# 福建省肿瘤医院需求调研公告

**第一部分 须知前附表**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **主　　　要　　　内　　　容** |
| 1 | 项目名称：电子病历改造及评级相关服务项目 |
| 2 | 调研报名时间：2025 年7月 15日至 7月21日 (节假日除外)8：00-12：00或14：30-17：30(北京时间）调研会时间： 2025 年7月24日 9:00 |
| 3 | 投标文件正本壹份,副本壹份胶装并密封加盖投标人公章。文件未胶装将视为无效。 |
| 4 | 投标文件递交处：福建省肿瘤医院网络技术中心 |
| 5 | 上述时间、地点如有变动，以单位届时通知为准。 |
| 6 | 采购报名、采购调研等采购过程中有任何异议，可联系我院监督科室。电话：83660063-8407；83660063-8467。 |

地　址： 福建省福州市福马路420号

福建省肿瘤医院科研楼四楼网络技术中心

邮　编： 350014

电　话： 0591-83660063-8822

联系人： 林工、郑工

**第二部分 具体要求**

**一、采购内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 名 称 | 数量 | 预算（万元） |
| （一） | 电子病历改造及评级相关服务项目 | 1套 | 250 |

**二、技术功能及服务要求**

1.合同包（一）

1.1电子病历评级指导服务

|  |  |
| --- | --- |
| **技术功能模块** | **功能要求说明** |
| 服务目标 | 为推动以电子病历为核心的医院信息化建设，提升电子病历系统应用水平，提高“智慧医疗”电子病历系统功能应用分级评价水平，通过引入咨询和管理服务，帮助医院分析现有信息系统建设情况和差距，依据医院的电子病历系统功能应用水平分级评价评审的业务需求，制定合理的评审咨询规划方案，以及提供明确的、可执行的进度计划路线图，并保证制定的方案及路线图能够充分保障医院评级工作开展。通过不断完善医院信息化建设，以评促建，达到符合标准的建设要求。 |
| 服务内容 | 1、基于医院“智慧医疗”的建设目标，要成立专门的咨询服务团队；2、基于医院目标的系统建设/改造方案咨询服务，需要包括信息系统功能建设/改造需求分析、功能建设/改造方案的沟通机制、功能建设/改造的计划拟定与评估；3、基于申报服务，需要包括协助指导医院报名、申报材料准备环节；4、基于评审要求，协助指导医院整理实证材料、汇报材料等迎检材料；5、基于评审要求，协助指导医院做好各项迎检准备工作：包括培训、模拟测评、远程/现场评审。 |
| 服务范围 | 咨询服务小组现场调研评估服务评级项目启动准备服务功能建设辅助数据质量情况监测辅助实证材料准备辅助网上上报辅助应用水平提高指导辅助迎评准备辅助现场评审辅助 |
| 服务团队 | 咨询顾问数据质量技术工程师项目经理实施人员研发人员测试人员 |
| 服务项目管理 | 1、调研阶段：提供电子病历测评的调研咨询服务，参考电子病历应用水平分级评价标准及医院业务流程对评级涉及十大角色分别进行走访、调研，了解医院业务系统、功能建设情况以及使用情况，并出具相关调研报告。 |
| 2、启动阶段：结合国家最新评审政策要求及评审项目经验，为本次评级项目工作开展以及项目管理提供参考、指导，协助院方启动电子病历评审的各项准备工作。 |
| 3、建设阶段：协助医院整理评级改造计划，跟进评级建设进度；定期对评级相关内容进行查验，把握评级总体节奏，保证评级过程质量；协助医院针对新建、改造内容进行推广，确保功能改造切实满足临床用户使用需求与评级要求。 |
| 4、上报阶段：根据国家评级材料提交要求，对实证材料整理模式、要求、规范、思路等内容提供培训服务;协助医院进行多轮实证材料审核，协助医院提高实证材料质量；针对评级数据上报内容，包括基础数据、EMR数据集、数据质量评估、数据提取列表提供培训指导服务； |
| 5、应用水平提升阶段：协助医院评估上一阶段系统改造情况，查漏补缺，夯实改造成果，协助医院持续关注数据质量情况，协助医院持续关注系统应用水平情况； |
| 6、迎评准备阶段：指导医院做好迎评各项准备工作，包括迎评培训工作、迎评方案制定、迎评环境准备、迎评汇报材料准备等； |
| 7、正式迎评阶段：提供医院电子病历评级正式迎评阶段技术支持服务，保障医院顺利完成电子病历分级评价正式评审工作。 |

