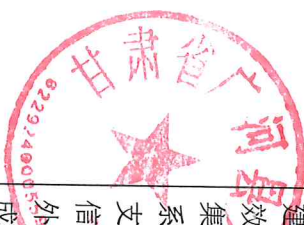


序号	系统分类	系统名称	子系统名称	详细参数	单位	数量
1.	系统基础管理	基础数据管理平台		基础数据管理：要求能够将所有维护基础数据的页面整合到一起，然后进行优化，尽量减少用户操作量，将常用数据维护功能整合到一起，并增加数据实时校验和快捷键操作等功能，使客户可以获得更好的用户体验。同时又能够保证了基础数据的准确性，要求能够通过多方位数据安全保障方案，使用户可以更方便、更快捷、更安全的管理基础数据。 产品配置管理：要求能够完成医院信息系统下的多种模块的配置，要求能够实现一站式产品配置管理与服务。 权限管理系统：要求能够解决医院信息化建设中需要将基础数据维护权限分配给各职能科室、临床科室的问题。权限管理系统整体要求包含三维立体权限管理（3D Authorization）和医院级授权（数据隔离），具体要求包含菜单授权、功能元素授权、基础数据授权等。 日志管理系统：要求基础数据维护下的页面可实现日志接口的调用，要求对数据的新增、修改、删除操作都存有日志，能够记录操作用户、IP 地址、时间以及操作前后数据的变化等信息。要求可以查看数据的变更记录，以便错误操作数据时可以及时恢复数据和查找责任人。 临床知识库管理：要求临床知识库管理模块能够给临床工作者、患者或个体提供知识或统计信息，并可以自动选择适当的时机，智能地过滤或表示这些信息，以促进临床决策，减少人为的医疗错误，更好的提高医疗质量和患者安全。 用户管理：要求实现通过授权方式对用户所能使用的系统功能进行限制，达到系统安全控制的目的；要求支持对用户的数字证书进行管理、对用户的指纹信息进行管理。 代码表：要求支持定义和维护 HIS 系统业务数据基础代码及系统	套	1
2.		基础平台			套	1

			参数。 工作流程管理器：要求允许用户按照自己的工作情况、性质以及触发条件建立自己的工作序列，从而完成一次临床服务。 界面编辑器：要求支持按用户、用户组、医院灵活定义界面内容和风格，要求支持每个用户可以定义自己的页面。 列编辑器：对于列表格式的组件，要求列编辑器可以定义列表要显示对象的字段，排列顺序、数据排序方式等属性。 组件/菜单管理器：要求实现将一个 workflow、组件、工作列表等定义为一个菜单项。能够支持多个菜单项定义为一个菜单容器 (Menu Header)。可以将菜单容器赋予某一角色，组成一个专业科室工作站。		
3.	患者基本信息管理系统	 建卡：要求窗口建卡模块可以通过读取患者医保卡、身份证等有效证件信息快速准确的完成患者基本信息的采集、发卡操作。采集的基本信息要求包含：患者姓名、性别、年龄、出生日期、联系电话、家庭住址、身份证、患者类型、患者照片信息等。要求支付方式有现金，微信，支付宝，银行卡等。为了方便患者进行信息采集登记，减少窗口压力，要求系统能够支持除窗口建卡以外的自助机，app，微信等多种建卡渠道，能协助患者在线自助完成开卡建档等工作。 基本信息采集：要求支持通过居民健康卡、身份证、军官证、驾驶证、护照等身份证件识别和人工录入患者个人信息，包括姓名、性别、民族、籍贯、出生地、出生日期、婚姻、户籍地址、现住址、工作单位、职业、联系电话（本人）、联系电话（家属）等方式进行基本信息采集，并且要求支持通过社保卡号、商业保险号等保险类别识别患者的医保信息。 数据质量控制：要求可通过校验和跟踪实现对数据质量问题的管理，要求支持从数据格式、数据值域、数据间的逻辑关系等角度做质量审核，要求可按照空值校验、重复校验、格式校验、一致	套	1	

			性校验和逻辑校验等审核规则对患者基本信息数据进行质量控制。 患者主索引注册：要求支持根据录入的患者基本信息，注册生成患者在院的唯一主索引，作为患者在本院就诊的唯一标识，并支持与院内各系统之间进行关联，并且可以关联患者历次就诊的诊疗信息。 患者信息修改：要求信息修改模块支持在患者基本信息发生变化时，同步变更院内电子档案信息。要求支持针对系统中患者基本信息发生的变更做详细的日志记录，自动记录相应的操作内容、操作人员 and 操作日期，用于对操作的追溯和审计。实现患者基本信息的管理。 卡信息合并：患者电子档案信息因特殊原因导致同一患者在院内有多条档案记录时，要求系统支持将患者基本信息做信息合并处理，保留患者需要的档案信息，做到患者在医院内存在唯一档案信息，更加方便对档案信息的灵活管理，并且要求提供卡信息合并操作的操作日志信息。 患者信息查询：要求支持对患者基本信息进行多条件组合查询，以及对患者基本信息进行多维度统计，并且要求提供对查询和统计结果的导出功能。要求该系统模块可以支持自助机，app，微信等多渠道，能协助患者在线完成自己院内卡信息的查询。 基础数据同步：要求系统可以每天定时将基础数据下载到客户端，保证客户端数据与数据库的一致性。 发票更新：要求应急收费系统自动提示收费员核对发票并更改，保证系统票号与实际票号一致。 就诊登记：要求支持录入患者信息，选择科室、就诊医生、患者类别等信息进行登记。 就诊查询：要求支持根据日期、登记号、就诊号查询患者就诊记录，可选择就诊记录进行缴费，可修改患者基本信息。		
4.	门诊应急系统	门诊应急系统		套	1

			诊断录入：要求可以根据病人的情况开相应的诊断（ICD10）和病情。 收费：要求支持录入患者需要缴费的项目、数量、用法等，系统根据不同患者类别，自动确定收费比例，计算患者自付金额、记账金额、折扣金额，药品可根据导入批次计价，打印发票。 收费记录查询：要求可根据日期、发票号查询收费记录，支持收费记录导出、打印收费清单。 导回数据：要求系统支持将应急系统业务数据导回数据库，包含患者信息、就诊记录、医嘱明细、收费记录等。并支持导回数据与系统数据汇总、查询统计、退费等。		
5.			多平台统一管理：要求集中管理不同业务分类的多个平台。 接入平台系统：要求包括平台接入系统管理、包括接入系统查看、接口系统启用、接入系统停用、接入系统编辑等。 平台标准服务：要求提供平台的标准化接口服务，以组件的模式对平台服务进行管理。 平台信息管理：要求提供平台消息管理功能，包括消息汇总查看、异常消息查看、消息发布信息查看、消息订阅信息查看等。 行业标准管理：要求提供对系统中的角色、用户进行维护管理功能，包括角色管理、用户管理功能。	套 1	
	信息平台	服务总线			
6.			服务管理 多种输入和输出适配器：适配器是连接各种应用、技术、协议的暴露其功能和数据的高度标准化和可复用的程序，适配器具有处理异常，能够重试、超时和恢复等功能。目前适配器的类型有：xDBC、TCP/IP、HTTP、File、COM、SOAP、REST等。 服务注册中心：服务注册中心是指服务提供者向服务注册管理中心发布服务的功能，服务提供者是服务的所有者，负责定义并实现服务，对服务进行详细、准确、规范地描述，并将该描述发布到服务注册管理中心，供服务请求者查找并绑定使用。服务注册管理中心具有目录服务、监控、负载均衡、安全控制、分布式强	套 1	

			健壮、适用于高并发等功能。 服务发布中心：服务发布是由总线自身生成相应服务并对外进行发布，服务请求者使用服务描述中的绑定细节（调用者的身份、位置、方法、绑定、配置、方案和策略等描述性属性信息）来定位、联系并调用服务。服务发布中心将所有的服务部署到一台或者多台物理服务器上，形成一个整体对外提供服务，服务发布中心对所有发布服务进行统一的管理调配。各个业务系统直接访问服务发布中心查找需要调用的接口位置进而调用，不需关心下游系统使用情况。		
7.		消息管理	基于消息的传递：要求依靠消息传递信息，消息也会被持久化，同时支持消息的队列管理、消息的同步、任务识别、消息的跟踪、消息的定时发送、事件处理、通知等功能。 支持同步和异步交互方式：要求以同步方式发出的请求消息要等待应答消息到达才继续下面的传递。以异步方式发出的请求消息可以不需要应答，也可以需要应答但不等待，应答消息到达时再处理。 基于消息内容的路由规则：要求路由和基于规则的流量控制能力可用户定制和扩展，能轻松的支持最简单和最复杂的集成环境。 数据格式转换：数据格式转换是整合平台将信息和数据从一种格式转换为另一种的能力。 值域转换：要求实现值域转换映射。 消息监控：要求提供图形化消息监控界面，实时查看消息负载及消息异常状况等内容。	套 1	
8.		标准管理	标准字典：要求包括身份证件类别代码表、地址类别代码表、ABO血型代码表、Rh（D）血型代码表、诊断状态代码表等 400 多个国家 and 行业标准代码表。 术语字典：要求包括 ICD-9 手术编码（全国）、ICD-10 手术编码（全国）、ICD-9 诊断编码（全国）、ICD-10 诊断编码（全国）、形态学	套 1	

			编码（全国）。 共享文档：要求提供医院内部不同信息系统以及医院外不同机构之间的互联互通、信息共享为目的的科学、规范的医疗信息记录，在结构上遵循《卫生信息共享文档编制规范》，并结合业务实际进行了细化和应用落地。要求遵循 HL7 RIM 模型，借鉴国际上已有的成熟文档结构标准 ISO/HL7 CDA R2 三层架构，同时结合我国医疗卫生业务需求，进行本土化约束和适当扩展，以适合我国卫生信息共享文档共享和交换。 交互服务：要求基于 RIM 模型，参考 HL7 V3 标准，结合医院的实际情况和需求，对上述标准进行本地化扩展，建立医院信息交互规范，并文档化。提供医院信息服务、互联互通的标准化指南，明确场景、信息模型、标准化服务的提供方、服务消费方。目前卫生部制定交互服务规范的数量 36 个，主要涉及患者身份信息、医护人员信息、医疗卫生机构（科室）信息、电子病历文档信息、医嘱信息、申请单信息、就诊相关信息、字典信息。		
9.		流程管理	工作流引擎组件：要求包含调用组件、代码组件、逻辑判断组件、循环组件、延迟组件、警告组件、异常组件等多种引擎组件。可客户化的图形操作界面：要求提供可视化的流程配置界面，实现流程的自主配置。 启动、管理和监视流程的功能：要求提供全程可视化。管理。	套	1
10.		监控管理	平台参数与报警参数配置：要求对平台的各项参数进行配置，包括配置各个监控参数的报警阈值等。 监控各个系统组件的状态：要求对平台各个系统模块的状态进行监测。 记录平台日志和异常信息：要求记录平台的日志，显示与查询异常信息。 监控对象的启停控制：要求对被监控对象进行启动、停止、重启操作。	套	1

			监控告警：要求能够及时了解当前的监控信息，当监控对象的性能参数超过告警阈值时，时产生报警。告警阈值能够分级设置，不同级别产生不同的告警。通过多种告警手段提供现场和远程告警，并且可定制发送方式和告警的优先级。 监控可视化：要求实现图形化方式直观地显示监控信息，并能够进行统计分析。		
11.	电子病历共享文档库	 实现以下功能要求： 以卫健委标准的 53 类共享文档格式展示共享文档 共享文档配置器 提供共享文档样式配置 共享文档浏览日志 统计查询共享文档浏览量 共享文档统计 统计 53 类共享文档注册生成量 共享文档组件 提供服务组件生成共享文档，支持业务系统调用 共享文档隐私配置 提供隐私保护等级设置，支持文档级及元素级隐私设置 交互服务配置 配置卫健委标准的 V3 交互服务 交互服务统计 统计卫健委标准交互服务调用量 交互服务日志 查询卫健委标准交互服务日志 共享文档内容 WS/T500.1-2016 电子病历共享文档规范第 1 部分：病历概要 WS/T500.2-2016 电子病历共享文档规范第 2 部分：门（急）诊病历	套	1	

			WS/T500.3-2016 电子病历共享文档规范第 3 部分：急诊留观病历 WS/T500.4-2016 电子病历共享文档规范第 4 部分：西药处方 WS/T500.5-2016 电子病历共享文档规范第 5 部分：中药处方 WS/T500.6-2016 电子病历共享文档规范第 6 部分：检查报告 WS/T500.7-2016 电子病历共享文档规范第 7 部分：检验报告 WS/T500.8-2016 电子病历共享文档规范第 8 部分：治疗记录 WS/T500.9-2016 电子病历共享文档规范第 9 部分：一般手术记录 WS/T500.10-2016 电子病历共享文档规范第 10 部分：麻醉术前访视记录 WS/T500.11-2016 电子病历共享文档规范第 11 部分：麻醉记录 WS/T500.12-2016 电子病历共享文档规范第 12 部分：麻醉术后访视记录 WS/T500.13-2016 电子病历共享文档规范第 13 部分：输血记录 WS/T500.14-2016 电子病历共享文档规范第 14 部分：待产记录 WS/T500.15-2016 电子病历共享文档规范第 15 部分：阴道分娩记录 WS/T500.16-2016 电子病历共享文档规范第 16 部分：剖宫产记录 WS/T500.17-2016 电子病历共享文档规范第 17 部分：一般护理记录 WS/T500.18-2016 电子病历共享文档规范第 18 部分：病重（病危）护理记录 WS/T500.19-2016 电子病历共享文档规范第 19 部分：手术护理记录 WS/T500.20-2016 电子病历共享文档规范第 20 部分：生命体征测量记录 WS/T500.21-2016 电子病历共享文档规范第 21 部分：出入量记录 WS/T500.22-2016 电子病历共享文档规范第 22 部分：高值耗材使用记录		
--	--	--	---	--	--

			WS/T500.23-2016 电子病历共享文档规范第 23 部分：入院评估 WS/T500.24-2016 电子病历共享文档规范第 24 部分：护理计划 WS/T500.25-2016 电子病历共享文档规范第 25 部分：出院评估与指导 WS/T500.26-2016 电子病历共享文档规范第 26 部分：手术知情同意书 WS/T500.27-2016 电子病历共享文档规范第 27 部分：麻醉知情同意书 WS/T500.28-2016 电子病历共享文档规范第 28 部分：输血治疗同意书 WS/T500.29-2016 电子病历共享文档规范第 29 部分：特殊检查及特殊治疗同意书 WS/T500.30-2016 电子病历共享文档规范第 30 部分：病危（重）通知书 WS/T500.31-2016 电子病历共享文档规范第 31 部分：其他知情告知同意书 WS/T500.32-2016 电子病历共享文档规范第 32 部分：住院病案首页 WS/T500.33-2016 电子病历共享文档规范第 33 部分：中医住院病案首页 WS/T500.34-2016 电子病历共享文档规范第 34 部分：入院记录 WS/T500.35-2016 电子病历共享文档规范第 35 部分：24 小时内入院出院记录 WS/T500.36-2016 电子病历共享文档规范第 36 部分：24 小时内入院死亡记录 WS/T500.37-2016 电子病历共享文档规范第 37 部分：住院病程记录首次病程记录 WS/T500.38-2016 电子病历共享文档规范第 38 部分：住院病程记		
--	--	--	---	--	--

			录日常病程记录 WS/T500.39-2016 电子病历共享文档规范第 39 部分：住院病程记录上级医师查房记录 WS/T500.40-2016 电子病历共享文档规范第 40 部分：住院病程记录疑难病例讨论记录 WS/T500.41-2016 电子病历共享文档规范第 41 部分：住院病程记录交接班记录 WS/T500.42-2016 电子病历共享文档规范第 42 部分：住院病程记录转科记录 WS/T500.43-2016 电子病历共享文档规范第 43 部分：住院病程记录阶段小结 WS/T500.44-2016 电子病历共享文档规范第 44 部分：住院病程记录抢救记录 WS/T500.45-2016 电子病历共享文档规范第 45 部分：住院病程记录会诊记录 WS/T500.46-2016 电子病历共享文档规范第 46 部分：住院病程记录术前小结 WS/T500.47-2016 电子病历共享文档规范第 47 部分：住院病程记录术前讨论 WS/T500.48-2016 电子病历共享文档规范第 48 部分：住院病程记录术后首次病程记录 WS/T500.49-2016 电子病历共享文档规范第 49 部分：住院病程记录出院记录 WS/T500.50-2016 电子病历共享文档规范第 50 部分：住院病程记录死亡记录 WS/T500.51-2016 电子病历共享文档规范第 51 部分：住院病程记录死亡病例讨论记录 WS/T500.52-2016 电子病历共享文档规范第 52 部分：住院医师嘱	
--	--	--	--	--

			WS/T500.53-2016 电子病历共享文档规范第 53 部分：出院小结		
			全院级统一的患者基本信息库： 要求能够统一管理患者基本信息 要求能够保证各个系统的患者信息的一致性 要求能够保证患者信息的完整性 要求能够保证同一患者信息的逻辑唯一性。 EMPI： 要求能够根据患者的本地索引获得患者主索引或患者的其他本地索引。 要求能够逻辑合并同一患者的多条记录信息。 要求能够接受来自不同系统的患者登记信息注册。 要求系统对外提供的服务应该有基本的安全控制机制。 要求能够处理各个系统中的患者登记信息历史数据。 要求能够根据匹配规则自动合并（逻辑合并）、拆分或标识疑似多条患者记录。 要求能够设置匹配算法模型。 要求能够根据本地索引域标识和本地索引获取主索引。 要求能够配置主索引域和管理本地索引域。 要求能够在接受患者登记信息注册的过程中标准化患者数据。 要求能够维护数据标准编码和各系统编码与统一编码的对照。 要求能够发布患者注册、患者更新和患者删除消息。 要求以 Web Service、数据库中间表、JMS 等方式发布消息。 要求能够通过配置的方式添加至少 10 消息监听者。 要求能够记录和查看消息监听者是否成功接收消息。 要求能够针对特定消息监听者手工重发消息。 要求能够人工合并或拆分同一患者的相似的多条记录。 要求能够针对疑似匹配记录进行人工合并。 要求能够从已逻辑合并的记录中，拆出某条记录。		
12.	主数据管理	患者主索引		套 1	

			要求能够根据本地索引获取患者信息。 要求能够根据主索引获取患者的相对准确完整的信息。 要求能够进行患者信息的模糊查询。 要求能够设置两条记录的相似度计算算法参数。 要求能够进行人员、角色等安全管理。		
13.		术语和字典	组织和科室管理：系统人事部门能够创建全院级行政组织架构，包括医院、分院和各类职能科室、临床科室医技科室、后勤科室等。主数据可在人事组织的基础上增加业务系统所用的科室信息，为医院信息平台上的各应用系统、患者提供完整、统一的组织和科室信息。 人员管理：系统人事部门可以将人员分配到各个行政科室下面，明确人员人事归属。 系统建立全院统一的人员数据管理平台，整合 HIS、HRP、OA 等所有系统的人员信息，平台能够持有和管理所有人员数据，并使各个系统的人员和组织数据保持一致，能够随时跟踪人员所在。 医学术语管理：系统能够统一管理和维护临床诊断，系统能够统一管理和维护 ICD10，系统能够管理和维护临床诊断与 ICD10 之间的关系，系统能够统一管理各个系统和平台术语的对照关系，系统能够保证各个系统的术语与平台术语的一致性。	套 1	
14.	统一用户和单点登录		用户管理： 用户信息维护：包括用户的新增、删除（逻辑删除）、修改等操作，用户的基本信息包括，用户头像上传、用户登录名、姓名、出生年月、邮箱、固话、移动电话、工作职称、入职时间、生效日期，失效日期、所属角色，所属科室等。 用户批量导入：要求从业务系统中通过接口直接读取用户信息并导入到平台中。同时也需支持按 excel 模板格式整理用户信息，并一次性导入平台。 用户批量导出：要求支持将平台中的用户信息批量导出成 excel	套 1	

			文件，方便其他第三方系统使用。 用户对照：要求对已经存在的第三方系统，平台中的用户与第三方系统用户之间建立对照关系。 组织机构管理： 维护机构信息维护：要求包括组织机构的增加、删除（逻辑删除）、修改等操作。组织机构信息包括，组织编号、组织名称、科室类型、父组织、组织电话、组织地址等。 组织机构批量导入：要求支持从业务系统中通过接口读取组织机构信息并导入到平台中。同时也支持按 excel 模板格式整理组织机构信息，一次性导入平台中。 组织机构批量导出：要求支持将平台中的组织机构信息批量导出成 excel 文件，方便其他第三方系统使用。 组织机构对照：要求对已经存在的第三方系统，平台中的组织机构与第三方系统的组织机构之间建立对照关系。 应用管理： 应用信息维护：要求包括第三方应用的增加、删除（逻辑删除）、修改等操作。应用的基本信息包括，应用名称、应用编号、应用简称、是否激活、业务管理员等。 应用接口管理：要求管理第三方应用提供的接口地址。接口包括【用户同步接口】、【组织结构同步接口】、【角色同步接口】、【权限管理页面地址】等。 应用单点登录配置：要求维护第三方应用接入单点登录的基本配置，包括第三方应用地址、第三方应用单点登录的协议类型、第三方应用类型（B/S 或 C/S）、打开浏览器类型（IE、Chrome、Firefox 等）。 应用角色同步：要求实现平台中应用角色与第三方应用角色同步。 应用账号管理 应用账号维护：要求向第三方应用中推送用户并创建应用账号、	
--	--	--	--	--

			启用或停用第三方应用中的账号、修改第三方应用中对应的用户名。 应用账号权限管理：要求对第三方应用中，用户的相关权限进行管理。直接在平台中调用第三方应用中权限管理页面进行操作。 账号角色维护：要求修改用户在第三方应用中的角色，以修改用户在第三方应用中的权限。 审计日志： 操作日志查询：要求提供后台管理维护的操作日志以及数据同步的日志查询。 访问日志查询：要求提供登录平台以及所有第三方应用的登录日志查询。可按时间段、用户、应用系统进行查询。 访问统计分析：要求对第三方应用的登录日志进行统计，并分析各应用的访问量和高峰期。 异常访问提醒：要求对超出访问权限的操作进行记录，并向相关人员推送消息进行操作。 用户数据同步服务： 为保证用户信息在各应用系统中的一致性，统一用户管理平台就需要与各应用系统中实现同步机制，实现用户信息一次维护同步修改各应用系统中的信息。 统一接入服务： 要求提供 OAuth2.0 协议标准接口，应用通过配置或改造调用统一认证服务，满足 OAuth2.0 协议标准，实现单点登录。 统一认证服务： 要求提供支持用户名+密码验证、动态口令、CA 证书、Usb-Key 等认证方式的多因子身份验证（MFA）。 基础信息库注册：要求支持对患者、医疗服务人员、机构、字典和术语进行注册。 基础信息库存储：要求对患者、医疗服务人员、机构、字典和术		
15.	数据中心	临床数据中心		套	1

			语进行存储。 基础信息库：基础信息库要求包括患者的人口学信息、医疗卫生人员的注册信息、以及各种医疗卫生、公共卫生术语字典数据等医共体服务：要求支持医共体应用。 临床信息库：要求基于 RIM 模型通过患者主索引与电子病历基本数据及标准搭建临床信息库的存储，以结构化数据形式存储于数据库中。 病历概要数据存储：主要记录内容要求包括：患者基本信息、基本健康信息、卫生事件摘要、医疗费用记录。 病历记录数据存储：要求按照医疗机构中医疗服务活动的职能域划分，病历记录可分为：门（急）诊病历记录、住院病历记录和健康体检记录等三个业务域。 转诊记录存储：要求支持转诊记录指医疗机构之间进行患者转诊（转入或转出）的主要工作记录。 其他文件存储：要求包括出生医学证明、死亡医学证明、传染病报告、出生缺陷儿登记等。 医疗机构信息存储：要求支持负责创建、使用和保存电子病历的医疗机构法人信息。 应用程序标准接口服务：要求通过 API，用户可以在整合后的临床数据基础上定义新的应用，进行决策分析，医学科研，商业智能(BI)。 临床信息注册：要求支持各个系统将检查、检验结果、诊断、医嘱、生命体征、诊疗过程等各种临床信息注册到临床数据存储库中。 消息引擎及主索引服务：要求可基于服务总线、患者主索引对数据中心数据获取构建服务，基于患者主索引可以侦测到重复的病人，快速、准确、全面定位病人诊疗信息。 CDA 文档相关服务：要求提供 CDA 文档注册、存储、访问管理。	
--	--	--	---	--

			数据整合及查询相关服务：要求提供数据采集服务、数据整合服务、数据审核、导出、权限设置、隐私设置等功能。 临床数据中心应用情况分析：要求提供临床数据中心概览、外部引用概览等可视化分析。 临床文档库：要求符合卫健委电子病历共享文档规范和电子病历基本数据集标准的 XML 文档，主要应用于医共体临床数据交换及区域医疗信息共享与协同。 临床文档库存储：要求基于 CDA 定义文档结构，如入院记录，定义一套 XML 结构，以文档形式存储。		
16.		管理数据中心	收入主题分析：要求记录医院收入流水明细，数据粒度包含科室（开单科室、接收科室、执行科室）、医生（开单医生、接收医生、执行医生）、收费项目、医嘱项及各种收费分类等。 收入主题指标：要求包含全院总收入、门诊收入、住院收入、急诊收入、门诊药品收入、住院药品收入、全院药品收入、门诊材料收入、住院材料收入、门诊中药收入、住院中药收入、体验收入、门诊药占比、住院药占比、门诊材料占比、住院材料占比、全院医嘱数量等指标。 挂号主题分析：要求记录门急诊患者挂记录，包含挂号科室、医生、患者、预约方式、出诊级别、节假日等。 挂号主题指标：要求包含门诊挂号人次、门诊退号人次、门诊退号人次、门诊挂号工作量、门诊挂号费、门诊诊查费、门诊病历本费、门诊节假日挂号人次、门诊节假日挂号人次、门诊节假日挂号人次、门诊工作日挂号人次、门诊初诊挂号人次、门诊复诊挂号人次、门急诊初诊率、预约人次、门急诊复诊率等指标。 出入转主题分析：要求从科室、病区二个角度记录住院患者在院期间流转情况及医院床位使用情况。 出入转主题指标：要求包括实际床位数、原有人数、入院人数、出院人数、现有入人数、死亡人数、固定床位数、实有床位数、出	套	1

		院患者住院总天数、平均开放病床数、实际占用总床日数、实际开放总床日数、出院人次等指标。 门诊处方主题分析：要求记录门急诊者就诊期间医生所开处方信息，数据粒度包含科室、医生、患者、处方号、处方类型等。 门诊处方主题指标：要求包括门急诊处方数、门急诊处方金额、门急诊处方药品品种数、门急中成药处方数、门急中成药处方金额、门急诊中草药处方数、门急诊中草药处方金额、门急诊中草药处方代煎数、门急诊中草药处方自煎数、门急诊西药处方数、门急诊西药处方金额、门急诊中药处方数、门急诊中药处方金额、门急诊当日配发药处方数、门诊处方数、门诊处方金额、门诊处方药品品种数、门诊中成药处方数等指标。 门诊发药主题分析：要求包括记录门诊药房发药历史情况，包含药房、开单科室、开单医生、发药人、金额、数量等。 门诊发药主题指标：要求包括门诊发药金额、门诊发药数量、基本药品金额、基本药品数量等。 住院发药主题分析：要求记录住院药房发药历史情况，数据粒度包含药房、开单科室、开单医生、发药人、金额、数量等。 住院发药主题指标：要求包括住院发药金额、住院发药数量、基本药品金额、基本药品数量等指标。 门诊就診主題分析：要求記錄門急診患者就診信息，數據粒度包含：就診科室、就診醫生、費用、主診、就診記錄各種標志（抗菌、基本藥物等）。 門診就診主題指標：要求包括門診就診人次、門診就診總費用、門診就診總藥費、門診就診使用口服劑人次、門診就診靜脈輸液人次、門診就診使用注射劑人次、門診就診使用抗茵藥物人次、門診使用基本藥物人次數、門診次均費用、門診次均藥品、門診就診使用抗茵藥物使用率、門診使用基本藥物使用率等。 住院就診主題分析：要求記錄住院患者就診信息，包含：就診科
--	--	---

			室、就诊医生、费用、主诊、就诊记录各种标志（抗菌、基本药物等）。 住院就诊主题指标：要求包括出院人次、住院就诊总费用、住院就诊总药费、住院就诊使用口服剂人次、住院就诊静脉输液人次、住院就诊使用注射剂人次、住院就诊使用抗菌药物人次、住院使用基本药物人次、住院使用基本药物使用率、住院使用基本药物使用率等指标。 麻醉主题分析：要求按照手术台次记录手术申请及麻醉的过程情况，数据粒度包含：申请科室、申请医生、麻醉医师、主刀医师、手术级别、麻醉方式等。 麻醉主题指标：要求包括手术总台数、择期手术总台数、日间手术总台数、介入手术总台数、微创手术总台数、一级手术总台数、二级手术总台数、三级手术总台数、四级手术总台数、重返手术总台数、麻醉总例数(三甲)、体外循环例数(三甲)、脊髓麻醉例数(三甲)、其他类麻醉例数(三甲)、手术时长等指标。 手术主题分析：要求按照手术手术例数记录手术申请及麻醉过程，数据粒度包含：申请科室、申请医生、麻醉医师、主刀医师、手术级别、麻醉方式等。 手术主题指标：要求包括手术总台数、手术总例数、择期手术总例数、急诊手术总例数、日间手术总例数、介入手术总例数、微创手术总例数、一级手术总例数、二级手术总例数、三级手术总例数、四级手术总例数、重返手术总例数等指标。 预约挂号主题分析：要求记录门诊患者预约情况，数据粒度包含：预约操作时间、预约方式、预约科室、预约就诊时间等。 预约挂号主题指标：要求包括号源数、可预约号源数、预约人次、预约取号人次、预约爽约人次、预约取消人次、预约取号退号人次、初诊预约取号人次、复诊预约取号人次、本地预约取号人次、		
--	--	--	---	--	--

			本地初诊预约取号人次、本地复诊预约取号人次等指标。 资源排班主题分析：要求记录门诊医生排班情况，数据粒度包含：医生级别、预约数量、医生出诊时间等。 资源排班主题指标：要求包括应出诊医生人次、实出诊医生人次、停诊医生人次、替诊医生人次、被替诊医生人次、可挂号数量、可预约数量、加号数量等指标。 病人诊断主题分析：要求记录患者在院期间医生所开诊断情况，数据粒度包含：开单科室、开单医生、诊断名称、患者类型、诊断类型、年龄等。 病人诊断主题指标：要求包括全院诊断数量、门急诊诊断数量、门诊诊断数量、急诊诊断数量、住院诊断数量、体检诊断数量等指标。 医保主题分析：要求记录医保患者费用报销情况，数据粒度包含：医保类型、病人费别、个人支付额、基金支付额、统筹支付额、大病支付额、个人自付等 医保主题指标：要求包括医保总金额、个人支付额、基金支付额、统筹支付额、大病支付额、住院天数、医保人次、医保次均费用、医保次均药费等指标。 病案主题分析：要求包括记录住院患者病案首页编目后相关信息，数据粒度包含：患者基本信息、诊断情况、手术情况、费用等。 病案主题指标：要求包括出院人次、住院患者死亡人次(三甲)、住院手术死亡人次(三甲)、新生儿出院患者人次(三甲)、新生儿出院患者死亡人次(三甲)、新生儿死亡率、出院患者抢救人次、出院患者抢救成功率、手术患者并发症发生例数等指标。 病案诊断明细、要求包括手术明细主题分析：记录住院患者病案首页编目后相关诊断相关信息，包含：入院情况、诊断 idc、诊断名称、诊断序号、手术名称等。 病案诊断明细、手术明细主题指标：要求包括诊断例数、手术列		
--	--	--	--	--	--

			数、入院情况、诊断 idc、诊断名称、诊断序号、手术名称等。 重点病种、手术主题分析：要求记录医院重点病种、重点手术患者情况：出院科室、主治医生、患者信息、费用等。 重点病种、手术主题指标：要求包括住院重点疾病总例数(病种)(三甲)、出院患者死亡人数(病种)(三甲)、出院当天再住院患者人次(病种)(三甲)\出院 15 天内再住院患者人次(重点病种)(三甲)、出院 31 天内再住院患者人次(重点病种)(三甲)、出院患者住院总天数(重点病种)(三甲)、出院患者总费用(重点病种)(三甲)、出院患者总药费(重点病种)(三甲)、住院重点手术总例数(重点手术)(三甲)、出院患者死亡人数(重点手术)(三甲)、术后非预期再手术例数(重点手术)(三甲)、出院患者住院总天数(重点手术)(三甲)、出院患者总费用(重点手术)(三甲)等指标。 并发症主题分析：要求包括记录医院并发症患者情况：出院科室、主治医生、患者信息、费用等。 并发症主题指标：要求包括并发症总例数、并发症死亡人次、并发症死亡率、并发症总费用、并发症总药费、并发症次均药费、并发症次均费用等指标。 人力资源主题分析：要求包括记录医院人力情况，数据粒度包含：入职日期、年龄、职称、在院状态等。 人力资源主题指标：要求包括卫生人员数、护理人数、医技人数、麻醉医生人数、离职率、医护比、麻醉医生比等指标。 不良事件主题分析：要求包括记录医院患者发生不良事件，数据粒度包含：不良事件类型、时间、原因、处理方式等。 不良事件主题指标：要求包括住院患者压疮发生率、医院内跌倒/坠床发生率、产伤发生率、产伤——新生儿人次、产伤——器械辅助阴道分娩人次、产伤——非器械辅助阴道分娩人次、因用药错误导致患者死亡发生率、输血/输液反应发生率、手术过程中异物遗留发生率、医源性气胸发生率、医源性意外穿刺伤或撕裂伤	
--	--	--	---	--

			发生率等指标。 院感主题分析：要求记录医院患者发生感染情况。 院感主题指标：要求包括呼吸机相关肺炎发病率(%)、留置尿管相关泌尿系感染发病率(%)、血管导管相关血流感染率(%)、不同感染风险指数手术部位感染发病率(%)、新生儿科两项侵入性操作相关感染等指标 重症主题分析：要求包括记录医院患者发生重症情况。 重症主题指标：要求包括 ICU-1 非预期的 24/48 小时重返重症医学科率(%)、ICU-2 呼吸机相关肺炎(VAP)的预防率(%)、ICU-3 呼吸机相关肺炎(VAP)发病率(%)、ICU-4 中心静脉置管相关血流感染发生率(%)、ICU-5 留置导尿管相关泌尿系感染发病率(%)、ICU-6 重症患者死亡率(%)、ICU-7 重症患者压疮发生率(%)、ICU-8 人工气道脱出例数等指标。		
17.	统一支付平台	功能权限	要求根据用户分组管理设置不同菜单权限。	套	1
18.		支付网关	要求系统支持连接包括微信、支付宝支付系统以及各银行的网上银行系统,为用户提供统一的网上支付和清算功能,实现个人到医院门诊费用结算的 B2C 网上支付服务。	套	1
19.		财务对账	要求支付管理平台系统支持包括微信、支付宝移动支付平台在内的多个渠道的账务对账功能,后台收单行绑定医院开户行即可,不再需要单独与各银行人工逐一核对,在正常情况下系统会自动完成账务核对工作。	套	1
20.		支付安全管理	要求支持对订单支付交易关键数据和痕迹的保留。	套	1
21.	门诊诊疗服务	门诊预约挂号系统	门诊挂号/取号:要求支持操作员通过医保卡或就诊卡等检索患者基本信息,要求支持根据患者病情或患者要求为患者选择对应的就诊科室和就诊资源,进行挂号收费操作或选择已经有的预约/加号信息进行取号缴费操作。要求支持缴费时可支持但不限于使	套	1

			用现金、院内账户、银行卡等多种支付方式进行支付操作，同时也根据当地医保规定可进行医保直连上传就诊信息和进行报销操作。挂号结束后根据需要进行为患者进行挂号凭证和收费凭证的打印，患者可凭此进行有效就医。要求系统模块可以支持自助机，app，微信等多渠道接口实现线上直接挂号/取号、支付的流程，挂号成功后向患者推送相应的就诊信息。 窗口预约：要求支持操作员根据患者病情或患者要求选择对应的就诊科室、就诊日期、可用出诊资源为患者进行就诊预约并打印预约凭证。要求该系统模块可以支持自助机，app，微信等多渠道实现线上直接进行预约，按自身需要选择需要就诊的时段进行预约。 退号：要求支持患者在挂号支付后，由于特殊原因不能就诊，在符合医院退号政策的前提下为患者进行退号退费的操作。要求支持在退号的过程中可以选择对应的退号操作原因，要求可以进行后期质控数据查询。要求该系统模块可以支持自助机，app，微信等多渠道接口，实现在满足医院退号政策控制的前提下，进行自助退号退费操作。 预约管理：要求可以通过多条件索引进行执行预约信息的查询，要求支持对查询出来的有效的预约数据，在满足医院政策的前提下进行取消预约的操作。该系统模块要求可以支持自助机，app，微信等多渠道接口，实现在满足医院取消预约政策控制的前提下，要求支持进行自助查询预约记录并取消预约操作。 预约信息一览表：要求支持操作员可在预约信息一览表中通过多条件联查询，要求实现对系统的预约数据进行按就诊科室汇总查询或对全部明细进行汇总查询。 挂号查询：要求支持通过多条件联合查询，可以查询对应的就诊登记时所产生的详细挂号信息记录。要求包括但不限于以下信息：就诊人姓名，就诊人登记号，就诊科室，就诊号别，收费金额，	
--	--	--	--	--

			支付详情，发票号，挂号人，挂号日期，挂号时间。 医生坐诊信息调整：要求支持通过该功能可以对已经生成的出诊医生资源进行调整，包括正号限额，加号限额，分时段信息，各预约途径可预约数量等。要求支持对已生成的资源进行停诊操作或对为生成的资源进行临时加诊操作，医生坐诊信息的调整。要求对于已经生成的出诊信息调整会提供完整的调整信息日志功能，用于对操作的追溯和审计实现出诊信息的变更管理。 排班模板维护：要求支持对需要出诊科室资源进行出诊班次和出诊资源模板维护。模板数据要求包括：科室，医生，星期，时段，级别，正号限额，加号限额，预约限额，分时段信息等。要求模板信息可以用来批量生成出诊记录。 生成排班记录：要求支持通过维护的排班模板生成一段时间的出诊资源。可以根据需要选择部分科室和部分号别来进行生成也可以选择全部进行生成。 出诊查询：要求可以通过多条件联合查询对应科室的出诊排班报表，并提供导出功能。 停替诊查询：要求可以通过多条件联合查询可以查询对应的日期范围内的停替诊出诊记录，要求支持对资源的变更可以进行审计操作，更直观的进行管理查询。 号源信息汇总：要求支持对出诊信息的使用情况进行汇总查询，要求支持通过查询可以随时进行号源资源投放的优化调整。 ▲同时支持维护新的扩展项目。要求支持排班模板的批量删除，批量修改挂号支持职称。 黑名单维护：要求支持根据医院实际情况，制定相关信用规则，针对诊疗活动中，恶意占用医院诊疗资源的行为进行系统甄别，形成黑名单，对违反预约挂号规则或频繁爽约的患者给予必要限制；要求支持对恶意占用号源的患者进行信用跟踪，同时对信用不良的患者采取停用或限制预约次数和范围等增加管理措施。	
--	--	--	---	--

