

Załącznik nr 1 do SOPZ

Lista funkcji dla posiadanych modułów oraz eUsług SPKSO

L.p.	OPIS PARAMETRU
	WYMAGANIA OGÓLNE
1.	System posiada graficzny interfejs użytkownika. Zapewniona jest praca w środowisku graficznym na wszystkich stanowiskach użytkowników.
2.	System komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim.
3.	Aby ułatwić pracę personelowi medycznemu pochodzącemu spoza Polski, istnieje możliwość uruchomienia systemu w przynajmniej dwóch innych językach poza polskim (np. angielskim i rosyjskim).
4.	Dostępność polskich znaków diakrytycznych wymagana jest w każdym miejscu i dla każdej funkcji w systemie - dotyczy także wyszukiwania, sortowania (według kolejności liter w polskim alfabecie), drukowania i wyświetlania na ekranie.
5.	Do wybranych przycisków widocznych w oknie programu przypisane są skróty klawiszowe. Skróty są stosowane konsekwentnie w całym systemie.
6.	Opcja podglądu wydruku jest dostępna dla wszystkich drukowalnych dokumentów.
7.	Minimum w zakresie funkcjonalnym zleceń i dokumentacji medycznej istnieje możliwość automatycznego wydruku bezpośrednio na drukarkę sieciową zarejestrowaną w systemie, bez konieczności podglądu wydruku.
8.	System umożliwi każdemu użytkownikowi zdefiniowanie domyślnie drukarki, na której będzie pracował. Domyślna drukarka będzie podpowiadała się przy każdym wydruku z systemu.
9.	W modułach dostępnych poprzez przeglądarkę internetową, system wykorzystuje centralny mechanizm zarządzania wydrukami. Definiowanie i konfiguracja drukarek odbywa się z jednego miejsca w systemie bez konieczności instalacji sterowników drukarek na stacjach użytkowników, aby zapewnić łatwe zarządzanie jednolitą listą dostępnych drukarek i możliwość drukowania dla bezdyskowych stacji graficznych, tabletów oraz pozostałych stacji roboczych. Drukarki lokalne (skonfigurowane na stacji roboczej) są widoczne w aplikacji tak samo jak drukarki skonfigurowane w centralnym mechanizmie zarządzania wydrukami.
10.	Co najmniej w zakresie modułów służących obsłudze: pacjenta (obsługa oddziału, izby przyjęć, rejestracja w poradni, gabinet lekarski); gospodarki lekami (obsługa apteki, apteczek oddziałowych, zlecenia leków); bloku operacyjnego; rehabilitacji; bloku porodowego; dializ; pracowni diagnostycznej; zarządzania zakładem radiologii; administracji systemem (konfiguracja i zarządzanie słownikami, usługami, formularzami, opcjami systemu, dokumentacją formularzową) - system działa w oparciu o przeglądarkę internetową (minimum Mozilla Firefox) będącą klientem końcowym aplikacji w architekturze trójwarstwowej, z identyczną funkcjonalnością na systemach Windows, Linux, MacOS.
11.	System nie może wymagać korzystania ze specjalnych programów klienckich technologii typu Citrix, VNC lub wirtualizacji desktop w celu realizacji wymagań funkcjonalnych interfejsu użytkownika dostępnego przez przeglądarkę internetową.
12.	System nie wymaga instalowania w przeglądarce internetowej żadnych dodatkowych pluginów (np. Java, Flash, ShockWave).

13.	Z wyjątkiem funkcjonalności obsługi kart kryptograficznych, system nie wymaga instalowania w przeglądarce internetowej żadnych rozszerzeń (AddOns).
14.	System może korzystać z oprogramowania Java Runtime Environment zainstalowanego na stacji roboczej. Dopuszczalne jest korzystanie wyłącznie z wersji wspieranej przez producenta.
15.	System umożliwia pracę na stacjach roboczych wykorzystujących różne systemy operacyjne, w tym przynajmniej: MS Windows, LINUX, MacOS.
16.	Komunikacja pomiędzy klientem końcowym aplikacji a serwerem aplikacji odbywa się poprzez szyfrowane połączenie.
17.	Co najmniej w zakresie obsługi pracowni diagnostyki obrazowej, oddziału, izby przyjęć i gabinetu lekarskiego system umożliwia użytkownikowi wybór spośród minimum trzech stylów aplikacji (tzw. "kompozycji"). Style aplikacji powinny odróżniać się przynajmniej kolorystyką (np. ciemne tło i jasna czcionka dla użytkowników pracujących w zaciemnionym pomieszczeniu) lub rozdzielczością (optymalizacja aplikacji dla niskiej rozdzielczości stacji roboczej).
18.	W trosce o bezpieczeństwo gromadzonych danych, system działa w oparciu o komercyjny motor bazy danych.
19.	Niezależność systemu od motoru bazy danych - obsługa minimum dwóch komercyjnych, relacyjnych motorów baz danych głównych dostawców na rynku (Oracle, Microsoft, Sybase, IBM).
20.	System umożliwia uruchamianie tego samego lub innego modułu w ramach jednej sesji dowolną ilość razy, np. w trybie pilnym pozwalając na szybkie wykonanie dodatkowych czynności bez przerywania obecnie wykonywanej pracy i bez konieczności ponownego logowania się.
21.	System umożliwia administratorom (użytkownikom ze specjalnymi uprawnieniami) zalogowanie się do systemu z uprawnieniami innego użytkownika, w celu weryfikacji uprawnień lub weryfikacji zgłaszanych problemów. System loguje tego typu sytuacje prezentując jaki użytkownik, kiedy zalogował się z wykorzystaniem uprawnień innego użytkownika.
22.	Conajmniej w modułach związanych z obsługą pacjenta w ambulatorium i szpitalu (gabinet lekarski, oddział, izba przyjęć) - system posiada funkcję prezentującą zalogowanemu użytkownikowi włączone i wyłączone funkcje i opcje systemowe. Dzięki temu administrator systemu może zweryfikować np. jakie uprawnienia należy dodać lub odebrać użytkownikowi lub jakie opcje konfiguracyjne powinny zostać włączone lub wyłączone.
23.	System umożliwia uwierzytelnianie użytkowników za pomocą struktury kont LDAP.
24.	System umożliwia zarządzanie konfiguracją uwierzytelnienia użytkowników za pomocą kont LDAP: <ul style="list-style-type: none"> - wyłączenie wybranych użytkowników z uwierzytelniania za pomocą konta LDAP - wskazani użytkownicy uwierzytelniani będą za pomocą konta w systemie (nie LDAP), - wskazanie nazwy atrybutu (z obiektu użytkownika LDAP) przechowującego login użytkownika, - wskazanie identyfikatora obiektu w drzewie LDAP, który przechowuje konta użytkowników systemu, - wskazanie identyfikatora obiektu użytkownika w drzewie LDAP, który posiada uprawnienia do odczytu listy użytkowników, - przechowywanie hasła użytkownika z serwera LDAP, który posiada uprawnienia do odczytu listy użytkowników, - wskazanie nazwy atrybutu z obiektu użytkownika LDAP przechowującego imię użytkownika, - wskazanie nazwy atrybutu z obiektu użytkownika LDAP przechowującego nazwisko użytkownika, - wskazanie czy mechanizm autentykacji powinien używać szyfrowanego (TLS) połączenia z serwerem LDAP, - wskazanie odnośnika (adresu URL), na który ma zostać przekierowana osoba chcąca zmienić hasło w LDAP, - wskazanie identyfikatora grupy w drzewie LDAP, do którego należą konta użytkowników systemu.

25.	System używa mechanizmu podwójnej weryfikacji uprawnień użytkownika - zarówno po stronie części klienckiej jak i sewerowej.
26.	Wszystkie wywołania usług systemu (uruchomione przez użytkowników i/lub systemy zewnętrzne) są logowane. Log wywołań usług zawiera: moment uruchomienia usługi; czas trwania obsługi żądania; nazwę użytkownika lub systemu zewnętrznego, który uruchomił usługę; IP komputera, z którego przyszło żądanie; nazwę usługi.
27.	Wszystkie akcje biznesowe użytkowników są logowane. Log akcji zawiera co najmniej: nazwę biznesową akcji (np. przyjęcie na oddział, edycja danych pacjenta, itp.); moment wywołania akcji; czas trwania akcji; nazwę użytkownika lub systemu, który uruchomił akcję; identyfikator rekordu, na którym wykonywana była akcja (w szczególności: identyfikator pacjenta, wizyty, hospitalizacji, pobytu).
28.	System udostępnia raport umożliwiający przeglądanie akcji użytkowników.
29.	System posiada historię zmian danych osobowych i medycznych pacjentów z uwzględnieniem treści danych, które zostały zmienione, kiedy i przez kogo.
INTEGRACJA HL7	
30.	Zgodność z wersją 2.x standardu HL7
31.	Możliwość umieszczenia zleceń oczekujących w kolejce zleceń oczekujących do wysłania.
32.	Minimalny zestaw transakcji HL7 obsługiwanych przez system HIS: Transakcje HIS -> Moduł dziedziny Nowe zlecenie – ORM^O01 Anulowanie zlecenia – ORM^O01 Transakcje Moduł dziedziny -> HIS Nowe zlecenie – ORM^O01 Zmiana danych zlecenia – ORM^O01 Anulowanie zlecenia – ORM^O01 Zmiana statusu zlecenia – ORM^O01 Wyniki – ORU^R01
33.	Możliwość automatycznej synchronizacji danych pacjenta z danymi pacjenta w systemie zewnętrznym podczas dodawania nowego pacjenta oraz możliwość synchronizacji na żądanie użytkownika (transakcje ADT) min. : - aktualizacja danych pacjenta ADT^A31 - łączenie danych pacjentów ADT^A40 - zmiana identyfikatora pacjenta ADT^A47
34.	Możliwość generowania dziennego podsumowania przetwarzanych transakcji HL7 i wysyłania zestawienia e-mailem do wskazanych odbiorców. Możliwość definiowania osobnych list odbiorców dla każdego systemu, z którym występuje komunikacja.
35.	Możliwość ponownego wygenerowania transakcji HL7 z poziomu aplikacji WWW w przypadku awarii komunikacji z systemami zewnętrznymi. Możliwość wskazania co najmniej numeru badania, typu transakcji (nowe zlecenie/wynik/anulowanie zlecenie), systemu którego dotyczy transakcja. Możliwość grupowego generowania transakcji ze zleceń dla wybranego okresu (od-do dd-mm-rrrr gg-mm) oraz z typu transakcji. Po użyciu funkcji wyświetlenie informacji o liczbie ponownie wygenerowanych transakcji.
36.	Możliwość wczytywania do systemu dokumentów osadzonych w przesyłanych transakcjach HL7 np. raportów PDF z prób wysiłkowych i udostępnienie ich w systemie.
37.	System musi umożliwiać uruchamianie aplikacji na serwerze tak, aby terminal odpowiadał tylko za przekazywanie danych wejściowych i wyświetlaniem wyjściowych.
38.	System musi umożliwiać pracę na podstawowym zakresie funkcji z wyłączeniem modułów wymagających instalacji dodatkowego oprogramowania specjalistycznego lub dostarczanego na inne systemy operacyjne (system ma być jednak kompatybilny z dostarczonymi peryferiami przynajmniej pod względem sterowników drukarek sieciowych, czytników kodów).

39.	Wspomaganie pracy helpdesk dla administratorów przez możliwość podłączenia do sesji terminala w trybie podglądu oraz pełnej kontroli.
40.	
ZARZĄDZANIE UŻYTKOWNIKAMI	
41.	System umożliwia dodawanie nowych użytkowników z wymuszeniem podania co najmniej imienia, nazwiska i kodu pracownika.
42.	System umożliwia dodawanie co najmniej następujących danych dotyczących pracownika: imię, drugie imię, nazwisko, nazwisko rodowe, data urodzenia, płeć, tytuł naukowy, pesel, e-mail, telefon stacjonarny, telefon komórkowy, telefon służbowy.
43.	System umożliwia dodawanie nowego pracownika z wprowadzeniem podstawowego zakresu danych o zatrudnieniu: jednostka organizacyjna, zatrudnienie od - do, etat.
44.	System umożliwia przypisanie pracownikowi informacji o znajomości języków obcych. Informacja ta może być wykorzystana w ambulatorium podczas planowania wizyt pacjentów obcojęzycznych.
45.	System umożliwia określenie dodatkowych informacji dotyczących usług, które wykonuje lekarz (co najmniej lista wykonywanych usług oraz wiek pacjenta).
46.	System umożliwia dezaktywację konta użytkownika.
47.	System prezentuje datę ostatniej zmiany hasła przez użytkownika, datę ostatniego udanego logowania i datę ostatniego nieudanego logowania.
48.	System umożliwia zdefiniowanie języka aplikacji dla użytkownika (co najmniej: polski, angielski, rosyjski).
49.	System umożliwia wprowadzenie informacji o rodzaju specjalizacji, specjalizacji i stopniu specjalizacji pracownika. System umożliwia wprowadzenie wielu specjalizacji dla pracownika.
50.	System umożliwia wprowadzenie informacji o indywidualnej praktyce lekarskiej pracownika (co najmniej nazwa i REGON).
51.	System umożliwia przypisanie pracownikowi funkcji w systemie (np. lekarz, pielęgniarka, konsultant).
52.	System umożliwia załączenie i prezentację zdjęcia pracownika.
53.	System umożliwia wydruk identyfikatora pracownika zawierającego jego dane oraz zdjęcie.
54.	System umożliwia zdefiniowanie wielu grup zawodowych pracownika wraz ze wskazaniem, dla których jednostek organizacyjnych są one dedykowane (np. w sytuacji kiedy jeden pracownik pełni funkcję psychologa i psychoterapeuty).
55.	System umożliwia śledzenie historii zmian wprowadzanych w danych użytkownika - historia prezentuje dane, które zostały zmodyfikowane, użytkownika, który zmodyfikował dane oraz datę modyfikacji.
56.	System umożliwia dostęp do listy uprawnień z poziomu użytkownika uprawnionego do administrowania systemem.
57.	System umożliwia dodawanie i odbieranie uprawnień wybranemu użytkownikowi, a także jednocześnie kilku wybranym użytkownikom.
58.	System umożliwia dostęp do listy użytkowników z możliwością zmiany danych wybranego użytkownika.
59.	Wyszukiwanie użytkowników według następujących kryteriów: nazwisko, kod użytkownika, login, typ pracownika, aktywny lub nie, typ użytkownika, grupa użytkownika, PESEL, numer Prawa Wykonywania Zawodu.
60.	Sortowanie listy użytkowników według jednego z kryteriów: nazwisko użytkownika, kod pracownika, typ pracownika, typ użytkownika, grupa użytkownika, login użytkownika.
61.	Export / import danych użytkowników do / z pliku.
62.	Dla uproszczenia zarządzania uprawnieniami użytkowników - system umożliwia tworzenie, edycję i usuwanie grup i typów użytkowników.
63.	System umożliwia tworzenie typów użytkowników wraz z przypisaniem im uprawnień do poszczególnych funkcji systemu.

64.	System umożliwia tworzenie grup użytkowników wraz z przypisaniem im dostępu do poszczególnych jednostek organizacyjnych.
65.	System umożliwia nadawanie uprawnień użytkownikom w kontekście jednostki organizacyjnej, w której pracują, tzn. użytkownik może mieć różne uprawnienia do wybranej funkcjonalności w zależności od kontekstu, w którym pracuje.
66.	System umożliwia nadanie grupie użytkowników uprawnień do jednostek organizacyjnych na co najmniej trzech poziomach: zapis, odczyt, odczyt gdy pacjent wcześniej przebywał na danym oddziale. - W przypadku uprawnień do zapisu - użytkownik posiadający takie uprawnienia będzie mógł np. zlecać badania czy prowadzić dokumentację formularzową pacjentów przebywających w jednostkach organizacyjnych, których uprawnienie dotyczy. - W przypadku uprawnień do odczytu - użytkownik nie będzie mógł np. zlecać badań lub prowadzić dokumentacji formularzowej - a jedynie uzyska dostęp do odczytu danych w jednostkach organizacyjnych, który uprawnienie dotyczy. - W przypadku odczytu gdy pacjent wcześniej przebywał na danym oddziale - użytkownik uzyska dostęp do danych zapisanych w danej jednostce organizacyjnej dopiero w momencie kiedy pacjent zostanie przeniesiony do jednostki w której pracuje dany użytkownik.
67.	System umożliwia wyszukanie typów i grup użytkowników według następujących kryteriów: kod, nazwa, aktywny/nieaktywny.
68.	System umożliwia sortowanie listy typów i grup użytkowników co najmniej według: kodu, krótkiej nazwy i pełnej nazwy.
69.	System umożliwia przypisywanie użytkownikom typów i grup użytkowników. System nie ogranicza ilości przypisanych użytkowników typów i grup. Upewnienia wynikające z kilku typów czy grup sumują się dla użytkownika.
70.	System umożliwia kopiowanie typów i grup użytkowników.
71.	System umożliwia odebranie użytkownikowi wybranego uprawnienia nawet jeżeli wynika ono z uprawnień przypisanego mu typu lub typów użytkownika.
ZARZĄDZANIE STRUKTURĄ ORGANIZACYJNĄ	
72.	System umożliwia zdefiniowanie struktury organizacyjnej w pełnym układzie hierarchicznym oraz określenie odpowiednich parametrów elementu każdego poziomu (stosownie do typu elementu). System kontroluje poprawność budowy hierarchii oraz prezentuje diagram prawidłowych podpięć jednostek.
73.	System umożliwia dodawanie nowych jednostek do struktury organizacyjnej z wprowadzeniem podstawowego zakresu danych: - kod i nazwa jednostki, - NIP, REGON, - dane adresowe (co najmniej: ulica, nr domu, nr mieszkania, miejscowość wybierana ze słownika miejscowości, kod pocztowy, poczta, powiat - uzupełniany automatycznie, województwo - uzupełniany automatycznie, kraj - uzupełniany automatycznie, kod administracyjny - uzupełniany automatycznie, telefon, fax, e-mail), - długość i szerokość geograficzna - dla umożliwienia prezentacji jednostki np. w różnego rodzaju mapach, - rodzaj jednostki, - daty aktywności - od - do, - księga rejestrowa - możliwość oznaczenia jednostki jako Podmiot (ZOZ), Przedsiębiorstwo, Jednostka organizacyjna lub Komórka organizacyjna wraz z wprowadzeniem wymaganej części kodu resortowego (w zależności od wybranego rodzaju co najmniej I, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX części kodu resortowego), - Dyrektor zarządzający, - Ordynator, - Dyrektor medyczny.

74.	System umożliwia definiowanie dodatkowych informacji o jednostce: <ul style="list-style-type: none"> - ośrodki kosztów, - plan kont, - identyfikatory w systemach zewnętrznych, - domyślny kod świadczenia wg MZ, - minimalna liczba dni pomiędzy rezerwacjami wizyt w poradni, - płeć pacjenta (weryfikacja płci pacjenta podczas przyjęcia na oddział).
75.	System umożliwia ograniczenie słownika ICD10 w jednostce.
76.	System umożliwia przypisanie jednostce kodów ICD9, które mają zostać automatycznie zakodowane przy przyjęciu pacjenta do szpitala (np. 89.00) oraz będą uwzględniane przy rozliczaniu pobytu.
77.	System umożliwia zdefiniowanie domyślnej diety i posiłków dodatkowych, które będą automatycznie zlecane pacjentowi w momencie przyjęcia na oddział.
78.	System umożliwia zdefiniowanie profilu ksiąg oraz dokumentacji, do których będą odbywały się automatyczne wpisy podczas operacji w systemie. System umożliwia definiowanie co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - księgi głównej, księgi oddziałowej oraz dokumentacji oddziałowej - dla oddziałów szpitalnych, - księgi porad, dokumentacji poradni - dla poradni, - księgi pracowni - dla pracowni i zakładów diagnostycznych, - księgi odmów, księgi porad ambulatoryjnych - dla izby przyjęć.
79.	System umożliwia zarządzanie grupami jednostek z możliwością dodawania, przeglądania, zmiany i usuwania pozycji oraz przypisania wybranych jednostek do grupy.
80.	System umożliwia graficzne wyświetlenie struktury organizacyjnej w postaci drzewa zależności z możliwością wyboru poszczególnych jego elementów i natychmiastowego przejścia do edycji wybranego elementu.
81.	System umożliwia dostęp do listy struktury organizacyjnej z możliwością zmiany danych wybranej jednostki.
82.	System umożliwia przegląd listy struktury organizacyjnej co najmniej w zakresie: kod, nazwa, miasto/ulica, rodzaj jednostki, hierarchia, grupa jednostek, powiązane ośrodki kosztów.
83.	System umożliwia wyszukiwanie jednostek według następujących kryteriów: kod jednostki, nazwa jednostki, rodzaj jednostki, hierarchia, grupa jednostek, miejscowość.
84.	System umożliwia export oraz import danych jednostek do pliku.
85.	System umożliwia definiowanie ilości dostępnych łóżek w jednostracie typu oddział / sala.
86.	
ZARZĄDZANIE SŁOWNIKIEM USŁUG	
87.	System umożliwia zarządzanie słownikiem usług. Istnieje możliwość dodawania, edycji, usuwania i kopiowania usług.
88.	System umożliwia import i export słownika usług z arkusza kalkulacyjnego.
89.	System umożliwia przegląd listy usług co najmniej w zakresie: kod, skrót, ICD-9, nazwa, typ usługi.
90.	System umożliwia wyszukiwania usług w słowniku za pomocą kryteriów: kod, nazwa, jednostka wykonująca, typ usługi.
91.	System umożliwia wprowadzenie podstawowych danych dotyczących usługi, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - kod, - skrót, - Krótka nazwa, - pełna nazwa, - typ usługi, - daty obowiązywania od - do, - jednostka miary.