1.2评级改造建设

|  |  |
| --- | --- |
| **技术功能模块** | **功能要求说明** |
| 改造内容 | 1. 支持病历归档状态与病案首页系统一致。
2. 支持处方点评消息推送给医生，与电子病历系统做接口
3. 支持下达检验医嘱时，调用全院统一的规则库进行规则校验，对与规则冲突的情况给出提示，提高临床诊疗的准确性。（诊断，性别、年龄、生理周期）
4. 支持下达检查申请时，调用全院统一的规则库进行规则校验，对与规则冲突的情况给出提示，提高临床诊疗的准确性
5. 支持全院具备统一的知识库体系，不同科室、不同系统调用的相同知识逻辑的结果相同
6. 支持手术申请单展示手术部位
7. 支持病历质控抽取病人功能改造
8. 支持处方点评结果查看入口
9. 支持查看处方点评页面功能
10. 支持双向转诊功能对接
11. 支持危急值报表数据获取
12. 支持病案首页超时提醒功能缺失
13. 支持调用HIS病案首页
14. 支持医保事前事中审核
15. 支持住院医生在填写病历时，可将危急值处理意见引用到病历中。 危急值处理意见如何获取，接口如何改造。
16. 支持传染病报告卡接口方案
17. 支持检验申请生理周期值接口改造
18. 支持长期、临时医嘱标识：医院临时、长期医嘱是以频率做为区分，下达ONCE的为临时医嘱，其他为长期医嘱；
19. 支持出院带药增加天数填写框，HIS接收医嘱数据时要保存
20. 支持临床实验登记相关接口
21. 支持事前审方退回原因是否回传电子病历系统
22. 支持输血系统回写医嘱给HIS改为给电子病历系统
23. 支持放疗收费回写医嘱给HIS改为给电子病历系统
24. 支持临床路径接口
25. 支持特殊使用级抗菌药物管理流程配置
26. 支持医生越级使用抗菌药物需填写越级原因
27. 支持检验申请标本类型字典、接口改造方案
28. 支持申请单线上流程改造和应用推广
29. 支持病历质控应用率提高
30. 支持患者自备药管理
31. 支持质控结果能反馈给相应的病历书写医师和管理者
32. 支持检验申请生理周期强制填写功能
 |