22.	门诊分诊系统	医生实时出诊信息：要求支持自动获取分诊区科室医生实时出诊信息，包括待诊人数、已接诊人数、当前接诊病人、剩余号源等信息。 分诊规则设置：要求支持按照医院业务要求，设置分诊规则，要求可按出诊医生、专家、诊室、时间段、序号和初诊/复诊等条件配置。 信息获取：要求支持自动获取患者挂号或就诊信息，包括姓名、性别、身份证号码等患者基本信息以及挂号科室、预检（如体温）、历史就诊信息等。 诊室分配：要求支持按照分诊规则形成队列，支持自动或者人工进行诊室分配。 就诊排队干预：要求提供就诊队列设置，能够支持多个队列的叫诊模式，要求可根据实际情况为患者设置优先、撤销、暂离等状态。 时间段设置：要求支持配置不同时间段的就诊人数，要求可以根据医院门诊科室排班情况，将候诊患者分配到指定的时间段内。 就诊提醒：要求提供语音、显示屏幕、移动终端等多种方式的就诊提醒服务。 统计查询：要求可统计每日窗口人工服务或自助服务等渠道分诊人数信息。要求支持分诊日期查询条件对相关明细进行查询。	套 1	
23.	门诊收费系统	门诊预交金充值：要求支持一站式服务，支持就诊卡充值预交金，在患者就诊、取药、医技科室做诊疗时支持刷卡消费。 门诊预交金退款：患者在就诊结束后，要求支持可以将储存在就诊卡中的钱退回。 门诊账户结算：患者在就诊结束后，要求支持可以做账户结算、退卡。 补录费用：要求支持收费员给患者补录费用，如做检验、检查需要的导管，材料等。	套 1	

			门诊费用结算：要求支持根据不同患者类别，自动确定收费比例，计算患者自付金额与记账金额，并可将结算完毕的药品处方同步传送给对应药房的摆药机。要求支持患者通过线上线下载等多种支付方式完成结算。要求支持根据不同患者类别打印不同格式的发 票。 锁定就诊：要求同一个病人的门诊收费结算界面和医生医嘱录入界面不能同时操作，病人缴费过程中不允许医生开医嘱。 跳号：要求支持提供发票因为某些原因（例如卡纸、破损）导致该发票不能继续使用时，进行发票的作废功能。要求支持在 HIS 系统中将此发票号作废，同时要求 HIS 系统中的号码跟实际发票号一致。 门诊收费异常处理：要求提供对收费或退费过程中产生异常而未能完成收费或退费的业务进行撤销、完成的操作。 发票集中打印：要求提供对患者科室卡消费、自助机、APP 上缴了费，或医保患者结算时先自费垫付但没有打印发票的费用进行医保报销且打印发票。 退费申请：要求支持可由原开单科室医生或超级管理员对患者已经缴过费且未执行、未发药的医嘱做退费申请，以便后面进行退费。 退费审核：要求可以支持由负责审核的专员进行审核或者撤销，审核通过则可以后续退费。 门诊退费：要求支持退费可以由收费处直接退费，也支持经过医生停医嘱以及财务人员的审批后再退费。要求支持按票据号、登记号、就诊卡号等方式查询患者缴费信息。要求支持非收费员补录的医嘱退费需院内相关部门确认后执行退费，而收费员补录的医嘱可直接退费。要求支持线上线下载等多种退款途径。 医保业务处理：要求支持与本地区医保中心提供的相关接口对接，要求包括登记信息上传、费用上传、费用预结算、费用结算、结	
--	--	--	--	--

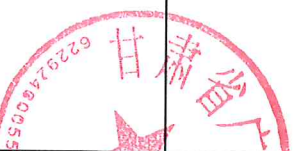
			算取消、医保数据对照、医保对账等。 门诊收据查询：要求支持按患者、收费员、日期、结算费别等条件查询收费、退费、打印发票的明细，方便核对。 打印患者费用清单：要求支持在门诊收据查询界面，提供打印患者费用清单功能。 收费员日结：要求支持收费员在下班前、交账时做结账。要求提供报表和建卡、挂号、退号、门诊预交金充值退款、门诊收费退费等业务明细。方便收费员对自己手中的款项和票据进行核对，并给财务交账。 收费员日结汇总：要求提供收费组长或财务对收费员交的账务进行审核并上交报表存档。 门诊发票管理：要求提供发票购入、发放、转交功能。要求支持财务科对购入的发票进行管理，将购入的发票发放给办理收费员；要求支持未使用的发票可以转交给其他收费员。 自动获取信息和医嘱监控：要求支持自动获取病人信息。要求支持自动审核医嘱的完整性和合理性，要求提供痕迹跟踪功能。要求支持合理用药实时监控系统。要求提供所有医嘱备注功能。 历史就诊记录：要求支持授权医生可以查询病人的历次就诊相关信息。 核算功能：要求支持自动核算费用、并支持当地医保结算政策。 诊断录入：要求支持医生可以根据病人的情况开相应的诊断（ICD10）和病情，并可以在处方和相关申请单上打印出相关信息。 要求支持诊断模板、历史诊断、诊断复制等诊断快捷录入方式。 医嘱录入：要求支持集成医嘱的录入、展示、操作等功能，要求支持模糊检索、个人及科室模板、历史医嘱复制、字典查询、常用医嘱用法、医嘱套、检查检验申请、治疗申请等多种录入方式。 要求支持在录入过程中结合用户习惯，对内容进行排名，可默认医嘱明细数据，确保用户准确便捷的录入医嘱。要求集成知识库	
24.	门诊医生工作站			套 1

			系统，提供相互作用、说明书、建议医嘱等辅助功能，要求支持自定义当地医保管控，结合患者病种、特殊诊断等信息对医疗费用进行管控。要求支持医嘱审核后自动发送至对应的执行科室，包括护士站、药房、治疗科室、医技科室等，并能直观展示当前医嘱的执行进度，要求支持医嘱审核后未缴费之前修改医嘱处理。检查检验申请：要求集成各类检验、检验、病理医嘱的申请入口，集中展示且可自定义树状结构。要求支持多部位检查申请、自定义病理申请、多标本检验申请，集成显示已发送各种申请的当前状态，同时直观展示结果及报告信息。 治疗申请：要求支持集中治疗项目申请入口，用户选择对应的治疗医嘱后可自定义治疗方案内容，治疗科室按照申请内容为患者提供预约治疗服务。 中草药录入：要求支持结合中草药处方的特性，提供草药饮品、颗粒剂、小包装、膏方等不同处方剂型的录入方式，要求支持协定处方，要求支持基本单位自动转化多种包装数量发药。 处方处理：要求可根据医院要求对处方进行分类设置，保存医嘱时自动按照处方分类设置自动分处方。要求支持在处方分类的基础上区分急诊、儿科处方、毒麻处方等。 绿色通道：要求支持对特殊的病人进行处理，包括病人不交费情况下可以进行和交费病人一样的处理，并进行优先就诊设置，提前处理（抢救、下各种申请等）。要求支持对本科室自备药进行管理。 更新病人信息：要求支持对病人的基本信息如姓名、性别、类别、工作单位、年龄进行修改并更新。 ▲住院证：要求支持开立住院证和住院证查询，要求在开立住院证时可自动获取相关信息，在医生选择并补充相关信息后完成住院证发送功能。 ▲病历浏览：要求支持患者历次门诊、住院、急诊的就诊信息总	
--	--	--	--	--

			览，包括医嘱浏览、病历浏览等就诊信息；要求支持集成视图功能，实现以时间轴的方式按周展示患者本次就诊的详细记录。要求支持闭环信息查看功能。 一键打印：要求支持所录入医嘱按照其基础数据分类可自动进行相应归类，选中相应单据即可打印相应的处方或申请单。要求处方支持卫计委最新处方书写要求的分色打印。 医疗质量控制：要求支持重复医嘱判断、药品库存量判断、药品适应症判断、根据诊断控制药品的用药疗程、限制某类医嘱的条数、限制处方的条数，根据处方类型限制医嘱的使用，根据上次就诊医嘱用量限制本次用量、加入用药备注，限制本次就诊的医嘱费用、要求支持依据用法、用量、疗程自动计算整包装、成组医嘱的自动匹配。 电子病历：要求可以查询病人相应的过往检查检验结果和诊断记录，并书写病历，在电子病历系统中详细描述。 医生服务：要求可以通过电子病历调阅临床治疗信息；根据医生权限可以接入 Internet 进行资料查询，并可以进行院内科研、技术交流。 统计查询：要求支持床位查询与预约、药品查询、诊疗项目查询、病人费用查询等。 座位图管理：要求支持病人座位管理，包括座位安排、调整、打印座位号，支持刷卡确认身份并扣费。 护士执行管理：要求支持接收各门诊医生站开立的一定时间范围内的各类型医嘱，并能打印各种执行单、标签、条码及巡回单等。支持护士移动工作站执行医嘱，支持刷卡执行单个病人医嘱或一次性执行所有等候区病人医嘱。 输液记录查询：要求支持查询科室当日所有病人的输液记录。 ▲输液座位配置：要求支持座位类别维护、按照医院、类别代码、描述查询；要求支持按照科室维护座位图。		
25.	门诊护士工作站			套	1

26.	门诊药房管理系统		▲护士执行单配置：要求支持根据执行单类别，配置门诊执行单对应的显示项目和医嘱信息等；要求支持使用配置安全组/科室对应的执行单权限及进入护士执行界面默认的执行单显示。 门诊护士工作量统计：要求支持统计输液、抽血量、注射量等护士已执行的医嘱数量。 配药：要求支持患者交费可以通过自助机、扫码报到等自动打印配药单，并支持选择处方打印配药单。 发药：要求支持选择对应的窗口号，通过病人的登记号或者卡号打印配药单，或刷卡后检索患者处方列表信息，选择处方进行发药。可完成后台自动打印发药单并提供补打功能。 退药申请：要求支持在处方发药后，由患者向医生申请医生发起处方的退药申请。 退药：要求支持通过患者的登记号或收据号，对其进行退药操作，可以进行整体或部分退药。 发药查询：要求支持查询出整个药房或单个患者在一段时间内的发药信息，要求支持发药时自动按药品批次减库存，记录库存台账。要求支持当要对某种药品进行单据跟踪查询时，要输入该药品，系统就检索到药房在一段时间内的包含该药品的发药单据。 退药查询：要求支持对一段时间内的退药信息进行查询，可以按照退药单据查询，也可以统计出所退药品的汇总。 工作量统计：要求支持药房小组管理人员统计整个药房的发药和配药人员的工作量，要求支持“按窗口统计”和“按人员统计”等模式，要求统计药房人员的配药人次、发药人次、配药量、发药量等。 日消耗查询：要求支持查询出药房在一段时间内的消耗情况，也可以在查询条件中输入药品，查询出单个药品的消耗情况。 发药统计：要求根据每天的日报信息来生成药房的月报，如果该月的月报已生成时，支持重新生成确认。	套	1

27.	急诊挂号系统	急诊挂号：要求支持操作员能够通过医保卡或就诊卡等检索患者基本信息，要求支持根据患者病情或患者要求为患者选择对应的就诊科室和就诊资源，进行挂号收费操作。要求缴费时可支持但不限于使用现金、院内账户、银行卡等多种支付方式进行支付操作，要求支持根据当地医保规定可进行医保直连上传就诊信息和进行报销操作。要求支持急诊挂号结束后根据需要进行患者进行挂号凭证和收费凭证的打印，患者可凭此进行有效就医。 急诊退号：要求支持符合医院退号政策的前提下进行患者急诊退号退费的操作。要求支持在急诊退号的过程中可以选择对应的退号操作原因，作为后期质控数据。 挂号查询：要求支持通过多条件联合查询，可以查询对应的就诊登记时所产生的详细挂号信息记录。	套 1
28.	急诊预检分诊系统	患者列表：要求支持患者的列表展示查询功能。要求可按登记号查询患者；要求支持红橙黄绿各区域患者数/总患者数概览。要求可按分区查询。要求可加载显示详细分诊信息； 基本信息：要求包含患者的基本信息、成批就诊、重返标识、既往史、患者来源、特殊人群、来诊方式、六大病种信息记录。患者基本信息要求包含卡号（读卡）、卡类型、来诊时间、登记号、姓名、性别、证件号（身份证可读卡）、证件类型、出生日期、电话、年龄、国籍/地区、医保卡号、病人类型、民族、家庭住址信息。成批就诊要求支持针对成批的患者就诊按总人数一次分诊，以尽快得到治疗。重返标识要求能够标记是否是 24 小时的再次返回记录。既往史要求包含糖尿病、高血压、心脏病、COPD、心绞痛等既往史信息录入并能够按配置显示。患者来源要求可支持 120、110、救助站、外院、自行来院、护送来院等患者来源信息显示及录入；按配置显示。特殊人群要求支持老人、小孩、孕妇、三无人员、残疾人、军人、监狱、聋哑人等特殊人群标记；按配置显示。来诊方式要求支持平车、轮椅、步行、扶入、背入、抱	套 1



			入等；按配置显示。六大病种要求包含急性心力衰竭、急性脑卒死、急性呼吸衰竭、急性创伤、急性颅脑外伤。 其他信息：要求支持患者的中毒、是否吸氧、筛查、复合伤、已开假条、ECG、辅助物内容记录。 当前信息：要求支持患者当前的生命体征、意识形态、患者评分和其他情况备注。生命体征要求支持作为判断病人的病情轻重和危急程度的指征，界面提供记录生命体征功能。生命体征要求包含包含收缩压、舒张压、SpO2、呼吸、体温、心率、脉搏、血糖项目。可通过连接仪器读取生命体征实现自动带入数据，一键录入生命体征信息。备注要求支持患者分诊的其他情况说明记录。 意识形态要求包含患者的意识：昏迷、嗜睡、无意识、清醒、抽搐、对声音有反应等；按配置显示。患者评分要求支持ESI评级、疼痛评级、创伤评级、REMS评级、MEWS评级、疼痛评分，评级自动评分并推荐分级；生命体征内容可自动带入并自动评分。 来诊主诉：要求支持症状分类快捷定位来诊主诉，来诊主诉参与自动评分并推荐分级。要求提供灵活的症状主诉维护界面，按照用户实际需求动态维护数据，目录明了直观，简单易操作。界面提供其他输入框也可以手动录入主诉。 分诊分级：要求分诊主要包含推荐分级、护士更改分级原因、病情、去向、分诊科室、号别、绿色通道、抢救病区、转诊科室，此模块的功能是护士根据系统推荐分级和患者的实际情况，最终评判分级(I级红色，II级橙色，III级黄色，IVa、IVb级绿色)，置去向（对应病情分级,I级红区，II级橙区，III级黄色，IVa、IVb级绿区），分诊完成。再次分诊若改变了病情分级，要求提供分级变更原因记录功能。自动推荐分级要求病情分级推荐支持意识形态、ESI评级、疼痛评级、创伤评级、REMS评级、MEWS评级、来诊主诉、既往史COPD，取自动评分的最高分级自动推荐分级，护士最终确认分级，系统分别保存。意识形态要求通过分	
--	--	--	--	--

			级指标主题库维护、分级指标函数(分类)库、分级指标关键字维护配置和意识形态来评级。ESI 评级要求支持通过患者是否濒危、是否不能等、急症是否、生命体征有无异常、需要多少急诊资源来评级。疼痛评级要求支持通过疼痛范围、疼痛指数(数字评分法(VAS)、面部表情法(FACE))来评级。创伤评级要求支持通过昏迷评分、呼吸频率、呼吸困难有无、收缩血压、毛细血管充盈来计算总分评级。REMS 评级要求支持通过 GCS (格拉斯哥昏迷)、生命体征(脉搏、SpO2、收缩压、呼吸频率、年龄)来计算总分评级。MEWS 评级要求支持通过心率、收缩压、呼吸频率、体温、意识来计算总分评级。来诊主诉要求支持通过分级指标主题库维护、分级指标函数(分类)库配置和来诊主诉来评级。既往史 COPD 要求支持通过分级指标主题库维护、分级指标函数(分类)库配置和 COPD 有无并结合生命体征 SpO2 来评级。护士分级要求支持分诊护士根据系统推荐分级以及患者的实际情况,最终评判病情(I级红色, II级橙色, III级黄色, IVa、IVb 级绿色),置去向(对应分级: I 级红区, II 级橙区, III 级黄区, IVa、IVb 级绿区),选择分诊科室和号别。护士分级最终会影响医生治疗界面就诊顺序,即患者严重者优先就诊。转诊科室要求支持对于病情并不需要挂号急诊科的患者,告知其只需挂门诊号即可,这里选择患者需转向的门诊科室,记录患者去向。抢救病区要求支持对于病情较为严重、情况紧急的患者可直接分诊到留观室或者抢救室,患者状态置为抢救,并到留观或抢救室等候区,便于医生快速对病人进行抢救。绿色通道要求实现患者本次分诊绿色通道开启与否及有效小时数记录,绿色通道患者优先安排治疗。 凭条打印: 要求实现分诊凭条的打印功能。分诊凭条要求显示患者基本信息、体征、意识状态、病情分级、科室、号别等信息,方便就诊。 腕带打印: 要求实现分诊腕带的打印功能,便于查找患者和方便	
--	--	--	---	--

			救治。 读取生命体征：要求实现从连接的生命体征仪中读取监测数据结果并自动填入生命体征的各个对应项目功能。 修改挂号时间：要求实现对挂号时间的往前修改功能。主要对于例如抢救分诊的滞后性，让挂号时间更准确。 群伤管理：要求实现群伤性事件按总人数一次性批量登记产生登记号功能。要求支持可按开始时间、结束时间查询一定时间段内的所有登记记录。 重大事件：要求实现重大事件的事件录入和患者关联功能。要求可按开始日期、结束日期查询一定时间段的重大事件；要求可按某个事件查看所有关联患者。 上传图片：要求实现对患者本次分诊中关于急救单、救助单、警单的图片文件上传、查看和删除。 干预措施：要求实现对患者本次分诊生命体征（体温、脉搏、心率、呼吸、收缩压、舒张压、SPO2、血糖）的多次跟踪填写和历史记录查看功能。 出租用品：要求实现对轮椅等租用工具的租用、更新、归还操作和历史操作记录按租用日期时间段、租用者姓名、状态条件查询功能。 分诊查询：要求实现对已分诊记录的查询、导出功能。		
29.	急诊收费系统		急诊收费：要求支持收费员在急诊收费结算界面可以对患者医疗项目进行结算，并且可补录相关加收费用项目。 急诊担保：要求实现对三无患者、绿色通道患者进行先诊疗后付费，对患者进行费用担保。 欠费结算：要求实现对已经担保过的患者，进行欠费结算。 欠费补回：要求实现对欠费结算患者提供后续来院补交费用的功能。 急诊收费异常处理：要求支持急诊收费结算时需要调用第三方接	套	1

			口，并且支持第三方的原因导致收费发生异常，可以进行异常处理。		
			急诊退费：要求系统支持作废发票、重打发票、医保患者的自费垫付费用按医保重新结算或者进行退费。		
			账户管理：要求支持对患者账户明细的查询，并可查看相应的交易明细，要求预交金查询默认显示当日的预交金交、退费信息。发票集中打印：要求可以集中打印病人未打印的发票。		
			病人列表：要求支持按本人、本组及本科室查看病人列表；要求支持按照待诊列表、已诊列表、各抢救留观区查看病人；要求可显示各级别、是否绿色通道标志、押金余额/担保余额、危重、转出、手术等不同状态的病人；要求支持同时针对普通急诊病人会按照病人的预检分级和挂号顺序进行排序，急诊医生可按照病人列表顺序进行叫号、过号等操作。		
			信息总览：要求支持急诊病人信息预览可直观的显示患者的基本信息、分诊详情、诊断记录；要求提供检验检查快捷查看入口以及危急值提醒标识；要求支持查看患者本次就诊的整个流转信息，包括分诊、挂号、下诊断、开医嘱等各个流程节点以及在各个节点的停留时间，为后期优化急诊资源配置提供依据。		
			诊断录入：要求支持用户\科室自动义模板、历史诊断、模糊检索等录入方式，用户可选择诊断类型、诊断级别、附加说明、标准ICD 诊断、非标准 ICD 诊断等信息录入；要求支持诊断信息符合传染病上报条件时自动上报；诊断信息符合临床入径诊断时提示是否入径。如医生录入传染病诊断，在该传染病还未上报情况下，要求系统将自动打开传染病上报界面，强行要求医生上报。要求支持在录入食源性疾病诊断时，提示填报食源性疾病报告。要求支持在录入孕周诊断时会自动弹出末次月经时间，填写保存后自动插入诊断。要求支持在录入诊断的时候如果性别、年龄不满足给出提示信息。		
30.	急诊医生工作站			套 1	

			医嘱录入:要求系统可按照院区对急诊就诊有效天数、是否下医嘱后置为到达、使用个人诊断模板、不同医嘱类型需要提示重复的子类（如果该子类的医嘱已录入过医嘱，选择其他的医嘱类型录入该医嘱时，会提示重复）、未下诊断可以下医嘱等配置项进配置；要求医嘱录入界面布局支持自定义化设置，可按安全组或个人习惯设置页面布局方式；要求提供维护医嘱套和医嘱模板的快捷入口，要求支持按医嘱套、医嘱模板快速录入医嘱方式，同时可根据已录入医嘱，快速生成医嘱模板；要求针对已审核和未审核的医嘱在医嘱名称列上进行颜色区分；要求支持在开立检查、检验或病理医嘱时，自动改弹出申请单快速录入申请信息，一键发送；同时联动其他模块。要求支持医嘱复制功能，快速复制之前已经开立的医嘱；要求支持根据高值耗材条码快速录入高值耗材医嘱；支持对未进行保存或提交的医嘱提供暂存功能。支持按照拼音简码和汉子快速查询录入医嘱；要求系统支持对未审核医嘱，进行同步备注功能。支持对多条医嘱时间不一致时，同步下方医嘱时间控制；要求支持对抗菌药物开立权限设置，没有抗菌药物审核权限的医生录入的抗菌药物医嘱，需要上级医师审核后才能生效。要求支持录入毒麻药品和精一药品医嘱时，判断患者是否有身份证号码，不存在时，需输入患者本人、或代办人身份证号码。要求支持通过配置对开医嘱时无费用的医嘱是否提示医嘱费用为零；要求保存医嘱增加暂存功能，离开医嘱录入界面时自动保存，重新登录界面，上次录入但未审核的医嘱显示在医嘱录入界面；要求支持医嘱互斥提醒功能。要求支持药品说明书查看功能，可实现与 HIS 知识库、合理用药系统的交互。 中草药录入:要求提供开立草药医嘱功能；要求支持对中草药中存在的互斥医嘱的提示功能；要求支持维护药品的极限量，对于草药医嘱，当单次剂量超过极限量时给出提示。 医嘱查询:要求提供多种查询条件，方便医生查询各类型医嘱。要		
--	--	--	---	--	--

			求对检查检验和药品医嘱提供查看医嘱状态跟踪的快捷入口； 过敏录入:要求系统支持自定义过敏原设置,可根据护士皮试结果自动插入过敏记录或手动录入两种方式。要求支持患者的过敏数据会在床位图、急诊医生列表、急诊医生工作站处进行醒目的提醒; 总览打印:要求统提供统一打印界面,支持对处方、检查单、检验单、病理申请单、会诊等单据打印及预览。要求支持对未打印病历的病人打印病历;要求处方打印支持按照卫计委最新处方书写要求分色打印。要求支持医生可以打印出带有处方号的处方。 检查查询:要求支持按照时间、就诊记录对病人本次就诊或历史就诊的检查医嘱及报告进行查询,要求支持查看检查医嘱状态跟踪;要求支持查看检查医嘱的适应症、禁忌症、不良反应及注意事项,要求提供查看检查医嘱的预约情况、危急值及提供图像或报告快速查看入口。 检验查询:要求支持查询病人本次就诊的检验医嘱及结果。要求支持按照时间、就诊记录对病人本次就诊或历史就诊的检查医嘱及报告进行查询,要求支持查看检查医嘱状态跟踪;要求支持查询检查医嘱的禁忌症、采集注意事项;提供图像或报告快速查看入口;同时提供集中打印检验单功能。 手术管理:要求提供快捷开立手术申请入口、支持病人信息自动带入申请单界面;要求提供手术列表模块,要求可按照时间、手术分类查看该病人的相关手术申请信息。 病情总览:要求系统提供病人全景视图功能,支持一站式查看病人本次及历次就诊数据;要求系统提供病人集成视图功能,要求支持按周查看病人每日各时间节点的诊断记录、生命体征、出入量、血压、检查检验医嘱、病历文书等数据;要求支持查看病人的护理病历记录单及内容、支持查看本次就诊的医嘱单数据及生命体征内容。	
--	--	--	---	--

			状态变更:要求患者就诊过程中,可变更病人状态;要求支持查询病人历次变更的信息明细。 修改分级:要求急诊医生可以针对当前患者进行,患者分级,修改分级原因,分级评估等信息填写修改。要求系统支持带入相关评估信息方便急诊医师快捷录入。 检查检验申请:要求检查申请单支持同个检查项目选择不同部位、体位、后方法等;要求支持自动带入患者相关主诉、体征等公共;要求支持自定义各检查项目其他注意事项录入;要求支持自动调用知识库查看检验检测开单注意事项及说明;要求支持按照名称,拼音码方式快捷查询各个检查项目信息。要求可以通过就诊记录,检查分类,申请状态等条件去查询填写的申请单信息。 退药申请:要求支持针对部分特殊情况需要退药的病人,要求系统提供退药申请功能;要求支持主管医生可根据病人发票选择待退费的处方,选择已付费并发药药品,录入需退数量后,确定完成退药申请。 绿色通道:要求系统支持对当前就诊病人进行取消或启用绿色通道流程。要求设置合理的有效时间(时效性),实现绿色通道病人先诊疗后付费的就诊流程。 急诊就诊登记:要求急诊医生可在给病人进行快速挂号,减少病人的等待和排队时间。要求支持急诊医生权限管控,可按医生职称级别控制医生对病人病历和医嘱录入的查看和修改权限。要求支持查看急诊患者全诊疗时间轴,实时统计并显示病人在各个医疗节点的时间点的行为。要求支持医疗行为时间点实时监控,系统会实时统计显示病人在各个医疗节点的时间点,并计算病人在就诊过程中的待诊时间、急诊留观时间、分诊病人去向统计(入院、抢救等)。要求支持急诊病人就诊超时处理,针对等待时长超过一定时限的病人进行干预操作(修改病人分级,优先处理或者继续观察)。		
--	--	--	---	--	--

	31.	急诊护士工作站	输液室座位安排：要求座位图以卡片形式简易明了展现座位使用情况，要求支持安排、离开、安排主管医生、座位卡打印等功能；要求提供登记号快速查询患者功能，和具体的输液室座位使用情况明细，并实时刷新。 护士执行：要求提供输液室患者显示、医嘱查询显示、执行、撤销执行、贴瓶签打印、执行单打印等功能。要求提供多种队列显示病人，便于护士快速定位病人；要求提供患者明细信息展现。便于护士三查七对；要求提供护士执行界面，用于医嘱执行、撤销执行等操作。 过敏记录：要求支持显示和录入病人的过敏史和过敏记录。录入过敏史的病人在护士执行主界面病人列表中会显示敏字图标提示。 患者状态查询：要求显示患者流转信息，以时间轴形式展现出患者当前状态和流转信息包含状态描述、日期、时间、具体描述、操作人。 医嘱费用查询：要求支持查询病人本次就诊医生开医嘱以及补录医嘱情况，并提供价格合计显示，按类型显示汇总，提供总费用、已缴、未缴总额显示。 输液贴瓶签展现：要求支持卡片形式展现，一张卡片显示一组医嘱。 输液追踪：要求显示出医嘱所有执行记录，并显示出具体的医嘱执行明细情况。 皮试管理：要求支持对皮试医嘱进行皮试计时和置皮试结果管理，要求皮试结果提供手动置皮试结果以及 PPD 皮试录入数据自动计算皮试结果两种方式。要求提供了皮试批次录入和 PDD 历史数据的显示。 工作量查询：要求支持按照人次查询护士工作量，按照类别展现人次数量。提供日期和类型为检索条件。
--	-----	---------	---

			费用补录：要求支持根据选择医嘱类型进行相应类型的费用补录。		
32.	急诊药房管理系统		配药：要求支持患者交费可以通过自助机、扫码等方式自动打印配药单，配药人员根据配药进行配药。 发药：要求支持选择对应的窗口号，通过病人的登记号或者卡号打印配药单，或刷卡后检索患者处方列表信息，选择处方进行发药。可完成后台自动打印发药单并提供补打功能。 退药申请：要求支持在处方发药后，由患者向医生申请医生发起处方的退药申请。 退药：要求支持通过患者的登记号或收据号，对其进行退药操作，可以进行整体或部分退药。 发药查询：要求支持查询出整个药房或单个患者在一段时间内的发药信息，要求支持发药时自动按药品批次减库存，记录库存台账。要求支持要对某种药品进行单据跟踪查询时，要输入该药品，系统就检索到药房在一段时间内的包含该药品的发药单据。 退药查询：要求支持对一段时间内的退药信息进行查询，可以按照退药单据查询，也可以统计出所退药品的汇总。 工作量统计：要求支持药房小组管理人员统计整个药房的发药和配药人员的工作量，要求支持“按窗口统计”和“按人员统计”等模式，要求统计药房人员的配药人次、发药人次、配药量、发药量等。 日消耗查询：要求支持查询出药房在一段时间的消耗情况，也可以在查询条件中输入药品，查询出单个药品的消耗情况。 发药统计：要求根据每天的日报信息来生成药房的月报，如果该月的月报已生成时，支持重新生成确认。 退药查询：要求支持对一段时间内的退药信息进行查询，可以按照退药单据查询，也可以统计出所退药品的汇总。 病人列表：要求支持按本人、本组及本科室查看病人列表；要求支持按照各抢救留观区查看病人；可显示各级别、是否绿色通道	套	1
33.	急诊留观系统			套	1

			标志、押金余额/担保余额、危重、转出、手术等不同状态的病人；提供一键查看病人病历的快捷入口。 信息总览：要求支持急诊病人信息预览可直观的显示患者的基本信息、分诊详情、诊断记录；并提供了检验检查快捷查看入口以及危急值提醒标识；要求支持查看患者本次就诊的整个流转信息，包括分诊、挂号、下诊断、开医嘱等各个流程节点以及在各个节点的停留时间。 诊断录入：要求支持用户\科室自动义模板、历史诊断、模糊检索等录入方式，用户可选择诊断类型、诊断级别、附加说明、标准ICD诊断、非标准ICD诊断等信息录入；诊断信息符合传染病上报条件时自动上报；诊断信息符合临床入径诊断时提示是否入径。如医生录入传染病诊断，医生需在弹出的界面中完善法定传染病上报的信息并成功上报后，传染病诊断才可成功开立，若上报失败或选中不上报，则不能成功录入诊断。要求支持在录入食源性疾病诊断时，提示填报食源性疾病报告。要求支持在录入孕周诊断时会自动弹出末次月经时间，填写保存后自动插入诊断。要求支持在录入诊断的时候如果性别、年龄不满足给出提示信息。 医嘱录入：要求系统按照院区对急诊就诊有效天数、是否下医嘱后置为到达、使用个人诊断模板、不同医嘱类型需要提示重复的子类（如果该子类的医嘱已录入过医嘱，选择其他的医嘱类型录入该医嘱时，会提示重复）、未下诊断可以下医嘱等配置项；要求医嘱录入界面布局支持自定义化设置，可按安全组或个人习惯设置页面布局方式；要求提供维护医嘱套和医嘱模板的快捷入口，要求支持按医嘱套、医嘱模板快速录入医嘱方式，同时可根据已录入医嘱，快速生成医嘱模板；要求针对已审核和未审核的医嘱在医嘱名称列上进行颜色区分；要求支持在开立检查、检验或病理医嘱时，自动改弹出申请单快速录入申请信息，一键发送；同时联动其他模块，实现以医嘱为驱动的业务核心。要求支持医嘱	
--	--	--	---	--

			复制功能，快速复制之前已经开立的医嘱；要求支持根据高值耗材条码快速录入高值耗材医嘱；支持对未进行保存或提交的医嘱提供暂存功能。支持按照拼音简码和汉子快速查询录入医嘱；要求系统支持对未审核医嘱，进行同步备注功能。支持对多条医嘱时间不一致时，同步下方医嘱时间控制；要求支持对抗菌药物开立权限设置，没有抗菌药物审核权限的医生录入的抗菌药物医嘱，需要上级医师审核后才能生效。要求支持录入毒麻药品和精一药品医嘱时，判断患者是否有身份证号码，不存在时，需输入患者本人、或代办人身份证号码。要求支持通过配置对开医嘱时无费用的医嘱是否提示医嘱费用为零；要求保存医嘱增加暂存功能，离开医嘱录入界面时自动保存，重新登录界面，上次录入但未审核的医嘱显示在医嘱录入界面；要求支持对标本相同+收费规定相同+接收科室一致+加急标志一致的检验医嘱可以进行并管操作；要求支持医嘱互斥提醒功能。要求支持药品说明书查看功能，可实现与 HIS 知识库、合理用药系统的交互。 中草药录入：要求供开立草药医嘱功能，支持对中草药中存在的互斥医嘱的提示功能；要求支持维护药品的极限量，对于草药医嘱，当单次剂量超过极限量时给出提示，且不能成功审核。要求支持药品说明书查看功能，可实现与 HIS 知识库、合理用药系统的交互。 检查检验申请：要求检查申请单支持同个检查项目选择不同部位、体位、后方法等，要求支持自动带入患者相关主诉、体征等公共，要求支持自定义各检查项目其他注意事项录入；要求支持自动调用知识库查看检验检测开单注意事项及说明；支持按照名称，拼音码方式快捷查询各个检查项目信息。可以通过就诊记录，检查分类，申请状态等条件去查询填写的申请单信息，方便医生修改，打印申请单信息。 过敏录入：要求系统支持自定义过敏原设置，可根据护士皮试结		
--	--	--	--	--	--

			果自动插入过敏记录或手动录入两种方式，方便后续就诊提醒或控制；医护也可根据实际情况手工维护过敏记录。患者的过敏数据会在床位图、急诊医生列表、急诊医生工作站处进行醒目的提醒； 医嘱查询：要求支持提供多种查询条件，方便医生查询各类型医嘱。要求本次医嘱界面显示总费用、已缴费合计、未缴费合计、余额，对于急诊留观押金模式的患者，要求显示总费用、已缴费用、押金、未缴合计；要求对检查检验和药品医嘱提供查看医嘱状态跟踪的快捷入口； 总览打印：要求系统提供统一打印界面，支持对处方、检查单、检验单、病理申请单、会诊等单据打印及预览。同时针对毒麻处方的处方提供对患者及代理人信息的快捷录入方式；要求支持对未打印病历的病人打印病历；处方打印支持按照卫计委最新处方书写要求分色打印。医生可以打印出带有处方号的处方，病人可以拿着此处方去直接交费取药，而不需要再去划价了打印医生的工作日志。 检查查询：要求支持按照时间、就诊记录对病人本次就诊或历史就诊的检查医嘱及报告进行查询，要求支持查看检查医嘱状态跟踪；支持查询检查医嘱的适应症、禁忌症、不良反应及注意事项，提供查看检查医嘱的预约情况、危急值及提供图像或报告快速查看入口。 检验查询：要求支持查询病人本次就诊的检验医嘱及结果。支持按照时间、就诊记录对病人本次就诊或历史就诊的检查医嘱及报告进行查询，要求支持查看检查医嘱状态跟踪；要求支持查询检查医嘱的禁忌症、采集注意事项；提供图像或报告快速查看入口；要求提供集中打印检验单功能； 办理住院：要求针对急诊留观或抢救需要转住院的病人，提供快捷开住院证入口，急诊医师根据读卡 and 录入登记号方式快捷录入	
--	--	--	--	--

			病人信息：开完住院证之后，同时可完成住院登记功能。 手术管理：要求系统提供快捷开立手术申请入口、支持病人信息自动带入申请单界面；同时提供手术列表模块，可按照时间、手术分类查看该病人的相关手术申请信息； 急诊担保：要求系统支持对危重病人可先抢救后付费，针对有特殊情况病人可走欠费流程，提供急诊担保功能，由经管医生发起申请、门办审批； 状态变更：要求可变更病人状态；要求支持支持查询病人历次变更的信息明细；要求整个急诊病人的流转数据最终会体现到医生信息总览处和质控报表里。 修改分级：要求支持急诊医生可以针对当前患者情况，进行患者分级，修改分级原因，分级评估等信息填写修改。要求系统支持带入相关评估信息方便急诊医师快捷录入； 病情总览：要求系统提供病人全景视图功能，要求支持一站式查看病人本次及历次就诊数据，包括医嘱浏览、病历浏览、检查报告、检验结果、诊断浏览、过敏记录、麻醉记录、会诊查询、ICU护理记录单等；系统提供病人集成视图功能，要求支持按周查看病人每日各时间节点的诊断记录、生命体征、出入量、血压、检查检验医嘱、病历文书等数据；支持查看病人的护理病历记录单及内容、要求支持查看本次就诊的医嘱单数据及生命体征内容； 绿色通道：要求系统支持对当前就诊病人进行取消或启用绿色通道流程。要求绿色通道设置合理的有效时间(时效性)，实现绿色通道病人先诊疗后付费的就诊流程。 预交金评估：要求支持在变更病人状态为留观或者补交预交金时，需填写留观预交金评估内容；要求支持在病人缴纳预交金时，提醒收费员查看医生评估费用； 急诊会诊：要求支持支持急诊医师填写需要会诊的科室、亚专业、指征、以及病人病情(支持对病人病历、检验检查、医嘱等信息的引用)	
--	--	--	---	--

			和会诊目的后，发起急诊会诊；要求支持急诊会诊要求有 2 小时的时间控制和会诊双向评价机制； 床旁交接班:要求支持急诊留观抢救区医生对病区重点关注病人进行每日交班记录填写，内容要求包括：患者生命体征、交班内容、待入院管理；要求支持对病人基本信息的引用包括检验检测、生命体征、主诉现病史等 护士执行:要求急诊留观护士站提供医嘱执行功能，要求支持按照医嘱分类进行页签自定义；要求支持显示内容自定义，可按医嘱状态、用法、接收科室定义每个页签的显示内容；要求支持按照不同的页签维护功能操作按钮；要求支持按照登记号或读卡查询病人本次门急诊就诊所有医嘱；要求提供过敏记录快捷录入入口，方便护士做完皮试后直接录入过敏内容；要求支持快速查看病人医嘱费用以及费用的整体构成(西药、中药、材料等)； 医嘱需关注:要求支持对特殊病人的医嘱快速执行处理、忽略未执行的进行忽略，有部分医嘱不应该由急诊科执行(重症监护系统、PDA 都可执行医嘱)，病人周转快)、要求支持查看病人的已忽略医嘱列表。 补录医嘱:要求系统提供补录医嘱功能，可对部分材料医嘱、治疗费用等进行补录； 病人状态查询:要求支持查询病人历次变更的信息明细，方便护士查看病人当前状态信息； 急诊床位图:要求急诊留观床位支持基本的分床、换床、转科、安排主管医生、安排主管护士等功能，提供了生命体征填写、护理病历书写、护士执行、打印腕带等功能的快捷操作入口；要求可按需对留观床位图提醒图标进行配置。如可配置护理病历中的高危、跌倒、压疮、非计划拔管，营养、深静脉血栓等异常情况的图标提醒功能；要求针对部分临床标识，如新检验、新检查、检验标本拒收、用药审核未通过等，鼠标指向提示标识即课显示具	
--	--	--	---	--

