

采购需求

说明：

1. 本招标文件所称中小企业必须符合《政府采购促进中小企业发展管理办法》第二条规定。按照《财政部、司法部关于政府采购支持监狱企业发展有关问题的通知》（财库〔2014〕68号）之规定，监狱企业视同小型、微型企业。按照《财政部 民政部 中国残疾人联合会关于促进残疾人就业政府采购政策的通知》（财库〔2017〕141号）之规定，残疾人福利性单位视同小型、微型企业。

2. 本采购项目所属行业：软件和信息技术服务业。

序号	标的名称	数量及单位	服务需求
1	柳州市柳铁中心医院电子病历五级建设项目	1项	（一）项目概况 1.1 项目名称 柳州市柳铁中心医院电子病历五级建设项目 1.2 项目预算 本项目采购预算 700 万元。 1.3 项目背景 柳州市柳铁中心医院于 2020 年通过了电子病历系统应用水平分级评价（以下简称电子病历评级）四级，但随着政策要求频发、医院业务需求增加，电子病历四级已无法满足医院当前业务需要。为响应国家政策要求，提升医院医疗质量管理水平，医院提出实现电子病历评级五级建设目标。 1.4 建设标准 在系统的建设、运行管理、维护的全过程中，应当遵循相应的国标、部标和行业标准，同时通过梳理形成医院自己的相应规范。在系统建设过程中，有国标可遵循的一定要遵循国标，否则可参考相关部门制定的标准，系统建设选用的标准必须满足业务功能的实现。需要与其他系统进行交换的数据必须遵循国家和地方管理部门正式颁布的数据交换要求。满足《电子病历系统应用水平分级评价》五级标准，在项目实施过程中，如有国家发布的最新标准，则以最新标准为准。在本项目实际工作过程中需要依据以下国家标准及规范，包括：公立医院管理信息化行业有关的国家标准规范、软件开发有关的国家标准和规范、信息系统建设及信息安全有关的国家标准和规范等 1.5 建设原则 本项目建设应遵循以下原则： （1）整体性原则

		(2) 实用性原则 (3) 标准性原则 (4) 安全性原则 (5) 开放性原则 (6) 高性能原则 (7) 易维护性原则 (8) 可靠性原则 (9) 先进性原则 1.6 建设目标 本项目建设应服务于医院发展目标，实现医院业务与信息系统紧密结合。以国家电子病历系统应用分级评价五级水平（以下简称“电子病历五级”）评审目标，实现统一数据管理、中级医疗决策支持、数据互联互通，满足医院集团化和多院区一体化的管理需求。 (1) 局部要求：各部门能够利用全院统一的集成信息和知识库，提供临床诊疗规范、合理用药、临床路径等统一的知识库，为本部门提供集成展示、决策支持的功能。 (2) 整体要求： ①全院各系统数据能够按统一的医疗数据管理机制进行信息集成，并提供跨部门集成展示工具。 ②具有完备的数据采集智能化工具，支持病历、报告等的结构化、智能化书写。 ③基于集成的病人信息，利用知识库实现决策支持服务，并能够为医疗管理和临床科研工作提供数据挖掘功能。 本项目整体设计上需和医院信息化建设顶层设计保持一致性；要求本项目提供的所有系统须与本院现有信息化建设内容保持兼容性，以实现现有软硬件设备的平滑升级和功能扩展，为柳铁中心医院构建智慧化、智能化、个性化医院提供支撑。 1.7 整体要求 (1) 必须充分考虑医疗行业发展趋势，采用先进的体系结构和软硬件技术，满足目前以及将来相当一段时间对系统的需求，从而达到既满足医院应用整合现阶段工作对系统水平和能力的要求，推动信息化向更高级阶段发展，又能够在今后数年内保持其技术的先进性和实用性，从而实现投资保护。 (2) 确保系统的易用性，提供良好的系统用户体验 软件系统考虑实用性与先进性相结合的情况下，充分考虑使用者的用户体验，体现出易于理解掌握、操作简单、提示清晰、逻辑性强，直观简洁、帮助信息丰富，而且可以针对医院输入项目的特点对输入顺序专门定制，同时结合单点登录和传参方式，实现在多个不同工作界面切换时的无缝对接，避免已录入信息的二次重新录入，保证操作人员以最快速度和最少的击键次数完成工作。 (3) 信息互联互通和统一上报
--	--	---

本项目建设,除了需要实现满足医院临床、运营和管理需求的院内信息互联互通之外,投标人还应当协助医院完成满足上级和行政管理部门的政策服务,如对于上级政府部门要求对所提供进行的系统改造、对外接口和报表改造等(如医保,公费医疗);同时需满足卫计委对于医院统一数据上报的接口和服务开发需求。

(4) 本项目所有系统要求

满足国家电子病历系统应用水平分级评价五级标准的要求,达到评审要求的医疗信息化、药学信息化、管理信息化相关建设,相关标准依据建设期间最新版《电子病历系统应用水平分级评价标准》,如有国家发布的最新标准,则以最新标准为准。支持在 Intel、AMD、国产芯片等芯片上运行,支持在 WIN7、WIN10、WIN11、国产操作系统等操作系统上使用。

(5) 安全性要求

本项目所涉及的项目系统均要满足三级等保测评要求及商用密码应用安全性评估要求。

1.8 建设内容(包括但不限于以下内容,以通过电子病历五级评审要求为准,各系统均为最新版本)

序号	系统类别	管理类型	系统名称
1	医院信息管理系统 (HIS)	基础管理	患者基本信息维护系统
2			物价管理系统
3			其他基础字典维护系统
4			权限管理系统
5			配置管理系统
6		门诊管理	门诊预约挂号系统
7			门诊排班管理系统
8			门诊分诊系统
9			门诊护士工作站
10			门诊医生工作站
11			门诊收费系统
12			门急诊应急系统
13			门诊药房管理系统
14		急诊管理	急诊挂号系统
15			急诊排班管理系统
16			急诊预检分诊系统

			17			急诊收费系统
			18			急诊医生工作站
			19			急诊护士工作站
			20			急诊留观系统
			21			急诊抢救系统
			22			急诊输液管理系统
			23			急诊药房管理系统
			24	住院管理		住院出入转系统
			25			住院收费系统
			26			住院护士工作站系统
			27			住院医生工作站系统
			28			住院临床路径管理系统
			29			病案管理系统
			30			住院药房管理系统
			31			静配药房管理系统
			32	药品管理		西药库管理系统
			33			中草药房管理系统
			34	医技管理		医技计费管理系统
			35			手术安排管理系统
			36			手术登记管理系统
			37			手术计费管理系统
			38	医疗管理		抗菌药物分级管理系统
			39			手术分级管理系统
			40			传染病管理系统
			41			GCP 管理系统

			42			会诊管理系统
			43			危急值管理系统
			44		数据报表	运营数据报表
			45			医疗数据报表
			46			病案数据报表
			47			其他数据报表
			48		接口对接	与第三方系统的接口对接服务
			49	电子病历管理系统 (EMR)	门诊电子病 历	门诊电子病历系统
			50			急诊电子病历系统
			51		住院电子病 历	住院电子病历系统
			52			护理电子病历系统(含护理计划)
			53		病历质控	病历质控管理系统
			54	不良事件管理系统	不良事件管 理	不良事件管理系统
			55	临床支持决策系统 (CDSS)	临床支持决 策	临床支持决策系统
			56	治疗管理系统	治疗管理	治疗管理系统
			57	移动医疗系统	移动医疗	移动护理信息系统
			58			移动医生工作站系统
			59	接口对接	接口对接	与医院集成平台、LIS、PACS、病案归档系统等验收前医院在用所有信息系统的接口对接。
						与政府部门的系统接口对接，包括但不限于广西全民健康信息平台、柳州健康人口平台、柳州云影像、医保系统、疾控中心等。
						其他需要对接的接口
						满足国家医疗健康信息《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》四级甲等测评要求。
			60	数据上传	数据上传	广西全民健康信息上传、柳州健康人口平台数据上传、药品耗材追溯码上传等数据上传模块

61	服务部分	评级服务	电子病历五级评级咨询服务
(二) 系统功能 1.1 医院信息管理系统(HIS) 1.1.1 基础管理 1.1.1.1. 患者基本信息维护系统 实现患者基本信息登记功能及患者基本信息维护功能，包括建档、修改、停用、患者电子健康码注册、电子健康卡绑定、医保卡绑定、打印二维码、卡信息合并等功能。 1.1.1.1.1. 建档 对患者的基本信息进行登记，基本信息包括但不限于患者姓名、出生日期、性别、职业、联系电话、身份证号、家庭地址、医保类型、籍贯、婚姻等信息。 支持读取身份证、医保卡、电子医保、电子健康卡等快速进行患者信息录入功能。支持在互联网医院、自助机建档。具备患者信息必填智能提醒，防止操作员漏登记患者信息。 1.1.1.1.2. 修改信息 当患者基本信息发生变化时，需要修改患者的建档信息，如联系电话、家庭地址等信息。提供修改日志查询，对患者基本信息的修改有追溯。 1.1.1.1.3. 停用 对不再启用或特殊情况下不使用的建档信息进行停用，停用后改建档信息将不能在院内挂号就诊。 1.1.1.1.4. 电子健康码注册\绑定 通过身份证号实现对柳州电子健康码、广西电子健康码的注册，对已经注册过的电子健康码可进行与院内信息绑定。可打印电子健康二维码。 1.1.1.1.5. 医保卡绑定 通过读取医保卡、医保码、身份证号实现建档信息与医保信息进行绑定，以便患者可使用医保码进行院内就诊。 1.1.1.1.6. 就诊档案合并 如患者在院内建有多个档案记录时，系统支持将患者基本信息做信息合并处理，把在院内就诊记录合并在一起，做到患者在医院内存在唯一档案信息。 1.1.1.2. 物价管理系统 (1) 对非药品项目基本信息进行新增、修改、停用等维护，包括检查、检验、治疗、手术、麻醉、耗材等项目，维护内容包括名称、价格、规格、单位、发票类别、费用类别等。 (2) 与国家医保目录对照，实现院内项目与国家医保目录字典的比对。 (3) 支持批量调整价格。 (4) 支持对特殊人员收费比例的设置。 1.1.1.3. 其他基础字典维护系统			

		人员字典、科室字典、厂家字段、疾病诊断 ICD-10 字典、手术项目字典、地区、频次等常用基础字典的维护、包括新增、修改、停用等。 1.1.1.4. 权限管理系统 对使用人员的科室权限、系统功能权限、处方权限、基础数据管理等进行授权管理，包括新增、修改、停用等，具备职工岗位权限维护功能，可以设置不同岗位的功能权限。 1.1.1.5. 配置管理系统 (1) 对医院管理系统正常运行所需的各项参数进行设置的功能，包括系统参数管理、数据字典管理、系统菜单管理、角色管理等。 (2) 具备医院设置功能, 支持维护同库模式下不同院区的功能。 (3) 具备账号登录管理功能，操作员登录时，记录下日志，可以在前台查询到操作员登录的情况等。 1.1.2 门诊管理 1.1.2.1. 门诊预约挂号系统 实现门诊患者的预约、挂号管理，包括现场挂号、预约挂号、复诊挂号、预约取号、退号、黑名单管理、统计分析等功能，可对柳州人才库人员挂号进行提示。 1.1.2.1.1. 现场挂号 挂号人员通过读取就诊卡、身份证、医保卡、电子医保、电子健康卡等快速获取病人信息，可根据患者的要求进行选择科室、选择医生、选择号源进行挂号操作。允许同一个患者同时挂多个门诊号源。具备打印挂号凭条功能，支持打印二维码。支持在互联网医院、自助机、APP 上挂号。 1.1.2.1.2. 预约挂号 挂号人源可根据患者病情或患者要求选择对应的就诊科室、就诊日期、就诊医生进行预约。支持在互联网医院、自助机、APP 上预约。 1.1.2.1.3. 复诊挂号 因病情需要再次找同一位医生或同一科室的其他医生进行后续诊疗时，需要进行复诊挂号，支持“一号管三天”的复诊挂号。 1.1.2.1.4. 预约取号 患者预约挂号后，在就诊当天要取号，支持读取就诊卡、身份证、医保卡、电子医保、电子健康卡等快速获取病人信息，支持在互联网医院、自助机、APP 上取号。 1.1.2.1.5. 退号 患者在挂号后，由于特殊原因不能就诊，需要做退号，包括现场挂号退号和预约挂号取消。支持在互联网医院、自助机、APP 上退号。 1.1.2.1.6. 黑名单管理 可根据医院的需要制定相关信用规则，对在诊疗活动中恶意占用医院诊疗资源的行为进行约束，对违反预约挂号规则或频繁爽约的患者给予必要限制，对黑名单人员可采取停
--	--	---

		用、限制预约次数及全程进行提醒等管理措施。 1.1.2.1.7. 统计分析 系统具备各类挂号统计报表，如挂号记录、挂号统计等。 1.1.2.2. 门诊排班管理系统 (1) 对门诊预约、挂号的号源统一管理，具备统一号源池和不同号源池设置功能，可针对不同的预约方式进行不同的号源管理。 (2) 建立全院统一的预约排班模板功能，可维护科室、专家的出班信息。 (3) 支持计划排班与临时排班并行满足医院日常排班需求。提供多时段、多号序规则计算、多方式的预约服务；支持当天临时增加医生、科室出班。 (4) 支持对药师、护理人员的排班。 (5) 具备设置不同的预约排班模板功能。根据法定节假日，上下午时间间隔，预约时间段等条件设置不同专家科室的预约排班模板。 (6) 支持医生排班的模板化配置，能够根据模板动态生成排班，无需手动操作。号源提前生成天数可配置，系统根据生成的排班计划生成排班总览表，方便排班人员查看核对。 (7) 支持替诊管理，出现排班医生无法正常出诊，需要该科室的其他医生替代排班医生进行看诊时，排班管理人员可通过替诊管理将已预约排班的患者转移到替诊的医生手中，并发送替诊通知告知预约患者（需要院内支持短信/消息推送接口对接）。 (8) 支持停诊管理，持医生单次停诊和周期性停诊。停诊后将通过短信、微信公众号等渠道发送停诊通知（基于院内支持的通知渠道），提前告知已预约该医生的患者。同时系统支持对于已停诊的医生进行一键恢复，恢复原定的计划排班并生成号源。 (9) 支持院内、自助机、网站、移动端预约方式对应不同的挂号预约号源类型功能。 1.1.2.3. 门诊分诊系统 (1) 支持分诊护士对门诊就诊人员调整看诊优先次序，包括签到管理、过号管理、回诊管理、优先管理、动态加号、转诊管理、诊室变更、查看候诊情况等功能。 (2) 支持对做完检查检验或过号的患者可进行二次分诊。 (3) 具备在诊区大屏展示此诊区所有科室的患者就诊和候诊状态功能。 (4) 支持通过语音播报的形式提醒患者就诊和等候状态。 (5) 支持根据医生坐诊的诊室情况，将患者分配到对应诊室，在诊室门口显示此诊室坐诊医生信息/就诊中/候诊患者姓名。 1.1.2.4. 门诊护士工作站 (1) 支持与门诊医生工作站、药房等系统无缝连接，支持对医生下达的注射、治疗、换药、采血等处方医嘱进行管理，可对门诊科室注射记录查询及门诊护士工作量统计等。 (2) 支持体征/病史采集录入，门诊护士站采集的体征记录可供其他部门共享。 (3) 皮试管理：对于一些门诊病人开需要皮试的药品，病人需要根据医院具体的皮
--	--	---

		试流程，去做皮试，护士在皮试结果出来后，对皮试结果进行录入，并且会同步到病人的基本信息显示区，可增加多条皮试记录，记录皮试类型、皮试药品、皮试时间、皮试结果等信息，对皮试结果阳性的病人在保存皮试结果时弹出提示，再次提醒护士。 （4）实现病人病史、费用等基本信息的查看。 （5）实现门诊病历的打印。 1.1.2.5. 门诊医生工作站 实现门诊药品、检查、检验、治疗、手术等处方的开立和处置的管理，支持医师、药师登录使用系统，功能包括以下： 1.1.2.5.1. 门诊患者分类显示 分类管理门诊患者，按照列表模式展示患者就诊信息，支持以标签形式醒目展示门诊患者特点。支持直观展示患者的基本信息、费用信息、医保信息，支持登记患者的过敏信息、皮试信息。 1.1.2.5.2. 出诊科室选择 具备登录出诊功能，医生进入门诊医生站后，可自动登录有排班的出诊科室。具备科室选择功能，进入门诊医生站后，可根据权限切换出诊科室。支持与分诊系统对接，实现分诊功能，灵活启用分诊科室。 1.1.2.5.3. 患者就诊列表 提供患者列表，展示当前开诊科目的就诊患者。可设置患者列表显示信息。患者列表中可展示患者姓名、初复诊、就诊排号、性别、年龄、门诊病历号、就诊流水号、联系电话、挂号科室、医保类别等。 具备患者分类展示功能，包括全部、未就诊、就诊中、待回诊、已就诊、退号患者，分类展示并统计患者数量。 具备快捷操作功能，包括保存、发送、诊毕、调用模板等操作。 支持与互联网医院信息系统对接，实现线上线下一体化接诊功能，在患者列表中体现患者来源。 支持诊室医师对黑名单人员接诊时，系统界面患者基本信息栏中，黑名单患者具有提醒功能。 1.1.2.5.4. 叫号功能 具备叫号功能，能显示当前患者排队情况，查看候诊人员及候诊人数，自动呼叫患者进入诊室就诊。具备叫号功能设置。可根据患者就诊号、姓名等信息检索患者。 1.1.2.5.5. 诊间转诊 具备诊间转诊功能，可在门诊同级别科室之间，为患者安排转诊，无需患者再排队挂号。 1.1.2.5.6. 门诊处方管理要求 分类显示门诊处方，按照医嘱模板、检索开立等模式开立门诊处方。支持直观展示处
--	--	--

		方特色，如精麻毒标志等。支持查看患者的历史处方、已开处方信息，支持撤销、删除患者的处方。 门诊处方处置规则设置，包括药品用量、完整性校验、重复医嘱、互斥医嘱、药品联动、用法联动规则。 具备药品使用范围设置功能，可为不同科室、医生、职称等，设置不同的用药范围，支持提示或限制超出用药范围。 具备药品用量设置功能，限制超出累计用量的用药。 具备重复互斥设置功能，设置相互重复的医嘱服务和相互排斥的医嘱服务。 具备医嘱联动配置功能，包括药品联动、药品用法联动、药品与检查联动、检查项目联动。 具备基本费用控制配置功能，设置基本费用控制的处方规则，提醒并控制单张处方金额和单次就诊的总费用。 具备处方录入完整性校验规则设置功能，包括剂量、剂量单位、用法、频次、天数校验规则。 具备过敏药品规则设置功能，可设置拦截、提示过敏药品。 支持处方绑定诊断，支持调用药品的默认用法、剂量、频次。支持查阅及调用历史处方；提供动态医嘱开立界面，支持快速开立处方，处方开立时动态预警，醒目显示特殊属性的标签。 1.1.2.5.7. 西药、中成药开立 具备临床服务检索功能，根据拼音、五笔、名称、代码等条件搜索匹配西成药临床服务，匹配方式包括全匹配、前匹配、模糊匹配。 具备界面动态加载功能，开立西成药时，根据药品特性动态加载西成药医嘱录入界面。输液医嘱动态加载滴速录入界面，抗菌药物医嘱动态加载用药目的录入界面。 具备注射类药品剂型检测功能，动态加载注射类药品录入界面，自动获取药品的注射类剂型信息。 具备录入用法、嘱托录入功能，在开立西成药医嘱时，可以填写用法说明等嘱托。 具备发药数量计算功能，自动根据药品处方的剂量、频次、天数，计算发药数量。 具备处方绑定诊断功能，绑定的处方药品自动调用默认剂量、用法、频次、天数、数量，支持修改处方药品的剂量、用法、频次、天数、数量。 具备药品变动剂量录入功能，用药频次的执行次数大于1时，每顿用药可以录入不同的剂量。 具备特殊剂量单位录入功能，滴眼液类药品的剂量单位按“滴”录入。 具备过敏检测功能，对于需要皮试的西成药，自动判断以往皮试记录，阻止可能导致过敏的药品。支持记录皮试方式，包括非原液皮试和原液皮试。 具备分方处理功能，根据自动分方规则，把药品分成不同的处方。
--	--	--

		具备医嘱模板管理功能，可将医嘱另存为模板，通过模板快速开立处方。 具备医嘱状态展示功能，展示的医嘱状态包括已开立、已签署、已收费。 具备药品属性标签管理功能，醒目显示精、麻、毒、放等药品特殊属性标签。 支持与合理用药系统对接，实现药品说明书调用和诊中用药提醒功能。 1.1.2.5.8. 中药开立 具备中药饮片及中药颗粒开立设置功能，根据门诊医生的操作习惯，个性化设置中药饮片的开立模式。 具备中药饮片及中药颗粒动态加载功能，按照中药的剂型和药房，切换检索药品，动态加载药品。 具备药品属性标签管理功能，醒目显示特殊属性标签，比如贵重药材显示贵重标签。 具备快速开立功能，自动获取中药饮片默认剂量、默认剂量单位，按照默认煎法快速开立中药饮片。 可通过键盘快速搜索、选择、删除、替换药品。 具备多剂共用标记功能，对于多剂饮片处方要共用的药品，可以设置多剂共用标记，按一剂处方数量计算。 具备库存校验功能，处方中的药品如果库存不足，将醒目提醒。 具备草药用量设置功能，控制单张处方单味草药的最大剂量。 具备草药属性默认值设置功能，包含剂数、给药途径、频次、煎法信息。 具备草药录入完整性校验功能，包括剂数、给药途径、药房、用法、煎药方式的必填校验和逻辑校验。 具备中药饮片备注功能，可以备注膏方、外送、快递等信息。 具备处方引用开立功能，可引用医嘱模板、历史处方，快速开立饮片处方。 具备单次诊疗草药方数量控制功能，包括单次就诊的草药处方数量、相同给药途径的草药处方数量、药品总剂量、处方总金额。 具备处方联动功能，按照草药代煎规则，联动代煎服务，按照医师职称规则联动中医辨证服务。 支持与合理用药系统对接，实现饮片验证提醒功能。 支持与中药颗粒发药系统的对接，实现中药颗粒的发药。 1.1.2.5.9. 治疗项目开立 具备治疗项目的动态加载功能，开立治疗项目时，可显示不同属性的治疗项目。 具备治疗项目拼接展示功能，可以拼接显示治疗规格和单价。 具备治疗项目自动计算功能，根据单价和数量自动计算治疗项目金额。 1.1.2.5.10. 药品医嘱组合 系统可满足输液类药品医嘱的组合，通过判别两个药物的用法、频次、医嘱类型、用药日期进行组合绑定以标识药房或配液护士该组药是搭配关系；系统可根据用法如静滴自
--	--	---

		动判别医嘱是否组合，以交互式询问框供医生自主选择。 1.1.2.5.11. 抗肿瘤医嘱开立 支持限制级、非限制级抗肿瘤药物开立和相应权限设置。 1.1.2.5.12. GCP 患者登记 对门诊患者进行 GCP 项目登记，只有先登记，医生才能对这个患者开立 GCP 项目。 1.1.2.5.13. GCP 医嘱开立 医生在门诊医生工作站对已经进行 GCP 项目登记的患者开 GCP 项目。给患者做 GCP 项目登记后，医生工作站就会显示 GCP 项目名称，医生选择该 GCP 项目后就会弹出该 GCP 项目所分立的药品及非药品项目，然后选择这些项目开立医嘱。 1.1.2.5.14. 处方医嘱显示 具备医嘱集中显示功能，根据西药、中药饮片、检验、检查、治疗等各类医嘱的特点，自动提取相应的重点信息，包括给药途径、用法、嘱托，自动拼接为连贯的文本语言，并与当前医嘱费用、签署状态等相关信息，集中显示在同一界面。 1.1.2.5.15. 处方医嘱查询 具备医嘱检索功能，可以检索多种类型的医嘱，包括西成药、中药饮片、检验、检查、治疗、病历、模板。检索方式包括拼音、五笔、名称、别名、代码等，可以模糊检索、智能排序。 1.1.2.5.16. 处方单据打印 具备单据打印功能，可以打印处方单、检验单、检查单、治疗单等。 1.1.2.5.17. 日间手术申请 实现开立日间手术申请单功能，支持与手术管理系统对接。 1.1.2.5.18. 历史处方查看及引用 具备历史处方查看功能，对于复诊病人，门诊医生可以快速筛选历史处方，可以自定义时间段筛选历史处方。 具备历史处方引用功能，对于复诊病人，可以引用历史处方，延续就诊处置措施。 1.1.2.5.19. 医嘱模板调用 具备医嘱模板引用功能，可以引用单条、多条医嘱，可以批量引用处置模板，快速开立处置措施。 具备处置模板维护功能，通过拖拽、勾选医嘱，便捷维护处置模板。可以将当前开立的医嘱，另存为处置模板，包括个人、科室、全院处置模板。 具备模板权限控制功能，对全院处置模板设置查看权限。 1.1.2.5.20. 门诊协定处方管理 具体门诊协定方维护和管理功能，提供门诊诊疗包和协定方维护及引用，方便快速录入处方。 1.1.2.5.21. 门诊检验申请单
--	--	---

		具备门诊检验申请单开立功能，动态加载检验项目录入界面，自动生成相应的收费信息。 具备组套勾选开立功能，勾选检验项目形成组套，可以录入检验项目相关的诊断、频次、数量、加急标志。 具备指定检验项目流向功能，指定检验申请单流向的执行科室。 具备检验申请单树状图开立功能，在检验申请单的树状图界面，点选开立检验项目。 1.1.2.5.22. 门诊检查申请单 具备门诊检查申请单开立功能，动态加载检查项目录入界面，自动生成相应的收费信息。 具备人体图开立功能，在人体图界面，点选开立检查申请单，可以录入临床摘要、诊断信息、检查目的、注意事项。 具备指定检查申请单流向功能，指定检查申请单流向的执行科室。 具备树状图开立功能，在检查申请单的树状图界面，点选开立检查项目。 1.1.2.5.23. 检验报告查看 支持与检验信息系统对接，实现医技检验报告查看功能。可接收检验信息系统发布的检验报告、撤销通知。可通过申请单医嘱快捷跳转查看对应的检验报告，可通过检验指标快捷跳转查看对应的检验报告，可以按照名称、拼音、五笔、日期检索检验报告，可以查看患者历次就诊报告。 具备检验报告趋势展示功能，可视化展示同一检验指标的变化趋势。 1.1.2.5.24. 检查报告查看 支持与检查信息系统对接，实现医技检查报告查看功能。可以接收检查信息系统发布的检查报告、撤销通知。可通过申请单医嘱快捷跳转查看对应的检查报告。 1.1.2.5.25. 门诊危急值应用 为门诊医生提供医技危急值信息的提醒，辅助门诊医生给予患者及时有效的干预措施，记录危急值发布后的处置过程。 1.1.2.5.26. 危急值接收和处理 具备危急值接收功能，可以设置危急值消息内容和样式，按照设置样式展示接收的危急值内容。具备危急值处理功能，接收危急值消息后，可以立即处置。若存在多个危急值通知，可连续处置。 具备修改处置回复的内容功能。 具备危急值插入病历功能。 具备稍后处置功能，接收危急值消息后，如果选择稍后处置，通知界面转为缩略样式，稍后将自动再次弹出。 具备危急值方案维护功能，支持医生采用危急值方案进行危急值处理，可查看消息处理结果。
--	--	---

