**襄阳市第一人民医院重症管理系统项目询价文件**

襄阳市第一人民医院拟对如下项目进行询价，欢迎符合条件且诚意合作的供应商报名参与。

**一、项目概述**

项目名称：襄阳市第一人民医院重症管理系统项目

项目预算总额：根据本项目内容，按市场行情报价。

项目概述：东西院区综合ICU重症管理系统。

**二、项目商务资质要求**

（一）供应商资质要求：

1.公司注册资金不少于 500 万元**（必有项）**

2.公司注册时间不少于 1 年**（必有项）**

3.只允许注册法人名下一家公司报名**（必有项）**

4.公司经营范围需包含本项目**（必有项）**

①法人授权书

②公司营业执照

③本项目投标截止期前被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单（处罚期限尚未届满的），不得参与本项目的投标[以“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn），“中国政府采购网”网站（www.ccgp.gov.cn/）评标当日招标代理机构查询记录为准]。

④本项目只接受拥有重症管理系统的知识专利权证书的生产厂家直投。

⑤投标人要有高新技术企业证书；重症管理系统计算机软件著作权等级证书及相关专利证书，著作权无纠纷、必须为投标人自主取得且在有效期内，并提供证明文件。

⑥投标人需提供2个以上直签或者被授权代理投标使用的三甲医院的重症管理系统案例，并提供合同复印件及项目验收报告做证明材料。

⑦同时，投标人需提供2个以上直签或者被授权代理投标使用的通过电子病历五级的医院重症管理系统案例，并提供合同复印件及项目验收报告做证明材料。

5.被委托人与委托人签订的劳动合同或劳务合同和由劳动保障部门提供的社保证明或查询社保网站对单位为个人缴纳社保金进行截图。**（必有项）**

**（上述资料均需加盖投标公司的印章）**

1. 投标文件要求：

必须提供装订成册一式五套的投标文件（含一正四副及电子版）。包含的内容依次为：

1.标书目录（注意标明页码）**（必有项）**

2.投标函、廉洁承诺书**（必有项）**

3.报价表（响应院方采购文件配置需求一览表表）**（必有项）**

4.法定代表人身份证（含法人身份证正反面复印件）**（必有项）**

5.授权委托书（格式详见附件1）**（必有项）**

6.被委托人与委托人签订的劳动合同或劳务合同和由劳动保障部门提供的社保证明或查询社保网站对单位为个人缴纳社保金进行截图。**（必有项）**

7.提供现场资质审查的原件资料（与“项目商务资质要求” 中

第4条一一对应；是复印件的需加盖有关联公司的公章）**（必有项）**

8.项目方案**（可选项）**

9.公司财务状况**（可选项）**

10.提供尽可能多的三级及以上医院的重症管理系统以及电子病历五级医院案例，并提供合同复印件做证明材料**（必有项）**

（三）注意事项：

1.请注明软件的标配、选配项目价格表及质保期**（必有项）**

2.请提供软件配置详细描述说明**（可选项）**

3.宣传彩页等等**（可选项）**

4.与项目有关的承诺、报价单等书面承诺必须有公司受托人签字。

**（必有项）**

5.各供应商代表报价以人民币报价为准，合同价格以院内谈判最

终价格为准。**（必有项）**

6.付款方式：验收付70%，验收后半年付20%，质保期结束后付10%。

**三、采购项目技术要求**

针对下述技术要求明细，投标商自行制作针对每条功能的响应偏离表，暂不能实现的功能备注说明原因，如需第三方软件对接等。

本次询价文件中不给出此项目包含的硬件相关信息，但投标厂家要根据前期调研与经验，需要将在完成整个项目过程中需要配置的硬件（不包含网络设备及环境）如医护工作一体机、串口服务器等在方案中体现，并给出建设性意见，如硬件产品名称、数量、配置及价格，与软件报价分开。

我院东区ICU布局见附件2。

（一）项目建设范围

包含襄阳市第一人民医院东院区综合ICU(29张床)和西院区综合ICU(10张床)共39张床位的重症管理系统建设。

1. 建设内容

1.重症患者信息

A.患者接收记录

（1）系统为手术患者或其他科室危重症患者提供床位预约功能，医护人员可以根据预约信息针对性的准备床位。

（2）系统支持同步HIS中的待入科患者列表，包括患者基本信息、来源科室、诊断，方便护士进行入科操作。并支持HIS信息导入和扫码便捷入科的操作方式。

（3）系统能够自动提取患者入科信息，对必填信息如身高、体重进行输入检查，支持手工补充或修改患者信息。

（4）医护人员可以对急诊临时转入患者进行紧急入科操作，保证紧急入科信息与患者真实信息的一致性。

B.患者信息标识

（1）系统支持医护人员对不同患者的病情现状提供标注载体，如：危重等级、危急值、评分情况、患者流转状态、设备使用情况的信息。鼠标移至标注处自动弹出具体的标注信息，方便医护人员快速查看。

（2）系统支持对床位状态提供标注，如床位预约、隔离床位信息。

（3）系统支持标识患者的重点关注事项，如梅毒、乙肝、精神问题或是否VIP，提醒医护人员注意。

C.患者床位一览

（1）系统提供床头卡或列表形式显示所有患者的基本信息、诊断信息和病情危重情况，为医护人员提供方便、直观、清晰的查看和操作方式。

（2）系统支持以柱状图等多种图形化的方式显示当前在科患者的主要专科评分、病情危重程度、呼吸支持的统计情况，并能实现图形与床卡的动态关联，医护人员可根据需要观察的内容自由切换。