			体内容：如临床路径需入组病人，鼠标指向即显示需入组病种，点击即进入相应临床路径表单。 护士交接班:科室交班：要求支持按照日期、班次统计记录每日留观区各科室、各类型(抢救、中毒、清创、发热、死亡、手术等)的病人数；床旁交班：要求支持急诊抢救、留观区病人每日护士交班记录，通过采用当前的主流交班模式(sbar)，全景展示患者的整个诊疗情况；(包括主诉、初步诊断、生命体征、治疗方案、检查项目、使用药物情况、各种管道是否通畅、皮肤及伤口情况等)(支持对病人基本信息的引用包括检验检测、生命体征、主诉现病史等)。 体温单:要求生命体征录入支持按照单人生命体征录入和多人生命体征录入两种方式；要求可根据需要维护质控条件，如测量体温质控(入院新病人必须填写、护理级别等质控条件)、要求提供自定义的列维护(但是不允许维护固定项目)；要求支持患者体征自动采集、转记、出入液量的自动计算等功能。要求系统支持体征数据的自动与手工记录，连接监护仪等相关医疗设备，设置采集频率，将采集的体征导入到记录单，医护可对采集的数据进行后期调整。要求系统支持记录体温(包括物理降温)，脉搏，呼吸，血压、血糖、血氧饱和度、大便次数等数值的采集。 急诊转科:要求急诊留观患者所患疾病涉及到其他科室专业范围时，支持转移留观区或转移就诊科室操作，记录转科记录，最终体现在病人流转记录中。 待入院管理:要求支持针对急诊病人需要转入院，但待入院病区暂无法接收的患者的登记及查询功能。 转住院交接单:要求支持急诊病人需转住院科室时，填写急诊转住院交接单。 病历浏览:要求系统提供病人全景视图功能，支持护士一站式查看病人本次及历次就诊数据，要求包括医嘱浏览、病历浏览、检查		
--	--	--	--	--	--

			报告、检验结果、诊断浏览、过敏记录、麻醉记录、会诊查询、ICU 护理记录单等； 护理单:要求支持危重患者护理计划及护理记录的客观记录。要求支持急危重症患者监护过程中，详细记录各种体征、出入量等多种监测指标，记录的准确、及时、完整、连贯是危重患者护理记录书写的基本要求。在护理项目上，要求可采用可配置化的设计模式，所有观察项目均可根据各临床科室关注点不同的特点灵活方便配置。		
34.	住院诊疗服务	住院医生工作站	住院病人列表：要求以表格的形式展示当前在院的病人列表，汇总展示病人当前主要诊疗信息，特殊标注新入、病重、病危及其他特殊情况患者，同时要求提供按照本人、本科、本医疗组、已出院、已转出、已手术等属性查询的快捷入口，提高检索病人的简便性。 信息总览：要求整合病历质控、病历缺陷、生命体征、检查检验执行进度等内容，直观展示当前病人的诊疗信息，同时要求提供医嘱浏览、执行、停止、撤销、作废等功能操作。 诊断录入：要求提供标准 ICD 及非标准诊断录入，要求支持个人模板、科室模板、历史诊断等快捷录入。 检查检验申请：要求集成各类检查、检验、病理医嘱的申请入口，要求集中展示且可自定义树状结构，要求支持多部位检查申请、自定义病理申请、多标本检验申请，集成已发生申请及各申请单当前状态，同时要求直观展示结果及报告信息。 治疗申请：要求选择对应的治疗医嘱后可自定义治疗方案内容，治疗科室按照申请内容为患者进行预约治疗服务。 医嘱录入：要求支持模糊检索、个人及科室模板、历史医嘱复制、字典查询、常用医嘱用法、医嘱套、检查检验申请、治疗申请等多种录入方式。要求在录入过程中结合用户习惯，对内容进行排名，协助默认医嘱明细数据，确保用户准确便捷的录入医嘱。要	套 1	1

			求集成知识库系统，提供相互作用、说明书、建议医嘱等辅助功能，要求支持自定义当地医保结算，结合患者病种、特殊诊断等信息对医疗费用进行管控。要求支持出院、转科、手术等特殊医嘱录入，自动停止当前有效长期医嘱。要求支持医嘱审核后自动发送至对应的执行科室，包括护士站、药房、治疗科室、医技科室等，并能直观展示当前医嘱的执行进度。 中草药录入：要求结合中草药处方方的特性，提供草药饮品、颗粒剂、小包装、膏方等不同处方剂型的录入方式，要求支持协定处方，支持基本单位自动转化多种包装数量发药。 诊疗计划：要求支持医师、护士、营养师等不同类型的人员可对同一患者制定各自的诊疗计划，并能与其他用户共同执行，用户可自定义诊疗计划模板。 交班本：要求支持用户根据自己值班班次，系统自动抽取当前医疗小组下负责的病危、病重、死亡、出入转、手术等信息，结合每位患者当前病历、诊断、医嘱等内容，在上一班次医生补充部分交班内容、生成电子交班本信息后，交由下一班次医生浏览查看。		
35.	住院护士工作站		床位图：要求按病房物理位置定制个性化的病房管理界面布局，要求支持维护个性化界面信息（床号、病历号、姓名、年龄、诊断、病情、护理信息和图标显示信息等）。要求支持一个病区包含多个科室床位的管理模式，允许各科床位分别进行统计、核算，允许床位级别的特殊设定。提供病人入科、转科、出院处理并允许特殊情况况下审批出院。 患者信息展示：要求床位图展示患者的基本信息（床号、病历号、姓名、年龄、诊断、病情、护理信息），要求对于展示的信息可以根据使用习惯进行项目和显示顺序的配置。 查询统计提醒：要求提供患者模糊查询，可根据患者姓名，登记号，床号等各种信息进行床位筛选。对于有需要处理医嘱的患者	套	1

			人数进行动态醒目的提醒。 基于床位的快捷操作：要求支持患者首次分床时可给患者分配主管医生和管床护士。要求支持治疗过程中，在患者基本信息界面也可更换主管医生和管床护士。可对患者进行入院分床、患者床位更换、包床操作，要求支持患者腕带和床头卡的打印。要求支持处理完患者转科需关注医嘱后，可直接在床位图选择患者进行转科操作。床位可直接对符合条件的患者进行出院操作。要求支持床位图提供患者腕带和床头卡的打印。 护士执行：要求支持护士执行能够根据各种不同查询条件（如频次，用法，接受科室，标本类型，医嘱状态等）快速的检索一个或多个患者的医嘱，并进行各种打印，执行，采血等操作。 领药审核：要求支持护士对患者的药品类医嘱进行再次审核，并发送给医嘱对应的药房，为药房给病区发药提供依据。 生命体征：要求支持对患者体温、脉搏、呼吸、血压、体重、尿量、引流量、出入量、大便、身高等项目进行填写。要求支持生成打印体温单，展示患者生命体征记录趋势，为医生诊断，用药和护士治疗提供依据。 医嘱单：要求支持护士预览以及打印患者医嘱单。要求支持长期、临时医嘱单快捷切换。打印时支持打印记录的保存或者不保存，可删除已保存的打印记录。要求支持医嘱单的续打功能。要求支持将医嘱单导出到 excel。要求支持进行打印，打印特定的行数，对于转科患者可设置医嘱单是否换页。打印格式可自定义，对特定医嘱（如手术、转科）给与特殊标识。可进行医嘱重整。为电子病历归档提供支持。 需关注：当患者需要转科或者出院时，需要对患者当前的医嘱，治疗等进行阶段性的完成或结束，要求支持如果患者有未完成的治疗，未停止的医嘱或未计算的费用。 标本运送：要求支持对标本的位置及状态进行实时追踪，对当前	
--	--	--	---	--

			人和当前位置进行记录。 更新采血时间：要求支持对患者标本的采集时间进行更新。要求支持如检验标本已接收，则不予许更新采血时间。 出院召回：病人出院后，病情反复，需要继续入院治疗时，可办理召回操作。 费用调整：要求支持患者出院后发现费用差错，需要调整，通过出院费用调整来完成。 病区床位管理：要求支持病区床位管理可以对病区床位进行锁定，状态改变，性别限制等操作。 分娩管理：要求支持对孕妇分娩进行登记，记录孕妇分娩的产程记录，对分娩的婴儿进行登记，查询统计等操作。系统根据记录生成产程图，支持医护人员更直观的查看产程。	
36.	住院出入转系统	入院登记：要求支持为患者完善基本信息，并建立入院档案生成住院号。复诊患者，要求可通过患者主索引读取相关信息。对于尚未入病区的患者，要求可以修改病区。要求支持登记需要预约床位的患者。 退院：要求对尚未入病区的患者，可以取消患者的入院状态。如已分配了病区和床位，但没有发生实际费用，可由病区先办理出区，再做退院。 医保登记：要求提供对已入院、需要做收费结算的医保患者进行医保登记的功能。取消医保登记：要求提供对已进行过医保登记的医保患者，进行取消登记的功能。 打印腕带：要求支持住院患者打印腕带，腕带上应有患者登记号、病案号、二维码或条码、姓名、性别、年龄、科室病区、床号等信息。 患者信息修改：要求提供对患者基本信息、就诊信息修改功能。例如修改患者出生日期、费用等。 患者信息修改查询：要求支持收费员可以查询患者信息所做的变	套 1	

			更记录。 入院分床：要求支持对已经进行入院登记并分配到本病区的患者进行床位分配，要求可分配此患者的主管医生、管床护士以及填写患者入院时测量的生命体征记录（如体温、体重、身高等）。 入院撤销：要求支持对尚未分床的患者，可以取消患者的入院状态。如已分配了床位，但没有发生实际费用，可由病区先将患者拉入等候区，再做入院撤销即退院处理。 医疗结算：要求支持医生通过开立出院诊断，下出院医嘱，停长期医嘱等操作，对患者的本次住院进行医疗层面的结算。 最终结算：要求支持护士或医生处理负责的出院需关注医嘱（如患者有未领取的药品，有未执行的医嘱，未退药的医嘱，未停止的长期医嘱，未做检查检验的医嘱等），同时审核患者费用。处理完毕并且审核通过后才可对患者进行出院操作，并通知患者到收费处进行下一步结算。 财务结算：患者到收费处进行费用结账。对于医保患者，要求支持在出院结算前应确保费用明细全部上传。要求支持取消结账的功能。 出院召回：已经办理了出院手续后有可能发现了某些新的不容忽视病况需要进行重新检查，或者出院的费用或手续有误，要求提供召回再处理。 补记账：要求支持患者补记账功能，患者额外使用的材料或在医嘱执行时无法收费的项目可做补记账处理；要求支持对补记账记录作废的功能。 出院患者账页：要求支持查询统计出院患者的费用账单，提供账单汇总信息以及账单明细的查询功能。 转科需关注：转科代表着患者在本科室治疗的阶段性完成，转科时也需要对患者需要结束的检查，检验，医嘱，药品，会诊等进行处理。转科需关注要求自动查询出患者转科需要处理的情况。	
--	--	--	---	--

			护士或医生根据提示对自己负责的需求关注情况进行处理。要求转科时应根据配置对转科操作进行提醒或流程控制。 转科：要求支持处理完需求关注医嘱，如未处理完成，转科时会有提醒或流程控制。处理完需求关注医嘱后，要求支持当前科室的护士对患者进行转科操作，进行转科申请。转科申请后患者将出现在本科室转出去，以及转入科室的等候区，转入科室护士进行分床操作后，完成本次转科。 转病区：要求支持患者当前科室关联多个病区，护士可以根据需要将患者转移到本科关联的其他病区。 分床：要求支持护士可选中患者，将患者拖到空闲床位上。 转移记录：要求系统对于患者的分床，转科，转病区操作都进行详实的记录，并绘制了流程图。要求从转移界面可清晰直观的了解患者的每一次转移的时间，科室，床位，转移人等信息。 押金收据管理：要求支持押金收据购入、发放、转交。 住院发票管理：要求支持发票购入、发放、转交。 收押金：要求可以按照各种支付方式收取押金，如现金，支票，汇票等。 退押金：要求支持在押金没有结算的情况下，可以给病人退押金，并打印押金收据；要求支持作废重复打印押金收据；要求支持在押金收据打印异常的情况下，可以作废异常的押金收据，并重复打印新的押金收据； 出院管理：要求支持出院登记；出院召回；出院查询。 住院担保：要求支持为特殊患者、绿色通道患者进行住院费用担保。 中途结算：要求支持可以按某段时间或某些医嘱等规则拆分出一个账单进行结算。支持医保病人结算。 “欠费/结存”结算：年终由于涉及到结算本年度的账，要求支持后续产生的费用算入下一年。要求支持可以选择“欠费/结存”的		
37.	住院收费系统			套	1

			支付方式来结算。 欠费患者转出与补交：要求支持对以“欠费/结存”结算的费用，等后面患者来办理财务结算时，再“补交/退回”差额。 住院费用核查：要求支持对费用有问题的医嘱或不合规的收费进行把控、调整、费用补查，减少因费用问题引起的不必要的医患矛盾。 取消中途结算：要求支持针对做中途结算拆分出来的账单，提供撤销功能，即合并账单。 出院结算：要求支持核对病人账单费用总额，自付金额和押金总额无误后，办理病人出院，可以对病人多退或少补选择一种或多种支付方式进行结算，打印出院发票，并做财务结算，并打印费用明细单给病人。支持医保病人结算。 取消结算：要求支持如果病人出院结算后发现费用有错误，收款员可以取消病人出院结算，取消结算后，押金回到未结算的状态，然后医生对错误的医嘱调整后，收费员进行帐单，重新计算病人的费用总额，自付费用等，收费员确认费用无误后，重新办理病人出院结算，重新打印发票并打印费用明细单给病人。 打印押金催款单：打印押金催款单：要求支持可以查询某个病区的欠费病人，同时显示欠费病人的费用总额，押金总额和欠费金额，要求支持可以录入需补交的押金，然后打印押金催款单给病人进行催款。要求支持办理住院登记后可以打印住院就诊卡给病人。 打印病人费用明细单：要求支持可以查询并打印某个账单的医嘱费用明细，各分类的医嘱费用总额。 打印病人每日费用明细单：要求支持可以查询并打印某个病区病人的费用明细单，可以单独查询并打印某个病人的费用明细单。 打印病人预交金明细帐：要求支持可以查询并打印某段时间内的住院病人的收押金，退押金明细和出院病人的退押金明细。		
--	--	--	---	--	--

			收款员日报表：要求支持查询收费员办理的所有押金明细和出院发票明细，统计收费员的收押金总额，退押金总额（包括住院退押金，出院退押金），出院结算病人的费用总额，以及应当上交的现金，支票等金额，对作废的押金收据和作废的发票在日报表中单独列出，并打印收费员日报表上交财务科，如果需要可以打印明细。 住院收费查询：要求支持可以根据病人的就诊日期，病人的收费类别，科室，登记号，姓名等条件查询病人的未结算，已结算的账单信息。 收费员日结：要求支持收费员在下班前、交账时做结账。提供报表和收退押金、结算、取消结算等业务明细方便收费员对自己手中的款项和票据进行核对，并给财务交账。 收费员日结汇总：要求支持提供收费组长或财务对收费员交的账务进行核对并上交报表存档。 配药：要求支持配药人员拿到发药单后，按货位顺序逐个进行药品的配药，配药过程要核对药品的名称、批次等信息，要求可在系统中完成配药确认，记录配药人员工作量。 发药：要求支持操作人员按日期检索出待发药的病区和需发药的药品类别，选择病区 and 发药类别后检索对应的待发药医嘱，要求支持可以全部或部分选择发药并打印发药单，发药时按有效期规则减当前药品批次库存。 退药申请：要求支持病区护士根据医生要求的医嘱停止情况及患者情况，对需要退药的药品医嘱进行退药申请，退药申请后再由药房人员进行退药。 退药：要求支持住院药房根据病区建的退药申请单，在核对护士的退药实物后进行退药操作，退药时要核对药品的名称和批次、数量等信息，退药完成后系统中增加药房的库存。要求支持退药也可以在发药时根据病区发药品种自动冲抵退药。		
38.	住院中心药房系统			套 1	

			发药查询：要求支持可以按病区、发药类别、药品名称、患者登记号等查询出药房在一段时间内的发药信息。 退药查询：要求支持对一段时间内的退药信息进行查询，可以按照退药单据查询，也可以统计出所退药品的汇总。 综合查询：输入查询条件后，要求支持查询当前的未发药品或已发药品信息，可以按药品汇总数量，选择药品可以查看药品的发药医嘱明细。 药房工作量：要求支持统计整个药房的发药和配药人员的工作量。 发药统计：要求支持查询出药房在一段时间的药品消耗情况，可以查询全院药品发退药数量汇总，也可以查询某个病区药品发退药品种及数量。 月报：要求支持按财务要求生成每个月的月报，月报生成时间可以根据实际业务需要，随时可以生成，对有问题月报也可以重新生成。 配液审核：系统支持使用知识库进行药品用药说明及配伍等数据的自定义，也可以同时调用第三方合理用药实现药师对医生医嘱进行配伍禁忌、超量等数据分析，提供 TPN 指标、合理用药辅助分析，可一目了然的看到患者用药的具体信息、诊断信息、过敏史、电子病历、检查、检验等信息，系统能够对该医嘱进行审核相关操作，并在线通知医生。审核时可参考病人全天所有医嘱，不局限于当前医嘱。 配液排批：系统实现对医嘱数据的一键分批，根据数据维护中的排批规则定义的内容，对当前查询到的数据系统直接进行预分批。 配液打签：系统支持对配液排批后的数据进行汇总显示，将排批后医嘱进行规则排序，系统支持配液打签可以按类型批量打印。 配液分签：此流程为可选流程，系统支持按打签顺序进行分签操作，既可以用 PDA，也可以用扫码枪扫描记录分签时间和分签操作人员，记录配液状态和工作量信息。		
39.	静配中心管理软件			套 1	

			配液排药：系统支持可以使用 PDA 按排药单按药品货位顺序实现扫码下架，也可以直接打印排药单，按排药单排药，记录排药时间和排药人。 贴签：系统支持可以使用 PDA 或扫码枪进行扫码，记录贴签时间和贴签操作人，实现配液状态和工作量的标识。 排药核对：系统支持 PDA 或者扫码枪扫描标签进行核对，核对过程可以实时判断医嘱状态，并可声音及文字提醒是否可以继续进行排药操作。系统支持扫描时自动记录操作人及操作时间，记录配液状态和工作量。 舱内配置：系统支持舱内可以用 PDA 或者平板+扫码枪实现舱内实时扫描，实时判断医嘱状态。可按用法等绑定配置费用或者材料费用，减库同时关联该费用，退药时可同时退掉该费用。 出舱复核：系统支持 PDA 或者扫码枪进行扫码复核操作，确认药品混合的正确性。扫码同时记录复核操作人和操作时间，更新配液状态并记录工作量。 装箱：系统支持对复核完成的输液袋，根据所属病区进行分拣并装箱，可以使用 PDA 或者扫码枪扫码操作。扫码时可以进行语音提醒输液所属病区，指导放在正确的病区。 扫码送货：系统支持 PDA 或者扫码枪实现配液中心与物流工人的扫码交接，记录交接时间和双方交接人。 病区接收：系统支持病区护士使用扫码枪或者 PDA 进行扫码接收，记录接收时间和接收护士。 病区核对：系统支持 PDA 或扫码枪扫描物流箱条码和输液袋条码进行药品核对，确认是否本病区药品，是否需要紧急执行，是否有遗漏等。 配液大屏显示：系统支持通过大屏，实时滚动显示各病区各配液状态的袋数，对袋数有差异的进行颜色显著提醒。 查询统计：系统支持提供按医嘱时间、按病区，按医嘱，按患者		
--	--	--	---	--	--

			等配液单及医嘱配液状态查询，可以查询停止的输液医嘱。可以按病区、按批次的配液数量统计。可以进行医嘱合理性及不合理原因的统计。		
40.	体温单		生命体征录入：要求支持单人录入界面可以方便护士针对单一患者对多项体征项目在一天固定的六个时间点的数据录入。 要求支持多人录入界面可以方便护士对病区多个患者针对同一时间点多个生命体征项目的批量录入。 体温单预览：要求支持楣栏、一般项目栏、特殊项目栏均使用蓝色、蓝黑色或黑色水笔书写；数字除特殊说明外，均使用阿拉伯数字表述，不书写计量单位。 楣栏：要求楣栏项目包括：姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期、住院病历号，均使用正楷字体书写。 体温：要求支持 40℃—42℃之间的记录：用红色笔在 40℃—42℃之间纵向填写患者入院、转入、手术、分娩、出院、死亡等。除手术不写具体时间外，其余均按 24 小时制，精确到分钟。要求支持转入时间由转入科室填写，死亡时间应当以“死亡于 X 时 X 分”的方式表述。 脉搏：要求脉搏符号：以红点“●”表示，每小格为 4 次/分，相邻的脉搏以红直线相连。心率用红“○”表示，两次心率之间也用红直线相连。 脉搏与体温重叠时，先划体温符号，再用红色笔在体温符号外划“○”。 呼吸：要求支持用红色笔以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数。如每日记录呼吸 2 次以上，应当在相应的栏目内上下交错记录，第 1 次呼吸应当记录在上方。 要求支持使用呼吸机患者的呼吸以 OR 表示，在体温单相应时间内呼吸 30 次横线下顶格用黑笔画 OR。 特殊项目栏：要求特殊项目栏包括：血压、入量、出量、大便、	套	1

			体重、身高等需观察和记录的内容。 血压：记录频次：要求支持新入院患者当日测量并记录血压，根据患者病情及医嘱测量并记录，如为下肢血压应当标注。 单位：要求支持毫米汞柱（mmHg）。 入量：记录频次：要求支持将前一日 24 小时总入量记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次。 单位：要求采用毫升（ml）。 出量：记录频次：要求支持将前一日 24 小时总出量记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次。 单位：要求采用毫升（ml）。 大便：记录频次：要求支持应当将前 1 日 24 小时大便次数记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次。 体重：记录频次：要求支持新入院患者当日应当测量体重并记录，根据患者病情及医嘱测量并记录。 特殊情况：要求支持如因病情重或特殊原因不能测量者，在体重内可填上“卧床”。 单位：公斤（kg）。 身高：记录频次：要求支持新入院患者当日应当测量身高并记录。 单位：要求采用厘米（cm）。 空格栏：要求运动可作为需观察增加内容和项目，如记录管路情况等。 体温单打印配置：要求支持体温单打印配置，包含体温单表格内容划分、文字显示、折线图绘制以及预览打印等相关配置。具体配置项要求包括四个方面：表格外内容配置、表格文字配置、表格内容配置、打印规则配置。 打印规则配置：要求包括事件规则配置、术后日数显示规则配置、复降规则配置、脉搏短绌规则配置、超出标尺规则及断线配置以及过敏史信息配置。		
--	--	--	---	--	--

			体温单预览配置字典维护：要求支持为体温单打印配置提供配置字典的增删改查。		
41.	临床信息系统	放射信息系统	放射信息系统	查询模块： 个性化查询：要求根据医生用户的个性喜好来配置对应的查询条件，查询显示列表和常用操作的功能按钮。对于颜色有要求的情况还可以根据检查状态设置对应的颜色。比如申请-绿色，急诊患者-红色等。 高级查询：要求提供多种与或关系的查询功能。比如查询某检查号或者某个登记号的查询。扩展查询的多样性，对于有复杂的与或关系、检索报告内容模糊查询等，这个功能非常实用。 定制查询：要求支持将医生常用的组合查询功能固定为功能按钮。方便以后登录系统查询可以一键完成。比如定制一个查询当天诊室已经预约的数据。第一次查询之后将其保存自动生成一个功能按钮，下次点击按钮就可以直接查询该组合数据。方便快捷。 编辑报告：要求支持数据查询出来以后选中患者信息，点击编辑报告功能，则可以编写保存报告及其以后操作。 读卡：要求支持读取身份证号/就诊号/医保卡号等。 报告超时提醒：要求支持对于患者检查做完后拖了很长时间没有保存审核报告的情况进行提示，在查询列表上面醒目字样滚动显示。有助于医生及时发现未出报告的检查，提高医生工作效率。 导出报告/图像：要求支持把患者检查信息的图像报告导出到本地。 打印报告：要求支持全科室统一位置打印报告。整个科室或者同一个检查组设定指定位置打印报告。查询指定患者信息，然后点击打印报告功能即可。 影像评级：要求支持影像质量评级（甲乙丙等）。 请求会诊：要求支持对于比较复杂的检查需要其他医生或者科室帮助的时候，可以用这个功能就能申请达到数据共享的目的。	套 1

			报告挂起：要求支持对于某条检查报告写到一半有特殊情况需要临时保存过会再来继续写的情况，可以采用报告挂起功能。 质量控制：要求支持提供进行修改的入口。查询数据后选中质量控制操作即可进行质量控制功能。 修改检查优先级：要求支持修改某条检查信息检查优先级，比如加急/军人优先等。 导出数据到 Excel：要求支持将查询出来的数据导出到 Excel 存储到本地。 分配报告/审核医生：要求支持针对有的检查需要特定人来写报告或者审核报告的情况，可以选中患者信息进行分配功能。分配功能一般需要高级权限。 修改检查技师：要求支持修改某条检查信息的技师信息。 取消终审：要求支持将某条检查信息终审信息因为特殊原因进行取消终审。取消终审后状态变为已审核状态。 预约登记工作站： 预约：对申请状态的检查执行预约操作，选择预约日期、预约时间段对病人检查进行预约操作；预约时产生的流水号规则可自定义，可按照诊室、科室或检查组多种方式生成流水号，可统一分配，也可以按照设备分配。支持同一个病人多条医嘱合并预约的功能。 登记：预约状态的检查，患者按照预约时间到达科室后，可执行到达操作。 资源计划：在系统中按照时间段提前排出资源计划，按照周一至周五每天各时间段的资源数，生成资源计划到指定日期。支持选座模式，医生可选择做检查时预约到的具体时间点，使得预约更加高效，减少病人等待时间。 查看申请信息：支持查看 HIS 中病人的电子病历（主诉、病史、检验结果等信息），支持查看申请单信息，支持通过扫描仪扫描申	
--	--	--	--	--

			清单功能。 打印取片单、预约单：支持自定义取片凭证模板、预约单模板，打印出取片凭证及预约单， 关联医嘱：支持补录的医嘱与其他检查的关联 补录费用：支持 HIS 补录费用后，重新录入费用信息 手工录入患者检查：可自定义录入患者的病人类型，姓名、检查项目等信息，新增患者检查。 修改患者信息：修改患者类型、病人姓名、年龄等患者信息，也可修改检查项目，检查部位等检查信息 技师工作站： 查询：技师可以在叫号界面通过选择查询条件（检查子类、检查组、诊间、时间等）点击查询按钮，来筛选符合要求的患者。 呼叫：点击“呼叫下一个”按钮，系统按患者登记时间的排序进行呼叫；也可选择某位患者，点击“呼叫”按钮，对指定患者进行呼叫，也可对过号患者进行呼叫。 过号：如患者呼叫后未能到场，点击“过号”按钮，将该患者置于过号列表中，患者状态从“已呼叫”变为“过号”。 浏览电子申请单：可以通过点击“电子申请单”按钮来查看病人的申请单。 修改患者检查状态：可以通过点击“到达”、“开始检查”、“取消检查”、“检查完成”来更改患者当前的检查状态（到达、正在检查、检查完成）。 设置患者检查信息：可录入曝光次数、胶片数量、检查技师和护士等信息，其中通过检查技师及辅助技师的选择，实现技师工作量的统计，填写检查的备注信息，提醒报告医生在诊断时的注意事项等。 打印取片凭证：可为已经做完检查，是“检查完成”状态的患者打印取片凭证，方便患者后续来领取胶片。	
--	--	--	--	--

			设置胶片已打印：点击“胶片已打印”按钮，对此次检查进行标记，可避免胶片重复打印。 影像匹配：点击“影像匹配”按钮，可自动调出质量控制的影像模块，方便检索 PACS 中的影像进行匹配。 报告工作站： 维护报告样式：要求可根据医院要求制作不同样式的报告，维护好的报告样式需要关联科室才可在该科室使用，在录入检查诊断信息时，医生可根据当前检查项目以及部位选择合适的报告样式。 浏览影像：要求支持查看该患者通过设备采集到的图像。 录入以及修改报告：要求支持当患者在医技执行科室完成检查之后，医生在报告界面对患者进行报告录入，报告医生可保存完成的报告并且保存的报告也会同时会以 PDF 文件保存在电脑上，此时检查状态变为“已录入报告”，并且原报告医生可随时打开并修改已保存的报告。医生在点击“保存报告”时要求可以设置是否返回首页，若选择返回，在保存报告之后返回首页；若选择不返回，在保存报告之后停留在当前页面。提交审核：报告完成之后，报告医生可提交报告给审核医生进行审核，此时患者状态变为“已提交”，并且报告医生不可再修改报告。 审核以及驳回报告：要求支持保存成功以及提交审核的报告，都可进行审核，审核医生可对报告进行修改，审核完成的报告临床医生站该条检查状态变为“执行”。若报告存在问题，要求支持审核医生可驳回报告，报告医生可再次对报告进行修改。医生在点击“审核报告”时要求可以设置是否返回首页以及审核打印，若选择返回，在保存报告之后返回首页；若选择不返回，在保存报告之后停留在当前页面；若选择审核打印，则在报告审核之后自动打印报告单。 终审报告：要求支持报告审核完毕后，也可对报告进行终审操作，终审后的报告检查状态变为“已终审”。	
--	--	--	--	--

			报告打印以及补打报告：要求支持报告医生可对已经完成的报告进行打印，也可以补打当前患者的报告。 模板数据：要求支持医生可以将“检查方法”、“检查所见”、“诊断意见”以模板的形式保存，当报告医生需要使用某个模板时要求支持可直接对当前报告进行添加或者替换。要求模板可以保存为公有模板和私有模板，公有模板要求支持对科室的所有医生都可以维护和使用，私有模板要求仅当前医生可以维护和使用。同时模板要求支持建立各级目录来保存不同的模板数据。医生还可使用智能模板，根据医嘱项及相关模板使用频率进行排序，最常用的模板排在首位。 智能提醒：要求支持医生可根据患者年龄段、患者性别、检查部位、检查设备等维护智能提醒。例如维护患者性别为“男”，提醒关键字为“子宫”，在保存男性患者报告时若报告内容出现“子宫”字样，则提醒医生是否继续保存。 报告记录：要求可查看该报告的所有执行操作过程；包括：操作医生、操作时间、操作状态（保存、访问、审核等）以及操作之后报告的内容。 标记回访：若患者需要回访，可为患者添加标记回访，设置回访日期、提前提醒天数以及回访医生，则可在回访前提醒回访医生该患者需要进行回访。 报告质量控制：要求可设置报告阴阳性是否为必选项，默认阳性或者阴性；影像评级是否为必选项，默认是否为甲级；报告保存（第一次保存）多久后不能修改；报告结果同步调整字体大小，由于部分报告的某些模块需要录入字数较多，为了适应报告纸张大小其字体就会自动缩小，为了适应保持字体大小一致其他内容字体也会同步缩小；报告是否需要审核；报告是否需要终审；可编辑报告的检查状态，设置患者在预约、到达、已有图像、正在检查、检查完成状态医生才可编辑报告。	
--	--	--	---	--

			相关检查：要求可以查看该患者所做其他检查的日期、临床诊断、检查所见、诊断意见以及查看影像。 统计分析模块： 科室收入统计：要求支持按检查子类，设备，申请科室，病人类型，转诊，和部位大类来统计科室收入。支持按预约日期，登记日期，检查日期，报告日期统计。支持选择某个科室统计。支持按两种不同录入医嘱的方式统计，HIS 医嘱登记和手工登记 医生工作量统计：要求支持医生工作量涉及数据最多，最复杂，可以统计医生，技师，护士，曝光数等许多方面。要求支持所有医生工作量统计。也可以支持报告医生，审核医生，登记医生，报告录入者，介入医生，会诊医生，辅助医生，护士，核对护士，检查技师工作量统计。要求支持影像评级，报告评级，审核报告评级统计。支持预约率，报告被驳回率，医生退回报告，已完成的检查率统计。支持检查项目，申请医生检查项目，医生检查项目统计。要求支持报告医生检查部位，审核医师检查部位，检查技师检查部位统计。要求支持扫描方式，同比-环比，检查项目权重*设备权重，检查部位权重统计。要求支持检查技师曝光次数，报告医师曝光次数统计。 设备工作量统计：要求支持按日期段，精确时间点，检查子类，检查部位，检查设备，用户来统计。支持按报告日期，检查日期，登记日期统计。 病案统计：病案统计分为三块，病案统计，阳性率统计和医嘱检测信息。病案统计要求支持按报告日期，检查日期，登记日期来统计。要求支持按检查子类，检查部位，检查项目，结构化，归档类型来统计。要求支持按是否活体检查，回访状态，检查结果，报告医生，审核医生，患者年龄来统计。统计结果支持患者信息，医嘱信息，就诊信息，年龄分布图，以及报告内容。支持高级查询，用户自定义查询条件查询。统计结果支持导出到工作站查询	
--	--	--	---	--

			组件。阳性率统计，要求支持按日期段，检查子类，病人类型，用户，诊间，设备统计。要求支持按时间统计，报告日期，检查日期。要求支持按申请科室统计。统计结果支持饼状统计图。医嘱检测信息，要求支持当前用户，查看对某个医嘱具体时间进行的某种操作，是否取消计费，是否初始化等。 流程监控统计：要求支持按日期，检查子类，诊间，设备，报告医生，审核医生，通过选择开始状态与结束状态进行统计。要求支持按检查项目耗时，检查状态耗时统计。检查状态耗时统计，可以精确的统计出此医嘱从登记到审核报告一系列流程的具体时间。支持查看检查项目平均耗时饼图。 打印：要求支持所有的统计类型下的统计结果都支持打印 绘制统计图：要求支持统计结果都支持柱状统计图显示 病历明细：要求支持统计出来的结果选中后，都可以看出患者的基本信息，检查信息，医嘱信息等等，每个统计类型病历明细中显示的信息会有所区别。并且结果支持导出到 EXCEL 表格导出到 EXCEL：要求所有统计结果都支持导出到 EXCEL 表格排班模块： 检查项目关联：要求支持用于设置检查项目和检查专业组的关联。要求系统支持选择多个检查项目批量关联某个专业组，也支持选择多个检查项目批量取消关联，同时要求可按患者类型区分设置专业组关联的检查项目。支持按检查子类来过滤未关联的检查项目，方便检查项目的选择。 用户关联：用于设置用户和检查专业组的关联。支持按角色区分设置与专业组关联的用户，可选择多个用户批量设置关联，也可选择多个用户批量取消关联。 医护人员排班：要求根据角色和专业组设置医护人员在一段时间内的排班。选择排班日期、角色和专业组开始排班后，会显示一周内的排班情况，双击要排班的时间单元格，会弹出跟当前角色	
--	--	--	--	--

			和专业组关联的用户，即可排班的用户，可选择多个用户来排班。要求支持将一周的排班复制到本科室或其它科室、角色和专业组里，解决医院同班次用户可在不同科室值班，或写不同专业组报告的需求，减少重复排班。要求支持切换当前用户能登录的其它科室进行排班，对完成的排班可进行打印。 资源排班：资源排班用于按日期修改资源的可预约数。选择日期点击生成排班后，会根据资源计划生成一周的资源使用情况，包括可预约数和当前剩余数量。双击每个单元格，要求可修改某个设备在对应日期的可预约数。要求支持按设备过滤资源排班情况。 质量控制模块： 修改患者基础信息：要求支持患者基础信息的修改的数据包含对患者的登记号、姓名、拼音的修改。对于其他信息，要求支持在预约登记组件来直接修改。 修改检查信息：要求可以将患者检查过程中产生的错误数据直接进行修改。 取消计费：要求可以对 HIS 发消息，取消该检查的计费。在患者需要进行出院结算，但是还有检查未做的时候进行处理。 修改报告信息：要求支持对检查的报告信息进行修改，例如修改报告的保存时间、审核医生等。要求支持在这里进行修改数据后，报告文件已经生成并且上传的话，临床调阅的文件并不会发生改变。 取消报告：取消报告信息主要目的是对该检查的报告进行重写，要求支持只有状态为已录入报告的患者可以取消报告，取消报告后检查将回到写报告之前的状态，到达或已有图像。 报告转交：报告转交主要目的是批量修改报告锁定的用户，要求支持在 RIS 中当一份报告被用户打开后，或者分配报告给指定医生后，将会给该报告添加用户锁定。当锁定用户不在电脑前或者锁定用户临时有事离岗后，在该处可批量修改锁定的医生，交给	
--	--	--	---	--

		其他医生来处理报告。		
		要求提供影像采集、数据存储归档、影像后处理、图像内容检索、影像调阅模块等功能 功能详细需求说明如下： 影像采集要求支持 DICOM 影像采集要求实现与全院级所有的 DICOM 设备的对接，接收符合 DICOM3.0 标准的 DICOM 影像。 影像收图服务：收图服务要求支持接收来自于多种类型的 DICOM SCU 存储请求，支持标准的 DICOM 设备，CR、DR、CT、MR、NM(核医学)、PET、PET-CT(XA(血管造影)、XRF(X 射线荧光)、DSA、Ultrasound Multiframe(动态超声)、Ultrasound(超声)、Endo-scopic(内窥镜)、Microscopic(病理显微镜)，还支持 DICOM 网关转换的 DICOM 文件(视频二次采集)等。 DICOM 核心服务类：要求支持 DICOM 服务：C-ECHO,C-Find,CMove,CSTORAGE,支持所有标准 DICOM 图像的接收，并对图像进行归档存储。 非 DICOM 影像采集要求支持设备若不支持 DICOM 标准，可通过采集卡将设备视频源传输到采集工作站进行图像采集。图像采集工作站要求支持多种类型采集卡，支持单张图片采集和动态视频采集。对于采集图像方式支持采集卡/网口，采集快捷键支持程序按键操作，键盘快捷键操作，脚踏板/USB 手柄操作。采集完的 JPG 图像可以上传到文件服务器直接存储，也可转换成 DICOM 上传到 PACS 服务器统一存储。 要求通过完成对患者检查图像的快速采集，以及视频的录制上传，实现诊室内部实时显示实时上传 数据存储归档 要求数据存储归档模块负责支持将影像患者检查信息插入 PACS 影像数据库，同时将影像文件进行在线存储和近线压缩存储。	医学影像传输与归档系统	套
42.				1