		1.1.2.5.27. 危急值查询 具备危急值查询功能，对于已经处理过的危急值，可以按照发布科室、处理医生、危急值类型和发布日期检索，支持查询危急值处理意见。 1.1.2.5.28. 危急值消息时限监控 具备消息时限监控功能，可设置消息级别、配置时限、监控策略，进行消息时限监控管理，及时提醒医生查看危急值消息。 1.1.2.5.29. 疾病证明单管理 具备疾病证明单管理功能，可为门诊患者提供疾病证明单据，为患者做个人事务处理提供疾病证明材料。 1.1.2.5.30. 病假单管理 具备病假单管理功能，可为门诊患者提供疾病请假单据，做为病假患者病假证明凭证依据。 具备休假天数及开始日期、结束日期录入功能。 1.1.2.5.31. 门诊诊间挂号 在诊间实现诊间挂号，可以在诊间为复诊患者补充挂号，可自动获取患者信息，自动获取门诊排班信息，助力诊间医患良性互动。 1.1.2.5.32. 诊间挂号预约 支持诊间预约，门诊医生可以为患者预约下次就诊的科目和日期。如果医院执行时间段预约管理措施，即可预约到就诊时间段。 1.1.2.5.33. 诊间加号 支持诊间加号，加号方式包括指定就诊人、不指定就诊人两种。 具备加号记录查询功能，可以查询加号时间、数量、加号科目、就诊人、联系电话、身份证号、操作人、状态等信息。支持取消加号。 1.1.2.5.34. 住院单开具 具备入院通知单管理功能，门诊医生可为需要住院的患者开具入院通知单，作为患者办理住院手续的凭证。开具入院通知单时，支持“借床操作”，即收治本科室，入住其他科室。 1.1.2.5.35. 门诊会诊 具备会诊申请功能，可填写会诊邀请科室和医生、患者病情及诊疗经过、申请会诊的理由及目的等会诊信息。 具备会诊接受后，针对会诊结果进行会诊答复功能。 具备住院会诊接受及会诊回复或拒绝接收会诊功能。 支持多学科会诊。 1.1.2.6. 门诊收费系统 (1) 实现对门诊处方的收费结算，支持就诊卡、医保卡、身份证、电子医保码、电子
--	--	---

		健康卡等查询未结算的门诊费用明细，打印发票。 (2) 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。 (3) 支持患者通过线上线下等多种支付方式完成结算。支持根据不同患者类别打印不同格式的发票。 (4) 具备不挂号收费功能，具备不建立患者信息直接进行划价收费功能。 (5) 支持多种支付方式，包括：现金、银行卡、微信、支付宝、医保。 (6) 具备自费结算转医保结算功能。 (7) 门诊退费管理，具备全部退费和部分退费功能。备当日和隔日退费功能。具备退费规则控制功能，由医生发起申请，药房、医技科室审核后可以退费。支持费用原路退回。 (8) 发票管理，具备发票管理功能，挂号和收费可以用一卷发票，操作员可以一次领用多卷发票并登记在系统中。具备分发票打印功能、发票汇总打印功能。收费后打印发票支持与电子票据系统对接。 (9) 医保业务处理，医保病人的费用上报医保中心，实现医保在线实时报销功能。支持与本区域医保中心提供的相关接口对接，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。 (10) 收费员日结：收费员在下班前、交账时做结账。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。 (11) 查询统计：具备病人费用查询，处方查询功能，收费员报表等。 (12) 支持单边账查询与账单撤单处理，并且支持对账操作日志查询。 1.1.2.7. 门急诊应急系统 当网络中断或数据库瘫痪时，为保持门诊收费的正常营运，门诊收费窗口可启用应急系统收费系统，完成收费工作，当网络或数据库恢复后，数据可上传汇总，保证系统数据的完整性和准确性。功能如下： 1.1.2.7.1. 应急系统基础管理 具备定时或手动从主服务器上下载相关字典的功能，如收费项目、药品信息、科室信息、医生信息。具备患者信息同步功能。具备应急系统岗位权限单独设置功能。 1.1.2.7.2. 单机挂号收费 具备当系统的主服务器或全院的网络出现异常时，为非医保病人进行正常现金业务挂号登记、划价、收费功能。 1.1.2.7.3. 基础数据同步 当数据库正常时，系统每天定时将基础数据下载同步到客户端，保证客户端数据与数据库的一致性。 发票更新：当收费员启用应急收费系统时，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。 1.1.2.7.4. 导回数据 当网络或数据库恢复后，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日结、查询统计、退费等。 1.1.2.8. 门诊药房管理系统 实现门诊各药房发药流程、退药、药品追溯码管理等功能，支持与自动发药机进行对接，实现自动摆药,快速发药。支持对药品追溯码进行扫码记录，确保用药安全，实现药品的可追溯。具体功能包括：门诊药房库存管理、门诊自动接单，门诊发药，门诊退药、查询统计等功能。 1.1.2.8.1. 门诊药房库存管理 具备药房入库请领，完成药房向药库发起药品请领申请功能，提供按进货单位和进货系数智能请领功能。 具备药品入库，对于药库出库给本药房的药品，可以进行接收或拒绝功能,单据打印功能。具备科室发药/退药，科室发药单/退药单录入、维护、复核记帐、单据打印功能。 具备药品冻结维护功能。具备库存查询功能。 具备 GCP 药品的入库、出库的相关业务处理、GCP 药品库存查询功能。 1.1.2.8.2. 门诊自动接单 患者结算后，药房自动获取待发药的处方，药师根据获取的处方取相应的药品提供给前台发药窗口，系统支持自动获取处方的同时自动打印票据等信息。 1.1.2.8.3. 门诊发药、配药 具备药房代码属性设置功能，设置药房类别：二级药房、三级药房属性，可处理账目类别、所属类别：门诊药房、住院药房，是否允许住院发药、配药即发药、虚拟药房的标志。 具备就诊卡、医保码、电子健康卡、处方号等方式检索患者处方信息并发药功能。 具备发药完成后，自动记录发药人员信息同时更新药房库存功能。 具备接收全院处方、仅本药房处方、仅本窗口处方并发药功能。 具备自动和手动两种方式检索患者并打印配药单功能。提供窗口自动均衡/完全平均/日处方量平均的分配方式。提供配药完成后自动发药并记录调剂人员信息，可以打印瓶签功能。 具备配发药人员的工作量统计、核对功能。 支持与自动发药机进行对接，实现自动摆药,快速发药。 1.1.2.8.4. 门诊退药 具备病人退药功能，具备按收据号、患者、开方医生、配药人员、发药人员、时间段进行处方查询功能。支持通过就诊卡、医保码、电子健康卡、处方号等方式检索患者退药
--	--	--

		信息进行退药操作功能。 1.1.2.8.5. 出库管理 支持对同级药房之间调拨出库，对整个药品出库流程进行记录，实现出库闭环操作。 1.1.2.8.6. 盘点管理 具备三种药房盘点模式：单人盘点、多人盘点、快照盘点，提供多种盘点方式：自定义方式、模板方式、自由录入。具备药房按照批次进行盘点功能，在多进价模式下，单人盘点、多人盘点可以选择到具体的药品批次操作，并按照对应批次生成盘点单。 1.1.2.8.7. 药品追溯码 具备药品追溯码处理功能，自动将追溯码与患者进行绑定，对药品追溯码进行扫码记录。 1.1.2.8.8. 发药机对接 支持与药房自动发药机进行对接，实现自动摆药,快速发药。 1.1.2.8.9. 查询统计 入库查询、退库查询、调价查询、盘点查询、发药查询，提供药房台帐、药品对帐、台帐月结、药品库存与台帐核对及台帐单据核对功能等。 1.1.3 急诊管理 1.1.3.1. 急诊挂号系统 急诊挂号系统为操作员展示对应的急诊就诊号源，快速完成患者就诊登记工作，实现急诊患者挂号管理，包括现场挂号、复诊挂号、退号、查询统计等功能。 1.1.3.1.1. 现场挂号 挂号人员通过读取就诊卡、身份证、医保卡、电子医保、电子健康卡等快速获取病人信息，可根据患者的要求进行选择科室进行挂号登记。具备打印挂号凭条功能，支持打印二维码。 1.1.3.1.2. 复诊挂号 因病情需要再次找同一位医生或同一科室的其他医生进行后续诊疗时，需要进行复诊挂号，支持“一号管三天”的复诊挂号。 1.1.3.1.3. 退号 患者在挂号后，由于特殊原因不能就诊，需要做退号处理，包括现场挂号退号。 1.1.3.1.4. 黑名单管理 可根据医院的需要制定相关信用规则，对在诊疗活动中恶意占用医院诊疗资源的行为进行约束，对违反预约挂号规则或频繁爽约的患者给予必要限制，对黑名单人员可采取停用、限制预约次数及全程提醒等管理措施。 1.1.3.1.5. 统计分析 系统具备各类挂号统计报表，如挂号记录、挂号统计等。 1.1.3.2. 急诊排班管理系统
--	--	---

		具备将急诊排班纳入全院统一的预约排班模板功能，可维护科室排班、医生排班的出班信息；支持当天临时增加医生、科室排班。 1.1.3.2.1. 科室排班 对急诊科室进行排班，只排到科室，无需排到个人，急诊科出诊人员均能共享科室的排班号源。支持通过维护的排班模板批量生成一段时间的排班。支持临时增加科室排班。 1.1.3.2.2. 医生排班 支持对急诊科有需要排班到医生个人的排班，支持批量排班，支持停诊管理，支持替诊管理，将通过短信、微信公众号等渠道发送停诊通知（基于院内支持的通知渠道）。 1.1.3.2.3. 排班模板 支持对科室、医生按周、月批量建模板，能够根据模板动态生成排班，无需手动操作。 1.1.3.3. 急诊预检分诊系统 急诊预检分诊系统是根据患者的主诉及主要症状和体征，进行初步考虑，分清疾病的轻重缓急及所属科室，安排救治程序，分配专科就诊，使病人得到迅速有效的救治。 系统具备读身份证、就诊卡、医保卡、电子医保卡、电子凭证快速获取患者基本信息功能。 急诊预检分诊系统包含的功能模块分别为：患者列表、基本信息、其他信息、当前信息、来诊主诉、分诊分级、凭条打印、腕带打印、读取生命体征、修改挂号时间、群伤管理、重大事件、上传图片、干预措施、分诊查询、群伤管理。 1.1.3.3.1. 患者列表 根据“取病人列表方式”参数配置，提供患者的列表展示查询功能。红橙黄绿各区域患者数/总患者数概览：红底区域表示红区，即病情为Ⅰ级比例；橙底区域表示橙区，即病情为Ⅱ级比例；黄底区域表示黄区，即病情为Ⅲ级比例；绿底区域表示绿区，即病情为Ⅳa、Ⅳb 级比例。可按分区查询。默认显示 24 小时内的分诊患者记录；可加载显示详细分诊信息；可按登记号查询患者；可按开始日期、结束日期查询一定时间段的患者列表。 1.1.3.3.2. 基本信息 包括患者的基础信息、成批就诊、重返标识、既往史、患者来源、特殊人群、来诊方式、五大病种等。 基础信息：主要包含卡号（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：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：是否是 24 小时的再次返回记录。 既往史：既往史主要有：糖尿病、高血压、心脏病、COPD、心绞痛等。 患者来源：主要有：120、110、救助站、外院、自行来院、护送来院等。 特殊人群：主要有：老人、小孩、孕妇、三无人员、残疾人、军人等。
--	--	---

		来诊方式：一般为平车、轮椅、步行、扶入、背入等。 五大病种：包括急性心力衰竭、急性脑卒中、急性呼吸衰竭、急性创伤、急性颅脑外伤。 1.1.3.3.3. 患者其他信息 患者的中毒、是否吸氧、ECG、辅助物内容记录。 1.1.3.3.4. 当前信息 患者当前的生命体征、患者形态、患者评分和其他情况备注。 生命体征：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。可通过连接监护仪读取生命体征实现自动带入数据，一键录入生命体征信息。 患者意识：昏睡、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：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。 备注：患者分诊的其他情况说明记录。 1.1.3.3.5. 患者主诉 通过症状分类快速定位患者主诉，并参与自动评分并推荐分级。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。通过分级指标维护、分级指标配置对来诊患者主诉评级。 1.1.3.3.6. 分诊分级 分诊主要包括推荐分级、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，提供分级变更原因记录功能。 自动推荐分级：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：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：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：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：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：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：通过心率、收缩压、呼吸频率、体温、意识来计算总分评级。 护士分级：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诊疗界面就诊顺序，即患者严重者优先就诊。 1.1.3.3.7. 转诊科室 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。 1.1.3.3.8. 抢救病区 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：实现患者本次分诊绿色通道的开启与否及有效小时数记录，绿色通道患者优先安排治疗。 1.1.3.3.9. 凭条打印 实现分诊凭条的打印功能。分诊凭条显示患者基本信息、体征、意识状态、病情分级、科室、号别等信息，方便就诊。 1.1.3.3.10. 腕带打印 实现分诊腕带的打印功能，便于查找患者和方便救治。 1.1.3.3.11. 读取生命体征 实现从连接的生命体征仪如监护仪等仪器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。 1.1.3.3.12. 修改挂号时间 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。 1.1.3.3.13. 群伤管理 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。 以便于患者各自快速分诊，各自记录基本信息、当前信息等，以得到最有效的救治；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。具备群伤患者预检时关联群伤事件功能。具备批量创建群伤患者，批量打印腕带功能。 1.1.3.3.14. 重大事件 实现重大事件的事件录入和患者关联功能。可按开始日期、结束日期查询一定时间段的重大事件；可按某个事件查看所有关联患者。 1.1.3.3.15. 干预措施
--	--	--

		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、SP02、血糖）的多次跟踪填写和历史记录查看功能。 1.1.3.3.16. 分诊查询 实现对已分诊记录的查询、导出功能。以开始日期时间、截止日期时间为主，以登记号、症状、号别、筛查、来诊方式、级别、既往史、分诊科室、已挂号/未挂号为辅过滤条件查询；主要展示内容为创建日期、创建时间、就诊日期、就诊时间、等候时间、患者基本信息、症状、生命体征、分诊科室、号别、来诊方式、绿色通道、假条、既往史、转诊科室、护士分级、分诊护士信息。 1.1.3.4. 急诊收费系统 （1）实现对门诊处方的收费结算，支持就诊卡、医保卡、身份证、电子医保码、电子健康卡等查询未结算的门诊费用明细，打印发票。 （2）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。 （3）支持患者通过线上线下等多种支付方式完成结算。支持根据不同患者类别打印不同格式的发票。 （4）具备不挂号收费功能，具备不建立患者信息直接进行划价收费功能。 （5）支持多种支付方式，包括：现金、银行卡、微信、支付宝、医保。 （6）具备自费结算转医保结算功能。 （7）门诊退费管理，具备全部退费和部分退费功能。备当日和隔日退费功能。具备退费规则控制功能，由医生发起申请，药房、医技科室审核后可以退费。支持费用原路退回。 （8）发票管理，具备发票管理功能，挂号和收费可以用一卷发票，操作员可以一次领用多卷发票并登记在系统中。具备分发票打印功能、发票汇总打印功能。收费后打印发票支持与电子票据系统对接。 （9）医保业务处理，医保病人的费用上报医保中心，实现医保在线实时报销功能。支持与本区域医保中心提供的相关接口对接，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。 （10）收费员日结：收费员在下班前、交账时做结账。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 （11）查询统计：具备病人费用查询，处方查询功能，收费员报表等。 （12）支持单边账查询与账单撤单处理，并且支持对账操作日志查询。 1.1.3.5. 急诊医生工作站 实现急诊处方、检查、检验、治疗、手术等处方和处置的管理，支持医师、药师登录使用系统，功能包括以下： 1.1.3.5.1. 急诊患者分类显示
--	--	---

		分类管理急诊患者，按照列表模式展示患者就诊信息，支持以标签形式醒目展示急诊患者特点。支持直观展示患者的基本信息、费用信息、医保信息，支持登记患者的过敏信息、皮试信息。 1.1.3.5.2. 出诊科室选择 具备登录开诊功能，医生进入急诊医生站后，可自动登录有排班的出诊科室。具备科目选择功能，进入急诊医生站后，可根据权限切换出诊科室。支持与分诊系统对接，实现分诊功能，灵活启用分诊科室。 1.1.3.5.3. 患者就诊列表 提供患者列表，展示当前开诊科目的就诊患者。可设置患者列表显示信息。患者列表中可展示患者姓名、初复诊、就诊排号、性别、年龄、门诊病历号、就诊流水号、联系电话、挂号科室、医保类别等。 具备患者分类展示功能，包括全部、未就诊、就诊中、待回诊、已就诊、退号患者、挂账患者，分类展示并统计患者数量。 具备快捷操作功能，包括单据、转诊、我的排班、转介申请等操作。 支持与互联网医院信息系统对接，实现线上线下一体化接诊功能，在患者列表中体现患者来源。 支持诊室医师对黑名单人员接诊时，系统界面患者基本信息栏中，黑名单患者具有提醒功能。 1.1.3.5.4. 叫号功能 具备叫号功能，能显示当前患者排队情况，查看候诊人员及候诊人数，自动呼叫患者进入诊室就诊。具备叫号功能设置。可根据患者就诊号、姓名等信息检索患者。 1.1.3.5.5. 诊间转诊 具备诊间转诊功能，可在门诊同级别科室之间，为患者安排转诊,无需患者再排队挂号。 。 1.1.3.5.6. 急诊处方管理要求 分类显示门诊处方，按照医嘱模板、检索开立等模式开立门诊处方。支持直观展示处方特色，如精麻毒标志等。支持查看患者的历史处方、已开处方信息，支持撤销、删除患者的处方。 门诊处方处置规则设置，包括药品用量、完整性校验、重复医嘱、互斥医嘱、药品联动、用法联动规则。 具备药品使用范围设置功能，可为不同科室、医生、职称等，设置不同的用药范围，支持提示或限制超出用药范围。 具备药品用量设置功能，限制超出累计用量的用药。 具备重复互斥设置功能，设置相互重复的医嘱服务和相互排斥的医嘱服务。
--	--	--

		具备医嘱联动配置功能，包括药品联动、药品用法联动、药品与检查联动、检查项目联动。 具备基本费用控制配置功能，设置基本费用控制的处方规则，提醒并控制单张处方金额和单次就诊的总费用。 具备处方录入完整性校验规则设置功能，包括剂量、剂量单位、用法、频次、天数校验规则。 具备过敏药品规则设置功能，可设置拦截、提示过敏药品。 支持处方绑定诊断，支持调用药品的默认用法、剂量、频次。支持查阅及调用历史处方；提供动态医嘱开立界面，支持快速开立处方，处方开立时动态预警，醒目显示特殊属性的标签。 1.1.3.5.7. 西药、中成药开立 具备临床服务检索功能，根据拼音、五笔、名称、代码等条件搜索匹配西成药临床服务，匹配方式包括全匹配、前匹配、模糊匹配。 具备界面动态加载功能，开立西成药时，根据药品特性动态加载西成药医嘱录入界面。输液医嘱动态加载滴速录入界面，抗菌药物医嘱动态加载用药目的录入界面。 具备注射类药品剂型检测功能，动态加载注射类药品录入界面，自动获取药品的注射剂型信息。 具备录入用法、嘱托录入功能，在开立西成药医嘱时，可以填写用法说明等嘱托。 具备发药数量计算功能，自动根据药品处方的剂量、频次、天数，计算发药数量。 具备处方绑定诊断功能，绑定的处方药品自动调用默认剂量、用法、频次、天数、数量，支持修改处方药品的剂量、用法、频次、天数、数量。 具备药品变动剂量录入功能，用药频次的执行次数大于1时，每顿用药可以录入不同的剂量。 具备特殊剂量单位录入功能，滴眼液类药品的剂量单位按“滴”录入。 具备过敏检测功能，对于需要皮试的西成药，自动判断以往皮试记录，阻止可能导致过敏的药品。支持记录皮试方式，包括非原液皮试和原液皮试。 具备分方处理功能，根据自动分方规则，把药品分成不同的处方。 具备医嘱模板管理功能，可将医嘱另存为模板，通过模板快速开立处方。 具备医嘱状态展示功能，展示的医嘱状态包括已开立、已签署、已收费。 具备药品属性标签管理功能，醒目显示精、麻、毒、放等药品特殊属性标签。 支持与合理用药系统对接，实现药品说明书调用和诊中用药提醒功能。 1.1.3.5.8. 中药开立 具备中药饮片及中药颗粒开立功能，根据门诊医生的操作习惯，个性化设置中药饮片及中药颗粒的开立模式。 具备中药动态加载功能，按照中药的剂型和药房，切换检索药品，动态加载中药饮片
--	--	--

		或中药颗粒。 具备药品属性标签管理功能，醒目显示特殊属性标签，比如贵重药材显示贵重标签。 具备快速开立功能，自动获取中药饮片默认剂量、默认剂量单位，按照默认煎法快速开立中药饮片。 具备多剂共用标记功能，对于多剂饮片处方要共用的药品，可以设置多剂共用标记，按一剂处方数量计算。 具备库存校验功能，处方中的药品如果库存不足，将醒目提醒。 具备草药用量设置功能，控制单张处方单味草药的最大剂量。 具备草药属性默认值设置功能，包含剂数、给药途径、频次、煎法信息。 具备草药录入完整性校验功能，包括剂数、给药途径、药房、用法、煎药方式的必填校验和逻辑校验。 具备中药饮片备注功能，可以备注膏方、外送、快递等信息。 具备处方引用开立功能，可引用医嘱模板、历史处方，快速开立饮片处方。 具备单次诊疗草药方数量控制功能，包括单次就诊的草药处方数量、相同给药途径的草药处方数量、药品总剂量、处方总金额。 具备处方联动功能，按照草药代煎规则，联动代煎服务，按照医师职称规则联动中医辨证服务。 支持与合理用药系统对接，实现饮片验证提醒功能。 支持与中药颗粒发药系统对接，实现对中药颗粒的发药。 1.1.3.5.9. 治疗项目开立 具备治疗项目的动态加载功能，开立治疗项目时，可显示不同属性的治疗项目。 具备治疗项目拼接展示功能，可以拼接显示治疗规格和单价。 具备治疗项目自动计算功能，根据单价和数量自动计算治疗项目金额。 1.1.3.5.10. 药品医嘱组合 系统可满足输液类药品医嘱的组合，通过判别两个药物的用法、频次、医嘱类型、用药日期进行组合绑定以标识药房或配液护士该组药是搭配关系；系统可根据用法如静滴自动判别医嘱是否组合，以交互式询问框供医生自主选择。 1.1.3.5.11. 抗肿瘤医嘱开立 支持限制级、非限制级抗肿瘤药物开立和相应权限设置。 1.1.3.5.12. 处方医嘱显示 具备医嘱集中显示功能，根据西药、中药饮片、检验、检查、治疗等各类医嘱的特点，自动提取相应的重点信息，包括给药途径、用法、嘱托，自动拼接为连贯的文本语言，并与当前医嘱费用、签署状态等相关信息，集中显示在同一界面。 1.1.3.5.13. 处方医嘱查询 具备医嘱检索功能，可以检索多种类型的医嘱，包括西成药、中药饮片、检验、检查、
--	--	--

		治疗、病历、模板。检索方式包括拼音、五笔、名称、别名、代码等，可以模糊检索、智能排序。 1.1.3.5.14. 处方打印 具备单据打印功能，可以打印处方单、检验单、检查单、治疗单。 1.1.3.5.15. 日间手术申请 实现开立日间手术申请单功能，支持与手术管理系统对接。 1.1.3.5.16. 历史处方查看及引用 具备历史处方查看功能，对于复诊病人，门诊医生可以快速筛选历史处方，可以自定义时间段筛选历史处方。 具备历史处方引用功能，对于复诊病人，可以引用历史处方，延续就诊处置措施。 1.1.3.5.17. 医嘱模板调用 具备处置模板调用功能，可以调用单条、多条医嘱，也可以批量引用处置模板，快速开立处置措施。 具备处置模板维护功能，通过拖拽医嘱，便捷维护处置模板。可以将当前开立的医嘱，另存为处置模板，包括个人、科室、全院处置模板。 具备模板权限控制功能，对全院处置模板设置查看权限。 1.1.3.5.18. 急诊协定处方管理 具体门诊协定方维护和管理功能，提供急诊诊疗包和协定方维护及引用，方便快速录入处方。 1.1.3.5.19. 急诊检验申请单 具备门诊检验申请单开立功能，动态加载检验项目录入界面，自动生成相应的收费信息。 具备组套勾选开立功能，勾选检验项目形成组套，可以录入检验项目相关的诊断、频次、数量、加急标志。 具备指定检验项目流向功能，指定检验申请单流向的执行科室。 具备检验申请单树状图开立功能，在检验申请单的树状图界面，点选开立检验项目。 1.1.3.5.20. 急诊检查申请单 具备门诊检查申请单开立功能，动态加载检查项目录入界面，自动生成相应的收费信息。 具备人体图开立功能，在人体图界面，点选开立检查申请单，可以录入临床摘要、诊断信息、检查目的、注意事项。 具备指定检查申请单流向功能，指定检查申请单流向的执行科室。 具备树状图开立功能，在检查申请单的树状图界面，点选开立检查项目。 1.1.3.5.21. 检验报告查看 支持与检验信息系统对接，实现医技检验报告查看功能。可接收检验信息系统发布的
--	--	--

		检验报告、撤销通知。可通过申请单医嘱快捷跳转查看对应的检验报告，可通过检验指标快捷跳转查看对应的检验报告，可以按照名称、拼音、五笔、日期检索检验报告，可以查看患者历次就诊报告。 具备检验报告趋势展示功能，可视化展示同一检验指标的变化趋势。 1.1.3.5.22. 检查报告查看 支持与检查信息系统对接，实现医技检查报告查看功能。可以接收检查信息系统发布的检查报告、撤销通知。可通过申请单医嘱快捷跳转查看对应的检查报告。 1.1.3.5.23. 急诊危急值应用 为门诊医生提供医技危急值信息的提醒，辅助门诊医生给予患者及时有效的干预措施，记录危急值发布后的处置过程。 1.1.3.5.24. 危急值接收和处理 具备危急值接收功能，可以设置危急值消息内容和样式，按照设置样式展示接收的危急值内容。具备危急值处理功能，接收危急值消息后，可以立即处置。若存在多个危急值通知，可连续处置。 具备修改处置回复的内容功能。 具备危急值插入病历功能。 具备稍后处置功能，接收危急值消息后，如果选择稍后处置，通知界面转为缩略样式，稍后将自动再次弹出。 具备危急值方案维护功能，支持医生采用危急值方案进行危急值处理，可查看消息处理结果。 1.1.3.5.25. 危急值查询 具备危急值查询功能，对于已经处理过的危急值，可以按照发布科室、处理医生、危急值类型和发布日期检索，支持查询危急值处理意见。 1.1.3.5.26. 危急值消息时限监控 具备消息时限监控功能，可设置消息级别、配置时限、监控策略，进行消息时限监控管理，及时提醒医生查看危急值消息。 1.1.3.5.27. 疾病证明单管理 具备疾病证明单管理功能，可为门诊患者提供疾病证明单据，为患者做个人事务处理提供疾病证明材料。 1.1.3.5.28. 病假单管理 具备病假单管理功能，可为门诊患者提供疾病请假单据，做为病假患者病假证明凭证依据。 具备休假天数及开始日期、结束日期录入功能。 1.1.3.5.29. 诊间挂号 在诊间实现诊间挂号，可以在诊间为复诊患者补充挂号，可自动获取患者信息，自动
--	--	---

		获取门诊排班信息，助力诊间医患良性互动。 1.1.3.5.30. 诊间加号 支持诊间加号，加号方式包括指定就诊人、不指定就诊人两种。 具备加号记录查询功能，可以查询加号时间、数量、加号科目、就诊人、联系电话、身份证号、操作人、状态等信息。支持取消加号。 1.1.3.5.31. 住院单开具 具备入院通知单管理功能，门诊医生可为需要住院的患者开具入院通知单，作为患者办理住院手续的凭证。开具入院通知单时，支持“借床操作”，即收治本科室，入住其他科室。 1.1.3.5.32. 修改分级 患者在就诊过程中，如发生病情的变化或分诊护士评估错误病情级别的情况下，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。系统支持带入相关评估信息方便急诊医师快捷录入。 1.1.3.5.33. 绿色通道 对急诊患者标识绿色通道，实现不需缴费，即可实现领药、检验检查，让患者得到快速治疗。系统支持对当前就诊病人进行取消或启用绿色通道流程。绿色通道标识具有时限控制，为特殊患者快速就诊可开放通绿色通道功能，并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。 1.1.3.5.34. 急诊会诊 具备会诊申请功能，急诊医师填写需要会诊的科室、医生、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)和会诊目的等会诊信息后，发起急诊会诊；急会诊要求有 2 小时的时间控制和会诊双向评价机制。 备会诊接受后，针对会诊结果进行会诊答复功能。 具备住院会诊接受及会诊回复或拒绝接收会诊功能。 支持多学科会诊。 1.1.3.5.35. 质控报表 急诊管理的相关质控报表。 1.1.3.6. 急诊护士工作站 实现输液座位安排、护士医嘱执行等工作模块，达到急诊医护一体化，包括护士执行、皮试管理、过敏记录、患者状态查询、医嘱费用查询、输液瓶签展现、输液追踪、皮试管理、患者去向等。 1.1.3.6.1. 护士执行 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。提供多种队列显示病人，便于护士快速定位病人；提供患者明细信息展现。便于护士三查七对。
--	--	--