92.	System umożliwia zdefiniowane dodatkowych danych dotyczących usługi, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - kodu procedury ICD-9, - kodu POZ, - jednostki wykonującej, - formularzy zlecenia, wyniku oraz innych formularzy służących opisowi danej usługi, - materiałów, na których wykonywana jest dana usługa (np. krew czy moczu), - próbki, do której zbierany jest materiał niezbędny do wykonania usługi (np. próbka czerwona 5 ml).
93.	System umożliwia zdefiniowanie i wykorzystywanie dodatkowych oznaczeń i restrykcji dotyczących usługi, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - ograniczenie związane ze zlecaniem usługi dla konkretnej płci pacjenta, - ograniczenie związane ze zlecaniem usługi pacjentom w konkretnym wieku (od - do), - oznaczenie usługi jako niemedyczna, - oznaczenie usługi, jako usługa przedmiotowa - niezwiązana z pacjentem, - oznaczenie, że wynik wykonania usługi wymaga upublicznienia (brak upublicznienia skutkuje dostępem do wyniku tylko dla użytkownika zlecającego i użytkowników ze specjalnymi uprawnieniami), - oznaczenie usługi jako Ratująca życie, - oznaczenie usługi jako stomatologiczna (usługa stomatologiczna wymaga uzupełnienia dodatkowych informacji podczas rozliczenia z NFZ), - ograniczenie związane z limitem zleceń dla danej usługi - oznaczenie co ile dni, lub godzin dana usługa może zostać zlecona pacjentowi.
94.	System umożliwia powiązanie usługi ze świadczeniami zawartymi w elektronicznych umowach z NFZ w celu zautomatyzowania kodowania świadczeń np. w Rehabilitacji. System pozwala określić czy świadczenia zakodowane przy usłudze powinny być wykazane w odrębnym zestawie świadczeń oraz czy powinny zostać zakodowane automatycznie w czasie gdy pacjent ma hospitalizację lub dla zleceń z oddziału lub izby przyjęć.
95.	System umożliwia przypisanie usługom stawek VAT wraz ze wskazaniem okresu obowiązywania.
96.	System umożliwia przypisanie usługom kodu klasyfikacji PKWiU (Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług).
97.	System umożliwia przypisanie usługom domyślnych czasów trwania rezerwacji w grafikach pracowni diagnostycznych i ambulatorium.
98.	System umożliwia tworzenie słownika typów usług, służącego do grupowania usług danego rodzaju.
99.	System umożliwia tworzenia dwupoziomowego słownika typów usług, np. Laboratorium (nadrzędny typ usługi) -> Analityka (podrzędny typ usługi).
100.	System umożliwia dodanie podstawowych informacji i typie usługi, co najmniej: kod, nazwa, opis.
101.	System umożliwia dodatkową konfigurację słownika typów usług poprzez wskazanie miejsc systemu w których dany typ będzie widoczny, co najmniej możliwość: <ul style="list-style-type: none"> - wykluczenia danego typu usług z możliwości wprowadzenia wyniku bez zlecenia, - zlecenia danego typu usług z modułów Oddział, Izba Przyjęć i Poradnia, - wskazania miejsca prezentacji wyniku usługi (miejsce na wyniki opisowe, lub wyniki liczbowe), - prezentacji informacji o wykonaniu danej usługi na ekranie podsumowania danych pobytu, - wykluczenia danego typu usług z możliwości zlecenia z poradni, - prezentacji wyników danego typu w ePortalu pacjenta.
102.	System umożliwia połączenie typu usługi z domyślnymi formularzami zlecenia, wyniku, opisu usługi - w taki sposób, że wszystkie usługi połączone z danym typem domyślnie będą połączone z danymi formularzami. Dzięki temu nie będzie konieczności łączenia pojedynczo poszczególnych usług z formularzami. System umożliwia zmianę domyślnych formularzy usługi bezpośrednio dla konkretnej usługi (formularze zdefiniowane bezpośrednio dla usługi mają pierwszeństwo przed formularzami, które usługa otrzymuje z poziomu typu usługi).

103.	System umożliwia tworzenie profili złożonych z wielu testów. Dla każdego z testów istnieje możliwość określenia, czy ma być domyślnie zaznaczony do zlecenia lub czy ma być obowiązkowy (w taki przypadku nie będzie możliwości zlecenia danego profilu bez tego testu).
104.	
ZARZĄDZANIE SŁOWNIKAMI SYSTEMU	
105.	System umożliwia przegląd i aktualizację słownika kodów terytorialnych oraz miejscowości bezpośrednio z plików udostępnianych przez GUS.
106.	System obsługuje słownik płci zgodnie z normą PN-ISO 5218: płeć nieokreślona, mężczyzna, kobieta, nieznana
107.	System umożliwia zarządzanie listą lekarzy kierujących.
108.	System umożliwia zarządzanie listą jednostek kierujących.
109.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi ze zlecaniem badań, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - słownik priorytetów zleceń, - słownik materiałów na których wykonywane są badania, - słownik powodów zmian statusu zlecenia.
110.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi ze zlecaniem leków, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - słowników sposobów podania leków, - słownik dawkowania leków, - słownik częstotliwości podania leków.
111.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi z danymi użytkownika / personelu, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - słownik języków obcych, - słownik specjalizacji, - słownik stopni naukowych, - słownik stopni specjalizacji, - słownik stopni znajomości języków obcych, - słownik typów personelu.
112.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi z ruchem chorych pacjentów, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - słownik trybów przyjęć, - słownik trybów wypisu, - słownik kierunków wypisu, - słownik źródeł skierowania.
113.	System umożliwia zarządzanie słownikiem priorytetów SOR.
114.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi z opiekunami pacjenta, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - słownik zakresu upoważnień, - słownik pokrewieństwa.
115.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi z porodem, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - słownik charektereystyki porodu, - słownik czynników porodu, - słownik czynników obciążających w czasie porodu.
116.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi z grafikami dyżurów, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - słownik wymiarów pracy, - słownik etatów, - słownik rodzajów dyżurów.
117.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi z definiowaniem probówek wykorzystywanych do pobrania materiału, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - słownik probówek, - słownik typów probówek, - słownik producentów probówek, - słownik kolorów probówek.

118.	System umożliwia zarządzanie słownikami związanymi z zakażeniami, co najmniej: - słownik czynników ryzyka zakażeń, - słownik grup ryzyka, - słownik drobnoustrojów alarmowych, - słownik patogenów alarmowych, - słownik rozpoznania zakażenia, - słownik klasyfikacji zakażenia, - słownik rodzajów zakażenia, - słownik objawów zakażenia, - słownik typów leczenia zakażenia, - słowników przebiegów klinicznych zakażenia, - słowników wyników leczenia zakażenia.
ZARZĄDZANIE SŁOWNIKAMI RUCHU CHORYCH PACJENTÓW	
119.	Konfiguracja opcji aplikacji.
120.	System umożliwia zdefiniowanie liczby dostępnych łóżek na oddziale/ w sali.
121.	Zarządzanie słownikiem rodzajów łóżek z możliwością dodawania, przeglądania, zmiany danych i usuwania pozycji.
122.	Możliwość określenia na wybranej jednostce organizacyjnej rodzaju dyżurów, wraz z czasem trwania tego dyżuru i typu personelu, jaki będzie ten dyżur wykonywał.
123.	Zarządzanie słownikiem rodzajów dyżurów z możliwością dodawania, przeglądania, zmiany danych i usuwania pozycji.
124.	Definiowanie okresów obowiązywania procedur medycznych na potrzeby wyszukiwania w innych modułach systemu.
125.	Możliwość tworzenia słownika kodyfikacji/tagów które potem można przypisać do pacjenta lub epizodu leczenia.
KOMUNIKATOR	
126.	Funkcje komunikatora dostępne są dla wszystkich modułów związanych z obsługą pacjenta, z wyłączeniem modułów integrujących się bezpośrednio z urządzeniami medycznymi.
127.	Moduł przesyła informacje o zmianach w oprogramowaniu Dostawcy.
128.	Moduł umożliwia odbieranie komunikatów RSS.
129.	Moduł umożliwia wymianę informacji tekstowej pomiędzy użytkownikami on-line (chat).
130.	Moduł umożliwia w przypadku wykrycia błędu aplikacji przesłanie komunikatu do administratora. Moduł umożliwia też przesyłanie tą drogą uwag dotyczących oprogramowania do administratora.
131.	Możliwość przekazywania wiadomości tekstowych tak na poszczególne stacje jak i na poszczególne grupy, zdefiniowane w systemie.
132.	Wiadomości mogą być dodatkowo oznaczone jako: pilna lub blokująca system. Wiadomość pilna powoduje regularne wyświetlanie komunikatu o jej nadejściu. Wiadomość blokująca system wymusza potwierdzenie zapoznania się z nią przed dalszą pracą w systemie.
133.	System informuje za pomocą komunikatora o aktualizacji natychmiast po wykonaniu aktualizacji z informacją o dacie wykonania aktualizacji oraz URL do listy zmian.
134.	W wiadomościach można umieszczać odnośniki do stron zewnętrznych WWW np. do strony z rozporządzeniem prezesa NFZ.
135.	Moduł umożliwia wprowadzenie wiadomości wymagających potwierdzenia przed dalszą pracą w systemie system uniemożliwia pracę bez potwierdzenia odczytania wiadomości).

136.	Możliwość, niezależnie od komunikatora wbudowanego w System i będącego jego integralną częścią, wykorzystania komunikatora Skype.
CENTRALNY SERWER WYDRUKÓW	
137.	Funkcje dostępne przynajmniej dla modułów obsługi pacjenta z wyjątkiem bezpośrednio integrujących się z urządzeniami medycznymi.
138.	System zapewnia możliwość drukowania bez konieczności instalacji sterowników na stacji roboczej.
139.	System musi zapewniać obsługę drukarek systemu Linux i Windows
140.	System musi umożliwiać kolejkowanie wydruków
141.	System kolejek wydruków pozwala korzystać z drukarek sieciowych bez konieczności instalowania sterowników na stacjach roboczych i terminalach. W szczególności możliwe jest użytkowanie drukarek niezależnie od systemu operacyjnego stacji roboczej oraz na terminalach graficznych działających pod kontrolą systemu o otwartym kodzie źródłowym.
142.	System musi umożliwiać zbieranie statystyk o liczbie wydruków z podziałem na rodzaj wydruku i urządzenie na jakie wydruk został zlecony
143.	System musi umożliwiać centralne zarządzanie drukarkami (dodawanie, usuwanie, modyfikacja sterownika, nadawanie nazwy) poprzez graficzny interface
144.	System musi umożliwiać definiowanie kilku odrębnych kolejek wydruków widocznych w systemie dla jednej fizycznej drukarki, wykorzystując inne opcje wydruku (wydruk dwustronny, wydruk na domyślnym formacie A3, itp.)
145.	System musi umożliwiać konfigurację drukarek JetDirect/Socket/AppSocket
146.	System musi umożliwiać konfigurację drukarek IPP (Internet Printing Protocol)
147.	System musi umożliwiać konfigurację drukarek LPD
148.	System musi umożliwiać konfigurację drukarek SMB/Windows Printers
149.	System musi umożliwiać zdalny start, stop i restart usługi centralnego systemu wydruków
150.	System musi umożliwiać centralne dołączanie sterowników dla drukarek
151.	System musi umożliwiać odświeżanie listy drukarek w systemie automatycznie i na żądanie
152.	System musi umożliwiać konfigurację domyślnych drukarek dla stacji roboczej
153.	System musi umożliwiać wydruk z systemu na dowolnej drukarce skonfigurowanej w systemie
154.	System musi umożliwiać mapowanie nazw drukarek (możliwość nadania innej nazwy w systemie operacyjnym, a innej w aplikacji)
155.	System musi umożliwiać weryfikację pracy (dostępności, listy niewykonanych zadań, status) wszystkich drukarek z jednego miejsca
PULPIT LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI	
156.	Prezentacja na jednym ekranie informacji o:
157.	- pacjentach szpitalnych - panel zawierający minimum nazwisko pacjenta, salę/oddział, datę przyjęcia
158.	- pacjentach ambulatoryjnych - panel zawierający nazwę gabinetu, godzinę wizyty i jej status
159.	- dokumentacji medycznej, która wymaga uzupełnienia i która nie została zamknięta - panel zawierający nazwę dokumentu oraz nazwisko pacjenta z nim związanego
160.	- prezentacja wyników zleceń przygotowanych przez lekarza i / lub związanych z prowadzonym przez lekarza pacjentem - panel zawierający minimum nazwę badania, nazwisko pacjenta oraz status badania

161.	- prezentacja zadań zleconych przez innych użytkowników (np. operacja lub konsultacja) - panel zawierający nazwę zlecenia, pacjenta oraz status
162.	- prezentacja zmienionych zleceń przygotowanych przez lekarza i / lub związanych z prowadzonym przez lekarza pacjentem - panel zawierający nazwę zlecenia, pacjenta oraz status
163.	- prezentacja zleconych i zmienionych diet - panel prezentujący jednostkę organizacyjną nazwę diety oraz ilość
164.	- prezentacja problemów dotyczących leków/zasobów w magazynkach oddziałowych, panel powinien umożliwiać monitorowanie niskich stanów magazynowych zasobów i leków, daty ważności zasobów
165.	- prezentacja zleconych leków - panel prezentujący listę leków zleconych w zakresie: jednostka organizacyjna, pacjent, planowana data i godzina podania, lek, droga podania, dawka. Użytkownik powinien mieć możliwość wyboru jednostki organizacyjnej dla której prezentowane są dane oraz czasu podania leku (np. pokaż leki zleczone na najbliższe 4 godziny)
166.	- prezentacja zleconych leków, których podaż kończy się w najbliższym czasie - panel prezentujący nazwę jednostki organizacyjnej, pacjenta, lek. Użytkownik powinien mieć możliwość wyboru zakresu danych prezentowanych na panelu, np.. Pokaż pacjentów, którym podaż leków kończy się w przeciągu 2 najbliższych dni
167.	- prezentacja listy pacjentów z zakażeniem
168.	- prezentacja listy pacjentów bez wypełnionej ankiety NRS
169.	- prezentacja usług zleconych do pracowni
170.	Możliwość zdefiniowania dostępu do funkcji oraz danych pacjentów w zależności od profilu uprawnień użytkownika.
171.	Możliwość sortowania informacji prezentowanych na panelach po dowolnej kolumnie.
172.	Możliwość konfiguracji, który z paneli i w jakim miejscu jest prezentowanych na ekranie.
173.	Możliwość automatycznego oraz ręcznego (po naciśnięciu przycisku 'Odśwież') odświeżania zawartości każdego panelu.
GENERATOR FORMULARZY	
174.	System umożliwia zdefiniowanie formularzy związanych z obsługą pacjenta (z wyjątkiem dedykowanych modułów integrujących się bezpośrednio z urządzeniami medycznymi) na potrzeby Zamawiającego przez personel Zamawiającego. Moduł ten jest integralną częścią systemu.
175.	System umożliwia dodanie na formularzu pola napisu, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - treści napisu, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego.
176.	System umożliwia dodanie na formularzu pola tekstowego, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - oznaczenia czy uzupełnienia pola jest obowiązkowe, - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu, wagi pacjenta).

177.	<p>System umożliwi dodanie na formularzu pola opisowego, z możliwością konfiguracji co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wysokości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne, - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu lub wagi pacjenta), - dostępu do wyników pacjenta z możliwością skopiowania wyniku do pola, - dostępu do wprowadzonych wcześniej danych na innych formularzach.
178.	<p>System umożliwi dodanie na formularzu pola opisowego - formatowanego, w którym użytkownik będzie mógł wstępnie sformatować wprowadzony opis (pogrubienie, podkreślenie, kursywa, z możliwością konfiguracji co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne, - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu lub wagi pacjenta), - dostępu do wyników pacjenta z możliwością skopiowania wyniku do pola, - dostępu do wprowadzonych wcześniej danych na innych formularzach.
179.	<p>System umożliwi dodanie na formularzu pola liczby całkowitej, z możliwością konfiguracji co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - wartości minimalnej, - wartości maksymalnej, - normy (w przypadku przekroczeniu normy - system w podglądzie wprowadzonych w polu danych oznaczy je odpowiednim kolorem, np. czerwonym w przypadku przekroczenia górnej granicy lub niebieskim w przypadku przekroczenia dolnej granicy), - jednostki miary, - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne, - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu lub wagi pacjenta).
180.	<p>System umożliwi dodanie na formularzu pola liczby rzeczywistej, z możliwością konfiguracji co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - wartości minimalnej, - wartości maksymalnej, - miejsc po przecinku, których wprowadzenie będzie możliwe, - normy (w przypadku przekroczeniu normy - system w podglądzie wprowadzonych w polu danych oznaczy je odpowiednim kolorem, np. czerwonym w przypadku przekroczenia górnej granicy lub niebieskim w przypadku przekroczenia dolnej granicy), - jednostki miary, - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne, - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu lub wagi pacjenta).

181.	System umożliwia dodanie na formularzu pola daty, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - precyzji daty (data, czas, data i czas), - oznaczenie czy uzupełnienia pola jest obligatoryjne.
182.	System umożliwia dodanie na formularzu pola listy, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - wskazania słownika listy (system umożliwia dodanie dowolnych słowników wykorzystywanych na formularzach), - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne.
183.	System umożliwia dodanie na formularzu pola wyboru (tzw. checkbox), z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego.
184.	System umożliwia dodanie na formularzu grupy przycisków opcji (tzw. radio button), z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - wskazania słownika opcji (system umożliwia dodanie dowolnych słowników wykorzystywanych na formularzach), - określenie ilości kolumn opcji, - oznaczenie czy oznaczenie, którejś z opcji jest obligatoryjne.
185.	System umożliwia dodanie na formularzu panelu załączania plików.
186.	System umożliwia dodanie na formularzu schematu graficznego.
187.	System umożliwia dodanie na formularzu słownika pracowników, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - wskazanie funkcji pracownika, - wskazanie typów pracowników - dla zawężenia dostępnej w polu listy pracowników, - oznaczenia czy na jednym formularzu powinna być możliwość wybrania tego samego pracownika więcej niż jeden raz, - oznaczenie pracownicy jakich jednostek organizacyjnych powinni być dostępni w polu listy pracowników, - oznaczenie czy po wyborze pracownika z listy - na podglądzie formularza poza imieniem i nazwiskiem powinny być widoczne również tytuł naukowy, specjalizacje i numer Prawa Wykonywania Zawodu, - oznaczenie czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne.

188.	System umożliwia dodanie na formularzu słownika usług, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - wskazanie typów usług, których wybór będzie możliwy, - oznaczenia czy na jednym formularzu powinna być możliwość wybrania tej samej usługi więcej niż jeden raz, - oznaczenie czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne.
189.	System umożliwia dodanie na formularzu słownika jednostek ze struktury organizacyjnej, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - wskazanie typów hierchii, których wybór będzie możliwy, - oznaczenie czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne.
190.	System umożliwia dodanie na formularzu słownika diagnoz ICD-10, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - oznaczenie czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne.
191.	System umożliwia dodanie na formularzu słownika umów zawartch z płatnikami innymi niż NFZ, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - oznaczenie czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne.
192.	System umożliwia dodanie na formularzu słownika urzędzeń, z możliwością konfiguracji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy pola (opisu pola), - długości pola, - wyrównania poziomego, - wyrównania pionowego, - wskazanie typów urzędzeń, których wybór będzie możliwy, - oznaczenie czy na jednym formularzu powinna istnieć możliwość wyboru tej samej pozycji słownikowej więcej niż jeden raz, - oznaczenie czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne.
193.	System umożliwia skonfigurowanie i podłączanie wydruków zawierających dane wprowadzone na wcześniej zdefiniowanych formularzach.
194.	System umożliwia definiowanie na formularzach reguł obliczeniowych, dzięki którym możliwe jest wyliczanie wartości na podstawie innych pól formularza i danych z systemu.
195.	System umożliwia wykorzystywanie stworzonych formularzy w: <ul style="list-style-type: none"> - dokumentacji formularzowej dostępnej w modułach Oddział, Izba Przyjęć, Poradnia; - zleceniach usług (m.in. Zlecenie, wynik, zapis wykonania, dodatkowe dane); - karta zakażeń; - części anestezyjologicznej; - rejestracji materiału.