			要求支持在线影像归档存储：负责将收图服务接收到的 DICOM 影像文件按指定的格式归档存储到在线 Image 目录里面。 要求支持近线影像压缩存储：负责将在线的原始 DICOM 影像压缩后，归档存储到近线存储 EOL 目录里面。同时更新数据库 EOL 对应的标志位。近线存储可以采用相对廉价的存储系统 SATA、SAS、IDE 等磁盘阵列。所有的影像都永久存储在近线存储上。近线存储的空间，随着医院影像数据的增加，需要不停的扩充。为了节省存储空间，系统可以采用 JPEG 的无损压缩，或者是 JPEG2000 的无损压缩。 要求支持影像同步服务：影像同步服务负责将本机 PACS 服务器接收的影像同步到其他 PACS 服务器上，保证所有 PACS 服务器在线影像都相同，更好的保障影像文件的安全性。 要求支持在线影像清理服务：在线影像清理服务负责监控 PACS 服务器在线 Image 存储目录，当 Image 所在磁盘剩余空间小于指定最小剩余存储空间时，负责将在线存储目录里面已经归档压缩过的历史图像进行删除清理，保证在线存储有足够的存储空间接收新的 DICOM 影像。 要求支持自动重启监控服务：PACS 服务器自动重启监控服务负责监控影像收图服务，影像归档存储服务，影像同步服务，影像清理服务的运行状态是否正常，如果以上服务状态不是运行状态，自动重启服务能及时的检测到并启动以上服务，保证以上服务随时都能正常运行。同时监控以上服务占用内存和 CPU 的情况，如果某个服务出现占用内存和 CPU 异常，监控服务能及时重启异常的服务。 要求支持影像后处理的多平面重建功能，在横断面扫描的基础上，要求支持对某些标线指定的组织进行不同方位的重组，从而得到冠状、矢状、斜位、曲面等方位的二维图像。 图像内容检索	
--	--	--	--	--

			要求支持影像调阅前的检查信息的查询。要求包括： 查询患者检查信息、查询条件设置、图像基本信息检索、查询图像信息等查询功能 影像调阅 要求实现对影像的传输和影像的浏览及操作功能。为了提高影像传输效率及更好与其他系统集成，影像传输要求即既可以支持基于 TCP/IP 协议的 DICOM 服务，也可以支持基于 Web HTTP 协议的 WADO 服务；影像浏览及操作模块是对二维图像的平面操作集合，涉及彩色和灰度图像的操作 影像浏览器功能要求支持影像格式转换及影像调阅功能，要求包含 影像解析、调窗、堆栈、缩放、放大镜、翻转、探针、反转等功能 影像操作配置管理 要求支持配置影像浏览器运行所需的基本环境参数和用户自定义参数。主要功能要求包含布局配置、窗口配置、调窗配置、操作行为配置； 光盘刻录：光盘刻录模块要求支持将选择的检查列表中的影像下载到本地，并生成影像索引文件 DICOMDIR，然后将影像、索引文件和轻便版的浏览器一起进行刻录。 患者查询： 要求支持个性化查询功用，可根据医生用户的个性喜好来配置对应的查询条件，查询显示列表和常用操作的功能按钮。对于颜色有要求的情况还可以根据检查状态设置对应的颜色。比如申请-绿色，急诊患者-红色等。 要求支持高级查询功能，能够提供多种与或关系的查询功能。比如查询某检查号或者某个登记号的查询。扩展查询的多样性，对于有复杂的与或关系、检索报告内容模糊查询等，这个功能非常		
43.	超声影像信息系统			套	1

			实用。 要求提供定制查询功能，将医生常用的组合查询功能固定为功能按钮。方便以后登录系统查询可以一键完成。比如定制一个查询当天诊室三已经预约的数据。第一次查询之后将其保存自动生成一个功能按钮，下次点击按钮就可以直接查询该组合数据。方便快捷。 要求提供编辑报告功能，在查询列表加入了一个编辑发布报告的入口点。数据查询出来后选中患者信息，点击编辑报告功能，则可以编写保存报告及其以后操作。 要求提供采集图像功能，在查询列表加入了一个采集图像的入口点。数据查询出来后选中患者信息，点击采集图像功能，则可快捷跳转到采集界面进行相应操作。 要求提供读卡功能，要求适配大多数医院/厂商提供的读卡器。读卡快速读取卡内登记号自动查询数据。支持读取身份证号/就诊号/医保卡号等。 要求提供报告超时提醒功能，要求支持对于患者检查做完后拖了很长时间没有保存审核报告的情况进行提示，在查询列表上面醒目字样滚动显示。有助于医生及时发现未出报告的检查，提高医生工作效率。 要求提供导出报告/图像功能，把患者检查信息的图像报告导出到本地。 要求提供打印报告功能，支持全科室统一位置打印报告。整个科室或者同一个检查组设定指定位置打印报告。查询指定患者信息，然后点击打印报告功能即可。 要求提供请求会诊功能，对于比较复杂的检查需要其他医生或者科室帮助的时候，可以用这个功能就行申请达到数据共享的目的。 要求提供报告挂起功能，对于某条检查报告写到一半有特殊情况需要临时保存过会再来继续写的情况，可以采用报告挂起功能。		
--	--	--	---	--	--

			要求提供质量控制功能，提供进行数据修改的入口。查询数据后选中质量控制操作即可进行质量控制功能。 要求提供修改叫号诊室功能，修改呼叫队列某条检查信息的诊室信息。 要求提供修改检查优先级功能，修改某条检查信息检查优先级，比如加急/军人优先等。 要求提供导出数据到 Excel 功能，将查询出来的数据导出到 Excel 存储到本地。 要求提供分配报告/审核医生功能，针对有的检查需要特定人来写报告或者审核报告的情况，可以选中患者信息进行分配功能。分配功能一般需要高级权限。 要求提供修改检查技师功能，可以修改某条检查信息的技师信息。 要求提供取消终审功能，将某条检查信息终审信息因为特殊原因进行取消终审。取消终审后状态变为已审核状态。 检查预约： 要求提供预约功能，对申请状态的检查执行预约操作，选择预约日期、预约时间段对病人检查进行预约操作；预约时产生的流水号规则可自定义，可按照诊室、科室或检查组多种方式生成流水号，可统一分配，也可以按照设备分配。支持同一个病人多条医嘱合并预约的功能。 要求提供资源计划功能，在系统中按照时间段提前排出资源计划，按照周一至周五每天各时间段的资源数，生成资源计划到指定日期。支持选座模式，医生可选择做检查时预约到的具体时间点，使得预约更加高效，减少病人等待时间。 要求支持查看申请信息功能，要求支持查看 HIS 中病人的电子病历（主诉、病史、检验结果等信息），支持查看申请单信息，支持通过扫描仪扫描申请单功能。 要求提供打印预约单功能，支持自定义预约单模板，打印预约单，	
--	--	--	--	--

			预约单打印可配置为预约后自动打印，也可选择手动打印。 要求提供补录费用功能，支持 HIS 补录费用后，重新录入费用信息。 要求提供手工录入患者检查功能，可自定义录入患者的病人类型，姓名、检查项目等信息，新增患者检查。 要求提供修改患者信息功能，支持修改患者类型、病人姓名、年龄等患者信息，也可修改检查项目，检查部位等检查信息。 登记： 要求支持到达确认功用，支持预约状态的检查，患者按照预约时间到达科室后，可执行到达操作。 要求支持查看申请信息功能，支持查看 HIS 中病人的电子病历（主诉、病史、检验结果等信息），支持查看申请单信息，支持通过扫描仪扫描申请单功能。 要求支持打印取片单功能，支持自定义取片凭证模板，打印出取片凭证，取片凭证打印可配置为预约后自动打印，也可选择手动打印。 要求支持关联医嘱功用，支持补录的医嘱与其他检查的关联。 排队叫号： 要求支持呼叫队列生成功能，支持按诊间或分组生成呼叫队列。 要求支持查询呼叫队列功能，医生可灵活选择按诊间或检查组、检查子类等来检索呼叫队列信息，满足科室多种情况使用。 要求支持呼叫功能，调用其他语音叫号系统进行语音呼叫病人，并用多媒体终端显示叫号信息。 要求支持呼叫下一个患者功能，支持自动呼叫下一个未呼叫或等待状态的病人。 要求支持过号功能，支持将呼叫后未按时来做检查的病人进行过号操作，并显示到过号列表。 要求支持取消过号功能，支持将过号病人恢复到等候病人队列。	
--	--	--	---	--

			图像采集： 要求支持图像采集模块支持 DICOM 方式和采集卡方式采集超声影像。 DICOM 方式采集。 要求对支持 DICOM 标准的超声设备可使用 DICOM 方式采集，设备通过 Worklist 服务获取病人列表，在设备上采集图像后，可将 DICOM 图像发送给超声影像客户端系统，要求客户端系统可直接将 DICOM 影像上传至 PACS 影像服务器统一存储，也可将 DICOM 影像转换成 JPG 存储，并将 JPG 图像加载到报告中。 采集卡方式采集 要求支持采集卡采集图像，支持多种类型采集卡。 采集方式要求支持采集卡/网口，采集快捷键支持程序按键操作，键盘快捷键操作，脚踏板/USB 手柄操作。 静态采集功能要求支持单张图片采集，并将采集到的 JPG 图像上传到服务器。 动态采集要求支持动态图像的采集及视频回放，支持多种视频压缩算法 MPEG2,MPEG4 等。 要求支持图像的基本处理功能，如亮度调节、图像的旋转、放大、缩小、裁减、标注等，图像的模式识别等，能实现图像色彩亮度对比度调节。 要求支持图像标注功能，可以把图像及标注打印在报告上面。 要求支持后台采集功能，支持书写诊断报告的同时后台采集，特殊患者可以先进行图像采集，把图像保存在工作站上，可以集中的把急诊患者图像采集下来，之后再加载到相应报告中。 要求支持图像导入、导出功能，要求支持 BMP/JPG/TIF/DICOM 格式图像的导入和导出功能。 诊断工作站： 要求支持维护报告样式功能，可根据医院要求制作不同样式的报	
--	--	--	---	--

			告，维护好的报告样式需要关联科室才可在该科室使用，在录入检查诊断信息时，医生可根据当前检查项目以及部位选择合适的报告样式。 要求支持浏览影像功能，支持查看该患者通过设备采集到的图像。 要求支持录入以及修改报告功能，要求支持当患者在医技执行科室完成检查之后，医生在报告界面对患者进行报告录入，报告医生可保存完成的报告并且保存的报告也同时会以 PDF 文件保存在电脑上，此时检查状态变为“已录入报告”，并且原报告医生可随时打开并修改已保存的报告。医生在点击“保存报告”时可以设置是否返回首页，若选择返回，在保存报告之后返回首页；若选择不返回，在保存报告之后停留在当前页面。提交审核：报告完成之后，报告医生可提交报告给审核医生进行审核，此时患者状态变为“已提交”，并且报告医生不可再修改报告。 要求支持审核以及驳回报告功能，要求支持保存成功以及提交审核的报告，都可进行审核，审核医生可对报告进行修改，审核完成的报告，临床医生站该条检查状态变为“执行”。若报告存在问题，审核医生可驳回报告，报告医生可再次对报告进行修改。医生在点击“审核报告”时可以设置是否返回首页以及审核打印，若选择返回，在保存报告之后返回首页；若选择不返回，在保存报告之后停留在当前页面；若选择审核打印，则在报告审核之后自动打印报告单。 要求支持终审报告功能，要求支持报告审核完毕后，也可对报告进行终审操作，终审后的报告检查状态变为“已终审”。 要求支持报告打印以及补打报告功能，要求支持报告医生可对已经完成的报告进行打印，也可以补打当前患者的报告。 要求支持模板数据功能，医生可以将“检查方法”、“检查所见”、“诊断意见”以模板的形式保存，当报告医生需要使用某个模板时可直接对当前报告进行添加或者替换。模板可以保存为公有模	
--	--	--	--	--

			板和私有模板，公有模板该科室的所有医生都可以维护和使用，私有模板仅当前医生可以维护和使用。同时模板也可建立各级目录来保存不同的模板数据。医生还可使用智能模板，根据医嘱项及相关模板使用频率进行排序，最常用的模板排在首位。 要求支持智能提醒功能，医生可根据患者年龄段、患者性别、检查部位、检查设备等维护智能提醒。例如维护患者性别为“男”，提醒关键字为“子宫”，在保存男性患者报告时若报告内容出现“子宫”字样，则提醒医生是否继续保存。 要求支持报告记录功能，可查看该报告的所有执行操作过程；包括：操作医生、操作时间、操作状态（保存、访问、审核等）以及操作之后报告的内容。 要求支持标记回访功能，若患者需要回访，可为患者添加标记回访，设置回访日期、提前提醒天数以及回访医生，则可在回访前提醒回访医生该患者需要进行回访。 要求支持报告质量控制功能，要求可设置报告阴阳性是否为必选项，默认阳性或者阴性；影像评级是否为必选项，默认是否为甲级；报告保存（第一次保存）多久后不能修改；报告结果同步调整字体大小，由于部分报告的某些模块需要录入字数较多，为了适应报告纸张大小其字体就会自动缩小，为了适应保持字体大小一致其他内容字体也会同步缩小；报告是否需要审核；报告是否需要终审；可编辑报告的检查状态，设置患者在预约、到达、已有图像、正在检查、检查完成状态医生才可编辑报告。 要求支持相关检查功能，支持可以查看该患者所做其他检查的日期、临床诊断、检查所见、诊断意见以及查看影像。 要求支持检查测值功能，支持 DICOM SR 报告的检查测值录入功能，可自定义多种测值方案，定义公式来自动计算测值单元的值，并支持动态打印到报告中。 要求支持报告和采集界面设置功能，要求支持同屏采集和报告，	
--	--	--	--	--

			实时采集和写诊断报告分屏显示，医生可以一边观看采集图像一边写诊断报告。 诊断报告管理： 要求支持双通道上传：支持在存储服务器架设 WCF 存储服务程序，并同时开启 FTP 虚拟目录作为备用通道，实现双保险。大大增加了报告上传的稳定行与可靠性。 要求支持多服务器多存储介质抽象化存储，要求支持将物理存储抽象化为存储服务和存储介质，用户只需知道报告存储的服务器与介质名称即可。将用户与复杂的存储规则相隔离，同时将存储文件与存储介质相关联，达到高可扩容性。 要求提供 web 版调阅工具，给临床医生提供统一的 web 版调阅报告工具，此工具提供多种版式的调阅方式，只看报告，只看图像，报告和图像同时浏览。并且提供基于 html5 实现的禁止临床打印 pdf 报告功能。 诊断报告打印： 要求提供报告样式维护功能，可在样式设计器中维护报告样式，报告样式可根据检查项目子类关联，固定检查项目默认选择样式。报告样式可维护报告中各项基础信息元素，各个模块之间的排版，报告内容的字体、大小。 要求提供配置打印参数功能，要求支持打印参数包括选择报告样式、选择打印份数、选择图像行数、选择每个样式调用的打印机、选择等。 要求提供打印预览功能，要求支持配置打印预览后，打印会弹出生成 PDF 文件的预览页面缩略图，确认无误后可点击打印，减少报告内容填写的错误率。 质控管理： 要求提供修改患者基础信息功能，要求支持患者基础信息的修改的数据只包含对患者的登记号、姓名、拼音的修改。对于其他信	
--	--	--	--	--

			息，在预约登记组件来直接修改则更方便。 要求提供合并患者功能，要求支持该功能主要目的是将两位患者的信息进行合并。实际效果为将一患者下的检查，全部更新到另一患者的检查下。 要求提供修改检查信息功能，要求支持可以将患者检查过程中产生的错误数据直接进行修改。 要求提供取消计费功能，要求支持可以对 HIS 发消息，取消该检查的计费。在患者需要进行出院结算，但是还有检查未做的时候进行处理。 要求提供初始化检查功能，要求支持初始化主要目的是将患者的检查信息以及报告信息全部清除，但是会保留患者基础信息。如果为 HIS 开的医嘱，将会变为申请状态。如果为手动预约的医嘱，将会变为取消检查状态。 要求提供修改报告信息功能，要求支持修改报告信息主要目的是对该检查的报告信息进行修改，例如修改报告的保存时间、审核医生等。但是要注意一点，这里进行修改数据后，报告文件已经生成并且上传的话，临床调阅的文件并不会发生改变。 要求提供取消报告功能，要求支持取消报告信息主要目的是对该检查的报告进行重写，只有状态为已录入报告的患者可以取消报告，取消报告后检查将回到写报告之前的状态，到达或已有图像。 要求提供报告转交功能，要求支持报告转交主要目的是批量修改报告锁定的用户，在 RIS 中当一份报告被用户打开后，或者分配报告给指定医生后，将会给该报告添加用户锁定。当锁定用户不在电脑前或者锁定用户临时有事离岗后，在该处可批量修改锁定的医生，交给其他医生来处理报告。 统计分析： 要求提供科室收入统计功能，要求支持按检查子类，设备，申请科室，病人类型，转诊，和部位大类来统计科室收入。支持按预	
--	--	--	---	--

			约日期，登记日期，检查日期，报告日期统计。支持选择某个科室统计。支持按两种不同录入医嘱的方式统计，HIS 医嘱登记和手工登记 要求提供医生工作量统计功能，要求支持医生工作量涉及数据最多，最复杂，可以统计医生，技师，护士，曝光数等许多方面。支持所有医生工作量统计。也可以支持报告医生，审核医生，登记医生，报告录入者，介入医生，会诊医生，辅助医生，护士，核对护士，检查技师工作量统计。支持影像评级，报告评级，审核报告评级统计。支持预约率，报告被驳回率，医生退回报告，已完成的检查率统计。支持检查项目，申请医生检查项目，医生检查项目统计。支持报告医生检查部位，审核医师检查部位，检查技师检查部位统计。支持扫描方式，同比-环比，检查项目权重-设备权重，检查部位权重统计。支持检查技师曝光次数，报告医师曝光次数统计。 要求提供设备工作量统计功能，要求支持按日期段，精确时间点，检查子类，检查部位，检查设备，用户来统计。支持按报告日期，检查日期，登记日期统计。 要求提供病案统计功能，要求支持病案统计分为了三块，病案统计，阳性率统计和医嘱检测信息。病案统计支持按报告日期，检查日期，登记日期来统计。支持按检查子类，检查部位，检查项目，结构化，归档类型来统计。支持按是否活镜检查，回访状态，检查结果，报告医生，审核医生，患者年龄来统计。统计结果支持患者信息，医嘱信息，就诊信息，年龄分布图，以及报告内容。支持高级查询，用户自定义查询条件查询。统计结果支持导出到工作站查询组件。阳性率统计，支持按日期段，检查子类，病人类型，用户，诊间，设备统计。支持按时间统计，报告日期，检查日期。支持按申请科室统计。统计结果支持饼状统计图。医嘱检测信息，支持当前用户，查看对某个医嘱具体时间进行的某种	
--	--	--	---	--

			操作，是否取消计费，是否初始化等。 要求提供流程监控统计功能，要求支持按日期，检查子类，诊间，设备，报告医生，审核医生，通过选择开始状态与结束状态进行统计。支持按检查项目耗时，检查状态耗时统计。检查状态耗时统计，可以精确的统计出此医嘱从登记到审核报告一系列流程的具体时间。支持查看检查项目平均耗时饼图。 要求提供打印功能，要求支持所有的统计类型下的统计结果都支持打印 要求提供绘制统计图功能，要求支持统计结果都支持柱状统计图显示 要求提供病历明细功能，要求支持统计出来的结果选中后，都可以看出患者的基本信息，检查信息，医嘱信息等等，每个统计类型病历明细中显示的信息会有所区别。并且结果支持导出到 EXCEL 表格 要求提供导出到 EXCEL 功能，要求提供所有统计结果都支持导出到 EXCEL 表格 排班管理： 要求提供检查项目关联功能，要求支持用于设置检查项目和检查专业组的关联。系统支持选择多个检查项目批量关联某个专业组，也支持选择多个检查项目批量取消关联，同时可按患者类型区分设置专业组关联的检查项目。支持按检查子类来过滤未关联的检查项目，方便检查项目的选择。 要求提供用户关联功能，要求支持用于设置用户和检查专业组的关联。支持按角色区分设置与专业组关联的用户，可选择多个用户批量设置关联，也可选择多个用户批量取消关联。 要求提供医护人员排班功能，要求支持是根据角色和专业组设置医护人员在一段时间内的排班。选择排班日期、角色和专业组开始排班后，会显示一周内的排班情况，双击要排班的时间单元格，	
--	--	--	---	--

			会弹出跟当前角色和专业组关联的用户，即可排班的用户，可选择多个用户来排班。支持将一周的排班复制到本科室或其它科室、角色和专业组里，解决医院同班次用户可在不同科室值班，或写不同专业组报告的需求，减少重复排班。支持切换当前用户能登录的其它科室进行排班，对完成的排班可进行打印。 要求提供资源排班功能，要求支持资源排班用于按日期修改资源的可预约数。选择日期点击生成排班后，会根据资源计划生成一周的资源使用情况，包括可预约数和当前剩余数量。双击每个单元格，可修改某个设备在对应日期的可预约数。支持按设备过滤资源排班情况。 其它模块： 要求提供系统管理功能，要求支持为检查科室系统提供基础数据的维护，包括检查项目基础数据维护，科室参数，系统用户，权限设置，系统参数维护及系统组件，以及科室工作流程设置等内容。 要求提供申请单浏览功能，要求支持查看病人的电子版申请单，内容包括：病人基本信息、病人就诊信息（主诉与临床诊断等）、检查信息。融合 HIS 功能查看病人的电子病历。另外，提供了扫描纸质申请单功能，可将纸质申请单扫描并保存归档。 要求提供体检前信息记录功能，要求支持可填写病人病症、体征、手术情况等多项信息，形成完整的诊疗记录，并提供模板功能，方便填写自定义内容。 要求提供体检后信息记录功能，要求支持可查询和填写病人的回访记录，并支持导出功能，实现诊疗的闭环。 要求提供图像报告浏览功能，要求支持首页选中病人的同时可快速浏览图像和报告内容，大大简化了操作与筛选流程。 要求提供相关检查功能，要求支持可查看某病人的全部跨科检查记录，使医生可以便捷的查找历史检查信息，有利于提高本次诊
--	--	--	--

			断的目的性与准确性。 要求提供工作流程监控功能，要求支持查询某人或某次检查的全部操作信息，追溯检查流程，监控流程用时，提高工作效率。 要求提供科室工作状态功能，要求支持显示各诊间的待检，已检和总检人数，各个诊间的实时呼叫列表，以及预约资源使用情况。使管理者对科室现状有大致了解。显示诊间设备与个人的工作量与待工作量。 要求提供病理信息功能，要求支持及时有效的显示某次检查相关的病理部位、病理描述、病理诊断、等病理信息，更好的结合病理结果对病人做出准确诊断。	
44.	内镜影像信息系统	患者查询： 个性化查询：这个功能主要是根据医生用户的个性喜好来配置对应的查询条件，查询显示列表和常用操作的功能按钮。对于颜色有要求的情况还可以根据检查状态设置对应的颜色。比如申请-绿色，急诊患者-红色等。 高级查询：这个功能主要是提供多种与或关系的查询功能。比如查询某检查号或者某个登记号的查询。扩展查询的多样性，对于有复杂的与或关系、检索报告内容模糊查询等，这个功能非常实用。 定制查询：将医生常用的组合查询功能固定为功能按钮。方便以后登录系统查询可以一键完成。比如定制一个查询当天诊室三已经预约的数据。第一次查询之后将其保存自动生成一个功能按钮，下次点击按钮就可以直接查询该组合数据。方便快捷。 编辑报告：在查询列表加入了一个编辑发布报告的入口点。数据查询出来后选中患者信息，点击编辑报告功能，则可以编写保存报告及其以后操作。 采集图像：在查询列表加入了一个采集图像的入口点。数据查询出来后选中患者信息，点击采集图像功能，则可快捷跳转到采集	套	1

			界面进行相应操作。 读卡：读卡功能，适配大多数医院/厂商提供的读卡器。读卡快速读取卡内登记号自动查询数据。支持读取身份证号/就诊号/医保卡号等。 报告超时提醒：对于患者检查做完后拖了很长时间没有保存审核报告的情况进行提示，在查询列表上面醒目字样滚动显示。有助于医生及时发现未出报告的检查，提高医生工作效率。 导出报告/图像：把患者检查信息的图像报告导出到本地。 打印报告：支持全科室统一位置打印报告。整个科室或者同一个检查组设定指定位置打印报告。查询指定患者信息，然后点击打印报告功能即可。 请求会诊：对于比较复杂的检查需要其他医生或者科室帮助的时候，可以用这个功能就行申请达到数据共享的目的。 报告挂起：对于某条检查报告写到一半有特殊情况需要临时保存过会再来继续写的情况，可以采用报告挂起功能。 质量控制：提供进行数据修改的入口。查询数据后选中质量控制操作即可进行质量控制功能。 修改叫号诊室：修改呼叫队列某条检查信息的诊室信息。 过号操作：将某条检查信息的叫号记录过号处理。 修改检查优先级：修改某条检查信息检查优先级，比如加急/军人优先等。 导出数据到 Excel：将查询出来的数据导出到 Excel 存储到本地。 分配报告/审核医生：针对有的检查需要特定人来写报告或者审核报告的情况，可以选中患者信息进行分配功能。分配功能一般需要高级权限。 修改检查技师：修改某条检查信息的技师信息。 取消终审：将某条检查信息终审信息因为特殊原因进行取消终审。取消终审后状态变为已审核状态。	
--	--	--	--	--

			检查预约： 预约：对申请状态的检查执行预约操作，选择预约日期、预约时间段对病人检查进行预约操作；预约时产生的流水号规则可自定义，可按照诊室、科室或检查组多种方式生成流水号，可统一分配，也可以按照设备分配。支持同一个病人多条医嘱合并预约的功能。 资源计划：在系统中按照时间段提前排出资源计划，按照周一至周五每天各时间段的资源数，生成资源计划到指定日期。支持选座模式，医生可选择做检查时预约到的具体时间点，使得预约更加高效，减少病人等待时间。 查看申请信息：支持查看 HIS 中病人的电子病历（主诉、病史、检验结果等信息），支持查看申请单信息，支持通过扫描仪扫描申请单功能。 打印预约单：支持自定义预约单模板，打印预约单，预约单打印可配置为预约后自动打印，也可选择手动打印。 补录费用：支持 HIS 补录费用后，重新录入费用信息。 手工录入患者检查：可自定义录入患者的病人类型，姓名、检查项目等信息，新增患者检查。 修改患者信息：修改患者类型、病人姓名、年龄等患者信息，也可修改检查项目，检查部位等检查信息。 登记： 到达：预约状态的检查，患者按照预约时间到达科室后，可执行到达操作。 查看申请信息：支持查看 HIS 中病人的电子病历（主诉、病史、检验结果等信息），支持查看申请单信息，支持通过扫描仪扫描申请单功能。 打印取片单：支持自定义取片凭证模板，打印出取片凭证，取片凭证打印可配置为预约后自动打印，也可选择手动打印。	
--	--	--	--	--

			关联医嘱：支持补录的医嘱与其他检查的关联。 排队叫号： 呼叫队列生成：支持按诊间或分组生成呼叫队列。 查询呼叫队列：医生可灵活选择按诊间或检查组、检查子类等来检索呼叫队列信息，满足科室多种情况使用。 呼叫：调用其他语音叫号系统进行语音呼叫病人，并用多媒体终端显示叫号信息。 呼叫下一个：自动呼叫下一个未呼叫或等待状态的病人。 过号：将呼叫后未按时来做检查的病人进行过号操作，并显示到过号列表。 取消过号：将过号病人恢复到等候病人队列。 图像采集： 采集卡：支持多种类型采集卡，如 OK、宝狮、天创恒达等采集卡。 采集方式：支持采集卡/网口，采集快捷键支持程序按键操作，键盘快捷键操作，脚踏板/USB 手柄操作。 静态采集：单张图片采集，并将采集到的 JPG 图像上传到服务器。 动态采集：支持动态图像的采集及视频回放，支持多种视频压缩算法 MPEG2,MPEG4 等。 图像的基本处理：如亮度调节、图像的旋转、放大、缩小、裁减、标注等，图像的模式识别等，能实现图像色彩亮度对比度调节。 图像标注：可以把图像及标注打印在报告上面。 后台采集：支持书写诊断报告的同时后台采集，特殊患者可以先进行图像采集，把图像保存在工作站上，可以集中的把急诊患者图像采集下来，之后再加载到相应报告中。 图像导入、导出：支持 BMP/JPG/TIF/DICOM 格式图像的导入和导出功能。 诊断工作站： 维护报告样式：可根据医院要求制作不同样式的报告，维护好的	
--	--	--	--	--

			报告样式需要关联科室才可在该科室使用，在录入检查诊断信息时，医生可根据当前检查项目以及部位选择合适的报告样式。 浏览影像：查看该患者通过设备采集到的图像。 录入以及修改报告：当患者在医技执行科室完成检查之后，医生在报告界面对患者进行报告录入，报告医生可保存完成的报告并且保存的报告也会同时会以 PDF 文件保存在电脑上，此时检查状态变为“已录入报告”，并且原报告医生可随时打开并修改已保存的报告。医生在点击“保存报告”时可以设置是否返回首页，若选择返回，在保存报告之后返回首页；若选择不返回，在保存报告之后停留在当前页面。提交审核：报告完成之后，报告医生可提交报告给审核医生进行审核，此时患者状态变为“已提交”，并且报告医生不可再修改报告。 审核以及驳回报告：保存成功以及提交审核的报告，都可进行审核，审核医生可对报告进行修改，审核完成的报告临床医生站该条检查状态变为“执行”。若报告存在问题，审核医生可驳回报告，报告医生可再次对报告进行修改。医生在点击“审核报告”时可以设置是否返回首页以及审核打印，若选择返回，在保存报告之后返回首页；若选择不返回，在保存报告之后停留在当前页面；若选择审核打印，则在报告审核之后自动打印报告单。 终审报告：报告审核完毕后，也可对报告进行终审操作，终审后的报告检查状态变为“已终审”。 报告打印以及补打报告：报告医生可对已经完成的报告进行打印，也可以补打当前患者的报告。 模板数据：医生可以将“检查方法”、“检查所见”、“诊断意见”以模板的形式保存，当报告医生需要使用某个模板时可直接对当前报告进行添加或者替换。模板可以保存为公有模板和私有模板，公有模板该科室的所有医生都可以维护和使用，私有模板仅当前医生可以维护和使用。同时模板也可建立各级目录来保存不同的	
--	--	--	---	--

			模板数据。医生还可使用智能模板，根据医嘱项及相关模板使用频率进行排序，最常用的模板排在首位。 智能提醒：医生可根据患者年龄段、患者性别、检查部位、检查设备等维护智能提醒。例如维护患者性别为“男”，提醒关键字为“子宫”，在保存男性患者报告时若报告内容出现“子宫”字样，则提醒医生是否继续保存。 报告记录：可查看该报告的所有执行操作过程；包括：操作医生、操作时间、操作状态（保存、访问、审核等）以及操作之后报告的内容。 标记回访：若患者需要回访，可为患者添加标记回访，设置回访日期、提前提醒天数以及回访医生，则可在回访前提醒回访医生该患者需要进行回访。 报告质量控制：可设置报告阴阳性是否为必选项，默认阳性或者阴性；影像评级是否为必选项，默认是否为甲级；报告保存（第一次保存）多久后不能修改；报告结果同步调整字体大小，由于部分报告的某些模块需要录入字数较多，为了适应报告纸张大小其字体就会自动缩小，为了适应保持字体大小一致其他内容字体也会同步缩小；报告是否需要审核；报告是否需要终审；可编辑报告的检查状态，设置患者在预约、到达、已有图像、正在检查、检查完成状态医生才可编辑报告。 相关检查：可以查看该患者所做其他检查的日期、临床诊断、检查所见、诊断意见以及查看影像。 定位图标注：通过使用定位图的标注功能，医师可以清晰的看到每幅采集到的图像，在该检查部位中的确切位置、详细描述，为日后再次查看报告和影像提供了方便。同时支持定位图的管理和维护功能。 报告和采集界面设置：支持同屏采集和报告，实时采集和写诊断报告分屏显示，医生可以一边观看采集图像一边写诊断报告。同	
--	--	--	--	--

			屏采集界面如下： 诊断报告管理： WCF 与 FTP 双通道上传：在存储服务架设 WCF 存储服务程序，并同时开启 FTP 虚拟目录作为备用通道，实现双保险。大大增加了报告上传的稳定行与可靠性。 多服务器多存储介质抽象化存储：是将物理存储抽象化为存储服务存储介质，用户只需知道报告存储的服务器与介质名称即可。将用户与复杂的存储规则相隔离，同时将存储文件与存储介质相关联，达到高可扩容性。 web 版调阅工具：给临床医生提供统一的 web 版调阅报告工具，此工具提供多种版式的调阅方式，只看报告，只看图像，报告和图像同时浏览。并且提供基于 html5 实现的禁止临床打印 pdf 报告功能。 诊断报告打印： 报告样式维护：可在样式设计器中维护报告样式，报告样式可根据检查项目子类关联，固定检查项目默认选择样式。报告样式可维护报告中各项基础信息元素，各个模块之间的排版，报告内容的字体、大小。 配置打印参数：打印参数包括选择报告样式、选择打印份数、选择图像行数、选择每个样式调用的打印机、选择等。 打印预览：配置打印预览后，打印会弹出生成 PDF 文件的预览页面缩略图，确认无误后可点击打印，减少报告内容填写的错误率。 质控管理： 修改患者基础信息：患者基础信息的修改的数据只包含对患者的登记号、姓名、拼音的修改。对于其他信息，在预约登记组件来直接修改则更方便。 合并患者：该功能主要目的是将两位患者的信息进行合并。实际效果为将一患者下的检查，全部更新到另一患者的检查下。	
--	--	--	--	--

			修改检查信息：可以将患者检查过程中产生的错误数据直接进行修改。 取消计费：可以对 HIS 发消息，取消该检查的计费。在患者需要进行出院结算，但是还有检查未做的时候进行处理。 初始化检查：初始化主要目的是将患者的检查信息以及报告信息全部清除，但是会保留患者基础信息。如果为 HIS 开的医嘱，将会变为申请状态。如果为手动预约的医嘱，将会变为取消检查状态。 修改报告信息：修改报告信息主要目的是对该检查的报告信息进行修改，例如修改报告的保存时间、审核医生等。但是要注意一点，这里进行修改数据后，报告文件已经生成并且上传的话，临床调阅的文件并不会发生改变。 取消报告：取消报告信息主要目的是对该检查的报告进行重写，只有状态为已录入报告的患者可以取消报告，取消报告后检查将回到写报告之前的状态，到达或已有图像。 报告转交：报告转交主要目的是批量修改报告锁定的用户，在 RIS 中当一份报告被用户打开后，或者分配报告给指定医生后，将会给该报告添加用户锁定。当锁定用户不在电脑前或者锁定用户临时有事离岗后，在该处可批量修改锁定的医生，交给其他医生来处理报告。 统计分析： 科室收入统计：支持按检查子类，设备，申请科室，病人类型，转诊，和部位大类来统计科室收入。支持按预约日期，登记日期，检查日期，报告日期统计。支持选择某个科室统计。支持按两种不同录入医嘱的方式统计，HIS 医嘱登记和手工登记 医生工作量统计：医生工作量涉及数据最多，最复杂，可以统计医生，技师，护士，曝光数等诸多方面。支持所有医生工作量统计。也可以支持报告医生，审核医生，登记医生，报告录入者，	
--	--	--	--	--

			介入医生，会诊医生，辅助医生，护士，核对护士，检查技师工作量统计。支持影像评级，报告评级，审核报告评级统计。支持预约率，报告被驳回率，医生退回报告，已完成的检查率统计。支持检查项目，申请医生检查项目，医生检查项目统计。支持报告医生检查部位，审核医师检查部位，检查技师检查部位统计。支持扫描方式，同比-环比，检查项目权重*设备权重，检查部位权重统计。支持检查技师曝光次数，报告医师曝光次数统计。设备工作量统计：支持按日期段，精确时间点，检查子类，检查部位，检查设备，用户来统计。支持按报告日期，检查日期，登记日期统计。 病案统计：病案统计分为了三块，病案统计，阳性率统计和医嘱检测信息。病案统计支持按报告日期，检查日期，登记日期来统计。支持按检查子类，检查部位，检查项目，结构化，归档类型来统计。支持按是否活检检查，回访状态，检查结果，报告医生，审核医生，患者年龄来统计。统计结果支持患者信息，医嘱信息，就诊信息，年龄分布图，以及报告内容。支持高级查询，用户自定义查询条件查询。统计结果支持导出到工作站查询组件。阳性率统计，支持按日期段，检查子类，病人类型，用户，诊间，设备统计。支持按时间统计，报告日期，检查日期。支持按申请科室统计。统计结果支持饼状统计图。医嘱检测信息，支持当前用户，查看对某个医嘱具体时间进行的某种操作，是否取消计费，是否初始化等。 流程监控统计：支持按日期，检查子类，诊间，设备，报告医生，审核医生，通过选择开始状态与结束状态进行统计。支持按检查项目耗时，检查状态耗时统计。检查状态耗时统计，可以精确的统计出此医嘱从登记到审核报告一系列流程的具体时间。支持查看检查项目平均耗时饼图。 打印：所有的统计类型下的统计结果都支持打印	
--	--	--	--	--

			绘制统计图：统计结果都支持柱状统计图显示 病历明细：统计出来的结果选中后，都可以看出患者的基本信息，检查信息，医嘱信息等等，每个统计类型病历明细中显示的信息会有所区别。并且结果支持导出到 EXCEL 表格 导出到 EXCEL：所有统计结果都支持导出到 EXCEL 表格 排班管理： 检查项目关联：用于设置检查项目和检查专业组的关联。系统支持选择多个检查项目批量关联某个专业组，也支持选择多个检查项目批量取消关联，同时可按患者类型区分设置专业组关联的检查项目。支持按检查子类来过滤未关联的检查项目，方便检查项目的选择。 用户关联：用于设置用户和检查专业组的关联。支持按角色区分设置与专业组关联的用户，可选择多个用户批量设置关联，也可选择多个用户批量取消关联。 医护人员排班：是根据角色和专业组设置医护人员在一段时间内的排班。选择排班日期、角色和专业组开始排班后，会显示一周内的排班情况，双击要排班的时间单元格，会弹出跟当前角色和专业组关联的用户，即可排班的用户，可选择多个用户来排班。支持将一周的排班复制到本科室或其它科室、角色和专业组里，解决医院同班次用户可在不同科室值班，或写不同专业组报告的需求，减少重复排班。支持切换当前用户能登录的其它科室进行排班，对完成的排班可进行打印。 资源排班：资源排班用于按日期修改资源的可预约数。选择日期点击生成排班后，会根据资源计划生成一周的资源使用情况，包括可预约数和当前剩余数量。双击每个单单元格，可修改某个设备在对应日期的可预约数。支持按设备过滤资源排班情况。 其它模块： 系统管理工作站：为检查科室系统提供基础数据的维护，包括检	
--	--	--	--	--

				查项目基础数据维护，科室参数，系统用户，权限设置，系统参数维护及系统组件，以及科室工作流程设置等内容。 申请单浏览：查看病人的电子版申请单，内容包括：病人基本信息、病人就诊信息（主诉与临床诊断等）、检查信息。融合 HIS 功能查看病人的电子病历。另外，提供了扫描纸质申请单功能，可将纸质申请单扫描并保存归档。 检前信息记录：可填写病人病症、体征、手术情况等多项信息，形成完整的诊疗记录，并提供模板功能，方便填写自定义内容。 检中信息记录：支持录入活检部位及块数、HP 值、手术用药及手术医生等信息。 检后信息记录：可查询和填写病人的回访记录，并支持导出功能，实现诊疗的闭环。 图像报告浏览：首页选中病人的同时可快速浏览图像和报告内容，大大简化了操作与筛选流程。 相关检查：可查看某病人的全部跨科检查记录，使医生可以便捷的查找历史检查信息，有利于提高本次诊断的目的性与准确性。 工作流程监控：查询某人或某次检查的全部操作信息，追溯检查流程，监控流程用时，提高工作效率。 科室工作状态：显示各诊间的待检，已检和总检人数，各个诊间的实时呼叫列表，以及预约资源使用情况。使管理者对科室现状有大致了解。显示诊间设备与个人的工作量与待工作量。 病理信息：及时有效的显示某次检查相关的病理部位、病理描述、病理诊断、等病理信息，更好的结合病理结果对病人做出准确诊断。	
45.		统一预约信息平台		要求提供医技窗口服务台预约功能，要求支持预约窗口的医护人员能够根据患者就诊卡、登记号、姓名等信息查询患者的检查类医嘱。要求支持在预约界自动展示最近几天的可用的预约资源时间段信息，选择患者合适的时间段就行预约，也可重新选择合适	套 1

