

Lp.	KS-MEDIS - funkcjonalność
1.	<p>Zestawienie Ruchu Chorych zawiera m.in. następujące dane: Liczba łóżek na oddziale – A rzeczywiste, B rejestrowe. Wyszczególnienie obłożenia – liczbowe z podziałem na mężczyzn, kobiety i dzieci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pozostało z dnia poprzedniego, - Przyjęto do szpitala, - Przyjęto z innego oddziału, - Razem leczono, - Przeniesiono na inny oddział, - Wypisano ze szpitala, - Zmarło, - Razem ubyło, - Pozostało pacjentów na dzień bieżący, - Liczba łóżek rzeczywistych nieobłożonych, - Liczba łóżek rzeczywistych w remoncie.
2.	<p>Zestawienie ilości pacjentów w szpitalu z podziałem na oddziały. Dienne sprawozdanie z działalności szpitala.</p>
3.	<p>Generowanie zestawienia liczbowego ruchu chorych całego szpitala, z podziałem na oddziały – liczbowo, oraz z podziałem na: A) mężczyzn, B) kobiety, C) dzieci. W tym m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stan z poprzedniego dnia, - przybyło, - wypisano, - zmarło, - stan na dzień bieżący, - razem: A) mężczyźni, B)kobiety, C)dzieci, - ogółem, - dializy: A) mężczyźni, B) kobiet, C) dzieci, ogółem.
4.	<p>A. Tabela-zestawienie miesięczne sumaryczne, Dzień:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalizacje, - Przyjęcia, - Wypisy, - Zgony, - Wypisy i zgony.
5.	<p>B. Tabela - zestawienie miesięczne z oddziałów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Data, 2) Łóżka rzeczywiste, 3) Przyjęto do szpitala: <ol style="list-style-type: none"> a) Mężczyźni, b) Kobiety, c) Dzieci, d) Razem, 4) Przyjęto z innego oddziału: <ol style="list-style-type: none"> a) Mężczyźni, b) Kobiety, c) Dzieci, d) Razem, 5) Przeniesiono na inny oddział: <ol style="list-style-type: none"> a) Mężczyźni, b) Kobiety,

	<p>c) Dzieci, d) Razem,</p> <p>6) Wypisano ze szpitala: a) Mężczyźni, b) Kobiety, c) Dzieci, d) Razem,</p> <p>7) Zmarło: a) Mężczyźni, b) Kobiety, c) Dzieci, d) Razem,</p> <p>8) Osobodni pozostał na dzień bieżący, 9) Liczba łóżek rzeczywistych nie obłożonych, 10) Osobodni dzieci.</p>
6.	<p>Księga Główna przyjęć i wypisów (zapisy zgodne z § 26 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane identyfikujące Szpital, - numer kolejny pacjenta w księdze, - datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24 godzinnym, - imię i nazwisko pacjenta, - kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał, - rozpoznanie wstępne, - rozpoznanie przy wypisie, - określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje, - datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta — datę zgonu, - adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany, - adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane, - przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, - informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach, - oznaczenie lekarza wypisującego, - numer karty depozytowej.
7.	<p>Generowanie listy wyborów –z pozycji oddziału, zawierającej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PESEL, - data urodzenia w układzie (rok, miesiąc, dzień), - nazwisko, - imię, - imię ojca, - gmina, - miejscowość, - ulica, - nr budynku, - nr lokalu.
8.	<p>Generowanie Listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (zapisy zgodne z § 28 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania):</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane identyfikujące Szpital, - numer kolejny pacjenta,

	<ul style="list-style-type: none"> - datę i godzinę dokonania wpisu, - oznaczenie pacjenta - rozpoznanie lub powód przyjęcia, - numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem, - termin udzielenia świadczenia zdrowotnego, - datę i przyczynę skreślenia, - imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.
9.	Automatyczna komunikacja Raportu Lekarskiego i Pielęgniarskiego z modułem zleceń w celu pobrania informacji o zleconych badaniach
10.	<p>Księga raportów lekarskich zawiera (zapisy zgodne z § 30 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania):</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane identyfikujących Szpital (oznaczenia zgodne z § 10 ust. 1 pkt. 1 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania), - numer kolejny wpisu, - datę sporządzenia raportu, - treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania, - oznaczenie lekarza dokonującego wpisu.
11.	<p>Księga raportów pielęgniarskich zawiera (zapisy zgodne z § 31 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania):</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane identyfikujących Szpital, (j. w.), - numer kolejny wpisu, - treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania, - statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych, - datę sporządzenia raportu, - oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu.
12.	<p>Księga zabiegów zawiera (zapisy zgodne z § 32 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania):</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane identyfikujących Szpital (j. w.), - numer kolejny pacjenta w księdze, - datę wykonania zabiegu, - imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, - oznaczenie lekarza zlecającego zabieg; a w przypadku, gdy zlecającym jest inny podmiot — także oznaczenie tego podmiotu, - adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu, - oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych.
13.	<p>Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej zawiera (zapisy zgodne z § 33 Rozporządzenia MZ z dnia 21.10.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania):</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane identyfikujących Szpital (J. w) - numer kolejny pacjenta w księdze, - imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, - kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał, - rozpoznanie przedoperacyjne,

	<ul style="list-style-type: none"> - oznaczenie lekarza kierującego na zabieg albo operację (a w przypadku, gdy kierującym jest inny podmiot — także oznaczenie tego podmiotu), - oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji, - datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny; (uwaga czas zabiegu konieczny jest do wykazu — część analizy –Departament Zdrowia zadaje pytania dotyczące czasu zabiegu), - adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu albo operacji, - szczegółowy opis zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym, - zlecone badania diagnostyczne, - rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, - oznaczenie osób wchodzących odpowiednio, w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu.
14.	System udostępnia alfabetyczny rejestr archiwalnej dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w szpitalu.
15.	<p>Rejestr archiwalnej dokumentacji medycznej wywoływany jest z głównego okna modułu Izba Przyjęć i udostępnia archiwalną dokumentację medyczną pacjenta, posortowaną i pogrupowaną wg pobytów pacjenta w konkretnych komórkach organizacyjnych w następującym, minimalnym zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wywiady i badania przedmiotowe, - badania laboratoryjne, - badania diagnostyczne, - zabiegi, - leki, - obserwacje lekarskie i pielęgniarskie, - epikryzy i zalecenia, - karta informacyjna lekarska i pielęgniarska, - historia zdrowia i choroby z przychodni, - dokumentacje badań wykonanych w gabinetach diagnostycznych przychodni, - rozpoznania.
16.	<p>System umożliwia wyszukiwanie pacjentów wg dowolnych parametrów, w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwisko oraz części nazwiska, - numer PESEL, - numer Księgi Głównej.
17.	System umożliwia sprawdzenie poprawności numeru PESEL pacjenta w momencie przyjęcia pacjenta.
18.	System uniemożliwia wprowadzenie błędnego numeru PESEL.
19.	System umożliwia przyjęcie nowego pacjenta i wprowadzenie danych personalnych z możliwością wykorzystania skorowidza pacjentów.
20.	System umożliwia automatyczne sprawdzanie uprawnień pacjenta eWUŚ podczas przyjęcia pacjenta na izbę przyjęć.
21.	System posiada funkcję jednorazowej weryfikacji statusu eWUŚ w przypadku pobytu pacjenta w lecznictwie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym.
22.	<p>Moduł udostępnia funkcję rezerwacji łóżek dla pacjentów rehabilitacyjnych, która umożliwia (w postaci graficznego kalendarza) co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyświetlenie w kolumnach poszczególnych łóżek zdefiniowanych dla oddziałów, - wyświetlenie w wierszach kolejnych dni (z wyróżnieniem sobót i niedziel), - zarejestrowanie rezerwacji łóżka w powiązaniu z wpisem do kolejki oczekujących, - zarejestrowanie rezerwacji łóżka dziennej lub godzinowej, - wyświetlenie zajętości łóżek przez pacjentów aktualnie przebywających na oddziale,

	<ul style="list-style-type: none"> - wyróżnienie kolorami następujących statusów rezerwacji: rezerwacja z przeszłości, pobyt z oddziału, pobyt zamknięty, rezerwacja aktualna. - po zarejestrowaniu rezerwacji w kalendarzu istnieje możliwość jej poprawy lub usunięcia
23.	<p>System umożliwia rejestrację nowego pacjenta z wprowadzeniem minimalnego zakresu danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane osobowe wymagane przez obowiązujące ustawy (imię/ imiona, nazwisko, imiona rodziców, PESEL, data urodzenia i wiek), - płeć, - obywatelstwo, - nr ewidencyjny w UE (jeżeli dotyczy), - automatyczne wprowadzanie daty urodzenia oraz płci pacjenta na podstawie numeru PESEL, - oddział NFZ, - dane adresowe (adres stały, tymczasowy, elektroniczny, telefon), - dane o opiece, - telefon do osoby upoważnionej, - dane osoby, która jest prawnym opiekunem pacjenta, - dane osoby która jest faktycznym opiekunem pacjenta, - dane osoby upoważnionej do kontaktu, - dane osoby upoważnionej do wglądu w dokumentację medyczną, - dane osoby upoważnionej do otrzymywania informacji o stanie zdrowia, - możliwość zarejestrowania informacji o tym że pacjent nikogo nie upoważnia, - dane ojca (w zakresie zgodnym z zakresem danych dla pacjenta w bazie danych), - dane matki (w zakresie zgodnym z zakresem danych dla pacjenta w bazie danych), - dane o urodzeniu, - dane o rodzinie pacjenta (w tym dane opiekuna (SWX) oraz opiekuna eWUŚ), - dokumenty tożsamości, - dane o ubezpieczeniu (uprawnienia do świadczeń), - dane karty DiLO: numer identyfikacyjny, data sporządzenia, miejsce wydania, lekarz wydający kartę, świadczeniodawca, data początku i końca obowiązywania karty, - dane sesji terapeutycznych w ramach pobytu pacjenta. - informacje dodatkowe (grupa krwi, dializa), - możliwość ewidencji informacji o grupie krwi pacjenta wraz z określeniem źródła pochodzenia informacji oraz datą utworzenia, autorem wpisu i możliwością zarejestrowania uwag.
24.	<p>System umożliwia rejestrację pacjenta z ograniczonym zakresem danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - imię i nazwisko, - numer PESEL, - płeć (K, M, inne), - adres zamieszkania, - ubezpieczyciel.
25.	System umożliwia wprowadzenie dokumentu ubezpieczeniowego z datą ważności.
26.	System umożliwia wprowadzenie Pacjentów anonimowych NN.
27.	System umożliwia przyjęcie nowego pacjenta NN z wprowadzeniem minimalnego zakresu danych (Płeć).
28.	<p>System umożliwia rejestrację pobytu pacjenta w Izbie Przyjęć z obligatoryjnym odnotowaniem danych przyjęciowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tryb przyjęcia (m.in.: tryb nagły, planowane poza kolejnością, planowane ze skierowaniem, przymusowy), - data przyjęcia, - kierowany przez (bez skierowanie, POZ, poradnia specjalistyczna, pogotowie ratunkowe, inny szpital) VII i VIII część kodu resortowego jednostki kierującej, REGON, nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego.