（3）系统提供患者重要标签显示，可根据标签快速筛选患者，如：新入科患者、发现危急值、使用呼吸机、导管。

（4）系统可根据当前登录医护人员的管床情况显示所管辖的患者信息。

（5）系统支持医护人员对床位性质进行维护，是否隔离床位、是否正负压隔离提供所管床位的患者列表查看；提供床位编制属性维护。

（6）系统提供用户自主进行床位与监护设备关联操作，建立监护设备采集数据与患者信息关联通道；支持使用拖拽方式方便地将设备分配到对应的床旁或解除关联。

（7）系统提供与患者、床位相关的各类信息录入快捷入口。

D.患者出科登记

（1）系统能够快速汇总待出科患者的交接信息，包括患者基本信息、诊断、生命体征、出入量、管路情况、用药及其它处置、注明出科性质、出科去向，根据需要生成出科记录单。

（2）系统能够对待出科患者进行病情记录的完整性检查，包括是否有未停止医嘱、未执行的拔管记录，能够及时提醒医护人员做好患者出科准备。

（3）对于临时出科患者，如外出检查，系统提供科内召回功能，保证患者数据的连贯性。

E.患者流转记录

（1）系统提供对患者流转过程的记录，包括入院、手术、入科。

（2）系统提供对在床患者进行转床，自动将之前的数据带入，保证患者数据的连贯性。

（3）系统支持对流转过程数据进行修正。

（4）医护人员能够对患者进行快速转床或出科操作。

（5）系统支持医护人员对患者床位互换的操作。

（6）系统可提供历史床位变更信息的记录，便于医护人员对转床信息的追溯。

（7）系统支持患者出科检查，包括：未执行完成的医嘱、设备的解绑、特护单未归档检查。

F.手术信息记录

（1）系统支持从手麻系统或HIS同步患者手术信息，包括手术名称、手术时间。

（2）医护人员可以对手术记录进行手动维护。

G.诊疗时间轴

（1）接口条件具备的情况下，系统支持查看患者在本院的历史就诊记录，可通过时间轴的方式呈现，当鼠标移至时间轴时自动弹出历次门急诊就诊时间、历次住院区间时间，便于医护人员快速了解患者历次就诊概览。

（2）能够记录患者本次在ICU诊疗过程中的关键事项，如插拔管、机械通气、抢救事件；支持根据事项类型进行筛选。

H.患者诊断记录

（1）系统提供读取HIS等院内应用系统中诊断数据，按照时序要求显示患者就诊后诊断全过程记录，并按照不同诊断类型标示诊断变化重要环节。

（2）系统提供符合医疗人员记录习惯的诊断记录功能，在完整记录诊断信息同时关联诊断ICD10、ICD9等国际通用标准编码。

（3）系统支持最新诊断与各个界面信息同步，包括床卡信息、患者基本信息

I.CRRT管理模块（连续肾脏替代治疗管理）

（1）系统提供流程化的CRRT（连续肾脏替代治疗）管理功能，用于管理患者的CRRT记录。

（2）系统支持关联参考值，如生命体征数据、血液检查数据的自动抓取，并提供近期数据对比显示。医生可根据客观的参考值确定血液净化模式、滤器、血液净化参数、抗凝方式和配方。

（3）系统能够根据用户设定的CRRT参数、配方和碱浓度，根据通用的计算公式自动计算置换液中各离子的浓度和超滤率。

（4）用户可一键复制上一次CRRT的参数配置，节省填写参数的工作量。

（5）系统支持历史配方对比查看，能够生成和打印CRRT配方单。

（6）系统提供可选项，用户在勾选对应的选项后系统能够显示对应时间点的相关体征、出入量、血气分析结果。

（7）系统提供CRRT配方计算模型自定义配置，提供配方字典维护、配方参考值分组配置、配方参考值配置、配方参数值与计算值的自定义功能。医护人员可自行配置出符合自身业务需求的CRRT模板。

（8）CRRT计算超滤量等自动计算同步到患者出入量。

2.病历信息整合

A.HIS信息集成

（1）系统支持采用HL7、Web Service或者数据库视图的方式与医院现有HIS信息系统集成。

（2）系统支持从HIS同步患者基本信息。

（3）系统支持从HIS获取患者医嘱信息，包括名称、规格、用量、频次、医嘱状态。

B.检验指标监控

（1）系统支持与医院现有LIS系统接口，可采集患者入科期间的主要检验数据。

（2）系统支持检验指标的异常值和危急值提醒标识。

（3）系统提供检验指标数据历史信息对比查阅，支持按检验项目查询功能。

（4）系统支持检验指标的维护，

（5）系统提供关注指标设定功能，支持不同患者个性化指标关注功能。

C.检查报告读取

（1）系统支持与医院现有的PACS、RIS、心电超声系统整合，读取各系统中与患者相关的检查报告单。

（2）系统支持按照时间轴呈现患者入科以来各项检查报告情况。

（3）系统支持检查报告单详细信息查阅。

（4）系统提供按检查类型查询筛选功能。

D.电子病历调阅

（1）系统支持整合医院现有电子病历系统中的病历文书信息，可提供与患者相关的病历信息调阅。

（2）系统提供病历文书分类查询功能。

（3）如电子病历接口方案条件满足，系统可提供文书内容选定复制功能。

3.诊疗计划执行

A.医嘱执行记录

（1）系统自动从HIS中提取医嘱，并在医嘱执行界面整体显示，可以自动按照长期、临时的医嘱显示，也可以按照输液、口服、治疗、注射医嘱执行类别进行分类，方便医护人员查看和操作。

