

Treść wymagania	TAK/NIE
System umożliwi automatyczną weryfikację kompletności teczki pod kątem dokumentacji medycznej pacjenta.	
Archiwum Dokumentacji	
Rejestracja dokumentacji	
System umożliwi rejestrację indywidualnej dokumentacji medycznej, zbiorczej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji niemedycejskiej.	
System umożliwi automatyczne zakładanie teczek pacjentów w module Archiwum na podstawie pobytów pacjentów zarejestrowanych w HIS Ruch Chorych / Przychodnia wraz z wykazem dokumentów (metryczka dokumentu)	
Parametryzacja systemu umożliwi organizację dokumentacji medycznej dla automatycznie założonych teczek pacjentów dla poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitala wg rodzajów: - teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie jednej hospitalizacji - teczki zawierające dokumentację medyczną z wielu hospitalizacji - teczki zawierające dokumentację medyczną dla każdego pobytu na oddziale szpitalnym - teczki zawierające dokumentację medyczną wielu pacjentów - teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie gabinetów, pracowni - teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie gabinetów pogrupowane wg jednostki nadrzędnej	
System umożliwi organizację rejestrowanej dokumentacji w postaci teczek oraz spraw w teczce	
System umożliwi grupowanie teczek w zbiory (segregatory), w ramach wybranych jednostek organizacyjnych szpitala, w celu połączenia w jeden zestaw grupy teczek dowolnego pacjenta lub wielu wybranych pacjentów.	
System umożliwi automatyczne wyszukiwanie teczek pacjentów z poradni do przekazania do Archiwum.	
System umożliwi „śledzenie” teczek w zakresie aktualnego miejsca ich przechowywania.	

a) System automatycznie aktualizuje miejsce przechowywania teczki pacjenta na podstawie danych z HIS w zakresie ruchu międzyoddziałowego	
b) Miejsce przechowywania teczek jest aktualizowane na podstawie danych wynikających z obiegu dokumentacji papierowej	
System umożliwia potwierdzenie przyjęcia dokumentacji pacjenta przez JOS na podstawie obiegu dokumentacji w formie papierowej	
Potwierdzenie odbioru dokumentacji przyjęcia dokumentacji pacjenta przez JOS dostępne jest z modułu Archiwum oraz w modułach HIS tj. Izba przyjęć, Oddział, Gabinet, Pracownia	
System umożliwia przekazanie dokumentacji medycznej pacjenta do wybranego JOS na podstawie obiegu papierowego dokumentacji	
System umożliwia przypisanie zarchiwizowanych teczek pacjenta do wybranego magazynu, pomieszczenia, regału, półki	
System umożliwia grupowe przenoszenie teczek pomiędzy magazynami, pomieszczeniami, regałami, półkami	
System umożliwia zdefiniowanie wielu archiwów oraz magazynów w ramach archiwum.	
Opis teczki musi obejmować przynajmniej:	
a) numer teczki nadany wg zdefiniowanego szablonu	
b) symbol klasyfikacyjny wraz z tytułem oraz kategorię archiwalną	
c) miejsce utworzenia	
d) miejsce przechowywania	
Opis sprawy w przypadku indywidualnej dokumentacji medycznej musi obejmować przynajmniej:	
a) dane pacjenta	
b) dane zdarzenia medycznego (hospitalizacja/pobyt/kartoteka w poradni)	
System umożliwia rejestrowanie metadanych archiwizowanych dokumentów. W szczególności informację o formie dokumentu (papierowy/elektroniczny) oraz miejscu jego przechowywania.	
System umożliwia wyświetlanie oraz pobieranie treści elektronicznej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji medycznej zmaterializowanej.	
System umożliwia zarejestrowanie kopii dokumentu.	
System umożliwia stworzenie systemu klasyfikacyjnego przechowywanej w teczce dokumentacji. System klasyfikacyjny musi umożliwiać rozróżnienie dokumentacji medycznej od dokumentacji niemedycznej.	
System umożliwia zdefiniowanie Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt wraz z kategorią archiwalną.	