		1.1.3.6.2. 过敏记录 此界面用来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。 1.1.3.6.3. 患者状态查询 显示患者流转信息，时间轴形式展现，展现出患者当前状态和流转信息，信息包含状态描述、日期、时间、具体描述、操作人。状态有挂号、留观、下诊断、开医嘱、检查、检验、手术、检验等状态。 1.1.3.6.4. 医嘱费用查询 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。 1.1.3.6.5. 输液贴瓶签展现 在原有表格展现医嘱的基础上，增加了卡片形式展现和操作医嘱。 1.1.3.6.6. 输液追踪 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，执行过的医嘱和未执行的医嘱用不同的图片加以区分。 1.1.3.6.7. 皮试管理 对皮试医嘱进行皮试计时和置皮试结果，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。界面提供了皮试批次录入和 PDD 历史数据的显示。 1.1.3.6.8. 工作量查 按照人次查询护士工作量，界面按照类别展现人次数量。提供日期和类型为检索条件。 1.1.3.6.9. 患者去向 显示急诊患者状态、去向等信息 1.1.3.7. 急诊留观系统 急诊留观系统是进一步规范和优化急诊临床工作流程，体现急诊质控要求，实现院内急诊留观交接班、护理病历、抢救、留观等工作流程，达到医护一体化、信息化、数字化和移动化。 详细功能描述如下： 1.1.3.7.1. 病人列表 支持按本人、本组及本科室查看病人列表；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。 1.1.3.7.2. 病人信息预览 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；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。 1.1.3.7.3. 诊断录入 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，在该传染病还未上报情况下，系统将自动打开传染病上报界面，强行要求医生上报，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。 支持在录入食源性疾病诊断时，提示填报食源性疾病报告。 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。 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。 1.1.3.7.4. 医嘱录入 系统提供医生工作站基础配置功能，可按照院区对急诊就诊有效天数、是否下医嘱后置为到达。 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。 提供了维护医嘱套和医嘱模板的快捷入口，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；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。 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。 支持医嘱复制功能，快速复制之前已经开立的医嘱。 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。 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。 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。 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。 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。 支持医嘱互斥提醒功能。支持药品说明书查看功能，可实现与 HIS 知识库交互。 1.1.3.7.5. 中草药录入 提供开立草药医嘱功能，提供了维护草药医嘱套和医嘱模板的快捷入口，支持按医嘱套、医嘱模板快速录入草药医嘱，同时可根据已录入医嘱，快速生成医嘱模板；支持医嘱复制功能，快速开立医嘱；支持对中草药中存在的互斥医嘱的提示功能。
--	--	--

		支持维护药品的极限用量，对于草药医嘱，当单次剂量超过极限用量时给出提示，且不能成功审核。 支持药品说明书查看功能，可实现与 HIS 知识库交互。 1.1.3.7.6. 检查检验申请 根据检查检验开单质控要求，规范急诊医生开立检验检查方式，系统开立检验申请单、检验申请单、病理申请单模块；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，支持自动带入患者相关主诉、体征等公共，支持自定义各检查项目其他注意事项录入；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，方便医生快捷查找检查项目，进行申请单信息的填写。同时就诊信息申请列表：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。 1.1.3.7.7. 过敏录入 系统支持自定义过敏原设置爱，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。 1.1.3.7.8. 医嘱查询 停医嘱和医嘱查询集成，提供多种查询条件，方便医生查询各类型医嘱。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，显示总费用、已缴费用、押金、未缴合计；对检查检验和药品医嘱提供了查看医嘱状态跟踪的快捷入口。 1.1.3.7.9. 汇总打印 系统提供统一打印功能，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；支持对未打印病历的病人打印病历；处方打印支持按照卫健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。 1.1.3.7.10. 检查查询 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，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。 1.1.3.7.11. 检验查询 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，支持查看检查医嘱状态跟踪；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。 1.1.3.7.12. 办理住院
--	--	---

		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，急诊医师根据读卡和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，减少急诊病人转住院办理手续，一站式完成办理入院相关手续，减少病人等待时间。 1.1.3.7.13. 手术管理 系统提供的一站式工作平台，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。 1.1.3.7.14. 急诊担保 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。 1.1.3.7.15. 状态变更 患者在就诊过程中，如发生病情的变化：如普通诊疗病人需要抢救或留院观察，可通过状态变更变更病人状态，转留观或抢救；同时在病人状态变更界面支持查询病人历次变更的信息明细，方便医生查看病人当前状态信息；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。 1.1.3.7.16. 修改分级 患者在就诊过程中，如发生病情的变化或分诊护士评估错误病情级别的情况下，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。系统支持带入相关评估信息方便急诊医师快捷录入。 1.1.3.7.17. 病情总览 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，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，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、支持查看本次就诊的医嘱单数据及生命体征内容。 1.1.3.7.18. 绿色通道 系统支持对当前就诊病人进行取消或启用绿色通道流程。绿色通道标识具有时限控制，为特殊患者快速就诊可开放通绿色通道功能，并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。 1.1.3.7.19. 预交金评估 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；目的是为了记录或查看评估预交金情况，后期做医疗质量统计；同时在病人缴纳预交金时，提醒收费员查看医生评估费用。
--	--	--

		1.1.3.7.20. 急诊会诊 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;急会诊要求有2小时的时间控制和会诊双向评价机制。 1.1.3.7.21. 医嘱执行 急诊留观护士站提供医嘱执行功能,支持按照医嘱分类进行页签自定义,如:需处理、新医嘱、未执行、已执行、检验单、皮试单、输液单、口服单、注射单、出院带药单、消耗材料单等,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;按按照不同的页签维护功能操作按钮,如:输液卡、执行、查对等;支持打印输液卡、贴瓶签、执行单、检验条码;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;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;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)。 1.1.3.7.22. 医嘱关注 提供医嘱关注功能,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)、支持查看病人的已忽略医嘱列表。 1.1.3.7.23. 医嘱补录 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;提供个人模板、科室模板、医嘱套维护功能的快捷入口,可按照个人和科室维护模板及医嘱套;并支持按照模板或医嘱套快速录入的方式。 1.1.3.7.24. 病人状态查询 在病人状态变更界面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;病人状态明细,可按就诊时间,分诊时间、状态改变时间、开医嘱、下诊断时间先后显示病人的就诊记录。 1.1.3.7.25. 急诊床位设置 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;同时可按需对留观床位图提醒图标进行设置。 1.1.3.7.26. 护士交接班 科室交班: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)的病人数量。 床旁交班: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。
--	--	---

		1.1.3.7.27. 体温单 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；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)、提供自定的列维护(但是不允许维护固定项目)；支持患者体征自动采集、转记、出入液量的自动计算等功能。 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。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。作为了解病情，协助诊断，决定治疗方案的重要依据。 1.1.3.7.28. 病人转科 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。 1.1.3.7.29. 入院管理 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。(在急诊质控统计里计算急诊病人平均留观时间时，会计算到填写的时间点位置)。 1.1.3.7.30. 转住院交接 急诊病人需转住院科室时，需填写急诊转住院交接单。记录患者基本信息、一般情况(监护仪使用情况、生命体征填写)、气道情况、输液情况及导管等。 1.1.3.7.31. 病历浏览 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，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。 1.1.3.7.32. 护理单 危重患者护理计划及护理记录是护士根据医嘱和病情对危重患者住院期间护理过程的客观记录，是具有法律效力的文字资料。急危重症患者监护过程中，需要详细记录各种体征、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，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。 1.1.3.7.33. 读取生命体征 支持从连接的生命体征仪如监护仪等仪器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。 1.1.3.8. 急诊抢救系统 (1) 具备通过切换患者就诊区域快速筛选抢救患者列表功能。 (2) 具备在床卡上通过图标直观显示患者重点信息功能，重点信息图标包括：重点关注、新入、欠费模式、群伤、胸痛、卒中、创伤、孕产妇、三无、中毒、其他、新生儿、
--	--	--

		脑外伤、普通、心衰、呼吸、有过敏史。 （3）具备危急值预警提醒功能。具备危急值消息接收提醒功能。具备对危急值消息进行确认和意见反馈功能。具备查询患者历史危急值消息功能。具备对已处理的危急值消息自动生成危急值记录病历功能。 （4）急诊抢救及留观病历书写，具备急诊抢救记录、急诊留观电子病历书写，同时提供打印功能。 （5）支持从连接的生命体征仪如监护仪等仪器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。 1.1.3.9. 急诊输液管理系统 1.1.3.9.1. 患者管理 通过读卡或扫码快速识别患者身份，获取患者基本信息，记录患者输液、注射等业务情况，按卡片和列表两种模式显示患者信息。 具备患者身份识别功能，支持通过身份证、就诊卡、医保卡等快速获取患者基本信息。具备患者卡片管理功能，卡片信息包括患者基本就诊信息。 1.1.3.9.2. 座位管理 维护输液室座位信息，为输液患者分配座位，按卡片和列表两种模式显示座位信息。 具备输液室基础参数设置功能，包括输液室新增及维护设置、座位设置、人员设置、工作台设置、收费项目设置、皮试药品除外设置。具备座位卡管理功能、具备患者排座功能。 1.1.3.9.3. 输液记录/处方查询 查看患者的基本信息、挂号信息及收费信息，核对输液处方详情，核对无误后打印输液单据，按照输液处方执行医嘱。具备输液单据打印功能，可以打印输液瓶贴、患者凭证、腕带。具备药品核对执行功能，记录处方药品的核对过程。 1.1.3.9.4. 皮试管理 记录患者皮试过程，管理皮试患者列表，记录皮试结果。 具备患者皮试进程管理功能，提供待皮试、皮试中、皮试结束、皮试已审核患者列表，统计当前待皮试、皮试中、皮试结束、皮试已审核患者人次。 具备患者卡片和列表管理功能，卡片和列表展示的信息包括姓名、性别、年龄、电话、皮试费收取状态、出生日期、皮试名称、挂号科室、开方时间、开方医生、历史信息、联动项目。 具备皮试限制功能，在皮试结果未出或者不符合要求时，限制执行输液医嘱。 具备皮试结果提示功能，录入皮试的阴性、阳性结果后，在对应皮试药信息界面显示皮试结果标识，在患者信息栏界面显示对应皮试信息，用颜色区分皮试结果，阴性显示绿色，阳性显示红色。 1.1.3.9.5. 费用管理
--	--	--

		为输液患者补录费用，打印对应的费用清单。 1.1.3.9.6. 门急诊输液叫号大屏 管理输液患者、皮试患者、肌注患者、雾化患者的候诊列表，显示排队叫号信息，查看排队队列及当前呼叫信息，引导患者到输液室指定位置接受对应治疗。 支持语音呼叫，按顺序呼叫、重呼患者，可以指定呼叫某位患者，通过大屏显示当前叫号号码。 具备模板配置功能，为输液患者、皮试患者、肌注患者、雾化患者配置叫号大屏的显示模板，可以设置大屏背景色、字体、图片、患者列表的展示列数。 支持与签到机/取号机对接，实现患者取号排队功能。 1.1.3.10. 急诊药房管理系统 实现急诊药房发药流程、退药、药品追溯码管理等功能。支持对药品追溯码进行扫码记录，确保用药安全，实现药品的可追溯。具体功能包括：急诊药房库存管理、急诊自动接单，急诊发药，急诊退药、查询统计等功能。 1.1.3.10.1. 急诊药房库存管理 具备药房入库请领，完成药房向药库发起药品请领申请功能，提供按进货单位和进货系数智能请领功能。 具备药品入库，对于药库出库给本药房的药品，可以进行接收或拒绝功能, 单据打印功能。具备科室发药/退药，科室发药单/退药单录入、维护、复核记帐、单据打印功能。 具备药品冻结维护功能。具备库存查询功能。 1.1.3.10.2. 急诊自动接单 患者结算后，药房自动获取待发药的处方，药师根据获取的处方取相应的药品提供给前台发药窗口，系统支持自动获取处方的同时自动打印票据等信息。 1.1.3.10.3. 急诊发药、配药 具备就诊卡、医保码、电子健康卡、处方号等方式检索患者处方信息并发药功能。具备发药完成后，自动记录发药人员信息同时更新药房库存功能。具备接收全院处方、仅本药房处方、仅本窗口处方并发药功能。具备自动和手动两种方式检索患者并打印配药单功能。提供窗口自动均衡/完全平均/日处方量平均的分配方式。提供配药完成后自动发药并记录调剂人员信息，可以打印瓶签功能。 具备配发药人员的工作量统计、核对功能。 1.1.3.10.4. 急诊退药 具备病人退药功能，具备按收据号、患者、开方医生、配药人员、发药人员、时间段进行处方查询功能。支持通过就诊卡、医保码、电子健康卡、处方号等方式检索患者退药信息进行退药操作功能。 1.1.3.10.5. 出库管理 支持对同级药房之间调拨出库，对整个药品出库流程进行记录，实现出库闭环操作。
--	--	---

		1.1.3.10.6. 盘点管理 具备三种药房盘点模式：单人盘点、多人盘点、快照盘点，提供多种盘点方式：自定义方式、模板方式、自由录入。具备药房按照批次进行盘点功能，在多进价模式下，单人盘点、多人盘点可以选择到具体的药品批次操作，并按照对应批次生成盘点单。 1.1.3.10.7. 药品追溯码 具备药品追溯码处理功能，自动将追溯码与患者进行绑定，对药品追溯码进行扫码记录。 1.1.3.10.8. 查询统计 入库查询、退库查询、调价查询、盘点查询、发药查询，提供药房台帐、药品对帐、台帐月结、药品库存与台帐核对及台帐单据核对功能等。 1.1.4 住院管理 1.1.4.1. 住院出入转系统 住院出入转系统，融合了入院管理、出院管理、转换科室院等相关功能，实现对病人的登记和管理，具体功能包括入院登记、退院、医保登记、取消医保登记、患者信息修改、患者信息修改查询、入院分床、入院撤销、出院、转科等功能。 1.1.4.1.1. 入院登记 患者入院登记办理后，即可到病区办理入科，对于首次住院的患者，应为患者完善基本信息。对于尚未入病区的患者，可以修改病区。支持直接从门诊医生开的入院通知单获取数据办理入院。支持登记需要预约床位的患者。具备预约住院登记功能、急观转住院功能。支持与门诊临床信息系统对接，使用门诊医生站开的入院单进行入院登记功能。支持与日间手术申请对接，使用日间手术预约信息进行入院登记功能。 1.1.4.1.2. 借床操作 支持对“借床操作”病人办理入院，“借床操作”是入院科室选择收治科室,接收病区是实际入住的科室护士站。 1.1.4.1.3. 医保登记 提供对已入院、需要坐收费结算的医保患者进行医保登记的功能，可显示特殊人员标识。 1.1.4.1.4. 取消医保登记 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。 1.1.4.1.5. 患者信息修改 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、费别等。 1.1.4.1.6. 患者信息修改查询 在修改患者信息时做了修改日志记录，收费员可以查询给患者信息做过具体哪些修改。 1.1.4.1.7. 入院分床
--	--	---

		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,同时可分配此患者的主管医生、管床护士。 1.1.4.1.8. 入院撤销 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。 1.1.4.1.9. 出院召回 出院召回是指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,需要召回再处理。 1.1.4.1.10. 查询统计 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。 1.1.4.2. 住院收费系统 住院收费系统主要针对住院患者信息以及收费结算的管理系统。具体功能包括:押金收据管理、住院发票管理、住院押金管理、出院管理、住院担保、中途结算、欠费患者转出与补交、住院费用核查、出院结算、取消结算、单据打印、查询统计报表等。 1.1.4.2.1. 结算类型 支持出院结算、中途结算、单项目结算、欠款结算、母婴结算、GCP 结算、医保结算、封账,并支持使用现金、微信、支付宝、银行卡等支付方式。 1.1.4.2.2. 原来退款 支持互联网医院、微信、支付宝、银行卡原路退回功能,支持银行转账功能。欠款结算后,具备欠款补缴功能。 1.1.4.2.3. 移动端对接 支持与移动端做对接,实现移动端(微信小程序、支付宝、APP)的办理入院、缴押金、住院结算等业务。 1.1.4.2.4. 押金收据管理 押金收据购入、发放、转交。 1.1.4.2.5. 住院发票管理 发票购入、发放、转交。财务科对购入的发票进行管理。 1.1.4.2.6. 收押金 可以按照各种支付方式收取押金,支持现金、互联网医院、微信、支付宝、银行卡、支票等,读取信息后能查看到他所剩余额信息以及历次的缴交记录。 1.1.4.2.7. 退押金 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,支持原路退还押金;支持通过病案号或选择病人信息方式获取住院患者费用、单据及预交金余额信息,并自动计算当前可退金额以及对应的退款方式。 1.1.4.2.8. 中途结算
--	--	--

		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, 结算时可以选择结算病人未结算的押金, 病人不出院, 患者后续就诊产生的费用自动计到未结算的账单上。支持医保病人结算。 1. 1. 4. 2. 9. 欠费患者结算 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。 1. 1. 4. 2. 10. 住院费用核查 护士办理最终结算、收费员办理财务结算时, 会进行费用核查, 以防止漏费和不合规收费的管控。 1. 1. 4. 2. 11. 出院结算 核对病人帐单费用总额, 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。 1. 1. 4. 2. 12. 取消结算 收款员可以取消病人出院结算, 取消中途结算, 取消结算后, 押金回到未结算的状态。 1. 1. 4. 2. 13. 单据打印 支持打印押金催款单、打印病人费用明细单、打印病人每日费用明细单、打印病人预交金明细帐。收款员日报表: 1. 1. 4. 2. 14. 封账 对已经核对完费用的病人进行封账, 封账后医生、护士不能在收取任何费用。 1. 1. 4. 2. 15. 查询统计 住院收费查询、收费员日结、收费员日结汇总、预交金明细帐、每日费用明细单、医保费用清单等各类收费数据报表。 1. 1. 4. 3. 住院护士工作站系统 住院护士站支持护士高效的完成护理工作, 提供医嘱统一处理界面, 无需反复切换系统, 设计实现病人病情总览、处理医嘱、领药审核等功能, 实现对病区内人、财、物的高效管理, 支持在一个页面下进行医嘱校对、医嘱申请、用药打印、护理打印、医嘱查询、停嘱审核、作废审核、费用处理等护理日常工作。 具体功能描述如下: 1. 1. 4. 3. 1. 床位管理 支持维护本病区床位的床位号、床位类型、床位等级、属性、清洁状态、隔离状态、房间号、地理位置、排序号等信息。支持查看和维护床位费属性以及床位绑定的费用项目。可根据床位属性等条件筛选查询床位信息, 床位状态主要有空床、占用、锁定、包床、消毒、已预约等。具备床位设置功能, 可设置床位的所属科室、病区、责任护士、床位医生、床位费等内容。
--	--	--

		1.1.4.3.2. 床位显示 是按病房物理位置定制自己的病房管理界面布局，并维护自己界面信息（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）。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下审批出院。显示患者的护理等级、患者入出转状态、护理评估结果、手术状态等信息，支持在导航上快速进入业务处理界面，例如患者转科、出院等业务界面。并且对于展示的信息用户可以根据使用习惯进行项目和显示顺序的配置。 1.1.4.3.3. 借床管理 当收治科室的床位不够时，需要对其他科室借床功能，在患者办理入区时，可借用其他病区床位为患者进行治疗。 1.1.4.3.4. 入科 支持查询待入科、待转入、待迁入、取消入科、取消转入、取消迁出、取消挂床、取消出院等各个状态需要入科的患者。支持对患者进行分配主管医生、主管护士、床位等。支持入科任务提示与执行，包含入院评估、入院体征录入、入院宣教等。 1.1.4.3.5. 转科 支持对患者进行转科操作，包含处理患者未完事项以及设置转入科室信息。 能够查看待转科病人摆药单、未扣费用、退药单、退费单、医嘱等信息，能够提示护士患者待处理的医嘱以及单据的数量并且能够在界面直接处理。 1.1.4.3.6. 出院 支持对患者进行出院操作，包含处理患者未完事项以及设置患者为出院状态。能够查看待出院病人摆药单、未扣费用、退药单、退费单、医嘱等信息，能够提示护士患者待处理的医嘱以及单据的数量并且能够在界面直接处理。 1.1.4.3.7. 迁出 支持对患者进行护理迁出操作，包含处理患者未完事项以及设置迁入科室信息和原因。能够查看待迁出病人摆药单、未扣费用、退药单、退费单、医嘱等信息，能够提示护士患者待处理的医嘱以及单据的数量并且能够在界面直接处理。 1.1.4.3.8. 挂床 支持对患者进行挂床操作，包含处理患者未完事项以及设置患者为挂床状态。 能够查看待挂床病人摆药单、未扣费用、退药单、退费单、医嘱等信息，能够提示护士患者待处理的医嘱以及单据的数量并且能够在界面直接处理。 1.1.4.3.9. 住院信息修改 支持修改住院患者的住院信息，包含患者基本信息和住院信息，支持更新的数据同步到病历等其他系统。 1.1.4.3.10. 患者陪护
--	--	--

		支持对陪护患者的人员进行登记，包含登记人员的身份证、电话等基本信息以及是否注射疫苗。 1.1.4.3.11. 腕带打印 支持打印病人的腕带，腕带有病人基本信息及二维码等信息。 1.1.4.3.12. 用药打印 支持按照医院定制格式打印输液卡、执行单、巡视单、床头卡、口服卡等，支持按单个病人打印或多个病人合并打印。 1.1.4.3.13. 费用清单打印 支持根据医院格式打印指定患者的费用清单信息，支持切换不同的清单格式模板。 1.1.4.3.14. 护理打印 支持根据医院自定义格式选择病人打印医嘱执行单、医嘱本、指引单等，可以选择不同的格式模板进行打印，支持按照床位或者项目进行排序打印。 1.1.4.3.15. 变更医嘱打印 支持当每日医嘱变更时打印医生今天新开、停嘱、作废的医嘱。 医嘱打印。 医嘱打印支持打印患者的长期医嘱单和临时医嘱单，可以按照奇偶页、指定页数进行打印、续打和重打。 1.1.4.3.16. 护士交班管理 （1）自动化交接班 可根据患者状态、护理评估结果快速选择需要交接班的患者。具备自动获取患者的主诉、既往史信息，患者最新各类评估分数与风险等级、患者最新体温、脉搏、心率、呼吸信息，并自动生成患者交接记录功能。 （2）SBAR 交班 需支持护士根据病区管理需要，自主设置病区交班内容，需支持多模式交班，自动生成统计数据和交班数据，支持引用患者医嘱、病历、报告、模板相关内容快速完成交接报告书写。 具备交接单设置功能，根据临床科室病区需求和班次设置个性化交班单内容。 具备普通交接班和 SBAR 交接班两种模式，并能够进行切换功能。 具备交接报告书写功能，可录入各类交班信息形成交班报告书。 具备患者交接信息自动获取功能，可自动生成 SBAR 交接班的 Situation 现状、具备调用各类信息功能，在 SBAR 交接时，支持查看并引用患者医嘱、检验、检查、病历信息。 1.1.4.3.17. 责任组 支持维护病区的护士责任组，包含分发责任组人员以及责任组管理床位范围。 1.1.4.3.18. 科室药品管理 支持科室开具本科需要药房备药的药品申请单，药房可接收申请单并进行审核摆药。
--	--	---

		支持将常用的备药申请单存为模板，下次申请时可使用模板快速申请。支持查询药品申领状态以及历史备药详情。 1.1.4.3.19. 转移记录 系统对于患者的分床，转科，转病区操作都进行了详实的记录，并绘制了流程图。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。住院出入转系统可实现患者住院全过程规范管理。 1.1.4.3.20. 分配床位 患者首次分床时可给患者分配主管医生和管床护士。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，支持患者腕带和床头卡的打印。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。床位图提供患者腕带和床头卡的打印。 1.1.4.3.21. 医嘱执行管理 支持对全区多个病人的医嘱一起显示与处理，可根据用户所选的医嘱批量进行校对和申请执行等操作。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）快速的检索一个或过个患者的医嘱，并进行各种打印，执行，采血等操作。包括：医嘱查询、医嘱校对、医嘱处理、医嘱执行、皮试执行、瓶签打印、检验条码打印、执行单打印。需支持护士对医生开立的医嘱进行核对校验，可查看医嘱开立信息和执行单信息，支持多维度查看医嘱执行情况，可对医嘱进行执行申请和撤销操作，需支持配置医嘱打印模板打印医嘱相关单据，申请执行医嘱时，将医嘱信息发送到药房进行配药，可打印领药单据，对于药房配置的药品，需支持进行领药、退药、签收等操作。 具备医嘱签收、申请执行、打回功能，打回支持录入打回原因。 具备处置内容按规则自定义配置显示功能。 具备医嘱开立界面、执行单查看功能。 具备医嘱执行申请、撤销功能，包括医嘱长期执行，执行中暂停、恢复执行，暂停原因自定义配置，执行输液类医嘱可以进行耗材维护，可对医嘱执行科室进行调整。 具备医嘱执行单查询功能，包括按医嘱执行状态过滤、按医嘱单据分类查询、自定义服务分类查询医嘱、按给药途径查询医嘱、按具体服务查询医嘱、按医嘱计划执行时间过滤医嘱、按列表/任务两种模式查询执行单。可查询医嘱状态、类型、开始时间、开立医生、处置内容、首末次执行、执行科室、嘱托、停止时间、核对时间、核对护士、申请日期等信息。 具备查询医嘱单据打印功能，包括医嘱打印、打印模板预览、全量打印单据。 具备患者过敏管理信息显示和编辑功能，可编辑患者过敏源、过敏物、过敏结果、过敏症状、过敏程度、确诊时间等信息，支持设置过敏规则联动，在开立医嘱的时候，医生无法开立过敏医嘱。
--	--	---

		具备患者皮试管理功能，可查看皮试药品名称、药品编码、药品规格、药品单位、药品批号、药品分类、皮试业务分类、皮试结束时间、皮试结果、皮试有效截止时间、执行护士、审核护士等信息，支持开始皮试、结束皮试、审核皮试、修改皮试操作，可设置各类皮试联动功能，支持对不同的皮试类型，设置不同的皮试有效期，皮试有效期自动更新。 具备医嘱领药查询功能，包括按医嘱领药状态过滤、按医嘱药品分类查询、按医嘱/患者维度查询、按病区维度查询、按给药途径查询、按发药药房查询。 具备医嘱领药单查询、作废、重新领药功能。 具备医嘱领药单按申请时间段、药品类型、单据状态、病区/患者等查询条件过滤病区药品申请单功能。 具备对累计药品领药的明细日志及库存操作功能。 具备领药单据打印功能。 具备病区药品签收/撤销签收功能。 具备根据药房摆药单、患者、医嘱过滤药品签收信息。 具备领药单据打印、退药申请单打印功能。 具备病区向药房/药库领用公共/基数药品功能。 具备审核病区领用公共/基数药品功能。 支持长期医嘱和临时医嘱进行分开校对，校对时能够根据患者情况进行校对判断，例如患者有皮试但未登记皮试结果不能校对正确等。校对医嘱时能够根据长期医嘱的频次自动拆分成多天的摆药单。支持根据医嘱属性、病人状态等条件筛选医嘱进行查看和校对，支持母亲和婴儿的医嘱分开校对，多胎情况下可以查看和校对指定胎的医嘱。支持校对时对有问题的医嘱回退给医生。支持对全区多个病人的医嘱批量进行校对。 支持对“借床操作”病人医嘱的执行管理。 1. 1. 4. 3. 22. 领药审核 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。具体功能包括：药品查询、药品审核、撤销审核。 1. 1. 4. 3. 23. 生命体征 可对患者体温、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。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具体功能包括：单人生命体征、多人生命体征、事件登记、体温单预览打印、三测单打印、数据明细，生成图片。支持从连接的生命体征仪如监护仪等仪器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。 1. 1. 4. 3. 24. 医嘱单 护士预览以及打印患者医嘱单。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。支持医嘱单的续打功能。支持将医嘱单导出到 excel。支持选行打印，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。支持对医生提交的患者在执行的医嘱的停嘱申请进行审核，支持回退审核申请。支持通过药品、非药品、性质、剂型、药房、按需给药、用药日期、胎数等进行过滤显示医嘱。 1.1.4.3.25. 标本运送 标本运送页面记录采集标本的状态，对标本的位置及状态进行实时追踪。标本运送确保了对检验标本的实时追踪，对当前人和当前位置进行记录。同时由医院专人进行标本的批量交接，不仅增加了标本的检验效率也可以更专业的保存和运送标本避免标本污染等问题。具体功能包括：运送单、添加标本、交接。 1.1.4.3.26. 更新采血时间 可通过更新采血时间界面对患者标本的采集时间进行更新。具体功能包括：通过输入标本的检验号后点回车或者扫描检验条码即可对标本的采集时间进行更新。如检验标本已接收，则不予许更新采血时间。 1.1.4.3.27. 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。通过患者查询查询已出院的患者，选中进入出院召回菜单，输入密码召回。召回的病人，在等候区显示，护士需重新为其分配床位。患者再出院时，出院时间会改变。出院召回避免了一出院患者短时间内再次入院需要办理负责入院流程的问题。节省大量手续，降低医护工作量。 1.1.4.3.28. 费用调整 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。这时系统不会改变出院时间。查询并选择已经出院的患者，进入费用调整界面，输入密码确认后患者进入费用调整状态。费用调整状态的病人，医生和护士均可录入医嘱，但医嘱的开始时间默认取出院时间且不可更改。选择费用调整状态的病人，进入界面，输入密码确认后结束患者本次的费用调整状态。 1.1.4.3.29. 患者转运管理 具备患者转运单录入功能，可录入转入科室、转入病房、接收科室、联系电话、接收人电话、到诊时间、患者体征信息、随送人员、转运方式、抢救设施等信息。具备转运单交接情况录入功能，可录入到接收科室时间、体征信息、神志、输液情况、输液方式、输注药物、引流管、压疮、伤口敷料、抢救措施及用药等信息。具备转运交接单打回、暂存、退回转区功能。具备患者转运交接实时路径监控功能，以时间轴形式展示患者转运状态。 1.1.4.3.30. 分娩管理 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。具体功能包括：分娩登记，分娩记录，报产查询，产程图。分娩管理系统对产妇从分娩登记到婴儿成功娩出的生产过程进行全程记录，这些记录为后续的护理治疗提供依据。系统中娩出婴儿自动与母亲关联，详实登记婴儿的信息，便于护士对婴儿进行管理。
--	--	---