（2）医护人员可按班次进行查询和执行医嘱，便于当班护士快速了解本班次所要执行的医嘱内容。可通过医嘱执行状态和医嘱类型进行筛选和定位医嘱，同时可将医嘱执行情况进行记录和修改。

（2）用户可查看医嘱执行情况，用醒目颜色标识新开、未执行、完成、停止状态的医嘱，并显示具体执行情况，全程跟踪医嘱的执行情况，界面清晰，颜色醒目，分类明确。

（3）用户执行医嘱的同时，系统即可自动生成符合科室要求的护理记录。

（4）系统详细记录每条医嘱的处理情况，补液统计到出入量中；支持记录补液或药品执行采用的管路和输液泵设备信息。

（5）系统支持用药剂量的换算，换算规则可维护，确保入量的准确汇总。

（6）系统支持医嘱集中快速执行；支持按照用户需求灵活设定快速执行医嘱项。

（7）医护人员可查看输液类药品执行的入量趋势图，包含流速的变化情况；系统内置“流速计算器”，便于医护人员对患者输液状态的管理。

B.护理计划执行

（1）系统支持医护人员结合临床反馈和实际应用情况制定护理计划，也可以根据用户需求自行修改、新增、删除护理计划。

（2）护理计划的下达具备完整的审核流程，通过权限设定保证计划准确、有效。

（3）系统提供时间轴同步计划执行的功能，实时显示护理计划当前的执行情况。

（4）护理计划包括护理项目、状态、执行天数、频次、执行要求、开立人，系统支持根据状态筛选患者的护理计划内容，支持护理计划单打印功能。

（5）护理计划与医嘱执行支持在同一页面查看、执行和提醒，保证护理工作的连贯性。

（6）护理Checklist：呼吸机、营养、皮肤、管路、镇痛镇静

4.整体监护记录

A.重症监测项目

（1）系统提供集中、快速临床监护信息录入入口，提供录入信息分类定位，以便于用户方便快捷录入及查看监护数据。

（2）系统支持从设备自动采集各类监测数据，可支持按信息类型快速定位到所需监测的观察项类别；支持设备数据阈值的设置，当设备采集的数据出现异常时，系统会对异常数据进行颜色标示；提供监测数据合理性判断，以提醒医护人员。

（3）系统支持对需要记录的出入量条目进行删减和维护，并可根据当前患者插管情况，动态生成出入量记录界面；支持统计医嘱补液的入量；同时系统提供通过不同性状的物质含水量百分比计算液体量。系统提供统计出量、入量和平衡量多种统计方案。出入量的计算应包含CRRT超滤情况。

（4）系统支持对所有类别的数据进行人工修正和批量审核；支持对部分监测项的标准选项录入；支持对修正进行权限控制。

（5）系统提供以点选方式录入主观的观察数据，用户可自定义观察项、出入量模板，可根据专科化需求对观察项模板进行编辑、修改和删除。

（6）系统支持根据已知公式对参数进行计算并显示：如输入舒张压和收缩压可计算MAP数值；其它如BMI、氧合指数、CVP均可计算，计算规则支持配置。

（7）医护人员可以针对不同患者不同病情设置个性化的观察参数。

（8）系统支持任意时间点的数据录入。

B.护理病情记录

（1）对于护士重复书写的出入院评估、护理措施、病情记录和交班报告文字段落，系统提供模块化模板供用户使用，减少书写时间，规范文书格式；用户可自定义、修改、删减和保存记录模板。

（2）系统支持医疗单位、罗马字符、数学字符及其它特殊字符的快速录入。

（3）医护人员可根据班次查看病情记录，按照记录时间进行排序。

（4）系统支持护理记录与临床行为紧密关联，用户在完成医嘱执行及临床监测时，相应信息即可生成到护理记录中。

5.风险监测评估

A.重症病情评分

（1）系统提供重症医学常见的重症医学相关评分供医护人员对患者病情评估时使用，包括APACHE II急性生理学及慢性健康评分、GCS格拉斯哥昏迷评分（Glasgow）、SOFA序贯器官衰竭估计评分、NUTRIC评分量表、简易肠胃功能评分、SAS Riker镇静/躁动评分、压疮危险因素Braden评分、Ramsay镇静评分、机械通气患者的Brussels镇静评分。VTE风险、PE风险、以及心内科等相关评分，可根据需求增加评分内容。

