

伊犁州康仁医院信息化系统软件升级项目

建设清单及参数

1. 建设清单

内含电子病历质控、临床路径、固定资产管理三个部分，需与医院现有的医院信息管理系统数据互联互通。

序号	系统名称	单位	数量
1.	电子病历质控系统	套	1
2.	临床路径系统	套	1
3.	固定资产管理系统	套	1

2. 技术参数

2.1. 电子病历质控系统

2.1.1. 基础维护

- 质控角色：员工权限管理中确认各质控员角色级别。
- 病历排序：各类型病历分级分类维护，并按书写要求规范编辑排序编码，进行病历顺序梳理。
- 质控规则：配置病历质控规则，在病历书写完成提交病历时，对病历进行质控校验，对于首页及病历文件中相关的时效性、完整性规则进行确认，对应规则进行重要性分类标注，以及分数不够不能提交的规则。
- 评分方案：配置门诊、住院、护理病历终末考评的标准，对质控规则中各质控点的分值确认，部分评分项目为定性项目。

5. 规则字典：各规则对应质控点与程序项目的 SQL 脚本编辑工具，允许管理员自定义。

6. 质控事件：设置对应门诊病历、住院病历、知情文件质控事件。用于病历与医嘱匹配。

7. 病种推荐：根据不同病种内置推荐书写病历。

2.1.2. 临床质控

1. 门诊病历质控：门诊病历一二三质控员质控病历，门诊病历评分，记录门诊病历质控轨迹，医嘱记录信息等。

2. 住院病历质控：住院病历一二三质控员质控病历，住院病历评分，记录住院病历质控轨迹，医嘱记录信息等。

3. 护理病历质控：护理病历由护士长质控病历，护理病历评分，记录护理病历质控轨迹，可查看医嘱记录信息等。

4. 取消归档申请审批：病历归档后，可像病案室申请取消归档，病案室走审核流程。

5. 锁定病历审批：时限性病历超时锁定后，可向病案室申请解锁病历，病案室走审核流程。

6. 病历质量汇总统计：科室超时病历汇总统计，个人超时病历汇总统计，全院超时病历汇总统计等。

7. 质控校验：保存/打印时进行必填项、质控规则等多方面校验，并可自定义相关限制功能。

8. 质控定位：点击质控问题列表，可自动跳转至病历原文内容处。

9. 自动质控：根据对应时间点配置，对某一状态病历进行自动质控，质控问题对应报表查询功能。

10. 历史版本：按照保存时间点进行排序，可点击不同时间点版本恢复

病历所有内容。

11. 历史痕迹：按照保存时间点进行排序，可点击不同时间点版本查看病历修改痕迹。

2.1.3. 质控工作站

1. 质控评分：医师提交完成状态，即可进行一级质控，根据质控规则中的各评分点自动计算分值，评分通过提交二级质控；可设置低于某分值时拒绝提交二级质控的权限。

2. 工作站主页：质控专用工作站，对于病历质控状态、质控路径提供统一视图。

3. 三级质控：主要用于二级质控及三级质控，质控通过的病历逐级提交；对于不合格病历进行退回返修，病历可退回至病历书写者或一/二级质控员，返修病历在医生站通知相关医师。