196.	System umożliwia eksport i import stworzonych formularzy do pliku zewnętrznego.
197.	System umożliwia kopiowanie formularzy.
198.	System umożliwia kopiowania samych atrybutów formularza w celu wykorzystania ich do stworzenia nowego formularza.
199.	System umożliwia tworzenie niestandardowych formularzy, które mogą zostać połączone z usługami. Niestandardowy formularz może być prezentowany np. na dodatkowej zakładce. Formularz może zawierać dowolne pola z pośród wszystkich dostępnych w generatorze. System umożliwia konfigurację dowolnej nazwy dla takiego formularza oraz włączenie go na wybranej liście roboczej systemu i połączenie z dowolnymi usługami lub typami usług.
200.	W polach opisowych przy wypełnianiu w systemie formularzy istnieje możliwość dodania i użycia predefiniowanych fraz opisowych / wzorców / szablonów tekstów do późniejszego wykorzystania przez użytkownika lub grupę użytkowników z możliwością określenia ich dostępności: <ul style="list-style-type: none"> - ogólnodostępnych - ogólnodostępnych tylko w kontekście wybranej jednostki organizacyjnej (frazy są widoczne tylko w formularzach dla pacjentów przebywających w danej jednostce) - ogólnodostępnych tylko dla konkretnych typów użytkownika - ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika w kontekście jednostki organizacyjnej - ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora - ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora w kontekście jednostki organizacyjnej. Frazy opisowe są zapisywane bezpośrednio w bazie danych Systemu i są dostępne na dowolnej stacji roboczej zalogowanej do Systemu.
DOKUMENTACJA FORMULARZOWA	
201.	System umożliwia definiowanie zakresu, rodzaju i struktury dokumentacji formularzowej zbieranej podczas pobytu pacjenta w szpitalu lub podczas wizyty w ambulatorium.
202.	System umożliwia zarządzanie strukturą dokumentacji formularzowej w formie graficznej - w postaci schematu drzewa zawierającego hierarchię dokumentacji formularzowej z co najmniej modułów Oddział, Izba Przyjęć i Poradnia.
203.	System umożliwia zarządzanie strukturą dokumentacji formularzowej poprzez dodawanie, edycję, usuwanie zakładek i grup zawierających poszczególną dokumentację formularzową oraz dodawanie, edycję i usuwanie poszczególnych elementów dokumentacji formularzowej.
204.	System umożliwia konfigurację każdego z elementów dokumentacji formularzowej co najmniej poprzez: <ul style="list-style-type: none"> - możliwość konfiguracji czy zapis danego elementu będzie możliwy tylko raz podczas pobytu / wizyty czy wiele razy podczas pobytu / wizyty; - możliwość konfiguracji zakresu widoczności do edycji i odczytu dla hospitalizacji / pobytu na oddziale / wizyty lub zawsze dla danego pacjenta; - możliwość konfiguracji jakie tryby dokumentacji formularzowej powinny być dostępne: dokument kompletny / dokument w formie szkicu, - możliwość konfiguracji czy w danym dokumencie możliwe będzie wprowadzenie daty obowiązywania / okresu obowiązywania, - możliwość konfiguracji czy edycja danego dokumentu powinna być możliwa w zamkniętych pobytach, - możliwość konfiguracji czy po zapisie dokumentu - na podglądzie powinny być ukrywane nieuzupełnione pola.
205.	System umożliwia zarządzanie dokumentacją formularzową w zakresie widoczności poszczególnych elementów w jednostkach struktury organizacyjnej.
206.	System umożliwia podłączanie do poszczególnych elementów dokumentacji formularzowej - wcześniej stworzonych formularzy strukturyzowanych stworzonych za pomocą modułu Generator Formularzy.
ZARZĄDZANIE RAPORTAMI I GENERATOR RAPORTÓW	

207.	System umożliwia zarządzanie listą dostępnych zestawień / raportów poprzez możliwość nadawania uprawnień do uruchamiania każdego z nich oraz umieszczania ich w odpowiednim module - administrator może skonfigurować, w którym module dostępny ma być wskazany raport.
208.	Generator raportów stanowi integralną część systemu.
209.	System umożliwia tworzenie nowych raportów w oparciu o dostępne widoki danych oraz język zapytań SQL.
210.	W zależności od zawartości źródła danych, system umożliwia stworzenie nowego raportu, zawierającego dostępne kryteria i kolumny.
211.	Dla raportów tworzonych w oparciu o dostępne widoki danych, system umożliwia konfiguracje kryteriów tworzonych raportów, co najmniej w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - wybór pola, - określenie nazwy, - wskazanie czy wybór kryterium będzie wymagany, - wskazanie czy dane kryterium powinno być widoczne, - wartość domyślna, - położenie x, - położenie y.
212.	Dla raportów tworzonych w oparciu o dostępne widoki danych, system umożliwia konfiguracje kolumn danych, co najmniej w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - wybór pola, - określenie nazwy kolumny, - wskazanie czy dana kolumna powinna być widoczna, - sortowanie (malejąco / rosnąco), - grupowanie, - sortowanie, - zliczanie.
GRAFIKI PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO	
213.	Grafik dostępności
214.	System umożliwia definiowanie grafików dostępności personelu lub urządzeń
215.	Grafiki są podstawą do wyznaczania terminów wizyt przez moduł rezerwacji
216.	Grafik definiowany jest dla urządzenia lub lekarza ze wskazaniem konkretnego gabinetu
217.	System umożliwia stworzenia dowolnej liczby grafików, również dla jednego lekarza lub gabinetu
218.	W ramach każdego grafika mogą być definiowane przedziały czasowe cykliczne (powtarzające się każdego tygodnia), a także definiowane na konkretny dzień.
219.	System umożliwia zdefiniowanie usług, które będą świadczone pacjentom w ramach danego grafika.
220.	System umożliwia zdefiniowanie dowolnego czasu trwania usługi w zależności od rodzaju usługi i typu wizyty (np. standardowa, pierwsza, kontynuacja)
221.	System umożliwia nadanie grafikowi dodatkowych atrybutów ograniczających jego dostępność dla pewnych klas pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> - Odpłatnie (ang. FFS - Fee For Service) – grafik dostępny tylko dla pacjentów płacących za leczenie - Abonament – grafik dostępny tylko dla pacjentów posiadających umowę na świadczenie usług medycznych - NFZ – grafik tylko dla pacjentów leczonych w ramach umowy z NFZ - VIP – grafik tylko dla pacjentów VIP

222.	System umożliwia definiowanie blokad grafika z możliwością podania powodu blokady (urlop, zwolnienie, serwis sprzętu)
223.	System umożliwia edycję słownika powodów blokad grafika
224.	System umożliwia zarządzanie kalendarzem dni wolnych.
225.	System umożliwia zdefiniowanie czy dany grafik obowiązuje w dzień wolny od pracy
226.	System umożliwia przeglądanie grafików w ujęciu tygodniowym lub miesięcznym
227.	System umożliwia przeglądanie grafików dostępności wybranego lekarza/urządzenia i/lub wybranej przychodni
228.	System śledzi i udostępnia historię modyfikacji grafików
229.	System umożliwia definiowanie szablonów tygodniowych i dziennych grafika o czasie obowiązywania węższym niż cały grafik.
230.	System umożliwia modyfikację cyklicznych przedziałów dziennych grafika w sposób umożliwiający określenie innych godzin dostępności zasobu w różnych okresach obowiązywania grafika
231.	Grafik dyżurów i pracy
232.	System dostarcza funkcję pozwalającą definiować, planować plan dyżurów i pracy w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - definicji typów personelu w jednostce organizacyjnej - definicji osób zatrudnionych o danym typie personelu - definicji wymiaru etatu danego personelu - definicji dostępnych rodzajów dyżurów i ich czasów trwania w danej jednostce organizacyjnej
233.	System umożliwia i wspomaga proces planowania dyżurów, pracy i nieobecności w sposób graficzny poprzez: <ul style="list-style-type: none"> - prezentację widoku miesięcznego w danej jednostce i danym typie personelu, - automatyczne zliczanie liczby godzin wynikających z etatu, już zaplanowanych i zrealizowanych, - automatyczne pomniejszanie liczby godzin do wypracowania w danym miesiącu o zaplanowane nieobecności (urlop, zwolnienie, inna nieobecność), - automatyczne zliczanie liczby nadgodzin, która przechodzi na kolejny miesiąc, - automatyczne zliczanie liczby godzin nocnych i świątecznych, - możliwość oznaczenia realizacji planu całego miesiąca przez daną osobę, - możliwość raportowania liczby godzin pracy innej niż planowana.
234.	Funkcja możliwa do uruchomienia na wszystkich stacjach roboczych na oddziałach, izbie przyjęć i w poradni z poziomu odpowiedniego modułu (np. Oddział, Izba przyjęć), bez konieczności ponownego zalogowania się do systemu lub uruchamiania zewnętrznego oprogramowania.
235.	System udostępnia raport z zaplanowanych i zrealizowanych dyżurów oparty na ww. graficznej prezentacji
ARCHIWUM DOKUMENTACJI PAPIEROWEJ	
236.	Wyszukiwanie historii choroby (według danych personalnych pacjenta, kodu kreskowego, nr Księgi Głównej, okresów pobytu).
237.	Automatyczne przygotowanie przez System listy zamówionych dokumentacji do archiwum papierowego na podstawie zarezerwowanej wizyty/pobytu do archiwum papierowego przez lekarza.

238.	Ewidencja przyjęcia dokumentacji do archiwum: - data przyjęcia, - pracownik szpitala, który oddał historię choroby, - pracownik archiwum, który ją przyjął.
239.	Ewidencja wydania z archiwum dokumentacji: - data wydania, - dane osoby (lekarz, pacjent, osoba upoważniona) instytucji, której wydano historię, - pracownik archiwum, który ją wydał, - postać dokumentu (kopia, oryginał), - przewidywana data zwrotu, - osoba odbierająca, - cel zamówienia (bieżące, do celów naukowy), - uwagi.
240.	Możliwość wydawania dokumentacji: - Wydawanie z zamówienia, - Wydawanie bez wcześniejszego zamówienia.
241.	Możliwość zamawiania dokumentacji: - wprowadzanie zamówień dokumentacji przez lekarzy i przez pracowników archiwum. Możliwość umieszczania wielu pozycji na jednym zamówieniu, - modyfikowanie danych wcześniej wprowadzonego zamówienia, - dane zamówienia: lista wybranych dokumentacji, podmiot zamawiający (lekarz, pacjent, osoba upoważniona, instytucja), postać dokumentu (kopia, oryginał), data zamówienia, przewidywana data zwrotu, cel zamówienia (bieżące, do celów naukowy), priorytet (pilny, rutynowy), uwagi.
242.	Wyszukanie wszystkich dokumentacji danego pacjenta.
243.	Zestaw raportów umożliwiający minimum poniższe zestawienia: - ewidencja historii statusu dokumentacji, - ewidencja wydanych dokumentacji, - przekroczony termin zwrotu.
244.	System umożliwia odnotowanie informacji o kasacji dokumentów z wydrukowaniem protokołu kasacji.
245.	System umożliwia nałożenie limitów wypożyczeni dokumentacji w zależności od tego, czy jest ona wypożyczana do celów bieżących, naukowych.

246.	<p>Dodawanie różnego rodzaju dokumentacji medycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentacja szpitalna (historia choroby) Dane dokumentacji: numer dokumentacji (nr księgi głównej); numer teczki, w której znajduje się dokumentacja; okres z którego pochodzi dokumentacja (data przyjęcia i wypisu ze szpitala); Pacjent, którego dotyczy dokumentacja; Dane dokumentacji, które dotyczą wszystkich rodzajów dokumentacji: stan dokumentacji (wybrakowana, zagubiona); osoba dostarczająca dokumentację; osoba przyjmująca dokumentację (pracownik archiwum); data przyjęcia, uwagi; - Dokumentacja szpitalna – historyczna (dokumentacja sprzed wdrożenia systemu) Dane takie jak: numer dokumentacji, pacjent, miejsce pobytu, data przyjęcia i wypisu wprowadzane są ręcznie w odróżnieniu od poprzedniego rodzaju dokumentacji, gdzie dane te są pobierane automatycznie po wybraniu księgi głównej. - Dokumentacja szpitalna – oddziałowa (gdy oddziały prowadzą oddzielną dokumentację) Pozwala na dodawanie dokumentacji dla pojedynczych pobytów na oddziałach. Można wskazać dowolny pobyt/pobyty spośród wszystkich pobytów hospitalizacji i dodać dla niego/nich dokumentację. Dane dokumentacji: numer dokumentacji (kolejny numer w danym roku, nadawany przez system w momencie dodawania dok. do archiwum); okres, z którego pochodzi dokumentacja (data przyjęcia i wypisu z oddziału) - Księga przyjęć i odmów z Izby przyjęć Dane dokumentacji: specjalizacja, okres z którego pochodzi dokumentacja, numer dokumentacji (kolejny numer w danym roku dla określonej specjalizacji). - Teczka Kart informacyjnych z izby przyjęć Dane dokumentacji: takie same jak dla dokumentacji typu: 'Księga przyjęć i odmów'. - Książka raportów pielęgniarskich Dane dokumentacji: jednostka organizacyjna (oddział), okres z którego pochodzi dokumentacja, numer dokumentacji (kolejny numer w danym roku dla określonego oddziału). - Książka raportów lekarskich Dane dokumentacji: takie same jak dla dokumentacji typu: 'Książka raportów lekarskich'.
CYFROWE REPOZYTORIUM DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH	
247.	Wpisy w danych dokumentacji medycznej oznaczone są czasem wprowadzenia oraz opatrzone oznaczeniem osoby dokonującej wpisu lub zmian
248.	System otwarty jest na możliwość opatrywania określonych wpisów podpisem elektronicznym oraz oznaczania czasem
249.	System zapewnia automatyczne kopie bezpieczeństwa zawartości archiwum elektronicznego dokumentacji medycznej
250.	Możliwość automatycznego zarchiwizowania dokumentacji medycznej na daną chwilę (w tym opcja automatycznego archiwizowania po elektronicznym podpisaniu) i przechowanie go w formacie PDF
251.	Istnieje możliwość przygotowania eksportu całości danych dokumentacji medycznej w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym
252.	Możliwość archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.
253.	Generowanie wydruków zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa
254.	Możliwość archiwizacji dokumentów złożonych, wieloczęściowych i przyrostowych tj. księgi

255.	Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych utworzonych poza Oprogramowaniem Zamawiającego, manualna rejestracja dokumentów zewnętrznych
256.	Cyfryzacja dokumentu papierowego i dołączanie go do dokumentacji elektronicznej
257.	Możliwość weryfikacji podpisu
258.	Możliwość weryfikacji integralności dokumentu
259.	Możliwość wydruku dokumentu
260.	Możliwość wersjonowania przechowywanych dokumentów z dostępem do pełnej historii poprzednich wersji.
261.	Repozytorium EDM musi umożliwiać:
262.	- rejestrację dokumentu
263.	- pobieranie dokumentów w formacie XML
264.	- pobieranie dokumentów w formacie PDF
265.	- wyszukiwanie materializacji dokumentów
266.	Repozytorium EDM musi współdzielić z Oprogramowaniem Zamawiającego:
267.	- słownik jednostek organizacyjnych,
268.	- rejestr użytkowników,
269.	- rejestr pacjentów,
270.	Indeksowane powinny być wszystkie wersje dokumentu
271.	Możliwość indeksowania dokumentów w celu łatwego jej wyszukiwania wg zadanych kryteriów
272.	Indeks dokumentacji powinien być zorientowany na informacje o dokumencie: autor, data powstania, rozmiar, typ, data powstania.
273.	Cyfrowe archiwum medycznej jest modułem dostarczonym przez Wykonawcę zintegrowanym z modułem elektronicznej dokumentacji medycznej
274.	Możliwość przechowywania dokumentów elektronicznych w dowolnym formacie, w tym PDF
275.	Możliwość przechowywania dokumentów podpisanych lub niepodpisanych podpisem elektronicznym
276.	Możliwość porządkowania dokumentacji w folderach w kontekście rekordu medycznego pacjenta
277.	System zapewnia automatyczne kopie bezpieczeństwa zawartości archiwum dokumentów
278.	System zapewnia oznaczenie czasu i jednoznaczne przypisanie osoby dodającej dokument cyfrowy
279.	System zapewnia automatyczne kopie bezpieczeństwa zawartości archiwum dokumentów
280.	Przechowywanie w systemie informatycznym wszystkich dokumentów w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność z dokumentacją prowadzoną w module elektronicznej dokumentacji medycznej
CYFROWY PODPIS DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH	
281.	Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na dokumencie oraz na zbiorze dokumentów w formacie PDF
282.	Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na zbiorze dokumentów
283.	
284.	AUTORYZACJA WYNIKÓW USŁUG MEDYCZNYCH
285.	System HIS jest wyposażony w funkcjonalność autoryzacji wyników usług.
286.	Możliwość opatrywania dokumentów podpisem elektronicznym oraz oznaczenia czasem

287.	System zapewnia oznaczenie czasu i jednoznaczne przypisanie osoby dodającej dokument cyfrowy
288.	Autoryzacja wyniku polega na złożeniu pod wpisanym wynikiem podpisu zgodnie z regułą autoryzacji zdefiniowaną dla danego formularza badania / usługi.
289.	W przypadku, gdy zdefiniowana została reguła autoryzacji, po wpisaniu wyniku badanie otrzyma status Wynik do weryfikacji. Na ekranie wyniku występuje tabela autoryzacji reprezentująca regułę autoryzacji z listą niezbędnych podpisów / autoryzacji.
290.	Reguły autoryzacji można definiować w module administracyjnym systemu HIS dla każdego z formularzy usług z osobna.
291.	Istnieje możliwość wyznaczenia konkretnego użytkownika, od którego oczekiwane jest złożenie podpisu pod badaniem/usługą.
292.	Po wskazaniu konkretnego użytkownika autoryzującego, wybrany użytkownik powinien pojawić się w tabeli autoryzacji badania/usługi w wierszu z wybranym typem użytkownika.
293.	Możliwość zmiany osoby wyznaczonej do autoryzacji przez wyszukanie w jej miejsce innego użytkownika.
294.	Jeśli jakaś osoba jest wyznaczona do złożenia podpisu, to tylko ona może go złożyć.
295.	Nie można wyznaczyć jednej osoby dwa razy
296.	Użytkownik, który otwiera okno wyniku badania musi należeć do typu użytkownika, który jest wyznaczony do autoryzacji, by mógł zobaczyć tabelę z listą podpisów/autoryzacji do złożenia.
297.	W tabeli autoryzacji prezentują się typy podpisów użytkowników, które są wymagane bądź opcjonalne do pełnej autoryzacji, czyli takiej sytuacji, gdy złożone będą wszystkie podpisy obowiązkowe.
298.	Jednoznaczne oznaczenie podpisów obowiązkowych i opcjonalnych.
299.	Gdy podpis danego typu zostanie złożony, to obok nazwy typu podpisu pojawi się imię i nazwisko osoby, która ten podpis złożyła oraz data złożenia podpisu.
300.	Autoryzacja zostanie zakończona pozytywnie, jeśli spełnione są następujące warunki: - Poprawny login użytkownika - Poprawne hasło użytkownika - Użytkownik należy do typu użytkownika wybranego w tabelce autoryzacji - Typ użytkownika ma uprawnienie do autoryzacji - Nie ma jeszcze złożonego podpisu tego samego użytkownika w jednym badaniu - Wybrany typ podpisu w tabeli autoryzacji nie jest jeszcze złożony
301.	W przypadku, gdy przed złożeniem podpisu, użytkownik zmodyfikował jakiegokolwiek dane w wyniku badania, zostanie poproszony o potwierdzenie tej decyzji, gdyż wiąże się ona z zapisem wyniku oraz cofnięciem procesu autoryzacji do początku (nadaniu badaniu statusu początkowego z reguły autoryzacji - wszystkie podpisy będzie trzeba złożyć ponownie). Następnie użytkownik będzie mógł autoryzować zmieniony wynik.
302.	Każdy złożony podpis w tabelce autoryzacji jest natychmiast zapisywany.
DŁUGOIPSY CYFROWE	
303.	System pozwalający na digitalizację dokumentów wypełnianych długopisem cyfrowym w zakresie zgód pacjenta.