（2）系统能够动态展示患者的各项评分，并自动绘出评分结果变化趋势曲线，支持快速切换查看不同患者的评分变化趋势和评分详情。

（3）系统提供常见的评分模板，支持用户增加、保存、修改、删除、预览和打印各种评分，并且可以根据需求自定义评分项目和规则。

（4）系统支持患者信息提取，筛选评分所需的临床数据，并且转换评分内容相应分值，极大节省时间。

（5）对于每项自动提取的数据，系统支持参考值及其分值的显示，便于医生跟踪和查验计算过程，并进行修正，进一步提高评分的准确性。

B.导管监测记录

（1）系统提供对患者导管的集中管理，支持以甘特图的形式显示患者导管总体情况，便于医护人员了解患者各类导管的管理信息。

（2）系统提供符合医疗规范的人体部位字典，支持与不同类型导管的插管部位匹配，辅助护士进行快速、准确的插拔管记录。

（3）医护人员可新增、修改、拔除导管，并记录插管时间、拔管时间、导管类型、规格、长度、引流液颜色、性质、流量、穿刺部位、导管周围的皮肤情况信息。

（4）系统支持导管有效期管理，导管超期会标注，便于医护人员及时更换导管。

（5）系统提供各类导管事件的知识库支撑，支持对患者导管事件的监测、记录以及相应护理措施的执行记录。

（6）系统支持统计患者的引流量，出量汇总后生成出量动态图，并关联到出入量统计中。

C.皮肤综合管理

（1）系统为提供3D人体示意图，提供人体图上皮肤损伤常见部位定义功能，提供不同人体图模型，以适应不同皮损类型的皮肤观察记录。

（2）系统支持标识可定义，用于标注不同类型皮损信息及严重程度。

（3）系统适应不同科室电脑分辨率的差异，支持根据不同分辨率显示皮肤管理预设视图。

（4）系统提供皮肤管理知识库，提供不同类型皮损的监测信息记录，并呈现对应的处理措施。

（5）系统支持图片等附件导入，并可支持在线预览图片。

（6）系统支持对不同皮损类型进行风险评估，并支持评估值使用不同的危重等级颜色表示。

（7）系统需支持人体示意图自定义配置功能：支持不同业务场景的人体示意图模板管理；支持对医学标准人体部位名称、范围、坐标、样式进行可视化定义，包括轮廓、填充效果的个性化设置；支持部位风格一致化设定。

6.重症信息总览

## A.病情信息概览

（1）按照医疗工作特点，系统为医护人员提供患者病情信息的概览视图，并在同一个页面展示，供医护人员统一的调取和查看。概览视图包含生命体征趋势、出入量趋势、医嘱及医嘱执行情况、检验和检查报告、血气分析结果。

（2）系统支持动态显示主要生命体征趋势，支持单个指标或多个指标的对比查看，可以根据重点关注的生命体征，自由切换隐藏或显示，便于医护进行观察。生命体征趋势图支持导出功能。

（3）系统支持动态显示最近一段时间的出入量变化趋势，对总出量、总入量及平衡量进行汇总展示。

（4）系统能够显示患者最近一段时间的医嘱用药、关注检验项目、血气分析、检查报告情况。可以查看检验报告状态以及各项检验指标、血气分析指标分时段的趋势变化内容。

B.护理工作概览

（1）系统面向护理人员的工作关注点，提供护理工作信息的概览视图，并在同一个页面展示，供护理人员统一的调取和查看。

（2）系统动态显示患者主要观测指标包含：生命体征、出入量、呼吸监测、血糖管理，并提供趋势分析图，并支持趋势图导出。

（3）系统支持显示护理重要工作项目信息：医嘱执行、抢救信息、压疮和导管信息、交班事项，以便于护理人员快速了解工作情况。

C.患者病情分析

（1）按照临床工作观测目标要求，系统提供完整的患者病情全景视图，涵盖急危重症患者救治各个环节的内容，包括：患者流转过程、诊断、生命体征、出入量、管路记录、医嘱用药、检验检查、护理计划。

（2）系统支持按周或按天查看患者病情对比数据，支持手工勾选一个或多个对比分析的参数，可根据需要调整显示的时间频率。

（3）系统提供诊疗信息展示，以及各类对比趋势图，支持导出。

（4）医护人员能够对关注的化验指标进行管理，支持显示关注指标的最新值和变化趋势，趋势图支持导出。

（5）医护人员可以查看患者最近的血气分析报告，包括血糖、乳酸、PH值、碱剩余，支持对单个指标进行回顾。

（6）系统提供对异常值或危急值进行标注，提醒医护人员注意。

（7）系统支持病情分析模块的自主建模：支持病情分析模型的适用范围设定；除支持系统预设数据分析模块的布局及显示样式可视化配置以外，还需支持用户自定义数据分析模块中的指标集合及显示样式。

7.诊疗监测模型

在同一界面显示包括：患者列表、患者姓名、脉搏预警、LAC预警、血糖预警、7日每天的输液量、诊断信息、过敏史、用药计量、仪表盘式营养评分、7日PCT趋势图、检验科危急值预警、酸碱平衡值、重要事件列表。

具有自动评分功能，如APACHE II等

（1）系统提供常见临床各器官系统和重点指标的监测模型。

（2）循环系统监测：系统需按照重症医学科的循环系统监测要求，提供生命体征、生化指标、医嘱用药、管路的数据的集中监测；支持图形和数据表格的形式查看，支持在同一个时间轴上同步比较；支持月、周、日、小时数据实时监测。

（3）呼吸系统监测：系统需按照重症医学科的呼吸监测要求，提供呼吸机监测参数数据的集中监测；支持图形和数据表格的形式查看，支持在同一个时间轴上同步比较；支持月、周、日、小时数据实时监测。

（4）神经系统监测：系统需按照重症医学科的神经系统监测要求，提供与神经监测相关的GCS评分、SAS Riker镇静躁动评分、瞳孔及对光反射等观测参数，与医嘱用药数据集中显示；支持图形和数据表格的形式查看，支持在同一个时间轴上同步比较；支持月、周、日、小时数据实时监测。