1.3电子病历评级数据质量指标监测系统升级（五级）

|  |  |
| --- | --- |
| **技术功能模块** | **功能要求说明** |
| 病房医师 | 病房医嘱处理 | 01.01.3 | (1)唯一性：医嘱记录标识 |
| (2)合规性：关键数据项有全院统一的字典 |
| 01.01.4 | (1)完整性：医嘱记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：医嘱记录重要指标有全院统一的字典 |
| 01.01.5 | (1)完整性：医嘱记录中全部须具备全部常用项 |
| (2)完整性：不良事件记录、传染病记录的必填项 |
| (3)唯一性：患者院内外标识 |
| (4)合规性：不良事件记录、传染病记录重要指标有全院统一的字典 |
| (5)合规性：医嘱记录、不良事件记录、传染病记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (5)同一性：药疗医嘱记录与护理执行记录可对照 |
| (6)同一性：住院患者标识与外部医疗记录患者标识可对照 |
| 病房检验检查申请 | 01.02.3 | (1)唯一性：申请记录标识 |
| (2)合规性：检查、检验申请项目有全院统一的字典 |
| 01.02.4 | (1)完整性：检验申请记录、检查申请记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：标本项目、检查部位字典有全院统一的字典 |
| 01.02.5 | (1)完整性：检验申请记录、检查申请记录须具备全部常用项 |
| (2)合规性：检验申请记录、检查申请记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (3)同一性：检验申请记录、检查申请记录与医嘱记录可对照 |
| (4)同一性：检验申请记录、检查申请记录与护理执行记录可对照 |
| 病房报告浏览 | 01.03.3 | (1)唯一性：检查、检验报告结果标识 |
| (2)合规性：检查报告分类、检验结果有全院统一的字典 |
| 01.03.4 | (1)完整性：检验、检查报告、治疗记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：检查、检验、治疗科室有全院统一的字典 |
| 01.03.5 | (1)完整性：检验、检查报告、治疗记录须具备全部常用项 |
| (2)唯一性：患者院内外标识 |
| (3)合规性：检验、检查报告、治疗记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)同一性：住院患者标识与外部医疗记录患者标识可对照 |
| (5)唯一性：危急值记录标识 |
| (6)完整性：危急值记录须具备全部常用项 |
| 病房病历记录 | 01.04.3 | (1)唯一性：病房病历记录标识 |
| (2)合规性：病房病历记录分类、模板有全院统一的字典 |
| 01.04.4 | (1)完整性：病房病历记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)完整性：病案首页须具备全部常用项 |
| (3)合规性：科室、诊断、手术操作有全院统一的字典 |
| 01.04.5 | (1)完整性：病房病历记录须具备全部常用项 |
| (2)完整性：病历修改记录、病历签名记录须具备全部常用项 |
| (3)合规性：病房病历记录、病历修改记录、病历签名记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)同一性：病历记录与修改记录可对照 |
| (5)同一性：病历记录与质控记录可对照 |
| 护理管理 | 患者管理与评估 | 02.01.3 | (1)唯一性：住院患者标识 |
| (2)合规性：病房、分区、床位有全院统一的字典 |
| 02.01.4 | (1)完整性：护理评估记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：护理级别、入院方式、患者神志、病情有全院统一的字典 |
| 02.01.5 | (1)完整性：护理评估记录须具备全部常用项 |
| (2)完整性：修改记录、签名记录须具备全部常用项 |
| (3)合规性：护理评估项目有全院统一的字典 |
| (4)合规性：护理评估记录、修改记录、签名记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (5)同一性：患者登记记录与护理评估记录可对照 |
| (6)唯一性：患者院内外标识 |
| (7)同一性：住院患者标识与外部医疗记录患者标识可对照 |
| 医嘱执行 | 02.02.3 | (1)唯一性：病房医嘱记录标识 |
| (2)合规性：医嘱项目有全院统一的字典 |
| 02.02.4 | (1)完整性：医嘱执行记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：医嘱用法、给药途径、给药频次、药品单位有全院统一的字典 |
| 02.02.5 | (1)完整性：医嘱执行记录须具备全部常用项 |
| (2)完整性：签名记录须具备全部常用项 |
| (3)合规性：护理评估记录、签名记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)同一性：医嘱记录与护理执行记录可对照 |
| (2)同一性：住院患者标识与外部医疗记录患者标识可对照 |
| 护理记录 | 02.03.3 | (1)唯一性：护理记录标识 |
| (2)合规性：护理记录条目、护理记录分类有全院统一的字典 |
| 02.03.4 | (1)完整性：护理记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：生命体征、护理操作有全院统一的字典 |
| 02.03.5 | (1)完整性：护理记录须具备全部常用项 |
| (2)完整性：护理计划须具备全部常用项 |
| (3)合规性：护理计划项目、护理措施有全院统一的字典 |
| (4)合规性：护理记录、护理计划中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (5)同一性：护理计划与护理记录可对照 |
| (6)同一性：医嘱记录与护理记录可对照 |
| 门急诊医师 | 处方书写 | 03.01.3 | (1)唯一性：门急诊处方标识 |
| (2)合规性：药品字典有全院统一的字典 |
| 03.01.4 | (1)完整性：门急诊处方记录中满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：给药途径、药品用法、使用频次有全院统一的字典 |
| 03.01.5 | (1)完整性：医嘱记录中须具备全部常用项 |
| (2)完整性：不良事件记录、传染病记录的必填项 |
| (3)唯一性：患者院内外标识 |