		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,同时也为病历归档提供依据。 具备根据母亲关联添加新生儿,一键生成住院号,无需就诊卡自动创建床位卡功能。 具备新生儿登记后,数据自动同步文书功能。 提供母婴同床和母婴分床两种模式。 具备母婴共同结算或母婴单独结算两种模式功能。 1.1.4.3.31. 费用查询 支持查看患者住院每日清情况,可按前天、昨天、今天及时间段进行查询。具备预交金查询功能,包括录入日期、操作员、金额、支付方式、操作类别、票据号、结算标志、押金总额、担保金额、费用汇总、可用余额等。 具备查询住院患者欠费功能,包括患者医疗保险信息、押金合计、担保金额、费用汇总、可用金额、控制线金额、催缴金额等信息。 具备单个患者查询历史退药申请记录功能,可查看每条退药申请单内药品明细数据、退药申请单流转药房及金额。 具备医嘱执行点显示医嘱明细费用功能,并可根据执行点单独进行退费。 具备单项目退费、批量退费功能。 具备患者补费功能,可开立治疗、护理、卫材、膳食、高值耗材等项目,进行补记账操作,可录入记账时间、开立病区、开立科室、开立医生等开立信息。 具备费用模板维护功能,可将已开立的项目另存为模板,模板可存为个人和业务单元使用,支持费用模板直接引用生成开立项目进行记账。 具备患者记账明细查看功能,包括记账人、记账时间、数量、可退数量、单价、金额、结算状态等信息、医嘱费用查询、病区日清明细、患者科室费用查询、押金存款单、患者费用核查、退费管理,具备担保信息维护功能,可录入担保原因、担保金额、生效时间、担保人、证件、联系方式等信息。 1.1.4.3.32. 统计查询 查询统计模块为护士提供了强大的查询和统计功能。涉及各个方面,如患者,费用,药品,手术,住院证等。为护士做数据核对,数据总结,护理方案改进提供了依据。具体功能包括:患者查询、出院患者查询、住院证查询、退药申请单查询、退药查询、配液拒绝查询、手术列表查询。 1.1.4.3.33. 预交金预警 支持查询当前病区的患者预交金信息。支持配置设定预交金预警阈值,根据设定的值进行查询超过阈值的病人,可以打印超过阈值病人的催交单。 1.1.4.3.34. 住院护士危急值预警提醒 具备住院护士危急值预警提醒与反馈功能,能记录具体接收的时间和操作员信息,支持危急值信息的汇总查询,并能按照单病人、单个发布医生和时间段查询相应的危急值信息。
--	--	--

		1.1.4.4. 住院医生工作站系统 住院医生工作站融合了电子医嘱、电子病历、检查、检验、会诊、护理等相关功能。功能描述如下： 1.1.4.4.1. 住院病人列表 展示当前在院的病人列表，汇总展示病人当前主要住院信息，特殊标注新入、病重、病危及其他特殊情况患者，同时提供了按照本人、本科、已出院、已转出、已手术等属性查询的快捷入口，提高了检索病人的简便性。 1.1.4.4.2. 住院信息一体化显示 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。 1.1.4.4.3. 患者信息管理 具备患者基本信息显示与修改功能，字段至少包括：姓名、性别、出生日期、证件号、联系电话、地址、贫困等级、信息保密等级、籍贯、实名制等级信息。 具备患者住院信息显示与修改功能，至少包括：入区时间、责任护士、责任医生、主治医生、住院病区等信息。 具备患者基本健康信息显示和编辑功能，包括：身高、体重、BMI、血型、病理状态、生理状态等信息。 具备患者过敏信息登记、展示、编辑功能。可录入药物类、食物类、环境类等过敏信息，支持医生录入非结构化类过敏信息。 具备患者费用信息显示功能，至少包括：总费用、预交金余额、担保金额、报警线、停药线等。 支持与患者临床集成视图对接，实现调阅患者历史诊疗信息、费用信息及病历功能。 1.1.4.4.4. 床头卡管理 提供多种样式床头卡显示功能，至少包括：标准模式、简卡模式、列表模式等。 具备床头卡自定义显示项设置功能。 具备多种患者标签配置功能，至少包括：护理等级、VTE 风险等级、医嘱状态、危重等级、临床路径、压疮风险等级。可根据业务场景和状态定义患者不同标签，并在医生站、护士站床头卡中显示。 1.1.4.4.5. 诊断录入 提供国家临床标准 ICD 的录入，支持按照个人模板、科室模板、历史诊断等快捷录入。 1.1.4.4.6. 医嘱开立 具备医嘱操作功能，至少包括：医嘱开立、签署、删除、撤销、作废、停止、复制操作。支持长期医嘱和临时医嘱的录入，包括检查、检验、处方、治疗处置、卫生材料、手术、输血、护理、会诊、转科、出院等。 具备医嘱状态实时展示功能，医生可以按需查看医嘱阶段性状态，至少包括：签署医
--	--	--

		嘱、签收医嘱、执行医嘱。每个状态体现状态名称、执行人、执行时间。 具备复制已开立医嘱功能，可以复制给当前患者也可复制给其他患者。 具备医嘱开立快捷键操作功能，医嘱录入时，通过预设的快捷键，可快速完成医嘱开立操作。 具备对不同类型的医嘱诊疗录入项进行个性化配置功能。例如输液医嘱显示临床服务名称、剂量及单位、用法、频次、嘱托、滴速及单位、滴速说明。 具备按医生角度、护士角度、医嘱单归档角度配置临床医嘱展示项功能，在医生站、护士站按医嘱展示项配置进行展示。 具备医嘱属性联动设置功能，医嘱的长期临时属性，可根据频次的属性进行联动限制。 具备单条医嘱录入功能，可单条录入西成药医嘱、草药处方；可单条录入护理、膳食医嘱、治疗医嘱、嘱托医嘱；可单条录入检验申请、检查申请、治疗申请、病理申请、用血申请、手术申请。 具备医嘱开始时间设置功能，可对医嘱开始时间进行设置，包括开始时间往前往后推迟多少时间。 具备医嘱执行详情信息录入功能，针对药品医嘱开立可录入剂量、单位、用法、频次、嘱托等；可根据频次属性自动推荐首日用药次数和首次用药时间；可录入用药持续时间、计划停止时间；支持录入药品类医嘱时药房受控；针对精麻类药品，可录入领药人信息；针对输液类医嘱，支持自动成组操作，可设置滴速要求或定量录入滴速范围，填写超限滴速的说明原因；针对手术申请，系统支持医生进行手术的申请，申请界面支持显示手术基本信息，选择手术室、手术人员等；针对检验申请，自动加载默认标本，支持标本可选范围受控；针对治疗医嘱，可录入治疗时长；针对嘱托类医嘱，支持结构化嘱托和手工自由录入；嘱托包括：留陪人、告病重、告病危等，也支持手动输入嘱托内容。 具备根据用药目的控制医嘱录入项内容功能。 具备录入的抗菌药物医嘱生成病程记录功能。 具备出院带药医嘱录入功能，可录入出院带药，录入出院带药时与当前患者的出院医嘱进行关联控制，无出院医嘱不允许出院带药。 具备医嘱设置长期功能，可对检验类医嘱、治疗类医嘱、精麻类药品处方医嘱申请生成长期医嘱。 具备医嘱互斥校验功能，针对护理/膳食医嘱，支持进行互斥规则判断，互斥医嘱可自动停止，如Ⅰ级护理和Ⅱ级护理互斥。 具备流转类医嘱校验功能，针对患者流转类医嘱，支持互斥规则、联动停止规则；患者流转包括：转床、转区、转科、出院、死亡等。 具备联动开立功能，可对医嘱进行联动开立，包括皮试医嘱的联动，开立治疗药时自动联动一条皮试医嘱。 具备医嘱显示与排序功能，可批量显示未签署医嘱的长临标志、开始日期、时间、名
--	--	--

		称、规格、剂量、单位、用法、频次、嘱托、扩展信息等列显示；可在医嘱未签署前拖动排序，成组药品可重新成组。 具备执行医生与科室选择功能，录入医嘱时，可对执行科室进行选择，并支持执行科室受控。 具备个人医嘱模版设置功能，可根据个人需要自由选择已签署的医嘱另存为医嘱模板；可将模板维护为个人模板、科室模板。 具备申请单开立医嘱功能，可通过申请单快速开立医嘱，例如检查检验等可支持申请单开立。 具备医嘱规则控制功能，可对医嘱规则进行设置，包括规则控制范围、控制时机、控制方式、优先级等；医嘱开立时调用医嘱规则，进行控制。 具备过敏信息控制功能，可对过敏信息进行管理。 具备药品及项目属性展示功能，可自动加载临床药品及项目的默认属性，包括药品的剂量、给药途径。 具备医嘱推荐功能，在医嘱开立时，可对药品的常用剂量及给药途径进行推荐；可推荐个人常用记录、常用组合套餐；可推荐科室常用记录、常用组合套餐。 具备 VTE 评估和处理功能，根据护士评估的结果进行提醒，根据不同的 VTE 风险推荐对应的 VTE 处置。 具备融入临床诊疗指南，在医嘱开立时，进行提示功能。 具备过程控制相关功能，可依据抗菌药物、抗肿瘤药物临床应用指导原则，进行相关过程控制。 所有医嘱均提供备注，医生可以输入相关注意事项。 支持根据医生的处方权、抗生素分级管理、特殊药品(毒麻、精神类等)权限、手术权限等判断是否能够开具对应医嘱。 支持与合理用药与临床决策系统对接，在开医嘱时给予提示，如药品剂量、药品相互作用、配伍禁忌、适应证等的自动提醒与检索功能。 系统支持在医生站开立医嘱时，选择医嘱开始时间的范围，根据实际需要选择当前时间之后的日期、时间。 支持对“借床操作”病人医嘱的开立。 1. 1. 4. 4. 7. 检查检验申请 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，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，同时直观展示结果及报告信息。 对检验项目进行维护及自定义配置，电子申请单开立时可进行基础规则校验控制，检验电子申请单数据支持与电子病历文书互通。 具备检验申请单开立样式及打印模板自定义配置功能。
--	--	--

		具备检验申请单录入诊断、临床摘要、注意事项等信息功能。 具备检验项目维护功能。 具备申请单打印功能，打印模板可自定义设置。 具备申请单基础规则校验控制功能，包括院区、应用场景、开单科室、开单医生、开单职称、性别、年龄等规则。 具备检验申请单中数据与病历文书互通功能。 可对检查项目进行维护及自定义配置，电子申请单开立时可进行相应规则校验控制，检查电子单数据支持与电子病历文书互通。 具备申请单基础规则校验控制功能，包括院区、应用场景、开单科室、开单医生、开单职称、性别、年龄等。 具备申请单打折规则校验控制功能。 具备申请单打印功能，打印模板支持自定义设置。 具备检索界面搜索检查项目，填写检查申请单功能。 具备检查申请单中数据与病历文书互通功能。 1.1.4.4.8. 治疗申请 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进行预约治疗服务。 1.1.4.4.9. 中草药录入 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，支持协定处方，支持基本单位自动转化多种包装数量发药。录入中药饮片处方明细项时，可选择不同规格中药饮片，单味药剂量，补充煎法要求；可编辑中药饮片处方的剂数、煎法、煎出总剂量、每顿剂量、每日频次、代煎要求及剂数。具备中药饮片处方编辑功能，可编辑中药饮片的处方名称、治疗法则。 1.1.4.4.10. 医嘱组合 系统可满足输液类药品医嘱的组合，通过判别两个各药物的用法、频次、医嘱类型。用药日期进行组合绑定以标识药房或配液护士该组药是搭配关系。 系统可根据用法如静滴自动判别医嘱是否组合，以交互式询问框供医生自主选择。 1.1.4.4.11. 抗肿瘤医嘱开立 支持限制级、非限制级抗肿瘤药物开立和相应权限设置。 1.1.4.4.12. GCP 患者登记 对门诊患者进行 GCP 项目登记，只有先登记，医生才能对这个患者开立 GCP 项目。 1.1.4.4.13. GCP 医嘱开立 医生在门诊医生工作站对已经进行 GCP 项目登记的患者开 GCP 项目。给患者做 GCP 项目登记后，医生工作站就会显示 GCP 项目名称，医生选择该 GCP 项目后就会弹出该 GCP 项目所分立的药品及非药品项目，然后选择这些项目开立医嘱。
--	--	---

		1.1.4.4.14. 精麻处方管理 具备精麻处方权限设置功能，包括精一开立权限、精二开立权限、麻醉药品开立权限、剧毒药品开立权限。 具备领药人信息录入功能，录入精麻毒类药物时，需登记领药人及其身份证明信息，领药人信息支持自动同步患者的基本信息。 具备精麻药品医嘱联动规则控制功能。 具备精麻药品统一编码归档功能，精麻类处方按照规范要求统一编码归档。 1.1.4.4.15. 诊疗计划 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。 1.1.4.4.16. 交班本 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。 住院医生站系统有效的实现各种信息资源的共享，协助医生诊疗工作、规范医疗行为，实现电子医嘱系统的全流程流转及全流程流转的反馈，提高医生工作效率和医疗质量。 1.1.4.4.17. 病人费用担保 支持为病人设置担保费用以及担保金额，调整病人就医欠费额度，支持设置担保额度、担保有效期，可以手动取消担保。 1.1.4.4.18. 患者陪护 支持对陪护患者的人员进行登记，包含登记人员的身份证、电话等基本信息以及是否注射疫苗。 支持对陪护人员进行特殊项目开单，例如核酸检测等。 1.1.4.4.19. 特殊患者管理 提供黑名单人员、重点患者的标识和管理，包括：精神病史、攻击性暴力行为、高危传染病、经济纠纷等，可根据医院要求增添修改。支持医生对特殊人员进行标识。支持医师对特殊患者开医嘱时，系统界面患者基本信息栏中，对特殊患者具有提醒功能。 1.1.4.4.20. 医疗组维护 支持配置科室医疗组维护人员权限。 支持一个科室可创建多个医疗组，科室医生可在多个医疗组中。 支持配置医疗组人员权限级别，一个用户在一个医疗组只能有一个权限等级，业务进行权限判断时使用分配的权限级别。 1.1.4.4.21. 医嘱模板管理 提供医院、科室、医生常用的长期医嘱和临时医嘱模板，并提供模板可视化管理和维护功能。
--	--	---

		提供编辑模板需要的统一的诊断和药品字典。 1.1.4.4.22. 审批管理 实现各类医疗流程的审批管理，支持审批类型有：会诊审批、用血审批、自备药审批等。 提供审批 workflow 配置模块，能够支持医院各类特有的审批流程配置。 （1）会诊审批 支持配置科室人员会诊审批权限。 支持查看所以请求到本科室的会诊申请流程信息，包含会诊申请单、会诊患者信息等。 支持对跨科室的会诊申请进行审批操作。 （2）输血审批 支持配置科室人员输血审批权限。 支持查看输血申请流程信息，包含输血申请单、输血患者信息等。 支持本科室需要输血的患者输血申请进行审批。 （3）自备药审批 支持配置科室人员自备药审批权限。 支持查看自备药申请流程信息，包含自备药申请单、自备药患者信息等。 支持本科室需要自备药的患者自备药申请进行审批。 （4）审批 workflow 配置 提供审批流程配置模块，支持对审批节点、审批人角色、审批通知对象、对应业务申请单以及审批后的下一个流程进行自定义配置。 具备统一的任务信息汇总和处理功能，支持结合不同业务需求，提供相关的任务处理操作。 具备会诊任务提醒和处理功能。 具备病历审核提醒和处理功能，支持阅改病历内容，完成病历审签操作。 具备输血申请审签提醒和处理功能，支持输血审批流程设置，完成输血审签处理。 具备手术申请提醒和处理功能，支持手术审批流程设置，完成手术申请审批处理。 具备危急值任务提醒和处理功能，接收医技科室发送的危急值消息，完成危急值任务处置。 1.1.4.4.23. 患者标签 具备多种患者标签配置功能，至少包括：护理等级、VTE 风险等级、医嘱状态、危重等级、临床路径、压疮风险等级。可根据业务场景和状态定义患者不同标签，并在医生站、护士站床头卡中显示。 具备标签定义功能，可设置标签标识、标签编码、标签名称、标签类型、标签类目、标签描述、标签规则、绑定时间、临床服务等信息。 具备标签样式设置功能，可对标签样式进行自定义设置。
--	--	---

		具备标签化筛选功能，可通过标签进行患者列表筛选。 1.1.4.4.24. 病区切换 具备病区切换功能。 1.1.4.4.25. 医生权限 具备医嘱权限集中配置功能，至少包括：医嘱开立权限、抗菌药物权限、抗菌药物审批权限、保密等级、抗肿瘤药物权限、用血权限等。 具备根据不同医生角色进行以上权限控制功能。 1.1.4.4.26. 医嘱检索 具备不同医嘱类型的检索设置功能。 具备医嘱自定义分类显示功能，可自定义每列显示内容，自定义分类显示不同的医嘱类型，如药品、检查、检验、治疗、护理、膳食等内容。 具备草药类药品医生权限校验功能，可根据登录医生的权限设置是否显示草药。 具备特别属性药物提示功能，针对特殊类药品，显示药品的属性特征，如精麻毒类药物，针对有特别属性的药品，在备注列显示，如进口标志。 具备基本药物提示功能，针对国家基本药物，显示其对应的药物基本目录属性，如国基、省基。 具备药品库存校验功能，对于药品类服务，可进行库存实时校验及提示。 具备多种方式的快速查找功能，包括按首拼、五笔、代码、名称等查询药品，并支持模糊查询。 具备检索词频应用功能，可根据使用频率排序，可自定义个人词频。 具备与药房的联动控制功能，如：按时间段显示药房、优先药房设置、虚拟药房选择等。 1.1.4.4.27. 皮试管理 具备皮试联动功能，根据药品的皮试属性、皮试液、皮试有效期等自动判断医嘱用药是否被阻断，是否需要联动皮试医嘱，是否生成药品医嘱。 具备重新皮试判断功能，根据患者的临床用药情况、皮试有效期，判断需皮试的医嘱用药是否需要重新皮试。 支持通过与门诊医生站、住院护士站、门诊输液系统对接，自动获取患者的皮试结果，并将过敏信息共享到其他业务系统。 1.1.4.4.28. 历史医嘱 具备历史医嘱查询功能，可查询历次门诊就诊医嘱、历次住院医嘱，并可根据时间范围过滤历次就诊记录。 具备历史医嘱批量开立功能，可在历次住院医嘱中选择需要重新开立的医嘱，批量进行开立。 1.1.4.4.29. 医嘱模板
--	--	---

		具备模板分类、归类功能，医嘱模板可以根据需要维护自己的分类。医嘱模板关联模板分类，可将相同属性的模板归属到同一模板分类。 具备模板维护功能，包括医嘱模板的增删改，启用停用操作。可在诊疗过程中，选择已开立的医嘱直接另存为医嘱模板。 具备模板关联功能，医嘱模板可关联诊断、诊断组。 具备模板范围设置功能，可设置医嘱模板应用范围，包括“个人”、“科室”。 具备多场景应用功能，在包括“成套医嘱”、“危急值解决方案”、“VTE 最佳实践”等不同场景下可直接应用医嘱模板。 具备模板编辑功能，可在医嘱模板中快速录入包括西成药、中成药、输液、草药、检验、检查、治疗、患者流转等不同医嘱类型的治疗方案。 具备医嘱模板推荐功能，在医嘱开立时，根据患者诊断优先推荐匹配的医嘱模板，可推荐科室、个人常用记录、常用组合套餐。 1. 1. 4. 4. 30. 医嘱打印 具备医嘱打印格式设置功能，包括设置长期、临时、手术、治疗等不同医嘱的打印格式，可设置打印转科医嘱，术后医嘱换页、续打、补打、重整医嘱打印。 具备以下个性化医嘱打印功能，包括：设置特定用法不打印医嘱、补临医嘱设置只显示补临频次、出院带药打印、特殊药品打印、打印临时医嘱执行信息、打印长期医嘱预停时间、打印医嘱的默认执行时间、打印全停医嘱的停止者和审核的护士签名、手术医嘱只显示日期不显示时间、重整医嘱显示重整操作员名称、设置自备药打印时显示的嘱托内容、医嘱护士未签名进行提示。 具备打印快捷键提示功能，可按显示名称设置。 具备精麻类处方打印相关功能，包括精麻类医嘱按处方打印，长期医嘱中精麻类处方按天打印处方。 具备集中打印功能，可对病历进行集中打印及导出。 具备打印历史查看、打印机选择功能。 1. 1. 4. 4. 31. 医嘱处置规则 针对医嘱执行，需提供医嘱执行相关规则控制功能，可对医嘱属性、执行过程中执行范围、医嘱间联动等规则进行设置。 具备通用属性控制功能，包括患者基本信息：年龄、性别控制等。 具备处方规则控制功能，包括科室对应药品项目、职称对应药品项目、医师对应药品项目等。 具备重复医嘱规则校验功能，可自动校验重复医嘱。 具备服务使用范围控制功能，包括按科室、职称，门诊/住院控制。 具备单据属性规则控制功能，包括按科研、加急功能。 具备关联控制功能，满足诊断关联控制。
--	--	---

		具备医嘱联动规则控制功能，可设置医嘱联动规则，并进行相关控制。 具备医嘱互斥规则控制功能，可设置医嘱互斥规则，并进行相关控制。 具备替换规则设置功能，可设置临床路径规则。 1.1.4.4.32. 检验报告查看 支持与医技系统对接，实现住院检验报告查看功能，包括住院检验报告、历史住院检验报告、门诊检验报告等。 具备检验报告打印功能。 1.1.4.4.33. 检查报告查看 支持与医技系统对接，实现住院检查报告查看功能，包括住院检查报告、历史住院检查报告、门诊检查报告等。 具备检查报告打印功能。 1.1.4.4.34. 检验指标趋势查看 支持与医技系统对接，获取医技系统检验指标，实现检验报告趋势分析功能，包括检验指标参考值对比，历次检验指标趋势分析等。基于趋势分析，实现检验指标综合解读。 1.1.4.4.35. 住院危急值应用 支持对接医技系统，实现危急值的智能提醒、处置与反馈功能。 1.1.4.4.36. 危急值预警提醒 支持与医技系统对接，接收医技系统发送的危急值信息，并进行预警提醒。 具备危急值不处理时，不间断进行消息提醒干预功能。 具备在消息中心处理危急值功能。 1.1.4.4.37. 危急值处理结果 具备危急值方案维护功能，支持医生采用危急值方案进行处理，可查看消息处理结果。 具备危急值处理所使用的医嘱，建立与危急值关联功能。 具备危急值医嘱方案病历插入功能。 1.1.4.4.38. 危急值处理意见反馈 具备根据危急值处理情况，自动生成危急值病程的记录功能。 支持与医技系统对接，实现将危急值接收、处理信息返回医技科室功能。 1.1.4.4.39. 危急值限监控 具备危急值查询功能，实时查询危急值内容信息和处理进展。 具备消息时限监控功能，可设置消息级别、配置时限、监控策略，进行消息时限监控管理，及时提醒医生查看危急值消息。 1.1.4.5. 住院临床路径管理系统 按照《临床路径管理指导原则(试行)》，实现疾病规范化的医疗服务。具体功能如下： 1.1.4.5.1. 病种定义 定义需要执行临床路径的病种，支持指定病种适用的科室、路径费用设置、路径审核、
--	--	--

		路径停用配置等。 1.1.4.5.2. 路径医嘱方案维护 支持以时间为主线对路径表单内容进行定义，针对不同病种制定不同临床路径，一个病种可制定多条治疗路径和子路径。 支持设置每个路径的准入条件及性别，以及路径日（阶段日）需完成治疗内容，路径内容主要包括常规诊疗项目、检验项目、检查项目、药品、手术项目、营养项目、护理项目、中医特色治疗项目等，同时针对路径支持设置豁免变异项目。 1.1.4.5.3. 进入路径规则管理 提供多种入径判断规则配置，如西医诊断名称匹配、中医诊断名称匹配、中医证型名称匹配等、年龄性别匹配等多种条件组合。 支持配置医生录入路径相关诊断时自动提示进入入径和医生将病人进入入径两种方式规则。 1.1.4.5.4. 退出路径规则管理 具备临床路径退出功能，包括中途退出路径与路径完成两种方式。支持设置路径准出条件，如治愈、好转、未愈等情况。 1.1.4.5.5. 临床路径配置 系统需提供临床路径相应配置功能，可对临床路径所包含的各项信息及对应执行规则进行设置与维护。需针对路径变异、分支路径等情况，提供对应配置功能，满足临床诊疗时发生路径变异及分支路径的使用要求。 1.1.4.5.6. 路径变异管理 具备临床路径变异提醒、变异原因跟踪功能，开立医嘱不符合临床路径时可进行相应提醒，并支持变异原因录入以及辨别归类。 1.1.4.5.7. 分支路径管理 提供分支路径功能，可按病情变化需要，选择进入相关分支路径。分支路径的维护和使用与路径维护一致。 1.1.4.5.8. 路径执行管理 提供路径执行相关功能，实现路径执行中的医嘱下达、药品库存提醒、变异处理提醒等。 具备标签检索路径患者功能，针对路径病人，根据临床路径的标签可以检索进入路径的患者，医生优先从路径方案中下达医嘱。具备醒目区分必须执行和推荐执行的路径项目或药品，提供路径表单录入方式，通过勾选框可以实现将必做项或者推荐项医嘱批量下达功能。 具备路径药品、项目替代功能，在路径方案中药品库存不足或厂家停用时，依据规则设置医生可以选择可以替换药品或项目，下达后不变异处理。 具备路径疗程执行情况一览功能，查看路径每个疗程执行信息，且可以按国家标准路
--	--	---