（5）泌尿系统监测：系统需按照重症医学科的泌尿系统监测要求，提供导尿管监测情况、泌尿系检验指标、与医嘱用药数据集中显示；支持图形和数据表格的形式查看，支持在同一个时间轴上同步比较；支持月、周、日、小时数据实时监测。

（6）感染监测：系统需按照重症医学科的感染监测要求，提供感染临床指标、血液检验指标、微生物检验报告、医嘱用药数据集中显示；支持图形和数据表格的形式查看，支持在同一个时间轴上同步比较；支持月、周、日、小时数据实时监测。

（7）血气分析：系统需提供酸碱平衡、电解质、液体平衡数据集中显示；支持图形和数据表格的形式查看，支持在同一个时间轴上同步比较；支持月、周、日、小时数据实时监测。

（8）血糖监测：系统需提供血糖监测指标与医嘱用药数据集中显示；支持图形和数据表格的形式查看，支持在同一个时间轴上同步比较；支持月、周、日、小时数据实时监测。

（9）营养状况：能够自动计算并以图形方式显示患者目前营养治疗各营养成分情况。提供营养管理功能模块，要求能够自动展示肠内、肠外实际热卡摄入量，生成不同营养 摄入百分比饼状图，并形成24小时热卡趋势图。

8.抢救事件记录

（1）系统提供抢救事件的跟踪和回顾功能，详细记录抢救发生的时间及过程、参与抢救的人员信息以及抢救结果的信息。

（2）系统提供抢救期间更加密集的床旁设备数据采集和提取，支持秒级的数据记录；可以根据临床需要补录指定时间间隔的抢救数据。

（3）系统能够快捷记录抢救用药、输液、输血以及相关处置，汇总形成口头医嘱清单，方便后续的补录和跟踪。

（4）系统支持在统一时间轴下查看抢救期间的患者体征、用药、护理处置、管路使用的记录。

（5）支持补录的抢救医嘱与抢救记录进行关联，确保抢救记录的完整性和准确性。

9.医护交班记录

A.护理床旁交接

（1）系统能够对ICU患者病情数据进行汇总，包括患者基本信息、诊断、生命体征、出入量、管路情况、用药及其它处置，支持护理人员对患者进行快速交接。

（2）系统支持按照班次自动提取未完成医嘱以及其它待办事项，形成交班小结，指定接班护士，完成交接班流程。

（3）系统支持护士进行临床信息关联读取功能，读取内容可自定义。

（4）交接班记录可同步写入护理记录单或交接记录单，支持打印和归档。

B.医生工作交接

（1）系统提供患者各个班次的医生工作交接报告编辑器，包括患者基本信息、当前诊断、抗菌药物、异常指标、注意事项、待办任务的模块，支持医学常用特殊符号的快速录入。

（2）系统提供医护人员交接报告的默认模板，医生能够自行增加诊断记录、抗菌药物、异常指标交接事项。

（3）医护人员能够将非结构化的文档，如伤口照片、查房录音，以附件形式上传作为交班报告的辅助材料。

（4）系统支持快速查阅单个患者的交接报告。

C.科室交班记录

（1）系统支持自动汇总科室所有患者交班信息，集中展示在科室交班记录页面，用户能够快速调阅患者的详细交接情况。

（2）系统能够自动统计科室当天的患者流转情况，包括在科患者数、各班次新入人数、术后转入人数、各班次转出人数、各去向对应人数、死亡人数、重点关注人数。

（3）系统提供交班模板，包括患者的危急值交接、出入量平衡、血气分析、营养支持。

（4）系统能够根据科室实际业务需求定制交班内容模板。

10.医疗文书定制

A.重症特护表单

（1）系统能够全自动生成特护单，实现特护单上医嘱执行信息、生命体征数据、观察监测信息、出入量信息、护理措施记录信息的自动采集、模板化记录。

（2）特护单格式支持根据护理部或科室要求定制，支持彩色图形或趋势图的制作，支持特护单内容缩放、打印预览与打印。

（3）医护人员能够配置不同版本的特护单，特护单版式升级后，旧版电子特护单仍可保持原来的版式和内容，升级以后的电子特护单依据新版式自动生成，互不影响。

（4）系统具备特护单归档功能，归档后的文书在授权用户（如护士长）进行解除归档操作后方可更新，防止特护单数据的随意修改，保证文书记录的一致性。

B.临床其他文书

（1）系统提供定制重症科室所需的常用文书功能，如入科记录单、出科记录单、护理记录单以及呼吸力学、血流动力学、CRRT、营养评估、ECMO等表格。

（2）系统支持结构化数据的自动提取，如患者基本信息、生命体征。

（3）系统支持文书单的打印和归档。

11.综合汇总查询

A.科室病案查询

（1）医护人员可根据患者姓名、性别、住院号、诊断、入科日期、出科日期的查询条件，查询患者重症病案信息，包括已出科和死亡的患者。

（2）医护人员可设定患者心率、体温、血压体征的查询范围，结合患者信息及时间筛选条件，对满足筛查设定条件的异常值或正常值的条目进行定位。

（3）医护人员可将常用查询条件保存为快捷方式，下次通过点选方式实现快速检索。

（4）支持对重症护理监测记录实现全文检索功能，提升非结构化数据的可利用率。

（5）具有权限的用户，可根据需要设定导出模板，将查询结果以Excel格式导出，以便进一步的分析或归档。

B.科研综合查询

（1）系统能够为医护人员提供科研数据自助查询与提取平台；通过定义包括患者人口学信息、诊断、生命体征、化验指标、影像报告、临床评分、医嘱用药在多个指标进行综合交叉检索，精确定位科研课题相关的病例样本。