			的日期进行预约。预约完成后也可以取消预约。要求支持查看申请单信息，病史及临床所见、临床诊断以及检查目的等；支持查看患者历史检查信息。 要求支持对资源预约数量和使用情况的查看和统计。 要求支持检查申请的操作记录查询，从申请到预约、修改预约、取消预约、登记报到、检查完成、出报告等全流程监控。 要求提供自动预约功能，要求支持根据时间规则、医学知识库规则，一键式自动批量预约患者的所有检查，智能规避检查时间冲突或医疗规则冲突。 要求支持根据制定的规则，自动分配合适的检查时间，减轻医护人员工作量，减少患者排队次数。 要求支持患者的多项检查在不冲突的情况下自动安排在同一天检查，减少患者来往医院次数。 要求提供诊间预约功用，要求支持开完检查申请后，弹出诊间预约界面进行预约，系统默认匹配、推荐预约资源。 要求支持诊间预约界面展示可用的预约时间段信息，默认选中推荐的最早的预约资源，还可根据实际情况询问患者或者相应的治疗安排进行检查资源的预约。 要求可以取消已经预约好的检查或修改预约时间，预约之后可以打印预约单，提示患者按时检查以及检查的注意事项。 要求支持对已预约且超出时间未缴费的申请单自动取消预约资源，防止资源浪费 ▲要求支持提供自动预约功能，要求支持根据时间规则、医学知识库规则，一键式自动批量预约患者的所有检查，智能规避检查时间冲突或医疗规则冲突。 ▲要求提供诊间预约功用，要求支持开完检查申请后，弹出诊间预约界面进行预约，系统默认匹配、推荐预约资源。 要求提供住院病区预约功用，要求支持病区护士可以统一管理病	
--	--	--	---	--

			区患者的所有检查项目,查看该病区所有患者的电子检查申请单。 要求支持病区护士可以对同一患者、多个患者的一批检查项目进行预约安排,可以对已预约检查就行取消、调整操作。 要求支持打印病区检查预约通知单。 要求可以查询本病区所有检查申请单的状态,可以整体了解待检查患者的检查安排及注意事项。 要求可以查看病区当天所需进行检查的患者信息,可查看到患者的检查项目和检查状态等信息。 要求支持与护士排班等医技运送系统的集成,合理安排住院患者的检查时间。 要求提供自助预约功用,要求支持患者通过自助设备进行条码扫描或者读卡后,显示出患者可以操作的检查申请列表,选择后进行预约操作。 要求支持根据规则库以及患者的检查申请信息,智能筛选自动推荐合适的检查地点和预约时间,也可由患者自主调整检查地点和预约时间进行预约。 要求支持预约成功后自动打印预约单。 要求支持预约成功后,如果有其他情况,患者可以进行取消预约或者修改预约操作。 要求提供移动端预约功用,要求支持自动展示出可操作的检查申请单列表,以便患者操作。 要求系统可根据检查申请信息和医学规则知识库自动智能提供最优的检查时间和资源,患者也可以自行调整检查时间。 要求支持检查在未到检之前取消预约或者修改预约时间。 要求支持显示检查申请的详情; 要求提供登记功能,要求支持对检查医嘱在服务台人工登记。 要求提供自助机登记接口。 要求提供二次分诊功能,要求支持在患者登记完成等待叫号检查	
--	--	--	---	--

			时，在二次分诊页面直观展示患者登记队列。可进行查询问诊患者队列等待和呼叫情况，支持患者调整检查队列和呼叫状态。 要求提供检查知识库规则配置功能，要求支持对科室、资源、时段进行维护，资源可以根据配置对应到诊室、设备或者设备组等，可以合理自定义时段资源区间。 要求提供资源计划调整界面，方便操作者增减时间段内的预约数量和预约限制条件等信息。 要求支持按周维护资源，可在上午/下午增加时段资源，可对时段、资源数据量进行维护。 要求支持资源规则维护，维护资源和检查项目的对应关系。 要求支持维护维护检查项目的预约方式、注意事项等信息。 要求支持维护维护资源的可预约诊区，实现分诊区预约 要求提供预约统计分析功能，要求支持按日期、时间段统计所有的预约信息，可展示科室、资源、时段等资源池的统计分析。 要求支持按统计检查开单量、预约量数据，对开单检查量比、预约率、履约率等指标进行展示和趋势分析。 要求支持对门诊、医技、患者自助等各类预约来源渠道，进行统计分析。		
46.	病理信息系统		标本运送： 新建运送单、添加病理标本。 详细描述如下： 新建运送单：选择运送单类型，增加一条运送单信息，自动产生运送单号，记录相关运送信息。 添加病理标本：选择新增的运送单，增加要新增的病理标本。 标本接收： 运送单接收、标本接收、标本拒收等。 运送单接收：针对护士运送过来的批量运送单标本的确认接收操作。	套	1

			标本接收：针对单个的标本，进行检查是否合格，检查合格后确认接收。 标本拒收：针对不合格的标本进行拒收操作，填写拒收原因，退回临床。 申请单登记： 信息查询：支持按照天周月快捷日期、登记日期、申请日期、报告日期、医嘱子类、医嘱、状态、病理号、申请单号、条码号、登记号、病案号、姓名来进行查询。 登记：对临床下的病理申请单进行登记。可分为手动点击登记、自动登记、连续登记、批量登记；登记时可自动触发打印标签、回执单、下特检。 取消登记：对在登记状态下的申请进行取消登记，方便在登记出现问题时及时调整。 拒收申请：对临床下的病理申请单进行拒收，并返回消息给临床医生，以提醒临床医生及时修改申请信息或者再此申请。 执行随访：在诊断发起随访后，登记技师回访患者，然后对回访信息登记保存，以便后期查看。 打印标签：对查询的各种状态的申请进行标签打印，为申请单和标本提供标签，使病理管理更精准。 打印回执单：给门诊患者打印回执单，方便患者再病理科发报告后来病理科打印领取报告。 打印包埋盒：对登记状态的患者进行包埋盒的预打印，方便取材时使用。 下特检医嘱：对已经登记且未取材的患者在开始做病理检查前确定其要做特检的，可直接在此下特检医嘱，缩短检测时间，未患者病情判断加速。 手工计费： 信息查询：支持按照天周月快捷日期、登记日期、申请日期、报	
--	--	--	--	--

			告日期、医嘱子类、医嘱、标本类型、状态、病理号、申请单号、条码号、登记号、病案号、姓名、以收费未费来查询。 医嘱申请：与患者检查子类有所关联的或者全部费用医嘱查询，方便医护人员按相应医嘱收费。 医嘱核实：费用医嘱申请后，科修改医嘱数量，然后审核，按相应的费用扣除患者费用，方便财务管理。 取材处理： 信息查询：支持按照天周月快捷日期、登记日期、医嘱子类、医嘱、标本类型、病理号（单个，多个，区间）等方式进行查询，也支持快捷按钮待取、已取、快速、冰冻、补取以及沉渣包埋查询； 取材：用户选择检查记录，确认待取材的标本之后，对标本进行取材。 取材信息修改：对录入有误的取材信息进行编辑修改，系统自动记录修改日志； 取材删除：对于作废的取材进行删除操作（若已进行后续操作，需逆流程将取材状态返回取材状态，方可进行删除操作）； 大体信息录入：用户对标本进行大体描述，并记录信息；信息录入时，可引用辅助录入模板，可能引用特殊字符快捷录入； 打印包埋盒：用户勾选未打印包埋盒的取材进行打印； 导出取材打印列表：用户勾选取材列表进行取材信息导出打印； 返回登记：对没有取材的检查进行返回登记操作； 补费：对未收费的医嘱进行收费操作； 标本信息修改：取材时发现标本信息有误，系统操作人员可以修改，系统自动记录修改日志； 标本不合格信息记录：取材时发现标本信息不合格，可设置不合格记录信息； 标本清理：用户对已发报告 14 天的检查所剩余的标本进行清理的	
--	--	--	--	--

			操作： 特检医嘱申请审核：选择一个材块之后，对该材块下特殊染色或者免疫组化医嘱，技师只能申请下医嘱，医师可直接审核； 技术医嘱申请审核：选择需要下的技术医嘱之后，根据所需的技术医嘱判断是否需要选择材块，技师只能申请下医嘱，医师可直接审核； 图像采集：可进行图像采集或者导入本地图片的操作，对选中的图像进行放缩，旋转，裁剪，编辑，删除等操作； 辅助录入模板：可通过亚专科、部位、疾病三层关系对模板进行筛选，私有默认可维护用户个人的常用模板，方便大体录入。 标本清理： 信息查询：确认清理。 信息查询：支持按照病理号（单个，多个，区间）、标本类型、清理状态、报告时间等条件来进行查询； 确认清理：核对信息无误之后，选中记录，选择清理人，进行清理操作，可在清理确认之后添加清理说明。 材块核对： 信息查询：支持按照天周月快捷日期、取材时间、病理号(单个病理号、多个病理号(多个病理号用(分隔)、病理号段(病理号段用(分隔))、材块类型、核对状态、取材医师、是否脱钙条件来进行查询。 核对确认：核对信息无误之后，选中记录，然后点击核对确认，将保存核对时间，核对人，核对备注。 核对取消：如果核对有问题，那么可以对已经核对的材块进行核对取消（没有后续流程直接取消，如果有后续流程，那么后续流程都逆操作之后才能取消）。让使用者达到逆操作处理。 工作单打印：对勾选的材块进行信息打印。 技术处理：		
--	--	--	--	--	--

			信息查询：支持按照天周月快捷日期、取材日期、包埋日期、病理号(单个病理号、多个病理号(多个病理号用(分隔)、病理号段(病理号段用-分隔))、标本类型、材块类型、取材医师、是否合格、是否包埋条件来进行查询。 包埋确认：确认信息无误之后，选中记录，然后点击包埋确认，将保存包埋时间，包埋人等。 包埋取消：如果发现包埋有问题，那么可以对已经包埋的蜡块进行包埋取消（没有后续流程直接取消，如果有后续流程，那么后续流程都逆操作之后才能取消）。让使用者达到逆操作处理。 工作单导出：对勾选的蜡块进行信息导出、打印。 病理科技师或者医师对蜡块包埋之后，需要对蜡块进行切片操作。如果切片不合格，可进行不合格信息录入。 切片确认：确认信息无误之后，选中记录，然后点击切片确认，将保存切片时间，切片人等。 切片取消：如果发现切片有问题，那么可以对已经切片的玻片进行切片取消（没有后续流程直接取消，如果有后续流程，那么后续流程都逆操作之后才能取消）。让使用者达到逆操作处理。 工作单导出：对勾选的玻片进行信息导出、打印。 标签打印：对勾选的玻片进行标签打印，打印的标签可贴到玻片上。 玻片打印：对勾选的玻片进行玻片打印。直接打印到玻片上，可以不用手动贴上。 染色确认：确认信息无误之后，选中记录，然后点击染色确认，将保存染色时间，染色人等。 染色取消：如果发现染色有问题，那么可以对已经染色的玻片进行染色取消（没有后续流程直接取消，如果有后续流程，那么后续流程都逆操作之后才能取消）。让使用者达到逆操作处理。 开始脱水：选择脱水机，然后选择脱水篮，点击开始脱水，表示	
--	--	--	---	--

			脱水篮中的蜡块开始在脱水机中进行脱水。 结束脱水：点击结束脱水，让正在进行脱水的蜡块结束脱水操作。 拆分脱水篮：如果脱水篮中的包埋盒数量多于脱水篮的实际空间，那么需要进行脱水篮拆分，才能进行脱水操作。点击拆分脱水篮之后，将脱水篮中多余的蜡块转移到有可用空间的脱水篮，如果没有可用空间，那么不能进行转移。 派片确认：确认信息无误之后，选中记录，然后点击派片确认，填入初诊医师、二/三线医师之后，点击保存，将保存派片时间，派片人等。 派片取消：如果发现派片有问题，那么可以对已经派片的玻片进行派片取消（没有后续流程直接取消，如果有后续流程，那么后续流程都逆操作之后才能取消）。让使用者达到逆操作处理。 诊断报告： 保存：用户对属于自己的检查或者不属于任何所有人的检查进行诊断操作，保存的同时增加报告的归属操作和提交操作，将检查状态变为诊断。 审核：二线或者三线医生对报告进行审核操作，判断审核规则，自动生成对应的 PDF 报告。 取消审核：如果要对报告进行取消操作，需要判断犹豫期，如果超过犹豫期的报告可以根据配置来判断是否可以取消或者需要审批操作。 提交：一线医生完成诊断后，需要将检查报告提交到高级医生，可以保存时选择复诊医生，也可以批量选择自己的检查，进行批量提交。 提取：医生针对不归属与自己的检查，可以进行提取操作，如果被提取人员未进行诊断，则直接替换，如果已经开始诊断，则增加诊断人员处理。 补充报告：报告发布后，后续需要补充诊断处理的情况，可以添	
--	--	--	--	--

			加补充报告操作。同时，如果不想发布补充报告，可以对已经生成补充报告作废处理。 特检医嘱：诊断过程中，医生可以针对检查下特检医嘱来辅助诊断处理，住院患者可以自动计费。已下的特检医嘱可以作废处理，且取消计费。 技术医嘱：诊断过程中，为更好、更细致进行诊断，医生可以下技术医嘱，已下的技术医嘱可以作废处理。 玻片质量：诊断过程中可以对检查产生的玻片进行质量评价，方便质控管理。 符合情况：不同的检查类型，自动关联不同的符合情况，在诊断过程中，医生可以判断符合情况，进行质控管理。 打印预览：报告生成后，即保存操作后，可以对报告打印的样式进行预览，以此来判断报告的最终样式，便于调整内容。 报告打印：已发布的报告进行打印处理，打印过程调用配置的本地打印机，打印纸质报告。 快捷查询：针对用户和科室不同维度对检查进行快速过滤查询，针对 workflows 的管理，操作人员可以便捷迅速的查询出与自己相关的各类检查，进行诊断或者其他流程操作。 修改病理号：检查在登记过程中可能存在病理号有误的情况，在后续的过程中可以对流水号进行修改处理。 资料管理： 信息查询：支持按照天周月快捷日期、登记日期、取材日期、归档日期、医嘱子类、医嘱、标本类型、材块类型、玻片类型、病理号（单个，多个，区间）、归档状态，检查阴阳性等方式进行查询。 确认归档：核对信息无误之后，选中记录，选择归档位置，进行归档操作，在已归档数据中可修改归档位置； 取消归档：对误操作的归档数据进行取消归档操作，选择归档数	
--	--	--	--	--

			据之后，即可取消归档； 发送通知：存在长时间未归档的数据，用户可以发送通知给相应的工作组或诊断人，提醒他们需要归档的具体蜡块、玻片或者底单； 自动归档：用户勾选自动按钮之后，可通过输入蜡块号，玻片号，申请单号实现对应类型的自动归档。 确认借出：核对待借出的资料无误之后，用户完整的填写借阅人信息，即可完成借阅操作；用户可在借阅前或借阅后打印借阅凭证； 取消借出：对误操作的借阅数据进行取消借出操作，选择借阅数据之后，即可取消借阅； 确认归还：核对待归还的资料无误之后，用户完整的填写归还所需的信息，即可完成归还操作；用户可通过设置蜡块或者玻片的状态来记录其损坏情况； 报告分发： 报告查询：支持按照天、周、月快捷日期、报告日期、登记日期、申请日期、分发日期、报告医师、分发状态、病理号(单个病理号、多个病理号(多个病理号用,分隔)、病理号段(病理号段用-分隔))、就诊类型、申请科室、申请病区、申请人、子类、医属、报告条码条件来进行查询。 清屏：清空/默认所有查询条件控件。 确认分发：勾选未分发的报告列表，点击确认分发按钮，进行分发报告操作。 确认自取：勾选未分发的报告列表，点击确认自取按钮，进行分发报告操作。 取消分发：勾选已分发的报告列表，点击取消分发按钮，进行取消报告操作。 打印底单：勾选报告列表，点击打印底单按钮，进行打印底单操作。	
--	--	--	--	--

			作。 打印签收本：勾选已分发报告列表，点击打印签收本按钮，进行打印签收本操作。 右键扣补：勾选未分发报告列表，右键单击扣补，对未分发报告列表进行扣补操作。 统计查询： 及时率统计：针对阶段时间内科室的送检申请，统计出是否及时发布病理报告。 优片率统计：针对阶段时间内科室接收的送检申请，检查产生的玻片进行质量统计，并展示非优片的原因。 标本规范率统计：是指临床送检标本的固定是否规范化，体现临床的标本工作质控。 医生工作量：是指病理科医生在全流程中所参与的工作的多少。 技师工作量：技师在技术处理环节中所参与工作的统计。 技术医嘱统计：统计科室内时间段所产生的技术医嘱的数量汇总。 特检医嘱统计：阶段时间内科室内部产生的特检医嘱的数量汇总。 特检项目统计：统计科室内部阶段时间内所下的特检的项目数量汇总。 病例查询：多维度、多条件的对科室内的检查进行全面检索，支持快捷查询、自定义查询和高级查询。		
47.	检验信息系统	实验室质量管理系统	人员管理具体要求说明如下： 要求提供人员基本信息登记功用，在人员管理页面，可以录入人员基本信息，上传人员照片及电子签名，录入合同相关信息并上传附件，记录学历及其它信息，完善人员档案；人员列表默认加载搜索时间段内登陆工作组在职人员。 要求提供合同登记功能，要求支持合同日期、合同效期修改并上传合同附件时，后台会自动生成合同变更记录。 要求提供继续教育登记功用，要求支持相关信息页面继续教育标	套 1	

			签页，录入继续教育信息后保存；若信息有误可以进行修改或直接删除。 要求提供工作业绩登记功能，相关信息页面工作业绩标签页，录入工作业绩信息后保存；若信息有误可以进行修改或直接删除。 要求提供事故记录登记功能，相关信息页面事故记录标签页，录入事故记录信息后保存；审核前的数据可以进行修改；确认信息无误后需要进行审核操作才能生效；信息作废直接删除即可。 要求提供工作岗位变动，相关信息页面岗位变动标签页，录入岗位变动信息后保存；审核前的数据可以进行修改；确认信息无误后需要进行审核操作才能生效；信息作废直接删除即可。 要求提供职称变更功能，技术职称、行政职称修改时，后台会自动生成职称变动记录。 设备管理具体要求说明如下： 要求提供基本信息登记功能，要求支持设备登记维护设备的基本信息，也可以根据模板导入数据简化操作；该功能有两个页面可实现，其中一个显示所有设备，另一个可根据登陆工作组过滤数据，仅能操作当前工作组数据。 要求提供维护合同登记功能，要求支持设备的维护合同、使用说明等相关文件，均可在文件管理模块进行统一的备份管理。 要求提供保养计划的计划；维护相关信息之后进行审核方可生效；审核前若信息有误可进行修改、删除、作废操作；审核之后可以选择执行操作，记录实际操作时间和说明；执行后若存在问题，可以对计划进行回执，记录回执时间、说明等相关信息。 要求提供设备维修功能，要求支持在设备维护页面，为指定设备新增类型为设备维修的计划；维护相关信息之后进行审核方可生效；审核前若信息有误可进行修改、删除、作废操作；审核之后可以选择执行操作，记录实际操作时间和说明；执行后若存在问	
--	--	--	--	--

			题，可以对计划进行回执，记录回执时间、说明等相关信息。 要求提供设备校准功能，设备登记页面，设备基本信息若维护了定期校准相关信息，要求支持后台自动为设备生成校准计划；也可以根据实际情况提前人工维护校准计划。要求支持校准计划在设备维护页面进行查看；若筛选条件选择校准计划、待创建，则设备列表加载需要创建校准计划的设备，实现校准预警功能。校准计划审核前若信息有误可进行修改、删除、作废操作；审核之后可以选择执行操作，记录实际操作时间和说明；执行后若存在问题，可以对计划进行回执，记录回执时间、说明等相关信息。 要求提供设备作废功能，要求支持在设备登记界面，选中需要作废的设备，将其信息中激活项置为否完成作废。 文件管理具体要求说明如下:: 要求提供目录管理功能，要求支持在文件管理页面左侧列表中，显示文件存放目录结构。要求可根据管理需要，选择新建、删除、修改文件夹。新建文件夹时，除文件夹基本信息外，要求可以维护文件夹的查看、修改、删除权限，及文件夹可上传的文件类型。 要求提供文件上传功能，要求支持选中文件所属文件夹，选择添加文件，选择文件并维护文件基本信息、权限控制后保存。 要求提供文件审核功能，要求支持选中待审核文件，确认文件信息及内容无误后，进行审核操作。审核后的文件方可使用。 要求提供文件使用功能，对于生效文件，要求可以预览学习文件内容，也可以下载到本地之后进行编辑修改，随后重新上传。 要求提供文件作废功能，选中文件，要求支持“作废&生效”功能，进行文件废弃；要求支持重新启用文件可以进行相同操作使文件再次生效。 要求提供文件使用日志查询功能，要求支持在文件日志页面，可以查询文件每一次操作生成的日志记录。根据日期及其它相关信息。	
--	--	--	---	--

			息定位指定日志。要求可以在文件管理页面，选中指定文件后，使用查看日志功能实现。 温湿度管理具体要求说是如下： 要求提供温湿度监测资源登记功能，实现需要做温湿度监测资源（如：冰箱，房间等）管理。 要求提供温湿度数据采集功能，要求支持手工记录的温湿度结果可以录入或导入到系统。要求支持有输出接口的设备可以通过接口自动采集温湿度结果。 要求提供温湿度监控功能，要求支持把 24 小时内采集到的温湿度结果以曲线图定时显示到界面上。 要求提供温湿度预警功能，要求支持把超出设定预警值的数据发送到消息中进行自动预警提醒，或通过短信方式进行预警，要求可以在监控图上已设定颜色进行预警。		
48.		检验信息管理系统	要求提供集中接收功能，要求支持标本到达检验科标本集中接收窗口使用。要求包含如下功能：接收护士站采集的标本（未采集的标本也可直接接收）；拒收不符合检验要求的标本；运送单标本接收；打印护士回执单；按条件查询已申请的医嘱信息；置打印标识；清空列表；标本无采集信息提示，可控制是否接收；标本条码有拒收记录，提示是否继续接收；接收判断标本临床状态，已经执行、已经停止、已经撤销、已经作废的标本不可接收；接收权限控制，提示标本非本处接收，请送到指定科室接收；门诊急诊欠费提示不可接收；住院患者出院提示，控制是否接收；标本超 TAT 时间提示等 要求提供标本拒收功用，要求支持在检验科接收窗口收到问题标本时可以对标本进行拒收并打印拒收单，根据卫计委相关统计对拒收类型分为医嘱问题，采样问题，运送问题，对应详细原因可以直接点击选择，方便快捷处理，也可获得准确的统计数据。 要求提供标本核收功用，要求支持标本处理后，进入核收排样操	套	1

				作，即按工作小组或医嘱组核收检验标本。要求支持标本可按照医嘱组核收并自动分流水号段；要求可按照标本类型，患者类型核收自动分流水号段；可自动分配工作小组；要求核收页面显示流水号可用号段及核收医嘱信息；核收错误提示具体核收位置信息。 要求提供标本登记功能，要求手工登记可以根据病案号获取患者信息，展示工作小组下所有医嘱方便勾选，附加条码及记录单打印勾选。对登记错误的患者信息可批量修改流水号。 要求提供报告处理功用，报告处理页面是检验科技师工作者最常用页面，要求支持可完成标本结果处理到报告审核的操作。在报告结果审核之前，要求支持技师可通过质控提示判断当天仪器结果准确性，也可比对历次结果及图片结果判断结果准确性；要求通过标本操作日志可查询报告手工修改记录；通过右键功能菜单，可进行复查操作，转移标本工作小组，转移标本处理日期，批量增删项目及单独增加项目，拆分报告，标本复制等功能 要求提供拆分报告功能，要求支持将一个标本拆分成多个报告出结果，通常由于一个标本由多个仪器做检时才需要拆分。 要求提供标本复制功能，要求支持仅仅复制标本的信息，复制时新选择医嘱，减少手工登记录入患者信息的工作量使用。 要求提供结果备份功能，要求支持把原标本备份一份，原标本用新填的流水号和日期，要求支持复制标本在原标本的日期和流水号，两个标本都有结果。 要求提供结果复查功用，要求支持把原标本备份一份，原标本用新填的流水号和日期，复制标本在原标本的日期和流水号，复制标本有结果，原标本无结果。 要求提供危急值闭环管理功能，要求支持危急值上报：当报告存在危急值结果时，弹出危急值报告处理界面，要求危急值报告处理至少提供四种方式：网络上报、电话上报、网络+电话上报、无	
--	--	--	--	--	--

			需上报。网络上报要求支持选择后会发送危急值报告给临床医生；电话上报要求支持电话通知的方式通知相关人员并做记录，系统上不发送危急值消息到临床；网络+电话上报：要求支持电话通知的方式通知相关人员并做记录，并会发送危急值报告给临床医生；无需上报：不作为危急值进行处理。 要求支持医生阅读危急值消息并处理。 检验系统消息提醒：临床处理危急值消息后检验科收打临床处理或未处理消息。 要求提供报告查询功能，要求支持报告查询页面方便检验科报告窗口查询患者报告及打印，可通过登记号，病案号，检验号，卡号，流水号，患者姓名精确查找出患者所有状态下的报告，包含登记，初审，复查，取消，审核，打印，未打印。要求高级查询提供更详细的查询条件。取消自助功能还可重置自助状态，重置后在自助机上可二次打印报告。 要求提供明细查询功能，要求支持接收明细查询：查询条件有时间条件，病人类型，申请科室，工作组，接收用户，运送用户，医嘱及标本类型。要求支持查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供接收明细查询功能，要求查询条件有时间条件，病人类型，申请科室，工作组，医嘱及流水号，接收者，审核者。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供拒绝收明细查询功能，要求查询条件有时间条件，申请科室，工作组，病区，拒收类型，拒收入。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供危急报告查询功能，要求查询条件有时间条件，申请科室，申请医生，工作组，工作小组，病人类型，是否处理。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供报告结果查询，要求查询条件有时间条件，申请科室，	
--	--	--	---	--

			工作组，病区，拒收类型，拒收入。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供仪器结果明细查询，要求查询条件有时间条件，检验仪器，申请科室，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供标本状态查询功能，要求查询条件有时间条件，登记号，申请科室，申请医生，工作组，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供取消审核查询功能，要求查询条件有时间条件，取消审核人，申请科室，病区。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供收藏报告查询功能，要求查询条件有时间条件，申请医生，病人类型，申请科室，检验医生，检验医嘱，工作组，工作组，审核医生，标本类型，收藏类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件 要求提供统计汇总功能，具体要求如下： 工作量综合统计：要求根据时间类型、日期范围、工作组，病人类型等查询条件统计工作量，查询条件可以根据选择内容定义表格列头，组合出不同形式的表单。 要求支持查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供工作组工作量查询功能，要求查询条件有时间条件，病人类型，工作组，工作小组，项目。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供仪器结果汇总功能，要求支持查询仪器均值，标准值，最大最小值，变异系数。查询条件有时间条件，仪器，申请科室，病人类型，要求查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。	
--	--	--	---	--

			要求提供项目阳性率统计，要求查询条件有时间条件，申请科室，工作组，工作小组，检测项目，要求支持查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 TAT 统计可有效展示科室工作集中度，工作强度，各阶段工作合格率。要求包含： 运送工作集中度，接收工作集中度，核收工作集中度，审核工作集中度；采集到运送工作强度，采集到运送工作强度，采集到接收工作强度，采集到核收工作强度，采集到审核工作强度，送检到接收工作强度，送检到核收工作强度，送检到审核工作强度，接收到核收工作强度，接收到审核工作强度，申请到接收工作强度，申请到核收工作强度，申请到审核工作强度，核收到审核工作强度；采集到审核合格率，接收到审核合格率，核收到审核合格率，采集到接收合格率，采集到核收合格率，接收到核收合格率。 要求提供接收工作集中度查询，要求查询条件有时间条件，申请科室，工作组，工作小组，病人类型，优先级，要求查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供审核工作集中度查询，要求查询条件有时间条件，申请科室，工作组，工作小组，病人类型，优先级，查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供标本汇总查询功能，要求条件有时间条件，申请科室，病人类型，优先级，查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 接收至审核合格率：查询时间条件分为年统计，月统计，精确度每日时间，要求查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供 TAT 汇总（按照核收时间查询）功能，要求查询有时间条件申请科室，病人类型，各操作动作，优先级等，要求查询内	
--	--	--	--	--

			容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 实验室质量指标具体功能要求如下： 要求提供实验室质量指标汇总功能，要求可概览医嘱专业组中位数（含检验前周转时间，实验室内周转中位数），项目组中位数，危急值通报率，标本可接受性，血培养污染率 要求提供标本可接受性查询功能，要求查询条件有时间条件，年分，月份，季度，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供危急值通报率查询功能，要求查询条件有时间条件，年分，月份，季度，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供医嘱专业组中位数查询功能，要求查询条件有时间条件，年分，月份，季度，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供项目组中位数查询功能，要求查询条件有时间条件，年分，月份，季度，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供专业组 TAT 中位数查询功能，要求查询条件有时间条件，年分，月份，季度，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供血培养污染率查询功能，要求查询条件有时间条件，年分，月份，季度，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供标本可接受性查询功能，要求查询条件有时间条件，年分，月份，季度，病人类型。查询内容打印和导出，导出可以选择导出保存为 excel 文件。 要求提供室内质控项目开展率，要求可按工作组，工作小组（仪器）查看开展率	
--	--	--	--	--

			要求提供室内质评项目不合格率，要求可按工作组，工作小组（仪器）查看不合格率 要求提供室内质评计划： 要求提供室内质评结果录入： 要求提供实验室间比对率 要求提供质量控制功能，具体功用要求如下： 要求提供 L-J 图，要求支持选择日期范围、检测项目，分别查看各类浓度下的质控趋势。L-J 方便查看单浓度趋势图，越接近靶值浮动，仪器质量越稳定。 要求提供质控规则，要求按照质控物维护的质控规则，显示不同的颜色点。如+3SD 线上的点为失控，且用红色标识，在质控图中，该点呈红色。 失控处理：点击质控点，弹出失控处理界面，双击选择或直接录入失控类型、处理方法、处理结果、临床影响等信息。 要求提供编辑质控点：在失控处理界面，录入一新的质控值，点击【添加】，并保存。成功在当前质控图中增加一质控点。也可进行排除和删除质控点操作，排除的质控点不参与判断，可在质控数据界面看到已排除的质控点。 要求提供失控处理功能，要求支持填写失控类型，原因分析，质控处理方法，质控处理结果，质控临床影响，质控预防措施。 要求提供 Z 分数图，要求 Z 分数图可同时显示多种类型的浓度，方便个浓度间的对比。 要求支持 WestGuard 图，要求 WestGuard 图可同时以多张图形式展现各浓度变化。 要求支持优顿图，要求可以方便查看质控两个浓度间的收放趋势。越靠近中心区域的点，离靶值越近，仪器效果越好。 要求提供 8-N 图，要求方便查看多个项目最近八天的质控情况，适用于按医嘱查看质控。可同时选择全部检测项目和全部的浓度	
--	--	--	---	--

			显示。 要求提供质控对比图，要求可对同一个检测项目下，不同浓度的质控图进行对比。可以对比一个仪器的不同浓度的质控，也可以对比两台仪器的质控效果。 要求提供日间质控，要求方便查看多个项目一天的质控情况。快速知道某个项目是否在控。日间质控只能查看到一天的质控信息。 要求提供定性质控，要求未维护定性质控的检测项目，质控结果以 Z 分数图的形式显现；维护了定性质控的检测项目，质控结果以定性形式显示。 要求提供质控监控功能，要求可直观的显示一个仪器多个项目多个浓度的质控情况。选择日期和检测项目可查询显示对应的质控监控。 要求通过质控图，选择默认图 L-J、Z 分数图和 WestGard 图三类。可查看当天质控图。进行失控处理，失控评价等操作。 要求提供质控月报。要求支持选择月份、开始结束日期、质控物等条件，可查询指定月份内，项目的质控情况，包括失控率、使用靶值、本月 SD 值等。质控月报界面给医院提供上报质控情况。也可进行打印、导出操作。 要求提供质控年报，要求支持选择年份，仪器，查询出一年的质控项目，通过质控项目明细内容查看，要求可显示相应质控项目的失控情况。 要求提供质控上报，要求支持查看、上报质控项目对应的质控结果，可导出。 要求提供质控失控查询功能，要求查看质控项目的失控情况，也可进行失控处理。 要求提供质控操作日志功能，要求支持选择日期、检测仪器，查看当前所有的质控操作记录 要求提供基础数据信息维护功用，具体功能要求如下：	
--	--	--	---	--

			要求支持采集容器维护：可编辑颜色添加图片，方便护士辨识容器。 要求支持标本类型维护：可维护 WhoNet 码，标本组。 要求支持检测项目维护：维护信息详细；含三方对照码维护可扩展性强；要求支持特殊检测项结果配置化控制；参考范围维护精确，可适用科室，适用诊断；计算项可维护复杂逻辑规则。 要求支持医嘱维护：医嘱信息维护详细；采集提示，取报告提示，报告说明，报告要求支持模式等可配置维护；标本类型及采集容器可添加多个，并可维护条码数量关联采集部位。 系统权限管理 要求支持用户维护：可维护默认访问，配置不同安全菜单组权限，可以要求支持配置用户级别，限制用户访问数据权限 要求支持安全组菜单：可维护不同安全组访问页面，及功能点。 要求支持工作组默认设置：工作组级控制及默认设置。 要求支持工作小组默认设置：工作小组级控制及默认设置。		
49.		微生物信息管理系统	要求提供标本接收功用，要求微生物检验包括送检标本的接收、标本核收、结果处理、报告审核和报告查询打印等功能。 要求提供标本接收功用，要求可根据标本上条码号找到标本，将界面上的标本信息与送达标本标签上的信息核对无误后把标本信息从 HIS 系统接收到微生物系统，否则填写拒收原因做标本拒收操作，把标本返回给申请科室或病区。 要求提供运送单接收功用，要求可通过送达的标本运送单号在系统找到运送标本明细，再根据标本条码号和运送单上标本信息核对无误后把标本信息从 HIS 系统接收到微生物系统，否则把有问题标本通过拒收流程返回给申请科室或病区。 要求提供标本拒收功用，要求可根据送达标本的条码号在系统中找到标本，填写拒收类型和拒收原因做标本拒收操作，把标本返回给申请科室或病区	套	1

			要求提供微生物标本核收功用，要求支持系统按照用户指定的检测仪器和检测日期生成维护好的流水号把标本核收到在检测仪器所在工作小组上。 要求提供微生物报告处理功用，要求包括保存报告、初审报告、审核报告和报告查询打印等功能。具体功用要求如下： 要求提供取消核收功能，要求支持如果标本分配的工作小组、标本日期或流水号有误时，可以从列表中选择标本，通过取消核收操作把标本返回到未核收状态。 要求提供手工登记功能，要求支持对于手工填写的报告，可以把报告信息在手工登记界面上在指定工作小组、标本日期和流水号上录入完成后保存到标本列表。 要求提供结果采集功能，要求支持仪器接口把采集到的结果保存到系统，工作站可以把采集到仪器结果显示到报告审核界面上。 要求提供结果录入功能，要求支持对于手工检测的标本结果，可以按照标本的流水号手工单个或批量录入到系统。 要求提供保存报告功能，要求支持对于手工登记和仪器传输的标本的信息结果无误之后对报告作保存操作。 要求提供报告初审功能，要求支持标本报告结果初次核对无误后，通过初审操作完成报告初步审核。 要求提供报告审核功能，要求支持完成初审操作的报告结果再次核对无误后，点通过审核操作完成报告的最终审核。报告审核时系统会自动校验审核用户是否符合双审规则，如果不符时系统自动提示并终止审核操作。 要求提供报告批审功能，要求支持把标本列表中选择的多个标本报告结果核对无误后，通过批审操作一次完成审核。 要求提供报告阴性功能，要求支持把标本列表中选择多个阴性报告结果核对无误后，通过批审操作一次完成审核。 要求提供取消初核功能，要求支持把通过初审的报告返回到未审		
--	--	--	--	--	--

			照预设的采样间隔自动从监护仪、呼吸机采集数据并显示，也可以按指定时间提取采集数据。对于一些无法从仪器自动采集或没有使用仪器监护的数据，用户可以手工录入 执行医嘱：要求支持打开病人数据界面，点击新增即可弹出医嘱数据。将获取医生对病人下的医嘱，同时显示在界面上。 要求支持自动提取医生医嘱，严格按医嘱要求的剂量、用法、频率执行医生医嘱，可以根据科室药品使用习惯定制。 要求支持获取医嘱数据后，可以修改时间、备入量、用药速度，并自动计算实入量。也可以删除数据。 要求支持微泵泵入医嘱，可以自动根据用药速度、药品浓度、药品剂量计算，并对计算实入量总量。 护理记录：要求系统支持数据采集、自动生成数据、工作站录入等方式。 要求支持根据数据类型不同，数据录入分为数值型数据录入、选择型数据录入、自由文本数据录入，系统自动记录操作人、操作时间。 要求支持数据的录入时间，数值可以修改，系统将自动记录修改时间和修改前的原始值，同时记录操作人。 要求支持可以切换到其它病人进行数据录入。在顶部的病人列表中，显示的是当前病人，选择病区病人即可切换。 要求系统支持按模板填写护理记录。 要求支持添加护理记录可以手工输入数据，也可以通过“编辑护理记录”链接来选择已经维护好的模板。 要求支持对于不常使用项目，可以添加项目。每个护理记录单都有各自不同的显示项目。 出入量汇总：要求支持自动生成病人重症护理记录单，根据出入液量自动计算出病人全天的出入量平衡情况。 要求支持系统按每小时和每天对病人的出入量进行自动分类汇	
--	--	--	---	--

			总，计算出入量的差值。底部区域显示全部项目的汇总，右侧是每个项目的汇总 护理评估：要求支持评估病人皮肤、压疮等护理状况。 要求支持支持图形化标注。 数据查看：要求支持通过趋势图查看监护数据。 要求支持查询固定开始时间点的监护数据。 要求支持监护项目显示区域可以折叠或展开当前的显示区域。 要求系统支持查看数据明细。 打印重症监护记录：要求支持可以选择打印重症护理单。 要求支持用户可以定制各科室使用的重症监护单、危重护理单等单据的输出样式，要求支持打印时会自动使用不同的模板来打印单据。 要求支持重症监护单上的起止时间是病人开始和结束重症监护的时间。 要求支持支持 CA 签名（接口） 同步体温单：要求支持提取监护的生命体征和出入量等数据，倒入体温单接口。减少手工录入工作量。 入科评估：要求支持在病人入重症科室后，分析病人病情，对病人进行重症评估。 趋势图：要求支持查看生命体征、检验检查等趋势图。 自动病人评分：要求支持自动按国际评分标准，如 Glasgow 昏迷评分、APACHE II 评分、SOFA 评分等，对重症病人进行评分。 综合诊疗视图：要求支持自动生成并综合展现生命体征、出入量、医嘱、检验、检查等信息。 要求支持危急事件处理 要求支持出科评估 要求支持当要结束对当前病人的重症监护，要求确认病人转归。结束重症监护将停止采集监护设备数据。		
--	--	--	---	--	--