304.	Integracja z systemem szpitalnym HIS w zakresie opracowania we współpracy z zamawiającym 10 sztuk formularzy, które będą mogły być wypełniane z wykorzystaniem długopisu cyfrowego. Zakłada się że średnia wielkość formularza nie powinna przekroczyć dwóch stron w formacie A4. Wypełniony formularz będzie z wykorzystaniem USB lub innych łącz transmisyjnych przenoszony automatycznie do systemu szpitalnego importowany i mapowany na odpowiednie pola w systemie tak by zapis danych nie różnił się od formularzy wypełnianych za pomocą interfejsu systemu HIS. System będzie umożliwiał zapis formularza w formie przetwarzalnej – rozkodowanej na poszczególne pola w bazie danych jak i zapis oryginału w postaci skanu np. w formacie PDF.
305.	Formularze w formacie PDF będą składowane w centralnym repozytorium EDM z możliwością wyszukiwania i przeglądania.
306.	Dostęp do funkcji przeglądania będzie możliwy bezpośrednio z poziomu systemu HIS bez konieczności budowy dodatkowych interwałów i integracji.
307.	Długopis cyfrowy powinien umożliwiać odwzorowanie (tak jakby został zeskanowany) formularza papierowego w wersji elektronicznej.
308.	Opis wymagania Długopis cyfrowy powinien umożliwiać automatyczne powiązanie z rodzajem formularza, który został z jego pomocą wypełniony.
309.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać stworzenie formularza za pomocą wbudowanego w Aplikację edytora WYSIWYG bazującego na przeciąganiu predefiniowanych elementów.
310.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać stworzenie formularza bazując na imporcie dowolnego dokumentu w formacie PDF.
311.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać w importowanej ankiecie zaznaczenie regionów aktywnych, półtekstowych oraz nadanie im unikalnych nazw.
312.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać wydruk formularza w ten sposób, aby każdy wydrukowany formularz był unikalny. Oznacza to, że wypełnienie papierowego formularza długopisem cyfrowym tworzy wzajemnie jednoznacznie przyporządkowaną do niego wersję elektroniczną dokumentu.
313.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać pobranie danych z długopisów cyfrowych za pomocą stacji dokującej USB bądź też komunikacji bezprzewodowej bluetooth. Dane są jednoznacznie przyporządkowywane do formularzy.
314.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać przeglądanie oraz eksport nieprzetworzonych danych z wypełnionych formularzy do formatu PDF będącego wizualizacją „skanów” wypełnionych dokumentów.
315.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać edycję przetworzonych danych zwizualizowanej na formularzu z pól tekstowych i pól numerycznych przy jednoczesnym podglądzie danych pochodzących bezpośrednio z długopisów cyfrowych.
316.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać definiowanie kluczy pozwalających na określanie poprawnych odpowiedzi oraz punktacji za poszczególne pola zaznaczone w testach. Możliwość eksportu danych przetworzonych w wyniku analizy zgodnie z podaną punktacją.
317.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać automatyczne generowanie wyników testów wypełnionych papierowo przy pomocy długopisu cyfrowego.
318.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać publikację dowolnej z ankiet stworzonej w Systemie na stronie internetowej.

319.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać wypełnianie ankiet stworzonych w Aplikacji w trybie on-line, tj. korzystając z dowolnej przeglądarki internetowej.
320.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać tworzenie kont użytkownikom w obrębie firmy oraz przydzielania im uprawnień do poszczególnych funkcjonalności lub ankiet. Uprawnienia dotyczą tworzenia nowych formularzy, wydruku formularzy, analizy formularzy, przeglądania wypełnionych formularzy, eksportu przetworzonych danych.
321.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać podgląd stanu podłączonych do komputera długopisów cyfrowych, w szczególności stanu ich naładowania.
322.	Opis wymagania Aplikacja powinna umożliwiać nadawanie długopisom unikalnych nazw i przypisywania ich do użytkowników.
SKANOWANIE DOKUMENTÓW PAPIEROWYCH DO EDM oraz HIS	
323.	Możliwość zeskanowania papierowego dokumentu i automatycznego dołączenia do archiwum medycznego do rekordu pacjenta
324.	bezpośrednie skanowanie dokumentów poziomo oprogramowania systemu szpitalnego klasy HIS, poprzez integrację z dowolnym skanerem pracującym pod kontrolą systemu MS Windows
325.	zeskanowania papierowego dokumentu i automatycznego dołączenia do archiwum medycznego do rekordu pacjenta lub do pobytu
326.	bezpośrednie wskazania pliku ze skanem dokumentu i podpięcie go do rekordu pacjenta lub pobytu
327.	Dodanie komentarza do skanowanego pliku
328.	Dodanie do skanowanego dokumentu dodatkowych cech (tagi) umożliwiających szybsze wyszukiwanie dokumentów
329.	Możliwość wyboru typu skanowanego dokumentu
330.	Możliwość wyszukiwania zeskanowanych dokumentów bezpośrednio w systemie HIS, z wykorzystanie takich kryteriów jak: nazwisko pacjenta, nazwa pobytu, typ dokumentu, data archiwizacji)
RECEPTY	
331.	Moduł umożliwia wystawianie recept dla wskazanego pacjenta wybranego z bazy pacjentów systemu.
332.	Moduł dostępny jest co najmniej z modułów obsługujących gabinet lekarski, izbę przyjęć, oddział.
333.	Wydruk recepty lekarskiej jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2017 r. poz. 1570).
334.	Moduł umożliwia wyszukiwanie leków z następujących słowników: baza leków, leków recepturowych, leków preferowanych.
335.	Moduł umożliwia wyszukiwanie leków według nazwy handlowej lub nazwy międzynarodowej.
336.	Na liście wyszukanych leków, moduł prezentuje co najmniej: nazwę handlową, nazwę międzynarodową, postać, dawkę, opakowanie. Dla leków refundowanych prezentowane są możliwe wartości odpłatności, sugerowana cena oraz wskazania do stosowania odpłatności. W przypadku leków recepturowych, moduł prezentuje co najmniej: nazwę oraz kategorię dostępności.
337.	Moduł umożliwia tworzenie słownika leków recepturowych i zarządzania tym słownikiem. Słownik zawiera co najmniej: nazwę leku, skład chemiczny, kategorię dostępności.

338.	Moduł umożliwia automatyczną aktualizację słownika leków wykorzystywanych do wypisywania recept. Dodatkowo z poziomu modułu administracyjnego istnieje możliwość wykonania importu słownika leków.
339.	Moduł prezentuje użytkownikowi wystawiającemu receptę informację o wersji słownika leków oraz dacie wydania słownika.
340.	Moduł umożliwia zawężenia listy wyszukanych leków - do samych leków refundowanych.
341.	Moduł umożliwia tworzenie podręcznego słownika leków preferowanych przez użytkownika. Dodanie nowej pozycji słownika jest możliwe z poziomu listy wyszukanych leków z bazy leków lub leków recepturowych.
342.	Moduł umożliwia tworzenie podręcznego słownika leków preferowanych dla jednostki organizacyjnej. Dodanie nowej pozycji do słownika jest możliwe z poziomu listy wyszukanych leków z bazy leków lub leków recepturowych.
343.	Podczas dodawania leku do listy leków preferowanych, moduł umożliwia konfigurację domyślnego dawkowania wskazanego leku. Dzięki temu podczas wystawiania kolejnej recepty moduł umożliwia wybór leku preferowanego i ustawienie domyślnego dawkowania.
344.	Podczas dodawania leku do listy leków preferowanych, moduł umożliwia konfigurację domyślnego dawkowania leku dla pacjenta, któremu wystawiana jest recepta. Dzięki temu przy kolejnym wystawianiu recepty dla danego pacjenta moduł umożliwia wybór leku preferowanego i ustawienie domyślnego dawkowania.
345.	Moduł umożliwia wybór leku oraz wskazanie liczby opakowań (także niepełnych opakowań), dawkowania, odpłatności, dodania komentarza, zastrzeżenia zamiany leku.
346.	Moduł umożliwia przeliczanie dobowej liczby dawek oraz liczby dni kuracji.
347.	Moduł automatycznie nanosi na receptę oddział NFZ lub kod państwa w przypadku pacjentów zagranicznych, a także niezbędne dane pacjenta. W przypadkach, gdy pacjent jest nieubezpieczony, automatycznie ustawiany jest brak ubezpieczenia.
348.	Moduł nanosi automatycznie na formularz i wydruk recepty dane świadczeniodawcy. Odpowiedni świadczeniodawca wybierany jest automatycznie na podstawie miejsca pobytu pacjenta (oddział/poradnia).
349.	Moduł automatycznie nanosi na receptę zalogowanego lekarza, datę wystawienia oraz termin realizacji. Jeśli zalogowany użytkownik nie jest lekarzem, na receptę wstawia się lekarz prowadzący (oddział) lub lekarz z wizyty. Użytkownik może te dane zmieniać, przy czym lekarza może wybrać ze słownika lekarzy w systemie.
350.	Moduł umożliwia oznaczenia pilności recepty.
351.	Moduł umożliwia wybór drukarki, na której nastąpi wydruk.
352.	Moduł umożliwia zdefiniowanie zakresu numerów recept dla lekarza poprzez import z pliku xml lub poprzez ręczne zdefiniowanie zakresu.
353.	Moduł zapisuje numery recept na lekarza i świadczeniodawcę.
354.	Jeśli placówka medyczna ma wiele lokalizacji i na każdą oddzielną umowę z NFZ, wskazany we wprowadzaniu zakresów recept lekarz może mieć oddzielną pulę numerów na każdą z przychodni, w których udziela świadczeń.
355.	Podczas wprowadzania numerów recept moduł automatycznie weryfikuje poprawność wprowadzonego numeru recepty.
356.	Moduł automatycznie rejestruje i numeruje recepty ze zdefiniowanej listy numerów recept lekarza.

357.	Moduł umożliwia zdefiniowanie zakresu numerów recept dla lekarza z uwzględnieniem świadczeniodawcy wybieranego ze słownika jednostek organizacyjnych szpitala w Systemie
358.	Moduł automatycznie wyświetla licznik numerów recept pozostałych do wykorzystania.
359.	Moduł ewidencjonuje wszystkie leki przepisywane pacjentowi.
360.	W przypadku wystawiania recept dla dzieci nieposiadających numeru PESEL, na wydruku umieszczany jest PESEL opiekuna zapisany w systemie.
361.	Moduł umożliwia zapis recepty w celu późniejszego jej wydrukowania lub modyfikacji.
362.	Moduł blokuje możliwość edycji lekarza na recepcie, gdy został wykorzystany numer recepty z puli danego lekarza.
363.	Moduł umożliwia usuwanie zapisanych recept. Usunięcie recepty skutkuje odzyskaniem numeru recepty i włączeniu go do puli numerów recept do wykorzystania.
364.	Usunięcie recept wydrukowanych jest możliwe tylko dla użytkowników z dodatkowymi uprawnieniami.
365.	Moduł ostrzega użytkownika w przypadku próby edycji wydrukowanej recepty.
366.	Moduł ostrzega przed próbą ponownego wydrukowania tej samej recepty
367.	Moduł ostrzega przed usunięciem zapisanej/wydrukowanej recepty
368.	W momencie wydruku moduł automatycznie zapisuje receptę.
369.	Moduł umożliwia ewidencjonowanie leków przypisywanych pacjentowi bez recepty.
370.	Moduł prezentuje zapisane recepty po ponownym uruchomieniu funkcji.
371.	Moduł prezentuje zachowane recepty i listy leków bez recepty w postaci zakładki i zapisuje je na pobyt/wizytę.
372.	Moduł umożliwia wydrukowanie listy leków dla pacjenta z dawkowaniem.
373.	Moduł umożliwia kopiowanie recept i leków na podstawie historii wystawionych recept.
374.	Moduł prezentuje leki, które przyjmuje pacjent. Prezentowane są one w dodatkowej zakładce z możliwością wyboru i naniesienia na receptę.
375.	Moduł umożliwia wydruk pustych recept dla pacjenta (recept, na których lekarz będzie mógł ręcznie wprowadzić same nazwy leków, odpłatność i dawkowanie).
376.	Moduł umożliwia wydruk pustych recept bez danych pacjenta (recept, na których lekarz będzie mógł ręcznie wprowadzić dane pacjenta, nazwy leków, odpłatność i dawkowanie).
377.	Moduł umożliwia wyszukiwanie zamienników leków (zamienniki, zamienniki tańsze, zamienniki dawka, zamienniki dawka tańsze).
378.	Moduł umożliwia zdefiniowanie minimalnej ilości recept, której przekroczenie skutkowało będzie pojawianiem się komunikatu ostrzegawczego podczas wejścia przez użytkownika do modułu recept.
379.	Moduł udostępnia funkcję zarządzania pulami recept. Uprawniony użytkownik ma możliwość wyszukania lekarzy o dowolnej ilości pozostałych recept. Funkcjonalność prezentuje w postaci listy co najmniej następujące informacje: lekarz / pielęgniarka / położna, nazwa świadczeniodawcy, dostępna ilość recept, kategoria recept, oznaczenie czy pula recept została zablokowana, informację czy jest to pula numerów komercyjnych, informację czy jest to pula numerów indywidualnej praktyki lekarskiej, pierwszy numer puli recept, ostatni numer puli, data od, data do.
380.	Moduł umożliwia wgląd do listy leków podawanych pacjentowi podczas pobytu w szpitalu i zapisania ich na recepcie.
381.	Moduł umożliwia wprowadzanie i sprawdzanie interakcji pomiędzy lekami.

382.	Moduł umożliwia duplikację recepty. Użytkownik ma możliwość wskazania liczby duplikowanych recept oraz ilości dni, co które powinna być możliwa ich realizacja. Moduł automatycznie ustawia datę realizacji od dnia, według ustawionej ilości dni.
383.	Moduł umożliwia wystawienie recepty na leki psychotropowe i odurzające. Moduł ogranicza ilość leków na receptcie do jednego, przelicza ilość substancji czynnej i wskazuje ją w postaci opisu słownego.
384.	Moduł umożliwia wystawienia recept pielęgniarkom i położnym.
385.	Moduł umożliwia wystawienie recepty transgranicznej.
386.	Moduł ostrzega użytkownika w przypadku braku adresu pacjenta.
387.	Moduł ostrzega użytkownika w przypadku braku kodu admistracyjnego w adresie pacjenta.
388.	Moduł ostrzega użytkownika w przypadku braku aktualnego ubezpieczenie pacjenta.
AUTOMATYCZNA SYNCHRONIZACJA DANYCH Z AP-KOLCE	
389.	Dodania kolejki oczekujących do AP-KOLCE
390.	Aktualizacji kolejek oczekujących w AP-KOLCE
391.	Dodania pacjenta do AP-KOLCE
392.	Aktualizacji danych pacjenta w AP-KOLCE
393.	Dodania pacjenta na kolejkę oczekujących w AP-KOLCE
394.	Aktualizacji wpisu pacjenta na kolejkę oczekujących w AP-KOLCE.
395.	Raport błędów synchronizacji danych z AP-KOLCE (raport o listach oczekujących, pacjentach oraz ich wpisach na listy, których się nie udało zsynchronizować z NFZ-ową usługą AP-KOLCE). Raport prezentuje informacje w następujących grupach: Pacjent jakiego nie udało się wystać - Kod i opis błędu Kolejka jakiej nie udało się wystać - Kod i opis błędu Wpis na kolejkę jakiego nie udało się wystać - Kod i opis błędu
396.	Raport błędów synchronizacji danych do AP-KOLCE. Raport prezentuje informacje w następujących grupach: grupach: Pacjent jakiego nie udało się wystać - Kod i opis błędu Kolejka jakiej nie udało się wystać - Kod i opis błędu Wpis na kolejkę jakiego nie udało się wystać - Kod i opis błędu
ZLECENIA MEDYCZNE	
397.	System obsługuje zlecenia we współpracy z modułem zleceń i modułami specjalizowanymi – wysłanie/skierowanie pacjenta na konsultację, badanie diagnostyczne, laboratoryjne, zabieg, obsługa pacjenta konsultowanego w formie elektronicznej (sieć komputerowa) oraz tradycyjnej (wydruk zlecenia). Wszystkie funkcje opisane w module Zleceń Medycznych można uruchomić bezpośrednio z poziomu dowolnego modułu obsługi pacjenta z wyłączeniem modułów integrujących się bezpośrednio z urządzeniami medycznymi.
398.	Wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (badania) do jednostki realizującej (pracownia diagnostyczna).
399.	Możliwość śledzenia stanu wykonania zlecenia.(czas pobrania próbki, moment rejestracji w pracowni diagnostycznej, czas autoryzacji wyniku w pracowni)
400.	Możliwość umieszczenia na jednym ekranie w postaci tabeli lub wykresu (w celu porównania) wyników badań diagnostycznych z dawkami leków np.: poziom glukozy we krwi a dawki insuliny.
401.	Zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (wyniku badania).

402.	Możliwość automatycznej aktualizacji stanów magazynowych apteczek na podstawie zewidencjonowanego podczas wykonania zlecenia zużycia zasobów.
403.	Automatyczne kodowanie ICD9 na podstawie zleceń medycznych. Usługa (Badanie/operacja/konsultacja) może mieć przypisane kody ICD9 z możliwością wskazania jednego, domyślnego. Jej wykonanie w module zleceń skutkuje automatycznym zakodowaniem domyślnego kodu ICD9. Dodatkowo w chwili wprowadzania wyniku zlecenia użytkownik ma możliwość zmiany ICD9, które zostało automatycznie zakodowane przez system, jeżeli do zleczonej usługi jest przyporządkowane więcej niż jedno ICD9. Zmiany ICD9 w takim przypadku są spójne (nie występuje redundancja danych) niezależnie, czy zostały dokonane w module statystyka, czy w module zleceń medycznych.
404.	System ostrzega, że zlecana usługa już jest zlecona w zdefiniowanym przez administratora okresie czasu, w celu wyeliminowania przypadkowego podwójnego zlecenia tego samego badania.
405.	Możliwość powtarzania zleceń na podstawie już istniejących. Funkcja dostępna jest z ekranu prezentującego zlecenia i wyniki pacjenta. Użytkownik ma możliwość wyboru zleceń, które chce powtórzyć.
406.	Możliwość prezentacji aktualnych zleceń pacjenta w chwili zlecenia (każdy użytkownik indywidualnie dla siebie może włączyć lub wyłączyć tę funkcję)
407.	Możliwość autoryzowania wykonania zlecenia dla zleceń ze skonfigurowaną regułą autoryzacji, przez osoby uprawnione do autoryzacji np. ordynator oddziału. Możliwość autoryzacji pojedynczych zleceń lub grupy zleceń wybranych z listy.
408.	Możliwość zleceń badań przedmiotowych niepowiązanych z pacjentem (np. badania czystościowe, wymazy z brudowników, czy też wymiana żarówki w urządzeniu).
409.	System posiada oddzielną listę roboczą do śledzenia statusu oraz wykonania zlecenia przedmiotowego.
410.	Możliwość rejestrowania wartości Wagi, Wzrostu, grupy krwi pacjenta poprzez formularz. System przy zapisie formularza aktualizuje te atrybuty w rekordzie medycznym pacjenta i przy kolejnych badaniach automatycznie podpowiada ostatnio uzupełnioną wartość.
411.	Możliwość konfiguracji priorytetów zleczanych badań oraz definiowania terminów, na jakie badanie z danym priorytetem może być zlecane (np. CITO na czas bieżący, rutynowy na dzień następny na godzinę 12:00).
412.	Możliwość definiowania podręcznego panelu zleceń: <ul style="list-style-type: none"> - definiowanie panelu ogólnego, jaki i spersonalizowanego dla użytkownika lub jednostki organizacyjnej na której przebywa pacjent, - możliwość dodawania usług do panelu, - możliwość dodawania grupy usług do panelu i wprowadzenia nazwy grupy, - możliwość zlecania usług/grup usług z panelu jednym kliknięciem bez konieczności szukania w słowniku, - możliwość zlecania wszystkich pozycji z panelu jednym kliknięciem bez konieczności szukania w słowniku. - możliwość zgrupowania paneli w zakładki - możliwość zdefiniowania panelu dla wskazanych kodów diagnoz ICD-10 (panel pojawia się tylko dla pacjentów, ze wskazaną w konfiguracji diagnozą ICD-10).