4. 批注管理：对于病历中不合格处，或描述不合理、用词不当、由质控员插入相关批注，批注不干预原病历内容，可作为病历评价说明或返修参考。

5. 质控记录：可查看当前患者所有病历的所有质控记录，质控记录与对应病历名称以及扣分分值相匹配。

6. 质控路径：对于该份病志从质控工作站开始到当前节点所有提交、返修及最终归档的记录、及可视化路径。

7. 历史痕迹：按照保存时间点进行排序，可点击不同时间点版本查看病历修改痕迹。

2.1.4. 质控规则

1. 门诊病历

婚姻状况为未婚、离婚、丧偶时陪伴者与患者关系不可是配偶。

复诊病历不可用“病情同前”字样描述。

门诊病历既往史缺失。

就诊科室为儿科时，陪伴者姓名、联系人电话、陪伴者关系不能空。

标志为急诊或急诊科室，病历要求体温、脉搏、呼吸、意识状态必填。

意识状态非清醒时，陪伴者姓名、陪伴者关系、联系电话不能为空。

当就诊状态为初诊或急诊时，主要症状时间和主要症状时间单位不能为空。

标志为急诊或急诊科室，病历血压不能为空。

病历要求新冠病史和既往史不能为空，请检查！

2. 入院记录

入院记录-现病史不得少于 30 个字。

入院记录-主诉字符长度 ≥ 1 个汉字，并且 ≤ 20 个汉字。

入院病房不能为空。

入院记录-体格检查不能小于 30 个字。

入院记录-收缩压 BP 不能为空，参考值 $90 \leq \text{收缩压} \leq 140$ ，极值 ≤ 200 。

入院记录-舒张压 BP 不能为空，参考值 $60 \leq \text{舒张压} \leq 90$ ，极值 ≤ 130 。

入院记录-脉搏 P 不能为空，参考值 $60 \leq \text{脉搏} \leq 100$ ，极值 ≤ 220 次/分。

男性女性不规范用语检查。

入院记录-呼吸符合规范。

入院记录-体温 T 不能为空， $33 \leq \text{体温} \leq 43^{\circ}\text{C}$ 。

入院记录项目完整性检查。

入院 24 小时内创建 24 小时内入院记录，并完成。

入院记录-辅助检查（实验室及器械检查）不能小于 30 个字。

3. 病程记录

入院 8 小时内创建首次病程录，并完成。

开转科医嘱 6 小时内书写转出记录。

交班记录书写 24 小时内应有接班记录。

病程记录内容审核。

首次病程录项目完整性检查。

病程记录内容大于 30 个字。

新入院患者连写三天病程录。

4. 出院病历

出院记录的出院时病情（死亡原因）内容审核。

出院记录的住院治疗过程内容审核。

出院记录的入院时病情内容审核。

出院记录出院情况不得少于 50 个字。

出院记录诊疗经过不得少于 50 个字。

出院记录入院情况不得少于 50 个字。

出院记录，在患者出院后 24 小时内完成。

出院记录有关内容不能缺失。

出院记录的出院时病情（死亡原因） 内容审核。

P 打头其他诊断编码（新生儿）年龄要求 在 28 天以内。

5. 死亡病历

死亡记录应当于患者死亡后 24 小时内完成。

6. 首页质控

非标准其他诊断编码。

首页缺质控日期时打印首页请出现提示：必填项***。

所有的“个人史”不能作为病人的主要诊断，请加限制（不能有个人史 3 个字）：获取系统内规范诊断***。

联系人如为本人时请直接默认横杠，如医生填错打印首页请出现提示：设置必填项***。

联系人如为本人时请直接默认横杠，如医生填错打印首页请出现提示。

12 岁及以下儿童出院诊断一般不应编 000-099 (妊娠、分娩和产褥期疾病)。

【提示】生小孩的病人年龄一般 15 岁到 45 岁之间，不满 18 岁时应未婚，请检查年龄是否正确。

质控日期应 $\geq$ 出院日期。

P 打头其他诊断编码（新生儿）年龄要求 28 天以内。

【提示】动脉硬化性心脏病 I25.1 一般不会出现治愈。

离院方式为死亡时，出院时情况也应为死亡。

出生日期与身份证上出生日期不一致请提示。

抢救次数漏填时打印首页请出现提示。

损伤、中毒的外部因素编码必须 V、W、X、Y 开头。

7. 时间类质控

阶段小结每 30 天书写一次。

住院时间大于 24 小时，死亡出院病人病历完整性质控。

住院时间大于 24 小时，未死亡出院病人病历完整性质控。

医嘱名称包含：临床死亡，开医嘱 7 天内书写死亡病历讨论记录。

2.1.5. 相关统计

1. 结构化查询：根据结构化电子病历元素特性，查询相关病历内容。
2. 退回病历：查询退回病历相关统计报表。
3. 解锁病历：查询解锁病历列表。
4. 病历超时未书写：查询病历超时未书写病历列表。
5. 病历超时未完成：查询病历超时未完成病历列表。
6. 统计样例：按时间起止、分科室对甲级病案率、不合格病案率、三级质控完成率等指标统计分析。

2.2. 临床路径系统

2.2.1. 临床路径维护

1. 临床路径的维护：临床路径电子化表格的制定、临床相关基础数据的采集整理、建立流程变异常见原因标准库等。
2. 临床路径的导入导出：支持导入卫生部各种临床路径的病种的导入、导出和自定义。
3. 路径准入标准审核：可通过诊断编码（ICD10、ICD9）、病人年龄、病人性别、并发症等路径条件进行准入审核
4. 诊断和路径对应关系：支持主要诊断流程和次要诊断流程。
5. 支持分支路径：建立分支路径管理流程，支持多级分支，治疗过程中可进行路径的跳转。
6. 医嘱管理：根据路径标准选择下达医嘱、增加或者减少临床路径医嘱。
7. 流程质量分析：支持路径质量比较和基于病案首页的流程质量指标比较

检测，通过基准值比较，使诊疗流程持续优化；实现实时的变异监测、变异提醒、变异记录、变异原因分析。

8. 统计报表：临床路径执行情况统计报表、变异情况统计报表、按照多条件对临床路径变异信息进行统计、病人进入路径和退出路径情况统计等。

9. 收集循证医学证据：路径执行过程中注重循证医学证据的收集。

2.2.2. 临床路径使用

1. 进入临床路径：选择使用的临床路径模板，设置路径的开始时间、开始阶段，进入临床路径。

2. 临床路径医嘱导入：选择临床路径中的医嘱信息进行导入。

3. 临床路径医嘱执行：支持单个医嘱的执行及批量执行。

4. 退出临床路径：选择出径类型、原因、时间后，退出临床路径。

2.3. 固定资产管理系统（需配置扫码设备及配套的 app）

1. 固定资产管理：登记、编辑、查询、基础字典、低值品管理、检定管理、打印单据。

2. 基础字典：新增、编辑、查询、删除固定资产项目，打印单据。

3. 资产登记单：对资产登记进行新增、编辑、查询、删除、保存、取消、审核、反审核、打印单据。

4. 资产转移单：对资产转移进行新增、编辑、查询、删除、保存、取消、审核、打印单据。

5. 资产领用单：对资产领用进行新增、编辑、查询、删除、保存、取消、审核、反审核、打印单据。

6. 资产盘点单：对资产盘点进行新增、编辑、查询、删除、保存、取消、审核、打印单据。

7. 资产报废单：对资产报废进行新增、编辑、查询、删除、保存、取消、审核、打印单据。

8. 设备使用记录：对设备使用进行新增、编辑、查询、删除、保存、取消、打印单据。

9. 设备维修记录：对设备维修进行新增、编辑、查询、删除、审核、打印单据。

10. 设备保养记录：对设备保养进行新增、编辑、查询、删除、打印单据。

11. 设备检定记录：对设备检定进行新增、编辑、查询、删除、检定预警、打印单据。

12. 设备折旧记录：对设备折旧进行新增、编辑、查询、删除、折旧计提、保存、取消、自动计提、取消自动计提、打印单据。

13. 固定资产退货单：对资产退货进行新增、编辑、查询、删除、保存、取消、审核、反审核、打印单据。