System umożliwi automatyczne przypisanie oraz wyszukiwanie teczek pacjentów na podstawie pozycji zdefiniowanych w JRWA (Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt) co najmniej dla:	
a) Historii chorób pacjentów wypisanych	
b) Historii chorób pacjentów zmarłych	
c) Historii chorób pacjentów zmarłych na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia	
d) Historii chorób osób leczonych krwią i preparatami krwiopochodnymi	
e) Historie chorób dzieci do 2 roku życia	
System umożliwi zdefiniowanie (workflow) procesu archiwizacji dokumentacji medycznej i nie medycznej w podziale na podprocesy z możliwością włączania i wyłączania podprocesu. Wykaz zdefiniowanych podprocesów:	
a) Akceptacja przełożonego / Brak akceptacji	
b) Przyjęcie do weryfikacji przez jednostkę weryfikującą	
c) Akceptacja w jednostce weryfikującej / Brak akceptacji	
d) Przyjęcie do weryfikacji przez jednostkę archiwizującą	
e) Akceptacja w jednostce archiwizującej / Brak akceptacji	
System umożliwi wycofanie wykonanego podprocesu tj. wycofanie akceptacji przełożonego, wycofanie akceptacji jednostki weryfikującej, wycofanie akceptacji w jednostce archiwizującej.	
W przypadku protokołu przeniesienia/spisu zdawczo-odbiorczego system umożliwi wykonywanie poszczególnych funkcji (przełącz, przyjmij do weryfikacji, zaakceptuj w statystyce, odrzuć) zarówno na całym protokole/spisie (wszystkich teczkach) jak i na wybranych pozycjach (wskazanych teczkach).	
System umożliwi wydruk etykiet teczek, spraw oraz dokumentów wg zdefiniowanych szablonów. Etykieta może zawierać kod kreskowy identyfikujący teczkę, sprawę lub dokument.	
System umożliwi utworzenie i wydruk protokołów przeniesienia dokumentacji	
System umożliwi utworzenie i wydruk spisów zdawczo-odbiorczych	
System umożliwi utworzenie i wydruk protokołu zniszczenia/zagubienia dokumentacji.	
System umożliwi utworzenie i wydruk protokołu odnalezienia dokumentacji.	

System umożliwia zmianę miejsca przechowywania dokumentacji oraz wygenerowanie i wydruk protokołu zdawczo-odbiorczego	
System umożliwia utworzenie i wydruk wykazów teczek przekazanych i nieprzekazanych do Jednostki Organizacyjnej Szpitala.	
System umożliwia wyszukanie teczek wg zadanych kryteriów:	
a) klasa dokumentacji	
b) numerteczki lub sprawy	
c) Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt	
d) status dokumentacji: wypożyczona/przekroczony termin zwrotu/zniszczona/zagubiona	
e) jednostka organizacyjna w której dokumentacja została utworzona	
f) zakres dat w których dokumentacja została utworzona	
g) dane pacjenta oraz zdarzenia, którego dokumentacja dotyczy	
h) historia choroby: daty przyjęcia, wypisu, miejsca pobytu, tryb wypisu z oddziału	
i) rozpoznanie według rodzaju (końcowe, ze skierowania, wstępne, powypisowe) i pozycja w wykazie klasyfikacji chorób według ICD10	
j) klasyfikacja teczki określona wg kategorii archiwalnej nadanej automatycznie dla teczki oraz poprzez wskazanie parametrów opisujących teczkę, dane historii choroby lub wizyty oraz datę utworzenia (od-do),	
k) przekroczony termin zwrotu	

l) zwrot potwierdzony	
m) odbiór potwierdzony	
n) lekarz prowadzący / wypisujący	
System umożliwia podgląd danych teczki, spraw oraz dokumentów	
System umożliwia podgląd historii teczki oraz sprawy, zawierającej:	
a) informację o modyfikacji danych teczki oraz spraw i dokumentów w teczce	
b) informację o wypożyczeniach/zwrotach dokumentacji medycznej	
c) informację o zagubieniu/zniszczeniu/planowym zniszczeniu dokumentacji	
System umożliwia obsługę kodów kreskowych utworzonych w HIS Ruch Chorych i nadrukowywanych na historiach chorób pacjentów oraz obsługę kodów wygenerowanych w systemie Archiwum	
System umożliwia dowolną konfigurację numeratora dla teczek, protokołów przeniesienia, spisów zdawczo-odbiorczych	
System umożliwia wykonanie zestawienia zdawalności teczek pacjentów z oddziałów do Statystyki medycznej lub Archiwum	
System umożliwia utworzenie i wydruk Księgi Archiwum w formie analitycznej i syntetycznej. Raport może być generowany dla wskazanych jednostek odbierających i przekazujących poradni, oddziałów oraz dla określonych zakresów dat leczenia pacjenta i przekazania do archiwum. System umożliwia wydrukowanie raportu w formacie dokumentu pdf oraz arkusza xls.	
System umożliwia utworzenie i wydruk Listy dokumentacji przechowywanej w określonej jednostce w formie analitycznej i syntetycznej. Raport może być generowany dla wskazanych jednostek oraz dla określonego zakresu dat przyjęcia i wypisu pacjenta ze szpitala. System umożliwia wydrukowanie raportu w formacie dokumentu pdf oraz arkusza xls.	