413.	System posiada możliwość informowania użytkownika o wynikach badań. Użytkownik zlecający badanie może wskazać, o których wynikach badań chce zostać poinformowany poprzez powiadomienie systemowe, SMS lub e-mail. Użytkownik może wskazać innych użytkowników, którzy powinni zostać poinformowani o wynikach badań.
414.	Stworzone przez użytkownika w panelu grupy usług wyszukiwają się również w polu wyszukiwania usług.
415.	Prezentacja listy wszystkich zleconych badań
SZPITAL	
RUCH CHORYCH - IZBA PRZYJĘĆ	
416.	Prowadzenie rejestru pacjentów wspólnego dla wszystkich modułów.
417.	Możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów), a także wizyt ambulatoryjnych, stacji dializ, diagnostyki.
418.	Wyszukiwanie pacjentów według co najmniej wymienionych parametrów: <ul style="list-style-type: none"> * imię, * nazwisko, * nazwisko rodowe pacjenta, * identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, * PESEL, * wiek, * płeć, * data urodzenia, * Numer Księgi Głównej, * data przyjęcia na Izbę Przyjęć/Oddział , * Numer karty RUM, * Miejscowość, ulica, kod administracyjny, * Diagnozy/wykonane usługi, * Zakodowane świadczenia NFZ.
419.	Wyszukiwanie pacjentów po danych osobowych krewnego wg parametrów jak dla pacjenta.
420.	Możliwość przypisania lekarza kwalifikującego przy przeniesieniu pacjenta na Oddział z Izby Przyjęć.
421.	System posiada mechanizm zabezpieczający przed wyborem wykluczających się nawzajem trybów przyjęcia i źródeł skierowania. System ponadto automatycznie uzupełniania drugie pole gdy poprawna jest tylko jedna wartość.
422.	Obsługa list zablokowanych kart RUM
423.	Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem minimalnego zakresu danych: <ul style="list-style-type: none"> - Nazwisko - Płeć.
424.	Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem podstawowego zakresu danych: <ul style="list-style-type: none"> - dane osobowe, - dane adresowe (adres stały, tymczasowy, do korespondencji), - dane o rodzinie pacjenta (możliwość wpisania więcej niż jednego krewnego), - dane o ubezpieczeniu, - dane o zatrudnieniu.

425.	Możliwość generowania wydruków bezpośrednio z ekranu przyjęcia pacjenta - dostępne wydruki są konfigurowane w module administracyjnym.
426.	System automatycznie uzupełniania 'Miejscowość' i 'Kod admin.' po wpisaniu numeru kodu pocztowego podczas uzupełniania danych adresowych pacjenta.
427.	System daje możliwość przy wyszukiwaniu i dodawaniu pacjenta automatycznego wykorzystania danych z dowodów osobistych przy użyciu czytników OCR .
428.	System prowadzi wspólną bazę pacjentów i krewnych w taki sposób, aby uniknąć podwójnego wprowadzania danych (np. raz jako pacjent i drugi raz jako krewny).
429.	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.
430.	System sprawdza poprawność numeru PESEL podczas wprowadzania danych pacjenta.
431.	System pozwala na wprowadzenie danych pacjenta z tzw. błędnym numerem PESEL (m.in. na potrzeby obsługi zdarzających się błędnie wydanych numerów PESEL).
432.	System automatycznie uzupełnia datę urodzenia pacjenta i płeć na podstawie numeru PESEL.
433.	Zabezpieczenie przed dodaniem do rejestru pacjentów kolejnego pacjenta z tym samym numerem PESEL. W takim przypadku wybierany jest pacjent już istniejący w rejestrze.
434.	Możliwość oznaczenia pacjentów będących osobami publicznymi lub VIP, co skutkuje ograniczeniem dostępu do danych tych pacjentów jedynie dla osób uprawnionych.
435.	System pozwala oznakować pacjenta ze względu na zakaz informowania o pobycie pacjenta.
436.	Szybki podgląd danych pacjenta wybranego z rejestru pacjentów.
437.	Rejestracja pobytu pacjenta na Izbie Przyjęć z możliwością odnotowania następujących danych: - tryb przyjęcia, - dane skierowania, - rozpoznania ze skierowania, - dane o płatniku, - lekarz przyjmujący.
438.	Zarządzanie słownikami lekarzy i jednostek kierujących: - dodanie nowego wpisu do rejestru, - edycja istniejącego wpisu, - usunięcie istniejącego wpisu.
439.	System posiada wbudowane mechanizmy kontroli poprawności numeru REGON i NIP dla jednostki kierującej oraz prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego.
440.	Zabezpieczenie przed ponownym dodaniem do słownika lekarzy kierujących lekarza z tym samym numerem wykonywania zawodu.
441.	Możliwość zabezpieczenia przed ponownym dodaniem do słownika jednostek kierujących jednostki z tym samym REGONEM
442.	Załączanie dokumentów do skierowania, skanowanie dokumentów.

443.	Możliwość gromadzenia danych medycznych związanych z pobytem na Izbie Przyjęć: - rozpoznanie wstępne, - rozpoznanie ze skierowania, - wywiad, - badania, - zastosowane leczenie, - zalecenia.
444.	Możliwość gromadzenia danych o wzroście i wadze pacjenta z automatycznym wyliczeniem BMI
445.	Możliwość definiowania przez użytkownika i wykorzystania własnych tekstów standardowych w polach opisowych.
446.	Możliwość odnotowania wykonanych pacjentowi na Izbie Przyjęć elementów leczenia (procedury, leki, badania, zabiegi, konsultacje).
447.	Możliwość odnotowania zużytych materiałów do przeprowadzonych na Izbie Przyjęć zabiegów i przypisania zużycia do pacjenta.
448.	Odnotowanie odmowy przyjęcia do szpitala – automatyczny wpis do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych.
449.	Odnotowanie powodu odmowy przyjęcia i kierunku wypisu pacjenta.
450.	Odnotowanie udzielenia porady ambulatoryjnej na Izbie Przyjęć – automatyczny wpis do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych.
451.	Zapis świadczeń NFZ udzielonych w ramach porady ambulatoryjnej
452.	Możliwość generowania wydruków bezpośrednio z ekranu porady ambulatoryjnej - dostępne wydruki są konfigurowane w module administracyjnym.
453.	Zakończenie pobytu na izbie przyjęć przyjęciem na oddział.
454.	Wpis do Księgi Oczekujących pacjentów przeznaczonych do przyjęcia w późniejszych terminach z informacją na co pacjent oczekuje, z możliwością dodrukowania potwierdzenia wpisu na kolejkę dla pacjenta.
455.	Zmiana wcześniej zaplanowanego terminu przyjęcia pacjenta wraz z koniecznością wprowadzenia informacji uzasadniającej tę zmianę.
456.	Przyjęcie pacjenta na oddział bezpośrednio z Księgi Oczekujących, z wykorzystaniem zarejestrowanych w niej danych pacjenta.
457.	Skierowanie pacjenta na oddział z możliwością odnotowania trybu przyjęcia, określenia lekarza i jednostki kierującej, wydruku pierwszej strony historii choroby.
458.	Możliwość odnotowania danych odnoszących się do przedmiotów przekazanych do depozytu. Przynajmniej wprowadzenie informacji tekstowej z listą zostawionych przedmiotów.
459.	Automatyczne nadanie numeru Księgi Głównej w momencie przyjęcia pacjenta na oddział.
460.	Obsługa wielu Ksiąg Głównych.
461.	Blokada możliwości przyjęcia na Izbę Przyjęć pacjenta aktualnie przebywającego w szpitalu (na izbie przyjęć, bądź na oddziale).
462.	Blokada możliwości udzielenia porady ambulatoryjnej pacjentowi aktualnie przebywającemu na oddziale.
463.	Ostrzeżenie o braku wolnych łóżek na oddziale podczas przyjmowania pacjenta na oddział.

464.	<p>Dla łóżek możliwe jest określenie restrykcji do walidacji płci przyjmowanych pacjentów: Walidacja podczas przyjęcia pacjenta na oddział będzie działała w następujący sposób: Jeżeli sala będzie określona jako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Męska (lub żeńska), próba przyjęcia na oddział pacjenta płci przeciwnej spowoduje wyświetlenie ostrzeżenia i zablokuje takie przyjęcie. - Dynamiczna - pierwszy przyjęty pacjent determinuje rodzaj sali. Od chwili jego przyjęcia walidacja uniemożliwi przyjęcie pacjenta płci przeciwnej. Jeżeli na sali już wcześniej znajdowali się pacjenci różnej płci, aplikacja wyświetli o tym ostrzeżenie. - Nieokreślona (koedukacyjna) - walidacja wyłączona, więc na salę jednocześnie mogą zostać przyjęte kobiety i mężczyźni.
465.	Podgląd stanu łóżek na oddziałach w trakcie przyjmowania pacjenta na oddział.
466.	Odnotowanie w systemie informacji o zgonie pacjenta na Izbie Przyjęć wraz z wpisem do Księgi Zgonów.
467.	<p>Wprowadzenie rozpoznań w ramach historii choroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wstępnych – ze skierowania, - dodatkowych, - przyczyny zgonu (w przypadku zgonu pacjenta).
468.	Możliwość tworzenia listy osób uprawnionych do uzyskania informacji o przebiegu leczenia pacjenta.
469.	<p>Szybki dostęp do najważniejszych funkcji modułu, z przypisanymi na stałe w zakresie całego modułu skrótami klawiaturowymi, m.in. do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyszukania pacjenta, - wyszukania pobytu, - informacji o pacjencie, - przeglądu wszystkich hospitalizacji pacjenta.
470.	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie.
471.	<p>Przegląd i wydruk ksiąg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Księga Główna, - Księga Oczekujących, - Księga Odmów i Porad Ambulatoryjnych, - Księga Zgonów.
472.	<p>Wydruk standardowych dokumentów związanych z pobytem pacjenta na Izbie Przyjęć w zakresie gromadzonych w systemie danych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Karta Informacyjna Izby Przyjęć, - Karta informacyjna pacjenta z UE, - Karta Nowotworowa, - Karta Zgonu.

473.	System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów: - dziennik ruchu chorych, - lista pacjentów przyjętych do szpitala, - lista pacjentów przebywających w oddziale, - lista pacjentów wypisanych ze szpitala, - raport dzienny, - raport niepełnych danych pacjentów, - raport wykonanych świadczeń (raport interaktywny, z poziomu raportu możliwość wskazania rekordu i automatycznego przejścia do: kodowania pozycji, podsumowanie pobytu).
474.	System gromadzi statystyki częstości użycia diagnoz i procedur ICD w jednostce organizacyjnej.
475.	System umożliwia sortowanie diagnoz i procedur ICD według statystyk częstości użycia w jednostce organizacyjnej pobytu pacjenta.
476.	System umożliwia wprowadzenie komentarza przy każdej diagnozie ICD10
477.	Przy przyjęciu pacjenta system ostrzega, że pacjent był już hospitalizowany w okresie krótszym niż 14 dni.
478.	Możliwość nadawania pacjentom priorytetów/klasyfikacji np. Nagły (czerwony), Pilny (żółty), Stabilny. Wpływa to na prezentację pobytu pacjenta w danych pobytu i na listach prezentujących pacjentów przebywających w szpitalu (prezentacja danych z użyciem koloru).
RUCH CHORYCH - ODDZIAŁ	
479.	Prowadzenie rejestru pacjentów (wspólnego dla wszystkich modułów) z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów), poradni, diagnostyki, stacji dializ.
480.	Wyszukiwanie pacjentów minimum według parametrów: * imię, * nazwisko, * nazwisko rodowe pacjenta, * identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, * PESEL, * wiek, * płeć, * data urodzenia, * lekarz prowadzący, * Numer Księgi Głównej, * data przyjęcia na Izbę Przyjęć/Oddział , * Numer karty RUM, * Miejscowość, ulica, kod administracyjny, * Diagnozy/wykonane usługi/zakodowanie świadczenia NFZ.
481.	Wyszukiwanie pacjentów po danych osobowych krewnego wg parametrów jak dla pacjenta.
482.	System posiada mechanizm zabezpieczający przed wyborem wykluczających się nawzajem trybów przyjęcia i źródeł skierowania. System ponadto automatycznie uzupełniania drugie pole gdy poprawna jest tylko jedna wartość.

483.	Kopiowanie danych opisowych z poprzednich pobytów Pacjenta, do pobytu bieżącego. Funkcja umożliwia skopiowanie wprowadzonej w systemie danej opisowej w jednym z poprzednich pobytów pacjenta do bieżącego pobytu. Naciśnięcie wskazanego hiperlinka do istniejącego opisu, skopiuje dane do pobytu bieżącego.
484.	Obsługa list zablokowanych kart RUM
485.	System automatycznie uzupełniania 'Miejscowość' i 'Kod admin.' po wpisaniu numeru kodu pocztowego podczas uzupełniania danych adresowych pacjenta.
486.	System daje możliwość przy wyszukiwaniu i dodawaniu pacjenta automatycznego wykorzystania danych z dowodów osobistych przy użyciu czytników OCR .
487.	Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem minimalnego zakresu danych: * Nazwisko * Płeć.
488.	Przyjęcie nowego pacjenta z wprowadzeniem podstawowego zakresu danych: - dane osobowe, - dane adresowe (adres stały, tymczasowy, do korespondencji), - dane o rodzinie pacjenta (możliwość wpisania więcej niż jednego krewnego), - dane o ubezpieczeniu, - dane o zatrudnieniu.
489.	Możliwość przyjęcia pacjenta na izbę przyjęć bezpośrednio z modułu Oddział.
490.	System prowadzi wspólną bazę pacjentów i krewnych w taki sposób, aby uniknąć podwójnego wprowadzania danych (np. raz jako pacjent i drugi raz jako krewny).
491.	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.
492.	System sprawdza poprawność numeru PESEL podczas wprowadzania danych pacjenta.
493.	System pozwala na wprowadzenie danych pacjenta z błędnym numerem PESEL: w momencie zatwierdzenia błędnego numeru PESEL system ponownie prosi o jego zatwierdzenie i jeśli będzie zatwierdzony to zostanie zapisany.
494.	System automatycznie uzupełnia datę urodzenia pacjenta i płeć na podstawie numeru PESEL.
495.	Zabezpieczenie przed dodaniem do rejestru pacjentów kolejnego pacjenta z tym samym numerem PESEL. W takim przypadku wybierany jest pacjent już istniejący w rejestrze.
496.	Możliwość oznaczenia pacjentów jako VIP, co skutkuje ograniczeniem dostępu do danych tych pacjentów jedynie dla osób uprawnionych.
497.	System pozwala oznakować pacjenta ze względu na zakaz informowania o pobycie pacjenta
498.	Szybki podgląd danych pacjenta wybranego z rejestru pacjentów.
499.	Przyjęcie pacjenta na oddział z możliwością odnotowania następujących danych: - tryb przyjęcia, - dane skierowania, - rozpoznania ze skierowania, - dane o płatniku, - lekarz przyjmujący.
500.	Możliwość przyjęcia pacjenta na oddział z pominięciem Izby Przyjęć.
501.	System ostrzega lub uniemożliwia rejestrowanie zleceń lekarskich np. na badania, ordynowanie leków w przypadku nie przypisania pacjentowi lekarza prowadzącego.

502.	Możliwość odnotowania danych odnoszących się do przedmiotów przekazanych do depozytu.
503.	Automatyczne nadanie numeru Księgi Głównej w momencie przyjęcia pacjenta na oddział.
504.	Możliwość ręcznej edycji numeru Księgi Głównej.
505.	Obsługa wielu Ksiąg Głównych.
506.	Administracja słownikami lekarzy i jednostek kierujących z poziomu aplikacji: dodanie nowego wpisu do rejestru, - edycja istniejącego wpisu, - usunięcie istniejącego wpisu.
507.	System posiada wbudowane mechanizmy kontroli poprawności numeru REGON i NIP dla jednostki kierującej oraz prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego.
508.	Zabezpieczenie przed ponownym dodaniem do słownika lekarzy kierujących lekarza z tym samym numerem wykonywania zawodu.
509.	Możliwość zabezpieczenia przed ponownym dodaniem do słownika jednostek kierujących jednostki z tym samym REGONEM
510.	Załączanie dokumentów do skierowania, skanowanie dokumentów.
511.	Wpis do Księgi Oczekujących pacjentów przeznaczonych do przyjęcia w późniejszych terminach, z możliwością dodrukowania potwierdzenia wpisu na kolejkę dla pacjenta.
512.	Zmiana wcześniej zaplanowanego terminu przyjęcia pacjenta wraz z koniecznością wprowadzenia informacji uzasadniającej tę zmianę.
513.	Przyjęcie pacjenta na oddział bezpośrednio z Księgi Oczekujących, z wykorzystaniem zarejestrowanych w niej danych pacjenta.
514.	System umożliwia odnotowanie dostarczenia skierowania oraz raport pacjentów, którzy nie dostarczyli skierowania po upływie 14 dni po wpisie na Kolejkę Oczekujących
515.	Blokada możliwości ponownego przyjęcia na oddział pacjenta już przebywającego w tym czasie w szpitalu.
516.	Ostrzeżenie o braku wolnych łóżek na oddziale podczas przyjmowania pacjenta na oddział.
517.	Podgląd stanu łóżek na oddziałach w trakcie przyjmowania pacjenta na oddział.
518.	Możliwość anulowania przyjęcia pacjenta na oddział wraz z wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć.
519.	Przeniesienie pacjenta na inny oddział z wpisem do Księgi Oddziałowej wraz z automatycznym lub ręcznym nadaniem numeru Księgi Oddziałowej.
520.	Możliwość prowadzenia jednej Księgi Oddziałowej (wspólnej numeracji) dla kilku oddziałów.
521.	Przy przenoszeniu pacjenta na inny oddział lub salę system podpowiada salę i lekarza prowadzącego na podstawie poprzednich pobytów pacjenta w ramach tej samej hospitalizacji.
522.	Możliwość ręcznej edycji numeru Księgi Oddziałowej.
523.	Możliwość anulowania przeniesienia na inny oddział.

524.	Możliwość gromadzenia danych medycznych związanych z pobytem na oddziale: - Rozpoznanie - Rozpoznanie ze skierowania - Wywiad - Badania - Zastosowane leczenie - Epikryza - Zalecenia.
525.	System umożliwia wprowadzenie komentarza przy każdej diagnozie ICD10
526.	System prezentuje na ekranie podsumowania pobytu pacjenta - diagnozy ICD-10 wraz z wprowadzonymi komentarzami.
527.	System umożliwia kopiowania do bieżącego pobytu diagnozy ICD-10 wprowadzonej w dowolnym wcześniejszym pobycie pacjenta.
528.	W przypadku braku rozpoznania głównego na którymkolwiek oddziale w ramach hospitalizacji system pozwala na skopiowanie na ten pobyt diagnozy głównej z oddziału wypisowego.
529.	System automatycznie podpowiada kodowanie diagnoz hospitalizacji na podstawie zakodowanych diagnoz w poszczególnych pobytach na oddziałach.
530.	Możliwość gromadzenia danych o wzroście i wadze pacjenta z automatycznym wyliczeniem BMI
531.	Możliwość definiowania przez użytkownika i wykorzystania własnych tekstów standardowych w polach opisowych.
532.	Możliwość odnotowania wykonanych pacjentowi na oddziale elementów leczenia (procedury, leki, badania, zabiegi, konsultacje).
533.	Możliwość odnotowania zużytych materiałów do przeprowadzonych na oddziale zabiegów i przypisania zużycia do pacjenta.
534.	Prowadzenie karty TISS w systemie.
535.	Odnotowanie w systemie informacji o zgonie pacjenta wraz z wpisem do Księgi Zgonów.
536.	Wprowadzenie rozpoznań w ramach historii choroby: - wstępnych – ze skierowania, - końcowych (rozpoznanie zasadnicze, dodatkowe, współistniejące) - przyczyny zgonu (w przypadku zgonu pacjenta).
537.	Możliwości tworzenia listy osób uprawnionych do uzyskania informacji o przebiegu leczenia pacjenta.
538.	Możliwość anulowania zleconych badań, leków i rezerwacji na ekranie wprowadzania zgonu pacjenta.
539.	Szybki dostęp do najważniejszych funkcji modułu, z przypisanymi na stałe w zakresie całego modułu skrótami klawiaturowymi, m.in. do: - wyszukania pacjenta, - wyszukania pobytu, - informacji o pacjencie, - przeglądu wszystkich hospitalizacji pacjenta.
540.	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie.
541.	Możliwość wglądu w dane archiwalne wszystkich pacjentów przebywających w przeszłości na danym oddziale.