		径表单打印。 具备智能无感执行功能，具备智能无感执行功能，在临床路径执行过程中提供智能辅助与相关便捷操作设计，可查看诊疗文书与护理措施，路径内医嘱自动纳入诊疗路径。 具备纳入路径功能，包括通过诊断推荐匹配模式和医师主动选择模式进行纳入路径操作。 1.1.4.5.9. 临床路径评估管理 具备临床路径评估管理功能，可支持入径评估展示、填写疗程评估单、分支路径评估、完成路径评估。 1.1.4.5.10. 临床路径与 DRG 结合管理 支持临床路径与 DRG 疾病分组相结合，对临床路径的执行与 DRG 管理绑定。 1.1.4.5.11. 临床路径统计查询 包括全院级、科室级使用的各个临床路径的使用人次、变更人次、终止人次、完成人次、执行率、治愈率、变异率、平均住院费用、平均住院天数等指标的统计分析。 提供路径统计查询相关功能，包括路径执行监测、路径变异等数据统计查询，可实时查看路径执行情况，进行监管，并支持生成对应的数据指标统计报表。 具备路径执行监测功能，可实时监控管理临床路径在医院实行的情况，包括路径定义、路径执行情况。 具备路径实时监管一览功能，包含路径名称、符合入径数、实际入径数、完成路径数、退出路径数及钻取查询明细信息。 具备路径病人日程一览功能，按病区查看在院/出院病人路径执行情况，并且允许临床路径表单打印。 1.1.4.6. 病案管理系统 病案管理系统为电子病历系统提供病案管理的服务与支持，主要包含病案首页录入、编码、归档、回退、冻结、借阅、复印、查询统计等功能。 1.1.4.6.1. 病案首页录入 支持与临床信息系统进行数据对接，接入病案首页数据。支持病案附页个性化修改。具备接收病案首页数据和是否已录入状态查询功能。 具备病案首页内容按基本信息、诊断信息、住院信息、手术信息、费用信息等模块划分，快速定位首页信息功能。 具备其他诊断、手术信息录入条目不受限制功能，可进行新增、插入、上移、下移、删除和手术复制操作。 具备国家和各省卫计委最新发布的标准中、西医病案首页录入功能。 具备病案首页维护功能，包括修改病案号、次数、姓名和删除病案。 具备首页录入质控规则配置功能：系统内置质控规则知识库。 具备修改留痕功能，首页所有首页项的内容修改后都可以查询修改记录。
--	--	--

		1.1.4.6.2. 病案编码 支持对已提交的病案进行诊断和手术编码，编码时可以查看医生原始编码，支持在原始编码上进行重新编码。支持编码拆分与合并，可新增、删除编码，调整编码顺序。 支持编码保存时进行合理性校验。 支持编码后数据单独存储，与原始数据分开，发生病案回退后医生有修改诊断则不影响病案室编码的诊断。 支持通过快捷键全键盘操作编码。 1.1.4.6.3. 首页数据校对 支持首页数据校对时对诊断与手术进行编码。支持首页数据校对审核后执行首页质控规则，确保校对后数据符合规范。 1.1.4.6.4. 病案回退 可根据不同条件查询病案信息基本情况以及所有病历文书内容，支持导出查询结果列表。支持单个或者批量回退病历，回退时可根据角色回退，支持单独回退医生或者单独回退护士的病历。 1.1.4.6.5. 病案归档 可对病案进行归档操作，归档时可对病案进行上架，记录病案所在位置。支持打印病案条形码。支持通过扫码枪进行扫码归档。可对归档的病案进行回退，回退到提交或者书写状态。 1.1.4.6.6. 纸质病历签收 科室可将出院病历纸质病历进行签出，签出后病案室根据科室提交的纸质病历进行签收，支持病案室进行扫描签收，签收后可根据条件进行签收记录查询。 1.1.4.6.7. 纸质病历催交 支持设置病人出院后多少天需要提交纸质病历，支持查询超过时限未提交的纸质病历，可进行一键催交，催交信息会在医护在工作界面进行弹窗显示。 1.1.4.6.8. 纸质病历示踪 提供病案示踪功能，根据条件查询纸质病案流转信息，例如签收、归档、借阅、复印等信息，可查询纸质病案当前的位置信息，例如归档的柜号或者借阅到的科室等。 1.1.4.6.9. 纸质病历整改 支持病案室对签收发现有问题的病历，进行问题记录并进行回退给医护进行整改。 1.1.4.6.10. 病案借阅 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。可选择借阅电子还是纸质以及选择借阅时长。病案室可对借阅申请进行审批。借阅完成后，用户可对借阅病历进行归还，电子病历直接归还，纸质病历需把病历归还到病案后进行确认归还。 借阅后超过归还日期，用户可申请延期，病案室也可进行催还。 1.1.4.6.11. 病案冻结
--	--	--

		系统支持将患者病案进行冻结，冻结后患者的相关病案只能浏览不能编辑修改。可对已冻结的进行解冻，解冻后患者的病案操作恢复正常。 1.1.4.6.12. 病案复印 对病案复印进行登记，记录委托人信息、复印张数、复印内容、复印目等内容，记录费用。 1.1.4.6.13. 纸质病案回收 可查询出院患者基本信息，具备查询纸质病案回收情况、病案首页是否提交状态功能。具备多种签收方式功能，包括通过查询条件查询病案进行批量回收或扫码枪扫码病案条码一键回收，本次回收和今日回收的病案能分别直观展示。 1.1.4.6.14. 综合查询 可自定义查询条件以及返回结果进行查询。支持将查询条件另存为查询模板供下次查询快速使用，模板共享范围支持设置为个人、科室、全院不同范围。 1.1.4.6.15. 病案首页查询 具备多种病案首页查询功能，包括：按病案号、出院科室、疾病诊断、手术诊断等。 1.1.4.6.16. 日志管理 支持从医院信息系统导入门诊、住院工作日志数据。 1.1.4.6.17. 门诊/住院报表统计 具备多种类型报表直接汇总功能，包括：日、月、季、年报等报表。 1.1.4.6.18. 病种管理 具备病种分类设置功能，即自定义维护各种病种筛选条件。 1.1.4.6.19. 病案首页医院个性化附页 具备根据医院要求修改病案首页或新增附页功能。 1.1.4.7. 住院药房管理系统 住院药房管理系统是实现住院药品发药流程管理以及退药等功能管理，支持对药房药品入出库管理，支持对药房药品进行盘点，支持与口服摆药机接口对接。 1.1.4.7.1. 入库管理 支持药品退药、采购等入库操作，并在入库过程中按照登记、审核、入账的流程，实现完整的药品入库闭环。 1.1.4.7.2. 配药 支持按货位顺序逐个进行药品的配药，支持配药过程要核对药品的名称、批次等信息，可在系统中完成配药确认，记录配药人员工作量。 1.1.4.7.3. 发药 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，选择病区和发药类别后检索对应的待发药医嘱，具备单个患者发药，按床位，住院号检索患者发药信息并发药功能。 具备打印病区药品汇总单、病人药品明细单，并支持发药单据补打。
--	--	---

		具备按不同发药单据发药，如针剂、口服药、输液、长期、临时、草药、西药单据发药功能。 具备病区医嘱、出院带药、新生儿、小处方、医技科室、手术室发药功能。可以选择按单个病区，单个病人及单个病人的单条领药请求记录进行发药。 支持与口服摆药机接口对接，实现住院口服药自动摆药。 1.1.4.7.4. 退药 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根据病区的退药申请单，在核对护士的退药实物后进行退药操作。 1.1.4.7.5. 出库管理 支持对科室申请、药房登记、审核、科室接收入账整个药品出库流程进行记录，实现出库闭环操作。 1.1.4.7.6. 手动开单 出库单支持配置不同的类型，例如领用出库、报损出库、退货出库等信息，登记完成后由审核人员进行审核。 1.1.4.7.7. 单据审核 系统支持对登记后的出库单据进行审核操作，并记录闭环中需要的节点信息，包括时间，审核人等，科室发起请领后，药房审核后转成出库单。 1.1.4.7.8. 单据入账 当科室接收到药品后，核对药品并接收入账，完成整个药品出库过程，实现药品闭环管理。 1.1.4.7.9. 库存查询 系统支持查询药房中现有的药品库存查询、历史库存查询。 1.1.4.7.10. 库存限量与预警 系统支持对药品库存进行限量，设置某项药品的限量库存，当库存低于或者高于设置的限量库存时候，可以快速查询。支持对库存不足的预警药品快速生成采购计划。 1.1.4.7.11. 盘点结存 系统支持药房定期或者临时对药品实际数量进行清查盘点，并对盘点实际药品数量与库存记录核对冲正，更新实际库存数量。 1.1.4.7.12. 生成盘点单 系统支持盘点人员手动建立盘点单，盘点单可以通过多种维度建立。 1.1.4.7.13. 盘点录入 提供多种盘点方式：自定义方式、模板方式、自由录入，可以进行盘点单打印。支持单人盘点、多人盘点并记录盘点人员信息，在盘点过程中，也能够灵活添加删除盘点药品。 1.1.4.7.14. 盘点冲正
--	--	--

		盘点录入后，盘点冲正页面数据实时更新，管理员可查看盘点数量与库存记录差异，管理员可操作冲正将盘点数量更新为系统库存数量。支持回退重新盘点。 1.1.4.7.15. 科室药品管理 系统支持药房通过药品申请，并通过药房内部审核后，向药库请领药品。 1.1.4.7.16. 麻醉药品台账 对麻醉药品管理有特殊要求，系统全方位记录麻醉药品使用能过程，麻醉药品出库时，记录人员、时间、数量等信息，使用过程中记录患者、诊断等信息，对麻醉药品使用闭环监控。 1.1.4.7.17. 查询统计 盘点查询、消耗查询、入出库查询、盈亏明细等相关数据查询。 1.1.4.8. 静配药房管理系统 静配药房管理系统是实现住院静脉配置药品发药流程管理以及退药等功能管理，支持对药房药品入出库管理，支持对药房药品进行盘点。 1.1.4.8.1. 入库管理 支持药品退药、采购等入库操作，并在入库过程中按照登记、审核、入账的流程，实现完整的药品入库闭环。 1.1.4.8.2. 配药 支持按货位顺序逐个进行药品的配药，支持配药过程要核对药品的名称、批次等信息，可在系统中完成配药确认，记录配药人员工作量。 1.1.4.8.3. 发药 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，选择病区和发药类别后检索对应的待发药医嘱，具备单个患者发药，按床位，住院号检索患者发药信息并发药功能。 具备打印病区药品汇总单、病人药品明细单，并支持发药单据补打。 具备按不同发药单据发药，如针剂、口服药、输液、长期、临时、草药、西药单据发药功能。 具备病区医嘱、出院带药、新生儿、小处方、医技科室、手术室发药功能。可以选择按单个病区，单个病人及单个病人的单条领药请求记录进行发药。 1.1.4.8.4. 退药 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根据病区的退药申请单，在核对护士的退药实物后进行退药操作。 1.1.4.8.5. 出库管理 支持对科室申请、药房登记、审核、科室接收入账整个药品出库流程进行记录，实现出库闭环操作。 1.1.4.8.6. 手动开单
--	--	---

		出库单支持配置不同的类型，例如领用出库、报损出库、退货出库等信息，登记完成后由审核人员进行审核。 1.1.4.8.7. 单据审核 系统支持对登记后的出库单据进行审核操作，并记录闭环中需要的节点信息，包括时间，审核人等，科室发起请领后，药房审核后转成出库单。 1.1.4.8.8. 单据入账 当科室接收到药品后，核对药品并接收入账，完成整个药品出库过程，实现药品闭环管理。 1.1.4.8.9. 库存查询 系统支持查询药房中现有的药品库存查询、历史库存查询。 1.1.4.8.10. 库存限量与预警 系统支持对药品库存进行限量，设置某项药品的限量库存，当库存低于或者高于设置的限量库存时候，可以快速查询。支持对库存不足的预警药品快速生成采购计划。 1.1.4.8.11. 盘点结存 系统支持药房定期或者临时对药品实际数量进行清查盘点，并对盘点实际药品数量与库存记录核对冲正，更新实际库存数量。 1.1.4.8.12. 生成盘点单 系统支持盘点人员手动建立盘点单，盘点单可以通过多种维度建立。 1.1.4.8.13. 盘点录入 提供多种盘点方式：自定义方式、模板方式、自由录入，可以进行盘点单打印。支持单人盘点、多人盘点并记录盘点人员信息，在盘点过程中，也能够灵活添加删除盘点药品。 1.1.4.8.14. 盘点冲正 盘点录入后，盘点冲正页面数据实时更新，管理员可查看盘点数量与库存记录差异，管理员可操作冲正将盘点数量更新为系统库存数量。支持回退重新盘点。 1.1.4.8.15. 科室药品管理 系统支持药房通过药品申请，并通过药房内部审核后，向药库请领药品。 1.1.4.8.16. 查询统计 盘点查询、消耗查询、入出库查询、盈亏明细等相关数据查询。 1.1.5 药品管理 1.1.5.1. 西药库管理系统 药库管理系统支持对全院药库入库管理，并将药品出库给门急诊、住院等药房；支持对药品追溯码进行扫码记录，确保用药安全，实现药品的可追溯。支持对药库药品进行查询、盘点、采购、保养管理等操作；支持对药品相关基础信息进行维护，包括药品对照、供应商信息、通用名、药品结余、皮试药品等，具备药品入库，实现药品从供货商到药库入库功能。
--	--	--

		具体功能如下： 1.1.5.1.1. 药品信息维护 具备对药品字典进行维护，包括：新增、修改、停用药品，新增药品分类，规格、产地切换功能。系统支持对药品信息统一管理，可以维护新增的药品，修改药品信息，实现统一规范药品名称。 具备针对药品设置医保的报销标识，包括：药品甲、乙类设置、医保代码对应设置功能。 具备新增、修改、停用药品规格、产地、别名等基本信息功能。 具备药品临床目录多个属性设置功能，如药品名称、拼音、五笔、分类码、药品剂型、所属库房、剂量单位，可以根据设置的所属库房和账目类别过滤药品信息。 具备带量采购、带量级别、带量议价标志及重点监控药品标志、国家谈判药品、国家医保谈判药品标志的维护功能。 具备维护院内临购药品标志、GCP 药品标志和 GCP 药品课题编号功能，临床医生可以根据此标志判断处方的流转流程。 具备根据药品大类和药理作用分类过滤药品字典信息，达到快速定位药品功能。 具备进价、批发价、零售价三种价格管理功能。 具备药品在入库、调价时自动根据顺加作价规则计算出药品价格。 具备全院药品统一价格管理功能，进价采用加权平均进价管理模式。 具备全院药品统一零售价，多进价管理模式，允许药品在同一时间点零售价都相同。 1.1.5.1.2. 医保药品目录对照 实现医院的药品目录与医保系统的目录比对管理功能。 1.1.5.1.3. 药品货柜维护 通过维护药品货柜号信息，便于后续出入库快速查找定位药品位置。 1.1.5.1.4. 药品出入库类别 药库药房出入库类型下拉选择，系统也支持灵活配置。 1.1.5.1.5. 供应商字典 系统支持灵活配置涉及单位信息，包括药品生产厂家、药品供应商等。 1.1.5.1.6. 特殊药品条件设置 针对部分特殊药品用药限制，系统支持灵活配置相关规则，包括费别，支持设置某个药品只对某些类型患者使用，患者类型包括省医保、市医保、自费等。 支持设置某个药品只允许某些科室使用。 支持设置某个药品只允许某些职称医生开具。 支持设置某个药品只允许某些病种患者使用。 1.1.5.1.7. 药品发药机维护 采用自动发药机，系统支持针对这部分药品管理，选中后这类药品由自动发药机发药。
--	--	---

		1.1.5.1.8. 调价管理 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。 1.1.5.1.9. 入库管理 支持药品退药、采购等入库操作,并在入库过程中按照登记、审核、入账的流程,实现完整的药品入库闭环。 具备药品入库,实现药品从供货商到药库入库功能。提供了正常入库、挂帐入库、赠送入库、制剂入库、红冲五种方式。 具备药品退货,提供正常退库、挂帐退库、赠送退库、制剂退库 4 种方式进行不同业务操作功能。 具备从药房退入药库的药品,提供接收、复核、拒绝药房退库申请单功能。 具备科室发药通过手工录入、取请领单的方式向科室或病区发药,提供对发药单复核记帐、单据打印功能。 具备科室退药通过手工录入、取科室发药单的方式进行科室或病区退药,提供对退药单复核记帐、单据打印功能。 具备药房科室请领单,提供科室或病区向药库发起药品请领申请功能。 具备院内药库之间进行药品调拨功能,以调剂药库间的药品库存量。 药品单据登记支持配置不同的类型,例如采购入库、退药入库、盘盈入库、赠送入库、调拨入库等。 1.1.5.1.10. SPD 库入库 支持药品从 SPD 库获取入库信息,实现即入即出,直接出库到二级库,并在入库过程中按照登记、审核、入账的流程,实现完整的药品入库闭环。 1.1.5.1.11. 出库管理 支持对科室申请、药库登记、审核、科室接收入账整个药品出库流程进行记录,实现出库闭环操作。 系统支持由病区、药房根据所在科室药品情况,自主向药库申请药品,通过药库审核出库方式领取药品。 科室申请后,药库管理人员审核后可以科室申请药品转成出库单。 出库单支持配置不同的类型,例如领用出库、报损出库、退货出库等。 1.1.5.1.12. 药房/科室请领开单 科室发起请领后,药库审核后转成出库单。 1.1.5.1.13. 库存查询 系统支持查询药库中现有的药品,并对不同状态药品进行区分标识,包括正常药品、快过期药品,已经过期药品,方便药库对于药品管理。支持对历史库存的查询。 1.1.5.1.14. 库存限量与预警
--	--	--

		系统支持对药品库存进行限量，设置某项药品的限量库存，当库存低于或者高于设置的限量库存时候，可以快速查询。 支持对库存不足的预警药品快速生成采购计划。 支持药品有效期的预警，对即将过期的药品进行标识。 1.1.5.1.15. 药品调价 支持根据物价部门现行的调价文件实现全院统一调价，调整药品的进货价、零售价等信息。 1.1.5.1.16. 生成盘点单 系统支持盘点人员手动建立盘点单，盘点单可以通过多种维度建立，例如根据药品种类、批次、价格、毒理、材质、金额等条件，能够适配医院不同的使用习惯和管理要求。 1.1.5.1.17. 盘点录入 医院盘点可能是由多人进行操作，系统盘点单也支持多人盘点，并记录盘点人员信息，在盘点过程中，也能够灵活添加删除盘点药品。 系统满足盘点数量快速录入，例如盘点数量等于库存，盘点数量为0等，提高盘点人员填写效率。并支持盘点数量复核修改，保证盘点数量与实际数量保持一致。 1.1.5.1.18. 盘点冲正 盘点录入后，盘点冲正页面数据实时更新，管理员可查看盘点数量与库存记录差异，管理员可操作冲正将盘点数量更新为系统库存数量，形成完整盘点闭环。 系统也支持回退重新盘点。 1.1.5.1.19. 盘点查询 系统会记录每一次盘点信息，支持查询并进行溯源管理。 盘点事件管理 系统支持对已冲正的盘点单进行管理，可对盘点单进行分类管理，方便后续查阅 1.1.5.1.20. 药品结存 系统支持对药库入库和出库的单据进行结存，通过结存，支持查看时间范围内进出仓报表、结存汇总表、盈亏明细等相关数据，方便医院进行管理。 1.1.5.1.21. 采购计划制定 系统支持药库工作人员，填写采购申请计划，并将采购计划与库存预警功能相结合，可以通过库存预警快速生成采购计划，另外也支持根据上个月耗量快速生成采购计划。 1.1.5.1.22. 药品追溯码 具备药品追溯码处理功能，支持记录、存储药品追溯码信息，用于后续药品的追溯。 1.1.5.1.23. 查询统计 入出库数据查询、盘点数据查询等。 1.1.5.2. 中草药房管理系统 中草药房管理系统是基于中药房的实际业务，实现中药饮片、中药颗粒的采购入库，
--	--	---

		出库，发药、盘点等业务流程管理。 具体功能如下： 1.1.5.2.1. 药品信息维护 具备对药品字典进行维护，包括：新增、修改、停用药品，新增药品分类，规格、产地切换功能。系统支持对药品信息统一管理，可以维护新增的药品，修改药品信息，实现统一规范药品名称。 具备针对药品设置医保的报销标识，包括：药品甲、乙类设置、医保代码对应设置功能。 具备新增、修改、停用药品规格、产地、别名等基本信息功能。 具备药品临床目录多个属性设置功能，如药品名称、拼音、五笔、分类码、药品剂型、所属库房、剂量单位，可以根据设置的所属库房和账目类别过滤药品信息。 具备带量采购、带量级别、带量议价标志及重点监控药品标志、国家谈判药品、国家医保谈判药品标志的维护功能。 具备根据药品大类和药理作用分类过滤药品字典信息，达到快速定位药品功能。 具备进价、批发价、零售价三种价格管理功能。 具备药品顺加作价及顺加作价药品的范围设置（具体到单个药品）、进价加成比设置功能。 具备药品在入库、调价时自动根据顺加作价规则计算出药品价格。 具备全院药品统一价格管理功能，进价采用加权平均进价管理模式。 具备全院药品统一零售价，多进价管理模式，允许药品在同一时间点零售价都相同。 1.1.5.2.2. 医保药品目录对照 实现医院的药品目录与医保系统的目录比对管理功能。 1.1.5.2.3. 药品货柜维护 通过维护药品货柜号信息，便于后续出入库快速查找定位药品位置。 1.1.5.2.4. 药品出入库类别 药库药房出入库类型下拉选择，系统也支持灵活配置。 1.1.5.2.5. 供应商字典 系统支持灵活配置涉及单位信息，包括药品生产厂家、药品供应商等。 1.1.5.2.6. 特殊药品条件设置 针对部分特殊药品用药限制，系统支持灵活配置相关规则，包括费别，支持设置某个药品只对某些类型患者使用，患者类型包括省医保、市医保、自费等。 支持设置某个药品只允许某些科室使用。 支持设置某个药品只允许某些职称医生开具。 支持设置某个药品只允许某些病种患者使用。 1.1.5.2.7. 中药颗粒发药机
--	--	--

		支持与医院中药颗粒发药机对接，实现中药颗粒的发药。 1.1.5.2.8. 调价管理 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。 1.1.5.2.9. 入库管理 支持药品退药、采购等入库操作，并在入库过程中按照登记、审核、入账的流程，实现完整的药品入库闭环。 具备药品入库，实现药品从供货商到药库入库功能。提供了正常入库、挂帐入库、赠送入库、制剂入库、红冲五种方式。 具备药品退货，提供正常退库、挂帐退库、赠送退库、制剂退库 4 种方式进行不同业务操作功能。 具备从药房退入药库的药品，提供接收、复核、拒绝药房退库申请单功能。 具备科室发药通过手工录入、取请领单的方式向科室或病区发药，提供对发药单复核记帐、单据打印功能。 具备科室退药通过手工录入、取科室发药单的方式进行科室或病区退药，提供对退药单复核记帐、单据打印功能。 具备药房科室请领单，提供科室或病区向药库发起药品请领申请功能。 具备院内药库之间进行药品调拨功能，以调剂药库间的药品库存量。 药品单据登记支持配置 1.1.5.2.10. 出库管理 支持对科室申请、药库登记、审核、科室接收入账整个药品出库流程进行记录，实现出库闭环操作。 系统支持由病区、药房根据所在科室药品情况，自主向药库申请药品，通过药库审核出库方式领取药品。 科室申请后，药库管理人员审核后可以科室申请药品转成出库单。 出库单支持配置不同的类型，例如领用出库、报损出库、退货出库等。 1.1.5.2.11. 药房/科室请领开单 科室发起请领后，药库审核后转成出库单。 1.1.5.2.12. 库存查询 系统支持查询药库中现有的药品，并对不同状态药品进行区分标识，包括正常药品、快过期药品，已经过期药品，方便药库对于药品管理。支持对历史库存的查询。 1.1.5.2.13. 库存限量与预警 系统支持对药品库存进行限量，设置某项药品的限量库存，当库存低于或者高于设置的限量库存时候，可以快速查询。 支持对库存不足的预警药品快速生成采购计划。
--	--	---

		支持药品有效期的预警，对即将过期的药品进行标识。 1.1.5.2.14. 药品调价 支持根据物价部门现行的调价文件实现全院统一调价，调整药品的进货价、零售价等信息。 1.1.5.2.15. 生成盘点单 系统支持盘点人员手动建立盘点单，盘点单可以通过多种维度建立，例如根据药品种类、批次、价格、毒理、材质、金额等条件，能够适配医院不同的使用习惯和管理要求。 1.1.5.2.16. 盘点录入 医院盘点可能是由多人进行操作，系统盘点单也支持多人盘点，并记录盘点人员信息，在盘点过程中，也能够灵活添加删除盘点药品。 系统满足盘点数量快速录入，例如盘点数量等于库存，盘点数量为0等，提高盘点人员填写效率。并支持盘点数量复核修改，保证盘点数量与实际数量保持一致。 1.1.5.2.17. 盘点冲正 盘点录入后，盘点冲正页面数据实时更新，管理员可查看盘点数量与库存记录差异，管理员可操作冲正将盘点数量更新为系统库存数量，形成完整盘点闭环。 系统也支持回退重新盘点。 1.1.5.2.18. 盘点查询 系统会记录每一次盘点信息，支持查询并进行溯源管理。 盘点事件管理 系统支持对已冲正的盘点单进行管理，可对盘点单进行分类管理，方便后续查阅。 1.1.5.2.19. 药品结存 系统支持对药库入库和出库的单据进行结存，通过结存，支持查看时间范围内进出仓报表、结存汇总表、盈亏明细等相关数据，方便医院进行管理。 1.1.5.2.20. 采购计划制定 系统支持药库工作人员，填写采购申请计划，并将采购计划与库存预警功能相结合，可以通过库存预警快速生成采购计划，另外也支持根据上个月耗量快速生成采购计划。 1.1.5.2.21. 门诊草药功能 门诊草药功能主要是对门急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。 （1）门诊草药发药 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。由于患者主观意愿的变化，可以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。 （2）门诊退药 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。对于不可退的处方可以拒绝退药，已拒绝的退药单也可以取消拒绝。 1.1.5.2.22. 住院草药功能 住院草药功能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。 (1) 住院草药发药 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。 (2) 住院退药 中药房对病区已提的退药申请单进行退药。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。 (3) 处方追踪 该界面可以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。 1.1.5.2.23. 发药查询 该界面可以按照业务日期，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。 1.1.5.2.24. 处方打印 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。 1.1.5.2.25. 查询统计 入出库数据查询、盘点数据查询、中药发药数据、工作量统计等。 1.1.6 医技管理 1.1.6.1. 医技计费管理系统 医技收费管理完成门诊、住院医技项目确认和确认查询，实现患者收费、确费信息的即时共享。具体要求如下： (1) 具备通过刷卡或者输入病历号检索患者功能并且可以自动加载医技申请项目。具备门诊、住院医技项目确认功能。 (2) 医技退费：具备住院医技退费、门诊医技取消确认功能。支持对未执行的项目进行退费，可根据实际未做数量开退费单据，对应执行科室对退费单据进行审核后进行退费执行。 (3) 具备住院补记账和补记账作废功能。 (4) 单据管理：支持医技科室接收查看所有执行科室为本科室的医技单据，可根据科室与开单人进行过滤，可查看开单具体项目信息以及价项信息。 (5) 查询统计：医技收费、医技工作量等各类数据查询统计报表。
--	--	---

		1.1.6.2. 手术安排管理系统 手术安排支持接收医生申请的手术，可对已接收的手术根据手术间手术安排情况进行排台，排台时可以查看病人相关病历信息以及医嘱信息。 1.1.6.2.1. 门诊手术管理 支持对门诊手术患者手术信息预约登记功能，完成手术预约及审批。 1.1.6.2.2. 住院手术管理 支持对住院手术安排功能，能够完成病人手术基本信息的录入，急诊/择期手术的排期及取消，手术相关人员的信息录入。 具备手术申请审核功能，对手术申请单进行审核及打印。 1.1.6.2.3. 手术安排 手术室接收病房手术申请单，进行手术安排，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。 1.1.6.2.4. 麻醉安排 对手术进行麻醉医师、麻醉方法的选择。 1.1.6.2.5. 手术耗材清单 支持录入手术所需的手术工具、手术耗材。 1.1.6.2.6. 查询统计 手术室排班表、手术室使用情况统计、手术工作量统计、麻醉工作量统计。 1.1.6.3. 手术登记管理系统 (1) 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。 (2) 具备手术情况录入功能，能够详细记录病人术中情况，支持界面录入字段自定义设计。 (3) 具备麻醉情况录入功能，能够详细记录病人术中麻醉情况，支持界面录入字段自定义设计。 (4) 具备术中医嘱功能，能够完成术中医嘱的审核、执行。 (5) 支持对门诊手术、内镜检查的手术操作登记。 1.1.6.4. 手术计费管理系统 1.1.6.4.1. 门诊手术计费 手术费用录入功能，可以进行手术项目及药品处方的录入，支持与耗材 SPD 系统进行对接，实现手术耗材扫码收费。 具备麻醉费用录入功能，能够提供麻醉处方及麻醉协定方的录入。 具备手术情况录入功能，能够详细记录病人术中情况，支持界面录入字段自定义设计。 具备麻醉情况录入功能，能够详细记录病人术中麻醉情况，支持界面录入字段自定义设计。
--	--	---