			要求支持总结出科病人治疗，进行出科重症评估，后台自动生成出科评估数据：出科评分、ICU 住院时长、机械通气总时间、中心静脉次数等数据。 评分统计：要求支持按病人、科室统计病人的不同评分。 工作量统计：要求支持可以统计医护人员工作量；病人中心静脉置管、气管插管等统计。 质量控制统计：要求支持 ICU 质量监测指标：统计病人数、平均 ICU 天数、ICU 死亡人数、重返 ICU 人次、气管插管、中心静脉置管、尿管等质量控制数据。 系统设置要求支持重症监护常用医嘱项、显示分类、显示大类。 要求支持维护监护床，定义和修改采集设备的 IP 地址、采集端口、采集频率等参数，重症监护设备和仪器维护，按监控设备定义不同生命体征等采集参数。 要求支持设置重症监护床的采集的项目、采集频率等，操作权限等。 要求支持对重症监护的出入量汇总统计项维护。 其他模块要求支持包括 CA 签名、重症护理记录文书浏览等功能。 手术资质管理：要求支持给手术医生分别授权手术，在手术申请时为手术指定有资质的主刀医生。 要求支持按手术查询有资质的医生，也支持按医生查询有资质的手术。 手术申请提交：要求支持手术科室提交手术申请，填写手术病人、医生科室、手术医生、手术助手、手术名称、术前诊断等信息，填写进修和实习医生信息。自动提取血型、传染病检验结果。 要求支持指定时间接收手术申请，超过这一时间，系统便不再接收手术申请。 要求支持按照患者不同的来源（门诊、住院及其他）查询手术申请信息；随机查询待安排患者、已安排患者信息；依据手术申请	
54.	手术麻醉信息系统			套 1

			单资料安排手术项目、手术时间、麻醉方法、麻醉方式、麻醉医生和手术护士；系统支持对多手术合并处理功能。 要求支持手术查询根据申请科室、手术间、手术状态等多种查询条件，并可自动按照手术间、手术科室、是否污染和是否急症手术进行分类排列。 要求支持打印手术通知单。 要求支持门诊和急诊病人的手术申请。 手术申请审核：要求支持手术申请提交后，科室主任审核后正式发送到手术室。 要求支持不同科室有不同的审核截止时间。 手术安排：要求支持手术室接收病房手术申请单。进行手术安排。 要求支持手术室确定每台手术的手术间、台次、手术时间、器材护士、巡回护士，安排进修和实习人员。能够协调安排急症手术。 要求支持将确认以后的每台手术的上台手术医生、巡回护士和洗手护士回传到 HIS 中。 要求支持按手术间手术护士的排班。 要求支持排班后打印手术排班表。 麻醉安排：要求支持麻醉科安排麻醉师、进修和实习麻醉师，确定麻醉方法。 要求支持打印手术排班报表。 要求支持将确认以后的每台手术的麻醉医生回传到 HIS 中。 要求支持支持按手术间对麻醉师的排班。 麻醉术前访视：要求支持查阅病人的基本信息，与 HIS 集成后的电子病历查询功能（病史、以往手术中麻醉用药及麻醉方式、以往检验及医学影像资料、医嘱信息等）。提取最近的检验、检查结果。 要求支持结合患者状况给出 ASA 分级等麻醉评估，选择麻醉方法，制定麻醉计划，预见术中困难及防范措施。		
--	--	--	---	--	--

			要求支持填写麻醉同意书并获取病人或家属认可。 要求支持 pad 操作。 要求支持输出麻醉相关医疗文书（麻醉术前访视单、麻醉计划、麻醉同意书、有创治疗知情同意书等）。 自动采集监护信息：要求支持自动采集监护仪、麻醉机设备中病人术中血压、心率、血氧、体温、脉搏、呼吸频率、吸呼比、潮气量等生命体征参数。 要求支持采用中央服务器采集数据模式进行同步数据存储，对采集数据实时存储在数据库，并同步显示在麻醉监护界面。 要求支持采用中央服务器采集数据模式，可方便地集中监控各手术间设备采集状态，在网络中断、客户端软件关闭等异常时，在采集服务器缓存数据，故障恢复后继续记录，保持采集数据的稳定性、连续性。 要求支持采用中央服务器采集数据模式，不需要手术间电脑进行数据采集，对手术间电脑没有串口、额外的网口的要求。 要求支持采用中央服务器采集数据模式，方便程序更新，方便扩展手术间。 要求支持对采集的异常数据进行数据修正，并在后台记录修改痕迹，支持编辑修改和拖动修改。 要求支持可以定义和修改采集设备的 IP 地址、采集端口、采集频率等参数，按监控设备定义不同生命体征等采集参数。 支持当患者出现异常体征时能发出提示。 麻醉记录：要求支持能调出供麻醉医师参考的常用药物、事件等数据。 要求支持对不常用药品，支持调出 HIS 医嘱进行查询。 要求支持记录麻醉用药、麻醉事件、生命体征、体液出入量、并发现状、术中情况及处理过程等所有相关操作和麻醉数据。 要求支持根据采集的数据同步显示监护仪波形等信息，供术间浏	
--	--	--	--	--

			览查询。 要求支持可以同步显示麻醉记录单等医疗文书等。 要求支持常用麻醉项目保存为模板，便于下次同类型手术直接套用。支持公有模板和个人模板。 要求支持术后生成并打印麻醉记录单、镇痛麻醉单。 麻醉术后恢复（PACU）：要求支持术后麻醉恢复的用药、体征趋势记录等功能，记录患者术后麻醉恢复期间所有相关操作和麻醉数据。 要求支持记录术后恢复过程中的患者入室情况、出室情况，并能够自动生成独立的术后复苏单。 要求支持对病人 Steward 苏醒评分，作为离室评估依据。 手术器械清点：要求支持提取消毒供应系统接口，扫描消毒包读取消毒包信息。 要求支持关联消毒供应包，对手术器械、耗材等物品在术前、台上、关前、术后进行清点。 术后登记：要求支持手术结束后完成对手术名称、手术状态、手术间、手术人员等手术信息的审核、修改等，确保术后的信息准确可靠。 病人转运记录：要求支持记录在手术室与相关科室进行手术病人转运申请、接收、交接的内容，支持查询。 麻醉药品登记：要求支持对术中使用的麻醉药品、精神药品批号、使用情况、操作人进行登记。 麻醉术后访视：要求支持麻醉医生术后去病房访视病人，记录病人术后麻醉情况和术后镇痛记录。支持 pad 操作。 手术申请信息提取：要求支持手术申请自动提取血型、传染病检验结果。 手术安全核查：要求支持能够在麻醉实施前、手术开始前和手术结束后对手术相关信息进行手术医生、护士、麻醉医生三方确认。	
--	--	--	---	--

			手术风险评估：要求支持根据手术切口级别、麻醉 ASA 分级和手术时间确定手术院内感染级别。 统计分析：要求支持手术台数统计，病人数统计，术者人数统计、手术规模统计。输出手术预报、手术日报、手术月报。 要求支持进行手术医生、麻醉医生、手术护士工作量统计。手术室护士工作时间统计。 要求支持按手术分类、诊断分类、病人特征等查询全部手术资料，查阅患者术前访视、护理信息、麻醉总结。 要求支持院内感染监测、医疗质量控制、成本绩效考核、设备管理、科研教学等所需数据的提取与打印。 要求支持麻醉专业医疗质量控制指标（2015 年版）统计。 要求支持三甲评审上报数据统计 系统设置：要求支持手术科室维护、手术室、手术间信息维护；手术名称、手术分级、麻醉方式、切口类型、麻醉效果、气管插管、ASA 分级维护；手术麻醉显示大类、手术麻醉显示分类、手术麻醉常用医嘱、手术麻醉设备维护；设备采集参数、麻醉图标设置；手术清点项维护、手术麻醉打印列维护等。 其它模块 其他模块要求支持包括补录费用、CA 签名、麻醉文书浏览等功能。 报告填报：要求支持登记病人基本信息、诊断信息以及上报重大非传染性疾病所要求填写的疾病相关信息等。其中病人基本信息大部分可从系统中自动提取，且保存报告时系统会进行数据完整性检测，保证数据的完整性、正确性。 报告审核：要求支持临床医生填报报告卡后，管理人员可在报告查询页面查到该份报告，打开报告对填写内容进行审核。 报告导出和打印：要求对于已经审核的报告支持报告导出和打印，方便存档。在报告查询页面也可对查询出的报告记录导出操作。 查询统计：要求系统支持通过报告时间查询报告记录，查询出的		
55.	综合业务管理	医政管理	重大非传染性疾病上报及管理	套	1

56.		食源性疾病管理	结果包含报告基本信息 and 患者基本信息。并且查询出的结果可支持导出操作。 报告填报：要求支持登记病人基本信息、诊断信息以及上报食源性疾病所要求填写的疾病信息等。其中病人基本信息大部分可从系统中自动提取，且保存报告时系统会进行数据完整性检测，保证数据的完整性、正确性。 报告审核：要求支持临床医生填报报告后，管理人员可在报告查询页面查到该份报告，打开报告对填写内容进行审核。 报告导出和打印：要求支持对于已经审核的报告，支持报告导出和打印，便于存档。查询统计：系统支持通过报告时间、疾病分类等查询报告记录，查询结果包含报告基本信息 and 患者基本信息等，查询结果可导出，便于统计分析。 诊间填报：要求支持临床医生在下诊断时，系统自动检查诊断是否传染病诊断，如果是传染病诊断，并根据传染病的分类、时效性要求、年龄要求、历史报告来判断强制报卡或提示报卡。 主动填报：要求支持临床确诊传染病后主动报卡，登记病人基本信息、诊断信息等。其中病人基本信息大部分可从系统中自动提取，且保存报告时系统会进行数据完整性、正确性检测，保证数据的完整性、正确性。 报告查询：要求支持可按照报告时间、科室、院区、报告状态进行传染病报告查询，查询结果包含报告基本信息 and 患者基本信息等，查询结果可导出，便于统计分析。 报告审核：要求支持临床医生填报报告后，管理人员可在报告查询页面查到该份报告，打开报告对填写内容进行审核。 报告导出和打印：要求支持对于已经审核的报告，支持报告导出和打印，便于存档。 传染病监控：要求支持基于临床诊断、检验结果、影像检查结果进行传染病筛查，结合传染病报卡情况筛查传染病漏报、误报。	套 1	
57.		传染病管理		套 1	

58.			院内感染管理	管理科室对筛查结果进行处置，处置结果反馈给临床科室，提示补录报卡或订正报卡。 系统配置：要求支持设置系统的基础数据，院感疑似筛查规则和常用短语对照，对系统进行数据维护。 综合监测：要求支持包括疑似病例筛查和感染暴发预警两个部分，基于感染诊断标准、数据标准化及经验值，对住院患者感染指标做到精准筛查，筛查出疑似感染及高度疑似感染患者，实现感染管理科对全院疑似感染患者的管理，督促临床做好感染报卡及感染患者的治疗及防护工作。 医院感染报告管理：要求支持临床医生根据患者病情综合分析或者感染科通过感染监测指标筛查，发现患者发生感染在疑似病例筛查界面给临床医生发送消息，临床医生接收到消息后分析判断，若患者发生医院感染，及时上报医院感染报告。院感科对医生上报的院感报告进行审核，退回，删除等操作，同时院感科也可以查看住院病人信息来判断病人是否感染，对于感染病例直接进行院感报告填报，以此来对感染病例进行信息化监控。 目标性监测：要求支持重点监测感染高发、易发人群，对ICU、NICU、重点手术、多重耐药菌进行专项监测，根据感染指标分析，指导临床做好感染防护。 细菌耐药性：要求支持自动对微生物数据进行加载，结合最新多耐药定义标准《医疗机构耐药菌MDR、XDR、PDR的国际标准化定义专家建议（草案）》进行多耐药分析及及时对临床科室和感控科预警提示，并显示出来，对多重耐药菌进行耐药菌的报告进行填报，提交，审核。 统计分析：要求支持医院感染发病（例次）率、医院感染现患（例次）率、医院感染病例漏报率、多重耐药菌感染发生率、多重耐药菌检出率、住院患者抗菌药物使用率、抗菌药物治疗前病原学送检率、I类切口手术部位感染率、血管内导管相关血流感染发	套	1

			病率、手卫生依从率、CLABSI（血管内导管相关血流感染发病率）、VAP（呼吸机相关肺炎发病率）、CAUTI（导尿管相关泌尿系统感染发病率）等指标查询统计。注重报表的数据准确性、一致性；个性化报表单独分包，保证后续的升级，提供报表说明。 手卫生依从性：是指医务人员洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。其中洗手是指医务人员用肥皂或者皂液和流动水洗手，去除手部皮肤污垢、碎屑和部分致病菌的过程。依从性也称顺从性、顺应性，指医生按规定进行洗手，要求支持通过填写的手卫生信息进行统计。 横断面调查：横断面调查又称横断面研究，因为所获得的描述性资料是在某一时点或在一个较短时间区间内收集的，所以它客观地反映了这一时点的疾病分布以及人们的某些特征与疾病之间的关联。要求支持根据横断面调查进行现患统计；医院感染率、社区感染率、医院感染病原体部位分布、抗菌药物使用情况、医院感染率现患趋势分析。 环境卫生学：要求支持针对环境卫生学监测实现流程化管理，其中主要包括科室申请单和检验科工作站两部分。科室申请单对科室需要做的环境监测进行申请及打印条码，检验科工作站则对环境卫生学申请进行发放材料、接收标本、结果录入。 报告信息登记：要求支持针对居民医学死亡证明书临床数据采集，实现死亡患者相关信息的自动提取；临床医护人员对报告信息进行核对、修改及补录工作。 三联打印：要求支持临床医师完成居民医学死亡证明书填报后，打印居民医学死亡证明书三联报告。 报告初审：要求支持对居民医学死亡证明书疾病编码与登记信息的审核工作。包括对临床登记信息进行初步审核，如内容有出入，指导临床及时修正；对导致死亡的疾病或情况进行编码，维护根本死因及损伤中毒编码。		
59.		死亡证明书管理		套	1

			首联打印：要求支持居民医学死亡证明书的首联打印，与病历一起归档。 报告终审：要求支持居民医学死亡证明书登记信息进行审核。包括：对临床登记信息进行再次审核，如内容有出入，指导临床及时修正；审核通过的居民医学死亡证明书及时上报疾控处； 三联打印授权：要求支持基于居民医学死亡证明书严格管控的要求，增加了打印授权功能。对于三联打印过后，不允许再重复打印；特殊情况需要再次打印，先申请，管理科室三联打印授权后，才可以再次打印。 首联打印授权：要求支持基于居民医学死亡证明书严格管控的要求，增加了打印授权功能；对于首联打印过后，不允许再重复打印；特殊情况需要再次打印，先申请，管理科室首联打印授权后，才可以再次打印。 报告查询：要求支持根据查询条件，查询各临床科室填报的居民医学死亡证明书列表；双击查看居民医学死亡证明书登记信息；并进行相应的审核操作等。 ▲死亡证明书质量监控报表：要求根据日期时间段内查询符合条件的死亡报告、根据科室维度统计报告数据。 监控月报表：要求支持基于 HIS 系统就诊记录及死亡标记，查询各科室死亡患者、漏报情况等；点击病区链接，可查看死亡患者列表。		
60.		临床路径管理	表单导入：要求系统支持导入特定格式的 excel 表单，以简化制作表单过程。 表单维护：要求系统支持对表单基本信息、准入信息、阶段信息、项目信息、医嘱项目等进行增加、修改、删除操作。支持表单版本新建、发布、删除、导出操作。 出入径管理：要求系统支持两种入径方式，一是提醒入径，即在临床医生录入诊断时，自动判断是否符合入径标准，如果符合则	套	1

			弹出提示，选择相应路径后入径；另一种主动入径，即直接打开临床路径页签，选择路径后进入执行页面。在提醒入径时，可以选择不入径原因，做不入径申请。当路径执行过程中出现重大变异，不适合继续执行时，可以做出径操作。在出径时，需要选择出径原因类型，并填写具体原因。当表单各阶段内容都执行完后，可以进行完成操作，标志本次临床路径正常结束。 表单执行：要求支持进入临床路径后，护士可以对表单中的主要护理工作执行、撤销操作；医生可以对表单中的主要诊疗工作和重点医嘱进行执行、撤销操作。在每阶段执行结束后医生、护士将分别做签名操作，表示本阶段工作已经完成，并自动进入到下一个阶段。 添加变异：首先，在医生录入医嘱时，要求系统支持自动判断是否为表单外的医嘱，如果是，则弹出提示，需要为每条表单外医嘱添加变异原因；其次，在每阶段结束前签名时，要求系统支持会筛查出未执行的项目，提醒医生、护士去执行或者添加不执行的变异原因。 表单打印：要求系统支持两种打印，一是打印患者知情同意书，二是打印表单执行记录。 查询统计：要求系统支持按入径日期、科室、状态（入径、出径、完成）查询出入径记录；支持按申请日期、申请类型（不入径申请、出径申请）、申请状态（拒绝、通过）查询申请记录。同时支持按科室或者按病种统计临床路径月报表，其中数据包括科室、路径、病种、入径率、完成率、出径率、变异率、费用、住院天数等信息。	危急值管理平台	临床提醒：要求支持危急值平台接收到医技系统的危急值报告后在 HIS 提醒用户包含消息提醒、图标系统提醒。 消息提醒：要求支持按患者就诊类型，就诊科室、发生时间配置消息接收用户，在 HIS 系统界面弹出危急值消息提醒，在未处理	套	1
61.							

			情况下每隔一段时间就会再次弹出，直到处理完成，确保危急值处理率；支持危急值的多级提醒，当危急值未及时处理时继续向上级发送消息提醒，督促完成危急值的处理。 图标系统提醒：要求支持当患者存在危急值须处理时，在患者床位图、信息条显示危急值图标，可以快速打开查看患者危急值记录。 临床接收：要求支持临床人员看到危急值提醒后，可以查看到患者的基本信息与危急值报告信息，需要先进行危急值接收，后台自动反馈回医技系统。 临床处理：要求支持临床人员对危急值的一系列操作：医嘱录入、病程书写。 医嘱录入：要求支持链入 HIS 医嘱录入模块，录入医嘱后与危急值记录绑定。 病程书写：要求支持链入电子病历系统，书写危急值病程记录并绑定起来。 查询统计 要求支持为医院医务管理部门提供危急值报告记录查询、危急值完成比例报表、危急值分布报表 危急值查询：要求支持按日期、科室、类型等查询危急值记录、跟踪患者危急值记录 危急值完成比例：要求支持以图表的形式展示医院危急值完成情况 危急值分布：要求支持统计医院危急值的科室+类型分布情况以及类型+科室分布情况		
62.		医疗安全(不良)事件	事件上报：要求支持事件上报人员范围为全院人员。 事件上报类型：要求支持医疗不良事件、护理不良事件（管路滑脱、跌倒坠床、压疮、用药错误、意外、堵漏隐患、一次性医疗、输液反应、药物外渗、失禁性皮炎、压疮高危人群）、药品不良事	套	1

			件、输血不良事件、器械不良事件、职业暴露不良事件、医院感染不良事件、非计划再次手术不良事件、投诉纠纷不良事件、医技检查不良事件、信息不良事件、后勤不良事件、治安消防不良事件、其它不良事件共 14 大类不良事件。 事件上报方式：要求支持匿名或者实名制上报，要求支持可以上传附件。 要求支持事件分院区上报管理。 事件查询：要求支持不良事件综合查询界面，能够查询报告已保存事件（草稿箱查询）与已提交事件（已报事件查询）。要求支持对报告信息进行查询修改提交操作，可以查看病人电子病历内容。在查询界面可以对报告数据进行打印导出操作，要求支持可以根据查询到的数据列进行多层条件筛选查询。 事件审核：要求支持不良事件审核查询界面，仅查询已提交事件。对查询到的报告可以进行查看、审核、评价、驳回修改、重点关注、案例共享、归档操作，要求操作都是根据权限显示操作按钮，还可以查看病人电子病历内容。要求支持审核查询界面可以对报告数据进行打印导出操作，要求支持根据查询到的数据进行多项条件筛选查询。 事件评价：要求支持医疗类不良事件有公共的评估单，可以对每一个报告评估单进行鱼骨图原因分析；要求护理类不良事件有护士长评估单、大科护士长评估单、护理部评估单，不同人可以对报告进行不同的评估，护士长评估单可以对报告进行鱼骨图原因分析。每一个评估都是根据权限配置显示的。 事件追踪：要求支持在不良事件审核界面中，可以对已经上报的报告进行持续追踪反馈。报告追踪反馈功能能够对之前追踪的信息进行查看，然后填写当前需要追踪的内容与追踪人和日期信息，使得对报告的每一条追踪记录都有迹可循。 事件通知：要求支持报告审核与报告驳回都带有消息提醒功能，		
--	--	--	--	--	--

			不良事件首页报告管理模块会显示每一个小模块的报告数量。 事件分享：要求支持在不良事件查询界面有事件分享功能，对分享后的报告可以进行在线评论与学习；在不良事件审核查询界面有案例共享功能，用来查看已经转科的病人的不良事件报告数据。 事件转抄：要求支持在不良事件审核查询界面中有转抄功能，转抄主要用于在事件审核前，对某些问题不确定的可以将报告转抄给相关人员进行问题确定回复，待所有问题回复完毕后，审核人可以对报告继续进行审核操作。 事件关注：关注功能在不良事件审核查询界面中，要求支持当有重点关注权限的人员认为有些不良事件是需要大家关注的或者有需要注意的地方，可以使用重点关注功能，对报告进行关注操作，在首页可以直接查看重点关注的数据个数与数据明细。 事件归档：要求支持目前事件归档与配置权限有关，要求不管单人归档还是两人双签归档都是可以配置的。要求支持在不良事件审核查询界面，对全部审核完毕的报告，可以进行归档操作，其中归档与撤销归档必须是同一人，归档人与复核归档人可以是同一个人也可以是两个人，复核归档与撤销复核归档必须是同一人。 事件监测 填报时限：要求支持不良事件发生时间与不良事件保存时间不能超过 24 小时（此时间长度可以配置），超过 24 小时即为填报超时。 受理时限：要求支持不良事件发生时间与不良事件初次审核时间不能超过 72 小时（此时间长度可以配置），超过 72 小时即为受理超时。 统计分析 二维动态统计：要求支持可以动态选择事件的元素内容作为统计的横轴与纵轴，对不良事件进行数据统计与图形分析。 鱼骨图分析：要求支持不良事件评估时填写人物法环原因因素与处理办法，针对这些因素可以进行鱼骨图根因分析。	
--	--	--	--	--

			按类型统计：要求支持不良事件首页展示当前查看范围内每个类型上报的数据，进行条形图分析。 按月份统计：要求支持不良事件首页展示当前查看范围内按月份上报的不良事件个数数据表格与折线图分析。 按科室病区统计：要求支持不良事件首页统计当前查看范围内各个科室病区所发生的各个类型不良事件的报告数量。 按上报科室和月份统计：要求支持统计各个上报科室在每个月份季度上报不良事件的报告数量，也可以重新选取时间段与上报科室进行数据统计查询。 按季度月份统计：要求支持选择年份、报告类型、科室、统计类型（按月统计和按季度统计）等查询条件，对报告数据进行统计分析，可以统计多个年份的数据以折线图进行分析，表格进行展示报告例数。 按统计模板统计：要求支持有专门的统计模板维护界面，在根据需要进行维护统计模板后，可以在综合统计查询界面每个统计模板进行数据查询，并进行柱状图，饼状图，线型图分析。每个统计模板还可以维护溯源模板，进行数据溯源分析。 系统管理 不良事件类型权限管理：要求支持在不良反应事件分类字典维护界面，可以对不良事件类型进行查看权限、评估权限、分析权限、重点关注权限、归档权限、案例共享权限、删除权限、作废权限根据需要进行配置维护。 不良事件工作流程管理：要求支持在不良事件工作流程定义字典维护界面，可以对不良事件分类进行 workflow 自定义维护，同一个事件可以维护多个 workflow， workflow 操作权限与 workflow 项目操作权限可以自定义维护设置，对于不同级别不良事件可以进行 workflow 项目的级别绑定，级别不同， workflow 项目不同。 表单元素管理：要求支持表单上的元素可以根据需要进行添加、		
--	--	--	---	--	--

			删除与修改。 表单分类管理：要求支持表单所属分类可以进行院区区分。 表单管理：要求支持表单布局可以根据需要进行修改，表单元素必填项也可以在表单维护中进行设置维护。		
63.		抗菌药物分级管理	抗菌药物权限管理：要求实现不同的就诊类型，医生对各级别抗菌药物的权限管理，系统中权限分为级别权限和医生权限，只需维护级别权限，医生权限默认继承于级别权限，医生权限优先于级别权限。 抗菌药物流程配置：要求支持针对某种级别的抗菌药物医生无权限时，如何去向上级部门申请的流程管理。现在系统流程类型分为非特抗药申请流程、特抗药无审核权限申请流程、特抗药有审核权限申请流程三种流程。支持的审核节点有科室预审、会诊、科室审核、和最终审核。 抗菌药物物功能配置：要求实现对抗菌药物各功能进行配置化管理。包括系统开关、常用功能、扩展功能、会诊设置、使用目的管控、碳青霉烯类及替加环素管控等，为整个的抗菌药物维护提供便利。 抗菌药物物联合用药管理：要求支持对抗菌药物联合用药进行管理。支持当患者发生联合用药时，需要填写相关的联合用药原因，并且当患者的联次发生变更时，需要填写变更原因。 表单管理：要求可以进行单病种表单、单病种表单的项目维护、导入。对表单项目与数据采集项、医嘱项进行关联，实现表单数据自动提取功能。 表达式管理：要求支持将表单以及表单项目与对应的监控表达式相关联，可以实现对关键事件进行监控，及时提示预警、实现单病种病种出入组筛查、实现表单数据自动获取。 出入组管理：要求支持根据国家卫健委对单病种的出入组要求，灵活配置、组合出入组条件，实现单病种病例的自动筛查，降低人为筛查的难度，提高上报率。	套 1	1
64.	医政质量管理	单病种质量管理系统		套 1	1

			统计分析：要求支持根据国家下发的单病种管理要求，对各个单病种进行统计分析，以反馈当前医院存在的问题，并有针对性地进行解决。 数据上报：要求提供上报病种管理页面，对单病种上报信息进行完整展现，并且可以通过数据接口进行单病种直接上报国家单病种平台。		
65.	院内 DIP	DIP 管理系统	全院盈亏分析：结合 DIP 付费标准，统计分析全院费用收支、结余、结余和亏损病例数、患者各类费用使用和构成等情况。 科室盈亏分析：结合 DIP 付费标准，统计分析科室费用收支、结余、结余和亏损病例数、患者各类费用使用和构成等情况。 医生盈亏分析：结合 DIP 付费标准，统计分析医生费用收支、结余、结余和亏损病例数、患者各类费用使用和构成等情况。 DIP 盈亏分析：结合 DIP 付费标准，统计分析 DIP 病种费用收支、结余和亏损病例数、患者各类费用使用和构成等情况。查询特定条件下的病例明细及其各自的结余和费用使用情况。 病例盈亏分析：结合 DIP 付费标准，统计分析每一条病例的费用收支、结余和亏损情况、患者各类费用使用和构成等情况并定期对时间段内亏损病例、结余病例等各类病例数进行统计。 费用极值病例：费用极值分析，筛选出费用极高或极低的病例，以便后续 DIP 付费后可以申请选择恰当的支付方式，避免产生损失。从医疗质量管理角度监测死亡病例情况，尤其是低风险组死亡病例。 某类费用占比异常病例：费用占比超高分析，筛选出某类费用占比异常的病例，如耗占比、药占比超高病例，以便筛选出疑似存在不合理诊疗、过度医疗等行为。 重点病种分析：(1) 高人次病种监测，针对医院出院人数较高的病种进行监测，以了解医院特色病种的盈亏、收治情况等。(2) 高费用病种监测，针对病种总费用较高的病种的病例数、收治结	套	1

			余等情况进行监测，此类病种作为后续基金量的大头，是管理者的重点关注对象。(4) 高亏损病种监测，从医院经营角度，监测出医院亏损严重的疾病类型，为后续医疗费用、成本控制提供问题导向。(5) 高结余病种监测，从医院经营角度，监测出医院优势、结余最多的疾病类型，为后续病种结构调整提供数据支撑。相似病种推荐：根据患者当前诊断与手术从不同纬度推荐相似病种，通过病种间的对比以辅助医院优化患者病案信息以及院内病种结构。 DIP 模拟付费：在患者出院前，医院上报医保局结算前，为医院医保管理着提供患者按 DIP 付费的模拟结算功能，以便了解各患者费用结算信息、医保结算清单、DIP 分组结果、DIP 支付标准及预计结余情况等。 医保对账管理：提供任意时间段内相同病例院内使用 DIP 分组器的分组结果与医保局最终反馈的分组结果的差异对比，以便定位院内医保清单填写问题或者医保局分组方案疑问等，为后续向医保局申诉提供数据依据。 科室费用构成：分析医院、科室收治患者的不同类型的费用构成情况，通过与同期数据、上期数据等进行对比，发现费用问题，帮助医院查找问题，定位问题。其中，费用类别支持个性化配置。 医保基金管理：可以根据各科室组、科室上一年病种结构，对比绩效指标完成情况，实现医院下一年度管理目标值的预计测算，计算出全院、科室组、科室相关指标的预测值，为后期管理提供理论和数据支持。系统提供医保基金设置，可将医保基金分配到各个月份和各个科室进行管理。针对医院基金使用情况多维度度的监测，监测维度包含历史使用情况分布、险种类型分布、科室分布、医生、DIP 病种使用分布等。 DIP 事中监控：(1) 在院病例智能分组概览：临床医生和管理者每天都能并查看各自负责的在院病例列表并提示各患者 DIP 分组结	
--	--	--	---	--

			果，各项指标的超标情况等，同时能按照患者费用使用的不同比例程度进行病例筛选。（2）历史分组结果查看：临床医生和管理者可对同一患者查看其几天内住院期间每天的分组结果及相关信息的变化情况。（4）在院病例智能监测：支持根据在院病例的分组结果，做全院、科室、病种以及科室下的 DIP 组、各 DIP 病种在不同科室的盈亏的统计，并支持从盈亏统计下钻到对应的病例列表，查看每个病人的盈亏情况。（5）DIP 智能分组与 HIS 融合：临床医生在医生站下诊断，下医嘱的过程中结和 DIP 智能分组进行深度结和，实施监控在院病例分组，展示病例分组结果，权重，付费标准以及病例当前超标情况。当病例分组超出支付标准时提示下医嘱相关提醒。 报表：为便于数据统计结果导出，系统系统提供全院/科室/医生/病种/科室病种盈亏统计报表，以及各科室医保患者各类基金使用情况、全院和各科室各类基金历史月度/季度/年度使用情况统计报表。 DIP 分组服务：支持 DIP 分组器对采集过来的病案首页数据进行分组。系统同时支持把从区域 DIP 平台获取的 DIP 分组结果离线数据导入系统进行指标监测和数据分析。 分组结果数据接口服务：从业务需求出发医院管理者可能其他系统中展示 DIP 相关指标，针对系统中存储的首页数据，可根据首页数据的分组结果，将科室的 DIP 指标等数据传输到本院指定系统做后续业务处理。 日志服务：需要提供系统的用户访问、操作信息等的记录和查询服务。 ICD 对照：系统提供医院使用的疾病诊断、手术/操作编码与标准 ICD 字典的 ICD 对照服务，同时系统支持用户 ICD 在线手动匹配确认和离线的 ICD 对照结果按照模板导入系统的功能。 DIP 字典查询：提供关于 DIP 字典在线查询和上传新版本字典的功能。		
--	--	--	--	--	--

			能。 系统管理：系统系统实现高可配置化，以满足后续可能变化的需求，同时减少对其他业务系统的改造成本。可配置项包含病案首页版本、疾病诊断和手术/操作 ICD 编码版本、统计年度起止月份、接口信息等。 角色管理：系统需要满足医院业务情况设置不同用户角色并定义各角色系统可访问的页面菜单权限等。包含常规的角色增加、删除、修改、页面资源访问权限分配等 用户管理：系统系统提供用户信息的动态维护功能，进行用户管理以及所属角色定义，定义系统的用户，实现 RBAC 的权限模型。包含常规的用户增加、删除、修改、角色分配、权限分配等。 组织机构信息管理：系统提供院内临床科室组织结构信息动态增加、删除、修改、隶属关系维护等功能，组织机构至少支持科室、病区、医师层级。 查询条件：特定数据监测场景下（如监测、分析功能等），系统满足不同维度的数据监测结果查询，至少包含时间（月度、年度、自定义时间段）、比较类型（同期比、环比等）等。 图形展现：针对系统中图形展现，系统提供丰富多样的图形展现形式，如柱状图、折线图、象限图、极地图、饼图、散点图、柱状-折线混合图等。此外，针对复杂图形为辅助用户理解，系统提供解读性文字描述等。 数据导出：为满足数据二次利用，系统系统针对图形和表格支持数据导出功能。图片支持 PNG 格式导出，表格支持 CSV、Excel 等格式导出。	病案首页质量控制系统	套	1
66.			病案首页数据采集：病案首页数据自动采集、清洗和分组的功能，即系统通过病案编目系统提供的接口自动抽取病案首页数据。 病案首页数据质控：系统可以对采集到的病案首页数据根据质控规则进行质控和评分。			

			病案首页质控规则维护：分别针对临床版和编目版病案首页数据，系统要内置国卫办医发【2016】24号《住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016版）的通知》中住院病案首页必填项目及住院病案首页数据质量评分标准。 首页质控日监测：系统对每天编目的病案首页进行质控监测，以便质控人员了解每份病案违规情况，并对各类病例进行病例数统计以便及时发现问题并修改。 全院质控：根据系统维护的病案首页字段中质控规则及标准，系统可以对全院病案首页数据进行质控评分。 科室质控：根据系统维护的病案首页字段中质控规则及标准，系统可以对特定科室病案首页数据进行质控评分。 病区质控：根据系统维护的病案首页字段中质控规则及标准，系统可以对特定病区病案首页数据进行质控评分。 医师质控：根据系统维护的病案首页字段中质控规则及标准，系统可以对各医师病案首页数据进行质控评分，从病案首页数据完整性、必填项完整率、平均得分、首页优秀率、合格率、各数据项违规病案统计、违规项分布等进行质控分析。 个案质控：可以查看具体病例病案首页质控结果。 手动质控：提供病案的全流程质控，实现病案室、编码员、临床医生等多环节质控。 手动质控进度监测：系统提供病例的手动质控进度监测功能，为临床医师、编码员或者质控员提供是否质控、是否通过、是否修改、申诉等状态。 编码内涵质控：系统可以对病案手术编码漏填进行质控和提示；可以对以下方面进行内涵质控、问题提示或监测。 编码推荐：系统可以根据病例出院记录等信息校验并推荐标准的ICD编码。 首页数据管理：系统支持病案首页数据的查看、修改和导出。		
--	--	--	--	--	--

			病案实时同步：系统支持为第三方系统提供数据实时同步并质控的功能。 报表：系统提供病案首页质控数据统计报表。 日志服务：提供系统的用户访问、操作信息等的记录和查询服务。 角色管理：系统满足医院业务情况设置不同用户角色并定义各角色系统可访问的页面菜单权限等。 用户管理：系统提供用户信息的动态维护功能，进行用户管理及所属角色定义，定义系统的用户，实现 RBAC 的权限模型。 组织结构信息管理：系统提供院内临床科室组织结构信息动态增加、删除、修改、隶属关系维护等功能。 字典管理：系统提供院内字典信息动态增加、删除、修改、搜索等功能，管理员可以在页面选择相应字典信息进行操作。 菜单管理：系统提供所有菜单信息的页面展示，包括菜单名称、菜单的 URL 路径、菜单顺序和菜单备注信息等。 系统管理：系统具有很强的灵活性，提供系统的诊断 ICD、手术 ICD 版本配置、审核层级配置、分组质控接口地址配置、审核层级配置等。 监控管理：系统提供对系统中各种资料的监控信息的展示、重置、记录日志并重置操作功能。 通知管理：系统提供对各种通知信息的展示、添加、修改、删除操作。 代码生成：系统提供通过输入模块名称、业务名称、实体名称、表名称信息，自动生成相应代码。 数据导出：为满足数据二次利用，系统针对图形和表格支持数据导出功能。		
67.	OA 办公系统		公文管理：要求系统支持收文管理、发文管理，支持拟稿、流转、审批、签发、办理、发送、归档等发文流程操作，同时支持收文、登记、拟办、传阅、归档等收文流程操作，提高公文流转效率。	套	1

			流程管理：系统将不同的业务流程表单进行归纳总结，按照流程进展，对个人参与的业务流程进行分类管理，分别是发起申请、我的草稿、待办任务、办理记录、在途申请、历史申请、已阅列表、待阅列表、已办列表，方便用户处理和查询相关业务流程数据。 信息管理：要求系统支持医院内部各类公开信息的定制与发布，最大程度满足医院信息发布的需求，为此提供栏目管理、权限管理、发布信息、已发信息、撤回信息、草稿信息等功能，不但提供信息发布渠道，还可以精准控制信息的阅读权限，具有阅读权限的人员，才能看到发布的信息，保证信息的安全性。 日常业务：要求系统支持定制各种日常业务，日常业务涵盖了医院的所有科室，可以根据业务的发展情况，动态修改业务流程和表单数据，以满足业务的需求。其中包含物资申购、医疗耗材招标申请、设备维修申请、信息设备申请、护理会诊申请、院办公会申请等。 日程管理：要求系统提供日历模式的个人日程、领导日程、部门日程的管理功能，不但可以查看、编辑日程，日程管理还为用户提供提醒功能，定时提醒用户日程内容。对于领导层，还可以授权其他用户为其代写日程，最大限度满足用户需求。 会议管理：要求系统支持用户申请会议，用户可以查看会议室的预约情况，对不同的会议室，不同时间段进行会议的预约，避免会议冲突的尴尬；为了更好的支持会议管理功能，系统为会议管理员提供会议室管理和会议室内设备管理功能，用户可以根据会议的人数，会议所需设备等具体情况，选择不同的会议室进行预约，让公共资源得到最大程度的合理应用。 车辆管理：要求系统支持用户申请用车，用户可以根据业务需求，向医院申请用车，根据车辆的用途和承载能力，选择不同的车辆进行申请。系统还为车辆管理员提供车辆信息、车辆保养、车辆	
--	--	--	---	--