| (4)合规性：不良事件记录、传染病记录重要指标有全院统一的字典 |
| (5)合规性：门急诊处方记录、不良事件记录、传染病记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (5)同一性：门急诊记录与门诊护理执行记录可对照 |
| (6)同一性：门急诊患者标识与外部医疗记录患者标识可对照 |
| (7)同一性：门急诊患者标识与住院医疗记录患者标识可对照 |
| 门急诊检验检查申请 | 03.02.3 | (1)唯一性：申请记录标识 |
| (2)合规性：检查、检验申请项目有全院统一的字典 |
| 03.02.4 | (1)完整性：检验申请记录、检查申请记录满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：标本项目、检查部位字典有全院统一的字典 |
| 03.02.5 | (1)完整性：检验申请记录、检查申请记录须具备全部常用项 |
| (2)合规性：检验申请记录、检查申请记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (3)同一性：检验申请记录、检查申请记录与医嘱记录可对照 |
| (4)同一性：检验申请记录、检查申请记录与护理执行记录可对照 |
| 门急诊报告查阅 | 03.03.3 | (1)唯一性：检查、检验报告结果标识 |
| (2)合规性：检查报告分类、检验结果、治疗项目有全院统一的字典 |
| 03.03.4 | (1)完整性：检验、检查报告、治疗记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：检查、检验、治疗科室有全院统一的字典 |
| 03.03.5 | (1)完整性：检验、检查报告、治疗记录须具备全部常用项 |
| (2)唯一性：患者院内外标识 |
| (3)合规性：检验、检查报告、治疗记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)同一性：住院患者标识与外部医疗记录患者标识可对照 |
| (1)唯一性：危急值记录标识 |
| (2)完整性：危急值记录须具备全部常用项 |
| 门急诊病历记录 | 03.04.3 | (1)唯一性：病房病历记录标识 |
| (2)合规性：病房病历记录分类、模板有全院统一的字典 |
| 03.04.4 | (1)完整性：门急诊病历记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：科室、诊断、手术操作有全院统一的字典 |
| 03.04.5 | (1)完整性：病房病历记录须具备全部常用项 |
| (2)完整性：病历修改记录、病历签名记录、急诊抢救须具备全部常用项 |
| (3)合规性：病房病历记录、病历修改记录、病历签名记录、急诊抢救记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)同一性：病历记录与修改记录可对照 |
| 检查处理 | 预约管理 | 05.01.3 | (1)唯一性：检查项目申请记录标识 |
| (2)合规性：检查申请项目、检查科室有全院统一的字典 |
| 05.01.4 | (1)完整性：检查项目申请记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：检查部位有全院统一的字典 |
| 05.01.5 | (1)完整性：检查项目申请记录中须具备全部常用项 |
| (2)完整性：检查预约记录、预约排班记录中须具备全部常用项 |
| (3)合规性：申请记录、预约记录、预约排班表中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)合规性：检查项目、检查诊室、检查科室有全院统一的字典 |
| (5)同一性：检查申请记录与医嘱记录可对照 |
| (6)同一性：检查申请记录与预约排班记录可对照 |
| 检查记录 | 05.02.3 | (1)唯一性：检查项目执行记录标识 |
| (2)合规性：检查项目、检查科室有全院统一的字典 |
| 05.02.4 | (1)完整性：检查执行记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：检查部位、特殊人群标识有全院统一的字典 |
| 05.02.5 | (1)完整性：检查记录中须具备全部常用项 |
| (2)合规性：检查记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (3)合规性：检查项目、检查诊室、检查科室有全院统一的字典 |
| (4)同一性：检查记录与检查申请记录可对照 |
| (5)同一性：检查记录与预约记录可对照 |
| 检查报告 | 05.03.3 | (1)唯一性：检查报告记录标识 |
| (2)合规性：检查报告分类、模板、检查科室有全院统一的字典 |
| 05.03.4 | (1)完整性：检查报告记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：检查部位有全院统一的字典 |
| 05.03.5 | (1)完整性：检查报告记录中须具备全部常用项 |
| (2)完整性：检查危急值记录中须具备全部常用项 |
| (3)合规性：检查记录、检查危急值记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)合规性：检查项目、危急值分类有全院统一的字典 |
| (5)同一性：检查报告与检查危急值记录可对照 |
| (6)同一性：检查记录与检查报告可对照 |
| 检查图像 | 05.04.3 | (1)唯一性：检查图像记录标识 |
| (2)合规性：检查图像项目、分类、检查科室有全院统一的字典 |
| 05.04.4 | (1)完整性：检查图像记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
|
| 05.04.5 | (1)完整性：检查图像记录中须具备全部常用项 |
| (2)同一性：检查图像记录与检查申请记录可对照 |
| (3)同一性：检查图像记录与检查报告记录可对照 |
| 检验处理 | 标本处理 | 06.01.3 | (1)唯一性：检验项目申请记录标识 |
| (2)合规性：检验申请项目、标本类型有全院统一的字典 |
| 06.01.4 | (1)完整性：检验申请记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：使用耗材有全院统一的字典 |
| 06.01.5 | (1)完整性：检验申请记录中须具备全部常用项 |
| (2)完整性：POCT记录中须具备全部常用项 |
| (3)合规性：检验申请记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)同一性：标本记录与检验申请记录可对照 |
| 检验结果记录 | 06.02.3 | (1)唯一性：检验结果记录标识 |
| (2)合规性：检验结果申请项目、分类有全院统一的字典 |