29.	System umożliwia oznaczenie pola przy przyjęciu 'z wypadku komunikacyjnego'.
30.	System umożliwia określenie struktury łóżek w szpitalu z podziałem na sale, typy łóżek etc.
31.	System automatycznie nadaje numer Księgi Głównej podczas przyjęcia.
32.	System umożliwia odnotowanie odmowy przyjęcia do szpitala – wpis do Księgi Odmów.
33.	System umożliwia skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział z możliwością m.in.: ustalenia trybu przyjęcia, wydruku pierwszej strony historii choroby oraz nadania numeru Księgi Głównej.
34.	System umożliwia wpis pacjenta do Księgi Głównej za pomocą skróconego schematu rejestracji.
35.	System umożliwia przyjęcie pacjenta do Księgi Głównej z datą inną niż w rejestrze izby przyjęć.
36.	System umożliwia identyfikację kolorem pól obligatoryjnych.
37.	System umożliwia walidację poprawności REGON'u jednostki kierującej.
38.	System umożliwia walidację poprawności numeru prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego.
39.	System pozwala na dostęp do kartoteki pacjenta z możliwością zmiany danych.
40.	System umożliwia podgląd stanu łóżek na oddziale, do którego przyjmowany jest pacjent, z podziałem na płęć.
41.	System ostrzega użytkownika o braku wolnych łóżek na oddziale podczas przyjmowania pacjenta na oddział.
42.	System umożliwia prowadzenie ewidencji zmian danych pacjenta (data zmiany, godzina, użytkownik) z możliwością podglądu historii.
43.	System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi wstępnej z następującym zakresem informacji: <ul style="list-style-type: none"> – numer pacjenta w Księdze wstępnej, – status wpisu, – nazwisko i imię pacjenta, – numer PESEL pacjenta, – data i godzina przyjęcia, – data planowana wypisu, – numer pacjenta w rejestrze Izby przyjęć, – czy istnieje zlecenie, – jednostka, w ramach której został dodany wpis, – status eWUŚ.
44.	System umożliwia wypis pacjenta z Księgi wstępnej do Księgi Głównej lub do Księgi odmów i porad ambulatoryjnych.
45.	System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze wstępnej z minimalnym zakresem informacji: <ul style="list-style-type: none"> – dane z przyjęcia: rodzaj izby przyjęć, rodzaj Księgi wstępnej, dane pacjenta, pracownik przyjmujący, data przyjęcia, czy istnieje zlecenie, numer w Księdze wstępnej, planowana data wypisu, – dane z wypisu: data zakończenia (wypisu), tryb wypisu (przyjęcie do Księgi Głównej, przyjęcie do Księgi odmów i porad), oddział, do którego zostanie wypisany pacjent, tryb przyjęcia, numer w KSOP lub numer w KSGL, typ pobytu, rodzaj wypisu, powód odmowy, – rozpoznania, – dane dodatkowe: wartości badane.
46.	System umożliwia prowadzenie w Księdze wstępnej ewidencji wykonanych pacjentowi elementów leczenia (procedury, leki, badania, konsultacje, itp.), ze statusami (zlecone, wykonane) oraz ze znacznikami czasowymi i personelu zlecającego i wykonującego.
47.	System umożliwia prowadzenie Rejestru Izby Przyjęć z następującym zakresem informacji: <ul style="list-style-type: none"> – numer w Księdze Izby przyjęć, – status wpisu, – nazwisko i imię pacjenta, – numer PESEL pacjenta,

	<ul style="list-style-type: none"> - data wpisu, - status pacjenta (IP – Izba przyjęć, GL – Księga główna), - adres pacjenta, - izba, w ramach której został dodany wpis.
48.	<p>System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi oczekujących z następującym zakresem informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numer w Księdze oczekujących, - status wpisu, - nazwisko i imię pacjenta, - numer PESEL pacjenta, - data wpisu, - izba, w ramach której został dodany wpis, - oznaczenie przypadku pilnego, - czy wykonano eksport w statystyce kolejek oczekujących, - rodzaj kolejki (stacjonarna, ambulatoryjna).
49.	<p>System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze oczekujących z minimalnym zakresem informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane Księgi oczekujących: dane pacjenta, data urodzenia, numer w Księdze oczekujących, telefon pacjenta, nazwa oddziału, pracownik wpisujący, łóżko, w jaki sposób powiadomić pacjenta o ewentualnej zmianie terminu, tryb wypisu, opis, data wpisu, data planowanego przyjęcia, data zamknięcia, czy istnieje zlecenie, data przyjęcia, data planowanego wypisu, numer w KSOP lub KSGI, czy pacjent powiadomiony, oznaczenie przypadku (pilny, stabilny, onkologiczny), czy zaplanować dietę; - kolejka do świadczenia: kod kolejki, planowana data świadczenia, czy pacjent skreślony z kolejki, przyczyna skreślenia z kolejki, data skreślenia, numer wpisu do kolejki, pozycja w kolejce; - powiadomienie: przyczyna powiadomienia pacjenta, uzasadnienie, sposób powiadomienia, pracownik, który powiadomił pacjenta, data ustalenia powiadomienia, data powiadomienia.
50.	System umożliwia przyjęcie pacjenta na oddział korzystając bezpośrednio z Księgi Oczekujących wraz z danymi pacjenta w niej zarejestrowanymi.
51.	System umożliwia przypięcie aktywnej (niezamkniętej) kolejki oczekujących do dowolnego pobytu na oddziale pacjenta.
52.	System umożliwia skreślenie pacjenta z kolejki oczekujących z podaniem przyczyny.
53.	System umożliwia grupową zmianę planowanych terminów w kolejce oczekujących.
54.	System umożliwia prowadzenie kolejek onkologicznych
55.	System umożliwia generowanie miesięcznych i tygodniowych statystyk kolejek oczekujących oraz eksport do NFZ w formacie zgodnym z zarządzeniem w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML.
56.	<p>System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi odmów i porad ambulatoryjnych z następującym zakresem informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numer w Księdze odmów i porad ambulatoryjnych, - status wpisu, - nazwisko i imię pacjenta, - numer PESEL pacjenta, - data przyjęcia pacjenta, - numer w rejestrze Izby przyjęć, - czy istnieje zlecenie, - jednostka, w ramach której został dodany wpis, - status eWUŚ, - rodzaj pobytu.
57.	<p>System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze odmów i porad ambulatoryjnych z minimalnym zakresem informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane podstawowe: oddział, dane pacjenta, pracownik wpisujący, numer w Księdze odmów i porad,

	<p>numer w Księdze ambulatoryjnej, czy istnieje zlecenie, data przyjęcia, powód przyjęcia, rodzaj wpisu, data zakończenia, powód odmowy, miejsce skierowania (m.in. do domu, inna Izba przyjęć, kolejka oczekujących), typ pobytu, kod świadczenia,</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozpoznania, - opis, - zalecenia, - zlecenia na transport, - dane dodatkowe: wartości badane, - parametry świadczenia: rozpoczęcie leczenia, informacje o kolejce.
58.	System umożliwia prowadzenie w Księdze odmów i porad ewidencji wykonanych pacjentowi elementów leczenia (procedury, świadczenia, leki, badania, konsultacje, itp.), ze statusami (zlecone, wykonane) oraz ze znacznikami czasowymi i personelu zlecającego i wykonującego
59.	System umożliwia ustawienie dla komórki wewnętrznej typu Izba Przyjęć, wartości domyślnych dodawanego wpisu w Księdze Odmów i Porad Ambulatoryjnych, w tym: <ul style="list-style-type: none"> - domyślny rodzaj wypisu, - domyślny tryb przyjęcia, - domyślny typ pobytu, - domyślny kod świadczenia.
60.	System umożliwia rejestrację dokumentów rozchodu leków z poziomu Księgi odmów i porad ambulatoryjnych.
61.	System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi oddziałowej z poziomu Izby przyjęć.
62.	System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze oddziałowej z poziomu Izby przyjęć.
63.	System umożliwia prowadzenie ewidencji Księgi zgonów z następującym zakresem informacji: <ul style="list-style-type: none"> - numer w Księdze zgonów, - nazwisko i imię pacjenta, - numer PESEL pacjenta, - data zgonu.
64.	System umożliwia rejestrację pacjentów w Księdze zgonów z minimalnym zakresem informacji: <ul style="list-style-type: none"> - dane podstawowe: dane pacjenta, data zgonu, data urodzenia, miejsce zgonu, typ zgonu, czy osoba stwierdzająca zgon jest pracownikiem szpitala, pracownik stwierdzający zgon, oddział, czy karta zgonu, czy śmierć mózgu, czy sekcja zwłok, - rozpoznania, - uwagi.
65.	System umożliwia wprowadzenie rozpoznań w ramach historii choroby: <ul style="list-style-type: none"> - wstępnych, - ze skierowania, - dodatkowych, - przyczyn zgonu (w przypadku zgonu pacjenta).
66.	System umożliwia wydruk wymaganych dokumentów (np. karta informacyjna, karta odmowy przyjęcia do szpitala, itp.) z zakresu danych gromadzonych w systemie.
67.	System umożliwia przegląd, edycję i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia.
68.	System umożliwia obsługę elektronicznych zleceń w ramach ZSI: <ul style="list-style-type: none"> - wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (badania) do jednostki realizującej (np. pracownia diagnostyczna, laboratorium), - śledzenie stanu wykonania zlecenia (statusy: zlecone, zrealizowane), - zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (np. wyniku badania).
69.	System umożliwia wydruk kodów kreskowych i podstawowych danych na opaskach identyfikacyjnych.
70.	System umożliwia odczytanie wydrukowanych kodów na opaskach przez czytniki kodów, sprzężone z systemem informatycznym. Czytniki nie są elementem postępowania.

71.	System umożliwia przegląd i wydruk ksiąg: <ul style="list-style-type: none"> – Księga Izby Przyjęć, – Księga Główna, – Księga Oczekujących, – Księga Odmów i Porad Ambulatoryjnych, – Księga Zgonów.
72.	Wszystkie zebrane informacje przed przyjęciem pacjenta do szpitala przenoszą się odpowiednio do docelowej Księgi pacjenta (głównej, odmów i porad ambulatoryjnych)
73.	System umożliwia automatyczne powiązanie procedur dodanych na Izbie przyjęć ze świadczeniami.
74.	System umożliwia dodawanie Kart zgłoszeń z poziomu Izby przyjęć
75.	System umożliwia włączenie kontroli ponownego pobytu pacjenta w okresie krótszym niż 14 dni w Księdze Głównej i Księdze oddziałowej.
76.	System umożliwia weryfikację okresów finansowania i uprawnienia dla określonego zestawu świadczeń.
77.	Potwierdzenie przyjęcia na oddział wraz z nadaniem numeru Księgi Oddziałowej.
78.	System umożliwia prowadzenie Księgi Oddziałowej zgodnie z aktualnymi wymaganiami stosownego Rozporządzenia Ministra Zdrowia
79.	System umożliwia prowadzenie dla oddziału następujących dodatkowych ksiąg zgodnych z aktualnymi wymaganiami stosownego Rozporządzenia Ministra Zdrowia: <ul style="list-style-type: none"> – Księga Odmów i Porad Ambulatoryjnych, – Księga Zabiegów Operacyjnych.
80.	System umożliwia konfigurację klinik oraz odcinków. W przypadku zalogowania się użytkownika do kliniki – dostępne są dla niego wszystkie wpisy w księgach oddziałowych wszystkich oddziałów zgrupowanych jako klinika z wyraźnym oznaczeniem oddziału.
81.	System posiada mechanizm, umożliwiający zdefiniowanie dla każdego oddziału limitu dziennego przyjęć: mechanizm ma postać graficznego terminarza z wyróżnieniem sobót i niedziel.
82.	System udostępnia mechanizm „hurtowego” tworzenia łóżek na oddziale po uprzednim wskazaniu ilości do utworzenia oraz sposobu ich numerowania.
83.	System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w Księdze Oddziałowej wg co najmniej następujących kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> – nazwisko i imię, – PESEL, – numer w Księdze Głównej, – numer w Księdze Oddziałowej, – wiek pacjenta, – data urodzenia pacjenta, – płeć (K/M), – identyfikator świadczenia, – identyfikator pozycji rozliczeniowej.
84.	System umożliwia zarejestrowanie przyjęcia pacjenta do Księgi Oddziałowej w dwóch trybach: standardowo przez Izbę Przyjęć lub bezpośrednio na oddziale z pominięciem Izby Przyjęć. W obu przypadkach możliwe jest zarejestrowanie takiego samego zestawu informacji o pacjencie.
85.	System umożliwia pobranie informacji o uprawnieniach pacjenta do otrzymywania nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych za pomocą systemu eWUŚ. Jeśli pacjent w tym samym dniu przyjęty był w przychodni – informacja ta jest automatycznie pobierana do hospitalizacji bez potrzeby ponownej weryfikacji.
86.	System umożliwia automatyczne sprawdzanie uprawnień eWUŚ dla pacjentów przebywających w szpitalu oraz planowanych do przyjęcia w danym dniu. Sprawdzenie odbywa się o określonej godzinie bez konieczności uruchomienia aplikacji HIS. Wysyłanie komunikatów mailowych o udanych i nieudanych próbach sprawdzenia pacjentów. Automat eWUŚ działający jako usługa systemu

	operacyjnego.
87.	System umożliwia zarejestrowanie przyjęcia pacjenta w Księdze Oddziałowej wraz z pełnym zakresem informacji, określonym w stosownym rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz dodatkowo: <ul style="list-style-type: none"> - rodzaj pobytu (wewnętrzny słownik świadczeniodawcy), - sala i łóżko pobytu pacjenta, - lekarz przyjmujący pacjenta i / lub lekarz prowadzący pacjenta, - rozpoznanie wstępne zgodnie z klasyfikacją ICD10, - ocena pacjenta w skali Waterlow, - ocena pacjenta w skali Norton, - ocena pacjenta w skali Douglas, - ocena pacjenta w skali Braden, - ocena pacjenta w skali CBO, - dla każdej z powyższych ocen możliwość zarejestrowania dodatkowych uwag, - pomiary podstawowych parametrów pacjenta przy przyjęciu: temperatura, ciśnienie, tętno, waga, wzrost oraz automatyczne wyliczenie BMI.
88.	System umożliwia automatyczne dodanie domyślnej diety podczas przyjęcia pacjenta
89.	System umożliwia zarejestrowanie informacji o tzw. kategorii opieki pielęgniarstwa
90.	System umożliwia zarejestrowanie informacji o umiejscowieniu odleżyny
91.	System umożliwia wyszukiwanie pacjentów lub grup pacjentów wg określonych parametrów (możliwość zastosowania zaawansowanych filtrów), np.: <ul style="list-style-type: none"> - nazwisko i imię, - PESEL, - numer Księgi Głównej, - numer Księgi Oddziałowej, - wiek pacjenta, - data urodzenia, - płeć (K/M), - id świadczenia, - id pozycji rozliczeniowej, - data przyjęcia, - lekarz prowadzący, - status wpisu.
92.	System udostępnia dla Księgi Oddziałowej następujący minimalny zakres filtrów: <ul style="list-style-type: none"> - data przyjęcia, wypisu, modyfikacji, pobytu, planowanego wypisu, - lekarz prowadzący, - lekarz przyjmujący, - wpisy: otwarte, zamknięte, zmarli, zatwierdzone, niezatwierdzone, - rodzaj pobytu, - JGP: wyznaczone, tylko potencjalne, nie wyznaczone, - produkt JGP. <p>Wszystkie powyższe filtry mogą zostać ukryte w widoku Księgi Oddziałowej.</p>
93.	System umożliwia zmianę łóżka lub sali dla pacjenta.
94.	System umożliwia cofnięcie przyjęcia pacjenta na oddział.
95.	System umożliwia modyfikację kartoteki pacjenta zarejestrowanej na Izbie Przyjęć
96.	System umożliwia zmianę sali i łóżka pobytu pacjenta
97.	System umożliwia zmianę lekarza prowadzącego pacjenta oraz przechowuje pełną historię zmian lekarza prowadzącego w następującym minimalnym zakresie: nazwisko i imię lekarza, data od, data do.
98.	System automatycznie wyświetla w Księdze Oddziałowej rozpoznanie wstępne zarejestrowane na