542.	Obsługa przepustek.
543.	Przegląd i wydruk ksiąg: - Księga Główna, - Księga Oddziałowa, - Księga Oczekujących, - Księga Zgonów.
544.	Prowadzenie i możliwość wydruku Historii Choroby: dane przyjęciowe, wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo), przebieg leczenia, epikryza.
545.	Wydruk standardowych dokumentów związanych z pobytem pacjenta w Szpitalu w zakresie gromadzonych w systemie danych: - Historia Choroby, - Karta Wypisowa, - Karta Odmowy Przyjęcia do Szpitala, - Karta Informacyjna.
546.	Możliwość wypełnienia i wydruk standardowych druków zewnętrznych: - Karta Statystyczna, - Karta Nowotworowa, - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, - Karta Zgonu.
547.	Możliwość prowadzenia oceny Ryzyka powstania odleżyn - wg skali Nortona
548.	System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów: - dziennik ruchu chorych, - lista pacjentów przyjętych do szpitala, - lista pacjentów przebywających w oddziale, - lista pacjentów wypisanych ze szpitala, - raport dzienny, - raport niepełnych danych pacjentów, - raport wykonanych świadczeń (raport interaktywny, z poziomu raportu możliwość wskazania rekordu i automatycznego przejścia do: kodowania pozycji, podsumowanie pobytu), - zestawienia wg jednostki chorobowej.
549.	Przegląd i aktualizacja danych personalnych, ubezpieczeniowych z możliwością generowania regularnych przypomnień w postaci ostrzeżeń podczas logowania o konieczności aktualizacji tych danych (alerty o pacjentach z dokładnością do Oddziału, w momencie zalogowania użytkownika). System musi mieć możliwość definiowania które pola w danych personalnych i ubezpieczeniowych będą objęte alertami.
550.	Możliwość nadawania pacjentom priorytetów/klasyfikacji np. Nagły (czerwony), Pilny (żółty), Stabilny. Wpływa to na prezentację pobytu pacjenta w danych pobytu i na listach prezentujących pacjentów przebywających w szpitalu (prezentacja danych z użyciem koloru).
551.	Możliwość odnotowywania faktu udzielenia informacji o pobycie pacjenta.
552.	Możliwość zmiany lekarza prowadzącego podczas wypisu pacjenta.
RUCH CHORYCH - STATYSTYKA	

553.	Prowadzenie rejestru pacjentów (wspólnego dla wszystkich modułów) z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów).
554.	Wyszukiwanie pacjentów wg różnych parametrów: <ul style="list-style-type: none"> - imię, - nazwisko, - nazwisko rodowe pacjenta, - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, - PESEL, - wiek, - płeć, - data urodzenia, - numer Księgi Głównej, - data przyjęcia na Izbę Przyjęć lub oddział, - lekarz prowadzący, - numer karty RUM, - miejscowość, ulica, kod administracyjny, - diagnozy/wykonane usługi, - zakodowane świadczenia NFZ.
555.	Wyszukiwanie pacjentów po danych osobowych krewnego wg parametrów jak dla pacjenta.
556.	Obsługa list zablokowanych kart RUM
557.	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.
558.	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie (wyników zleceń, danych formularzowych).
559.	Możliwość wglądu w dane archiwalne wszystkich pacjentów przebywających w przeszłości na danym oddziale.
560.	Automatyczna aktualizacja karty statystycznej.
561.	Wydruk standardowych dokumentów związanych z pobytem pacjenta w Szpitalu w zakresie gromadzonych w systemie danych: <ul style="list-style-type: none"> - Historia Choroby, - Karta Wypisowa, - Karta Odmowy Przyjęcia do Szpitala, - Karta Informacyjna.
562.	Możliwość wypełnienia i wydruk standardowych druków zewnętrznych: <ul style="list-style-type: none"> - Karta Statystyczna, - Karta Nowotworowa, - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, - Karta Zakażenia Szpitalnego, - Karta Statystyczna Psychiatryczna, - Karta Zgonu.

563.	System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów: <ul style="list-style-type: none"> - dziennik ruchu chorych, - lista pacjentów przyjętych do szpitala, - historia zmian numerów ksiąg głównych, - lista pacjentów przebywających w oddziale, - lista pacjentów wypisanych ze szpitala, - raport dzienny, - raport niepełnych danych pacjentów, - raport wykonanych świadczeń (raport interaktywny, po wybraniu pozycji na raporcie możliwość automatycznego wejścia do właściwego ekranu edycji kodowania), - zestawienia wg jednostki chorobowej, - miesięczne zestawienie ilości przyczyn zgonów, - średni czas pobytu wg jednostki chorobowej.
564.	Możliwość zdefiniowania widoku listy raportów jako zestawienia ikon lub listy. Możliwość definiowania listy ulubionych raportów dla każdego użytkownika oddzielnie.
565.	Elektroniczna komunikacja z instytucjami nadrzędnymi: <ul style="list-style-type: none"> - Centra Zdrowia Publicznego, - NFZ.
566.	System gromadzi statystyki częstości użycia diagnoz i procedur ICD w jednostce organizacyjnej.
567.	System umożliwia sortowanie diagnoz i procedur ICD według statystyk częstości użycia w jednostce organizacyjnej pobytu pacjenta.
568.	Możliwość kodowania świadczenia z automatycznym rozbiem na poszczególne dni. Przy użyciu kalendarza można wybrać, w których dniach ma zostać zakodowany produkt.
569.	Kodowanie schematów ICD9: <ul style="list-style-type: none"> - umożliwiające kodowanie w postaci tabelarycznej, gdzie wierszami są procedury a kolumnami poszczególne dni, - możliwości wyboru przedziału czasu do zakodowania z możliwością wykluczenia poszczególnych dni, - możliwość definiowania grup (schematów) procedur ogólnych jak i spersonalizowanych dla użytkownika oraz dla jednostki organizacyjnej, - możliwość dodawania pojedynczej procedury do tabeli (nowe wiersze), - możliwość dodawania zdefiniowanych wcześniej grup (schematów) procedur za pomocą jednego kliknięcia (bez szukania w słowniku), - możliwość określenia osoby wykonującej indywidualnie dla każdej procedury i dnia
570.	Możliwość weryfikacji kompletności danych w zakresie sprawozdawczości do NFZ i PZH.
571.	System umożliwia automatyczne oznaczanie pobytów jako ratujących życie na podstawie konfiguracji diagnoz i trybów przyjęcia.
572.	System umożliwia oznaczenie kodowanych świadczeń NFZ (wszystkich lub wybranych) jako nie do rozliczenia. W takim przypadku nie będą one przesyłane do NFZ.
RECEPCJA SZPITALA	
573.	Moduł wspiera przygotowanie, realizację i rozliczenie umów na indywidualne leczenie szpitalne.
574.	System umożliwia przygotowanie dla pacjenta indywidualnej oferty na usługi szpitalne. Oblicza koszt hospitalizacji dla pacjenta. Umożliwia zapisanie i wydruk oferty.

575.	System umożliwia przygotowanie zamówienia i umowy na leczenie szpitalne. W ramach zamówienia rejestrowana jest lista usług zamówionych przez pacjenta, rezerwowane są zasoby potrzebne do przeprowadzania hospitalizacji, w tym rezerwacja łóżka na oddziale.
576.	Zamówienie może być przygotowane na podstawie wcześniej sporządzonej oferty.
577.	System umożliwia wydruk zamówienia oraz formularza umowy na leczenie szpitalne.
578.	System umożliwia na czasowe zawieszenie realizacji zamówienia.
579.	System umożliwia obsługę zmian w zamówieniu/umowie lub całkowitego rozwiązania umowy na leczenie szpitalne.
580.	Moduł integruje się z modułami medycznymi systemu szpitalnego umożliwiając przyjęcie, realizację zamówienia i wypis pacjenta ze szpitala.
581.	System umożliwia rozliczenie hospitalizacji w zależności od posiadanych przez pacjenta uprawnień – integracja z modułem zarządzania kontraktami
582.	System umożliwia rejestrację pacjenta na przyszłe hospitalizacje wraz z odnotowaniem zajętości łóżka w przewidywanym okresie pobytu pacjenta.
583.	System prezentuje zajętość łóżek w salach dla pobytów obecnych i planowanych
584.	System wspiera rozliczenia umowy z pacjentem poprzez: <ul style="list-style-type: none"> - możliwość przyjęcia zaliczki (kwota wymaganej zaliczki może być wyliczana przez system) - wystawienie faktury zaliczkowej - wystawienie faktury końcowej - możliwość korygowania powyższych faktur - wystawienie dokumentów KP/KW dla operacji gotówkowych
585.	System umożliwia planowanie przyjęć na hospitalizację z ubezpieczenia zdrowotnego, płatną przez firmę lub indywidualnie przez pacjenta.
DOKUMENTACJA MEDYCZNA W SZPITALU	
586.	Możliwość korzystania ze zdefiniowanych w systemie formularzy przeznaczonych do wpisywania w sposób sformalizowany (wydzielone pola) danych w systemie (wyniki badań, wywiady, konsultacje). Możliwość własnoręcznego definiowania strukturyzowanych formularzy wyników badań, wywiadów, konsultacji zawierających pola opisowe, liczbowe, daty, słownikowe ze zdefiniowanymi ograniczeniami na wartości (minimalne, maksymalne) i ułożonymi na ekranie.
587.	Możliwość elektronicznego podpisywania grupy danych opisowych zawartych na formularzu w danej zakładce. Podpisane są wszystkie dane opisowe, które muszą być zdefiniowane jako wymagane. W efekcie istnieje możliwość wstępnego uzupełnienia danych medycznych na formularzu przez pielęgniarkę do weryfikacji i podpisania przez lekarza.
588.	Możliwość wykonania wydruku na podstawie zdefiniowanego formularza w systemie, zgodnie z szablonami dostępnymi w systemie.
589.	W połączeniu z Modułem Zleceń Medycznych możliwość komunikacji z innymi zewnętrznymi systemami w zakresie wczytywania wyników wykonania zlecenia w formie zdefiniowanych w systemie formularzy. Warunkiem komunikacji z systemami zewnętrznymi jest ich zgodność z międzynarodowym standardem medycznym HL7.
590.	Możliwość ustalenia statusów dla wszystkich informacji wprowadzanych w module dokumentacja medyczna (szkic kompletny).

591.	Możliwość zapisu dowolnych elementów dokumentacji medycznej, minimum: obserwacje lekarskie, obserwacje pielęgniarskie, zalecenia, epikryza, notatki, wywiad epidemiologiczny, badanie, rozpoznanie. Dodatkowo administrator może podzielić poszczególne elementy na grupy i zakładki.
592.	Możliwość definiowania formularzy, na których lekarz może zaznaczyć punkty na graficznym schemacie (np. organu), a następnie opisać zaznaczone punkty.
593.	Raport Lekarski i pielęgniarski automatycznie pobierają informacje z modułu zleceń o zleconych badaniach.
594.	Możliwość prezentacji wszystkich danych wprowadzonych do modułu dokumentacji medycznej w ujęciu chronologicznym „time oriented”
595.	Możliwość zdefiniowania w systemie karty informacyjnej dla pacjenta zawierającej wyniki badań i procedur wykonanych podczas pobytu.
596.	System posiada wbudowany moduł sprawdzania pisowni w języku polskim dla danych opisowych Systemu. W szczególności powinien on weryfikować poprawność na poziomie wprowadzania opisów, zwłaszcza gdy przez użytkownika nie jest wykorzystywany tekst standardowy.
597.	Możliwość wykonania wydruku na podstawie zdefiniowanego formularza w systemie, zgodnie z szablonami dostępnymi w systemie. Możliwość własnoręcznego wykonania wydruku zawierającego dane wprowadzone na wcześniej zdefiniowanych przez siebie formularzach.
OPIEKA PIELĘGNIARSKA	
598.	Moduł jest przeznaczony dla pielęgniarek i dostępny w module Oddział. Umożliwia zarządzanie procesem dokumentowania czynności opieki pielęgniarskiej, w szczególności w zakresie zapisu diagnoz i procedur, leczenia i pielęgnowania.
599.	System umożliwia zdefiniowanie planu opieki pacjenta, a następnie w razie potrzeby dodawanie dodatkowych pozycji w planie.
600.	System umożliwia rejestrowania wykonanych "czynności pielęgniarskich" na podstawie zdefiniowanego planu opieki.
601.	System umożliwia wprowadzanie/podgląd komentarzy w planie opieki oddzielnie dla każdego dyżuru pielęgniarskiego.
602.	Możliwość zapisu diagnoz i procedur (z uwzględnieniem klasyfikacji ICD9, ICD10) ze wskazaniem osób wchodzących w skład zespołów operacyjnych i znieczulających oraz ewentualnych uwag dotyczących przebiegu danego etapu leczenia, epikryzy, planowanego dalszego postępowania z pacjentem, zaleceń w postaci opisowej.
603.	Kody klasyfikacji ICD mogą być przypisane do dowolnego fragmentu pobytu w szpitalu (w przypadku zmiany lekarza, oddziału).
604.	W zapisywanych diagnozach ICD wyróżnia się diagnozę podstawową oraz diagnozy dodatkowe.
605.	Możliwy jest zapis wielu kodów diagnoz i procedur.
606.	Kody procedur pielęgniarskich identyfikują czynności diagnostyczne, terapeutyczne i pielęgnacyjne wykonywane przez pielęgniarkę podczas hospitalizacji.
607.	Dane opisowe, jakkolwiek są związane z konkretnymi zdarzeniami pacjenta, mogą być odnotowywane w sposób ciągły.
608.	Definiowanie planu opieki pielęgniarskiej. W momencie rozpoczęcia opieki nad pacjentem pielęgniarka może:
609.	- zdefiniować plan działań,

610.	- wybrać elementy ze słownika i dodać je do listy,
611.	- wybrać od najbardziej ogólnych do najbardziej szczegółowych.
612.	Wybrane punkty będą poddawane obserwacjom podczas kolejnych dyżurów
613.	Definiując plan można postawić się gotowym szablonem.
614.	Wybrany zestaw czynności pielęgniarka może zapisać w kontekście pacjenta.
615.	Można zapisać zestaw czynności jako nowy szablon, który będzie ogólnodostępny.
616.	Rozwiązanie umożliwia odnotowanie realizacji czynności planu opieki pielęgniarskiej.
617.	Dostępny jest panel zawierający wybrane diagnozy oraz wynikające z nich czynności, które będą wykonywane w trakcie hospitalizacji pacjenta. Rozwiązanie umożliwia:
618.	- określenie kryterium zawężenia czasu dla wyświetlanych danych
619.	- określenie osoby dokumentującej czynności
620.	- przeglądanie czynności opieki pielęgniarskiej w czasie
621.	Możliwość odznaczenia w systemie wykonanych czynności. Możliwość korekty w przypadku pomyłki.
622.	Każda pielęgniarka po zakończonym dyżurze może wpisać w systemie ocenę działań w postaci danej opisowej (z możliwością użycia szablonów opisów i dodaniem własnych szablonów opisów).
623.	Możliwość zarządzania słownikiem czynności pielęgniarskich.
624.	Możliwość zdefiniowania dyżuru przynajmniej w podziale na części: dzień i noc.
625.	Możliwość określania kategorii opieki pielęgniarskiej
626.	Możliwość prezentacji tylko niewykonanych czynności.
627.	Możliwość obsługi zmian o różnych godzinach rozpoczęcia i zakończenia.
628.	Możliwość określenia przez administratora systemu ilości dni domyślnie prezentowanych na ekranie.
SYSTEM IDENTYFIKACJI PACJENTA	
629.	System zaopatruje pacjenta w niezbędne znaki identyfikacyjne umieszczone na opaskach dedykowanych dla noworodków, dzieci, dorosłych bez konieczności korzystania z innej aplikacji niż moduł ruch chorych Systemu.
630.	Znak identyfikacyjny powinien zawierać informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.
631.	Każda opaska może być zaopatrzona o skrócone informacje o szpitalu (krótka nazwa lub graficzny znak logo).
632.	Możliwość nadruku kodu kreskowego 1D z numerem pacjenta Systemu HIS oraz umieszczony tekst numer pacjenta, imię i pierwsza litera nazwiska (opcjonalnie pełne nazwisko) oraz data urodzenia pacjenta, kod płci (K lub M).
633.	Możliwość nadruku dodatkowego kodu 2D na opaskach dla dzieci dorosłych kodu 2D z zakodowanymi pełnymi danymi identyfikacyjnymi pacjenta, możliwego do awaryjnego odcodowania za pomocą czytników 2D lub innych aplikacji odczytujących kody 2D dostępnych na urządzenia mobilne oparte na systemach Android, iOS, Windows Mobile w nagłych sytuacjach gdy system szpitalny jest niedostępny.
634.	Drukowanie opaski pacjenta na sieciowej drukarce bez konieczności podglądu wydruku.
635.	Współpraca z termiczną drukarką opasek, która nadrukowuje znaki identyfikacyjne dla pacjentów na systemach Windows oraz Linux. Wymienialne kasetki z opaskami w trakcie pracy. Rozdzielczość wydruku opasek 12 punktów na mm/300 dpi

636.	Dostępność materiałów eksploatacyjnych u dystrybutorów w Polsce: opaski pokryte powłoką antybakteryjną, z wysoką odpornością na działanie wody i środków chemicznych, rozmiary dostosowane dla dzieci (białe standard i czerwone do oznaczania alergii), dorosłych (białe standard i czerwone do oznaczania alergii), niemowląt (standard oraz miękkie nylonowe).
637.	Zgodność Systemu Identyfikacji pacjenta z minimum następującymi wymiarami opasek: 1. samoprzylepne <ul style="list-style-type: none"> • dla dorosłych 25x279mm białe • dla dorosłych 25x279mm czerwone • dla dzieci 25x178mm białe • dla dzieci 25x178mm czerwone • dla niemowląt 25x152mm • dla niemowląt miękkie-nylon: 19x195, druk 50, szer. 11mm 2. na zatrzask <ul style="list-style-type: none"> • dla dorosłych 30x279mm + białe klipsy • dla dzieci 25x178mm + białe klipsy
638.	Obsługa pacjentów „NN”.
639.	Automatyczne generowanie identyfikacji spójnej z danymi systemu szpitalnego.
640.	Drukowanie opasek z wykorzystaniem centralnego serwera wydruków systemu szpitalnego dla wszystkich stacji roboczych Windows oraz Linux bez konieczności instalacji sterowników do drukarek znaków identyfikacyjnych na tych stacjach roboczych.
641.	Automatyczny wydruk opaski pacjenta z poziomu systemu HIS bez konieczności podglądu na domyślnej drukarce (ale możliwość wskazania innej przez użytkownika) natychmiast po zapisaniu przyjęcia pacjenta w systemie. Istnieje dodatkowo możliwość drukowania awaryjnego dodatkowej opaski ad-hoc.
642.	Możliwość wyszukania pacjenta wg identyfikatora z kodu kreskowego 1D w każdym module obsługi pacjenta systemu HIS z wyjątkiem modułów bezpośrednio integrujących się z urządzeniami medycznymi.
643.	Stała dostępność specjalnego pola do natychmiastowego wyszukiwania pacjenta według identyfikatora z kodu 1D przynajmniej w modułach Oddział, Izba przyjęć, Gabinet/Poradnia, Diagnostyka obrazowa, Blok operacyjny, Dializy, Patomorfologia, Statystyka.
MINIMALNY PAKIET STANDARDOWYCH ZESTAWIEN DANYCH I WYDRUKÓW	
644.	Poza wymaganymi przepisami prawa i wynikających z wymogów rozliczeń z NFZ zestawieniami danych oraz wydrukami dokumentacji medycznej, dostarczany system po instalacji wyposażony jest na raporty oraz wydruki wyszczególnione poniżej.
645.	RAPORTY
646.	Chorzy przyjęci do wybranej kliniki
647.	Dane historyczne numerów ksiąg głównych
648.	Dziennik ruchu chorych oddziału
649.	Jednostki kierujące
650.	Księga chorych oddziału
651.	Księga główna przyjęć i wypisów
652.	Księga oczekujących na udzielenie świadczenia
653.	Księga raportów lekarskich