| 06.02.4 | (1)完整性：检验结果记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：检验设备、检验方法有全院统一的字典 |
| 06.02.5 | (1)完整性：检验结果记录、检验质控记录须具备全部常用项 |
| (2)合规性：检验结果记录、检验质控记录时间类型指标必须为日期型变量 |
| (3)同一性：检验结果记录与检验申请记录可对照 |
| (4)同一性：检验申请记录与检验结果记录可对照 |
| 报告生成 | 06.03.3 | (1)唯一性：检验报告记录标识 |
| (2)合规性：检验报告项目、分类有全院统一的字典 |
| 06.03.4 | (1)完整性：检查报告记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| 06.03.5 | (1)完整性：检验报告记录中须具备全部常用项 |
| (2)完整性：检验危急值记录中须具备全部常用项 |
| (3)合规性：检验记录、检验危急值记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)合规性：检验项目、危急值分类有全院统一的字典 |
| (5)同一性：检验报告记录与检验申请记录可对照 |
| 治疗记录 | 一般治疗记录 | 07.01.3 | (1)唯一性：治疗记录标识 |
| (2)合规性：治疗项目、分类、治疗科室有全院统一的字典 |
| 07.01.4 | (1)完整性：治疗记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：治疗部位、位置有全院统一的字典 |
| 07.01.5 | (1)完整性：治疗记录中须具备全部常用项 |
| (2)完整性：治疗评估记录、治疗计划记录须具备全部常用项 |
| (3)合规性：治疗记录、治疗评估记录、治疗计划记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)同一性：治疗执行记录与治疗计划记录或治疗处方 |
| 手术治疗记录 | 07.02.3 | (1)唯一性：手术申请记录、手术记录标识 |
| (2)合规性：手术名称有全院统一的字典 |
| 07.02.4 | (1)完整性：手术申请记录、手术记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：麻醉方式、术者有全院统一的字典 |
| 07.02.5 | (1)完整性：手术申请记录、手术记录中须具备全部常用项 |
| (2)完整性：手术转运交接记录中须具备全部常用项 |
| (3)合规性：手术申请记录、手术记录、手术转运交接记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (4)合规性：手术分类、手术分级有全院统一的字典 |
| (5)同一性：手术申请记录与麻醉记录可对照 |
| (6)同一性：手术记录与病案首页中的手术明细可对照 |
| (7)同一性：手术记录与手术过程文书记录(包括：术前讨论、手术记录、麻醉记录、护理记录、术后病程)可对照 |
| 麻醉记录 | 07.03.4 | (1)唯一性：麻醉记录标识 |
| (2)完整性：麻醉记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：麻醉方式、术者、麻醉医师有全院统一的字典 |
| 07.03.5 | (1)完整性：麻醉记录中须具备全部常用项 |
| (2)完整性：麻醉术前访视记录、麻醉术前访视记录中须具备全部常用项 |
| (3)合规性：麻醉记录、麻醉术前访视记录、麻醉术前访视中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (7)同一性：麻醉术前访视记录与手术记录、术后访视记录、麻醉记录、麻醉风险评估、麻醉复苏记录、麻醉恢复记录、器械清点记录、麻醉术后评估可对照 |
| 监护数据 | 07.04.4 | (1)唯一性：监护记录标识、院感评估记录 |
| (2)完整性：监护记录中、院感评估记录须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：监护记录分类有全院统一的字典 |
| 07.04.5 | (1)完整性：监护记录、院感评估记录、重症监护记录、抢救记录须具备全部常用项 |
| (2)合规性：监护记录、院感评估记录、重症监护记录、抢救记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (3)同一性：监护记录与检验结果记录可对照 |
| (4)同一性：监护记录与医嘱记录可对照 |
| 医疗保障 | 血液管理 | 08.01.3 | (1)唯一性：配血记录、用血记录标识 |
| (2)合规性：血液项目、分类有全院统一的字典 |
| 08.01.4 | (1)完整性：配血记录、用血记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：AB0血型、RH血型、单位有全院统一的字典 |
| 08.01.5 | (1)完整性：血液库存记录、血液记录、配血记录、用血记录须具备全部常用项 |
| (2)合规性：血液记录、配血记录、用血记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (3)同一性：血液库存记录与血液使用记录可对照 |
| (4)同一性：配血记录与输血记录可对照 |
| 药事管理 | 08.02.3 | 1)唯一性：门诊处方记录、住院医嘱记录标识 |
| (2)合规性：药品项目有全院统一的字典 |
| 08.02.4 | (1)完整性：门诊处方记录、住院医嘱记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：给药途径、用药频次、药品类型、抗生素级别有全院统一的字典 |
| 08.02.5 | (1)完整性：门诊配药记录、住院配药记录、药品审核记录须具备全部常用项 |
| (2)合规性：门诊配药记录、住院配药记录、药品审核记录中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (3)同一性：药品调剂记录和门诊处方记录可对照 |
| (4)同一性：药房配药记录与医嘱执行记录可对照 |
| 病历管理 | 病历质量控制 | 09.01.3 | (1)唯一性：病历质控记录标识 |
| (2)合规性：病历质控项目、分类有全院统一的字典 |
| 09.01.4 | (1)完整性：病历质控记录中须具备满足医政监管要求的重要指标 |
| (2)合规性：病案错误字典有全院统一的字典 |
| 09.01.5 | (1)完整性：病历质控记录、病历传票记录、病历修改须具备全部常用项 |
| (2)合规性：病历质控记录、病历传票记录、病历修改中时间类型指标必须为日期型变量 |
| (3)同一性：病历质控记录与病历记录可对照 |