（2）医护人员可将配置好的查询条件保存为快捷方式，下次通过点选方式实现快速检索。

（3）具有权限的用户，可根据需要设定科研数据导出模板，将查询结果以Excel格式导出，以便进一步的科研分析或归档；导出结果同样可包含患者年龄、性别、诊断、生命体征、化验指标、影像报告、临床评分、医嘱用药数千个指标数据。

C.科室日常统计

（1）系统能够对收治患者人次、来源、去向进行统计；提供床位周转情况统计。

（2）系统支持对重症评分严重度统计；支持按设定分值范围统计。

（3）系统支持对使用过的床旁设备类型、设备名称、型号、总使用时长进行统计。

（4）系统支持统计报表及图表两种呈现模式，且对具有权限的用户提供数据报表、统计图表导出功能。

（5）系统支持自定义时间段数据按月汇总统计；支持不同年月数据对比统计。

12.质控指标统计

A.质控指标配置

（1）系统提供标准化定义的业务数据集，支持用户灵活定义；支持多源数据配置。

（2）系统需提供指标公式用户自定义配置界面；需提供指标计算规则自定义配置界面。

（3）系统需提供报表及图表自定义配置界面功能。

（4）系统需支持质控分析主题切换功能。

B.常规质控指标

（1）系统提供常规质控指标统计：

ICU床位数及医护床位比；平均住院天；床位使用率；24小时/48小时重返数；24小时/48小时重返患者率；收治患者数及患者来源分布；出科性质分布，包括死亡患者数、转出患者数；导尿管留置日数及留置率；血管内导管留置日数及留置率。

（1）系统支持常规指标概览视图，用实时数据、图表的形式，清晰明了的呈现科室重要指标的当前情况；系统支持单个指标统计汇总信息查看。

（2）系统对具有权限的用户提供数据报表、统计图表导出功能。

C.三级综合医院指标

（1）系统提供三级综合医院等级评审重症相关质控指标统计：

非预期的 24/48 小时重返重症医学科率（%）；呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）的预防率（‰）；呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）发病率（‰）；中心静脉置管相关血流感染发生率（‰）；留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）；重症患者死亡率（%）；重症患者压疮发生率（%）；人工气道脱出例数。

（1）系统支持三级综合医院评审指标概览视图，用实时数据、图表的形式，清晰明了的呈现科室重要指标的当前情况；系统支持单个指标统计汇总信息查看。

（2）系统对具有权限的用户提供数据报表、统计图表导出功能。

D.卫健委质控统计（2015版）

（1）在医院可提供数据来源的条件下，系统可涵盖卫健委要求的质控指标，包括：ICU患者收治率和ICU患者收治床日率；急性生理与慢性健康评分（APACHEⅡ）≥15分的患者收治率（入ICU24小时内）；感染性休克3h集束化治疗（bundle）完成率；感染性休克6h集束化治疗（bundle）完成率；ICU抗菌药物治疗前病原学送检率；ICU深静脉血栓（DVT）预防率；ICU患者预计病死率；ICU患者标化病死指数（Standardized Mortality Ratio）；ICU非计划气管插管拔管率；ICU气管插管拔管后48h内再插管率；非计划转入ICU率；转出ICU后48h内重返率；ICU呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率；ICU血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率；ICU导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发病率。

（2）用户能够查看单个统计指标趋势图，统计结果支持导出。

E.其他科室需要的监测指标：

（1）管床医生的重要操作数量、绩效点数、经手病人CMI值、例均费用、例均药费、死亡率、粗死亡率、APACHE II评分情况等

（2）各来源科室人数、费用、平均住院日等

（3）提供个人近3年科室要求的技术项目和重点专科技术项目的统计功能

F.医生护士排班本：能够快速统计医生值班的工作量情况（值班病人时长、APACHE II分值、）。护士排班表快速统计每个班的TISS工作量。

G.科室病人信息登记本功能，能够通过相应的检索项（床号、来源科室、手术与否、主要诊断、主要操作、入科时间段等信息）快速找到相应的病人。

H.2021年国家医疗服务与质量安全报告需要监测的数据（详细指标请参照excel表格）：ICU 患者收治率ICU 患者收治床日率APACHEⅡ评分）≥15 分；患者收治率；感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率；感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率；ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率；ICU 深静脉血栓（DVT）预防率；ICU 患者预计病死率；ICU 非计划气管插管拔管率；ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率；非计划转入 ICU 率；转出 ICU 后 48h 内重返率；ICU 呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率；ICU 本年度收治 VAP 患者的致病菌分布情况；ICU 本年度收治的 VAP 患者的抗生素使用情况；ICU 血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率；ICU 导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发病率；本 ICU 本年度收治的脓毒症休克患者性别、年龄构成；本 ICU 本年度收治的脓毒症休克患者的感染灶情况；本 ICU 本年度收治的脓毒症休克患者的致病菌分布情况；本 ICU 本年度收治的脓毒症休克患者的抗生素使用情况。