			维修、车辆出入库记录等信息维护功能，方便用户查阅每辆车的信息及使用情况。 文件管理：要求系统不但为用户提供个人文件管理功能，还提供公共文件管理功能。个人文件管理，是每个用户用来存储个人文件的地方，相当于个人网盘，方便在系统中查看和下载。公共文件管理，通过控制文件的权限，只有具有权限的用户才可以查看、下载公共文件，实现医院信息资源的共享。 值班管理：要求系统提供值班管理功能，通过设置基础的值班规则，系统按照值班规则，自动排班，用户可以查看个人值班情况，也可以发起值班调整申请，对值班进行调整。另外，系统还支持值班统计功能，可以统计一段时间内用户的值班次数。 工资管理：要求系统为用户提供个人工资查询的入口，可以查看详细的工资条信息。还为财政工作人员提供工资上传、党费公式计算、工资查询等功能。 工作计划管理：要求系统以门户的方式提供工作计划和工作任务管理功能，为计划管理员提供计划的制定、计划任务的新增、分配、验收等功能，为了确保计划按时完成，还为用户提供催办任务功能。为任务执行人员提供任务的认领、任务的执行、任务的反馈等功能，确保任务按时完成。 综合评测：要求系统提供考核管理、考试管理、调查问卷管理、投票管理等功能，加强医院内部的考核机制，调动医务工作人员的工作积极性，督促医务工作人员提高业务水平。系统还提供数据统计分析功能，方便决策者从中提取信息，加强内部管理。 院内信：要求系统提供院内信的功能，相当于一个系统内部的邮箱功能，实现信件编写、发送、收信等功能，方便医院内部人员之间的沟通。 论坛：要求系统为医院内部人员提供自由交流的区域，可以进行各方面的信息讨论。方便用户在此发帖、回帖、查看帖子等。		
--	--	--	--	--	--

			公文管理:要求系统支持收文管理、发文管理,支持拟稿、流转、审批、签发、办理、发送、归档等发文流程操作,同时支持收文、登记、拟办、传阅、归档等收文流程操作,提高公文流转效率。		
68.	电子病历	门(急)诊电子病历	门(急)诊病历编辑相关详细要求如下: 病历创建:要求支持提供患者就诊后,医师可以创建患者的病历记录的功能。 病历编辑:要求支持提供门(急)诊医师创建病历后,可以书写、保存病历的功能。 病历签名:要求支持提供病历书写完成后,医师可以签名,签名可以配置宋体或图片的功能。 病历打印:要求支持提供门诊医师可将签名后的病历打印出来的功能。 病历删除:要求支持提供门诊医师可以删除保存过的有问题病历的功能。 病历数据绑定:要求支持提供门诊医师在创建患者病历时,引用该患者的基本信息数据的功能。 病历引用:要求支持提供门诊医师可以引用患者历次就诊的病历的功能。 病历模板库管理功能相关详细要求如下: 病历目录管理:要求提供按照电子病历基本架构标准管理的标准病历目录数据的功能。 病历模板管理:要求提供实施工程师、高级用户对病历模板进行维护管理的功能。 病历知识库模板管理:要求提供高级用户对知识库进行维护管理的功能。 病历模板版本管理:要求提供高级用户修改模板,得到医务科确认后发布版本的功能。 系统配置管理功能相关详细要求如下:	套	1

			基础字典管理:要求提供项目实施通过基础字典管理新增、修改字典显示的 HIS 系统数据的功能。 数据引用管理:要求提供项目实施或产品实施维护病历结构化单元需要引用的患者基本信息、医嘱信息、诊断信息、费用信息的功能。 病种管理:要求提供高级用户维护病种以及病种与科室、icd 疾病、知识库之间的关联的功能。 图库管理:要求提供高级用户维护图库的功能。 病历导航目录管理:要求提供高级用户维护显示在临床医师书写界面的病历目录的功能。 系统参数管理:要求提供项目实施或产品组实施使用系统参数配置用户各项个性化需求的功能。 病历权限管理功能相关详细要求如下: 操作权限管理:要求提供高级用户根据医务科的管理规定,用脚本对病历的操作进行权限管理的功能。 浏览权限管理:要求提供高级用户根据医务科的管理规定,用脚本对病历的浏览进行权限管理的功能。 加载权限管理:要求提供高级用户根据医务科的管理规定,用脚本对病历的加载进行权限管理的功能。 授权权限管理:要求提供高级用户根据医务科的管理规定,用脚本对病历的授权进行权限管理的功能。 创建权限管理:要求提供高级用户根据医务科的管理规定,用脚本对病历的创建进行权限管理的功能。 诊断证明书审核 诊断证明书保存: 要求提供门诊医师对诊断证明书创建、编辑、保存的功能。 诊断证明书签名: 要求提供门诊医师对诊断证明书签名的功能。 门诊办公室审核: 要求提供门诊办公室审核已签名的诊断证明书		
--	--	--	--	--	--

			的功能。 ▲诊疗信息引用：要求门诊病历书写过程中支持查看本次及历次就诊过程中的检验、检查、医嘱等相关信息并按特定的格式回写到门诊病历中。 病历签名：要求提供病历书写完成后，医师可以签名保存，签名可以灵活配置宋体签名或图片的功能，同时支持 CA 数字认证签名功能，所有病历支持 CA 数字认证签名。 ▲界面显示大小配置功能：要求门诊病历书写界面可以根据用户的使用习惯显示对应的界面比例大小。 病历模板库管理功能相关要求如下： 病历目录管理：要求提供按照电子病历基本架构标准管理的标准病历目录数据的功能，满足电子病历系统建设的标准数据规范。 病历模板管理：要求提供对病历模板进行维护管理的功能，可以对基础模板、科室模板进行审核，只有通过审核的基础模板和科室模板才能在临床系统中使用。 ▲病历文档片段管理：要求提供对病历文档片段进行维护管理，提供文档片段的审核查验功能，未审核通过的模板无法下发到临床进行使用，有效的避免了不合格的文档片段内容写入到病历文书中。 病历模板版本管理：要求提供修改基础模板和科室模板，得到医务科确认后发布版本的功能，每个版本都有严格的申请审批流程，只有审核通过的病历模板才能发送到临床科室使用。 门诊（急）诊病历补打功能相关要求如下： 门诊（急）诊病历保存：要求提供门诊医师对门（急）诊病历创建、编辑、保存的功能。 门诊（急）诊病历签名：要求提供门诊医师对门（急）诊病历签名的功能。 医师或者自助机打印：要求提供门诊医师或者自助机打印门（急）		
--	--	--	---	--	--

			诊病历的功能。 门（急）诊病历补打：要求提供门（急）诊护士补打门（急）诊病历的功能。 病历模板库管理功能要求详细说明如下： 病历目录管理：要求提供按照电子病历基本架构标准管理的标准病历目录数据的功能。 病历模板管理：要求提供病历模板的定义、设计及模板版本管理等功能。 病历模板标题管理：要求提供病历模板标题的定义和维护的管理功能。 病历知识库模板管理：要求提供病历知识库模板的定义、维护及配置的管理功能。 病历模板审核管理：提供病历模板的审核的管理功能。 住院病历编辑功能要求详细说明如下： 病历创建：要求提供医师创建病历文书的功能。 病历编辑：要求提供病历书写、修改及保存的功能。 病历签名：要求提供病历书写完成后，医师确认病历内容并签名的功能。签名可以是宋体文字签名，也可以是图片签名。 病历打印：要求提供医师将签名后的病历打印出来的功能。 病历删除：要求提供医师删除保存过的有问题的病历的功能。 病历数据引用：要求提供医师在创建患者病历，引用该患者的基本信息数据的功能。 病历引用：要求提供医师可以引用患者历次就诊的病历的功能。 电子病历浏览器功能要求详细说明如下： 就诊历史记录浏览：要求提供护士或手术科室查看患者历史就诊记录的功能。 病历文书浏览：要求提供护士或手术科室等浏览患者历次就诊的病历文书的功能。		
69.	住院医生电子病历			套	1

			检查、检验、医嘱单、体温单浏览：要求提供护士或手术科室等查看患者历史就诊的检查、检验、医嘱单、体温单等信息的功能。 电子病历术语管理功能要求详细说明如下： 术语目录管理：要求提供按照标准病历目录数据的标准术语目录数据的功能。 术语管理：要求提供高级用户或项目实施人员依据卫计委的标准电子病历数据标准 WS445 的功能。 术语对照管理：要求提供高级用户或项目实施人员对术语和模板元素进行关联的维护管理功能。 系统配置管理功能要求详细说明如下： 基础字典管理：要求提供项目实施通过基础字典管理新增、修改字典显示的 HIS 系统数据的功能。 数据引用管理：要求提供项目实施或产品实施维护病历结构化单元需要引用的患者基本信息、医嘱信息、诊断信息、费用信息等数据接口管理的功能。 病种管理：要求提供高级用户维护病种与科室、icd 疾病、知识库之间的关联的管理功能。 图库管理：要求提供高级用户对图库的配置和维护的管理功能。 病历导航目录管理：要求提供高级用户维护显示在临床医师书写界面的病历目录的管理功能。 系统参数管理：要求提供项目实施或产品组实施使用系统参数配置用户各项个性化需求的管理功能。 病历权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，用脚本对病历的保存、打印、删除、签名、留痕等操作进行权限管理的功能。 病历浏览权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，用脚本对病历的浏览进行权限管理的功能。 病历加载权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，	
--	--	--	---	--

			用脚本对病历的加载进行权限管理的功能。 病历授权权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，用脚本对病历的授权进行权限管理的功能。 病历创建权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，用脚本对病历的创建进行权限管理的功能。 隐私保护管理功能要求详细说明如下： 隐私域管理：要求提供高级用户对隐私域的配置和维护的管理功能。 ▲病历模板审核管理：要求提供修改基础模板和科室模板，得到医务科确认后发布版本的功能，每个版本都有严格的申请审批流程，只有审核通过的病历模板才能发送到临床科室使用。 ▲病历收藏：要求对医生在对病人诊疗过程中发现的有重要价值的病例进行收纳。要求提供自定义的病例分类目录功能，医生根据实际工作需要，管理病例的分类目录，允许医生建立自定义的多级分组目录，并提供默认的分组目录（科研，教学，随诊，文章，VIP，其它）。 ▲病历结构化查询功能：要求提供病历的结构化查询功能，临床医生可以根据自己的科研和诊疗需要对本科室或则全院的病历文书进行结构化检索，病历结构化内容可以作为检索查询条件维护，也可以作为查询结果输出列进行输出。 ▲住院病历留痕功能：要求提供病历留痕功能，在病历文书完成并签名后，再次修改的病历内会在病历文书中记录修改人、修改时间、修改 IP 等相关信息,方便后续对病历文书的修改记录进行追溯。 图片生成功能要求详细说明如下： 图片生成服务程序:要求提供将每天产生的病历都生成图片并上传的功能。 病历图片获取公共服务：要求提供第三方系统获取患者就诊的图		
--	--	--	--	--	--

70.	病历质控系统	片列表及病历内容图片的功能。 病历模板库管理功能要求详细说明如下： 病历目录管理：要求提供按照电子病历基本架构标准管理的标准病历目录数据的功能。 病历模板管理：要求提供病历模板的定义、设计及模板版本管理等功能。 病历模板标题管理：要求提供病历模板标题的定义和维护的管理功能。 病历知识库模板管理：要求提供病历知识库模板的定义、维护及配置的管理功能。 病历模板审核管理:提供病历模板的审核的管理功能。 住院病历编辑功能要求详细说明如下： 病历创建：要求提供医师创建病历文书的功能。 病历编辑：要求提供病历书写、修改及保存的功能。 病历签名：要求提供病历书写完成后，医师确认病历内容并签名的功能。签名可以是宋体文字签名，也可以是图片签名。 病历打印：要求提供医师将签名后的病历打印出来的功能。 病历删除：要求提供医师删除保存过的有问题的病历的功能。 病历数据引用：要求提供医师在创建患者病历时，引用该患者的基本信息数据的功能。 病历引用：要求提供医师可以引用患者历次就诊的病历的功能。 电子病历浏览器功能要求详细说明如下： 就诊历史记录浏览：要求提供护士或手术科室查看患者历史就诊记录的功能。 病历文书浏览：要求提供护士或手术科室等浏览患者历次就诊的病历文书的功能。 检查、检验、医嘱单、体温单浏览：要求提供护士或手术科室等查看患者历史就诊的检查、检验、医嘱单、体温单等信息的功能。	套 1	

			电子病历术语管理功能要求详细说明如下： 术语目录管理：要求提供按照标准病历目录数据的标准术语目录数据的功能。 术语管理：要求提供高级用户或项目实施人员依据卫计委的标准电子病历数据标准 WS445 的功能。 术语对照管理：要求提供高级用户或项目实施人员对术语和模板元素进行关联的维护管理功能。 系统配置管理功能要求详细说明如下： 基础字典管理：要求提供项目实施通过基础字典管理新增、修改字典显示的 HIS 系统数据的功能。 数据引用管理：要求提供项目实施或产品实施维护病历结构化单元需要引用的患者基本信息、医嘱信息、诊断信息、费用信息等数据接口管理的功能。 病种管理：要求提供高级用户维护病种与科室、icd 疾病、知识库之间的关联的管理功能。 图库管理：要求提供高级用户对图库的配置和维护的管理功能。 病历导航目录管理：要求提供高级用户维护显示在临床医师书写界面的病历目录的管理功能。 系统参数管理：要求提供项目实施或产品组使用系统参数配置用户各项个性化需求的管理功能。 病历权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，用脚本对病历的保存、打印、删除、签名、留痕等操作进行权限管理的功能。 病历浏览权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，用脚本对病历的浏览进行权限管理的功能。 病历加载权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，用脚本对病历的加载进行权限管理的功能。 病历授权权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，	
--	--	--	---	--

			用脚本对病历的授权进行权限管理的功能。 病历创建权限管理：要求提供高级用户根据医务科的管理规定，用脚本对病历的创建进行权限管理的功能。 隐私保护管理功能要求详细说明如下： 隐私域管理：要求提供高级用户对隐私域的配置和维护的管理功能。 ▲病历模板审核管理：要求提供修改基础模板和科室模板，得到医务科确认后发布版本的功能，每个版本都有严格的申请审批流程，只有审核通过的病历模板才能发送到临床科室使用。 ▲病历收藏：要求对医生在对病人诊疗过程中发现的有重要价值的病例进行收纳。要求提供自定义的病例分类目录功能，医生根据实际工作需要，管理病例的分类目录，允许医生建立自定义的多级分组目录，并提供默认的分组目录（科研，教学，随诊，文豪，VIP，其它）。 ▲病历结构化查询功能：要求提供病历的结构化查询功能，临床医生可以根据自己的科研和诊疗需要对本科室或则全院的病历文书进行结构化检索，病历结构化内容可以作为检索查询条件维护，也可以作为查询结果输出列进行输出。 ▲住院病历留痕功能：要求提供病历留痕功能，在病历文书完成并签名后，再次修改的病历内会在病历文书中记录修改人、修改时间、修改 IP 等相关信息方便后续对病历文书的修改记录进行追溯。 图片生成功能要求详细说明如下： 图片生成服务程序：要求提供将每天产生的病历都生成图片并上传的功能。 病历图片获取公共服务：要求提供第三方系统获取患者就诊的图片列表及病历内容图片的功能。		
71.	住院病案管理系统		接诊日志：要求支持查看住院接诊、病案号分配及创建病历主索引	套	1

			引情况。 出院查询：要求支持查询出院病历、退回病历、批量回收出院病历功能。 病案操作：要求支持处理病案流通过程中的回收、上架功能，提供打印条形码、批量操作，撤销操作等功能。 病案编目：要求支持对病案首页进行编目操作，支持全编目和非全编目（只编诊断和手术操作），支持保存草稿，查看电子病历，费用，附页等信息。提供内置诊断和手术的编目规则，对编目错误进行提示。 病案复核：要求支持病历无纸化后工作人员对病历内容进行复核操作。 病案借阅：要求支持针对纸质病历，操作病案借阅，记录借阅人、借阅目的、借阅内容等信息。 病案复印：要求支持对病案复印进行登记，记录委托人信息、复印张数、复印内容、复印目的等内容，并进行收费，记录费用，打印发票功能。 病案查找：要求支持通过病案号，患者姓名，证件号码等查询病历并展现病历的流通时间线。 病案综合查询：要求支持自由组合病案首页数据、编目数据来作为查询条件检索病历，要求支持创建不同的查询方案。 状态查询：要求支持查询质控不合格病历、未完成特定操作病历、当前状态病历、历史状态病历。 退回统计：要求支持统计病历 3 日、5 日、7 日退回情况。 复印统计：要求支持查询复印明细。 收费统计：要求支持统计病历复印收费明细。 借阅查询：要求支持按条件查询借阅病历。 ▲ workflow 维护：要求支持住院病案的流通流程定义，维护病案流通流程中的各个流程节点的顺序、约束等信息。		
--	--	--	---	--	--

			工作量统计：要求支持统计各个步骤的工作量。支持根据病历上架号进行纸质病历上架、与病案号进行关联检索 网上预约：网上预约借助互联网技术平台，为体检机构提供广泛的体检预约途径。网上预约要求涵盖微信、支付宝、APP、官网等各种在线预约渠道，可为体检机构开发互联网新客户，提升客户体验及满意度，广泛宣传体检机构，提升品牌价值，基于存量业务提供在线增值服务。 具体功能要求包括：在线调查问卷；预约号源排期；个人预约（1+X模式）；团体预约（公费加项、自费加项、显示改期）；在线缴费 在线调查问卷：要求支持基于系统健康评估模块维护的问卷内容，在线对用户进行预约前的基本信息（如病史、生活习惯等）筛查。通过科学的问卷评估模型可初步掌握用户身体状况，对用户可能存在的潜在疾病进行评估，为用户自主在线选择项目提科学的依据，进而提升用户体验质量，助于体检机构进行精准筛查。 预约号源排期：要求支持根据体检机构容纳量，可对网上预约限额进行管理。目前号源维护是基于VIP等级（套餐类型）、性别、预约类型（个人或团体）、日期、科室五个维度进行划分。可通过限额模板批量生成限额信息。要求支持每日按时段预约。特殊团体可维护成主场团体，进行该团体私有的号源维护。 个人预约（1+X模式）：要求支持个人预约，在线可以选择一个基础体检套餐加自助选择体检项目的模式进行体检预约。可在线查询预约记录；取消预约记录。 团体预约：要求支持团体预约记录通过线下生成，分组并导入名单后，团体成员可在线选择公费项目或自费项目进行预约，可以针对预约记录进行项目修改和体检日期修改。 在线缴费：要求支持个人预约或团体自费加项完成后，可自动在体检系统登记，线上完成项目缴费。到达体检机构后可通过自助机打印导诊单，根据分诊信息进行科室检查，减少客户排队等待		
72.	体检业务	体检系统		套	1

			时间，节省体检机构医护资源。 体检前台预约 要求支持体检前台预约提供个人体检业务办理，单位体检业务办理，预约记录查询及体检单据打印的功能。个人体检业务主要是建立客户信息、预约体检时间、体检项目等。在建立客户信息时，系统支持通过姓名检索历史记录，支持通过就诊卡、身份证获取信息，支持拍照并保存客户照片。单位体检业务办理，系统支持批量导入体检人员、批量加项等操作。 具体功能要求包括：预约管理、个人基本信息维护、个人预约、个人预约查询、网上预约查询、团体合同、团体基本信息维护、团体预约、团体预约查询、退费申请等。 详细功能要求说明如下： 预约管理：要求支持设置体检中心网络预约及现场预约的限额，当到达预约数量时提示前台已达预约限额。 个人基本信息维护：要求系统支持通过姓名、身份证等查询系统中的个人基本信息记录；没有记录的、可新建客户基本信息；有记录的可以修改已有的客户基本信息；信息维护时可以拍照并保存客户的照片。 个人预约：要求系统支持通过就诊卡、身份证、姓名获取已有的客户信息直接预约、也可以建立客户信息后进行预约，预约时可以直接拍照并保存客户照片，预约界面显示的套餐和项目根据客户的VIP等级、性别、婚姻状况等自动进行过滤，选择套餐和项目支持模糊查询，选择完成可以按需打印体检指引单、检查检验条码。职业病体检提供职业病相关的基本信息、职业史、病史、职业病史等内容的录入保存功能。 个人预约查询：要求系统支持登记号、姓名、团体、预约状态等条件的组合查询功能，也支持通过读身份证直接查找预约记录。选中预约记录，可以设置先体检后交费、可以对费用进行折扣、	
--	--	--	---	--

			销售金额优惠，可以打印指引单、检查检验条码、病理单等单据，可以给客户进行报到操作，对已约未报到的记录可以修改体检日期或者进行取消体检操作。 团体基本信息维护：要求系统支持通过团体名称或者负责人查询团体档案、可以新建团体基本信息、也可以修改已有的团体基本信息。 团体预约：要求支持团体预约可以新建团体预约记录、设置团体体检的起始日期和截止日期、支付方式为团体统结或者团体人员自结、是否先体检后缴费以及其他必要设置等，系统支持自动进行分组并将团体人员批量导入到对应分组中，并可以为分组中人员批量增加项目，系统还支持对分组中选定的人员以公费或自费的形式增加项目。 团体预约查询：要求支持团体预约查询可以查询团体的预约记录，可以计算团体的总费用，可以对团体进行折扣或者销售金额的优惠，可以查看打印团体的已检未检人员情况，也可以导出团体的费用清单；系统还提供复制历史团体预约记录的分组和项目。 体检中心要求可为客户建立档案信息，能快捷办理各种类型的体检，在客户报告时一键打印体检的各类单据。 分诊排队分诊排队为诊室提供叫号、顺延、过号功能，在诊室检查结束时为体检客户分配下一站诊室。对系统自动分配的诊室，可进行人工干预，对不想检查的诊室进行放弃等操作。 具体功能要求包括：体检诊室维护、诊室调整、采血台及诊室叫号，分配诊室 体检诊室维护： 诊室调整：要求支持展示各诊室的等候人数、时间、过号人数；查询体检客户的第一诊室或者当前诊室；对已分配的诊室进行人工干预，如更换诊室，暂停排队等； 采血台及诊室叫号，分配诊室：要求支持采血护士或诊室医生对		
--	--	--	--	--	--

			当前分配到自己诊室的体检客户依次进行叫号、对未到达的客户进行顺延、过号操作；完成采血或者检查喉为客户分配下一站体检诊室。 分诊排队结合体检中心的检查区域安排、各诊室的检查时间、基本医疗规则实现让体检客户排队时间最短，提升客户满意度；结合门头屏、自助机等体检中心可安排体检客户高效、有序参加体检。 体检采血 要求支持体检采血根据诊室分配人员依次叫号采集标本、记录采集时间和采集人；标本运送员运送标本可建运送单并将标本记录到对应运单、可以查询运送单的处理状态； 具体功能要求包括：采集标本、标本采集一览、标本运送； 详细功能要求说明如下： 采集标本：要求支持根据诊室分配人员依次叫号采集标本、记录采集时间和采集人 标本采集一览：要求支持直观展示各采血人员标本采集数量、可导出标本采集详细数据 标本运送：要求支持运送员可以建运送单并将标本记录到对应运单、可以查询运送单的处理状态； 采集标本的使用，要求详细记录客户的标本采集时间、采集人、也记录下各采血护士的工作量；标本运送有效解决了标本的遗漏问题。 体检科室医生 系统提供当前诊室的未检队列和已检队列；体检医生给客户录入体检结果、给出诊断建议、发现高危时可保存高危； 具体功能要求包括：结果录入、获取数据、图片报告上传 结果录入：要求提供体检结果的模板化录入，系统已维护了结果的关键词、体检医生可鼠标双击调出关键词模板进行选择、亦可	
--	--	--	---	--

			以自行进行修改，体检医生还可以查看客户当前项目的历史体检结果、也可以查看本次体检其他项目的检查结果。录入完成保存结果，可以为客户添加诊断建议、对建议可进行修改、最后对本诊室进行提交。系统支持自动提交。 获取数据：要求系统支持从身高体重及血压设备直接获取数据并保存到系统。 图片报告上传：要求支持主将图片报告上传到体检系统，最后在报告中打印。 要求支持体检医生实现鼠标点击即可完成的录入方式，提高提交效率；模板化的录入统一体检报告的风格；数据获取规避人工填写可能的错误。 体检收表管理 要求支持体检完成时收回客户的指引单、核对客户已完成全部项目的体检、预防客户没做完体检离开；未检的项目客户拒绝检查并签字确认、或者做退费申请去退费；要求支持收表时客户预约体检报告的领取时间和领取方式；可以查找当天未交表的体检客户、核实实际情况做具体操作。 要求支持通过扫码查找客户、显示就诊记录，选择就诊记录显示客户无结果项目及未提交的诊室，点击项目可以对项目谢绝检查。要求收表管理有效预防体检客户未做全部检查离开体检中心、并为客户预约报告领取时间和方式。 体检总检医生 总检分为初审和复审、要求支持系统对各诊室体检结果的异常进行汇总、根据综合检查结果自动生成总检结论建议，并由总检医生完成审核。系统可以提供历史结果对比、检查检验原始报告浏览功能。对健康证等特殊类别体检，可用发证管理给出结论并打印相关证件。 具体功能要求包括：总检初审、总检复审、发证管理	
--	--	--	---	--

			总检初审：要求系统支持总检医生通过组合条件查询未总检、已初审、已复审的体检客户，系统会自动汇总各诊室体检结果的异常进行汇总、并自动生成总检结论建议，要求支持总检医生可继续调出建议库添加建议、也可以对已有的建议进行修改，要求系统支持对建议进行合并排序，最终由总检医生审核并提交。总检医生可在总检界面浏览客户的历史结果、检查检验原始报告。发现高危可进行保存上报。 总检复审：要求支持对初审的建议进行审核和修改，完成最终的体检审核。 发证管理：要求支持对特殊类型如健康证的体检给出结论，打印出相关证件。 要求支持根据设置的体检结果和医生建议的关联实现自动总检功能，大大降低总检医生的工作量。 体检报告系统 体检报告系统主要提供个人报告和单位汇总分析报告的打印功能。系统支持导出报告的电子版。 具体功能要求包括：个人报告、保密报告、到期报告、团体报告 个人报告：要求系统支持通过组合条件查询出需要打印的报告、单打或者批量打印体检报告、支持导出 Word、PDF 格式的体检报告、支持导出体检结论。 保密报告：要求支持查询保密报告，保密报告不会出现在个人报告中。 报告已完成：要求支持报告入库并告知客户报告已准备好，并短信通知客户来体检中心领取报告。 取报告：要求支持记录报告领取人和领取时间。 到期报告：要求支持查询收表管理约取报告未取的报告。 团体报告：要求支持自动生成团体体检报告分析，各种常见疾病		
--	--	--	--	--	--

			的患病率、患病人数等；可以导出团体人员的异常值和体检结果 网上浏览体检报告 网上浏览体检报告提供互联网平台报告预约或下载功能。 具体功能要求包括：报告进度查询；报告预览、下载、打印 报告进度查询：要求支持通过录入客户基本信息在线查询当前报告进度。 报告预览、下载、打印：要求支持在线浏览 PDF 体检报告,方便客户随时查询报告详情，可自主下载打印。 体检收费 收费员对体检中心审核后的费用进行结算，给客户打印出体检发票及收费明细；系统支持包括现金、银行卡、体检卡、医保卡余额、微信支付宝等多种支付方式。收费员可进行扎账并打印日结账报表。可对体检中心已审核的退费申请进行退费。 具体功能要求包括：费用管理、收费员日结账、退费等功能 费用管理：要求系统支持单人结算、将多个单人体检结算到一起、支持将团体费用拆分进行结算，支持定义发票名称，并能支持各种支付方式。结算打印出发票。按需可打印收费明细小票。 收费员日结账：要求支持收费员对当天已收的体检费用进行扎账。 退费：要求支持对于前台已经做过退费的申请的收据，进行退费操作，所退项目是由体检前台确定。 体检卡管理 体检卡管理包含了体检卡的新建、充值、挂失、冻结等操作。按是否本人消费区分为体检预缴金和体检代金卡，其中代金卡不限制本人消费，预缴金和登记号绑定。 具体功能要求包括：体检卡管理、体检卡明细查询、体检卡状态查询、卡金额转移等功能 体检卡管理：要求支持可查询客户的体检卡记录、如卡信息、余额，可新建体检卡、体检卡充值并打印发票。	
--	--	--	---	--

			体检卡明细查询：要求支持查询体检卡的金额变动明细、可以补充充值发票。 体检卡状态查询：要求支持查询体检卡的状态 卡金额转移：要求支持卡之间的转账操作，可以批量新建卡并进行充值。 体检主任管理 具体功能要求包括：挂账折扣权限设置、质量上报统计、体检中心工作量统计、体检中心年度报表 挂账折扣权限设置：要求支持设置相关人员是否可以进行挂账、折扣的操作权限 质量上报统计：要求支持分为责任人和上报人两张报表，可以为科室计算绩效提供参考。 体检中心工作量报表：要求支持查询时间段内人员的各种工作量及明细。 体检中心年度报表：要求支持展示人次及收入情况 体检高危信息查询 体检医生检查过程中发现高危在录入时可以保存高危，总检在审核时发现高危也可以保存上报，其他未上报的高危则在高危信息查询通过设置的高危条件查询出来并做进一步的处理。 高危信息查询：要求支持查询科室医生上报的高危信息及设置好的高危条件查询到的高危结果，发送短信或者打电话通知体检者。可实现高危信息查询并进行高危管理。 体检统计查询 体检统计查询从收入、工作量、人次、体征及结果等多个维度提供查询功能，具体要求说明包括： 费用统计类： 要求支持体检卡汇总表、团体费用统计、收费员统计报表、科室收入统计、体检收入统计、体检费用统计。		
--	--	--	--	--	--

			疾病体征类： 要求支持疾病统计、体检结果分析、高危信息查询 工作量类： 要求支持体检中心工作量统计、体检中心年度报表、医生工作量统计、医嘱数量查询、科室工作量统计。 其他统计： 要求支持排队叫号统计、质量上报统计、体检自费人员未交费已检统计 日常查询类： 要求支持体检已检未检弃检查询、未回传结果项目查询、体检状态查询、体检综合查询 职业病体检 职业病体检是集成为体检系统中的一个功能模块，用于对有毒有害作业人员上岗前、在岗期间和离岗时的职业健康体检。职业病体检不仅能共用体检系统中已维护的基础数据，具有一套职业健康体检中特殊的知识库，并且在业务流程及操作上与体检系统基本一致，能满足大多数体检机构对职业健康体检的检查工作。 具体功能要求包括： 基础数据维护、个人预约职业病信息维护、团体人员职业病信息批量导入、快速选项、检查结论、个人报告、团体汇总报告、统计查询等 基础数据维护：要求支持检查种类维护、目标疾病维护、诊断依据维护、工种维护、防护措施维护、危害因素维护、危害因素对应目标疾病、危害因素对应诊断依据、危害因素对应检查项目、检查结论维护、处理意见模板维护； 个人预约职业病信息维护：要求支持个人预约职业健康体检成功后，能直接填写职业病体检中需要的信息（检查种类、危害因素、总		
--	--	--	---	--	--

			工龄、接害工龄、职业史、病史、职业病史等)。也可进行修改; 团体人员职业病信息批量导入: 要求支持团体人员导入职业病信息, 如: 检查种类、危害因素、总工龄、接害工龄等; 快速选项: 要求支持在个人加项、分组加项时, 能根据维护的检查种类和危害因素快速选择对应的职业病体检项目; 检查结论: 要求支持总检时, 查看检查结果, 可单独选择检查结论、填写处理意见等; 个人报告: 要求支持将个人体检中的基本信息、职业病信息、检查结果、检查结论等汇总, 形成职业病体检报告; 团体报告: 要求支持将团体中属于职业病体检人员的体检结果汇总, 包含各个检查种类, 危害因素下的人员、项目、目标疾病、各个检查结论的人次等。 根据国家规范及医院情况, 使工作人员能采集受检者职业病相关信息, 同时快捷的完成对职业健康体检的检查工作。 要求提供体检数据设置, 要求支持体检基础数据的设置与维护。包含但不限于体检项目维护、医生建议、住院体检设置、体检医嘱套维护、导检单顺序设置、客户VIP等级维护、体检医嘱扩展、体检医生权限管理、短信模板维护、体检配置、健康问卷配置。		
73.	护理业务	护理管理系统	护理档案管理: 要求护理档案管理通过对护士的个人档案信息的完善及管理来实现护理部对在职护理人员的统一管理, 方便护理部掌握在院所有护理人员的基本素质、学历分布、专业分布、年龄层次、聘任职称、护士层级、护士调科信息等等, 主要功能要求包括护士档案、技术能手、服务之星、护士离职、奖惩情况、离退休人员列表、护士排班看板、护士退休、人力指标、离职情况分布、人员一览表等等。 科室事务管理: 要求对护士工作进行安排、统计。主要功能要求包括关联床位管理、初始化节假日设置、排班日程、请假申请、护士长假备案、换班申请、改班申请、排班统计等功能, 关联床位	套	1

			管理是关联 HIS 病区专业组及床位。 护理工作管理：护理工作管理要求用于对护士的工作进行数据统计，实现完整的工作量数据统计工作。主要功能要求包括服务之星统计、技术能手统计、工作量项目、生成月报、工作量月报查询等功能。 质量控制：要求支持抽取质控指标进行表单重组,能够有效的根据敏感指标进行质控评价，要求采用 PDCA 循环质量管理能够有效的提升护理质控水平,要求通过友好的人机交互、三层质控和三级指标的系統分类、PDCA 的流程及科学的数据分析工具，为护理质量管理提供高效的解决方案,主要功能要求包括质控组管理、检查病区维护、检查病区分组、检查任务计划、质控排班、换班申请、质控任务发布、质控检查、随机检查、复查检查、质控问题汇总、质控统计分析等功能。 人员动态：要求包括科室轮转、弹性调配和院内调岗功能；其中科室轮转是对未定科的护士制定的轮转计划，计划发布后轮转护士分配到各个病区由带教老师指导其护理相关的工作；弹性调配要求包括计划性调配和随机调配,弹性调配一般用于突然状况(如疫情原因，部分科室患者急增，需要增加护士)进行护士批量调配；计划性调配要求需要护士长提交用人申请由科护士长或者护理部审核通过然后分配人员；随机性调配则由护士长直接将护士的调配信息提交即可。 组织管理：组织管理要求包括组织管理制度和组织规划功能。 组织管理制度要求支持对护理部、科室和病区对相关制度的维护、查阅以及护理文件的管理及维护工作。 组织规划要求支持护理部对工作计划、工作计划、工作重点的维护工作，其中工作计划和工作重点又分为年度、季度、半年和月底计划和重点。 护士长手册：要求根据项目实际情况进行系统的功能优化升级。		
--	--	--	---	--	--

			具体功能要求包括手册说明、护理人员信息、计划总结、质量管理、风险管理、日常事务管理、护理查房、病例讨论、手册审阅等功能。 护理教学：要求包括日常练习（章节练习、真题模考、学习资料库）、考核发布、理论考核、技能考核、应急预案考核、应急预案演练、教学情况汇总（综合汇总、培训汇总、考核汇总）等功能。 护理调查：要求包括护士满意度调查、患者满意度调查和出院随访等功能。 科研管理：要求科研管理支持对在院护士的发表论文、交流获奖论文、年底上交论文、科研立项、科室创新、获奖科研、专利备案、新技术申报审批等功能的填报。 专业组：要求支持医院对于各个专科专业组、人员进行分配登记，此外还有专科护士备案以及再认证等工作也可以在系统中进行相关信息的统计。 实习进修：要求包括实习生列表、进修人员管理、轮转管理、人员登记、培训管理、奖惩记录等功能。 护理指标分析：要求包括敏感指标、医疗照护（工作量）指标、人力指标、安全通报指标、质量考核指标；建立指标数据平台，可实现与 HIS 系统、移动护理、护理病历、护理排班、不良事件、人力系统、院感系统等护理相关系统的对接，要求指标系统支持高度可配置化管理，支持数据源定义、指标的快速构建、报表模板定义等，可满足护理指标数据的提取。要求支持根据填报、上报、导入需求进行模板的定制，系统需根据敏感指标的要求，自动导入符合国家护理质控平台要求的模板。 基础数据维护：要求包括片区（大科）设置、科室设置、病区设置、楼层设置、全局排班类型管理、病区排班类型管理、质控项目管理、公共代码维护、节假日维护、用户设置、教学维护、专科护士再认证项目、调查问卷维护等。片区（大科）设置要求实	
--	--	--	--	--

			现对片区（大科）的添加功能，并可以关联所辖科室；科室设置要求实现对科室添加功能，并支持关联所辖病区；病区设置要求支持病区的添加功能，需支持顺序调整、关联所属科室功能，要求支持与 HIS 病区的关联；楼层设置是对楼层的维护，要求支持楼层关联病区功能；全局排班类型管理是护理部对全院所有排班班次的维护功能，要求支持顺序调整、班次时间段的维护、班次导出等功能；病区排班类型管理要求支持病区护士长对本病区所属班次的添加、班次时间段的维护功能；要求质控项目管理支持对质控指标的添加、编辑、删除、导入、导出功能；公共代码维护需支持对系统公共代码的维护功能；节假日维护需支持对国家法定节假日的维护功能；用户设置需实现对用户的 his 信息的相关关联；教学维护需支持对理论项目、技能项目的考核题目的维护；专科护士再认证项目要求支持相关认证项目的维护；调查问卷维护要求支持对护士满意度调查、患者满意度调查以及出院随访问卷的维护。 系统设置：要求支持对护理管理系统参数的维护。具体功能要求包括模块设置、菜单设置、菜单权限设置、病区权限设置、用户角色管理、系统参数设置、综合参数设置、列表配置、夜班费及系数等。 护理文书：支持护理病历表单实现高度可配置化输出管理，满足包括表单编辑及打印样式配置；病历适用范围配置；表单元素组件、值类型、合法值、必填项、医学表达式、级联策略的约束；支持表单签名、出入量统计、动态表头、人体图、一键引用等功能；支持护理病历数据流动，包括数据同步及数据导入，满足病历数据共享；支持护士对出院护理病历提交归档操作，支持查阅提交记录。 血糖单：要求支持单人 and 多人批量两种输入血糖数据模式，自动生成血糖单，自动生成血糖趋势图，趋势图可展示每个采集值的		
74.	护理病历系统			套	1

				详细信息，支持根据血糖采集状态过滤查看。 评估单：要求系统支持入院评估、Gordon11 项身体结构功能评估以及各专项评估，可自动生成护理评估单。 中医专科评估单：要求系统支持护理人员通过对证候症状、主要症状、中医护理技术、主要辨证施护方法，开展中医护理方案制定，支持对中医护理方案、中医护理技术依从性/满意度、中医护理技术应用情况、主要辨证施护方法应用情况等维度的统计。	
75.	平台业务	基于平台的应用	患者 360 全息视图	医护人员查询患者：要求医护人员通过患者主索引，患者基本信息等查询患者，确定患者查看全息视图，可以通过就诊信息查询患者的基本信息及此就诊的量等等。 收藏关注的患者：要求用户可以通过查询或者在诊疗表关注自己的患者或者感兴趣的患者的病例。 临床信息菜单配置： 1、临床信息菜单要求包含患者的就诊史，诊断，医嘱信息，用药信息，检查信息，检验信息，手术信息，输血记录，会诊记录，过敏信息，护理信息，病历报告等等。 2、要求根据不同的角色查看不同的临床信息。 3、要求能够为外部的菜单提供配置的环境和展示方式。 临床信息显示： 1、要求分类信息显示，全选就诊记录，按照临床分类展示全部信息数量和临床信息内容，用户可以根据时间段，类型等等展示不同的内容。 2、要求就集成显示，某次就诊中有哪些临床表现，是否有手术，做过哪些检查检验等等。 检查检验报告对比显示： 1、要求医护人员可以选择关注的指标对比展示报告内容。 2、要求检查中的影像报具有告集成显示和对比。 权限隐私域管理：	套 1