		支持接收和查看执行科室为本手术的单据，可对单据进行确认执行与扣费操作。 1.1.6.4.2. 住院手术计费 具备手术费用录入功能，进行手术项目及药品处方的录入，支持与耗材 SPD 系统统进行对接，实现手术耗材支持条码扫描。 具备麻醉费用录入功能，能够提供麻醉处方及麻醉协定方的录入。 具备查询功能，包括病人费用、手术情况、手术费用、领药信息、病人退药信息、手术室退药信息查询。 支持接收和查看执行科室为本手术的单据，可对单据进行确认执行与扣费操作。 支持直接开具退费单据，执行科室审核后可以进行退费。 1.1.6.4.3. 手术费用报表 (1)手术费用汇总统计、手术费用明细统计、手术耗材统计等各类手术费用统计表。 1.1.7 医疗管理 1.1.7.1. 抗菌药物分级管理系统 抗菌药物分级管理是对抗菌药物进行分类，对分级管控权限设置，实现不同级别的抗菌药物的流程配置化管理，监控抗菌药物在临床的使用情况。 具体功能如下： 1.1.7.1.1. 抗菌药物权限管理 实现不同的就诊类型，医生对各级别抗菌药物的权限管理。提供抗菌药物分级授权，提供针对抗菌药物有专门的权限管理，支持不同员工分配不同级别权限。具备开立抗菌药物时，按医生使用权限控制是否允许使用功能，支持分级管控。 1.1.7.1.2. 抗菌药物申请及审批流程 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，支持的审核节点有科室预审、会诊、科室审核、和最终审核。具备紧急情况下，医生临时越级使用抗菌药物，事后在规定时间内医生走补审核流程功能。当患者需要使用抗菌药物时，医生需要填写抗菌药物申请单，并由审批人审核通过后，患者才可以正常用药，保证抗菌药物的用药安全。 具备抗菌药物治疗使用目的录入功能。 具备特殊级抗菌药物使用，如有需要走审批流程功能。 具备设置抗菌药物越级使用时的规则功能。 1.1.7.1.3. 特殊使用级抗菌药物开具流程 医生开具特殊使用级抗菌药物医嘱时需要具有“特殊使用级抗菌药物”审批流程，审批通过后方可开具医嘱。 支持紧急情况下使用，事后在规定的时间内完善相应会诊流程。 1.1.7.1.4. 抗菌药物联合用药管理 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，具备自动生成病程记录功能。 1.1.7.1.5. 围手术期预防性抗菌药物管理 具备围手术期规则设置功能，包括按手术、切口等级、科室、用药时机类别。具备围手术期用药规则设置功能，在特定手术期限内可以允许开立的抗菌药物类别。支持联合开立，支持围手术期预防性抗菌药物控制管理，对术前、术中、术后使用的抗菌药物实行流程控制。 1.1.7.1.6. 抗菌药物规则设置 需提供抗菌药物规则设置功能，包括非限制性、限制性和特殊级抗菌药物。 可对开立抗菌药物时的开立、审批权限，抗菌药物登记划分、围手术期使用规则进行管理配置。 具备按职称和按医生两种方式设置医生抗菌药物使用权限功能。 具备医生抗菌药物审批权限设置功能，包括联合用药、三级管控、特殊级抗菌药物会诊和围手术期用药审批权限。 1.1.7.1.7. 抗菌药物使用目的管控 开具抗菌药，需选择预防或治疗，治疗性使用抗菌药物医嘱时，弹框提醒“使用治疗性抗菌药物前，应开具病原学送检医嘱。” 1.1.7.1.8. 抗肿瘤药物权限管理 实现不同的就诊类型，医生对各级别抗肿瘤药物的权限管理，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。提供抗肿瘤药物分级授权，在员工字典中，提供针对抗肿瘤药物有专门的权限管理，支持不同员工分配不同级别权限。具备开立抗肿瘤药物时，按医生使用权限控制是否允许使用功能，支持分级管控。 1.1.7.1.9. 糖皮质激素类药物权限管理 实现不同的就诊类型，医生对各级别糖皮质激素类药物的权限管理，具备提供针对糖皮质激素类药物有专门的权限管理，支持不同员工分配不同级别权限。 1.1.7.1.10. 查询统计 各类抗菌药物使用报表统计。 1.1.7.2. 手术分级管理系统 以手术分级目录为基础，为具有不同专业技术职务任职资格的手术医生授予相应的手术权限，在手术申请流程中实现分级审批，保障手术安全进行。 具体功能如下： 1.1.7.2.1. 手术等级设置 根据医疗机构级别和登记的诊疗科目，遵循国家、地方级的手术分级标准及 ICD-10 手术编码设置不同的手术等级。 1.1.7.2.2. 手术分级授权
--	--	--

		支持按医生的手术等级自动进行手术分级授权，支持对医生单独授权某些手术项目，支持手术分级授权的新增、修改、删除、查询等功能。 1.1.7.2.3. 手术级别管理 开具手术申请单时，支持根据主刀医生配置手术等级，控制医生的手术权限。 1.1.7.2.4. 分级审批管理 支持对不同级别手术由不同级别医生进行审批，支持对资格准入手术、高度风险手术、急诊手术、新技术新项目科研手术等特殊手术分级审批。实现开立手术医嘱与重大手术审批结果过程关联功能，要求重大手术审批通过后，对应手术医嘱才可签署通过。 1.1.7.2.5. 查询统计 各类手术分级统计报表。 1.1.7.3. 传染病管理系统 实现传染病、食源性疾病、重大非传染性疾病及死亡信息的上报、审核功能，并实现与国家传染病智能检测预警平台、国家疾控传染病上报平台、广西全民健康平台传染病上报平台等政府部门平台的接口对接。 1.1.7.3.1. 传染病报告卡 要求具备《中华人民共和国传染病报告卡》弹卡、填卡、校验、审核、查询、导出、打印功能。 1.1.7.3.2. 传染病报告卡填报 具备传染病报告卡触发规则设置、过滤规则设置、强制填卡设置等功能。具备自动触发传染病报告卡功能，也具备主动填卡功能。 具备填卡时自动获取患者基础信息功能。报卡提交时具备逻辑校验功能，不符合校验规则，则进行提示，提示项可集中展示。 1.1.7.3.3. 传染病报告卡审核 具备任务集中处理功能，待审核任务可下钻查看详情。具备报告卡审核通过、退卡、删卡、修订功能。具备查看选中病例的报告卡详细信息功能。具备批量审核、批量打印以及单张审核、单张打印功能。 具备报告卡筛选和查询功能，可根据报告卡状态（已保存未提交、已提交未审核、已审核、已退卡、已作废）、院区、科室/病区、时间进行筛选和查询。 1.1.7.3.4. 传染病报告卡登记簿 具备传染病报告卡自动生成传染病登记簿功能。 具备登记簿病例筛选和查询功能，可根据日期、科室/病区等条件查询。 具备传染病报告卡登记簿导出、打印功能。 1.1.7.3.5. 食源性疾病报告卡填报 具备食源性疾病监测哨点医院和非哨点医院的不同填报要求功能。具备食源性疾病报告卡触发规则设置、过滤规则设置、强制填卡设置等功能。
--	--	---

		支持与国家食源性疾病监测系统对接。 1.1.7.3.6. 食源性疾病报告卡审核 具备任务集中处理功能，报告卡审核通过、退卡、删卡、修订功能。 支持批量审核、批量打印以及单张审核、单张打印功能。 具备查看选中病例的报告卡详细信息功能。 具备报告卡筛选和查询功能，可根据报告卡状态（已保存未提交、已提交未审核、已审核、已退卡、已作废）、院区、科室/病区、时间进行筛选和查询。 1.1.7.3.7. 重大非传染性疾病及死亡信息填报及审核 实现对符合重大非传染性疾病上报（肿瘤报卡、心脑血管报卡、糖尿病报卡、意外伤害报卡、疑似职业病报卡、高温中暑报卡、农药中毒报卡、非职业 CO 中毒报卡、出生缺陷儿报卡等共计 10+种报卡）监测及死亡登记，与电子健康档案的数据交换。具备重大非传染性疾病患者信息及死亡登记信息上报、审核、导出、数据交换等功能。审核及上报工作，可按照区域疾病控制中心直接提供网络直报功能。 1.1.7.3.8. 查询统计 具备报告卡筛选和查询功能，可根据报告卡状态、院区、科室、时间进行筛选和查询。 1.1.7.4. GCP 管理系统 1.1.7.4.1. 项目列表 具备按照在研项目、已关闭项目分开展示项目列表功能，支持按照项目编号、项目名称、试验类别进行检索查询。具备查看所有在研项目的详细信息，并可进行项目信息编辑等功能。 具备在研项目状态进行变更，可暂停接收病人或关闭项目。暂停接收病人期间不能入组受试者，暂停项目支持再启动。 具备添加项目功能，填写项目名称、项目编号、项目类型、申办方等内容，上传相关文件，填写好后默认进入项目列表进行统一管理。 1.1.7.4.2. 项目人员管理 具备对临床试验项目人员进行新增、删除、修改、查询等管理功能。具备添加项目人员时，配置所属机构、角色、姓名，可自动填充登录账号、所属部门等相关信息。支持与医生工作站系统对接，医生在接诊受试者时，对医生的试验项目权限进行控制。 1.1.7.4.3. 诊疗方案维护 具备添加诊疗方案功能，填写方案编码、方案名称、方案版本号、开始时间、截止时间等。具备在试验方案列表中点击相关标准、项目设置、访视计划等操作，跳转对应页面进行配置功能，并支持查看试验计划实施情况功能。 1.1.7.4.4. 诊疗项目维护 对诊疗方案进行项目维护，增加诊疗方案所需的药品、检验、检查等项目，支持获取药品、检查、检验、收费项目等信息。
--	--	---

		1.1.7.4.5. 受试者管理 具备按照就诊号、住院号、姓名、身份证、状态查询受试者信息功能。具备手动添加受试者基本信息，针对院内已建档患者可直接通过门诊号或住院号带出病人历史就诊的基本信息，并记录在线下已签署知情同意书的日期。具备对受试者在临床试验项目中的状态做变更管理功能，状态包括：筛选、入组、出组、筛选失败等，同时支持批量筛败功能。 1.1.7.4.6. GCP 处方对接 支持与门诊医生站系统对接，实现门诊病人参加试验过程的相关管理功能，提供病人与医生的关联权限验证，研究医生只能给所在试验项目下的受试者开立 GCP 套餐，不能筛选入组其他试验项目下的受试者。 1.1.7.4.7. GCP 结算 支持 GCP 诊疗项目全部走免费记账模式，并在受试者开立电子入院单时，带入参试标识。 1.1.7.4.8. 统计分析 项目经费支出统计、查看项目筛选人数、入组人数、出组人数、筛败人数、预期受试例数的统计数量、各试验项目的 GCP 病人费用汇总与明细等。 1.1.7.5. 会诊管理系统 1.1.7.5.1. 会诊申请 支持医生书写会诊申请单要求医生或科室进行会诊，并自动生成会诊医嘱。申请会诊时支持选择一个或多个医生、一个或多个科室、一个或多个专业。 1.1.7.5.2. 会诊审批 支持科主任或者医务部根据申请的会诊进行查看与审批，支持按照不同会诊类型走不同审批流程，例如跨科会诊只需科主任审批，多学科会诊需要医务部审批。 支持设置审批时限，超过时限未审批则申请作废。 1.1.7.5.3. 会诊结束 会诊完成时会诊医生在会诊申请单后面填写会诊意见，支持多人填写会诊意见。 支持会诊医生新增书写会诊所需的其他类型病历。会诊结束时，支持接诊医生对此次会诊进行扣费。 1.1.7.5.4. 门诊、住院院内会诊管理 提供院内门诊、住院会诊管理功能，满足会诊过程中申请、接受、指派、答复、反馈、评价、审核、进度查看等使用需求。具备会诊申请功能，可一键发起会诊、科间会诊、多学科联合会诊。具备会诊申请时间录入会诊信息功能，包括：会诊类型、会诊级别、会诊时间、被邀科室、被邀医生、会诊病情概要及会诊目的等。支持发起会诊申请后，自动生成会诊记录单、会诊医嘱功能。 具备发起会诊申请后，自动生成参与会诊医生的待办会诊任务功能，会诊记录单会同步到住院病历中。
--	--	---

		具备会诊接收功能，包括会诊接收，进行会诊邀约的答复反馈。 1.1.7.5.5. 门诊、住院院内会诊排班管理 具备会诊排班管理功能，包括依据当前会诊任务情况，自动生成会诊排班。具备排班任务记录的查看与提醒。 1.1.7.5.6. 门诊、住院院内会诊监控 支持会诊状态的实时监控和提醒功能，具备会诊消息提醒同步到任务中心功能，及时提示医生处理会诊邀约。具备实时追踪会诊状态，查看会诊进度功能。 1.1.7.5.7. 护理会诊 支持护理进行会诊，护士可以发起会诊，填写会诊申请单，描述病人护理情况，选择需要会诊的护理科室或者护理人员。被要求护理科室或者护理人员可以接受应答会诊，进行会诊意见书写。 1.1.7.6. 危急值管理系统 在患者的检查、检验结果出现表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态时，支持对危急值数据进行智能提醒并及时将检验、检查信息通知于临床科室医生，提示临床医生迅速给予患者进行有效的干预措施或治疗，并对危急值传报过程实现全流程追溯。 具体功能如下： 1.1.7.6.1. 危急值提醒 在门诊、住院医生和护士工作站接收危急值消息时支持按照最高等级消息使用霸屏方式进行提示以确保医生能够及时看到危急值，危急值不处理则提示无法关闭。 1.1.7.6.2. 危急值处置 医生在接收到危急值通知后，可在规定时间内做出对患者处置的诊疗意见，进行危急值处理登记，并自动生成危急值处理病程记录，结束危急值通知。如医生复查确认危急值报告结果不当，可通知医技部门相关人员取消危急值报告。 1.1.7.6.3. 消息时限监控 具备危急值查询功能，实时查询危急值内容信息和处理进展。具备消息时限监控功能，可设置消息级别、配置时限、监控策略，进行消息时限监控管理，及时提醒医生查看危急值消息。 1.1.7.6.4. 消息处理结果 具备危急值方案维护功能，支持医生采用危急值方案进行处理，可查看消息处理结果。具备危急值处理所使用的医嘱，建立与危急值关联功能。具备危急值医嘱方案病历插入功能。支持 HIS 医嘱录入与危急值记录绑定。支持书写危急值病程记录并绑定。 1.1.7.6.5. 危急值追溯 各临床科室、医技科室按照危急值管理部门的相关规定，对危急值处理的过程和相关信息做详细记录，支持危急值管理部门对危急值传报全流程进行追溯。 1.1.7.6.6. 查询统计
--	--	---

		提供门诊危急值、住院危急值报告发布例数、接收情况、处理情况监测统计功能。具备门诊危急值报告监测及多维度统计分析功能，包括按科室、医生分别展示门诊危急值报告发布例数、接收情况及用时、处理情况及用时。具备住院危急值报告监测及多维度统计分析功能，包括按科室、病区、医生、发布科室分别展示住院危急值报告发布例数、接收情况及用时、处理情况及用时。 1.1.8 数据报表 1.1.8.1. 运营数据报表 (1) 财务类需提供结账相关、收入相关、核算相关、运营相关四大类统计报表，要求至少包括：结账统计、收入稽核报表、运营统计、门诊住院医疗收入统计报表、门诊资金沉淀统计报表、住院结算收支平衡表、住院未结算病人费用统计、出院未结算病人统计、发票领用核销统计、门诊结账单汇总统计、住院结账单汇总统计等。 (2) 绩效类相关报表、药品耗材数据报表，其他数据报表等。 (3) 具备自定义报表功能，可依据数据库语言自定义报表。 1.1.8.2. 医疗数据报表 1.1.8.2.1. 疾病汇总分析 具备诊断汇总功能，对全院或者指定科室疾病，根据诊断类型，按照章节、类目、亚目、细目等展示排名情况表格和分布情况图表。具备疾病手术顺位结果导出功能。具备患者明细显示字段配置功能。 1.1.8.2.2. 手术汇总 具备手术汇总功能，对全院或者指定科室手术，根据类目、亚目等查询手术排名情况。查询范围包括主要手术、所有手术、附加手术，手术类型包括手术、介入治疗、诊断性操作、治疗性操作，统计维度包括按台数、例数、人次，查询汇总结果包括编码、名称、总人数、总住院天数、住院总费用等。 1.1.8.2.3. 其他数据报表 病历质控报表、医疗质量相关报表、其他医疗数据报表等。 1.1.8.3. 病案数据报表 (1) 具备根据国家网络直报出院病人调查表上报要求对病案首页进行批量核查功能，将核查出的错误列在列表上，包括首页基本信息、错误字段和值、错误提示和是否必改，可直接打开相应的病案首页进行修改。 (2) 具备按照日期生成上报数据，导出卫统4通用的DBF格式文件，满足国家网络直报的上报格式要求。 (3) 具备首页上报按照日期导出其他格式文件，包括CSV、Excel格式等。 (4) 具备上报字段和上报字典配置功能，可新增上报字段、修改上报字段对应的病案字段，对应的字典等。 (5) HQMS 首页数据上报统计
--	--	--

		具备上报前进行病案首页数据验证功能，包括必填项、值域范围、接口标准的完整性验证结果。 具备院内科室、手术、诊断等字典和上报要求标准字典进行对照设置功能，字典值名称相同，自动对照。 具备生成满足 HQMS 上报格式要求的 CSV 文件进行导出功能。 具备首页上报按照日期导出其他格式文件，包括 CSV、Excel 格式、Excel 中文表头格式。 具备对比原始值和生成值功能，生成结果中可对病案生成值和原始值进行导出前对比查看预览。 具备上报字段和上报字典配置功能，可新增上报字段、修改上报字段对应的病案字段，对应的字典等。 具备维护上报字典是否必填、字段类型、长度和默认值功能。 (6) 公立医院绩效考核病案首页上报统计 具备院内麻醉方式、科室、诊断、手术等字典和上报要求标准字典进行对照设置功能，字典值名称相同，快速自动对照。 具备根据公立医院绩效考核首页上报规则要求进行病案首页数据校验功能。 具备导出符合上报要求的病案首页采集表、疾病诊断映射表、手术操作映射表、肿瘤形态学映射表功能。 具备首页上报按照日期导出其他格式文件功能，包括 CSV、Excel 格式、Excel 中文表头格式。 具备对比原始值和生成值功能，生成结果中可对病案生成值和原始值进行导出前对比查看预览。 具备上报字段和上报字典配置功能，管理员可以新增上报字段、修改上报字段对应的病案字段，对应的字典等。具备维护上报字典是否必填、字典类型、长度和默认值功能。具备根据公立医院绩效考核首页相关的指标生成统计报表功能。 1.1.8.4. 其他数据报表 (1) 门诊业务数据表，如门诊挂号量、门诊医生工作量统计等。 (2) 住院业务数据表，如入院、出院人数统计等。 (3) 具备多院区、总分院数据汇总、分开显示功能。 (4) 具备图表组合，图表数量显示联动。 (5) 具备 Excel、pdf 文件方式导出打印功能。 (6) 支持报表使用日志管理。 (7) 具备报表订阅，自动生成报表文件功能。 (8) 具备报表查询、打印、导出权限分配。 1.1.9 接口对接
--	--	--

		1.1.9.1. 接口对接 与第三方系统的接口对接服务，包含但不限于以下接口： (1) 医院集成平台接口 (2) 检验系统接口 (3) 放射系统接口 (4) PACS 系统接口 (5) 内镜系统接口 (6) 超声系统接口 (7) 病理系统接口 (8) 院感系统接口 (9) 手术麻醉系统接口 (10) 互联网医院接口 (11) 重症系统接口 (12) 血透系统接口 (13) 国家传染病智能检测接口 (14) 国家食源性疾病预防接口 (15) 广西全民健康平台接口 (16) 广西互联互通接口 (17) 医保接口、医保码、医保电子处方、移动医保、中医优质病种 (18) 检验检查结果互认接口 1.2 电子病历管理系统 (EMR) 1.2.1 门诊电子病历 1.2.1.1. 门诊电子病历系统 门诊电子病历是在门诊医疗活动中，医护人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成的医疗活动记录。门诊电子病历系统按照《病历书写基本规范》要求，确保病历书写及时、完整、规范。支持集成到医疗机构的门诊医生工作站中，采用结构化结合自由文本的录入模式书写病历，提供历史病历、检查检验报告查阅、病种引用等辅助病历快速书写。 具体功能如下： 1.2.1.1.1. 门诊病历书写 具备优化门诊医生编辑病历的方式，结构化录入，所见即所得，自动采集核心数据，记录病历签署、撤销操作，打印签署的病历。 具备核心数据自动采集功能，采集的数据自动写入病历，包括患者主诉、诊断、检验、检查、处置方案。 具备书写逻辑校验功能，按照结构化录入规则校验病历内容。
--	--	---

		具备编辑器工具栏功能，编辑病历时可以使用工具栏，包括加粗，斜体，字体，字号，上标，下标，插入表格，插入图片。 具备编辑区域调整功能，门诊医生可以根据个人习惯设置病历编辑区域的比例大小。 具备快捷键操作功能，可以个性化配置病历操作的快捷键。 具备病历留痕功能，可以查看病历修改痕迹和病历操作记录。 1.2.1.1.2. 门诊病历书写助手 书写助手集成患者以往病历、医技报告、医学公式、常用图形，辅助医生快捷录入门诊病历。 具备既往病历引用功能，可以查看并引用以往的急诊病历、门诊病历、住院病历。 具备医技报告引用功能，可以查看检查、检验、微生物报告，支持自定义文本格式引用录入病历。 具备医嘱引用功能，书写病历时查看并引用当前患者的医嘱信息。 具备医学控件功能，具备医学公式功能。 1.2.1.1.3. 门诊病历模板管理 提供结构化病历模板、内容段落模板两级模板。结构化模板可包含单选项、多选项、必填项、填空、不可修改文本等元素，在病历书写过程中更好的引导和提示医生书写内容的形式和必填项。 管理与维护病历模板，方便门诊医生根据诊疗过程实际情况，快速建立门诊病历的段落结构，按照全院、科室维度，分类管理病历模板。 具备模板分类维护功能，类别包括全院模板、科室模板。支持统一维护全院模板和科室模板。 1.2.1.1.4. 诊断录入 疾病诊断采用国家临床疾病诊断 ICD10 编码作为诊断字典，可模糊检索诊断名称定位诊断，可查看诊断编码、传染病标识等信息，也可对疾病诊断补充进行说明。 1.2.1.1.5. 续写病历 针对复诊患者，可选择初诊病历进行查看初诊的病历信息，复诊医生可以在初诊病历的基础上进行本来病历内容的书写。当出现初诊医生和复诊医生不是同一个人时，病历上会同时保存这两个医生的签名，医生可以根据当前患者的实际情况补充录入诊断信息。 1.2.1.1.6. 病种引用 医生在病历书写过程中，可对病历进行按专业归类并另存为病种模板，在下次书写病历时，可根据患者的主诉等信息进行引用。 1.2.1.1.7. 文档段管理 对于医生常用的词组、文档片段、段落内容，支持维护成模板，在病历书写中可一键引用。文档段新增支持医生自由维护个人文档段或科室文档段。 支持文档段关联病历结构化节点。
--	--	---

		支持对文档段进行修改、删除、目录排序等操作。 1.2.1.1.8. 历史数据引用 病历书写可查阅患者在本机构的历次就诊信息，包含个人身份识别的基本信息、检查检验信息、处方处置信息、既往病历信息。 1.2.1.1.9. 处方引用 本次就诊开治的处方和处置记录，可设置引用处方的具体内容，支持一键引用至病历中，不需重复录入，完成病历用药和处置描述模块的快速填充。 1.2.1.1.10. 检验结果引用 本次就诊的检验结果，可设置勾选引用结果的内容，支持一键引用至病历中，不需重复录入，完成病历用药和处置描述模块的快速填充。 1.2.1.1.11. 检查结果引用 本次就诊的检查结果，可设置勾选引用结果的内容，支持一键引用至病历中，不需重复录入，完成病历用药和处置描述模块的快速填充。 1.2.1.1.12. 病历打印 提供门诊电子病历诊间打印，支持门诊电子病历导出到本地。 1.2.1.1.13. 病历修改日志 支持病历修改操作记录日志，对于病历书写修改痕迹，通过颜色和下划线在病历中高亮显示标识，也支持在病历详细结构化节点修改记录查看。 1.2.1.1.14. 历史病历查看 可查看该患者在门诊就诊的病历内容。 1.2.1.1.15. 门（急）诊疗信息页 门（急）诊疗信息页是医院根据门（急）诊病历和患者在本院门（急）诊就诊期间产生的各项信息汇总形成的反映患者本次就诊过程的信息摘要，包括患者基本信息、就诊过程信息、诊疗信息以及费用信息等。 支持自动获取数据。 支持医护人员修改、保存等操作。 支持对门（急）诊疗信息页的病历质量质控。 支持门（急）诊疗信息页归档管理。 1.2.1.2. 急诊电子病历系统 急诊电子病历与门诊电子病历功能差不多，是在急诊医疗活动中，医护人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成的医疗活动记录。急诊电子病历系统按照《病历书写基本规范》要求，确保病历书写及时、完整、规范。支持集成到急诊医生工作站中，采用结构化结合自由文本的录入模式书写病历，提供历史病历、检查检验报告查阅、病种引用等辅助病历快速书写。 具体功能如下：
--	--	--

		1.2.1.2.1. 急诊病历书写 具备优化急诊医生编辑病历的方式，结构化录入，所见即所得，自动采集核心数据，记录病历签署、撤销操作，打印签署的病历。 具备核心数据自动采集功能，采集的数据自动写入病历，包括患者主诉、诊断、检验、检查、处置方案。 具备书写逻辑校验功能，按照结构化录入规则校验病历内容。 具备编辑器工具栏功能，编辑病历时可以使用工具栏，包括加粗，斜体，字体，字号，上标，下标，插入表格，插入图片。 具备编辑区域调整功能，急诊医生可以根据个人习惯设置病历编辑区域的比例大小。 具备快捷键操作功能，可以个性化配置病历操作的快捷键。 具备病历留痕功能，可以查看病历修改痕迹和病历操作记录。 1.2.1.2.2. 急诊病历书写助手 书写助手集成患者以往病历、医技报告、医学公式、常用图形，辅助医生快捷录入急诊病历。 具备既往病历引用功能，可以查看并引用以往的急诊病历、门诊病历、住院病历。 具备医技报告引用功能，可以查看检查、检验、微生物报告，支持自定义文本格式引用录入病历。 具备医嘱引用功能，书写病历时查看并引用当前患者的医嘱信息。 具备医学控件功能，具备医学公式功能。 1.2.1.2.3. 急诊病历模板管理 提供结构化病历模板、内容段落模板两级模板。结构化模板可包含单选项、多选项、必填项、填空、不可修改文本等元素，在病历书写过程中更好的引导和提示医生书写内容的形式和必填项。 管理与维护病历模板，方便急诊医生根据诊疗过程实际情况，快速建立急诊病历的段落结构，按照全院、科室维度，分类管理病历模板。 具备模板分类维护功能，类别包括全院模板、科室模板。支持统一维护全院模板和科室模板。 1.2.1.2.4. 诊断录入 疾病诊断采用国家临床疾病诊断 ICD10 编码作为诊断字典，可模糊检索诊断名称定位诊断，可查看诊断编码、传染病标识等信息，也可对疾病诊断补充进行说明。 1.2.1.2.5. 续写病历 针对复诊患者，可选择初诊病历进行查看初诊的病历信息，复诊医生可以在初诊病历的基础上进行本来病历内容的书写。当出现初诊医生和复诊医生不是同一个人时，病历上会同时保存这两个医生的签名，医生可以根据当前患者的实际情况补充录入诊断信息。 1.2.1.2.6. 病种引用
--	--	--