	Izbie Przyjęć,
99.	<p>System prezentuje Księgę Oddziałową w postaci siatki danych na której wyświetlane są co najmniej następujące informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numer księgi głównej, - numer księgi oddziałowej, - nazwisko i imię pacjenta, - numer PESEL pacjenta, - nazwisko i imię lekarza prowadzącego, - data przyjęcia, - data wypisu, <p>W przypadku kliknięcia na nagłówki kolumn system sortuje dane wg wybranej kolumny rosnąco lub malejąco.</p>
100	System graficznie wyróżnia pobyty pacjentów w zależności od ich statusu: nowo przyjęty z Izby Przyjęć, nowo przyjęty z innego oddziału, leżący, wypisany do domu, wypisany na inny oddział, zmarł.
101	<p>Dla każdego pacjenta, zarejestrowanego w Księdze Oddziałowej system umożliwia zarejestrowanie następujących elementów leczenia oraz elementów dodatkowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozpoznania zgodnie z katalogiem ICD10, - wykonane procedury ICD9 oraz wykonane świadczenia do rozliczenia z OW NFZ, - pomiar wartości badanych, - zlecenia lekarskie i pielęgniarskie w zakresie opisanym w odrębnej części dokumentu, - zlecenia na zabiegi w tym także zabiegi rehabilitacyjne, - zlecenia dodatkowe, - dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami stosownego Rozporządzenia Ministra Zdrowia,
102	<p>System umożliwia rejestrację pomiarów następujących wartości badanych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ciśnienie, - diureza, - glikemia, - obwód brzucha, - ocena bólu, - oddech, - powierzchnia ciała, - saturacja, - temperatura, - tętno, - waga, - wzrost. <p>Dla każdego pomiaru możliwe jest odnotowanie osoby wykonującej pomiar oraz daty i godziny jego wykonania.</p>
103	Pomiary wartości badanych wprowadzone do systemu wyświetlane są w postaci wykresu
104	Do wykazu wartości badanych pobierane są także pomiary zarejestrowane przy okazji rejestracji obserwacji pielęgniarskich
105	<p>System umożliwia rejestrację rozpoznań w dwóch trybach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rejestracja rozpoznań z konkretnym typem: z przyjęcia, z pobytu oraz z wypisu. W takim wypadku rozpoznania rejestrowane są w pakietach: rozpoznanie zasadnicze, trzy rozpoznania współlistniejące, opis. - rejestracja rozpoznań pojedynczych: w takim wypadku rozpoznanie zarejestrowane jako pierwsze w kolejności traktowane jest jako rozpoznanie zasadnicze, a każde kolejne rozpoznanie traktowane jest jako rozpoznanie współlistniejące. Dla każdego rozpoznania możliwe jest zarejestrowanie odrębnych uwag.

106	System umożliwia tworzenie tzw. pakietów rozpoznań, a więc szablonów składających się z rozpoznania zasadniczego oraz trzech rozpoznań współistniejących
107	System umożliwia zamknięcie Księgi Oddziałowej pacjenta wraz z zastosowaniem wszystkich indywidualnych walidacji dla oddziału, określonych na jego kartotece.
108	Przy wypisie pacjenta system wyświetla listę wszystkich braków i błędów wykrytych podczas stosowania walidacji oddziałowych.
109	System umożliwia cofnięcie wypisu pacjenta
110	System umożliwia rejestrację wykonanych pacjentowi procedur ICD9. Dla każdej procedury możliwe jest zarejestrowanie co najmniej następującego zakresu danych: <ul style="list-style-type: none"> - nazwa usługi zgodnie z klasyfikacją ICD9, - krotność wykonania, - data początkowa i końcowa wykonania (z godziną lub bez – w zależności od konfiguracji), - pracownik wykonujący, - rodzaj procedury
111	System umożliwia wykorzystanie mechanizmu kopiowania procedur ICD9 na kolejne dni
112	System umożliwia rejestrację grup procedur ICD9
113	System umożliwia automatyczną rejestrację procedur ICD9 na podstawie zrealizowanych badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz konsultacji
114	System umożliwia przypisanie do każdej procedury ICD9 formularza ze wzorem opisu
115	Jeśli dla procedury zdefiniowano tzw. koszt normatywny to prezentowany jest on w oknie rejestracji procedury ICD9 wraz z możliwością skorygowania do wartości rzeczywistych
116	System umożliwia wypełnianie i drukowanie standardowych druków (Karta Statystyczna, Karta Nowotworowa, Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, Karta Zgonu, itp.) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów z zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
117	System udostępnia statystykę obłożenia z informacjami o wykorzystaniu łóżek na sali oraz możliwość przenoszenia pacjentów w obrębie Oddziału.
118	System umożliwia generowanie przepustek oraz obsługę odnotowywania przepustek dla pacjenta.
119	System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów, m.in.: <ul style="list-style-type: none"> - zestawienie dzienne oddziału: lista pacjentów przyjętych do szpitala, lista pacjentów przebywających w oddziale, lista pacjentów wypisanych ze szpitala, liczba zgonów, - obłożenie łóżek, - zestawienie ruchu chorych, - zestawienie dni pobytu, - przeniesienia z innych oddziałów, - rejestr zleceń dla bloku operacyjnego, - zlecenia dodatkowe do realizacji, - raport zatwierdzania hospitalizacji, - zestawienia opieki pielęgniarskiej: zestawienie ilościowe pacjentów, zestawienie imienne pacjentów, druk kategorii pacjentów, zestawienie ilości pacjentów według kategorii dniami, - Księga raportów pielęgniarskich i lekarskich, - wydruk Księgi oddziałowej, - wydruk Księgi raportów: wydruk Księgi raportów lekarskich, wydruk Księgi raportów pielęgniarskich, wydruk anestezyjologicznej Księgi raportów lekarskich, wydruk anestezyjologicznej Księgi raportów pielęgniarskich, - wydruk Księgi noworodkowej, - zestawienie kart obserwacji, - zestawienie pacjentów na dzień.
120	System posiada wbudowany mechanizm wspomaganie rozliczania świadczeń w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów bez konieczności przekazywania danych poza lokalną sieć jednostki i

	z automatycznym pobieraniem z hospitalizacji wszystkich danych niezbędnych do wyznaczenia grupy JGP.
121	System dla każdej wyznaczonej grupy weryfikuje i jawnie prezentuje, czy grupa jest zakontraktowana z danym płatnikiem, w danej jednostce organizacyjnej, w okresie wypisu pacjenta ze szpitala oraz dla odpowiedniego trybu hospitalizacji.
122	Mechanizm umożliwia wyliczenie grupy JGP i prezentuje następujący minimalny zakres informacji: <ul style="list-style-type: none"> - kod grupy, - taryfa całkowita, - taryfa dodatkowa, - taryfa całkowita, - produkt.
123	Mechanizm umożliwia wyliczenie potencjalnych grup JGP i prezentuje następujący minimalny zakres informacji: <ul style="list-style-type: none"> - kod grupy potencjalnej, - taryfa grupy potencjalnej, - taryfa dodatkowa grupy potencjalnej, - taryfa całkowita grupy potencjalnej, - produkt potencjalny, - wymagania do wyznaczenia grupy potencjalnej.
124	Mechanizm udostępnia następujące dodatkowe funkcje: <ul style="list-style-type: none"> - możliwość wyświetlenia historii generacji, - możliwość wyliczenia grupy potencjalnej dla wszystkich pobytów, - możliwość wyznaczenia grupy zachowawczej, - uwzględnienie wszystkich rozpoznań w grupowaniu, - uwzględnienie procedur ICD9 z tego samego zakresu co zarejestrowane
125	W przypadku opisu elementów brakujących do tego aby grupa potencjalna mogła zostać wyznaczona jako grupa właściwa
126	Mechanizm umożliwia weryfikację wyliczonych grup JGP w kontekście produktów rozliczeniowych zakontraktowanych przez jednostkę
127	Mechanizm udostępnia widok: <ul style="list-style-type: none"> - nazwa oddziału, - grupa JGP (potencjalna lub rzeczywista), - umowa z której produkt może zostać rozliczony, - pozycja umowy z której produkt może zostać rozliczony, - kod grupy JGP, - rok, - miesiąc, - limit miesięczny, - wykonanie miesięczne, - procent wykorzystania limitu, - taryfa, - limit miesięczny narastająco, - wykonanie narastająco, - procent wykorzystania limitu narastająco.
128	System udostępnia mechanizm umożliwiający symulację wyliczenia grupy JGP na otwartym pobycie w Księżde Oddziałowej.
129	Mechanizm pobiera z hospitalizacji wszystkie niezbędne informacje do wyliczenia JGP
130	Mechanizm umożliwia modyfikację wszystkich informacji niezbędnych do wyliczenia JGP bez ingerencji w rzeczywiste dane pobytu

131	Mechanizm umożliwia zapisanie w danych pobytu danych procedur ICD9 oraz rozpoznań
132	System udostępnia mechanizm umożliwiający weryfikację rozliczenia z NFZ wszystkich możliwych zleconych leków chemioterapeutycznych oraz zleconych przetoczeń krwi
133	Mechanizm udostępnia widok: <ul style="list-style-type: none"> - numer księgi oddziałowej, - nazwisko i imię pacjenta, - zlecony lek (nazwa handlowa i międzynarodowa, ilość i data zlecenia), - odpowiadające świadczenie do rozliczenia z NFZ, - czy utworzono świadczenie do rozliczenia z NFZ.
134	Mechanizm umożliwia hurtową rejestrację świadczeń w historiach chorób pacjentów na podstawie opisanego wyżej zestawienia zleceń – zarówno świadczeń z czasem trwania jak i pojedynczego świadczenia dla każdego zlecenia
135	Mechanizm umożliwia przypisanie do konkretnego towaru (leku) lub preparatu krwi odpowiadającego mu produktu rozliczeniowego dla NFZ
136	Mechanizm umożliwia wyświetlenie zleceń z konkretnego zakresu czasu oraz konkretnego rodzaju (leki lub preparaty krwi)
137	W zakresie wyświetlania informacji z faktur zakupowych system współpracuje z systemem magazynowym
138	System umożliwia obsługę komunikatu AP-KOLCE w wersji 2.2
139	Przypisanie zespołów chirurgicznych i anestezyjologicznych do wykonania danych operacji z możliwością podglądu na oddziałach.
140	Planowanie zabiegów, w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> - daty i godziny, - miejsca (sala operacyjna), - tytułu zabiegu, - rodzaju znieczulenia, - inne uwagi.
141	Potwierdzanie przyjęcia pacjenta na wykonanie zabiegu.
142	Obsługa znaczników czasowych, w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> - wjazd na salę operacyjną, - rozpoczęcie operacji, - zakończenie operacji, - wybudzenie, - wyjazd z sali operacyjnej.
143	Prowadzenie ewidencji m.in.: <ul style="list-style-type: none"> - Księgi Bloku Operacyjnego, - wykonanych procedur medycznych, - dokumentacji operacyjnej, w tym karty zabiegowej pacjenta, - protokołów pielęgniarstwa, - zużytych leków i materiałów wraz z kosztami.
144	Generowanie raportów zdefiniowanych przez użytkownika, takich jak m.in.: <ul style="list-style-type: none"> - wykorzystanie sal (czas), - wszystkie przekrojowe analizy na podstawie wprowadzonych danych.
145	Aktualizacja on-line stanów magazynowych apteczek, magazynu depozytów na podstawie np. zewidencjonowanego zużycia po wprowadzeniu zmian przez operatora.
146	Odnutowywanie zużycia sprzętu jednorazowego oraz narzędzi.
147	Księga Bloku Operacyjnego umożliwia generowanie schematów opisów zabiegu do wyboru.
148	Istnieje możliwość podziału kosztów Bloku na poszczególne Oddziały zlecające, w szczególności