Udostępnienie dokumentacji	
System umożliwia obsługę udostępnienia dokumentacji na wewnętrzne potrzeby podmiotu	
System umożliwia obsługę udostępnienia dokumentacji do celów naukowo-badawczych.	
System umożliwia obsługę udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.	
System umożliwia obsługę udostępniania dokumentacji organowi upoważnionemu.	
System udostępnia dokumentację w postaci teczki lub sprawy.	
Udostępnienie dokumentacji odbywa się na podstawie wniosku o udostępnienie, który zawiera przynajmniej:	
a) dane wnioskującego	
b) dane jednostki przechowującej dokumentację	
c) listę teczek/spraw lub opis dokumentacji, która ma zostać udostępniona	
d) termin realizacji udostępnienia	
e) podstawę prawną dla udostępnienia dokumentacji organowi upoważnionemu	
System umożliwia wyszukanie wniosków o udostępnienie wg zadanych kryteriów:	
a) dane wnioskującego	
b) dane udostępniającego	
c) dane identyfikujące teczkę/sprawę	
d) dane pacjenta w przypadku udostępniania indywidualnej dokumentacji medycznej	
e) termin realizacji	

f) stan realizacji udostępnienia	
g) przekroczony termin zwrotu	
System umożliwia wspomaganie realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji poprzez oznaczenie stanu realizacji zamówienia.	
System umożliwia kontrolę liczby udostępnień dokumentacji medycznej pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej, a co za tym idzie wspomaga proces pobierania obowiązkowych opłat dotyczących kolejnych udostępnień dokumentów.	
System umożliwia obsługę potwierdzenia przekazania udostępnianej dokumentacji	
System umożliwia obsługę potwierdzenia zwrotu udostępnianej dokumentacji	
System posiada (workflow) procesu udostępniania dokumentacji medycznej. Wykaz podprocesów:	
a) Akceptacja przełożonego	
b) Przyjęcie do realizacji przez jednostkę archiwizującą	
c) Oznaczenie dokumentacja gotowa do odbioru	
d) Potwierdzenie odbioru dokumentacji	
e) Zwrot dokumentacji	
System umożliwia zacytowanie listy teczek pacjenta z pliku .xls do karty udostępnienia na cele naukowo-badawcze	
System integruje się z portalem pacjenta w zakresie realizacji wniosków o udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej, wystawianych za pośrednictwem konta użytkownika założonego na portalu. W ramach realizacji wniosku system umożliwia utworzenie paczki zawierającej elektroniczną dokumentację medyczną, określenie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji oraz automatycznie generuje potwierdzenie odbioru dokumentacji po jej pobraniu przez pacjenta.	
Raportowanie	
System musi umożliwiać utworzenie i wydruk w formacie dokumentu pdf oraz w formacie arkusza xls następujących parametryzowanych raportów:	

<ul style="list-style-type: none">· Lista dokumentacji zgubionej,	
<ul style="list-style-type: none">· Lista dokumentacji wypożyczonej w określonym czasie do wskazanych innych jednostek organizacyjnych podmiotu lub organów upoważnionych,	
<ul style="list-style-type: none">- Lista dokumentacji medycznej przechowywanej w określonej jednostce organizacyjnej z możliwością wskazania okresu hospitalizacji.	
<ul style="list-style-type: none">- Lista dokumentacji wypożyczonej do wskazanych jednostek organizacyjnych podmiotu lub instytucji zewnętrznych oraz organów upoważnionych, dla której czas zwrotu upłynął.	
<ul style="list-style-type: none">- Lista dokumentacji medycznej pacjenta nieprzekazanej do jednostki archiwizującej podmiotu oraz lista dokumentacji medycznej zwróconej przez jednostkę archiwizującą do jednostek przekazujących podmiotu.	
<ul style="list-style-type: none">- Lista dokumentacji medycznej przyjętej na stan jednostki archiwizującej podmiotu z jednostek organizacyjnych.	
<ul style="list-style-type: none">· Lista dokumentacji określonego pacjenta z możliwością wyboru okresu, wskazania hospitalizacji lub wizyty pacjenta oraz określenia zakresu dokumentacji (opieka, pobyt, pacjent).	
<ul style="list-style-type: none">- Sumaryczne sprawozdanie roczne z działalności jednostki archiwizującej podmiotu.	
<ul style="list-style-type: none">- Rejestr udostępnień umożliwiający wygenerowanie wydruku dla udostępnień wewnętrznych, udostępnień do celów naukowo-badawczych, udostępnień pacjentowi lub organowi upoważnionemu.	
Wymagania нефункционалне	
System posiada interfejs użytkownika oparty o przeglądarkę internetową.	

System umożliwia wydruk kodu kreskowego na drukarce typu Zebra bezpośrednio z teczki pacjenta.	
System zapewnia bezpieczny dostęp do przechowywanych informacji oraz funkcjonalności w oparciu o mechanizmy uwierzytelnienia użytkowników oraz kontroli uprawnień do udostępnianych zasobów	