654.	Księga raportów pielęgniarских
655.	Księga zgonów
656.	Lista pacjentów przebywających w szpitalu na oddziale
657.	Lista pacjentów przyjętych do szpitala
658.	Lista pacjentów według diagnoz
659.	Lista pacjentów wypisanych ze szpitala
660.	Lista świadczeń wg jednostek organizacyjnych
661.	Miesięczne zestawienie ilości procedur
662.	Pacjenci na liście oczekujących
663.	Pacjenci przyjęci do szpitala spoza regionu
664.	Pacjenci według długości pobytu
665.	Pacjenci z odmową przyjęcia
666.	Podsumowanie zdarzeń szpitalnych
667.	Raport akcji użytkowników
668.	Raport audytu danych osobowych
669.	Raport dzienny
670.	Raport lekarski
671.	Raport list oczekujących
672.	Raport martwych urodzeń
673.	Raport niepełnych danych do PZH
674.	Raport niepełnych danych pacjenta
675.	Raport niezakodowanych pobytów
676.	Raport nowotworowy
677.	Raport obłożenia łóżek
678.	Raport obłożenia oddziału
679.	Raport pacjentów na liście oczekujących
680.	Raport pacjentów na przepustkach
681.	Raport pacjentów przeniesionych
682.	Raport pacjentów z ICD9 i ICD10
683.	Raport pielęgniarских
684.	Raport podwójnych pacjentów
685.	Raport statystyki noworodkowej
686.	Raport świadczeń
687.	Raport wskaźników szpitalnych
688.	Raport wykonanych świadczeń
689.	Ruch chorych
690.	Spis chorych szpitala
691.	Sprawozdanie z pomocy doraźnej (dane do ZD4)
692.	Stan łóżek w szpitalu
693.	Średni czas pobytu według jednostki chorobowej
694.	Zestawienie diagnoz i procedur
695.	Zestawienie pobytów na liście oczekujących
696.	Zestawienie przyjęć i wypisów
697.	Zestawienie wypisów
698.	Zestawienie zbiorcze do PZH

699.	Zestawienie zgonów
700.	Raport poświadczeń eWUŚ
701.	Kontrola ubezpieczeń - pacjenci nieubezpieczeni
702.	Raport podwójnych hospitalizacji
703.	Raport zbiorczy wyników badań laboratoryjnych
704.	WYDRUKI
705.	Badanie przedmiotowe
706.	Dane opisowe zbiorczo
707.	Epikryza
708.	Historia choroby pacjenta
709.	Karta depozytowa
710.	Karta informacyjna Izby przyjęć
711.	Karta informacyjna pacjenta z UE
712.	Karta informacyjna pacjenta z UE
713.	Karta statystyczna
714.	Karta wypisowa
715.	Karta wypisowa z wynikami (uzupełniona automatycznie zgromadzonymi w systemie danymi; możliwość wyboru badań, które mają znaleźć się na karcie wypisowej danego pacjenta)
716.	Karta zakażenia szpitalnego
717.	Karta zgłoszenia choroby zakaźnej
718.	Karta zgłoszenia nowotworu
719.	Karta zgonu
720.	Naklejki
721.	Naklejki na próbówki pacjenta
722.	Obserwacje lekarskie
723.	Odmowa przyjęcia
724.	Porada ambulatoryjna (Izba przyjęć)
725.	Raport kosztów pacjenta
726.	Skierowanie do poradni specjalistycznej
727.	Skierowanie do szpitala
728.	Upoważnienie
729.	Wydruk koperty dla krewnego
730.	Wydruk koperty dla pracodawcy
731.	Wydruk zaświadczenia pacjenta
732.	Wywiad
733.	Wywiad epidemiologiczny
734.	Zaświadczenie lekarskie
735.	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną
736.	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę
737.	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową
738.	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV
739.	Formularz zgłoszenia zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej

740.	Karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego noworodków
741.	Karta monitorowania leczenia żywieniowego noworodków
742.	Karta monitorowania leczenia żywieniowego dzieci
743.	Karta kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego / karta modyfikacji żywienia dzieci
744.	Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)
745.	Karta informacyjna dla lekarza POZ
746.	Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka
747.	Karta gorączkowa
748.	Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia
749.	Okołooperacyjna Karta Kontrolna
750.	Zlecenie na badanie grupy krwi
751.	Zamówienie indywidualne na krew i jej składniki
752.	Zlecenie na wykonanie próby zgodności
753.	Zlecenie na krew do pilnej transfuzji
754.	Karta TISS
755.	Skierowanie na konsultacje
SYSTEMY AMBULATORYJNE	
	RECEPCJA AMBULATORYJNA
	ZARZĄDZANIE BAZĄ PACJENTÓW
756.	System prowadzi bazę pacjentów z możliwością przeglądania, dodawania, edycji danych.
757.	Przeszukiwanie bazy pacjentów według zadanych kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> - wewnętrzny nr pacjenta, - numer dokumentacji - nazwisko i imię, - PESEL - firma (pracodawca) - numer umowy - wiek - data urodzenia - płeć - data wizyty - rozpoznanie
758.	Zbierane dane o pacjencie: <ul style="list-style-type: none"> - imiona, - nazwisko, - data i miejsce urodzenia, - płeć, - imiona i nazwiska rodowe rodziców, - rodzaj i numer dokumentu tożsamości, - numer PESEL, - adres stały, adres korespondencyjny, - dane kontaktowe (numery telefonów, e-mail), - VIP (np. osoba publiczna lub inna, do której rekordu dostęp może być ograniczony), - informacje o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.
759.	System umożliwia zbieranie informacji o opiekunach prawnych pacjenta.

760.	System umożliwia zbieranie informacji o osobach upoważnionych do odbioru dokumentacji.
761.	Zbieranie informacji o ubezpieczeniu pacjenta.
762.	Wprowadzanie informacji o deklaracjach POZ.
763.	System prowadzi pełną historię zmian danych osobowych pacjenta. Przechowuje informacje o dacie modyfikacji i użytkownika który dokonał zmiany.
764.	System automatycznie uzupełniania 'Miejscowość' i 'Kod admin.' po wpisaniu numeru kodu pocztowego podczas uzupełniania danych adresowych pacjenta.
765.	System daje możliwość przy wyszukiwaniu i dodawaniu pacjenta automatycznego wykorzystania danych z dowodów osobistych przy użyciu czytników OCR .
766.	Wydruk danych pacjenta.
767.	Wydruk koperty na dokumentację
768.	Wydruk formularza historii choroby
769.	Zaawansowana funkcja wyszukiwania i scalania powielonych rekordów medycznych pacjenta z zachowaniem niezbędnej historii zmian.
770.	Rezerwacja/rejestracja wizyt.
771.	System obsługuje uprawnienia dla jednostek składających się z wielu poradni rozproszonych terytorialnie na podstawie uprawnień użytkownika oraz wybranej lokalizacji. System umożliwia nadawanie uprawnień do funkcji Systemu w zależności od uprawnień użytkownika oraz obsługiwanej lokalizacji.
772.	Wyszukiwanie terminu wizyty na podstawie zdefiniowanych grafików.
773.	Możliwość wyszukania terminu wizyty na podstawie: <ul style="list-style-type: none"> - usługi, - lokalizacji, - lekarza/urządzenia, - języka komunikacji (w przypadku obcokrajowców), - typu wizyty (standardowa, pierwsza, kontynuacja), - wieku pacjenta.
774.	System proponuje terminy wizyt w sposób umożliwiający optymalne wykorzystanie czasu pracy lekarza. System nie posługuje się pojęciem „slotu czasowego o stałej liczbie minut”. Usługi w danym terminarzu mogą trwać różną liczbę minut w zależności od rodzaju usługi i typu wizyty, a system zapisując rezerwację blokuje dzienny terminarz na odpowiednią liczbę minut właściwą dla usługi i typu wizyty.
775.	Wsparcie dla jednoczesnej rezerwacji wizyt z wielu stanowisk – Call Center
776.	Możliwość odwołania rezerwacji wizyty
777.	System umożliwia przypisanie języków, którymi włada pacjent i lekarz. Informacje te mogą być wykorzystane jako ułatwienie szybszego znalezienia lekarza komunikującego się z pacjentem podczas rejestracji/rezerwacji wizyty na przykład dla obcokrajowca, czy też znalezienia lekarza władającego językiem migowym.
778.	System umożliwia rezerwację wizyty dodatkowej (tzw. overbooking) oraz mechanizm kontroli liczby wizyt dodatkowych.
779.	System weryfikuje i prezentuje informacje o potencjalnych konfliktach między rezerwacjami: <ul style="list-style-type: none"> - konflikt ze względu na pacjenta - pacjent posiada w tym czasie wizytę, - konflikt ze względu na gabinet – gabinet jest zajęty w danym czasie przez innego lekarza, - konflikt ze względu na lekarza – lekarz ma wyznaczoną wizytę z innym pacjentem.

780.	Przeglądanie listy zaplanowanych wizyt w widoku tabelarycznym i w terminarzu graficznym.
781.	Funkcja rejestracji wcześniej zaplanowanej wizyty.
782.	Funkcja rejestracji wizyty bez wcześniejszego planowania.
783.	Funkcja zlecenia badań diagnostycznych. Podczas zlecenia możliwość sprawdzenia grafika dostępności urządzenia diagnostycznego oraz zarezerwowania terminu.
784.	Rejestracja wizyty z listy roboczej lub w kontekście pacjenta.
785.	Rejestracja danych skierowania (data skierowania, jednostka kierująca, lekarz kierujący, rozpoznanie ze skierowania) podczas rejestracji wizyty.
786.	Możliwość rejestracji wielu wizyt w ramach jednego skierowania.
787.	Anulowanie zarejestrowanej wizyty.
788.	Możliwość przeglądu i wydruku zaplanowanych wizyt dla pacjenta.
789.	Możliwość przeglądu terminarza wizyt z gabinetu lekarskiego.
790.	Wizyty na liście roboczej i planowaniu rejestracji są oznaczone kolorystycznie w celu szybkiego odnalezienia na liście wizyt o odpowiednim statusie (zarezerwowana, zaplanowana, wykonana itp.).
791.	możliwość oznaczania tworzonych grafików kolorami widocznymi w planowaniu wizyt.
792.	Lista robocza rejestracji umożliwia sortowanie po każdej kolumnie, rosnąco i malejąco.
793.	Możliwość dowolnego ustawiania kolejności kolumn na podstawie domyślnego widoku listy roboczej wizyt rejestracji przez przeciągnięcie kolumny mechanizmem drag & drop.
794.	Możliwość seryjnego wyszukiwania i rezerwacji terminów na cały cykl wizyt pacjenta, bez konieczności ponownego uruchamiania funkcji rezerwacji w celu wyznaczenia kolejnych terminów dla serii wizyt.
795.	System umożliwia rejestrację serii wizyt pacjenta z poziomu jednej funkcji.
796.	Automatyczne prowadzenie kolejek oczekujących.
797.	Pełna integracja z modułem eRejestracja. Moduł Recepcja i eRejestracja przy wyznaczaniu terminów korzystają z tej samej definicji grafików.
798.	ZMIANA TERMINU WIZYTY
799.	System umożliwia zmianę terminu jednej lub kilku wizyt z widoku graficznego terminarza z wykorzystaniem mechanizmu drag&drop (przeciągnij i upuść).
800.	System posiada funkcję listy roboczej wizyt do potwierdzenia w przypadku zmiany terminu wizyty.
801.	System umożliwia wydruk listy wizyt do potwierdzenia przez pacjentów w przypadku zmiany terminu wizyty.
	WERYFIKACJA UPRAWNIEŃ PACJENTA DO USŁUG
802.	System posiada mechanizmy weryfikacji uprawnień pacjenta do wykonania usługi w ramach umowy (NFZ, medycyny pracy, abonamentu, itp) w momencie rezerwacji, a następnie ponownie na etapie rejestracji.
803.	System prezentuje podczas rezerwacji i rejestracji uprawnienia pacjenta do wybranych usług.
804.	Podczas rezerwacji/rejestracji wizyty należy wskazać uprawnienie, w ramach którego realizowana jest wizyta.
805.	System zabrania użytkownikowi zarezerwowanie/rejestrację wizyty, jeżeli wybrane uprawnienie wygasło, nie aplikuje się do wybranej wizyty lub został przekroczony limit na wykonanie usługi.

806.	System umożliwi włączenie funkcji przypomnienia użytkownikowi o braku danych o ubezpieczeniu zdrowotnym w funkcji edycji pacjenta, nie blokując jednocześnie dalszego przebiegu obsługi pacjenta.
PORADNIA GABINET	
807.	Prowadzenie rejestru pacjentów (wspólnego dla wszystkich modułów) z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobytów szpitalnych, wizyt ambulatoryjnych, diagnostycznych.
808.	Wyszukiwanie pacjentów wg różnych parametrów: <ul style="list-style-type: none"> - imię, - nazwisko, - nazwisko rodowe pacjenta, - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, - PESEL, - wiek, - płeć, - data urodzenia, - numer dokumentacji pacjenta, - dane wizyty (data, poradnia, lekarz). - data przyjęcia na Izbę Przyjęć/Oddział , - numer karty RUM, - miejscowość, ulica, kod administracyjny, - diagnozy/wykonane usługi, - zakodowane świadczenia NFZ.
809.	Wyszukiwanie pacjentów po danych osobowych krewnego wg parametrów jak dla pacjenta.
810.	Obsługa list zablokowanych kart RUM
811.	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.
812.	System automatycznie uzupełniania 'Miejscowość' i 'Kod admin.' po wpisaniu numeru kodu pocztowego podczas uzupełniania danych adresowych pacjenta.
813.	System daje możliwość przy wyszukiwaniu i dodawaniu pacjenta automatycznego wykorzystania danych z dowodów osobistych przy użyciu czytników OCR .
814.	Przegląd listy pacjentów do przyjęcia w danym dniu.
815.	Możliwość gromadzenia danych medycznych związanych z wizytą pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> - Rozpoznanie, - Wywiad, - Badania, - Zastosowane leczenie, - Zalecenia.
816.	Możliwość gromadzenia danych o wzroście i wadze pacjenta z automatycznym wyliczeniem BMI
817.	Możliwość definiowania przez użytkownika i wykorzystania własnych tekstów standardowych w polach opisowych.
818.	Możliwość odnotowania wykonanych pacjentowi w trakcie wizyty elementów leczenia (procedury, leki, badania, zabiegi, konsultacje).

819.	Możliwość odnotowania zużytych materiałów do przeprowadzonych podczas wizyty zabiegów.
820.	Zapis świadczeń NFZ udzielonych w ramach porady ambulatoryjnej
821.	System weryfikuje zapisy ambulatoryjne względem szpitalnych ze względu na wpisy wykluczające się zgodnie z wymogami NFZ.
822.	Wpis do Księgi Oczekujących pacjentów oczekujących na wizytę z informacją na co pacjent oczekuje oraz możliwością dodrukowania potwierdzenia wpisu na kolejną dla pacjenta
823.	Zmiana wcześniej zaplanowanego terminu wizyty pacjenta wraz z koniecznością wprowadzenia informacji uzasadniającej tę zmianę.
824.	Możliwość anulowania zaplanowanej wizyty pacjentowi.
825.	Możliwość zakończenia wizyty poprzez odnotowanie faktu nie przyjęcia pacjenta do gabinetu z powodu: ucieczki, braku wolnego terminu, zgonu pacjenta. Anulowanie przyjęcia z podaniem powodu anulowania wizyty.
826.	Możliwość tworzenia listy osób uprawnionych do uzyskania informacji o przebiegu leczenia pacjenta.
827.	Szybki dostęp do najważniejszych funkcji modułu, z przypisanymi na stałe w zakresie całego modułu skrótami klawiaturowymi, m.in. do: - wyszukania pacjenta, - wyszukania wizyty, - informacji o pacjencie, - przeglądu wszystkich wizyt pacjenta.
828.	System umożliwia wybór diagnoz które mają być wysłane do NFZ, np. w przypadku gdy wprowadzono w celach statystycznych więcej diagnoz niż można wysłać do NFZ.
829.	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie.
830.	Automatyczne nadanie numeru w Księdze Przychodni w momencie rejestracji pacjenta.
831.	Przegląd i wydruk ksiąg: - Księga Przychodni, - Księga Oczekujących, - Księga Zgonów.
832.	System posiada wbudowany moduł sprawdzania pisowni w języku polskim dla danych opisowych Systemu
833.	System gromadzi statystyki częstości użycia diagnoz i procedur ICD w jednostce organizacyjnej.
834.	System umożliwia sortowanie diagnoz i procedur ICD według statystyk częstości użycia w jednostce organizacyjnej.
835.	System umożliwia wprowadzenie komentarza przy każdej diagnozie ICD10.

836.	<p>Kodowanie schematów ICD9:</p> <ul style="list-style-type: none"> - umożliwiające kodowanie w postaci tabelarycznej gdzie wierszami są procedury a kolumnami poszczególne dni, - możliwości wyboru przedziału czasu do zakodowania z możliwością wykluczenia poszczególnych dni, - możliwość definiowania grup (schematów) procedur ogólnych jak i spersonalizowanych dla użytkownika oraz dla jednostki organizacyjnej, - możliwość dodawania pojedynczej procedury do tabeli (nowe wiersze), - możliwość dodawania zdefiniowanych wcześniej grup (schematów) procedur za pomocą jednego kliknięcia (bez szukania w słowniku), - możliwość określenia osoby wykonującej indywidualnie dla każdej procedury i dnia
PORADNIA MEDYCYNĄ PRACY	
837.	Definiowanie kontraktów Medycyny Pracy z pracodawcami
838.	Rejestrowanie listy pracowników MP
839.	Obsługa listy otwartej pracowników MP
840.	Rozliczenia wykonanych usług
841.	Możliwość wystawienia załącznika do faktury dla pracodawcy oraz wystawienie faktury
842.	Umawianie pacjenta na wiele wizyt w jednym bloku czasu
843.	Obsługa ograniczeń i limitów wykonanych usług
844.	Zarządzanie listą kontraktów MP
845.	Zarządzanie listą kontrahentów - pracodawców
846.	Standardowe wykazy dotyczące zdefiniowanych kontraktów, kontrahentów, beneficjentów
847.	Możliwość definiowania reguł wystawiania faktur za kontrakty: forma płatności, okres rozliczeniowy, termin płatności, termin wystawiania faktury, odpłatność za pierwszy okres, obsługa zmian dokonywanych na liście beneficjentów, wybór waluty
848.	Możliwość definiowania reguł fakturowania za kontrakty: okres kalkulacji, stawka, okres rozliczeniowy (np. miesięczny, kwartalny), wystawianie faktur z góry lub z dołu, data rozpoczęcia i zakończenia
849.	Możliwość definiowania różnych cenników dla kontraktów
850.	Kalkulacja stawki faktury z pracodawcą za osobę, za pakiet, ryczałt, wykonanie cyklu badań, wykonanie wszystkich usług
851.	Możliwość przypisania oddziału kontrahenta do danego kontraktu, gdy klient ma otrzymywać oddzielne faktury na poszczególne oddziały
852.	Pełna integracja z modułem Generator Formularzy, tj. dokumentacji formularzowej i opisowej systemu HIS
853.	<p>Możliwość tworzenia formularzy dokumentacji medycyny pracy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ogólnodostępnych - ogólnodostępnych w kontekście jednostki organizacyjnej, np. specjalizacji danego gabinetu - ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika - ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika w kontekście jednostki organizacyjnej, np. lekarz MP i dany gabinet - ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora - ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora w kontekście jednostki organizacyjnej

PORADNIA POZ	
854.	Możliwość odnotowania w systemie faktu złożenia przez pacjenta Deklaracji POZ
855.	Możliwość odnotowania oddzielnie deklaracji typu: -L (lekarz), P (pielęgniarka), O (położna), S(szkolne), KAOS (C i H)
856.	Rozliczenie zapisanych w systemie deklaracji z wykorzystaniem modułu rozliczeń z NFZ
857.	Archiwizacja informacji o rozliczeniach i ich statusie
858.	Raporty związane z rozliczeniami POZ wymagane przez NFZ
859.	Raport Liczby Deklaracji dla Wieku
860.	Raport wizyt bez deklaracji POZ
861.	Możliwość śledzenia historii zmian w Deklaracji POZ danego pacjenta.
862.	Możliwość wprowadzania danych o zgonie pacjenta na potrzeby wystawienia Karty zgonu
863.	Na formularzu edycji deklaracji POZ system umożliwia wprowadzenie informacji 'Dokonanie wyboru w bieżącym roku'. Dla deklaracji Lekarza, pielęgniarki oraz położnej jest to pole obowiązkowe. Każda zmiana osoby zadeklarowanej czyści pole 'Dokonanie wyboru w bieżącym roku' przy zmianie wartości w tym polu na 'po raz kolejny' pojawia się komunikat: 'Dokonanie zmiany lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ przez pacjenta więcej niż dwa razy w bieżącym roku wiąże się ze zobowiązaniem do wniesienia opłaty do Oddziału NFZ.'
864.	System zlicza ilość deklaracji przypadających na poszczególnych lekarzy, pielęgniarki i położne POZ i prezentuje ilości w słowniku w dwóch kolumnach: liczbę wszystkich deklaracji, liczbę deklaracji dzieci. Gdy wyszukany personel ma liczbę deklaracji równą limitowi określoneemu przez NFZ dla osób dorosłych lub dla dzieci, to nie można utworzyć zmienić deklaracji dla takiej osoby.
865.	Każdy typ deklaracji jest prezentowany innym kolorem
866.	W momencie wprowadzania deklaracji sprawdzany jest status pacjenta w eWUŚ. W przypadku braku uprawnienia na dzień złożenia system generuje ostrzeżenie.
KARTA SZCZEPIENI	
867.	System umożliwia odnotowanie informacji o wykonanych szczepieniach ochronnych
868.	Obsługa różnych typów szczepień wynikających z Programu Szczepień Ochronnych: - szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży według wieku, - szczepienia obowiązkowe osób szczególnie narażonych na zakażenie, - szczepienia zalecane, niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie MZ .
869.	Program szczepień - prezentacja programu szczepi dla dzieci i młodzieży z informacją o już wykonanych, zakwalifikowanych czy zaplanowanych szczepieniach.
870.	Możliwość planowania szczepienia oraz wprowadzania informacji o odroczeniu/nieobecności pacjenta/ odmowie pacjenta/ zakwalifikowaniu/zwolnieniu ze szczepienia.
871.	Odnótowanie informacji o wykonanym szczepieniu.
PORADNIA STATYSTYKA	
872.	Prowadzenie rejestru pacjentów (wspólnego dla wszystkich modułów) z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów).

