia rejestrację konta użytkownika reprezentującego swojego podopiecznego: system umożliwia rejestrację konta użytkownika poprzez podanie jego imienia, nazwiska, danych kontaktowych (w zależności od przyjętego kanału komunikacji e-mail lub SMS), nazwy użytkownika i hasła, system umożliwia rejestrację danych podopiecznego użytkownika analogicznie do danych pacjenta, system umożliwia weryfikację podanego w czasie rejestracji konta kanału komunikacyjnego: e-mail, poprzez przesłanie na podany adres wiadomości zawierającej odnośnik z wygenerowanym kodem potwierdzenia autentyczności adresu e-mail, SMS, poprzez przesłanie na podany nr telefonu wiadomości zawierającej kod potwierdzenia autentyczności podanego numeru; system udostępnia funkcję umożliwiającą wprowadzenie nr telefonu oraz przesłanego kodu, system blokuje możliwość zalogowania się użytkownika, który nie potwierdził żadnego kanału komunikacyjnego, • system umożliwia ustawienia nowego hasła dla konta, dla którego wykonano poprawną weryfikację adresu e-mail lub numeru telefonu polegającą na wprowadzeniu przesłanego kodu potwierdzenia, • system umożliwia potwierdzenie tożsamości pacjenta z wykorzystaniem profilu zaufanego ePUAP, • możliwość samodzielnej autoryzacji (określenie danych dostępowych – login/hasło) użytkownika – pacjenta po poprawnym potwierdzeniu rejestracji; możliwość wyłączenia trybu samodzielnej autoryzacji pacjentów, • system udostępnia funkcję logowania do portalu, w ramach której, w zależności od przyjętej polityki bezpieczeństwa, mogą być weryfikowane następujące parametry: wymuszenie zmiany hasła po upłynięciu określonego czasu od jego ostatniej zmiany, wymuszenie zmiany hasła użytkowników, którzy pierwszy raz logują się do systemu, czasowe zablokowanie konta użytkownika po przekroczeniu określonej liczby nieudanych logowań, • system musi umożliwiać zmianę hasła użytkownika, • system podczas zmiany hasła musi weryfikować jego poprawność względem przyjętej polityki, w ramach której możliwe jest określenie: minimalnej długości hasła, minimalnej liczby wielkich liter, cyfr, znaków specjalnych, liczby niepowtarzających się kolejnych haseł użytkownika, • system umożliwia aktualizację profilu pacjenta/użytkownika medycznego portalu internetowy, • system umożliwia aktualizację danych kontaktowych: adresu e-mail, nr-telefonu; adresu zamieszkania, • system musi umożliwiać z poziomu systemu HIS: założenie konta użytkownika medycznego portalu internetowego, rejestrację pacjentów związanych z kontem w medycznym portalu internetowym (właściciel konta lub jego podopieczni), autoryzację konta użytkownika (potwierdzenie faktu sprawdzenia tożsamości użytkownika medycznego portalu internetowego) oraz jego uprawnień do reprezentowania podopiecznych, resetowanie hasła do konta użytkownika medycznego portalu internetowego z jednoczesnym wygenerowaniem tymczasowego hasła zgodnego z obowiązującą polityką haseł, • system umożliwia zablokowanie zmiany danych osobowych pacjenta (imię, nazwisko, PESEL) w profilu pacjenta, • możliwość zmiany terminu wizyty przez pacjenta, • możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na Portalu pacjenta przypomnień o zbliżających się terminach wizyt, • możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o anulowaniu rezerwacji przez pracowników jednostki ochrony zdrowia, • wysyłanie wiadomości SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta o konieczności potwierdzenia rezerwacji terminu wizyty, • potwierdzenie rezerwacji wizyty w określonym czasie przed realizacją dla rezerwacji wymagających takich potwierdzeń, • przegląd wysłanych wiadomości; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania i odbiorcy, • przegląd wiadomości odebranych od pacjentów; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania, nadawcy; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych, •