		医生在病历书写过程中，可对病历进行按专业归类并另存为病种模板，在下次书写病历时，可根据患者的主诉等信息进行引用。 1.2.1.2.7. 文档段管理 对于医生常用的词组、文档片段、段落内容，支持维护成模板，在病历书写中可一键引用。文档段新增支持医生自由维护个人文档段或科室文档段。 支持文档段关联病历结构化节点。 支持对文档段进行修改、删除、目录排序等操作。 1.2.1.2.8. 历史数据引用 病历书写可查阅患者在本机构的历次就诊信息，包含个人身份识别的基本信息、检查检验信息、处方处置信息、既往病历信息。 1.2.1.2.9. 处方引用 本次就诊开治的处方和处置记录，可设置引用处方的具体内容，支持一键引用至病历中，不需重复录入，完成病历用药和处置描述模块的快速填充。 1.2.1.2.10. 检验结果引用 本次就诊的检验结果，可设置勾选引用结果的内容，支持一键引用至病历中，不需重复录入，完成病历用药和处置描述模块的快速填充。 1.2.1.2.11. 检查结果引用 本次就诊的检查结果，可设置勾选引用结果的内容，支持一键引用至病历中，不需重复录入，完成病历用药和处置描述模块的快速填充。 1.2.1.2.12. 病历打印 提供门诊电子病历诊间打印，支持门诊电子病历导出到本地。 1.2.1.2.13. 病历修改日志 支持病历修改操作记录日志，对于病历书写修改痕迹，通过颜色和下划线在病历中高亮显示标识，也支持在病历详细结构化节点修改记录查看。 1.2.1.2.14. 历史病历查看 可查看该患者在急诊就诊的病历内容。 1.2.1.2.15. 门（急）诊诊疗信息页 门（急）诊诊疗信息页是医院根据门（急）诊病历和患者在本院门（急）诊就诊期间产生的各项信息汇总形成的反映患者本次就诊过程的信息摘要，包括患者基本信息、就诊过程信息、诊疗信息以及费用信息等。 支持自动获取数据。 支持医护人员修改、保存等操作。 支持对门（急）诊诊疗信息页的病历质量质控。 支持门（急）诊诊疗信息页归档管理。 1.2.2 住院电子病历
--	--	--

		1.2.2.1. 住院电子病历系统 住院电子病历系统按照《病历书写基本规范》要求，提供完整的、方便的、结构化病历书写功能以及书写权限控制。从病人从入院到出院所有的电子病历的管理，实现自动收集，统一存储，智能化分析的信息化管理，打开病人可以同时看到病人所有在本医院发生的电子病历，医嘱、检验报告、影像报告，把第3方系统嵌入到HIS中，无缝连接，报告结果可以自动输入到病人的电子病历中，把不同专科的病历分开不同的结构化录入。 具体功能如下： 1.2.2.1.1. 病历模板库管理 病历目录管理: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: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: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:提供病历知识库模板的定义、维护及配置的管理功能。 1.2.2.1.2. 病历编辑 提供电子病历结构化录入功能，可满足病历文书录入、编辑、打印等操作需求。支持数据自动采集，并可围绕病历书写工作进行相关任务提醒。提供电子病历编辑器，涵盖病历书写的基本文字编辑功能和病历专业书写工具，包含：文字字体颜色、段落、表格插入、图片插入、医学表达式、牙位图等功能。编辑器打印支持打印预览、按页数打印、双面打印、按指定区域打印、隔页打、续打等功能。 1.2.2.1.3. 电子病历浏览器 支持就诊历史记录、病历文书、检查、检验、医嘱单、体温单等数据的浏览。 1.2.2.1.4. 结构化录入 支持病历结构化书写，提供文本、数字、日期、表格、下拉单选、下拉多选、级联录入、联想段落录入等多种录入方式。支持病历数据按照数据元进行结构化解析，将病历填写的数据存储下来。 具备患者基本信息和诊疗数据全院互通和共享功能。 具备医学公式的插入功能，具备特殊符号的插入功能，支持自定义配置特殊字符，具备医学常用图片的插入功能。 具备个人模板管理功能，可以将当前病历另存为个人模板。 具备辅助编辑功能，包含复制、追加复制、剪切、粘贴、撤销、还原等。 具备个性化编辑功能，包含表格插入、字体设置、段落设置、文字颜色设置等。 1.2.2.1.5. 病历结构化 支持病历结构化书写，提供文本、数字、日期、表格、下拉单选、下拉多选、级联录入、联想段落录入等多种录入方式。 支持病历数据按照数据元进行结构化解析，将病历填写的数据（例如：主诉、现病史
--	--	---

		等) 存储到指定表和字段, 方便数据获取查询。 能够根据病历模板上需要填写的信息, 自动从病人临床信息和其他结构化病历已存储信息获取填充到病历上。 1. 2. 2. 1. 6. 隐私保护管理 隐私域管理: 提供高级用户对隐私域的配置和维护的管理功能。 1. 2. 2. 1. 7. 病历图片或 PDF 文件生成 图片或 PDF 文件生成服务程序: 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: 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或 PDF 文件的功能。 1. 2. 2. 1. 8. 病程记录 支持病程记录联合浏览, 将所有病程合并成一份文档进行浏览和打印, 联合浏览时支持转科患者的病程记录题头科室信息根据实际书写时科室自动切换显示, 支持转床患者的病程记录题头床位信息自动根据实际书写时床位自动切换显示。 支持书写病程时能够方便浏览其他病程并引用, 能够修改病程记录时间。 支持病程默认按照病程记录时间升序进行列表展示, 用户可调整病历列表展示顺序。 支持记录病程记录打印的最后位置, 下次打印时在前次位置后续打。 1. 2. 2. 1. 9. 诊断录入 支持诊断独立录入, 录入后可以将诊断信息同步到病历里需要写诊断的节点。 支持录入和查看患者住院期间的所有诊断, 可直接引用患者已录入诊断, 支持父子诊断录入。 可查询患者既往住院录入的诊断并支持引用诊断, 引用时支持诊断编码有效性校验, 对失效诊断编码进行提示。 支持录入诊断后对符合临床路径患者进行入路径提示。 1. 2. 2. 1. 10. 病历痕迹记录 能够记录病历操作人日志, 包含创建人、创建时间、修改人、修改时间等。 能够在病历上按不同颜色标识出不同用户的修改痕迹, 例如标识删除的文字、新增的文字, 提供痕迹列表总览病历内容所有修改记录, 支持根据列表定位到病历修改点。 1. 2. 2. 1. 11. 病历复制粘贴权限控制 支持根据医院要求设置不同等级的粘贴权限, 包含: 是否允许从 HIS 系统外部复制粘贴, 是否允许从其他患者的病历复制粘贴, 是否允许从该患者的其他病历复制粘贴, 支持以上权限叠加生效。 1. 2. 2. 1. 12. 病历签名 提供住院病历记录双签名功能, 当由实习医师、试用期医务人员书写病历时, 应当经过本医疗机构注册的医师审阅、修改, 并保留书写者与审阅者的双签名。 支持与数字签名厂商进行对接后进行病历数字签名, 可插入一个或者多个用户的签名
--	--	--

		图片，可查看数字签名的时间戳等信息。 1. 2. 2. 1. 13. 病历独占 支持患者的同一份病历在多个客户端同时打开，在多人都能够打开编辑该病历时，按照打开时间先后顺序进行编辑权限设置，第一个打开的人为编辑，后面打开的人为只读，并提示用户由谁在哪台电脑上在编辑病历。 1. 2. 2. 1. 14. 文档段管理 支持医生自由维护文档段类别与内容，可设置使用范围为个人文或科室，支持将所有文档段共享到其他科室使用。 文档段支持插入数据元进行结构化录入。 文档段支持关联病历节点，配置后可自动引用到病历对应节点内。 1. 2. 2. 1. 15. 数据查看与引用 支持查看和引用用户个人以及科室、共享到科室的文档段内容。 支持查看和引用患者本次住院以及既往住院和门诊的检验结果，可快速过滤检验异常结果，可配置检验结果引用格式，在引用时按照指定格式引用，支持多个结果批量引用。 支持查看和引用患者本次住院以及既往住院和门诊的检查结果，可查看检查图像报告，支持引用检查结果说明。 支持按时间和医嘱状态查看和引用患者医嘱记录内容。 支持按时间查看和引用患者护理记录结构化内容。 支持查看和引用患者本次住院和既往住院的所有类型的诊断内容。 1. 2. 2. 1. 16. 病历权限 支持按照角色创建对应病历，例如医生可创建医生病历，护士可创建护理病历。 支持病历里内容按角色书写，医护共同书写病历可区分医护书写区域，非对应角色可写区域打开为只读。 支持对病历里患者的个人信息进行保护，非主管医生或者接管患者的医疗组人员打开病历时，患者的个人信息进行特殊处理。 提供上级医师审签病历的功能，允许上级医师修改并修改下级医师创建的病历记录，上级医生修改后下级医生不可再修改病历。 支持配置患者转科后哪些病历可续写。 1. 2. 2. 1. 17. 病历内容质控 提供病历质控自查功能，医师可通过病历质控自查功能对病历缺陷进行提醒。 提供病历保存质控提醒，针对病历中的重要缺陷，支持医生病历保存时的质控提醒，可根据管理要求设置为“仅提醒可保存”或“不能保存”。 提供医师病历自评功能。病人出院后，可按照病案质量要求进行评分，支持自动评分和手动评分，并自动计算和显示病历质量的等级情况。 提供病历质控消息应用。针对病历质控问题，能够通过消息提醒方式实时通知相关医
--	--	--

		师。 提供质控缺陷智能定位功能。针对医师收到的病历质控消息，可直接点击质控消息并定位到缺陷位置，同时可查看对病历缺陷内容的评价和要求。 1.2.2.1.18. 病历传染病上报 提供电子传染病报告填写和上报的功能，根据患者诊断自动触发上报录入界面。 1.2.2.1.19. 病历证明 提供电子死亡医学证明填写和上报功能，也提供疾病证明等其他证明材料。 1.2.2.1.20. 交接班病历 提供住院医师交接班记录功能。可根据模板自动生成交接班记录，内容可包括科室患者概况，新入院、病危、手术、特殊检查等患者的基本信息和诊疗情况，再由交接班医师签名存档。 1.2.2.1.21. 住院病历授权管理 具备病历文书阅改审签功能，包括三级阅改审签和痕迹管理。 具备病历审签流程设置功能，包括病历文书的三级审签流程、二级审签流程、上级审签流程、指定医生的审签流程。 具备可按权限查看相关审签记录功能。 具备病历管理功能，包括病历的临时授权，书写权限控制。具备自动归档、手动归档，以及撤销归档申请和审批功能。 1.2.2.1.22. 住院病历模板管理 具备病历模板管理功能，提供全院病历书写标准模板，支持全院病历模板的版本管理，并可恢复至某一指定版本。 具备病历模板维护功能，支持依据医院需求对病历模板进行修改和病历模板的批量修改。 1.2.2.1.23. 病历书写助手 需提供结构化病历书写功能，包括门诊、住院病历引用，医嘱、护理、检查、检验一体化引用。 具备既往病历查询和导入功能，包含本次诊疗已提交的病历以及患者之前在住院和门诊就诊时的病历。 具备辅助检查报告的查询和导入功能，包含检查报告、检验报告等。 具备护理数据的查询和导入功能，包含入院评估单、体温单、移动护理等。 具备医生开立医嘱的查询和导入功能，可以自定义导入内容和样式。 具备患者过敏信息的自动同步和查询导入功能。 1.2.2.1.24. 住院病案首页录入 需提供符合国家要求的病案首页，并可自动获取患者信息、临床信息。对于必填字段、关联性数据进行校验。需提供符合 HQMS、绩效考核质控规则要求的质控规则校验病案首
--	--	---

		页数据。 具备病案首页录入功能，包括标准病案首页和附页录入，自动采集诊疗数据、实时质控。 具备病案首页模板管理功能，可管理符合国家要求的病案首页模板。 具备病案首页自动获取患者基本信息、临床信息功能。 具备病案首页所见即所得打印功能。 具备病案首页必填项、关联性数据校验功能。 具备病案首页数据校验功能，可按照 HQMS、绩效考核、质控规则要求校验病案首页数据。 具备病案规则设置功能，可控制到指定科室。 支持通过病案系统接口，实现病案首页数据推送。 1.2.2.2. 护理电子病历系统 协助护理人员对患者的病情观察和实施护理措施的记载，包括病人、体温单、医嘱单、护理入院录、首次护程录、一般患者护理记录、护理计划、特殊患者护理记录等项目，并能够根据相应记录生成各类图表。 具体功能如下： 1.2.2.2.1. 护理文书录入 支持对病区护理文书模板搜索，可基于护理文书模板进行新建文书等相关操作，如创建、修改、编辑等，模板应覆盖护理各项工作，包括评估类表单、记录类表单、通用体温单、文本类表单等。 1.2.2.2.2. 结构化病历录入 支持勾选多个护理文书模板进行新建文书操作。包括评估类表单、记录类表单、通用体温单、文本类表单等模板。 具备以护理文书大类对已建文书进行筛查功能，默认选择全部护理文书大类。 具备以护理文书大类文件夹形式展示当前患者已建文书列表功能。 具备切换患者后，同步当前患者已建文书信息功能。 具备护理文书项录入配置功能，包括体温、体重、呼吸、脉搏、血压、氧饱和度、血糖（空腹、餐前、餐后）、出入量、各类评估单等。 支持从监护仪获取临床体征数据回传到患者，同步给护理记录单、体温单功能中。具备护理文书项数据校验规则配置功能，校验规则包括上下限、预警值、数据格式，在格式错误时系统会自动提示，确保患者数据的准确性。 具备对患者住院期间产生的医疗数据根据配置的校验规则进行校验并自动提醒功能。 支持与 CA 对接，实现电子签名认证功能。 具备护理文书模板维护功能，可自主维护护理文书模板。 1.2.2.2.3. 评估类表单
--	--	---

		具备入院评估单级联录入功能，如皮肤状况正常无弹出，异常弹出皮肤录入项，并可选择录入操作。 具备入院评估场景中不同评估单内嵌功能，填写完成并提交后将总分数自动带入。 具备入院评估单基本信息录入功能，包括患者入院时间、入院方式、民族、职业、文化程度、婚姻、既往史、过敏史等信息。 具备体征数据同步功能，在护理记录单、入院评估单里录入的体征数据，可以同步到体温单。 具备数据引用功能，可引用患者体征数据、护理模板。 具备评估单新建、删除/作废、编辑以及查询功能，含通用十大类评估量表，疼痛专科、压疮专科等。 具备评估单结果实时展示功能，包括勾选评估选项时，实时计算评估结果并提示在评估结果组件上。 1.2.2.2.4. 记录类表单 具备记录单新建、删除/作废、编辑以及查询功能。 具备记录单展示功能，以页签形式打开，以纵向或横向表格形式展示，支持开始时间和截止时间筛查，默认查询全部，根据记录时间倒序展示。 具备记录单历史详情查看功能，包括开始时间和截止时间筛查，默认查询全部，根据记录时间倒序展示。 具备数据引用操作功能，数据引用包括体征引用以及护理模板引用。 具备插入操作功能，插入包括插入小结和插入总结。 1.2.2.2.5. 体温单 具备体温单记录新建、删除/作废、编辑功能。 具备按体温单记录开始时间和截止时间筛查体温单，并按记录时间倒序展示。默认显示全部。 具备同步体温单功能，可将患者体温信息同步，包括护理记录单体温数据、患者入区登记体温数据同步至体温单中。 具备体温单上自定义项目数据同步功能。（例：胸腔引流液同步到体温单的自定义项中）。 具备体温单上下标事件新建、删除、编辑以及查询功能。事件类型包括入院、出院、转科、转出、转入、手术、分娩、出生等。可查看事件记录事件、事件时间点、是否隐藏、事件来源等信息。 支持护理人员利用手持 PDA 系统采集体征数据、患者事件的输入，系统可自动生成体温单绘制，并支持打印；根据采集到的患者体征数据自动生成血压趋势图。 1.2.2.2.6. 文本类表单 具备文本类表单新建、删除/作废、编辑功能，包括各类知情同意书、健康教育、饮
--	--	--

		食指导等文书类表单。 1.2.2.2.7. 出入量计算 具备护理记录单中的所有入量项目和出量项目计算功能。 具备出入量所结算结果同步给体温单功能。 1.2.2.2.8. 评估量表趋势图 具备评估单历史详情趋势图展示功能，包括查询全部评估单，根据记录时间正序展示，根据量表采集数据进行可视化展示。 具备按时间正序展示评估量表评估趋势功能。 具备评估单详细项目展示功能。 1.2.2.2.9. 文书自动生成 具备文书自动生成功能，可将医嘱执行数据、护理措施执行数据、患者危急值数据、患者体征异常数据自动同步给护理记录单，自动生成护理文书。 1.2.2.2.10. 护理文书书写助手 具备病历书写助手功能，采用结构化设计，可引用医嘱信息、检验检查数据以及各类体征信息插入病历。 具备引用护理文书书写模板功能，规范护理文书书写格式。 1.2.2.2.11. 集中录入 具备集中体温录入功能，可按照全部患者单体征和单患者体温单两种方式录入。 具备自定义设置过滤不需要录入体温的患者功能。 具备录入的体温数据规则控制功能，如体温超过规定值标红提示。 具备自定义设置标准时间点功能，并可按设置的标准时间点录入体温信息。 1.2.2.2.12. 生命体征管理 支持体温单、体征异常查询，对于体征异常进行提醒，对录入的数据进行校验提醒，支持数据同步和引用。具备对患者住院期间产生的医疗数据进行校验并自动提醒功能。具备体征数据引用功能，体征、护理模板引用至其他护理文书中。 1.2.2.2.13. 护理计划 支持根据护理决策的结果按照需要护理执行的护理内容和周期生成护理计划，并生成待执行消息提醒给对应用户，可以展示护理计划总览，查询计划执行状态。 支持管理人员对每条护理计划的执行的结果进行逐一评价，可以总览评价结果。 具备护理计划管理功能，包括护理评估、护理问题、护理目标、护理措施、护理评价、各类护理风险评估、体温单、护理计划模块知识库（NANDA，NOC、NIC 标准）、护理措施智能提醒。 具备护理计划的执行、停止、评价、取消评价、作废功能。 1.2.2.2.14. 护理计划联动规则管理 具备护理计划联动规则管理功能，包括压疮评估联动、跌倒评估联动、自理能力评估
--	--	--

		联动、管道滑脱评估联动、入院宣教联动、手术宣教联动、检查宣教联动、饮食宣教联动。 具备通过入院评估和风险评估，智能提示建议护理问题，护士根据病人病情选择护理问题，生成到护理计划中功能。 1.2.2.2.15. 血糖单 护理人员手持 PDA 系统支持单人和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详细信息，支持根据血糖采集状态过滤查看。 1.2.2.2.16. 评估单 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，根据评估结构自动生成护理评估单。 1.2.2.2.17. 护理记录 支持根据科室需求选择不同护理记录模板录入，录入时支持从体温单、医嘱、历史护理记录、检查检验报告等进行引用录入，可使用辅助输入及智能联想书写方式快速录入病情措施，支持指定日期范围和全部打印，持根据时间范围进行入出量统计和自动插入到护理记录里。 1.2.2.2.18. 体征录入 1. 支持所见即所得录入体征信息，录入体征信息时同时自动生成体温单，可录入患者各项体征、出入量等护理信息以及手术、过敏史等其他患者临床信息。 1.2.2.2.19. 护理评估 支持创建各类结构化护理相关评估单，评估单内容支持自动以格式以及项目。 护理评估能够自动计算分数，评估异常可触发护理决策进行提，评估分数能引用到相关病历。 评估内容可生成趋势图便于了解病人病情变化以及护理效果。 评估结果可以生成患者特殊标识用于临床，如有压疮风险病人生成压疮标识，医护能够快速了解病人特殊情况。 1.2.2.2.20. 护理会诊 支持护理进行会诊，护士可以发起会诊，填写会诊申请单，描述病人护理情况，选择需要会诊的护理科室或者护理人员。被要求护理科室或者护理人员可以接受应答会诊，进行会诊意见书写。 1.2.2.2.21. 护理记录维护 可进行个性化定制各类护理表单格式和录入内容，包含护理录入项目的名称、代码、关联字典、录入方式以及正确性校验等属性。 可以根据科室需求自定义维护出入量录入项目。 1.2.2.2.22. 批量录入 (1) 批量录入成人体温单
--	--	---

		可批量进行成人体征信息录入，支持按照时间点选择需要录入体温信息的病人，录入项目支持自定义增加录入项目，录入时支持全键盘录入，录入完成可选择病人打印体温单。 (2) 批量录入婴儿体温单 可批量进行婴儿体征信息录入，支持按照时间点选择需要录入体温信息的婴儿，录入项目支持自定义增加录入项目，录入时支持全键盘录入，录入完成可选择病人打印体温单。 (3) 表格病历批量录入 可对表格式的护理评估进行批量录入，支持选择表格病历模板进行录入，支持批量录入不同时间的评估信息，根据录入的评估项自动计算分数。 1. 2. 2. 2. 23. 护理质量管理质控 具备对护理记录质量问题以消息形式提示护士；护士通过点击消息快速查看问题记录的缺陷情况，自动定位缺陷位置便于护士的及时修改；护士在护理记录录入时，能根据护理质量验证规则对输入项目进行验证及提醒。 支持护理管理部门或护士根据护理管理部门质控要求，对重点患者进行筛查管理和质量统计分析。 1. 2. 2. 2. 24. 护理决策配置 支持配置护理决策规则，可根据护理诊断、体征信息范围、护理评估结果值范围来配置对应的护理措施与护理目标。 1. 2. 2. 2. 25. 护理评估决策 支持护士进行各类评估时（压疮，跌倒，疼痛，康复等），系统可根据评估的结果自动提示护士需要做的护理措施与达到的护理目标。 支持根据护士选择的措施自动生成护理计划或者护理记录，可生成护理计划评价的任务提醒。 1. 2. 2. 2. 26. 查询统计 具备护理文书查询功能，至少包括压疮、跌倒、导管相关统计。 具备护理查询分析功能，至少包括超时病历统计，超标护理评分统计。 1. 2. 3 病历质控 1. 2. 3. 1. 病历质控管理系统 定义电子病历书写的质控目标、时间点、关键节点等质控内容，并实时监控电子病历书写的质控情况。由终末控制转到全面的环节控制、过程控制，这些控制要求包括时限质控、内容质控、三级质控等。通过病历三级质控体系，强化病历质量管理，在事前、事中、事后环节持续病历质量控制，实现医疗质量的持续提升。 具体功能如下： 1. 2. 3. 1. 1. 病历三级质控 病历三级质控是指医生质控、科室质控和院级质控三个级别的质控。 医生质控
--	--	---

		支持医生对所主管的病历未提交的病人病历进行评分，根据设置的质控规则自动评分，得出病历等级以及展示病历存在问题，医生可对一个病人多次进行评分。 科室质控 可根据预设条件抽取病历，结合病历质控规则对病历质量进行检查，自动生成科室病历质量报告。针对发现的病历质量问题，可实时反馈给责任医师进行整改，整改完成后的整改情况再返回科室质控组审核确认。 院级质控 院级质控支持质控科或者病案室等职能部门根据预设条件抽取出院病历，对病历质量进行检查，结合病历质控规则，对病历进行评分。特殊情况下，可退回病历，要求责任医师补充或整改，每月定期生成病历质量报告。 院级质控支持专家组质控，管理员可维护专家组成员，专家组可以是职能部门人员或者临床医生。 1.2.3.1.2. 病历环节质控 提供病历质控员对患者病历集中浏览、标注病历缺陷、添加缺陷项目、发送质控消息的功能。 病历质控消息查看:提供病历质控员本人所发送的质控消息处理情况查询、浏览的功能。 1.2.3.1.3. 病历质量监控 时限质控根据病历时间质控设置规则，对住院病历记录完成情况进行自动检查，并对未按时完成的病历记录向责任医师和病历质量管理人员进行提示的功能。 内容质控根据质控规则设置，对不同病历的完整性、规范性提供自动检查和提醒。 1.2.3.1.4. 病历质控分析 支持根据病历质量检查和评价结果生成不同维度的统计分析报表，指导职能部门有针对性的进行病历质量检查和评价。 1.2.3.1.5. 住院病历质控管理 提供病历质控相关功能，包括运行质控、终末质控等，质控方式包含手动+自动，质控规则应符合电子病历评级、互联互通标准、HQMS 规则标准要求。 1.2.3.1.6. 标准质控规则 具备统一质控规则标准设置功能，符合电子病历评级五级以上、互联互通标准、HQMS 规则标准要求。 1.2.3.1.7. 运行病历自动+手动质控管理 具备运行病历科室、质控科、院级环节质控，自动/手动评分项实时提醒，发送整改单，追踪整改进度等功能。 1.2.3.1.8. 终末病历自动+手动评分 具备终末病历科室、质控科、院级，三级的手动、自动评分功能。支持设置质控抽查
--	--	--

		小组，建立质控抽查任务。 1.2.3.1.9. 时限和质控问题实时提醒 具备自定义设置时限规则功能。 支持与住院临床信息系统对接，实现与医生站客户端问题、时限消息提醒功能。 1.2.3.1.10. 质控整改追踪 具备质控整改追踪功能，可发送整改单，实时查看医生对于问题病历的整体整改进度，确保整改工作闭环管理，闭环流程集中展示医生与质控人员之间关于问题说明与整改的互动信息。 1.2.3.1.11. 内涵质控 具备基于结构化病历模板与内涵质控规则，对病历全文本进行质控解析功能。 具备逻辑合理性校验功能，具备内容一致性校验功能。 具备质控规则配置功能，可根据使用情况进行配置。 1.2.3.1.12. 病案首页质控评分规则管理 系统需提供质控规则和评分标准维护，用于医生提交首页时调用质控规则进行自动质控和病案室人工质控时根据质控规则添加问题。 1.2.3.1.13. 病案自动质控 系统需提供根据不同质控场景的自动质控规则进行自动质控的服务和功能。 支持与临床信息系统对接，根据设置的质控规则，在医生站提交首页时进行医生提交场景的实时自动质控。质控不通过则提交不成功，并在医生站显示问题列表和得分情况。 具备病案室人工质控场景的自动质控功能，根据病案首页质控场景的自动质控规则，在病案室人工质控前进行自动质控，记录自动质控问题，质控得分、等级、问题类型。 1.2.3.1.14. 病案人工质控 系统需提供病案人工质控和质控相关流转功能。 具备多种质控状态的流转功能，包括：未质控、医生已返修、复议、已打回医生、已完成、医生未提交。 具备按质控状态和查询条件显示各个状态每个科室的病案总数和具体病案列表功能。 具备对质控员的工作科室和权限科室设置功能，质控员的质控列表按照设置的科室进行显示。 具备显示首页质控场景的自动质控问题，来辅助人工质控功能。 具备在病案首页的首页项上添加人工质控问题，自动进行扣分，问题描述可快捷。 1.2.3.1.15. 病案首页编码抽查 系统需提供对已完成质控或编码的病案首页进行二次抽查质控的流程。 具备展示所有抽查任务完成情况功能，查询每个抽查任务里面所有病案的抽查结果和整改情况。 1.2.3.1.16. 质控数据查询
--	--	--

		具备科室、质控科、院级缺陷问题整改查询功能。 具备科室、质控科、院级评分记录查询功能。 具备病历时限记录查询功能。 具备按医疗质量安全核心制度和重点关注病人进行查询功能。 1.3 不良事件管理系统 1.3.1.1. 不良事件管理系统 医疗安全不良事件指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中,任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故,以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。 具体功能如下: 1.3.1.1.1. 事件上报 支持匿名或者实名制上报,事件上报类型:医疗管理类不良事件、护理管理类不良事件、医技管理类不良事件、药品管理类不良事件、器械管理类不良事件(器械、耗材)、输血管理类不良事件、院内感染管理类不良事件等。 1.3.1.1.2. 事件分流 针对不同的事件类型,如待审核、已完成、回退、已作废等,支持事件上报后基于系统预设的流程,自动分派到对应的科室,对于个别特殊类型事件科可通过手工调整分派。 1.3.1.1.3. 事件处理 分为待审核、被回退、改派、协助、本人回退;各科室查看自己职权范围内的事件。可以通过报告日期、事件发生日期、事发部门、事件类型、事件级别和严重度进行检索;相关人员或角色填写意见、整改措施;涉及多个相关科室时,多个科室也可以填写意见、整改措施。 1.3.1.1.4. RCA 流程管理 系统具备 RCA 处理功能模块,发起 RCA、找出可能原因(近端因)、确认根本原因、RCA 处理、RCA 审批、RCA 追踪、风险评估。 1.3.1.1.5. 事件分享 系统提供事件分享的功能,支持屏蔽敏感信息,可进行全院人员、部分人员、指定人员、指定科室等权限进行事件的分享。 1.3.1.1.6. 事件导出 事件列表导出、单个事件导出,系统支持导出 A4 纸样式,供科室存档。 1.3.1.1.7. 事件归档 按照各事件类型,统一由不主管部门进行结案,对已完成事件归档操作,集中显示归档事件。 1.3.1.1.8. 事件评价 支持对已完成事件的处理过程进行整体评价。
--	--	--