			1、要求根据不同的角色设置不同的权限，查看不同的临床信息分类。 2、要求隐私域配置，以防止患者就诊的隐私信息被泄漏，管理员维护隐私的元素，控制展示隐私的内容。 3、要求医护人员可以通过申请权限，查看的隐私内容。 图标类信息下载：要求医护人员可以下载生成的图标信息，反映治疗过程的情况。 专科化视图集成显示： 1、要求根据不同的科室或者诊断，将患者统一科室或者诊断的治疗过程集中显示； 2、要求用户可以配置指标范围，从而更好的了解患者就诊信息，同事可以下载治疗过程的重要指标曲线图，为科研论文提供依据。 六薄是常见的医院上报患者数据的报表，要求包括出院传染病病人登记簿，出院感染病人登记簿，出院手术病人登记簿，出院抢救病人登记簿，出院死亡病人登记簿和出院病人登记簿。 出入转统计报表反映病房每天的实际运营情况，要求通过科室组，科室，病区组，病区等不同维度，统计住院科室的每天入、出、转患者情况、床位使用情况和其他重点监控指标，从而反映住院科室的运营情况。 挂号统计是门急诊挂号工作量的统计，要求提供科室、医生、出诊情况、挂号时段、节假日等多维度的挂号分析和同环比的趋势分析，从而反映门急诊每天的运营情况。 医技项目统计是对特殊的医技工作量做统计分析，要求通过可配置的医技项目，实现对科室医生的医技工作量的统计分析。 特殊项目的统计是对于某些重点关注的项目做统计，要求对特殊项目的人员做统计分析，对特殊项目的数量金额做统计分析等。 要求统计室报表具有灵活自主的报表配置方式和基于预计算的数数据存储模式，可以快速完成统计相关的分析需求。		
76.		业务报表		套 1	

77.	特别专科系统	治疗科室工作站	治疗申请：要求系统支持治疗申请单独独立申请，也支持医嘱录入直接录入医嘱审核申请。申请成功后，门诊患者缴费后可到相应治疗科室进行治疗，住院患者可直接前往治疗科室进行治疗。 治疗分配：要求治疗分配为可选流程，可指定需分配的治疗医师，若启用此流程，则治疗申请只有分配到指定人员才可进行治疗预约或治疗。系统实时展示可分配治疗师名下的申请单数，便于进行及时调整，平衡分配。 治疗预约：要求支持系统内治疗申请分为两种类型，一种是直接执行，另一种是治疗预约。直接执行无需预约，直接进行治疗记录的保存完成治疗即可。需要进行预约的治疗申请，由治疗师选择相应日期及治疗师的的治疗排班进行预约治疗。系统支持为多个申请进行批量预约，也支持为已预约的记录取消预约，可打印预约凭证。 ▲治疗执行：要求支持治疗师按不同组合条件筛选治疗申请单，选中对应的治疗申请单，执行一条或多条治疗执行记录。 ▲治疗评定：要求支持选中评定项目申请填写对应的评定量表，通过评定量表不同的选项选择可以获取评定分数，支持治疗师根据评定结果、分数以及患者实际情况开具治疗医嘱建议。 ▲移动工作站：要求支持治疗师可在移动设备上进行同PC端的治疗预约、治疗报到、治疗处理、治疗执行等操作。 治疗：患者预约完成后，到指定日期后到治疗科室进行治疗，治疗师选择患者的预约记录后，可根据实际情况在系统内录入具体的治疗情况，同时也可批量录入保存治疗记录。系统支持对已治疗的治疗记录进行修改撤销，也可为相应的治疗记录上传治疗图片，可浏览治疗记录各个操作节点的时间及操作人员信息。 门诊用药监控：要求提供门诊基本情况分析、科室用药综合分析、医生用药综合分析三项功能。 住院用药监控：要求提供住院基本情况分析、住院科室用药监控、	套 1	1
78.	综合数据管理	抗菌药物统计查询分析		套 1	1

			住院医生用药监控三项功能。 调查表专项分析：要求提供出院科室调查表分析、在科科室抗菌药物调查表、科室抗菌药物使用明细表三项功能。 ▲静脉输液分析：要求提供门诊急诊科室静脉输液分析、住院科室静脉输液分析。 ▲国家谈判药品消耗分析：要求提供全院国家谈判药品消耗排名、全院国家谈判药品消耗科室排名。 单品种药物监控：要求提供门诊药品使用排名、门诊医师使用排名、住院药品使用排名、住院医师使用排名四项功能。 药物消耗监控：要求提供抗菌药物消耗门诊科室排名、抗菌药物消耗住院科室排名、抗菌药物消耗医师排名、抗菌药物消耗药品排名、抗菌药物消耗药理学分类排名六项功能。 全院用药监控：要求提供细菌耐药分析、细菌耐药科室分布情况两项功能。	
79.	统计室报表	挂号类报表：要求提供各科室，各医生的挂号工作量等功能。 手术类报表：要求提供各科室、各手术医生、手术护士、麻醉医生的手术工作量等统计。 出入转类报表：要求提供各科室的入院/出院/转入转出等相关的住院日志信息。 项目统计类报表：要求提供各收费项或者医嘱项的费用情况或者使用情况以及工作量统计。 六簿：要求提供统计首页上6种情况，包含出院病人登记簿、出院传染病病人登记簿、出院感染病人登记簿、出院抢救病人登记簿、出院手术病人登记簿、出院死亡病人登记簿功能。 其他报表：要求包括入院收治情况、收治入院明细表、医院调查表-门诊、医院调查表-住院、护士工作量、医疗服务价格项目使用频次表、科室白/晚夜班工作量统计查询、病区白/晚夜班工作量统计查询等	甘肃省 6229244005592	套 1

80.	院长查询	历史数据查询首页：要求支持医共体模式，提供按天、周、月、季度、年的历史数据查询。 实时数据查询首页：要求支持医共体模式，提供实时查询医院当前的运营情况。 全院工作动态分析：要求支持医共体模式，提供挂号人次、入院人次、出院人次、门诊住院总费用、医疗费、药品费及人均费用、人均药品费等工作状态分析。 全院人次分析：要求支持医共体模式，提供挂号人次、入院人次、出院人次及变化值、同比、环比分析。 全院收入分析：要求支持医共体模式，提供按日、月、季、年查医院当期、上期、同期的费用及变化值、同比、环比分析。 门诊用药监控：要求提供门诊基本情况分析、门诊科室用药监控、门诊医生用药监控、医生用药综合分析、门诊用药处方监控、门诊处方品种监控功能。 出院用药监控：要求提供出院基本情况分析、出院科室用药监控、主管医生用药监控、出院药品明细监控功能。 基本药物监控：要求提供门诊基本药物监控、住院基本药物监控、门诊科室基本药物监控、出院科室基本药物监控、门诊医师基本药物监控、出院医师基本药物监控、基本药物加成比例排名功能。 ▲全院用药监控：要求提供指标监控、门诊人次平均消耗、全院药占比监控、门诊药占比监控、住院药占比监控、科室药占比监控功能。 单品种药物监控：要求提供药品消耗排名监控、抗菌药物专项监控、抗菌药物调查表分析、在科科室抗菌药物调查表、科室抗菌药物使用明细表、转科病人科室指标监控、转科开单医师指标监控、抗菌消耗门诊科室排名、抗菌消耗住院科室排名、抗菌药物消耗医师排名、抗菌药物消耗药品排名、抗菌药物消耗药理子分类排名、抗菌消耗门诊排名前十名、抗菌消耗住院排名前十名功	套 1	
81.	阳光用药		套 1	

			能。 急诊抗菌药物监控：要求提供急诊抗菌药物监控、急诊科室抗菌药物监控、急诊科室医生抗菌药物监控功能。 全院用药监控：要求提供指标监控、门诊人次平均消耗、全院药占比监控、门诊药占比监控、住院药占比监控、科室药占比监控功能。		
82.	指标		指标定义：是将需要预计计算的指标提前定义维护，维护指标的取数逻辑，指标的执行区间，相应的指标维度信息等，供任务每天凌晨自动执行将结果存储到数据库中。 维度定义：提供公共的维度维护界面，将指标使用到的维度进行统一管理，维度属性的统一管理，实现不同指标的维度复用的程度和维度的标准化操作。 指标类型：将医院的不同指标进行分类，方便指标的管理，区分不同类型的指标和对指标进行数据的操作。 指标日志：是对指标系统的日志记录，支持指标定义日志，指标处理日志，指标查询日志，指标错误日志等，监控管理指标任务的数据和指标数据使用的日志，实现数据从定义到生成到使用的全方位监控管理。 指标模块与报表：管理主要是提供统一的对外服务模块，将不同的指标提供模块化的术语集，用户通过模块化的指标管理，将零散的单个指标集中管理，集中对外服务，提高对外输出的服务能力。 指标系统配置：主要提供指标系统相关的配置功能，包括指标过滤函数的配置功能，执行代码的配置，日志全局配置，任务全局配置等等。	套 1	1
83.	基础数据查询		定义查询对象：要求将基础表的字段关联各种属性，用于为查询数据服务统计查询配置。字段关联的属性要求包括：描述、统计项类型（度量，维度）、关联维度类型（对象维度、标准维度）、	套 1	1

			关联维度编码等。 维护对象属性：某些数据并不属于基础表的字段，但能归属于基础表字段所涉及的“主题”。要求支持这些数据可以通过基础表的ID获得。可以把这些数据定义为对象属性。 配置查询条件：要求支持根据选择的网格分组表格或交叉表格，选择具体的查询对象，选择对象的维度和度量，对象的过滤条件和日期口径，数据的展示方式，查询数据和保存报表。 展示查询数据：可以根据配置好的报表，通过用户权限的过滤，查询报表数据。 配置用户权限：主要是配置报表编辑权限和配置报表执行权限等。 统计组维护：要求支持统计大组和统计子组的维护，要求支持多种码表数据的统计归组维护和顺序维护。 编制床位维护：要求对医院各科室病区的编制床位数，开放床位数做统一维护管理。 ICD 编码分类维护：要求将疾病编码和手术编码进行归类，将满足某种条件的编码进行统一归类。 节假日维护：要求提供日期的节假日、假日的维护。		
84.	统计查询套件		科室部分核算报表：要求提供科室的核算费用分类的相关数据报表，如科室核算分类报表(医嘱)、科室核算分类报表(结算)、科室组核算分类报表(医嘱)、科室组核算分类报表(结算)等。 医生部分核算报表：要求提供细项到医生的相关核算分类费用报表，如开单科室医生核算分类报表(医嘱)、开单科室医生核算分类报表(结算)、病人科室医生核算分类报表(医嘱)、病人科室医生核算分类占比报表(医嘱)、科室医生核算分类占比报表(结算)、科室医生核算分类占比报表(医嘱)等。 明细部分核算报表：要求提供对本组收表的明细查询，和一些特殊报表如收入表明细查询、ICU 病人费用信息(医嘱)、ICU 病人费用信息(医嘱)。	套	1
85.	核算报表			套	1

86.	财务报表	记录未结账单的任务：要求可以根据记录业务表每天状态记录住院账单，并可以记录出错记录。 未结账单的病人明细和已结账单的明日医嘱：要求可以根据之前记录的未结账单记录生成未结账单的病人明细和已结账单的明日医嘱。 在院病人费用的日期和明细数据：要求提供病人的本期应收、本期实收、本期余额等明细数据。 将未结账单的病人明细作为在院病人的明细：要求提供将未结账单的病人明细作为在院病人的明细功能。	套 1	
87.	病案统计	30种疾病统计报表：要求提供按照卫生部通用30种疾病名称顺序统计病案首页信息功能。 50种疾病统计报表：要求提供按照卫生部通用50种疾病名称顺序统计病案首页信息功能。 疾病统计报表：要求提供疾病统计报表，按照患者主要诊断统计相关信息功能。 ▲疾病分类统计报表：要求提供疾病分类统计报表，按照疾病分类统计相关信息功能。 科室统计报表：要求提供科室统计报表，按照科室统计病案首页相关信息功能。 手术统计报表：要求提供手术统计报表，按照患者主手术统计病案首页相关信息功能。 损伤中毒统计报表：要求提供损伤中毒统计报表，按照首页损伤中毒名称统计相关信息功能。 重点疾病统计报表：要求提供按照18种重点疾病统计功能。 重点手术统计报表：要求提供按照18种重点手术统计功能。 再入院统计报表：要求提供再入院统计报表。统计当天、当周、当月再入院患者统计功能。 人次排名统计报表：要求提供人次排名统计报表。分别按照科室、	套 1	

			手术、疾病、医生等统计出院人次并按照人次由大到小排序功能。 台账统计报表：要求提供台账统计报表。按年统计相关信息功能。 死亡人次统计报表：要求提供死亡人次统计报表，死亡患者明细功能。 病案患者明细统计报表，患者明细查询（可以通过出院日期、主要诊断、手术等查询）功能。 数据管理：要求实现知识库标识定义，目录定义，基础字典与对照，知识录入等功能。包括知识库编辑器和字典表两大模块。 策略管理：要求为管理人员提供策略工具，要求可以按权限，按知识目录分别个性化定义校验规则。 智能审查：要求实现临床医师在开医嘱时，根据病人与医嘱的相关信息智能审查与提示等功能。 辅助信息实时提醒：医生端：要求支持开医嘱，提交检验、检查申请时，给与适应症、禁忌症、注意事项、不良反应、临床意义等辅助信息实时提醒。护士端：要求支持执行医嘱，在打印检验条码之前，给与适应症、禁忌症、注意事项、不良反应等辅助信息实时提醒。 诊疗建议查询：医生开具医嘱时，根据病人诊断信息，要求可以查询出诊疗建议，即适应症相对应的检验和药品列表，给出参考项。 知识浏览：要求为用户提供在 HIS 中随时在线调阅浏览知识库内容，界面按知识库目录直观展现知识数据，最大效率的方便用户查询看到相关数据。 监测数据查询与分析：要求为用户提供数据触发提醒日志工具与查询分析功能。		
88.	知识库	临床知识库		套	1
89.	药事业务	药品供应	药库管理系统	药品信息维护：要求支持维护药品的基础字典信息，用于临床开药品医嘱、护士执行医嘱、药房发药、药品医嘱收费、医保报销等药品基础数据维护。	套 1

			调价：要求支持因政策原因或者采购价格变化等原因对药品进行价格的调整管理，可以由审核人审核调价信息，可以按约定生效日期自动生效。 入库：要求支持以批次管理为模式，对药品的入库（可以实现扫码入库）管理，入库时记录入库采购的供应企业、发票信息、药品品种、数量、批号有效期等信息，入库时生成系统的药品批次和库存。 出库：要求支持根据药房或者临床科室的请领单信息，进行药品的出库管理。出库是按照药品批次进行减库存，也可以由药库手工建出库单，审核人员审核后完成药库的出库，接收科室验收后进行转移入库审核。 报损：要求支持因药品过期、破损等原因需要进行统一报损，由药库人员按照药品品种、报损数量、报损批次进行报损管理，报损后减药品库存。 盘点：要求支持在月底或者季度末、年末，药库进行药品的盘点，比对药品的系统账面数和实物数量，按实物数量调整药品的库存到账面，生成盘点的盈亏损益报表。 多库房管理：要求支持设置多个药品库房，自定义药品在库房之间的流向，可自定义药库、药房等各级包装单位及其换算关系。 有效期管理：要求支持提供药品的有效期管理、可统计过期药品或即将过期药品的明细，并有库存量提示功能。 呆滞管理：要求支持对长时间不用的药品定义为呆滞药品，统计出呆滞药品后可以进行退货处理。 动销管理：要求可以查询出一段时间内在用的品种，可查询出相应的用量，进而判断药品库存的活性，是否需要备货采购等。 入库统计：要求支持按日期段、按供应商、按药品各种分类、按药品品种等汇总药品的采购入库和退药等情况，可用于财务报表的统计和医院领导需要查看的报表等等。		
--	--	--	---	--	--

			出库统计：要求支持按日期段、按接收科室、按药品各种分类、按药品品种等汇总药品的出库情况，满足医院领导常用的查看报表、财务上报的报表等。 月报管理：要求支持按财务要求生成每个月的月报，月报生成时间可以根据实际业务需要，随时可以生成，对有问题月报也可以重新生成。日报生成后，可以查询一段时间内的日报情况，按照财务要求的月报表格式输出打印报表。 门诊草药业务：门诊草药业务主要是对门诊患者的处方相关操作。包括门诊草药处方审核、门诊草药发放和门诊退药。 门诊草药审方：要求支持对于门诊急诊已经收费的处方可以进行手工审核，也可以调用安全用药智能决策系统或者第三方系统自动分析。当处方被拒绝后，系统会把拒绝信息发送给开医嘱医生。 门诊草药发药：要求支持发放已经处方审核通过的草药处方。在发药界面发现问题时可以拒绝发放，同时也允许取消拒绝。由于患者主观意愿的变化，要求支持在发药界面做煎药申请、修改煎药方式。发药的同时可以打印处方和煎药条。 门诊退药：要求支持药房对处方进行退药。对于那些满足退药条件的剂型或者被置为可退的处方可以进行退药操作，可以依据申请单退药，也可以直接按照处方退药。要求支持对于不可退的处方拒绝退药，已拒绝的退药单也可以取消拒绝。 住院草药业务：要求支持住院草药业务，主要是对住院患者的处方相关操作。包括住院草药处方审核、住院草药发放和住院草药已发药查询。 住院草药审方：要求支持对于已经开立的处方按照病区检索，以预览的方式展示并进行审核。审核时可以手工审核，也可以调用安全用药智能决策系统或者第三方系统自动分析。当处方被拒绝后，系统会把拒绝信息发送给开医嘱医生，等医生反馈后再		
90.		中草药房管理系统		套 1	

			做进一步的操作。 住院草药发药：要求支持发放已经处方审核通过的草药处方。在发药界面发现问题时也可以拒绝发放，同时也允许取消拒绝。发药完成后会打印处方和煎药条。 住院草药已发药查询：要求支持检索已经发放的草药处方。此界面可以重打煎药条和将处方置为可退。 处方追踪：要求支持按照病区或者登记号检索草药处方，并展示草药处方从医嘱开立到最后发放给患者所有流程的操作人员，操作日期，操作结果等信息。 发药查询：要求支持按照业务日期，患者卡号、登记号，处方号，药品名称等信息检索已经发放的处方，并支持导出处方汇总信息以及处方明细信息。 处方集中打印：要求支持对本药房的所有处方进行集中打印。按照日期、开单科室、处方类型以及患者登记号检索处方，然后对单个或者多个处方进行重打操作。 直接退药：要求支持药房直接进行退药操作。按照登记号检索该患者名下已经停止执行且未退药的所有处方，填写退药数量后退药。 申请单退药：要求支持药房对病区已提的退药申请单进行退药。 ▲发药流程定制：要求支持按照科室、就诊类型灵活配置发药所需流程，支持按照需要配置减库的流程。 药物过敏史审查：审查处方或医嘱中是否有病人曾经过敏的药物或同类药物。 药物相互作用审查：审查处方或医嘱中两种或两种以上药物的配伍禁忌。 药物剂量提示：对处方或医嘱中的药物进行剂量分析，给出标准剂量范围，提示低于或超过有效剂量的情况。 禁忌症提示：提示处方或医嘱中的药物对各种病症的禁忌。		
91.	药学服务	合理用药系统		套	1

			适应症提示：提示处方或医嘱中的药物是否符合适应症。 重复用药提示：对处方或医嘱中可能存在的同物异名药物或不同药物中可能含有的相同成分进行审查。 药物信息查询功能：提供用药指南、最新不良反应信息、单一药品对其它药品的相互作用信息、正确用药信息等查询。 简要用药提示功能：提供药品最主要的用法、用量和其它注意事项。		
92.		处方点评系统	生成点评单：要求系统提供按门诊处方、住院医嘱、成人专项、抗菌药专项、处方综合点评等多种抽取方式，且能够根据抽取条件选择抽取内容。 分配点评任务：要求支持对于抽取后的内容可分配给指定点评人进行点评。 点评处方、点评医嘱：要求支持点评人对抽取后的内容进行是否合理的点评，可嵌入合理用药软件，不合理内容将实时反馈给医师。 查询统计：要求支持提供点评后的各种查询统计，包括不合理原因处方统计、科室点评情况、科室合理处方、科室不合理处方、处方用药基本信息统计、医生点评单情况、处方按医生排行、处方按科室排行、住院合理用药指标统计等相关报表。 要求提供门诊开处方自动审核、门诊处方手工审核、门诊处方审核查询及申诉、住院开医嘱自动审核、住院医嘱手工审核、住院医嘱审核查询及申诉等功能。 功能详细说明如下： 门诊开处方自动审核：要求支持医生开处方时，医生核对处方医嘱动作发生时自动进行处方审核，并给出审核结果及未通过原因。审方状态包括三大类型：严重问题处方是强制控制医生不允许开出医嘱；一般问题处方对医生有提醒功能，并自动发送给药师进行人工审核；正常处方不提示医生，可直接交费、调配发放。	套 1	
93.		处方审核		套 1	

			门诊处方手工审核：要求支持一般问题处方由药师人工审核，系统提供病人全部医嘱、诊断、病历、电子检查单、检验结果、过敏记录等辅助药师进行审核，也可看到系统审核不通过的类别及详细原因，并给出审核结果及未通过的详细原因。 门诊处方审核查询及申诉：要求支持药师审核不通过的处方信息推送给医生，由医生确认接收或进行申诉。 住院开医嘱自动审核：要求支持住院医生开医嘱后，在审核医嘱时自动进行医嘱审核，并给出审核结果及未通过原因。审方状态包括三大类型，严重问题医嘱是强制控制医生不允许开出医嘱；一般问题医嘱有提醒功能，并自动发送给药师进行人工审核；正常医嘱可以进行护士领药审核、调配发放。 住院医嘱手工审核：要求支持一般问题医嘱由药师进行二次审核，系统提供病人全部医嘱、诊断、病历、电子检查单、检验结果、过敏记录等辅助药师进行审核，并给出审核结果及未通过的详细原因。 住院医嘱审核查询及申诉：要求支持药师审核不通过的医嘱信息推送给医生，由医生确认接收或进行申诉。								
94.	智慧服务业务	微信公众号	<table><tr><td>功能分类</td><td>功能模块</td><td>模块概述</td></tr><tr><td>身份验证</td><td>登录授权</td><td>通过登录开放接口获取用户登录凭证，进而换取用户登录态信息，包括用户身份唯一标识 openid 以及该次登录的会话秘钥；授权用户微信身份（头像、昵称）。</td></tr></table>	功能分类	功能模块	模块概述	身份验证	登录授权	通过登录开放接口获取用户登录凭证，进而换取用户登录态信息，包括用户身份唯一标识 openid 以及该次登录的会话秘钥；授权用户微信身份（头像、昵称）。	套	1
功能分类	功能模块	模块概述									
身份验证	登录授权	通过登录开放接口获取用户登录凭证，进而换取用户登录态信息，包括用户身份唯一标识 openid 以及该次登录的会话秘钥；授权用户微信身份（头像、昵称）。									

[illegible]

[illegible]

[illegible]

			模板消息管理	使用管理员账户登录可对消息模板进行维护。		
95.		医保移动支付支付宝小程序		要求在支付宝平台通过在线方式完成医保统筹基金报销、个人账户、个人资费“一键”结算，避免参保人因医保结算到窗口缴费等出现的跑路、排队情况。 消毒包信息维护：包括消毒包分类、消毒包维护、器械维护、容器条码定义。要求提供消毒包相关的基础数据。 消毒包请领：主要包括请领制单、请领单跟踪查询。临床科室对消毒包（普通包、敷料包）的请领制单，临床科室可进行制单、提交、撤销以及单据跟踪查询等功能。 消毒包回收：主要分为手术包回收和普通包回收以及外来器械登记。 消毒包清洗：按照清洗程序进行清洗，清洗手术包、普通包等，普通包的清洗可根据回收制单添加。 消毒包包装：对清洗的单据进行验收，可进行敷料包、手术包、普通包、外来器械等打包，并打印包外条码。 消毒包灭菌：进行灭菌进锅 BD 测试，合格后的灭菌锅，可进行消毒包进锅，可进行高温生物监测，BD 测试，低温等离子监测，环氧乙烷监测等，灭菌后进行灭菌验收，灭菌不合格的可重新进锅，并进行不合格登记。 消毒包发放：手术器械包扫描包外码发放以及普通包按单据发放和扫描包外码发放。 手术包接收、手术清点：主要用于手术室进行手术器械包扫描接收以及在手术时，进行手术清点，从而实现手术器械包和病人进行绑定。 消毒包登记：扫描消毒包条码进行临床科室病人绑定，可追踪消毒包所使用的病人。 消毒包追踪：包括消毒包追踪，手术器械位置追踪。	套	1
96.	智慧管理业务	消毒供应室管理系统			套	1

			查询统计：各工作区工作量统计以及清洗设备、灭菌设备过期包查询等。 系统配置：进行基础数据配置，包括清洗方式、清洗/灭菌程序，清洗/灭菌不合格原因登记，器械缺失原因维护，机器设置等，模块中还包括了对各区系统模块的特殊设置等。 组织架构：要求支持集团、医院、科室等多层级管理模式，不同层级对应相应的权限和数据查看范围。支持组织结构图形化。 人员管理：要求支持基于集团组织部门机构，建立统一的人员管理体系。 基础信息管理：要求包括部门信息、职工信息、项目信息、供应商信息、客户信息、生产厂商信息、计量单位、病人类别、资金来源等。要求所有字典可以修改编码，而且有变更记录。 ▲项目维护：要求支持维护项目基本信息，包括项目编号、项目名称、项目负责人等。支持保存修改历史记录。 用户及权限管理业务具体要求说明如下： 角色管理：要求支持按照不同的职能和岗位划分，建立系统角色，配置相关的功能权限和数据权限。 用户管理：要求支持维护系统用户信息，按照内置制超级管理员、集团管理员、医院管理员、集团用户、医院用户等进行分类管理。配置用户角色，用户继承角色权限。 权限设置：要求支持配置角色和用户权限信息，包括组织权限、功能权限和数据权限等。集团、医院不同层面管理员权限管理。 权限管理：要求系统支持集团、医院、科室等不同层级对应相应的权限和数据查看范围。集团用户，能查看整个集团汇总后的报表和数据，也能查看单个医院、具体科室数据；医院用户，能查看自身医院以及科室报表和数据，科室用户只能查看本科室数据；预算管理模块，支持集团层面、医院层面、科室层面预算编制。 集成平台		
97.	智慧运营业务	HRP 业务基础平台		套	1

		可根据医院需求提供丰富的标准化功能接口和可扩展性。 数据库连接：要求系统接口程序能接口任何数据库类型，可以实现与任何类型数据库连接。 实现流程化接口：要求支持借助流程化编写技术，将复杂的接口程序实现清晰的步骤化管理，方便维护。 接口调用：要求支持自由调用数据接口程序，即可以手动执行接口程序，也可以自动执行，即可以每月导入，也可以每天或每周导入，也可以自由设置导入时间。		
98.	资产管理	购置申请：要求根据医院需求实现固定资产采购申请管理。 购置计划：要求根据医院需求实现固定资产采购计划管理。 购置申请：要求根据医院需求实现固定资产采购申请管理。 购置计划：要求根据医院需求实现固定资产采购计划管理。 招标采购：要求实现整个招标采购流程，从论证、立项、招投标公示等过程。 资产安装：要求实现资产安装管理，包括资产编码、资产名称、规格、型号、品牌、生产厂商、安装数量、安装费用等安装信息的维护。 资产验收：要求支持固定资产验收管理，支持按验收项目逐项验收。 资产入库：要求支持固定资产入库管理，支持批量入库，支持房屋卡片式入库，入库自动生成卡片，支持入库维护资金来源。 资产出库：要求支持固定资产出库管理，支出批量出库，定向出库等功能。 资产调剂：要求实现不同层面的资产调剂处理。 资产调拨：要求支持集团化内部调拨，支持平价调拨、异价调拨。 资产盘点：要求实现资产盘点单据的新增、修改、删除等功能，支持 PDA、手机等手持设备移动盘点功能。通过资产盘盈（盘盈申报和盘盈入库）、资产盘亏（盘亏申报和盘亏记录）等盘点结果	套	1

			准确反映医院固定资产分布情况。支持固定资产一物一码的二维码管理模式。 原值变动：实现固定资产原值增加、原值减少等功能。 累计折旧变动：实现固定资产累计折旧增加、累计折旧减少等功能。 资产改造：实现资产改造申报、资产改造记录、资产改造竣工等功能。 资产处置：资产报废处置、置换处置、出售出让处置、退货处置管理。 卡片管理：支持多资金来源管理。支持同一卡片多使用科室按照不同比例分摊折旧成本。支持查询卡片维修记录，支持上传资产照片，支持上传卡片相关附件。 付款管理：系统实现了发票管理、付款管理等功能。支持发票与入库单相关联，可以根据入库单直接生成发票，也可以后补发票。支持多种付款方式，支持分期付款等。 供应商管理：要求提供供应商相关信息维护及供应商附属相关信息维护；可添加证件分类、查询供应商证件信息，要求支持供应商评价功能。供应商信息维护、供应商资质证件管理，并能够对有效证件到期预警。 生产厂商管理：要求支持生产厂商信息及附属信息维护。 材料证件管理：要求支持可添加证件信息、证件分类、证件材料管理及证件材料查询。 科室需求计划管理：要求支持根据科室需求编制需求计划，提供编制、审核、汇总、查询等功能；仓库需求计划：根据仓储需求编制需求计划，提供编制、审核、汇总、查询等功能。 采购计划管理：要求支持采购计划可以由需求计划生成、手工录入、仓库安全库存基数生成等模式进行编制；支持定向采购功能；支持集团、医院集中采购、分别采购；支持大包装采购，支持拆		
99.	物流管理	采购管理系统		套	1

100.			包装采购：可以根据库存基数自动补货。 订单管理：订单编辑：要求支持手工录入添加订单、采购计划生成订单模式，并可对订单进行修改。 订单审核：要求支持对订单进行审核，能够核对修改供应商、数量、金额、到货日期等信息。 订单发送：要求支持订单发送到供应商平台，并微信、短信等方式提醒供应商及时送货 订单查询：要求支持能够查询订单信息，包括材料数量、金额、供应商信息等。 订单执行：要求支持能够查询统计订单执行跟踪情况。 采购协议管理 要求支持采购协议信息、协议临近到期提醒等信息设置；基础设置：协议类别设置，可设置协议编码、名称、时间、预警天数等信息；系统支持协议价格控制功能。 要求支持实现从科室需求、到采购计划、订单、供应商、资质信息、供应的全方位管理。有效追踪采购过程全程信息，提升采购效率，保证采购质量安全。与供应商平台协同工作，实现院内院外物流的全过程闭环管理。 要求支持支持集团化采购模式，实现集团化统一采购、带量采购，控制采购成本。 物资分类管理：要求支持将物资按照低值易耗品、卫生材料、其他材料、捐赠物资、药品等进行分类，能够自定义分类编码规则。 材料财务分类：要求支持能够按照财务进行分类。 物资财务分类管理：要求支持物流按照财务要求进行分类设置，便于财务系统对接。 物资材料管理：要求支持物资材料的添加、修改功能；要求支持物资材料变更查询；要求支持实现物资材料相关信息变更的查询。 一级采购库房、二级科室库房信息的添加、修改、查询等功能；	套 1

			库房变更查询：提供库房变更查询功能。 货位信息管理：要求支持将货位进行分类设置，如医疗用品类、针剂类、试剂类、药品类等；货位字典：货位字典设置，货位编码、货位名称、货位分类、所属库房等相关设置。要求支持库房货位管理，可建立货位分类、货位字典建立。 提供虚仓设置，要求支持满足只核算数量但不核算金额的存货的库存管理；仓库材料定义：支持设立材料与仓库的对应关系；仓库采购员设置：仓库采购人员设置；安全库存设置：可根据需要设置安全库存量。 期初管理：要求支持常备材料、代销材料的期初入库的添加、修改功能；期初记账：物资期初入库记账。 材料管理：材料入库：要求支持材料入库的添加、修改功能，可实现手工制单、配套表入库、按照订单导入、按照送货单入库等模式，支持材料按批号、批次入库。 材料退货：要求支持材料退货管理，可按照手工制单、入库单整单或者部分冲账模式进行退货 科室申领：要求支持科室根据需求申领物资，设置科室申领功能；科室申领（不按仓库）：可实现科室不按仓库申领功能，支持定向出库。系统支持科室申领自动分拣功能。 科室申领审核：要求支持可单独、可批量审核科室申领申请，审核通过可批量生成出库单。 材料出库：要求支持可使用配套导入、历史使用导入、定向出库、自动冲账或者选择材料的方式先择材料出库。 要求系统支持科研支出功能，要求支持材料按批号、批次出库。 材料调拨：要求支持可添加、修改材料调拨单，使材料在一级库到二级库、二级库各仓库间能够调拨；系统支持集团内调拨功能。 库存管理：要求支持库存盘点：可添加、修改盘点信息，生成盘点汇总表，可查询仓库材料账面数。		
--	--	--	--	--	--

			库存查询：要求包括库存明细查询、供应商采购明细查询、入库明细查询、科室领用明细、出库明细查询、入库台账报表查询。 报表管理：要求支持材料库存汇总表设置、材料库存汇总表查询、科室出库查询表查询、出库明细汇总表查询；材料明细表查询、库存材料收发账表查询、库存材料收发账表(虚仓)查询；供应商采购汇总表查询、科室及物资出库分类查询、按仓库、业务类型分的材料收发结存查询。 付款管理：要求支持按照入库单据添加、修改采购发票相关信息；支持按消耗情况付款；支持一张发票对应多张入库单，一张付款单对应多张发票，同时支持拆单付款；支持货票同行以及后补发票功能。 预警查询：要求提供安全库存预警、超限额预警、短缺货预警。 期末结账：要求系统支持按月结账，并支持分库房结账功能。 物资材料管理：要求支持按照高值分类建立材料字典，材料字典设置是否介入、是否植入、是否条码管理属性信息，满足不同高值耗材的管理流程。 代销管理业务具体要求说明如下： 代销入库：要求支持可添加代销入库单，制单模式支持手工录入、订单导入或配套表导入，条码管理材料入库时可生成个体码或者录入原厂码。 代销退货：要求支持手工制单，或者原入库单冲账模式。 代销出库：要求支持手工制单、配套表导入、入库单整单出库模式；系统支持材料按批号、批次出库。 代销调拨：要求支持一级库房到二级库房、二级库/库房直接调拨功能。系统支持集团内调拨功能。 代销盘点：要求支持建立盘点表，按账实物盘点。 代销库存查询：要求包括库存明细查询、库存分布查询、供应商采购明细查询、供应商采购汇总表查询、入库明细查询、科室领用		
101.	高值耗材管理系统			套	1

			明细、出库明细查询。 专购品管理：要求实现医院专购品管理功能、支持代销使用后材料生成专购品出入库单。 条码查询：要求支持对条码进行查询、查询条码管理的高值耗材条码、库存情况等。 要求支持在标准物资管理的基础上，针对高值医疗耗材，优化业务流程，实现更精细化管理。按照代销的管理模式，严格控制高值医用耗材的不合理使用，实现一物一码全过程闭环管理，要求实现高值材料的全流程条码追溯跟踪管理，跟踪到最终患者的使用环节。避免高值耗材库存资金占用，保证高值耗材及时供应和质量安全。		
102.	多媒体发布业务	数字媒体发布系统	素材管理：要求多媒体素材支持包括：视频、图片、文字、声音、天气预报、新闻内容，各种素材要求可以上传、修改、删除、查找，天气预报、新闻内容，要求可以通过手工编辑、互联网自动同步两种模式，要求可以根据安全组设置不同的权限，不同的权限可以设置不同站点和不同方式的获取同步内容。图片的管理，要求图片在上传修改的过程自动进行图片处理，达到系统要求的图片格式。要求视频的管理，不但可以上传现有视频文件，还可以定义实时的视频流编码，例如电视会议、手术直播、电视直播等。 信息发布：要求支持对文字、视频、图片、新闻、天气预报区域按安全组制定显示内容，新闻、天气预报为单区域显示，按照不同的安全组定制显示内容；视频区域，每个模板只有一个视频区域，可按照安全组定义相应的日期时间播放多个视频队列任务；文字、图片区域，每个模板当前预留三个区域，文字区域可按照安全组定义相应日期时间显示文字信息，图片区域可按照安全组定义相应日期时间、不同的方式、不同的间隔时间展现不同的图片集。 模板定义：要求根据模板对显示区域、显示内容、显示方式进行	套 1	

			定义。模板信息要求包含：模板名称、模板描述、心跳时间、背景图、分辨率、视频区域、三个文字区域、三个图片区域、新闻区域、扩展区域、排队叫号队列扩展区域。 终端管理：要求多媒体显示终端可分组管理，要求可进行远程监控、控制、管理。多媒体终端列表，可以清楚的看到每个终端的物理信息(Mac 地址、存储卡空间)、安装位置、当前的 IP 地址、当前的状态，查看单个详细信息，要求可以监控到当前终端显示的画面、当前播放视频的队列、信息发布的内容队列，要求可以对一个终端进行视频的插播、文字信息的插播。 分组管理：要求每个分组可以定义计划任务，不同的时间可以采用不同的模板，播放不同的视频、图片、文字，不同的分组可以设置不同的开关机时间。要求可以对固定的分组插播视频、文字信息。 用户权限管理：用户权限要求包含：系统管理、一级审核、二级审核、信息录入、字幕发布，要求支持不同的用户定义不用的用户权限，指定管理不同分组，拥有不同的操作权限。 频道管理：要求支持设置不同的频道，实现视频点播。每个频道可以指定实时节目、视频管理的素材，要求可以设置不用的默认 Logo、不同的热键值。		
103.	数字媒体呼叫系统		叫号显示服务：叫号显示服务采用多媒体终端作为控制硬件，要求可定制多种屏幕显示模板和显示方式；诊区显示屏，显示科室、诊室、出诊医生、当前就诊患者、等候患者等信息。 导诊排队叫号服务：要求支持整体分诊排队叫号的数据管理，数据流量的监控，信息的查看与管理，各个终端的授权，各个叫号显示服务的远程管理。 排队叫号语音库控制系统：要求支持中文、英文和数字的语音合成，叫号信息由计算机或语音设备将文本信息直接合成为语音信息。中文、英文和数字的合成语音没有明显的合成听觉感受，达	套	1

			到接近人类说话的效果；要求支持多语种混读。合成语音的阅读量、基频、语速可调节。支持字、词、句的合成；要求支持多线程并发合成，满足大规模的语音合成需求；要求对数字的读法支持电报方式和数目方式，并可调节切换；可识别标点符号。要求包含语音合成平台、语音库。		
104.	接口	要求免费实现与现有第三方应用系统及平台对接、UDI 上报接口、药品溯源功能改造及接口、食源性疾病上报接口、传染病上报接口、传染病智能监测预警接口、处方共享、移动支付、医保电子处方、处方流转、健康甘肃 APP、银医通接口、区域心电、床旁结算接口、流感上报接口、发热门诊上报接口、政策性接口、电子票据接口、医保接口、公立医院绩效考核上报、检验检查结果互认、等级医院评审各类数据的提取。	 要求免费实现与现有第三方应用系统及平台对接、UDI 上报接口、药品溯源功能改造及接口，食源性疾病上报接口、传染病上报接口、传染病智能监测预警接口、处方共享、移动支付、医保电子处方、处方流转、健康甘肃 APP、银医通接口、区域心电、床旁结算接口、流感上报接口、发热门诊上报接口、政策性接口、电子票据接口、医保接口、公立医院绩效考核上报、检验检查结果互认、等级医院评审各类数据的提取。	套	1