e-rejestracja	• system musi umożliwiać pacjentom rezerwację terminów wizyt w jednostce ochrony zdrowia oraz anulowanie wcześniej dokonanych rezerwacji, • system umożliwia rezerwacja terminu udzielenia usługi – wskazanie daty i czasu planowanej realizacji wizyty, miejsca realizacji (element struktury organizacyjnej lub wskazany adres) i personelu realizującego (opcjonalnie; w zależności od statusu wyboru personelu zdefiniowanego dla usługi), • system umożliwia pacjentom wyszukiwanie usługi medycznej związanej z planowaną wizytą; wyszukiwanie usługi może odbywać się z wykorzystaniem następujących kryteriów: - nazwy usługi (poprzez podanie dowolnego ciągu znaków zawierającego się w nazwie usługi), - nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, w której udzielana jest oczekiwana usługa, - imienia, nazwiska, tytułu naukowego i specjalności lekarza udzielającego oczekiwanej usługi., • system umożliwia wybór personelu (np. lekarza, pielęgniarki) udzielającego usługi medycznej, jeżeli jest dostępny dla danej usługi, • system umożliwia przegląd dostępnych dla rezerwacji internetowej terminów wizyt związanych z udzieleniem wybranej usługi medycznej oraz wybór wskazanego terminu. Po wybraniu terminu system blokuje możliwość wyboru tego terminu przez innych użytkowników zarówno medycznego portalu internetowego, jak i systemu szpitalnego,

	• system umożliwia prezentację szczegółowych danych planowanej wizyty, to jest: wybranej usługi medycznej, w tym informacji o warunkach udzielenia usługi, danych adresowych miejsca udzielenia usługi, danych wybranego personelu/lekarza udzielającego usługi, • system umożliwia lub wymusza (w zależności od konfiguracji dla danej usługi) rejestrację danych skierowania, w przypadku rezerwacji terminu dotyczącego świadczeń wymagających skierowania, • system musi umożliwiać ewidencję trybu pilności w danych skierowania pacjenta, • podczas rezerwacji terminu wizyty system musi umożliwiać pacjentowi zarejestrowanie danych e-skierowania, • system umożliwia wydruk potwierdzenia rezerwacji wizyty zawierający informacje o usłudze, miejscu realizacji oraz planowaną datę udzielenia usługi, • system umożliwia dodatkowe potwierdzenie autentyczności użytkownika rezerwującego termin wizyty poprzez przesłanie na podany nr telefonu kodu potwierdzającego oraz wymuszenie wprowadzenia tego kodu w kontekście rezerwacji wizyty, • system automatycznie usuwa rezerwacje terminów wizyt, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upłynięciu zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika, • system umożliwia przegląd rejestru rezerwacji wizyt pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana), • system umożliwia przegląd zaplanowanych wizyt pacjenta, • system umożliwia pacjentowi potwierdzenie lub rezygnację z terminu zaplanowanej wizyty poprzez wybrany kanał komunikacyjny: - za pomocą linku potwierdzającego lub anulującego przesłanego na adres e-mail użytkownika, - za pomocą linku potwierdzającego lub anulującego przesłanego na konto użytkownika w medycznym portalu informacyjnym, - za pomocą wiadomości SMS (wymagana bramka obsługująca komunikaty zwrotne), • System integruje się on-line z systemem HIS w zakresie: - pobierania dostępnych terminów udzielenia wybranych świadczeń, - rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, o ile są one wprowadzone przez pacjentów, - anulowania terminów zaplanowanych wizyt, - pobierania informacji o planowanych terminach wizyt, •
Etap II – MODUŁ DODATKOWY	
wymagania ogólne	
System elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w **module dodatkowym** musi uwzględniać następujące funkcjonalności dodatkowe i komórki organizacyjne: „Pawilon nr 3”: Oddział Stacjonarny Rehabilitacji Leczniczej, Dzienny Oddział Rehabilitacji Leczniczej, Opieka Wytchnieniowa, inne planowane komórki w pawilonie nr 3 (w oparciu o moduł podstawowy).	