1.4临床辅助决策系统

|  |  |
| --- | --- |
| **技术功能模块** | **功能要求说明** |
| 字典管理 | 1、字典资源：需梳理国家、行业、地方标准形成医院标准字典集，为数据归一化奠基，搜集来源包含手术操作分类代码国家临床版 3.0、疾病分类与代码国家临床版 2.0 等各类行业标准字典，并提供标准字典目录，如手术、诊断、检验申请、检查申请、药品、检验报告、检查报告字典等 |
| 2、字典对照：提供字典对照功能，支持决策字典数据与院内标准字典数据对照以满足辅助决策要求，且要提供自动对照功能，实现批量字典数据自动映射以提高效率； |
| 3、字典管理：支持医院自主扩充、修改、删除已存在字典，扩充时可维护名称、编码、拼音码，还支持对标准字典筛选、导出，并提供字典门户功能，集中展示各类标准字典分类，具备快速联动功能，可轻松跳转至特定字典模块，方便医护人员维护与更新字典。 |
| 医疗文献知识 | 1、知识库资源：医疗文献知识具备医疗权威性；疾病主题专论超 1100 篇，参考前沿指南、循证医学证据编写，经权威三甲医院专家审核与本地化修订，独创特色板块为临床提供实操指导；经典图书 21 本，含 9 本 Doody 评分 90 分以上的“圣经级”图书，有 15000 + 医学图像；检验检查知识 2800 +，由 TOP15 医院权威专家结合多类资料独创；诊疗流程图 200 +，源于经典图书，覆盖常见疾病及前沿领域；药品说明书 20500 +，可标识特殊人群，内容全面准确；影像图片 15000 +，涵盖 X 光片、CT 扫描、MRI 图像，为诊断提供直观依据；前沿临床研究约 1000 篇，助力临床与科研结合；此外还有 500 + 其他知识，包括文献、政策文件、诊疗指南等多类内容，为医疗专业人员和公众提供全方位支持。 |
| 2、自建知识库：严格遵循《医疗机构临床决策支持系统应用管理规范（试行）》要求，提供涵盖法律法规、部门规章、规范性文件，以及国家认可的药品说明书、医疗器械注册证等丰富知识类型。系统支持按不同知识类型定义出处、来源、发布时间等关键节点信息，具备插入图表、图片功能以多样化呈现知识。同时，支持将知识关联专科、专病，为专科专病知识个性化服务筑牢基础；还支持关联临床诊疗管控规则，便于医护溯源规则出处。此外，知识库设有退出机制，能及时删除或更新不适用知识，并支持上传附件与导出功能。 |
| 3、知识审核管理：支持逐级审批流程，以此保障所维护知识的准确性与权威性；同时具备知识审核功能，且审核节点能够依据医院具体要求进行自定义设置，对于未通过审核的知识条目，严格限制其应用于临床。 |
| 4、知识应用管理：医院临床工作站集成权威知识平台，医护人员可便捷通过多维筛选（如名称、出处、来源、关键字）查询疾病、检验检查、评估表、药品等专业知识；支持将疾病主题知识、医学检验检查知识与医院内部诊疗项目精准对照和绑定，深度融入诊疗业务流程，使临床医护人员针对特定诊疗项目可快速一键获取关联专业知识，提升诊疗效率与准确性。 |
| 诊疗规则管理 | 1、规则能力管理：该规则自定义维护平台具备高度灵活性，支持自定义维护。在触发场景定制化方面，能依据医院实际管理流程和业务需求，灵活配置规则触发场景，确保在诊断下达、病历保存、医嘱保存等关键业务节点自动触发相应规则；支持定义包含多个条件组合的复杂规则；规则可针对特定患者人群定制，能设置满足与排除条件，保障应用准确性和针对性；允许指定规则应用对象，如实习医生、高年资医生，确保规则在不同用户群体中的适用性；针对医院专科和专病特点，支持定制专属规则集，满足不同科室和疾病的特殊需求；对于复杂条件规则定义，平台提供批量维护功能，允许用户一次性配置多个条件和结果，提升维护效率；此外，为满足医院对特殊人群（如高龄孕妇、重症患者）的管理需求，平台提供专项应用，支持跨业务系统数据整合和共享，确保特殊人群得到及时有效关注。 |