		1.3.1.1.9. 事件整改 针对需要整改落实的事件，可以发起事件整改，支持指定事件整改责任人、参与者。 1.3.1.1.10. 报表查询 系统提供多层次的事件查询报表，可以根据事件类别、事件级别、事件名称、上报科室等上报的数据进行多方位的汇总。 1.3.1.1.11. 事件统计 及时率统计、事件改进汇总表、根据事件类型、事件风险度、事件严重度进行分析。 事件分析：支持通过图表方式，全景图分析、鱼骨图分析、柏拉图分析、交叉统计分析、趋势分析、处理率分析、当事人分析、分析报告、简报管理等。 1.3.1.1.12. 工作台管理 根据不同角色的关注点，配置相应的工作台面，待办任务、审核监控、平台公告。 1.3.1.1.13. 事件监测 全院监测 BI：以 BI 形式对全院医疗安全情况进行监控，目标监测、药品警示监测。 1.3.1.1.14. 系统管理 不良事件类型权限管理，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、案例共享权限等进行配置维护。 1.3.1.1.15. 表单管理 表元素管理、表单分类管理、表单管理，可根据需要进行添加、删除与修改。 1.4 临床支持决策系统(CDSS) 1.4.1.1. 临床支持决策系统 1.4.1.1.1. 临床知识来源要求 临床知识来源应具有权威性，包括但不限于法律法规、部门规章、规范性文件，国家认可的药品说明书、医疗器械注册证、临床路径、临床诊疗指南、技术规范、标准、医学教材、专家共识、专著、文献等。 1.4.1.1.2. 智能医嘱提醒 药品合理性提醒：支持基于系统药品-诊断合理性、药品相互作用等知识体系，提供相应的临床用药辅助决策。 手术合理性提醒：支持基于系统手术禁忌等相关知识体系，审查手术申请是否合理，辅助临床加强对患者围手术期的管理。 检查合理性提醒：支持基于系统检查禁忌等相关知识体系，对医生开立的检查申请单的合理性进行判断或提示，规范临床检查流程。 检验合理性提醒：支持基于系统检验禁忌等相关知识体系，对医生开立的检验申请单的合理性进行判断或提示，规范临床检验流程。 输血申请合理性提醒：支持基于系统临床用血相关知识体系，对临床输血申请进行合理性判断及提示，确保临床输血业务的规范及安全。
--	--	---

			诊断合理性提醒：支持根据患者情况(性别、年龄)审查诊断是否合理并提示。 检查报告解读：支持根据患者的检查报告结果，自动进行检查结果的解读，检查报告类别包含消化内镜、支气管镜、X线、CT、磁共振、超声。 检验报告解读：支持根据患者的检验报告结果，自动进行检验结果的解读。 1.4.1.1.3. 智能诊疗推荐 支持与临床系统对接，依据临床医生书写病历内容的变化，系统自动提取患者病历信息，结合患者其他诊疗数据，通过推荐引擎，为临床医生提供实时动态提示、辅助诊断服务。 具备推荐疑似诊断、鉴别诊断功能，可直接查阅鉴别诊断疾病详情知识。 1.4.1.1.4. 规则引擎 具备将可规则化的临床知识转换成可用规则功能。 具备依据病人临床数据，基于内存计算，引擎快速、高效的自动匹配出当前最合适的结果功能。 1.4.1.1.5. 推荐引擎 具备基于 NLP 自然语言处理技术进行实体识别、特征提取功能。 具备基于知识图谱进行诊疗辅助内容推荐功能。 1.4.1.1.6. 路由管理 具备通过路由引擎针对药品、检查、检验、手术、输血等不同的知识体系分配相应的辅助诊疗策略功能。 1.4.1.1.7. 自定义静态知识管理 具备用户自定义静态医学知识管理功能，包括：添加、编辑、删除。支持医学文献、医疗法律法规等文档的上传。 1.4.1.1.8. 知识审批与发布管理 具备审批角色权限维护功能。 具备发布角色权限维护功能。 具备自定义知识审批、发布管理功能。 具备自定义知识启用、停用管理功能。 1.4.1.1.9. 知识库更新服务 提供每年至少 2 次知识内容的更新补充服务。 1.4.1.1.10. 静态医学知识 知识库系统建立全院统一的知识库体系，院内不同科室、不同系统调用的相同知识逻辑的结果相同。专项知识库的内容可供全院使用，与诊疗项目相关联的文档类内容可作为知识库管理，包括疾病知识、症状知识、检验检查知识、药品知识、治疗知识、手术知识、临床路径知识、临床指南知识、护理知识、核心制度知识、中医知识等。 1.4.1.1.11. 知识检索
--	--	--	--

		知识的查询支持目录选择或关键字检索。支持知识库按照疾病、药品、检验检查、手术、治疗、护理、术语、临床路径、诊疗指南等目录分类，进行检索查询，通过关键词检索和划词功能，方便医护人员能够快速检索相关信息。 1.4.1.1.12. 疾病知识库 疾病知识库提供不少于 10000 条疾病知识，科室全覆盖，常见病种全覆盖，包含疾病概述、病原学、流行病学、临床表现、鉴别诊断、治疗原则及方案、饮食指导、健康教育、护理常规、参考文献等与疾病相关的知识，为医生的继续学习提供丰富的素材。 1.4.1.1.13. 症状知识库 症状知识库提供不少于 3500 种各类专科系统疾病相关症状知识，包含症状代码、名称、别名、检查鉴别、诊断鉴别、预防治疗、伴随症状以及对症药品等知识。 1.4.1.1.14. 检验检查知识库 检验检查知识库提供不少于 4500 种各类检验检查项目说明，包含概述、适应症、禁忌、注意事项、相关疾病、参考范围、标本采集、临床意义、检查过程、相关症状等知识。 1.4.1.1.15. 药品知识库 药品知识库提供不少于 14000 种药品知识，包括药名、别名、成分、性状、适应症、规格、用法用量、不良反应、禁忌症、注意事项、药物相互作用、药理作用、药代动力学、贮藏方法。 1.4.1.1.16. 手术知识库 手术知识库提供不少于 1300 余种手术知识，包含手术名称、适应症、病因、鉴别诊断、检查、治疗原则、术前准备以及术后护理等信息。 1.4.1.1.17. 临床路径知识库 临床路径知识库能提供国内外不少于 1400 种最新的各个专科、疾病的临床路径，有效帮助医护人员获取并学习国家权威的疾病临床路径政策信息。知识库能融合到相应系统中，方便医护人员实时调阅及检索。 1.4.1.1.18. 临床指南知识库 临床指南知识库能提供国内外不少于 1800 余种最新的各个专科、疾病的代表性权威诊疗指南、专家共识或推荐意见，有效帮助医护人员获取并学习相关权威的专业医学信息。知识库能融合到相应系统中，方便医护人员实时调阅及检索。 1.4.1.1.19. 护理知识库 护理知识库能提供不少于 700 种最新的关于各类疾病的护理常规、护理理论、护理操作、中医护理及高危药品用药护理、护理质控方面的相关知识及指引，有效帮助医护人员获取并学习相关权威的护理知识。知识库能融合到相应系统中，方便医护人员实时调阅及检索。 1.4.1.1.20. 核心制度知识库 核心制度知识库能提供国内最新的医院核心管理制度相关知识及指引，如病历书写基
--	--	---

		本规范与管理制度、分级护理制度、会诊制度、临床用血审核制度等等，有效帮助医护人员获取并学习相关核心制度知识。知识库能融合到相应系统中，方便医护人员实时调阅及检索。 1.4.1.1.21. 中医知识库 中医知识库能提供不少于 1000 种中医类相关知识及指引，包含中药材、方剂、针灸穴位、药膳食疗、中医症状、中医术语等相关知识，有效帮助医护人员获取并学习中医类知识。知识库能融合到相应系统中，方便医护人员实时调阅及检索。 1.4.1.1.22. 检验质控提醒 医生在开具检验医嘱时，系统会自主结合校验患者的年龄、性别、诊断、生理指标、检验检查结果、用药等信息进行合理性判断，若不合理则弹出提示并给出正常结果判断与提示。支持对检验冲突提醒规则进行反馈，用户可以选择依从或忽略。 1.4.1.1.23. 检查质控提醒 医生在开具检查医嘱时，系统会自主结合校验患者的年龄、性别、诊断、生理指标、检验检查结果、用药等信息进行合理性判断，若不合理则弹出提示并给出正常结果判断与提示。支持对检查冲突提醒规则进行反馈，用户可以选择依从或忽略。 1.4.1.1.24. 诊断质控提醒 医生在下诊断时，系统会结合当前患者的年龄、性别以及诊断判断是否合理，若不合理则弹出提示。 1.4.1.1.25. 性别诊断审查 医生在下诊断时，系统会根据患者的性别与诊断是否存在合理性关系进行自动检测，会给予对该患者慎用或禁忌的警示。 1.4.1.1.26. 年龄诊断审查 医生在下诊断时，系统会根据患者的年龄与诊断是否存在合理性关系进行自动检测，会给予对该患者慎用或禁忌的警示。 1.4.1.1.27. 手术质控提醒 医生在开具手术医嘱时，系统会结合当前患者的性别、年龄、特殊人群、检验检查结果、诊断、生命体征与病情等判断是否合理，并结合手术操作要点及术前检查进行审查，若手术存在高风险或不合理则弹出提示。 1.4.1.1.28. 知识库管理 建立知识图谱的流程包括机器学习、实体关系维护、权威性标记、知识存储以及知识的可视化。 1.5 治疗管理系统 1.5.1.1. 治疗管理系统 一般治疗信息系统用于高压氧、康复、针灸等治疗科室。治疗科室可以进行治疗患者管理，制定治疗计划，进行治疗评估以及治疗记录书写、治疗费用管理等治疗过程管理。
--	--	--

		1.5.1.1.1. 治疗患者管理 治疗系统根据选择的治疗科室自动获取需要做对应治疗患者列表, 包含门诊与住院病人。 1.5.1.1.2. 治疗计划 支持门诊医生和住院医生在 HIS 系统开具治疗医嘱能够同步到治疗系统, 治疗系统根据医嘱开具的项目与频次自动生成患者的治疗计划。 1.5.1.1.3. 治疗评估 系统提供治疗评估模板制作工具, 可根据医院提供治疗评估模板进行制作, 包含评估模板的样式、评估表单、评估计分方式、录入内容校验。 1.5.1.1.4. 治疗执行 系统支持将患者做的治疗项目总数生成治疗单据, 治疗师可查看本科室(例如高压氧室、康复科)做治疗患者的治疗单据详情, 包含患者信息。 1.5.1.1.5. 治疗记录 系统提供治疗记录模板制作工具, 可根据医院提供模板进行制作, 包含治疗记录样式、治疗记录表单、数据获取来源、内容校验等。 1.5.1.1.6. 基本信息查看 支持与临床系统对接, 查看开设治疗项目的门诊患者、住院患者基本信息功能, 包括患者姓名、性别、年龄、住院号、床位号、诊断。 1.5.1.1.7. 治疗项目管理 支持与临床系统对接, 查看患者治疗师开方项目信息, 包括门诊长期、临时处方项目。 1.5.1.1.8. 治疗项目明细 具备查看患者处方项目确费明细功能, 包含项目名称、项目数量、确认时间、操作人员。 1.5.1.1.9. 治疗排班 具备治疗室排班、医生排班两种排班模式功能。具备根据设置的排班规则进行自动排班功能。 1.5.1.1.10. 治疗项目记录 具备查看患者已治疗项目记录数据功能, 包含项目名称、治疗部位、治疗方法、治疗反应、治疗频次、治疗时间段、治疗小结等。 1.5.1.1.11. 治疗记录模板 具备添加、删除治疗记录模板功能。具备保存为个人模板、科室模板、全院模板功能。 1.5.1.1.12. 治疗单划价 具备查看患者历史划价项目功能, 包含项目名称、项目数量、申请日期、划价医生等。 1.5.1.1.13. 科室分类预约 具备按科室分类模式预约功能, 选择分类排班时间点预约。
--	--	---

		1.5.1.1.14. 科室治疗师预约 具备按科室治疗师模式预约功能，选择治疗师排班时间点预约。 1.5.1.1.15. 治疗评估 具备治疗师添加评估功能，自主选择评定量表、设置评估阶段进行患者评估。 1.5.1.1.16. 治疗评估模板 具备医院自定义维护评定量表模板功能。 1.5.1.1.17. 治疗文书 具备治疗师添加文书功能，自主选择文书模板记录患者信息。 1.5.1.1.18. 治疗文书模板 具备自定义治疗文书模板功能。具备自定义维护治疗文书记录功能，如主诉、既往史。 1.5.1.1.19. 统计分析 具备按治疗师统计时间范围内工作量数据功能。具备按项目统计时间范围内工作量功能。 1.6 移动医疗系统 1.6.1.1. 移动护理信息系统 1.6.1.1.1. 患者信息查询 支持移动端查看患者相关信息，对患者进行统计分类筛选，实现患者快速定位，需支持设置关注患者，可完成患者特殊标记。 具备患者信息查询功能，包括病人信息概览、基本信息、医嘱、检查检验、费用等信息。 具备床位卡片展示，展示的内容包括护理等级、患者姓名、性别、年龄、床位号、入院天数、入院诊断、住院号、护理标识以及关注标识信息。 1.6.1.1.2. 扫码执行医嘱 支持移动端扫码执行各类医嘱，扫码后要提示，支持口服药品、输液药品、输血医嘱条码核对、执行、巡视、暂停、结束操作，需支持对患者条码和腕带进行扫码核对操作，实现扫码执行医嘱闭环管理。 具备扫码执行医嘱功能，包括输液、用药、治疗、检验标本采集、皮试等医嘱。 具备检验医嘱标本依次扫描病人腕带和试管条码，核对采集检验标本信息功能。 具备医嘱条码扫码执行提示功能，包括扫码成功和失败反馈。 具备输液详细信息显示功能，包括：当前输液所在节点、节点执行时间、患者信息卡片、过敏信息、医嘱详情、执行信息等输液信息。 具备输液通道、输液部位、滴速、剩余液量、暂停原因等输液信息编辑功能，并能同步护理文书。 具备皮试医嘱执行双签，皮试结果录入，并能将皮试医嘱执行信息同步至护理文书功能。
--	--	---

		1.6.1.1.3. 集中采集录入 具备移动端集中体温采集录入功能，包括移动端体温单集中录入。 具备全部患者单体征和单患者体温单两种方式录入功能。 具备自定义设置过滤不需要录入体温的患者功能。 具备录入的体温数据规则控制功能，如体温超过规定值标红提示。 具备自定义设置标准时间点，可根据设置的时间点录入体温信息功能。 具备检验条码扫码采集时间的收集。 1.6.1.1.4. 护理临床监控 具备临床监控功能，包括输液监控、输血监控、病区护理工作完成情况一览、病区医嘱实时完成情况。 1.6.1.1.5. 手术患者身份核对 支持对手术患者扫码进行身份核对。 1.6.1.1.6. 移动护理文书录入 需支持在移动端提供护理记录单/出入量表单/床旁风险评估录入，支持展示当前患者已建文书列表，切换患者后，同步当前患者已建文书信息。支持文书暂存、数据校验并自动提醒。 1.6.1.1.7. 护理记录单 具备记录单新建、删除/作废、编辑以及查询功能。具备记录单出入量等信息添加行操作，对于空行数据删除功能。 1.6.1.1.8. 出入量表单 具备护理记录单中的所以入量项目和出量项目（小结、总结）结算功能。 具备所结算出入量结果同步给体温单功能。 1.6.1.1.9. 护理评估单 具备评估单新建、删除/作废、编辑以及查询功能，含通用十大类评估量表，疼痛专科、压疮专科等。 1.6.1.1.10. 移动护理计划 需支持在移动端提供自动生成护理计划，清晰展示护士今日工作项, 护士床旁执行和记录，打造护理评估、制定计划、执行措施、计划评价的闭环流程。 1.6.1.1.11. 门诊移动输液 支持移动端查看输液患者相关信息，对患者进行统计分类筛选，实现患者快速定位，需支持设置关注患者，可完成患者特殊标记。 具备患者信息查询功能，包括病人信息概览、基本信息、医嘱、检查检验、费用等信息。 具备患者中心管理功能，包括查询我的关注和全区患者，默认为我的关注。 支持移动端扫码执行各类输液医嘱，扫码后要进行提示，支持输液药品条码核对、执
--	--	---

		行、巡视、暂停、结束操作，需支持对患者条码和腕带进行扫码核对操作，实现扫码执行医嘱闭环管理。 具备检验医嘱标本依次扫描病人腕带和试管条码，核对采集检验标本信息功能。 1.6.1.2. 移动医生工作站系统 1.6.1.2.1. 患者临床信息查看 具备查看患者信息，包含患者基本信息、病历、医嘱、检查、检验、护理。 具备查看患者费用、过敏、住院等基本信息。 具备查看患者有效医嘱、临时医嘱、长期医嘱信息。 具备查看患者在院病历信息，包括病程记录、入院记录、主任查房、术前小结、手术同意书、手术记录、出院记录等。 具备查看患者医技报告，包括检查/检验报告、放射报告、临检报告、生化报告等。 具备查看检验报告相关指标趋势图。 具备查看患者的护理体温、呼吸和脉搏信息及趋势图，查看患者出入量、血糖信息。 支持与门诊医生站系统对接，实现查看住院患者的门诊病历功能。 具备患者腕带条码、二维码扫描定位患者信息。 具备通过在院、出院状态、诊断、科室等条件查询相关患者信息。 具备通过手术状态、手术日期等条件来查询相关手术信息。 支持与入院准备中心系统对接，实现通过科室条件查询入院准备中心患者信息功能。 1.6.1.2.2. 查房便签 具备用手指或触控笔模仿纸和笔随手写，记录查房事项。 具备文字、拍照、录视频、录音方式记录查房事项。 具备修改、删除查房便签功能。 1.6.1.2.3. 移动医生危急值预警提醒 具备在移动端查看检查检验危急值消息提醒，如可查看患者姓名及危急值项目名称及报告结果。 具备在移动端对危急值进行处理与答复，如接收并录入处理意见。 1.7 接口对接 1.7.1. 院内系统接口对接 与医院集成平台、LIS、PACS、病案归档系统、互联网医院等医院信息系统的接口对接。 1.7.2. 院外系统接口对接 与政府部门的系统接口对接，包括但不限于传染病智能预警监测平台、广西全民健康信息平台、柳州健康人口平台、柳州云影像、国家医保系统、疾控中心、移动医保等。 1.7.3. 其他接口对接 其他接口的对接。
--	--	---

		1.7.4. 互联互通对接要求 本项目所涉及的系统及接口均要满足国家医疗健康信息《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》四级甲等测评要求。 1.8 数据上传 1.8.1. 医保数据上传 (1) 医保电子处方上传。 (2) 医保结算清单上传，包括结算清单上传、结算清单状态修改、结算清单查询、结算清单质控查询等。 (3) 住院业务数据上传，包括住院病案首页信息上传、住院医嘱记录等。 (4) 电子病历数据上传 (5) 进销存数据上传，包括药品耗材盘点数据上传、药品耗材库存变更、药品耗材采购、药品耗材消耗等。 (6) 中医优质病种数据上传。 1.8.2. 广西全民健康信息上传 广西全民健康信息平台互联互通数据上传，包括门诊、住院、电子病历的数据。 1.8.3. 柳州健康人口平台数据上传 柳州健康人口数据上传，包括门诊、住院、电子病历的数据。 1.8.4. 药品耗材追溯码上传 药品耗材的采购入库、盘点、库存变动、消追溯码耗数据上传。 1.8.5. 国家公立医院绩效考核病案数据上传(HQMS) HQMS 是卫健委医管司开展的医院质量监管信息网络直报工作。提供的 HQMS 医院质量监测上报系统,是配合卫健委医管司实现对医院监测数据的采集、转换及上报，实现数据上传的实时性、准确性，提高数据上传质量。 (1) 字典映射 按照《住院病案首页数据采集接口标准》，进行病案首页原始数据与 HQMS 数据标准的映射。 (2) 结构化病案首页数据抽取 从电子病历结构化病案首页中自动抽取医管司所需要病案首页原始数据。 (3) 数据转换 根据字典映射结果，将抽取的病案首页原始数据按照字典映射进行转换。 1.8.6. 其他数据上传 国家三级公立医院绩效考核肿瘤专业医疗质量控制指标数据上报，肿瘤专业医疗质量控制指标涉及的 10 个癌种的患者的相关表单数据。 其他数据上传。 1.9 服务部分
--	--	--

		1.9.1 评级服务 1.9.1.1. 电子病历五级评级咨询服务 1.9.1.1.1. 电子病历评级调研分析服务 根据最新版的《电子病历系统应用水平分级评价标准(试行)》五级标准要求对医院信息化建设现状、查验机房建设情况、网络安全建设情况等进行调研分析，并提供调研分析报告，指导医院整理整改内容及方案。 1.9.1.1.2. 电子病历评级标准解析服务 核对电子病历三级、四级、五级评级标准的条目，针对不满足电子病历评审的功能点或流程提供改造建议方案；参与医院现有信息系统流程的讨论、分析，提供改进方案；对医院信息化建设现状与电子病历评审要求之间的差距进行差异化分析，让医院对改造建设的工作量和难易程度有更清晰的认识。 1.9.1.1.3. 提供电子病历评审系统功能改造需求分析 协助院方拟定电子病历评审系统功能改造计划（时间节点），监督落实情况；为医院管理部门、信息科、临床业务科室提供政策及标准解读服务。 1.9.1.1.4. 核查数据质量 按照电子病历五级评级要求的数据质量，核查满足评审要求数据的及时性、完整性、整合性、一致性。对不同的界面数据一致性进行核查，如闭环展示数据与业务系统数据是否一致。临床调阅的检查检验报告是否显示了审核医生。针对不满足电子病历评审数据质量要求的提供改造建议方案。 1.9.1.1.5. 电子病历评级文审咨询服务 指导院方相关科室、各相关信息系统厂商完成电子病历评级实证材料的准备，包括系统功能截图和数据质量，包括实证材料整理要求、注意事项培训与指导。按要求对评级佐证材料的整理和审核。 1.9.1.1.6. 电子病历评级评测上报服务 为医院在国家卫健委医院管理研究所电子病历分级评价平台的数据上报工作提供咨询服务、指导；培训、指导上报流程及注意事项；培训、指导上报数据整理与核对。 1.9.1.1.7 电子病历评级培训服务 安排院方相关科室针对电子病历评级相关功能性要求、注意事项的培训。 1.9.1.1.8 电子病历评级模拟实证服务 按照电子病历测评文审材料及医院现场进行模拟评测，包括自查医院所列功能的前级功能，确认均完全实现；列表声明这些项目的前级功能全部实现；针对所申报等级给出对应级别的基本项、选择项内容的实证，包括系统截屏、统计数据、方案说明与场景描述；审查提交内容是否满足要求，对于有疑问的部分进行进一步确认和调整。
商务条款		
建设周期及地点	1. 建设周期：项目建设周期为合同签订之后 15 个工作日内进场实施，进场	

	开发人员不少于 6 人，实施人员不少于 6 人，开发和实施人员要有相关工作经验，并在 90 天（包含节假日）内完成所有系统实施、测试、上线，上线阶段现场协助人员不少于 30 人，驻场两周。 2. 建设地点：柳州市采购人指定地点。
签订合同日期	自中标通知书发出之日起 25 日内。
验收及付款条件	1. 项目验收之前本项目包含的系统的需求改造和接口对接费用(非第三方费用)包含在投标报价中。 2. 付款方式： 入场付款：项目双方签订合同，中标供应商进场开始实施后，采购人在收到中标供应商发票后的 10 个工作日内支付合同金额的 25%。 上线付款：系统上线后运行正常，整体稳定后，采购人在收到中标供应商发票后的 10 个工作日内支付合同金额的 20%。 项目验收付款：系统上线后正常运行，整体稳定，经采购人对整体项目进行最终验收合格，采购人在收到中标供应商发票后的 10 个工作日内支付合同金额的 20%。 国家文审通过付款：医院电子病历五级评级通过国家文审，采购人在收到中标供应商发票后的 10 个工作日内支付合同金额的 15%。 五级评级通过付款：医院电子病历五级评级通过国家现场评审，采购人在收到中标供应商发票后的 10 个工作日内支付合同金额的 20%。 3. 票据要求：中标供应商必须按照采购人要求提供真实、有效、合法的正式发票。一旦发现中标供应商提供虚假发票，除须向采购人补开合法发票外，且采购人有权解除合同，供应商不得提出异议，因解除合同而产生的一切损失均由中标供应商承担。 4. 采购人分期支付每笔合同款项前，中标供应商应按要求与采购人完成线上对账，如因中标供应商原因未完成线上对账，采购人有权按照中标供应商最终完成对账时间来计算付款时间。 5. 采购人账务对账、结算采用供应链结算平台，使用 CFCA 中国金融认证中心认证 UKey 进行账务对账、结算。中标供应商需自行办理 Ukey（所产生的办理费用，如购买 UKey 费用 35 元，使用期年费 100 元等由中标供应商承担），并配合该结算平台进行对账、结算。
售后服务	1. 质保期：3 年，质保期从项目验收合格之日算起，质保期内安排 1 人以上驻场，本项目所涉及的软件产品在质保期内负责改造系统，政府部门（包括国家、省、市的卫健委、医保局、疾控中心等部门）及本项目验收前医院在用所有信息系统接口要负责对接。符合三级等保、密评要求、信息安全问题的负责整改。上述费用均包含在投标报价中，不另外产生其它费用。

	2. 质保期过后，进入有偿维保期，维护费不超过合同系统金额的 6%/年。 维保服务系统范围如下： <table border="1" data-bbox="464 259 1414 660"> <thead> <tr> <th>序号</th><th>系统名称</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>医院信息管理系统（HIS）</td></tr> <tr> <td>2</td><td>电子病历管理系统（EMR）</td></tr> <tr> <td>3</td><td>不良事件管理系统</td></tr> <tr> <td>4</td><td>临床支持决策系统（CDSS）</td></tr> <tr> <td>5</td><td>治疗管理系统</td></tr> <tr> <td>6</td><td>移动医疗系统</td></tr> </tbody> </table>	序号	系统名称	1	医院信息管理系统（HIS）	2	电子病历管理系统（EMR）	3	不良事件管理系统	4	临床支持决策系统（CDSS）	5	治疗管理系统	6	移动医疗系统
序号	系统名称														
1	医院信息管理系统（HIS）														
2	电子病历管理系统（EMR）														
3	不良事件管理系统														
4	临床支持决策系统（CDSS）														
5	治疗管理系统														
6	移动医疗系统														
培训要求	中标供应商必须根据系统软件的功能和特点，结合采购人实际情况，提供系统培训方案，对系统使用人员进行分期、分批的操作技术培训。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，各级业务人员能够熟练使用系统软件。 (1) 制定人员培训方案，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。 (2) 培训对象可分为医护人员、医技人员、管理人员及技术人员等，中标供应商必须针对不同的对象制定不同的培训计划，并分别培训。 (3) 中标供应商应保证要求提供有经验的主持培训人员，使各使用系统人员在培训后能够独立地对系统进行操作、管理、维护。 (4) 培训内容包括各应用软件的操作和运维培训。 (5) 中标供应商必须为所有被培训人员进行现场培训。 (6) 中标供应商需提供各系统的使用说明或操作手册 (7) 中标供应商负责培训环境的搭建、培训文档的准备、培训的实施、培训人员的考核等。 (8) 与培训相关的费用，包含在投标报价中。														