	koszty materiałów medycznych i leków, które zamawia Blok Operacyjny muszą obciążać Oddziały macierzyste pacjenta, który trafia na operację.
149	Utworzenie magazynu depozytu
150	Automatyczne przyjęcie pacjenta na blok operacyjny po odczytaniu kodu kreskowego pacjenta
151	System posiada mechanizm umożliwiający pełną konfigurację panelu przeglądu dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie: podziału dokumentacji na grupy o dowolnych nazwach, wyświetlanie grup dokumentów w dowolnej kolejności i układzie, ograniczenia widoczności grup dokumentów dla wybranych grup pracowników, możliwość przeglądu dokumentacji archiwalnej pacjenta z poprzednich pobytów w szpitalu lub poradni przyszpitalnej.
152	Panel przeglądu dokumentacji medycznej pacjenta posiada funkcję tzw. szybkiego wydruku, która umożliwia jednoczesne zaznaczenie kilku dokumentów i ich jednorazowego wysłania na drukarkę z domyślnymi ustawieniami
153	Panel przeglądu dokumentacji medycznej pacjenta posiada możliwość wyświetlenia oraz ukrycia listy pacjentów tak, aby możliwe było przełączanie się pomiędzy pobytami podczas wypełniania dokumentacji
154	Lista pacjentów w panelu przeglądu dokumentacji medycznej udostępnia następujący minimalny zakres filtrów: <ul style="list-style-type: none"> - nazwisko i imię pacjenta, - numer PESEL pacjenta, - numer w Księdze Głównej, - numer w Księdze Oddziałowej, - płeć pacjenta (K/M), - data przyjęcia, wypisu, modyfikacji, - tryb wypisu: wszystkie, otwarte, zamknięte, - lekarz prowadzący.
155	Panel przeglądu dokumentacji medycznej umożliwia jednoczesny wybór wielu dokumentów do wypełnienia. Po zaznaczeniu kilku dokumentów system wyświetla je użytkownikowi kolejno do wypełnienia bez konieczności każdorazowego ich wyboru z listy.
156	Panel przeglądu dokumentacji medycznej umożliwia tworzenie grup dokumentów (tzw. kategorii) w ramach których rejestrowane są formularze dokumentacji medycznej lub też wyświetlane są użytkownikom do wypełnienia wybrane formatki w których rejestrowane są dane (np. obserwacje pielęgniarskie, lekarskie, konsultacje, karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej etc.)
157	Panel przeglądu dokumentacji medycznej w każdej grupie prezentuje dokumentację z następującym minimalnym zakresem danych: <ul style="list-style-type: none"> - skrót formularza, - nazwa formularza, - data utworzenia, - data zamknięcia, - autor, - rodzaj dokumentu, - status dokumentu (czy podpisany elektronicznie).
158	Mechanizm udostępnia dane archiwalnej dokumentacji medycznej i udostępnia archiwalną dokumentację medyczną pacjenta, posortowaną i pogrupowaną wg pobytów pacjenta w konkretnych komórkach organizacyjnych w następującym, minimalnym zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - wywiady i badania przedmiotowe, - badania laboratoryjne, - badania diagnostyczne, - zabiegi, - leki, - obserwacje lekarskie i pielęgniarskie,

	<ul style="list-style-type: none"> - epikryzy i zalecenia, - karta informacyjna lekarska i pielęgniarska, - historia zdrowia i choroby z przychodni, - dokumentacje badań wykonanych w gabinetach diagnostycznych przychodni, - procedury, - świadczenia, - rozpoznania.
159	Mechanizm udostępnienia możliwość zdefiniowania wielu szablonów wydruku dla jednego dokumentu wraz z możliwością określenia domyślnego szablonu dla zalogowanego użytkownika, dla oddziału bądź dla wszystkich użytkowników.
160	Mechanizm umożliwia przypisanie dla każdego wydruku dedykowanej drukarki wraz z jej konfiguracją.
161	Panel przeglądu dokumentacji medycznej umożliwia posortowanie elementów malejąco lub rosnąco wg nagłówka każdej z kolumn widocznych w panelu
162	Panel przeglądu dokumentacji medycznej umożliwia jawną zmianę z poziomu aplikacji daty utworzenia dokumentu oraz jego autora
163	Panel przeglądu dokumentacji medycznej umożliwia wydruk dokumentu oraz jego podpisanie podpisem elektronicznym.
164	Panel przeglądu dokumentacji medycznej umożliwia przegląd każdej podpisanej wersji dokumentu zapisanej w archiwum wraz z możliwością: <ul style="list-style-type: none"> - wydrukowania każdej wersji dokumentu, - wyświetlenia informacji o certyfikacie, który został użyty przy jego podpisywaniu, - eksportu dokumentu do pliku XML, - unieważnienia dokumentu.
165	System posiada wbudowany mechanizm tworzenia formularzy dokumentacji medycznej, który umożliwia co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - określenie czy konkretny formularz jest monitorowany epidemiologicznie (w takim wypadku każdy formularz zarejestrowany u dowolnego pacjenta dostępny jest do przeglądu w module Zakażenia Szpitalne), - kontrolę poprawności pisowni w języku polskim, - definiowanie pól liczbowych, - definiowanie list pojedynczego wyboru, - definiowanie list wielokrotnego wyboru, - definiowanie pól z datą, - definiowanie nagłówka i stopki dokumentu, - wstawianie do formularza elementów stałych, pobieranych bezpośrednio z bazy danych, - import oraz eksport gotowych formularzy, - przypisanie konkretnego formularza do konkretnego oddziału.
166	System posiada wbudowany mechanizm tworzenia wydruków dokumentacji medycznej, który umożliwia co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - zdefiniowanie kilku wzorców wydruków dla jednego formularza, - umieszczenie w dokumencie elementów graficznych (logo, rysunki etc.), - pobranie do wydruku elementów stałych, zapisanych wcześniej w bazie danych, - jednokrotne zdefiniowanie nagłówka i stopki dla wielu dokumentów, - automatyczne numerowanie stron wydruku wraz z informacją o ilości wszystkich stron wydruku, - formatowanie tekstu (czcionka pogrubiona, pochyła, kolorowa etc.) - automatyczne wyliczanie ilości stron dokumentu w zależności od zawartości, - prezentację podglądu wydruku.
167	System umożliwia wydruk pierwszej strony Historii Choroby na podstawie danych zgromadzonych w systemie na etapie przyjęcia pacjenta

168	<p>System udostępnia możliwość rejestracji takich dokumentów jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Karta zgłoszenia zachorowania na AIDS lub zakażenia HIV, - Karta zgłoszenia zgonu z powodu choroby zakaźnej, - Karta zgłoszenia zachorowania na chorobę zakaźną, - Karta zgłoszenia zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową, - Karta zgłoszenia zachorowania na gruźlicę, - Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego. <p>Wszystkie powyższe dokumenty gromadzone są w systemie w odrębnych rejestrach.</p>
169	<p>System udostępnia możliwość rejestracji takich dokumentów jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Karta TISS28, - Karta rejestracji zakażenia szpitalnego, - Karta statystyczna podstawowa oraz karta statystyczna psychiatryczna, - Karta DILO, - Oświadczenie pacjenta o posiadanych uprawnieniach do korzystania ze świadczeń, - Karta statystyczna do karty zgonu.
170	<p>System udostępnia mechanizmy, pozwalające na zdefiniowanie i rejestrację następujących elementów dokumentacji medycznej pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obserwacje lekarskie, - obserwacje pielęgniarские, - indywidualne karty opieki pielęgniarской, - karty obserwacji pielęgniarской, - ocena pacjentów w skalach: Zubroda-ECOG-WHO, HARRIS, APACHE II, SAPS II, SOFA, NRS 2002. <p>Powyższe elementy nie mogą być rejestrowane w systemie z wykorzystaniem mechanizmu formularzy.</p>
171	<p>System udostępnia mechanizm rejestracji obserwacji lekarskich i pielęgniarских z których każdy umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zarejestrowanie daty i godziny odnotowania obserwacji, - zarejestrowane treści obserwacji z możliwością wykorzystania tekstów słownikowych, - dodanie treści zarejestrowanej obserwacji do słownika, - wyświetlenie wszystkich wcześniej zarejestrowanych obserwacji z możliwością powiększenia lub zmniejszenia czcionki, - w przypadku obserwacji pielęgniarских dodatkowo możliwość zarejestrowana w ramach obserwacji wyników badań: pomiar temperatury, ciśnienia, tętna, wagi i wzrostu. Pomiarы te zapisywane są na liście wartości badanych pacjenta, - wydruk karty obserwacji pielęgniarской / lekarskiej.
172	<p>System udostępnia mechanizm tworzenia raportu z dyżuru lekarskiego i pielęgniarского, który umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utworzenie raportu z dyżuru zgodnego z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, - utworzenie raportu z dyżuru dla dowolnych godzin, - określenie w treści osoby zobowiązanej do zapoznania się z raportem, - ręczne wprowadzenie treści raportu, - wyświetlenie automatycznie wyliczonej statystyki przyjęć, wypisów, przeniesień i zgonów
173	<p>Mechanizm tworzenia raportu z dyżuru lekarskiego i pielęgniarского podpowiada następujące informacje wraz z możliwością wklejenia ich do treści raportu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lista pacjentów przyjętych w trakcie dyżuru, - lista pacjentów wypisanych w trakcie dyżuru, - lista pacjentów na oddziale, - lista pacjentów na przepustce, - wykonane procedury ICD9,

	<ul style="list-style-type: none"> - wykonane zabiegi operacyjne, - wykonane przetoczenia, - wykonane konsultacje, - wykonane badania diagnostyczne, - wykonane badania laboratoryjne, - wydane leki narkotyczne, - pomiary temperatury.
174	Mechanizm umożliwia zatwierdzanie raportu przez osobę uprawnioną
175	Każdy raport zapisany w Księdze Raportów otrzymuje unikalny numer
176	<p>Księga Raportów udostępnia następujący minimalny zakres filtrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data utworzenia raportu od – do, - typ raportu (lekarski, pielęgniarski, lekarski anestezyjologiczny, pielęgniarski anestezyjologiczny), - status raportu (zatwierdzone / niezatwierdzone).
177	<p>System udostępnia mechanizm umożliwiający rejestrację tzw. indywidualnych kart opieki pielęgniarskiej, który umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zdefiniowanie listy problemów pielęgniarskich dla konkretnej karty, - zdefiniowanie listy celów opieki pielęgniarskiej dla konkretnej karty, - zdefiniowanie planu opieki nad pacjentem dla konkretnej karty, - zdefiniowanie wzorca wydruku dla konkretnej karty.
178	<p>Mechanizm prowadzenia indywidualnych kart opieki pielęgniarskiej umożliwia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - otwarcie indywidualnej karty opieki pielęgniarskiej z oznaczeniem osoby otwierającej, - prezentację w postaci kalendarza pobytu pacjenta na oddziale wraz z oznaczeniem dyżurów dziennych oraz nocnych, - możliwość oznaczenia realizacji czynności pielęgniarskiej w konkretnym dniu i na konkretnym dyżurze, - zamknięcie indywidualnej karty opieki pielęgniarskiej, - wydruk indywidualnej karty opieki pielęgniarskiej wraz z każdorazowym oznaczeniem osoby wykonującej czynność pielęgniarską, zgodnym z zapisami stosownego Rozporządzenia Ministra Zdrowia, - utworzenie kopii karty, - wydruk indywidualnej karty opieki pielęgniarskiej.
179	<p>System udostępnia mechanizm umożliwiający rejestrację tzw. kart obserwacji, który umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - określenie nazwy karty obserwacji, - określenie typu karty: karta obserwacji cewnika, karta obserwacji cewnika zewnątrzoponowego, karta obserwacji cewnika centralnego, karta gorączkowa, karta dobowego profilu cukru, karta pomiaru rr, karta bilansu wodnego, karta obserwacji miejsca operowanego, karta dobowego profilu glikemii, arkusz pielęgnacji pacjenta, karta realizacji opieki pielęgniarskiej, - czy karta wymaga zatwierdzenia, - określenia możliwości przenoszenia karty na nowy oddział pacjenta w przypadku ruchu między oddziałami, - określenia możliwości blokady dodawania kilku takich samych rodzajów kart, - określenie czy karta jest monitorowana epidemiologicznie, - określenie dowolnej ilości kolumn karty wraz z określeniem typu (data, czas, tekst, liczby całkowite, liczby rzeczywiste, wyrażenie logiczne), - określenie słownika do każdej z kolumn.
180	<p>Mechanizm prowadzenia kart obserwacji umożliwia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - otwarcie karty obserwacji wraz z oznaczeniem osoby otwierającej, - prezentację w postaci tabelki zdefiniowanych kolumn / wierszy, - zarejestrowanie informacji zgodnie z definicją karty obserwacji,