| 2、规则场景管理：诊断合理性规则可维护与性别、年龄、症状、诊断结果、检查/检验结果、手术记录、体征信息、生理期信息、评估信息等多元因素相关的规则；检验合理性规则同样基于多元因素，且支持维护多条件复杂场景规则，如牙龈出血患者开具粪便隐血试验时能智能提醒相关干扰；检查合理性规则与检验合理性规则类似，支持多元因素及复杂场景，如肥厚型梗阻性心肌病患者特定心率下开具心电图运动负荷试验时的智能提醒；手术合理性规则支持自定义，可设置提醒文案形式、禁忌级别、禁忌年龄区间、禁忌性别，主要条件和否定条件能进行复杂逻辑设置，并通过规则同步、生效功能实时生效，条件范围覆盖症状、体征、诊断、检验检查结果等；治疗合理性规则支持医院自定义高风险治疗（如透析、放疗）合理性规则，病房医师下达治疗医嘱时可进行合理性审核并预警提示；输血合理性规则能维护与多元因素相关的规则；其他合理性规则可维护与多元因素相关的嘱托、护理、膳食合理性规则；此外，还能设定检验检查重复开立规则，明确两次相同检验检查间的最小时间间隔。 |
| 3、规则审核管理：支持医院自定义审核流程，能依据不同规则的重要性、紧急程度等因素，设置差异化的审核路径与审核层级；提供直观的审核流程可视化工具，助力管理人员实时掌握审核进度，便于优化流程；同时，严格限制未审核或审核未通过的规则应用于临床，以保障医疗质量安全；而已审核通过的规则会受到系统保护，防止未经授权的修改，确保规则的稳定性和可靠性。 |
| 4、规则验证管理：提供后台规则诊断功能，可快速验证后台规则是否有效运行，有效避免无效规则出现，保障规则的正确性与有效性。在验证环节，系统具备对规则运行每个节点执行日志进行跟踪查看的能力，便于管理人员直观发现规则运行阻碍点，从而快速定位并修复问题 |
| 辅助决策应用 | 1、住院辅助决策应用：支持与医院住院电子病历系统、医嘱系统进行无缝整合，实现基于临床各应用场景的智能辅决策应用，包括辅助诊断应用、辅助检验应用、辅助检查应用、辅助治疗应用、辅助手术应用、辅助输血应用。 |
| 2、门诊辅助决策应用：支持与医院门诊电子病历系统进行无缝整合，实现基于门诊各应用场景的智能辅决策应用，包括辅助诊断应用、辅助检验应用、辅助检查应用、辅助治疗应用。 |
| 3、规则触发反馈管理：包括不合理规则反馈、快速处理反馈、处理结果通知 |
| 数据监控分析 | 1、规则应用情况分析：包括合理性校验情况统计分析、知识查询情况统计分析、第三方调用情况分析 |
| 2、规则校验痕迹监控：实时监控并记录患者在院信息、规则校验信息 |
| 3、意见反馈情况监控：支持收集、记录、监控和管理临床医生对应用于临床诊疗的规则的意见反馈。系统应能够详细记录反馈人的信息、反馈规则、反馈时间以及具体的反馈问题，从而为管理人员提供数据支持，以便对规则进行持续优化和整改 |
| 4、规则审核情况分析：能够记录辅助决策知识管理日志，并形成分析报表。针对规则与知识的审核、发布、更新、废止操作有完整日志记录；能够对规则与知识数量进行可视化分析，包括规则类型分布、规则新增条数 |