873.	<p>Wyszukiwanie pacjentów wg różnych parametrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - imię, - nazwisko, - nazwisko rodowe pacjenta, - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym, - PESEL, - wiek, - płeć, - data urodzenia, - numer dokumentacji pacjenta, - dane wizyty (data, poradnia, lekarz). - data przyjęcia na Izbę Przyjęć/Oddział , - numer karty RUM, - miejscowość, ulica, kod administracyjny, - diagnozy/wykonane usługi, - zakodowane świadczenia NFZ.
874.	Obsługa list zablokowanych kart RUM
875.	Wyszukiwanie pacjentów po danych osobowych krewnego wg parametrów jak dla pacjenta.
876.	Bezpośredni dostęp do rejestru pacjentów z możliwością zmiany wszystkich wprowadzonych danych pacjenta.
877.	Szybki wgląd w pełną dokumentację medyczną pacjenta kiedykolwiek zapisaną w systemie (wyników zleceń, danych formularzowych).
878.	W przypadku połączenia z systemem szpitalnym dostęp do informacji o hospitalizacjach pacjenta.
879.	Przegląd i wydruk ksiąg: <ul style="list-style-type: none"> - Księga Przychodni, - Księga Oczekujących, - Księga Zgonów.
880.	Możliwość zdefiniowania widoku listy raportów jako zestawienie ikon lub listy. Możliwość definiowania listy ulubionych raportów dla każdego użytkownika oddzielnie.
881.	Integracja z gruperem AOS – wyznaczanie poprawnych grup AOS dla wizyt bezpośrednio z ekranu kodowania wizyt.
882.	Dla zleceń badań diagnostycznych, które zostały wykonane przed wizytą i nie zostały jeszcze konsultowane przez lekarza specjalistę, system automatycznie podpowiada uwzględnienie ich kodów ICD9 w rozliczeniu z NFZ oraz grupowaniu na etapie kodowania wizyty.
883.	Możliwość kodowania świadczenia z automatycznym rozbićciem na poszczególne dni. Przy użyciu kalendarza można wybrać w których dniach ma zostać zakodowany produkt.
884.	Dla chemioterapeutyków z załącznika nr 2 do zarządzenia nr 5/2011/DGL Prezesa NFZ system automatycznie proponuje uzupełnienie pola 'Dawka określona wg'.
DOKUMENTACJA MEDYCZNA W PORADNI	
885.	Możliwość korzystania ze zdefiniowanych w systemie formularzy przeznaczonych do wpisywania w sposób sformalizowany (wydzielone pola) danych w systemie (wyniki badań, wywiady, konsultacje).

886.	Możliwość wykonania wydruku na podstawie zdefiniowanego formularza w systemie, zgodnie z szablonami dostępnymi w systemie.
887.	W połączeniu z Modułem Zleceń Medycznych możliwość komunikacji z innymi zewnętrznymi systemami w zakresie wczytywania wyników wykonania zlecenia w formie zdefiniowanych w systemie formularzy. Warunkiem komunikacji z systemami zewnętrznymi jest ich zgodność z międzynarodowym standardem medycznym HL7.
888.	Możliwość ustalenia statusów dla wszystkich informacji wprowadzanych w module dokumentacja medyczna (szkic, kompletny).
889.	Możliwość zdefiniowania formularzy, na których lekarz może zaznaczyć punkty na graficznym schemacie (np. organu), a następnie opisać zaznaczone punkty.
890.	Możliwość prezentacji wszystkich danych wprowadzonych do modułu dokumentacji medycznej w ujęciu chronologicznym „time oriented”
891.	Możliwość wydruku wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej pacjenta leczonego w poradni
892.	Możliwość korzystania ze zdefiniowanych w systemie formularzy przeznaczonych do wpisywania w sposób sformalizowany (wydzielone pola) danych w systemie (wyniki badań, wywiady, konsultacje). Możliwość własnoręcznego definiowania strukturyzowanych formularzy wyników badań, wywiadów, konsultacji zawierających pola opisowe, liczbowe, daty, słownikowe ze zdefiniowanymi ograniczeniami na wartości (minimalne, maksymalne) i ułożonymi na ekranie.
893.	System posiada wbudowany moduł sprawdzania pisowni w języku polskim dla danych opisowych Systemu. W szczególności powinien on weryfikować poprawność na poziomie wprowadzania opisów, zwłaszcza gdy przez użytkownika nie jest wykorzystywany tekst standardowy.
894.	Możliwość wykonania wydruku na podstawie zdefiniowanego formularza w systemie, zgodnie z szablonami dostępnymi w systemie. Możliwość własnoręcznego wykonania wydruku zawierającego dane wprowadzone na wcześniej zdefiniowanych przez siebie formularzach.
MINIMALNY PAKIET STANDARDOWYCH ZESTAWIEN DANYCH I WYDRUKÓW	
895.	Poza wymaganymi przepisami prawa i wynikających z wymogów rozliczeń z NFZ zestawieniami danych oraz wydrukami dokumentacji medycznej, dostarczany system po instalacji wyposażony jest na raporty oraz wydruki wyszczególnione poniżej.
896.	RAPORTY
897.	Cennik usług
898.	Dane raportu MZ-11
899.	Dane raportu MZ-12
900.	Dostępność usług na podstawie zajętości grafika
901.	Grafik gabinetów
902.	Grafik zasobów wg gabinetu
903.	Grafik zasobów wg zasobu
904.	Historia zmian w grafikach
905.	Jednostki kierujące
906.	Księga główna przychodni
907.	Księga przyjęć dla poradni
908.	Księga wizyt

909.	Lista lokalizacji
910.	Lista personelu
911.	Lista porad
912.	Lista usług niezafakturowanych
913.	Lista wizyt
914.	Lista wizyt dla lekarza
915.	Lista wizyt dla rejestracji
916.	Lista wizyt na gabinet
917.	Lista wizyt rozszerzona z danymi osobowymi
918.	Pacjenci na liście oczekujących
919.	POZ - wizyty bez deklaracji
920.	Lista wizyt POZ
921.	Raport deklaracji POZ
922.	Raport liczby deklaracji POZ, wg wieku, wg lekarza
923.	Raport akcji użytkowników
924.	Raport audytu danych osobowych
925.	Raport list oczekujących
926.	Raport niepełnych danych pacjentów
927.	Raport podwójnych pacjentów
928.	Raport struktury wiek-płeć
929.	Raport usług według płatnika
930.	Raport wykonanych świadczeń
931.	Rozszerzona lista wizyt
932.	Sprawozdanie z ambulatoryjnej op.
933.	Zestawienie diagnoz i procedur
934.	Zestawienie operacji
935.	Raport niezakodowanych wizyt
936.	Raport poświadczeń eWUŚ
937.	Kontrola ubezpieczeń - pacjenci nieubezpieczeni
938.	WYDRUKI
939.	Karta informacyjna dla lekarza kierującego
940.	Karta informacyjna pacjenta UE
941.	Karta konsultacyjna
942.	Karta konsultacyjna
943.	Karta rejestracji
944.	Nadruk na kopertę pacjenta
945.	Naklejki pacjenta
946.	Orzeczenie lekarskie
947.	Skierowanie do poradni specjalistycznej
948.	Skierowanie do szpitala
949.	Skierowanie na badanie
950.	Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe
951.	Upoważnienie / brak upoważnienia
952.	Wydruk danych pacjenta
953.	Wydruk historii rezerwacji

954.	Wydruk karty statystycznej
955.	Wydruk listy wizyt
956.	Wydruk podsumowania rezerwacji wizyt
957.	Wydruk wizyty
958.	Zaświadczenie lekarskie
959.	Historia choroby
960.	Wniosek o zlecenie transportu sanitarnego w POZ
961.	Zlecenie na transport sanitarny w POZ
SPRZEDAŻ	
	SYSTEMY WSPOMAGAJĄCE ROZLICZENIA Z NFZ
	ROZLICZENIA Z NFZ
962.	W module dostępna jest pomoc kontekstowa.
963.	Możliwość sortowania wszystkich tabel dostępnych w module według dowolnej kolumny.
964.	Wczytywanie elektronicznych wersji umów oraz aneksów z NFZ.
965.	Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących numeru umowy, zakresu świadczeń, wyróżnika i świadczenia jednostkowego
966.	Przeglądanie wczytanych umów (zakresy, produkty kontraktowe, produkty jednostkowe, limity).
967.	Możliwość podania liczby jednostek wykorzystanych w innym systemie rozliczeniowym z NFZ.
968.	Prezentowanie informacji o rozliczeniach z kanału RSS Narodowego Funduszu Zdrowia.
969.	Możliwość importu danych z systemów zewnętrznych do modułu rozliczeniowego w postaci arkusza kalkulacyjnego bądź pliku w formacie xml.
970.	Weryfikacja danych statystycznych na podstawie umowy, jak i walidacji ogłaszanych w komunikatach NFZ
971.	Generowanie komunikatów I fazy statystycznej z możliwością wysłania danych z dokładnością do umowy, produktu kontraktowego (zakresu), pacjenta, zestawu świadczeń, świadczenia, pozycji rozliczeniowej.
972.	Wczytanie odpowiedzi NFZ do komunikatu I fazy z informacją o liczbie zatwierdzonych i odrzuconych pozycji z informacją o błędach w postaci konfigurowalnego raportu.
973.	Eksport danych statystycznych w formacie otwartym.
974.	Generowanie komunikatów II fazy rozliczeniowej ze wskazaniem pozycji wg kolejności narzuconej przez NFZ oraz podglądem wpływu wskazanych pozycji na stan realizacji zakresów umowy w kontekście limitu.
975.	Wczytanie odpowiedzi NFZ do komunikatu II fazy z informacją o liczbie zatwierdzonych i odrzuconych pozycji z informacją o błędach w postaci konfigurowalnego raportu.
976.	Kwotowe i punktowe podsumowania zbiorcze wyszukanych pozycji I, II fazy, komunikatów sprawozdawanych do NFZ-tu wg umowy, produktów kontraktowych i jednostkowych.
977.	Obsługa modelu naliczania świadczeń po stronie OW NFZ ("żądanie zapłaty").
978.	Wczytanie komunikatów zwrotnych ZRZ(R_UMX) żądania rozliczenia.
979.	Tworzenie elektronicznych rachunków refundacyjnych - rfx na podstawie wygenerowanych sprawozdań finansowych/faktur.
980.	Obsługa komunikatu szczegółowego ERX/EFX dla rachunku/faktury.

981.	Tworzenie sprawozdań finansowych/faktur w poszczególnych miesiącach rozliczeniowych na podstawie szablonów rachunków do NFZ-tu.
982.	Tworzenie korekt do sprawozdań finansowych/faktur do NFZ-tu.
983.	Możliwość ręcznego wpisywania wielkości wykonanych świadczeń na zestawieniu finansowym.
984.	Generowanie wydruków sprawozdań finansowych/faktur do NFZ-tu.
985.	Integracja z modułem finansowo-księgowym w zakresie eksportu faktur z modułu rozliczeniowego
986.	Zapisywanie w systemie świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego i programów lekowych zgodne z zaleceniami NFZ.
987.	Prowadzenie ewidencji faktur za leki z zakresu chemioterapii i programów terapeutycznych z możliwością generowania komunikatu faktur zakupu w formacie -fzx.
988.	Integracja z modułem aptecznym w zakresie przekazywania danych o fakturach zakupu w zakresie produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii , programach terapeutycznych i programach lekowych
989.	Mechanizm automatycznego przekodowywania danych pozycji rozliczeniowych z zakresu programów terapeutycznych/lekowych w przypadku zmiany taryfy/danych faktury zakupowej
990.	Rozliczanie świadczeń POZ z zakresów:
991.	- działań lekarza POZ
992.	- działań pielęgniarki i położnej POZ oraz pielęgniarki szkolnej
993.	- nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej
994.	- nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki medycznej
995.	- transportu sanitarnego POZ
996.	Generowanie komunikatu danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ - komunikat WYKBAD.
997.	Kodowanie i rozliczanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
998.	Automatyczne wysyłanie komunikatów na portal świadczeniodawcy.
999.	Możliwość tworzenia kopii zapasowych wszystkich typów komunikatów.
1000.	Ewidencja świadczeń z wyszukiwaniem danych rozliczeniowych według kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> - roku - miesiąca - przedziału czasowego - umowy, produktu kontraktowego, produktu jednostkowego - jednostki realizującej, zlecającej - pacjenta, zestawu świadczeń, świadczenia, pozycji rozliczeniowej - statusu rozliczenia - personelu realizującego, kierującego - diagnozy ICD10 wyszukanej - numeru komunikatu statystycznego - trybów przyjęcia i wypisu - tytułu uprawnienia
1001.	Zaimplementowanie algorytmu grupera (zgodnie z zapisami Zarządzenia Nr 33/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne), który na etapie kodowania rozpoznań i procedur dotyczących danej hospitalizacji umożliwi:

1002.	- określenie grupy JGP bez konieczności komunikacji z NFZ natychmiast po wprowadzeniu niezbędnych danych wraz z prezentacją osobodni pacjenta w odniesieniu do liczby dni finansowanych grupą JGP oraz informacji o dostępnym limicie i o bieżącej realizacji umowy;
1003.	- określenie grupy JGP z najwyższą taryfą na podstawie wprowadzonych danych wraz z określeniem listy grup alternatywnych JGP.;
1004.	Wprowadzanie rozliczeń JGP w oparciu o :
1005.	- przeglądarkę grup JGP (słownik zawiera wyróżnione grupy JGP, które mogą być rozliczone w poszczególnych produktach zakontraktowanych przez szpital zgodnie z poszczególnymi zakresami świadczeń (zgodnie z załącznikiem 1a do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ)), albo wbudowanego grupera.
1006.	- odrębne słowniki katalogów świadczeń wskazane przez NFZ (słownik powinien mieć wyróżnione produkty, które mogą być rozliczone w poszczególnych oddziałach zakontraktowanych przez szpital zgodnie z poszczególnymi zakresami świadczeń (zgodnie z załącznikami 1b,1c,1d do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ i późniejszymi))
1007.	Zgodność z najnowszymi wytycznymi NFZ w sprawie grupowania (przeprowadzana na bieżąco implementacja zmian ogłaszanych przez NFZ).
1008.	Dostęp do funkcjonalności grupera w zakresie:
1009.	- wyznaczania grup JGP
1010.	- wyznaczania ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych
1011.	- wyznaczania grup w zakresach stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej
1012.	- obliczania wartości punktowych świadczeń
1013.	- funkcjonowania aplikacji przez przeglądarkę WWW
1014.	Możliwość rozliczenia świadczeń z wykorzystaniem dynamicznej taryfy obowiązującej w POZ, AOS, chemioterapii dla degresywnej skali punktowej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej dla świadczeń pierwszorazowych.
1015.	Monitoring wykonania kontraktu z możliwością generowania raportów z realizacji kontraktu.
1016.	Automatyczne wyliczanie wielkości wykonanych świadczeń na podstawie analitycznej ewidencji realizacji kontraktu.

1017.	Generowanie następujących raportów: • Raport pozycji rozliczeniowych (CSV) • Raport pozycji rozliczeniowych (wg miesiąca rozliczeniowego) • Zbiorcze zestawienie produktów jednostkowych • Zestawienie świadczeń – decyzja wójta/burmistrza • Zestawienie świadczeń – przepisy o koordynacji • Zestawienie kosztów świadczeń rozlicz. ryczałtowo w SOR dla pacjentów z UE • Miesięczne zestawienie finansowe • Raport realizacji kontraktu • Zestawienie świadczeń rozliczanych z tytułu OC • Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 3 ustawy • Oświadczenie za świadczenia udzielone na podstawie przepisów o koordynacji • Oświadczenie za świadczenia udzielone na podstawie art. 14 – OC • Raport pozycji rozliczonych statystycznie • Raport populacji dla deklaracji POZ • Raport „14 dni” • Raport wykonanych usług według lekarza realizującego • Raport pozycji rozliczeniowych wykonanych ponad limit wg pacjenta. • Raport świadczeń • Raport produktów • Raport wykonanych usług wg pacjentów • Raport pacjentów dializowanych – erythropoetyna • Wykonanie produktów kontraktowych z podziałem na produkty jednostkowe • Wykonanie produktów kontraktowych z podziałem na jednostki organizacyjne • Wykonanie produktów kontraktowych z podziałem na ośrodki kosztowe • Zestawienie świadczeń pacjentów nieubezpieczonych na podstawie art. 12 ustawy • Raport liczby wizyt i hospitalizacji
1018.	Eksport wszystkich raportów do arkusza kalkulacyjnego.
1019.	Import słownika instytucji właściwych UE
	OPTYMALIZACJA JGP
1020.	Zaimplementowanie algorytmu grupera (zgodnie z zapisami Zarządzenia Nr 33/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne), który na etapie kodowania rozpoznań i procedur dotyczących danej hospitalizacji umożliwi:
1021.	- określenie grupy JGP bez konieczności komunikacji z NFZ natychmiast po wprowadzeniu niezbędnych danych wraz z prezentacją osobodni pacjenta w odniesieniu do liczby dni finansowanych grupą JGP;
1022.	- określenie grupy JGP z najwyższą taryfą na podstawie wprowadzonych danych wraz z określeniem listy grup alternatywnych JGP.;
1023.	- określenie listy grup JGP odrzuconych wraz z podpowiedzią warunków kierunkowych koniecznych do spełnienia;
1024.	- listy grup (optymalna, alternatywna, odrzucona) JGP zawierają wyróżnione grupy JGP, które mogą być rozliczone w poszczególnych produktach zakontraktowanych przez szpital zgodnie z poszczególnymi zakresami świadczeń (zgodnie z załącznikiem 1a do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ i późniejszymi))
1025.	Dostęp do funkcjonalności optymalizatora i grupera w zakresie:
1026.	- wyznaczania grup JGP
1027.	- wyznaczania ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych
1028.	- wyznaczania grup w zakresach stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej
1029.	- obliczania ich wartości punktowych
1030.	- przeprowadzania symulacji grupowania / optymalizacji opłacalności
1031.	- funkcjonowania aplikacji przez przeglądarkę WWW
1032.	- licencji nieograniczonej do liczby stanowisk
1033.	- sugerowania zmian w kodowaniu

1034.	- przechowywania historii grupowań w systemie, dzięki czemu użytkownicy mają dostęp do danych statystycznych
1035.	- dostępu do danych statystycznych grupowań z innych szpitali
1036.	- wbudowanej przeglądarki grup JGP
1037.	Działanie także poza systemem HIS na dowolnych stacjach roboczych działających w sieci lokalnej szpitala.
1038.	Prezentacja wartości taryfy dla każdego trybu przyjęcia.
KONTROLA JGP	
1039.	System zawiera raport, który prezentuje różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera:
1040.	- różnice w zaewidencjonowanych wersjach grupera,
1041.	- różnice w zaewidencjonowanych taryfach,
1042.	- różnice w zaewidencjonowanych grupach JGP,
1043.	- konieczność zmiany JGP,
1044.	- konieczność zmiany taryfy,
1045.	- konieczność zmiany powiązania JGP do pobytu na innym oddziale.
1046.	Wsteczna weryfikacja z możliwością automatycznej aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP.
1047.	System podpowiada możliwość wyboru produktu kontraktowego, jeśli można wybrać więcej niż jeden.
1048.	Możliwość modyfikacji wielu hospitalizacji jednocześnie.
1049.	Możliwość bezpośredniego przejścia do pobytu pacjenta (odnośniki na nazwisku/numerze KG).
1050.	Wyszukiwanie hospitalizacji po dacie wypisu, oddziale.
1051.	Filtry (oddział, grupa JGP, status kodowania), pomijanie optymalnie zakodowanych.
1052.	Sortowanie po kolumnach raportu.