	<ul style="list-style-type: none"> - zamknięcie karty obserwacji, - wydruk karty obserwacji.
181	<p>System udostępnia mechanizm umożliwiający zarejestrowanie oceny pacjenta w następujących skalach: Zubroda-ECOG-WHO, HARRIS, APACHE II, SAPS II, SOFA, NRS 2002. Mechanizm umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wybór skali oceny pacjenta, - prezentuje elementy oceny pacjenta w wybranej skali, - umożliwia oznaczenie wartości punktowej dla każdego elementu skali, - automatycznie sumuje wartości punktowe dla każdego elementu i podaje interpretację wyniku, - umożliwia zarejestrowanie dodatkowych uwag dot. oceny pacjenta, - w jednym oknie prezentuje wszystkie oceny pacjenta w w/w skalach z minimalnym zakresem informacji: nazwa skali, data oceny, oceniający, wynik, ocena wyniku (interpretacja), podgląd szczegółów dokumentu.
182	<p>System udostępnia mechanizm dołączania do Historii Choroby pacjenta dowolnych dokumentów (plików) zewnętrznych i prezentuje je w odrębnej kategorii dokumentacji medycznej.</p>
183	<p>System umożliwia zdefiniowanie wielkości plików, które będą zapisywane w bazie danych lub w katalogu</p>
184	<p>System udostępnia mechanizm konfiguracji kart informacyjnych indywidualnie dla każdego oddziału, który umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - określenie wzorca nagłówka i stopki dokumentu, - określenie oddzielnego wzorca dla każdej z kategorii informacji, - określenie kilku wzorców dla każdej kategorii informacji, - prezentację danych zapisanych w systemie w trakcie hospitalizacji w tym następujące kategorie: rozpoznania, procedury, świadczenia, wyniki badań laboratoryjnych, wyniki badań diagnostycznych, wyniki badań innych, podane leki, konsultacje, obserwacje lekarskie, obserwacje pielęgniarskie, formularze, zabiegi operacyjne, znieczulenia, zespół operacyjny, formularze, poród, urodzone noworodki, znieczulenia, zespół operacyjny, formularze, przetoczenia krwi, segregacja, dializy, odleżyny, wartości badane, wystawione recepty, zwolnienia lekarskie, kategorie opieki pielęgniarskiej, epikryza, zalecenia, inne, zgon. Widoczność każdej z tych kategorii można włączyć lub wyłączyć dla każdego oddziału. - określenie kolejności w/w kategorii dla wszystkich użytkowników, dla oddziału, dla stanowiska, dla operatora, dla operatora na oddziale, dla operatora na stanowisku, - określenie koloru kategorii parzystych i nieparzystych, - graficzne dostosowanie okna przeglądu kategorii do potrzeb użytkownika, - wyświetlenie w ramach w/w kategorii informacji z poprzednich pobytów pacjenta.
185	<p>System udostępnia mechanizm umożliwiający przygotowanie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, który umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskazanie (na zasadzie zaznaczania i odznaczania) informacji, które mają być uwzględnione na wydruku. W przypadku wyników badań laboratoryjnych dostępne są mechanizmy automatycznego oznaczania: wszystkich wyników poza normą, tylko pierwszych wyników każdego badania, tylko ostatnich wyników każdego badania, - możliwość zmiany kolejności konkretnych kategorii informacji na potrzeby opracowania konkretnej karty informacyjnej, - do każdej kategorii zarejestrowanie dowolnego komentarza, - wskazanie wybranego wzorca wydruku dla każdej z kategorii lub załadowanie - w tym samym oknie wystawienie recept dla pacjenta oraz zwolnień lekarskich, - możliwość bieżącego podglądu wydruku karty informacyjnej,
186	<p>Mechanizm konfiguracji kart informacyjnych umożliwia skonfigurowanie karty informacyjnej lekarskiej oraz pielęgniarskiej</p>
187	<p>System umożliwia wydruk ostatniej strony Historii Choroby na podstawie danych zgromadzonych w systemie w tym samym oknie w którym przygotowywana jest karta informacyjna</p>
188	<p>System udostępnia mechanizm konfiguracji tzw. karty kompletności dokumentacji, który umożliwia co</p>

	<p>najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - określenie kompletu dokumentów wymaganych do tego, aby Historia Choroby była kompletna, - oznaczenie tych dokumentów, które zostały zarejestrowane dla pacjenta w ramach Historii Choroby, - oznaczenie tych dokumentów, które nie zostały zarejestrowane dla pacjenta w ramach Historii Choroby, - wydruk karty.
189	<p>System udostępnia mechanizm archiwum kart informacyjnych, który umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - automatyczny zapis każdej wydrukowanej wersji karty informacyjnej, - oznaczenie wydania karty pacjentowi / cofnięcia wydania, - eksport karty informacyjnej do następujących formatów: RTF, ODT, ODS, PDF, HTML., - wydruk każdej archiwalnej wersji dokumentu.
190	<p>System umożliwia prowadzenie i wydruk co najmniej następujących ksiąg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Księga Główna, - Księga Oddziałowa, - Księga Odmów i Porad Ambulatoryjnych, - Księga Oczekujących, - Księga Operacyjna, - Księga Zabiegów, - Księga Transfuzyjna, - Księga Raportów Lekarskich i Pielęgniarskich.
191	<p>System udostępnia tzw. rejestr reanimacji, który pozwala na rejestrowanie tzw. kart reanimacji.</p>
192	<p>System umożliwia dowolną konfigurację karty reanimacji w oparciu o wbudowany mechanizm tworzenia formularzy dokumentacji medycznej</p>
193	<p>Rejestr reanimacji umożliwia zarejestrowanie następującego minimalnego zakresu danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data i czas reanimacji, - data i czas zarejestrowania karty, - pobyt pacjenta, - miejsce reanimacji, - formularz karty reanimacji.
194	<p>Każdy zarejestrowany formularz karty reanimacji otrzymuje w rejestrze swój własny numer.</p>
195	<p>System udostępnia mechanizm prowadzenia rejestru zdarzeń niepożądanych</p>
196	<p>Mechanizm prowadzenia rejestru zdarzeń niepożądanych umożliwia rejestrację co najmniej następującego zakresu danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data i czas zdarzenia, - data zarejestrowania, - pracownik rejestrujący, - miejsce wystąpienia, - opis zdarzenia, - okoliczności zdarzenia, - podjęte działania korygujące.
197	<p>Każde zarejestrowane w taki sposób zdarzenie otrzymuje swój własny unikalny numer w rejestrze zdarzeń niepożądanych</p>
198	<p>System udostępnia panel rejestracji i przeglądu zleceń lekarskich i pielęgniarskich, umożliwiając rejestrację oraz przegląd wyników realizacji co najmniej następujących rodzajów zleceń:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zlecenia na badania laboratoryjne (w tym: analityka, mikrobiologia, patomorfologia, serologia), - zlecenia na badania diagnostyczne, - zlecenia na leki, - zlecenia na krew i preparaty krwiopochodne,

	<ul style="list-style-type: none"> - zlecenia na transport medyczny, - zlecenia na zabiegi operacyjne, - zlecenia na zabiegi w gabinecie, - zlecenia na konsultacje lekarską, - zlecenia na konsultację dietetyczną, - zlecenia na konsultację anestezjologiczną, - zlecenia dodatkowe wg słownika zdefiniowanego przez jednostkę, - zlecenia na dietę. <p>Każdy rodzaj zlecenia oznaczony jest w widoku innym kolorem w zależności od indywidualnej konfiguracji użytkownika</p>
199	Poszczególne rodzaje zleceń dostępne są na oddzielnych zakładkach do których dostęp ograniczony jest konkretnymi uprawnieniami użytkownika
200	<p>Panel rejestracji i przeglądu wyników zleceń udostępnia okno przeglądu wszystkich zleceń. Okno umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyświetlenie wszystkich zleceń oddziału lub konkretnego pacjenta, - wyświetlenie wybranych rodzajów zleceń (np. tylko zlecenia na leki), - wyświetlenie zleceń zarejestrowanych tylko przez wybranego pracownika, - wyświetlenie zleceń z konkretnego okresu czasu, - wyświetlenie zleceń z konkretnym statusem, - posortowanie wyświetlanych zleceń wg daty zlecenia, daty planowanej realizacji, pacjenta, pracownika.
201	Panel umożliwia zarejestrowanie dowolnego rodzaju zlecenia z jednego okna
202	Panel umożliwia zarejestrowanie wyniku badania wykonanego poza szpitalem
203	Panel umożliwia włączenie i wyłączenie listy pacjentów
204	<p>Lista pacjentów dostępna w panelu udostępnia następujący minimalny zakres filtrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwisko i imię pacjenta, - numer PESEL pacjenta, - numer w Księdze Głównej, - numer w Księdze Oddziałowej, - płeć pacjenta (K/M), - data przyjęcia, wypisu, modyfikacji, - tryb wypisu: wszystkie, otwarte, zamknięte, - lekarz prowadzący.
205	<p>W przypadku zleceń na lek widocznych w panelu system umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przegląd szczegółowej karty zlecenia, - edycję lub usunięcie zlecenia, - przegląd wydanych leków w razie gdy zlecenie na status zrealizowane.
206	<p>W przypadku zleceń na badania laboratoryjne w panelu system umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przegląd szczegółowej karty zlecenia, - edycję lub usunięcie zlecenia, - przegląd wyniku w razie gdy zlecenie ma status zrealizowane.
207	<p>W przypadku zleceń na badania diagnostyczne w panelu system umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przegląd szczegółowej karty zlecenia, - edycję lub usunięcie zlecenia, - przegląd wyniku w razie gdy zlecenie ma status zrealizowane.
208	<p>Indywidualny użytkownik posiada możliwość konfiguracji następujących elementów panelu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolory wszystkich rodzajów zleceń, - ilość wyświetlanych kolumn,

	<ul style="list-style-type: none"> - włączenie / wyłączenie gradientu, - wybór typu okna: funkcje dostępne dla poszczególnych rodzajów zleceń dostępne są pod przyciskami tekstowymi lub graficznymi.
209	<p>System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na badania laboratoryjne, który umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rejestrację, podpisanie elektroniczne oraz wydruk zlecenia na badanie analityczne, - rejestrację, podpisanie elektroniczne oraz wydruk zlecenia na badanie mikrobiologiczne, - rejestrację, podpisanie elektroniczne oraz wydruk zlecenia na badanie patomorfologiczne, - przegląd wyników zleconych badań.
210	<p>Okno rejestracji zlecenia na badanie laboratoryjne umożliwia zarejestrowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - daty rejestracji zlecenia z automatyczną podpowiedzią bieżącej daty, - daty planowanej realizacji z automatyczną podpowiedzią bieżącej daty oraz możliwością automatycznego ustawienia odpowiedniego wyprzedzenia czasowego, - lekarza kierującego z automatycznym podpowiadaniem na podstawie zalogowanego użytkownika, - uwag dla laboratorium, - uwag dla pielęgniarki pobierającej materiał <p>Okno umożliwia ukrycie w/w informacji.</p>
211	<p>Okno rejestracji zlecenia na badanie laboratoryjne prezentuje grupy badań laboratoryjnych na liście w której:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grupy badań wyświetlane są w kolejności ustalonej dla oddziału, - grupy badań oznaczone są nazwami i kolorami ustalonymi dla oddziału, - badania oraz ich kolejność w ramach grupy ustalona jest dla oddziału, - możliwe jest zmiana układu wyświetlanych grup z poziomego na pionowy i odwrotnie, - każde badanie oznaczone jest skrótem oraz nazwą, - dla każdej z grup możliwe jest określenie innego wzorca wydruku skierowana.
212	<p>Jeśli podział badań na grupy odzwierciedla strukturę organizacyjną pracowni laboratoryjnych – system automatycznie rozdzieli badania z różnych grup zlecone przez lekarza na jednym zleceniu i rejestruje odrębne zlecenie dla każdej z pracowni.</p>
213	<p>Lista grup badań laboratoryjnych w odrębnych zakładkach wyświetla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - badania najczęściej zlecane przez oddział, - badania pozostałe, - pakiety badań laboratoryjnych zdefiniowane dla oddziału lub dla użytkownika.
214	<p>W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne możliwe jest zapisanie zaznaczonych badań jako tzw. pakietu. System udostępnia możliwość tworzenia pakietów użytkowników – takie pakiety widoczne są tylko dla użytkownika, który je stworzył – lub dla oddziału – takie pakiety widoczne są dla wszystkich użytkowników przypisanych do oddziału.</p>
215	<p>W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne możliwe jest wyszukanie konkretnego badania według ciągu znaków. Po wpisaniu ciągu znaków w pole wyszukiwania system odnajduje wszystkie nazwy badań spełniających warunek wyszukiwania i zaznacza je na liście. System wyświetla informację o tym ile odnaleziono badań spełniających warunki wyszukiwania.</p>
216	<p>W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne możliwe jest wyszukanie badania według ciągu znaków. Po wpisaniu ciągu znaków w pole wyszukiwania system odnajduje grupę badań, której nazwa spełnia warunki wyszukiwania.</p>
217	<p>W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne możliwe jest skopiowanie zlecenia na kolejne dni poprzez wskazanie ich w kalendarzu. Kalendarz posiada oznaczenie sobót i niedziel oraz dni wolnych od pracy.</p>
218	<p>W razie wyboru funkcji powielenia zlecenia na kolejne dni system posiada możliwość konfiguracji, które decyduje o tym czy kilka badań zostanie zarejestrowanych jako jedno zlecenie czy też utworzonych zostanie oddzielne zlecenie dla każdego dnia.</p>
219	<p>W oknie rejestracji zlecenia na badania laboratoryjne po wybraniu (zaznaczeniu) zleconych badań – system prezentuje je na odrębnej liście wraz z informacją o materiale badanym oraz koszcie badania.</p>