1.5系统接口建设

|  |  |
| --- | --- |
| **技术功能模块** | **功能要求说明** |
| 与输血系统、医院危急值平台对接自动生成输血、危急值病程接口 | 按照接口规范完成与输血系统、医院危急值平台对接自动生成输血、危急值病程接口建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 门诊、住院对接医院危急值平台 | 按照接口规范完成门诊、住院对接医院危急值平台接口建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 与单病种接口对接病历信息数据接口 | 按照接口规范完成与单病种接口对接病历信息数据接口建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 与医院报告中台重新对接检验、检查报告数据 | 按照接口规范完成与医院报告中台重新对接检验、检查报告数据中间表建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 与HIS医嘱系统对接癌痛诊断插入接口 | 按照接口规范完成与HIS医嘱系统对接癌痛诊断插入接口建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 患者签接口 | 按照接口规范完成患者签接口建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 住院诊断保存对接his过程 | 按照接口规范完成住院诊断保存对接HIS建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 提供医院抗肿瘤上报数据接口 | 按照接口规范完成与医院抗肿瘤上报数据接口建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 提供医院儿童肿瘤上报数据接口 | 按照接口规范完成与医院儿童肿瘤上报数据接口建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 对接医院信息发送平台 | 按照接口规范完成对接医院信息发送平台建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 门诊住院传染病接口 | 按照接口规范完成门诊住院传染病接口建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |
| 介入科统计(国家综合介入质控中心 哨点医院数据上报) | 按照接口规范完成介入科统计数据对接建设，使软件能够在约定格式下完成对应的入参和出参内容交换。 |

1. **其他要求**

1.采用的技术路线和主要技术必须是目前主流技术，所采用的标准须满足实现目前和将来可能出现的国家或行业标准。

2.所投软件产品系统成熟、稳定和高效，具有自主知识产权，功能模块齐全，符合应用规范，满足业务需求。

3.本次项目改造内容应满足电子病历评级5级数据质量和功能要求。

4.★本次项目改造基于院内现有系统，不得以改造为由进行系统更换。

5.投标人必须免费安装此次招标系统所涉及的软件程序，并协助安装服务器存储系统等运行环境相关系统。

6.投标方需提供项目详尽的实施方案和进度表。

7.投标人应在系统实施方案中描述具体的实施团队的组成、工作的内容、投入人员、项目进程表及采购人的配合等内容。在所有工作开展之前，公司的实施人员应制定一套完整科学可行的实施方案，作为工程实施的总体计划和步骤。实施方案内容大致包括：

①组织保障安排：成立领导小组，领导小组中的责任分工

②制定具体的实施流程、实施内容。

8.实施期间，投标方必须派遣具有多年大型项目经验的,参与过同类项目的专业工程师进行项目实施工作。

9.系统运行前完成医院基础数据的收集整理、校对录入和测试，做好数据初始化工作。

10.在申报、迎检的过程中安排不少于6人的驻点人员提供辅助支持。

11.从合同签订开始，中标人相关技术人员对所有科室操作进行分期、分批的各种技术培训。根据不同专业、不同管理要求对科室负责人及所有上岗操作使用人员进行系统主要功能、系统操作使用方法、系统工作流程培训。通过培训，使他们较好的掌握应用软件的使用方法，熟悉系统工作流程，达到熟练操作的要求。

12.应制定详细人员培训方案，包括培训目的、形式、培训时间安排、人数、次数、培训课程（包括课程介绍）、培训师资情况、培训组织方式等。

1. **调研说明**

报名参加本次调研的供应商、厂家需提供如下相关资料。

1、报名时请携带加盖公章的项目文件回执单、营业执照复印件、公司简介（可含提供设备彩页等）。

2、参与项目调研供应商代表的个人授权函（需加盖供应商公章）和身份证复印件。

3、分别提供“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/）信用记录查询截图，无不良记录并加盖公章（截图查询日期必须在该公告日期内）。

4、提供同类业绩案例。

5、本调研会的报价仅做为本项目公开招标的预算限价；不做参与投标的限制条件；

6、上述各参数将做为本项目招标的主要参数，不代表本项目公开招标的最终参数；

7、参加调研会的公司应准备PPT材料（含方案介绍、服务及系统建设、应用案例、报价等）、技术参数等材料，每公司讲解时间30分钟（含答疑10分钟）；同时上述材料须交予院方留档（发送邮件到wlb@fjzlhospital.com，并提供U盘留档）。

**项目文件回执单**

请有意向参与的公司在项目公示期内携带回执单至福建省肿瘤医院网络技术中心报名。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 品牌及型号 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

 福建省肿瘤医院

 年 月 日