13.医护行为提醒

A.待办事项管理

（1）系统支持用户根据业务需要新建待办任务及提醒事项，包括提醒的时间和周期的配置；同时提供对具体患者设置针对性的待办提醒，如患者文书的归档，质控单的填写。

（2）医护人员能够查看待办事项历史记录，可根据不同患者或不同用户有针对性的查看，可查看科室级待办事项。

B.临床消息中心

（1）医护人员能够为不同患者不同病情提供多种采集参数设置，以及对不同患者可设置针对性的异常值提醒范围，并提供多种提醒方式。

（2）医护人员可根据时间范围、关联患者、内容关键字查看和检索历史消息。

（3）系统提供新患者入科、患者死亡消息通知。

（4）对于入科24小时内患者，系统能够提示医护人员进行APACHEⅡ评分。

（5）对于医生新开立的临时医嘱，系统能够提醒当班护士执行。

14.数据集成网关

A.设备数据网关

（1）系统支持自动采集床边监护设备的数据，服务器同步数据存储，支持根据业务需要设定采样频率。

（2）系统提供多种设备接口的内置支持，支持网络、串口多种数据采集方式。

（3）系统支持接入主流厂商的监护设备，如Mindray，Philips，GE，Drager。

（4）系统支持采集多种生命体征参数，包括：心率、呼吸、血氧、脉搏、无创血压、有创血压、体温、中心静脉平均压、潮气、心排量。

B.临床数据网关

（1）系统能够自动同步院内HIS、LIS、PACS/RIS/EMR信息系统的数据，服务器同步数据存储，支持根据业务需要设定采集频率。

（2）系统提供多种信息系统接口的内置支持，支持Webservice、HL7、MQ、视图多种集成方式。

（3）系统支持接入主流厂商的HIS、LIS、PACS/RIS、EMR信息系统。

15.系统管理

A.监护设备管理

（1）系统支持对科室床旁设备进行分类管理，对设备信息进行登记，包括厂商、型号、采购日期。

（2）系统能够记录设备的使用情况，如使用状态、使用时长。

（3）系统支持将设备信息导出归档。

B.用户权限管理

（1）系统支持管理员根据工作职责为用户分配不同的用户角色。

（2）系统支持根据角色配置对应的功能权限，方便用户集中处理所负责的工作。

（3）管理员可以根据班次、所负责患者配置专属权限，如只能修改当前班次、本人提交的记录。

（4）可支持对医院组织架构的维护。

C.疾病、手术编码

（1）系统提供标准的手术操作分类编码库及疾病分类编码库，诊断规范化操作。

（2）系统提供诊断库管理功能，可查询及维护手术操作分类编码及疾病分类编码，且支持根据医院的编码情况进行扩展。

（3）系统提供标准手术操作分类编码及疾病分类编码，同时提供自定义名称表允许用户根据需要定义和记录诊断名称，自定义名称与标准诊断关联。

（4）系统支持编码对照，院内码与互联互通、病历上传编码库对照，实现标准化数据传输。

（5）系统可依照手术操作分类编码及疾病分类编码，对手术进行统计分类。

（6）系统支持同步HIS诊断字典表功能

D.系统服务监测

（1）系统需提供网络及服务器连接验证监测功能，并能及时提醒用户网络服务连接异常信息。

（2）系统需提供磁盘空间监测功能，并在用户登录时给予明显提示信息。

16.其他要求（与其他系统对接）

（1）输血系统：抓取数据提醒未评估的的输血后评价并提醒完成输血记录、输血成分和数量、输血时间；

（2）院感系统：通过表格或/和趋势图情况反映感染相关变化情况；提醒及时处理未完成的院感报警信息；

（3）辅助完成危急值病程记录记录；

（4）自动抓取可能存在的诊断、协助填写首页诊断项目；辅助填写ICU完成的手术、操作等首页内容。提供首页填写功能及质控统计功能，实现与雕龙系统病案首页的对接。

（5）根据患者诊断及用药情况相对智能提醒医生完成相关评分，诊断脓毒症需要sofa评分；超声报告深静脉血栓需要肺栓风险评分；针对不能基础疾病采用不同肺栓风险评分；诊断房颤或者记录或者心电提示，提醒要做房颤抗凝评分及出血风险评分。使用营养制剂必须提前有NRS等营养评分并且符合条件。

（6）快速了解目前医嘱完成情况：已完成医嘱、未完成医嘱；已入液体、剩余液体、晶体胶体各多少；抗生素、血管活性药物、镇痛镇静药物使用情况；已行化验、检查及未完成检查、化验。

（7）实时根据提取到的目前危急值数据提醒医生进行相应的处理（结合危急值系统）：危急值系统相关的内容；呼吸窘迫，持续的低氧、血气异常；血流动力学突然地大幅度改变或者超过某个阈值等。

（8）预警功能：要求提供医生工作站警示项目包括：体温、脉搏、心率、酸碱值、PO2、SpO2、Lac、24小时尿量、K离子、Na离子、指尖血糖，要求在同一界面显示以上警示信息；以上预警项目阈值均可灵活设定，预警项目采用颜色方式提醒，预警颜色可根据不同危重等级进行多颜色预警区分。

(9提供白细胞、体温、降钙素原趋势图，支持在该趋势图中增加阳性检验结果；支持该趋势图中增加抗生素开始使用、结束时间甘特图，进行数据对比；提供消息提醒功能，显示ApacheII、风险系数评定、sofa、肛拭子等任务执行情况，并用颜色进行直观提醒：