220	W razie gdy badanie może być wykonane tylko na jednym rodzaju materiału system podpowiada materiał automatycznie. Jeśli badanie może być wykonane na różnych rodzajach materiału system podpowiada automatycznie domyślny materiał oraz umożliwia jego zmianę. Jeśli dla badania nie określono rodzaju materiału na którym ma zostać wykonane – system uniemożliwia zapisanie zlecenia.
221	System umożliwia tzw. dozlecenie nowego badana do istniejącej i pobranej wcześniej od pacjenta próbki. W takim wypadku informacja o tym, że jest to badanie dozlecenie prezentowana jest na tej samej liście na której wyświetlany jest rodzaj materiału badanego.
222	Przegląd tabelaryczny wyników badań udostępnia widok co najmniej w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> – nazwa badania, – nazwa parametru, – jednostka, – norma, – data i godzina wykonania badania lub data wykonania badania, – wynik badania.
223	Przegląd tabelaryczny wyników badań umożliwia co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> – wyświetlanie wyników poszczególnych parametrów pogrupowanych wg nazw badań, – wyświetlanie wyników poszczególnych parametrów pogrupowanych wg konfiguracji systemu (tzw. grupy parametrów), – wyświetlanie wyników badań z aktualnego pobytu na oddziale, z aktualnej hospitalizacji oraz archiwalnych wyników badań, – wyświetlanie wyników z zadanego okresu czasu, – wyświetlanie wyników badań zleconych przez konkretnego lekarza zlecającego, – wyświetlanie wyników badań wykonanych w konkretnej pracowni, – wyświetlanie wyników badań wybranych grup parametrów, – wyświetlanie wyników badań tylko chodzących w skład konkretnych pakietów, – wyświetlanie wyników badań od najstarszych do najnowszych, – wyświetlanie wyników badań od najnowszych do najstarszych, – wyświetlanie wyników badań wraz z datą wykonania, – wyświetlanie wyników badań wraz z datą pobrania materiału, – wyświetlanie wyników badań wraz z datą i godziną.
224	Przegląd tabelaryczny wyników badań udostępnia dla każdego wybranego przez użytkownika wyniku badania przegląd wyniku w postaci klasycznej, tekstowej
225	Przegląd tabelaryczny wyników badań posiada oznaczenia graficzne uwag dołączonych do wyniku badania lub też dodatkowych informacji, które nie mieszczą się w komórce tabeli
226	Wyniki badań znajdujących się poza normą oznaczone są w tabelce kolorem czerwonym
227	Przegląd tekstowy wyników badań udostępnia widok co najmniej w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> – nazwa badania, – wynik, – jednostka, – norma, – opis, – data pobrania materiału, – nazwa pobranego materiału, – lekarz zlecający badanie, – data wykonania badania.
228	Przegląd tabelaryczny pojedynczych badań udostępnia widok co najmniej w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> – listę nazw badań oznaczonych kolorem zgodnym z grupą w której badanie się znajduje, – tabelaryczną prezentację wyników badań w zakresie zgodnym z przeglądem tabelarycznym opisanym powyżej.

229	<p>Przegląd tabelaryczny pojedynczych badań umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyświetlanie wyników z zadanego okresu czasu, - wyświetlanie wyników badań zleconych przez konkretnego lekarza zlecającego, - wyświetlanie wyników badań z aktualnego pobytu na oddziale, z aktualnej hospitalizacji oraz archiwalnych wyników badań.
230	<p>Okno rejestracji zlecenia na badanie patomorfologiczne umożliwia zapisanie co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numeru zlecenia, - rozpoznania, - istotnych danych klinicznych, - nazwa badania, - materiał na którym badanie będzie wykonywane, - informacje o topografii, - dodatkowy opis.
231	System umożliwia automatyczne zarejestrowanie procedury ICD9 na podstawie zrealizowanego badania laboratoryjnego po uprzednim skonfigurowaniu takich powiązań
232	System umożliwia zlecenie badań laboratoryjnych dla grupy pacjentów
233	<p>Okno grupowej rejestracji zleceń na badania laboratoryjne umożliwia co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyświetlenie w postaci tabeli listy badań oraz listy pacjentów, - wyświetlenie tylko pacjentów posiadających pobyty otwarte na oddziale, - wyświetlenie tylko badań z konkretnych grup, - wyświetlenie tylko konkretnego badania, - zarejestrowanie zlecenia na badania.
234	<p>Roboczy przegląd listy zleceń udostępnia co najmniej widok:</p> <ul style="list-style-type: none"> - listę zleceń na badania laboratoryjne zarejestrowane dla pacjenta z minimalnym zakresem danych: data zlecenia, data planowanego wykonania, data wykonania, lekarz zlecający, status zlecenia, status zlecenia HL7 (jeśli dotyczy), - listę badań zleconych w ramach każdego zlecenia z minimalnym zakresem danych: skrót badania, nazwa badania, data wykonania badania, status, usługa ICD9, - listę wyników każdego z badań z minimalnym zakresem: nazwa parametru, wynik, norma, opis.
235	System pozwala na rejestrowanie 8- i 10-znakowych kodów kreskowych zleceń do laboratoriów zewnętrznych.
236	System udostępnia odrębne okno dla pielęgniarek, pozwalające na obsługę zleceń na badania laboratoryjne
237	<p>Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne prezentuje listę zleceń co najmniej w zakresie</p> <ul style="list-style-type: none"> - tryb zlecenia (cito / zwykle), - data zarejestrowania zlecenia, - nazwisko i imię pacjenta, - data planowanej realizacji, - status zlecenia, - kod kreskowy, - oddział kierujący. <p>W szczegółach zleceń:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwa badania, - materiał na którym wykonane ma być badanie, - pobierający, - data pobrania.
238	Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne wyświetla uwagi dla pielęgniarki pobierającej materiał, zarejestrowane przez lekarza zlecającego badanie
239	Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne umożliwia co najmniej:

	<ul style="list-style-type: none"> - przypisanie kodu zlecenia, - usunięcie kodu zlecenia - przypisanie kodów próbek, - przypisanie kodów próbek i automatyczne wygenerowanie kodu zlecenia, - scalenie i powielenie próbek, - przenoszenie badań pomiędzy próbkami na zasadzie drag & drop, - automatyczne uzupełnienie daty pobrania oraz osoby pobierającej w momencie sczytania kodów próbek, - zmianę materiału na którym wykonane ma być badanie, - szybkie przelogowanie osoby pracującej w oknie, - zatwierdzenie okodowanych zleceń, - wydrukowanie listy materiałów pobranych od pacjentów.
240	Okno obsługi zleceń prezentuje listę próbek w postaci rozwijanego drzewka na którego poszczególnych gałęziach wyświetlane są nazwy badań do wykonania na próbkach.
241	Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne udostępnia minimalny zakres filtrów: <ul style="list-style-type: none"> - pacjent, - data planowanego wykonania badania, - oddział kierujący, - odcinek kierujący (jeśli dotyczy), - kierunek badania, - status zlecenia, - tryb zlecenia, - wyświetlaj uwagi dla pielęgniarki.
242	Okno obsługi zleceń na badania laboratoryjne zapewnia mechanizm kontroli poprawności rejestracji próbek co najmniej w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - kontroli zgodności kodu zlecenia i kodów próbek w przypadku tego samego zlecenia, - kontroli wprowadzenia kodów próbek dla wszystkich zarejestrowanych próbek (chyba, że w konfiguracji oznaczono iż jest możliwe przekazanie do laboratorium zlecenia bez wszystkich okodowanych materiałów), - kontroli ponownego użycia zarejestrowanego wcześniej kodu
243	System umożliwia taką konfigurację, aby do każdego rodzaju próbki możliwe było przypisanie materiału badanego oraz materiałów medycznych i towarów, które rozchodowane powinny być z magazynu przy zatwierdzeniu realizacji zlecenia.
244	System posiada możliwość zdefiniowania domyślnego trybu cito dla zleceń rejestrowanych na konkretnych oddziałach
245	System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na badania diagnostyczne, który umożliwia co najmniej zarejestrowanie, podpisanie elektroniczne oraz wydruk skierowania na badanie diagnostyczne do systemu RIS.
246	Okno rejestracji zlecenia na badanie diagnostyczne umożliwia zarejestrowanie: <ul style="list-style-type: none"> - daty zlecenia, - daty planowanej realizacji, - trybu (cito / zwykły), - miejsce wykonania badania (przyłóżkowe, pracownia), - badanie z opisem lub bez, - pracownia, - usługa, - dodatkowe uwagi, - automatyczne pobranie wyników badań laboratoryjnych do zlecenia.
247	System automatycznie podpowiada pracownię jeśli usługa wybrana została jako pierwsza, a wykonywana jest tylko w jednej pracowni

248	System posiada możliwość konfiguracji oddzielnego formularza i wydruku zgody pacjenta dla każdej usługi zlecanej jako badanie diagnostyczne. W przypadku wykorzystania takiej konfiguracji lista usług możliwych do zlecenia zawiera także informację o niezbędnej zgodzie i możliwość wypełnienia jej i wydrukowania bezpośrednio w oknie zlecenia.
249	System umożliwia zarejestrowanie wielu usług laboratoryjnych na jednym zleceniu
250	System umożliwia automatyczną rejestrację procedury ICD na podstawie zrealizowanego badania diagnostycznego po uprzednim zdefiniowaniu takiego powiązania
251	System umożliwia wprowadzenie dodatkowego opisu wyniku badania diagnostycznego niezależnie od opisu przekazanego z systemu RIS. W takim wypadku opis badania otrzymany z systemu RIS także jest dostępny w systemie.
252	System udostępnia roboczą listę zarejestrowanych zleceń. Roboczy przegląd listy zleceń udostępnia co najmniej widok: <ul style="list-style-type: none"> - listę zleceń na badania diagnostyczne zarejestrowane dla pacjenta z minimalnym zakresem danych: data zlecenia, data planowanego wykonania, lekarz zlecający, status zlecenia, status zlecenia HL7 (jeśli dotyczy), czy zarchiwizowany, - listę badań zleconych w ramach każdego zlecenia z minimalnym zakresem danych: skrót badania, nazwa badania, data wykonania badania, usługa ICD9, - treść wyniku badania
253	System udostępnia mechanizm rejestracji wyników badań wykonanych poza systemem
254	Mechanizm umożliwia zarejestrowanie co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy badania, - data wykonania badania, - informację czy badanie zostało wykonane w szpitalu czy poza nim, - opis wyniku z możliwością skorzystania ze słownika.
255	System umożliwia oddzielną rejestrację wyników badań diagnostycznych i laboratoryjnych
256	System udostępnia zbiorczy widok wszystkich wyników badań laboratoryjnych pacjentów oddziału w następującym minimalnym zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - data i godzina wykonania badania, - nazwisko i imię pacjenta, - oddział kierujący na badanie, - sala, - nazwa badania, - parametr, - norma, - wynik.
257	Zbiorczy widok wszystkich wyników badań laboratoryjnych pacjentów oddziału udostępnia następujący minimalny zakres filtrów: <ul style="list-style-type: none"> - lekarz prowadzący, - lekarz zlecający, - data zlecenia od – do, - grupa badań, - pacjent, - odcinek, - sala.
258	System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na leki
259	W zakresie rejestracji oraz realizacji zleceń na leki system współpracuje z systemem magazynowym
260	System umożliwia zdefiniowanie magazynów oddziałowych oraz odcinkowych
261	System umożliwia zdefiniowanie wielu magazynów dla jednego oddziału lub odcinka
262	Okno rejestracji zlecenia na lek pozwala na zarejestrowanie co najmniej:

	<ul style="list-style-type: none"> - nazwa zlecanego leku, - sposób dawkowania: dzienne, godzinowe, opisowe, doraźne, wlew ciągły, - sposób podawania, - jednostka podania, - uwagi do podania, - rozpoznanie, - czy lek spoza apteczki oddziałowej, - czy lek w ramach profilaktyki okołoperacyjnej, - w przypadku zlecenia antybiotyku: terapia celowana, empiryczna, profilaktyka około zabiegowa, profilaktyka medyczna, - czy zlecenie zwykłe czy cito, - możliwość powiązania zlecenia z antybiogramem, - uwagi zlecającego.
263	<p>Okno rejestracji zlecenia na lek po wybraniu konkretnego leku prezentuje co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - postać leku, - dawkę, - opakowanie, - możliwe sposoby podania, - możliwe jednostki rozchodu, <p>Oraz umożliwia dostęp do następujących rozszerzonych informacji o leku:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwa handlowa, - nazwa międzynarodowa, - postać, dawka, opakowanie, - ilość w opakowaniu, ilość w jednostce, - kategoria przechowywania, - poziom uprawnień niezbędny do zlecenia leku, - dopuszczalne sposoby podawania, - czy lek jest: trucizną, lekiem silnie działającym, lekiem bardzo silnie działającym, narkotykiem, psychotropem, prekursorem, lekiem silnie upośledzającym, lekiem upośledzającym, cytostatykiem, pochodzi z importu docelowego, lekiem z receptariusza.
264	<p>Okno rejestracji zlecenia na lek w trybie wlewu dożylnego pozwala na zarejestrowane dodatkowo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data rozpoczęcia wlewu, - ilość, - jednostka, - status.
265	<p>System udostępnia możliwość zbudowania słownika leków złożonych w następującym minimalnym zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwa leku, - jednostka, - składniki leku: nazwa, postać, dawka, ilość, jednostka.
266	<p>Okno rejestracji zlecenia na lek prezentuje dodatkowe informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - limit wartościowy, - wykonany limit wartościowy, - procent wykonania wartości limitu, - całkowity procent wartości, - szacunkowy koszt realizacji zlecenia na lek (na podstawie dokumentów zakupu)
267	<p>Lista leków dostępnych do zlecenia zawiera co najmniej następujące informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwa leku, - postać,

	<ul style="list-style-type: none"> - dawka, - opakowanie, - poziom uprawnień niezbędny do zlecenia leku, <p>Poszczególne kolumny zawierające informacje o ilościach włączane są oddzielnymi opcjami.</p>
268	System umożliwia zastosowanie zaawansowanego wyszukiwania w którym wprowadzenie do systemu nazwy międzynarodowej leku powoduje odszukanie wszystkich nazw handlowych leków, których nazwa międzynarodowa odpowiada ciągowi znaków wpisywanemu w wyszukiwaniu,
269	System umożliwia kontrolę tzw. najmniejszej podzielności leku na podstawie definicji karty towaru w systemie magazynowym. Kontrola taka powoduje brak możliwości zlecenia leku w dawce mniejszej niż określona na karcie towaru.
270	System posiada możliwość rejestracji tzw. zleceń stałych. Zlecenia zarejestrowane w taki sposób mają cały czas status zlecenia aktywnego aż do momentu jego zamknięcia.
271	System posiada funkcje usprawniające rejestrację zleceń na leki w tym co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - możliwość kopiowania zleceń na kolejne dni na zasadzie drag & drop pojedynczo lub dla całego dnia, - możliwość powielenia zleceń zarejestrowanych dla konkretnego pacjenta na innych pacjentów, - możliwość grupowego kontynuowania zleceń na kolejne dni dla każdego oddziału, - możliwość zarejestrowania zlecenia z czasem trwania od – do, - możliwość zarejestrowania schematu terapeutycznego, składającego się z kompletu leków, - możliwość kopiowania leków z poprzedniego pobytu pacjenta na oddziale.
272	System blokuje możliwość zlecenia dowolnego leku z ogólnodostępnej bazy leków i środków medycznych dopuszczonych do sprzedaży na terenie Polski za wyjątkiem rejestracji leków spoza apteczki oddziałowej
273	System automatycznie zamyka zlecenia na leki w momencie zamknięcia księgi oddziałowej,
274	System udostępnia widok listy zamienników dla każdego leku
275	System udostępnia widok indywidualnej karty zleceń lekowych w której prezentowany jest następujący minimalny zakres informacji: <ul style="list-style-type: none"> - nazwa leku, - postać leku, - jednostka, - kolejne dni podawania leku w podziale na pory: rano, południe, popołudnie, wieczór, noc, - status zlecenia (nowe, w trakcie realizacji, zrealizowane, odrzucone, wycofane)
276	System umożliwia użytkownikowi zmianę kolejności wyświetlania zleconych leków na zasadzie drag & drop.
277	Indywidualna karta zleceń lekowych podzielona jest na następujące części: <ul style="list-style-type: none"> - zlecenia stałe, - zlecenia doraźne, - wlewy ciągle, - żywienie pozajelitowe. <p>Oznacza to że powyższe rodzaje zleceń prezentowane są na karcie oddzielnie.</p>
278	Indywidualna karta zleceń lekowych umożliwia także przegląd wszystkich leków wydanych na pacjenta bezpośrednio z systemu magazynowego z pominięciem systemu rejestracji zleceń w następującym minimalnym zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - oddział, - data wydania, - numer dokumentu wydania, - nazwa wydawanego towaru, - ilość, - jednostka, - koszt netto,

	– koszt brutto.
279	System umożliwia wydruk indywidualnej karty zleceń lekowych oraz indywidualnej karty różnicowej w której zawarte są tylko zmiany w zleceniach dokonane od czasu ostatniego wydruku karty zleceń
280	System umożliwia podgląd na jednym ekranie zleconych leków oraz wyników badań diagnostycznych i laboratoryjnych
281	System umożliwia wystawienie recept pacjentowi w tym samym oknie w którym rejestrowane są zlecenia na leki
282	System udostępnia tzw. mechanizm rejestracji wniosków, który może zostać powiązany ze zleceniami na leki
283	Mechanizm rejestracji wniosków umożliwia co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> – zdefiniowanie (w oparciu o mechanizm formularzy dokumentacji medycznej) dokumentów wniosków (np. wniosek o zakup drogiego leku), – dla każdego wniosku zdefiniowanie ścieżki decyzyjnej co do stanowisk lub osób, które muszą zaakceptować dokument. Ścieżka decyzyjna dokumentu prezentowana jest w postaci graficznej, – przypisanie dokumentu do konkretnych leków / grupy leków, których zlecenie uwarunkowane powinno być akceptacją wniosku, – określenie czy złożenie wniosku wymagane będzie dla każdego czy tylko dla pierwszego podania leku pacjentowi.
284	Mechanizm rejestracji wniosków umożliwia użytkownikowi co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> – wyświetlenie listy wniosków złożonych przez siebie, – wyświetlenie listy wniosków akceptowanych przez siebie, – procent realizacji każdego z wniosków prezentowany w postaci graficznej, – lista wniosków zawiera co najmniej: datę zarejestrowania wniosku, numer wniosku, nazwę wniosku, procent jego realizacji, nazwisko i imię wnioskodawcy, – przegląd szczegółów dokumentu wniosku, – wprowadzenie dodatkowej treści w dokumencie, – dołączenie załączników, – akceptację lub odrzucenie wniosku, – zarejestrowanie nowego wniosku.
285	Jeśli do podania pacjentowi konkretnego leku niezbędna jest akceptacja konkretnego wniosku – zlecenie zostaje zapisane w systemie HIS, natomiast nie jest przekazywane do realizacji do momentu zatwierdzenia wniosku.
286	System umożliwia wyświetlenie informacji o interakcjach automatycznie przy zapisywaniu zlecenia lub na żądanie użytkownika przy pomocy oddzielnej funkcji
287	System umożliwia zablokowanie możliwości zlecenia konkretnych leków użytkownikom, którzy nie posiadają stosownych uprawnień zgodnie z poziomem uprawnień określonym na karcie towaru w magazynie aptecznym.
288	System umożliwia rejestrację zleceń na leki recepturowe
289	System umożliwia rejestrację zleceń w ramach tzw. doby zleceńowej
290	System umożliwia rejestrację zleceń na leki złożone z możliwością bieżącej edycji poszczególnych składników leku na potrzeby konkretnego zlecenia i bez ingerencji w definicję leku złożonego
291	Zlecenie na lek zarejestrowane w systemie HIS przekazywane jest do realizacji do systemu magazynowego
292	System udostępnia zbiorczy rejestr zleceń na leki dla pacjentów oddziału
293	Rejestr zleceń na leki udostępnia następujący minimalny zakres danych: <ul style="list-style-type: none"> – nazwisko i imię pacjenta, – numer w księdze oddziałowej, – data zlecenia,

	<ul style="list-style-type: none"> - nazwa leku, - dawkowanie, - jednostka, - sposób podania, - zlecający, - status zlecenia, - czy zlecenie dorażne, - czy zlecenie cito, - czy lek spoza apteczki oddziałowej.
294	<p>Rejestr zleceń na leki udostępnia następujący minimalny zakres filtrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data zlecenia od – do, - zlecający, - pacjent, - pobyt, - lek, - sala.
295	System udostępnia rejestr zleceń na wlewy ciągłe
296	<p>Rejestr zleceń na wlewy ciągłe udostępnia następujący minimalny zakres informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacjent, - sala, - data rozpoczęcia, - ilość, - jednostka, - status.
297	System udostępnia mechanizm umożliwiający wystawianie recept
298	<p>Mechanizm wystawiania recept udostępnia co najmniej następujące funkcje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - możliwość wystawienia recepty Rp zgodnie z obowiązującym wzorem, - możliwość wystawienia recepty Rpw zgodnie z obowiązującym wzorem, - możliwość wystawienia kilku recept zdefiniowanych wcześniej jako pakiet, - możliwość wyboru zapisywanego leku z ogólnopolskiej bazy leków i środków medycznych dopuszczonych do sprzedaży na terenie Polski wraz z automatycznym określeniem poziomu refundacji, - możliwość zastosowania słownika użytkownika najczęściej zapisywanych przez niego leków, - możliwość automatycznego pobrania to zawartości recepty leków które pacjent przyjmował podczas ostatniego dnia pobytu na oddziale.
299	System udostępnia uniwersalny mechanizm rejestracji zleceń dodatkowych lekarskich i pielęgniarskich. Jako zlecenie dodatkowe rozumieć należy zlecenie o dowolnej treści.
300	W zakresie rejestracji oraz realizacji zleceń dodatkowych system współpracuje z systemem magazynowym
301	<p>Mechanizm rejestracji zleceń dodatkowych umożliwia zarejestrowanie następujących minimalnych informacji o zleceniu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - treść zlecenia, - odpowiadająca procedura ICD9, - typ zlecenia (lekarskie, pielęgniarskie), - zlecający, - wykonujący, - data realizacji, - sposób realizacji: dzienne lub godzinowe, - podpisanie elektroniczne zlecenia,

	<ul style="list-style-type: none"> - wydruk karty zleceń.
302	<p>Okno prezentacji zleceń dodatkowych prezentuje następujący minimalny zakres danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - treść zlecenia, - odpowiadająca procedura ICD9, - kolejne dni realizacji zlecenia w podziale na pory: rano, południe, popołudnie, wieczór, noc) - status zlecenia (nowe, w trakcie realizacji, zrealizowane, odrzucone, wycofane)
303	<p>Mechanizm konfiguracji zleceń dodatkowych (treści zleceń) pozwala na określenie dla każdego zlecenia co najmniej następującego zakresu danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - treść zlecenia, - skrót, - typ zlecenia (lekarskie, pielęgniarskie), - odpowiadająca usługa ICD9, - sposób realizacji (dziennie, godzinowe) wraz z domyślnym określeniem pór realizacji, - uwagi dodatkowe.
304	<p>System udostępnia grupowy mechanizm realizacji zleceń dodatkowych. Mechanizm prezentuje zlecenia dodatkowe z oddziału w formie listy, zawierającej następujące minimalne informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - typ zlecenia (lekarskie, pielęgniarskie), - zlecający, - nazwisko i imię pacjenta, - numer księgi oddziałowej pacjenta, - planowana data realizacji, - godzina realizacji, - treść zlecenia, - odpowiadająca procedura ICD9.
305	<p>Lista zleceń dodatkowych udostępnia następujący minimalny zakres filtrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data początkowa zlecenia, - data końcowa zlecenia, - data realizacji, - typ zlecenia, - status zlecenia, - pacjent, - zlecający, - wykonujący, - treść zlecenia, - usługa ICD9.
306	<p>Mechanizm umożliwia oznaczenie realizacji zlecenia i rejestrację następujących informacji o realizacji zlecenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data realizacji, - godzina realizacji, - pracownik wykonujący, - ilość wykonana, - opis, - hurtową realizację wielu zleceń, - cofnięcie realizacji zlecenia, - dodanie formularza opisującego szczegóły realizacji zlecenia.
307	System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń na krew i preparaty krwiopochodne
308	W zakresie rejestracji zleceń system współpracuje z systemem magazynowym
309	Mechanizm rejestracji zleceń na krew i preparaty krwiopochodne umożliwia zarejestrowanie następującego minimalnego zakresu informacji:

	<ul style="list-style-type: none"> - grupa krwi pacjenta, - przeciwciała odpornościowe, - rozpoznanie pacjenta, - pracownik zlecający, - data i godzina zlecenia, - fenotyp, - wzrost i waga pacjenta (wraz z możliwością zapisania do listy pomiarów parametrów), - preparat krwi: grupa krwi preparatu, nazwa preparatu, produkt, ilość zlecana, ilość zamawiana, usługi dodatkowe na produkcie, uwagi, - czy skierowanie na krew do pilnej transfuzji, - podpisanie zlecenia elektronicznie, - przekazanie zlecenia do systemu magazynowego.
310	<p>Okno prezentacji zleceń na krew i preparaty krwiopochodne prezentuje następujący minimalny zakres informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwisko i imię pacjenta, - nazwę preparatu krwi, - grupa preparatu krwi, - rozpoznanie, - wskaźnik do transfuzji, - pracownik zamawiający, - data zamówienia, - czy zamówienie pilne, - status, - czy wpisano do księgi transfuzji, - czy zlecenie podpisane elektronicznie, - wydruk zapotrzebowania na krew.
311	<p>Okno prezentacji zleceń na krew udostępnia następujący minimalny zakres filtrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozpoznanie, - wskazanie do transfuzji, - pracownik zamawiający, - preparat, - usługa, - data zlecenia od – do, - status zlecenia.
312	System umożliwia bezpośrednio z listy zleceń zarejestrowanie wpisu w księdze transfuzji
313	System umożliwia prowadzenie księgi transfuzji zgodnie z obowiązującymi przepisami
314	Z poziomu rejestracji wpisu do księgi transfuzji system umożliwia zacytowanie wyniku zgodności próby krzyżowej
315	Mechanizm umożliwia taką konfigurację, aby zarejestrowanie zlecenia na przetoczenie krwi lub preparatu krwiopochodnego skutkowało automatyczną rejestracją zlecenia na badanie próby krzyżowej
316	System umożliwia pracę mechanizmu także bez systemu magazynowego obsługującego bank krwi
317	System udostępnia mechanizm zatwierdzania zleceń na przetoczenie krwi lub preparatu krwiopochodnego przed jego przekazaniem do systemu magazynowego
318	<p>System umożliwia rejestrację zleceń na konsultacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lekarską, - dietetyczną, - anesteziologiczną.
319	W zależności od rodzaju zlecenia – zostaje ono przekazane do właściwej komórki

320	<p>System umożliwia rejestrację następującego minimalnego zakresu informacji dla każdego zlecenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lekarz zlecający, - data zlecenia, - data preferowanej realizacji zlecenia, - tryb zlecenia (cito, zwykłe), - uwagi, - rozpoznanie zasadnicze i rozpoznania współlistniejące, - podpisanie elektroniczne zlecenia, - wydruk zlecenia, - wydruk wyniku konsultacji.
321	<p>Okno przeglądu zleceń na konsultacje prezentuje następujący minimalny zakres danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data i godzina zlecenia, - tryb konsultacji, - status, - rozpoznanie, - oddział kierujący, - pracownik konsultujący, - oddział konsultujący, - rodzaj konsultacji, - czy zlecenie podpisane elektronicznie.
322	<p>Okno przeglądu zleceń na konsultacje udostępnia następujący minimalny zakres filtrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data zlecenia, proponowana data realizacji, zatwierdzona data realizacji od – do, - tryb zlecenia, - status zlecenia, - typ zlecenia, - pracownik konsultujący, - oddział.
323	<p>System umożliwia taką konfigurację aby realizacja zlecenia na konsultację powodowała automatyczne zarejestrowanie w historii choroby odpowiadającej procedury ICD9.</p>
324	<p>System udostępnia rejestr zleceń na konsultacje przekazanych do oddziału</p>
325	<p>Rejestr zleceń na konsultacje prezentuje następujący minimalny zakres informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data zlecenia, - tryb konsultacji, - status zlecenia, - rozpoznanie, - pacjent, - oddział kierujący, - oddział konsultujący, - pracownik konsultujący, - jednostka konsultująca, - rodzaj konsultacji, - czy zlecenie podpisane elektronicznie.
326	<p>Rejestr zleceń na konsultacje umożliwia realizację zleconej konsultacji. Wynik konsultacji dopisywany jest automatycznie do historii choroby pacjenta i jest dostępny w jego dokumentacji.</p>
327	<p>System udostępnia mechanizm rejestracji zleceń co najmniej na następujące rodzaje zabiegów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zabieg operacyjny na bloku operacyjnym, - zabieg w gabinecie zabiegowym, - zabieg rehabilitacyjny w gabinecie rehabilitacyjnym lub na oddziale.

328	System udostępnia jedno okno prezentacji wszystkich wyżej wymienionych rodzajów zleceń na zabiegi dla pacjenta wraz z prezentacją wyników ich realizacji. Poszczególne rodzaje zabiegów wyróżniane są na liście w sposób graficzny.
329	System udostępnia możliwość zarejestrowania zlecenia na zabiegi rehabilitacyjne do gabinetu rehabilitacyjnego. Zlecenie przejmuje odpowiedni moduł obsługujący pracownię rehabilitacyjną.
330	System umożliwia rejestrację następującego minimalnego zakresu informacji w zleceniu na zabiegi rehabilitacyjne: <ul style="list-style-type: none"> - data początku zabiegów, - data końca zabiegów, - rozpoznanie zasadnicze i rozpoznania współistniejące, - domyślna ilość osobodni realizacji zabiegów, - okolica ciała, - uwagi, - wzorzec leczenia rehabilitacyjnego, - pozycje wzorca leczenia rehabilitacyjnego, - podpisanie zlecenia elektronicznie, - wydruk karty zleceń na zabiegi rehabilitacyjne.
331	System udostępnia mechanizm konfiguracji wzorców leczenia rehabilitacyjnego, umożliwiając zdefiniowanie szablonów rehabilitacyjnych w następującym minimalnym zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - nazwa wzorca leczenia rehabilitacyjnego, - wybrane usługi ICD9 wraz z określeniem ich pozycji na liście.
332	Okno prezentacji zleceń na zabiegi rehabilitacyjne prezentuje w formie kalendarza procedury rehabilitacyjne zlecone pacjentowi.
333	Okno wyróżnia graficznie co najmniej następujące statusy zleceń w kalendarzu: <ul style="list-style-type: none"> - procedura zaplanowana w grafiku rehabilitanta, - procedura wykonana, - komentarz rehabilitanta do wykonanej procedury.
334	Okno wyróżnia graficznie w kalendarzu procedury rehabilitacyjne wewnętrzne (oddziałowe) oraz procedury wewnętrzne realizowane w gabinecie rehabilitacyjnym.
335	Mechanizm umożliwia zatwierdzenie zlecenia na zabiegi rehabilitacyjne przed jego przekazaniem do pracowni rehabilitacji
336	Mechanizm umożliwia kontynuację w innym terminie zabiegów rehabilitacyjnych wg umawianego wcześniej wzorca leczenia rehabilitacyjnego
337	Mechanizm umożliwia manualną aktualizację wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych
338	System umożliwia rejestrację następującego minimalnego zakresu informacji w zleceniu do gabinetu zabiegowego: <ul style="list-style-type: none"> - usługa, - gabinet, - rozpoznanie, - data skierowania, - proponowana data zabiegu, - pracownik kierujący, - uwagi dotyczące pacjenta, - uwagi dotyczące zabiegu. Zlecenie przekazywane jest do odpowiedniego modułu obsługującego gabinet.
339	System umożliwia zatwierdzenie zlecenia przed jego przekazaniem do gabinetu zabiegowego
340	System umożliwia rejestrację następującego minimalnego zakresu informacji w zleceniu do bloku operacyjnego: <ul style="list-style-type: none"> - usługa,

	<ul style="list-style-type: none"> - rozpoznanie przedoperacyjne, - proponowana data i godzina zabiegu, - operacja nagła, - reoperacja, - uwagi dotyczące pacjenta, - uwagi dotyczące zabiegu. <p>Zlecenie przekazywane jest do odpowiedniego modułu obsługującego blok operacyjny.</p>
341	System umożliwia rejestrację zlecenia na diety.
342	W zakresie rejestracji zlecenia na dietę system współpracuje z systemem magazynowym
343	<p>System umożliwia zarejestrowanie zlecenia na dietę z następującym minimalnym zakresem informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwisko i imię pacjenta, - zlecający, - nazwa diety, - data początku zlecenia, - data końca zlecenia, - od jakiego posiłku, - do jakiego posiłku, - do odbioru na stołówce, - podpisanie elektroniczne zlecenia, - wydruk zlecenia.
344	<p>Okno prezentacji zlecenia na dietę prezentuje następujący minimalny zakres danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - status zlecenia na dietę, - data od, - data do, - nazwa diety, - czy zlecenie podpisane elektronicznie.
345	System umożliwia prezentację rodzaju posiłków jakie otrzymywał będzie pacjent w ramach zlecenia na dietę
346	System umożliwia taką konfigurację, że każdy pacjent przyjęty do określonego oddziału otrzymuje automatycznie zlecenie na dietę domyślną
347	System umożliwia taką konfigurację że zlecenie na żywienie pozajelitowe może być rejestrowane albo jako zlecenie na dietę albo jako zlecenie na lek
348	System umożliwia tworzenie zleceń na dietę dla pracowników szpitala.
349	System umożliwia tworzenie zleceń na dietę dla osób spoza szpitala.
350	System umożliwia tworzenie zleceń dodatkowych na określone posiłki, bez konieczności przypisania ich do określonego pacjenta.
351	System umożliwia rejestrację zleceń na transport medyczny
352	<p>Mechanizm rejestracji zlecenia na transport umożliwia zarejestrowanie następującego minimalnego zakresu danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - typ transportu: transport pacjenta lub transport materiału medycznego, - miejsce początkowe transportu, - usługa transportowa (wybór z umowy transportowej), - transport osobowy przejazd tam lub przejazd tam i z powrotem, - miejsce docelowe, - data transportu, - lekarz kierujący, - pozycja,

	<ul style="list-style-type: none"> - rozpoznanie, - powód, - cel przewozu, - stopień niepełnosprawności, - rodzaj środka transportu, - transport z lekarzem, z ratownikiem, z sanitariuszem, reanimacyjny, kierowca, - odpłatność, - dodatkowy dowolny formularz z dodatkowymi informacjami.
353	System udostępnia rejestr zleceń na transport w którym możliwa jest ich obsługa
354	<p>Rejestr zleceń na transport udostępnia następujący minimalny zakres informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - typ transportu, - czy zlecenie łączone, - czy materiał badany (jaki), - czy zlecenie utworzone przez dyspozytora, - status zlecenia, - oddział kierujący, - usługa, - miejsce docelowe, - data transportu, - data realizacji, - suma kosztów, - zleceniobiorca, - czy transport komercyjny, - czy zlecenie podpisane elektronicznie, - czy realizacja zlecenia podpisana elektronicznie.
355	<p>Rejestr zleceń na transport udostępnia następujący minimalny zakres filtrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data transportu, realizacji, modyfikacji od – do, - status zlecenia: wszystkie, niezrealizowane, zrealizowane, zatwierdzone, odwołane, przyjęte do realizacji, odrzucone, przekazane do realizacji, - zleceniobiorca, - oddział, - usługa, - miejsce docelowe, - zleceniodawca, - pokaz usługi łączone.
356	<p>Rejestr zleceń na transport udostępnia następujący minimalny zakres funkcji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rejestracja nowego zlecenia na transport, - akceptacja lub odrzucenie zlecenia, - poprawa zlecenia, - usunięcie zlecenia, <p>utworzenie zlecenia łączonego w taki sposób, iż dyspozytor rejestruje dane podstawowe zlecenia (nazwa, data transportu etc.) oraz z istniejących i zapisanych w systemie zleceń na transport wybiera te, które powinny zostać połączone,</p> <ul style="list-style-type: none"> - rejestracja uwag dodatkowych do zlecenia łączonego.
357	<p>Okno wyboru zleceń na transport do utworzenia zlecenia łączonego zawiera następujący minimalny zakres informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwisko i imię pacjenta, - nazwa materiału badanego, - oddział kierujący,

	<ul style="list-style-type: none"> - usługa, - miejsce docelowe, - data planowana, - zleceniobiorca.
358	<p>Okno wyboru zleceń na transport do utworzenia zlecenia łączonego udostępnia następujący minimalny zakres filtrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oddział, - miejsce docelowe, - usługa, - tylko zlecenia transportu na dializy, - tylko zlecenia z dzisiejszą datą planowaną, - data planowana od – do.
359	<p>System umożliwi ewidencję umów transportowych w następującym minimalnym zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - symbol umowy, - płatnik, - data początku i końca umowy, - limit kwotowy, - limit godzinowy, - usługi wraz z określeniem ceny brutto za km, ceny brutto za h.
360	<p>W przypadku pacjentów leczonych w stacji dializ system umożliwi automatyczne utworzenie zlecenia na transport podczas planowania dializy.</p>