1）选择指定时间段内患者出入量平衡情况。

2）医护沟通留言板。

3）医师checklist：诊断修订、血流动力学和组织灌注、呼吸支持、血液净化治疗、营养、血糖控制、镇静镇痛、电解质酸碱平衡紊乱、DVT 预防、感染和抗菌药物应用、免疫功能的评价及调整、危重程度评估、康复锻炼、导管维护及监控、应激性溃疡的预防等。

4）临床知识库和医学计算器。

五、**项目评判标准**

评委根据本项目承办科室所提出的各项要求，从价格、案例、技术水平、售后等方面对投标人进行综合评判，并客观公正地进行推荐排序。

**六、****磋商程序和方法**

（一）本次询价为竞争性磋商询价。供应商应派其授权代表持有效身份证件按询价文件规定的时间递交磋商响应文件，并准备参加磋商。

（二） 供应商应当在磋商文件“供应商报名须知”要求的截止时间前，将响应文件密封送达磋商会议现场。在截止时间后送达的响应文件为无效文件，磋商小组应当拒收。

（三）供应商在提交响应文件截止时间前，可以对所提交的响应文件进行补充、修改或者撤回。补充、修改的内容作为响应文件的组成部分。补充、修改的内容与响应文件不一致的，以补充、修改的内容为准。

（四）磋商小组在对响应文件的有效性、完整性和响应程度进行审查时，可以要求供应商对响应文件中含义不明确、同类问题表述不一致或者有明显文字和计算错误的内容等作出必要的澄清、说明或者更正。供应商的澄清、说明或者更正不得超出响应文件的范围或者改变响应文件的实质性内容。

（五） 磋商小组所有成员应当集中与单一供应商分别进行磋商，并给予所有参加的供应商平等的磋商机会。

### 七、磋商资格评审

磋商小组将依据磋商文件要求，对所有供应商提交的磋商文件进行资格评审；对未实质性响应文件要求的，磋商小组应现场告知供应商，取消其参加评标资格。

### 八、抽签及参与磋商

（一）实质性响应磋商文件资格要求的供应商按所抽取的磋商顺序，依次与磋商小组分别进行磋商。

（二）磋商小组将就磋商文件中的技术、服务要求、合同草案条款等与供应商一一洽谈。

（三）磋商小组可以根据磋商文件和磋商情况实质性变动询价需求中的技术、服务要求以及合同草案条款。

（四）对磋商文件作出实质性变动是磋商文件的有效组成部分，应当以书面形式同时通知所有参加磋商的供应商。

（五）磋商结束后，磋商小组将要求不少于三家参加磋商的供应商在规定时间内提交最后报价，提交最后报价的供应商不少于3家。最后报价是供应商磋商响应文件的有效组成部分。

（六）竞争性磋商共有叁轮报价。叁轮报价后，评委对供应商承诺的事项进行综合评议，若出现不能明确推荐第一名或第二名的供应商时，组织与之相对应的供应商进行第四轮报价。

### 九、确定推荐排名

经磋商，在确定最终采购需求和提交最后报价的供应商后，由磋商小组对供应商提交的响应文件和最后报价进行综合评估。最后根据评估将供应商做出推荐排名，并编写该项目的磋商情况报告，报院长办公会研究。

**十、供应商报名须知**

（一）报名起止时间：年、月、日、时

（二）报名快递地点：

襄阳市第一人民医院采购管理办公室。

（三）报名联系电话：采购管理办公室 0710-3420737

（四）报名资料清单：（本项目因疫情原因不接受现场报名，只接受快递报名，请认真准备文件中要求的报名材料！因材料不全导致报名失败的后果自负！复印件均需加盖公司原章）

1.法人证明或法人授权委托书（请严格按照附件1格式出具法人和受托人的身份证复印件）

2.营业执照

3.按照本询价文件“项目商务资质要求”提供相关证明材料。

4.公司承诺书（对本公司提供报名资料复印件真实性的承诺）。

5.请报名该项目的被授权人用黑色中性笔填写附件3：重症管理系统项目竞争性磋商询价文件领取表，然后和报名材料一并寄过来。

（五）注意事项：

1.请报名的供应商在接到会议通知后，按要求准备好标书五份（一正四副及电子版）、项目受托人身份证原件等各类资料证件。

2.请供应商准时到达会场，迟到者，视为自动放弃，不再另行通知。

3.若询价会议前更换受托人，新受托人需携带新的法人授权委托书和相关资料到现场；若询价会议前更换代理产品品牌，需在会前1-3天将新的相关授权书交至采购管理办审核。

**附件1：**

**法定代表人授权委托书**

**致：**

**我（姓名） 系（单位名称） 的法定代表人，现授权委托本单位（姓名） 为该项目代理人，代表我单位参加贵院组织的（项目名称） （项目编号为： ）采购，授权事项:**

**。**

**委托期限： 。受托人在办理上述事宜过程中以其自己名义签署的所有文件我公司均予以承认。受托人无权转让委托权。**

**受托人在本单位的任职部门及职务：**

**受托人身份证号：**

**受委托人的联系方式（手机）：**

**附：1、单位法定代表人身份证复印件（复印正、反两面）**

**2、受托人身份证复印件（复印正、反两面）**

**委托单位（供应商）： （公章）**

**法定代表人（签字或个人印章）：**

**受委托人（签字）：**

**授权日期： 年 月 日**

**附件2：东西区ICU床位布局**



### 附件3：重症管理系统项目竞争性磋商询价文件领取表

**编号：**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 联系人 |  | 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 固 话 |  |
| 领取文件 | 磋商文件 套 | 领取人 |  | 日 期 |  |