**ZAŁĄCZNIK NR 11 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

## Adres ..........................................................................................................

**Wykaz**

**Minimalnych wymagań stawianych przez Udzielającego zamówienie odnośnie nowoczesnego systemu informatycznego**

System musi współpracować w zakresie komunikacji elektronicznej z systemem HIS obowiązującym w SP ZOZ CSK UM w Łodzi.

Udzielający zamówienie wymaga wykonania integracji pomiędzy systemami, co najmniej w zakresie odbioru zleceń analitycznych i bakteriologicznych badań laboratoryjnych z systemu HIS i przekazania wyników zleconych badań z systemu LIS do system HIS.

Wymagania do zakresu integracji

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres wymiany danych z laboratorium** | **Wymagania** | **Parametr wymagany TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | Synchronizacja słownika badań laboratoryjnych | TAK |   |
| **Eksport informacji o pacjentach:** |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * imię i nazwisko
 | TAK |   |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * PESEL, NIP
 | TAK |   |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * data urodzenia
 | TAK |   |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * nazwisko rodowe
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * płeć
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * nr księgi głównej / nr kartoteki głównej
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * identyfikator oddziału
 | TAK |  |
| **Eksport zleceń:** |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * informacje o badaniu (rodzaj badania oraz materiał biologiczny)
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * jednostka zlecająca
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * informacje o próbce (data i godz. pobrania, użytkownik pobierający)
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * lekarz zlecający
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * data zlecenia
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * planowany termin wykonania
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * znacznik dla badań CITO
 | TAK |  |
| **Import wyników:** |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * data i godz. wykonania badania oraz autoryzacji badania
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * wynik badania
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * osoba wykonująca badanie
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * osoba autoryzująca wynik
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * zakres wartości referencyjnych
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * transmisja pdf z wynikami badań
 | TAK |  |

Udzielający zamówienie wymaga ponadto:

* jednoznacznej identyfikacji upoważnionego personelu wskazanego przez Udzielającego zamówienie poprzez np. konieczność zalogowania się unikatowym identyfikatorem
i hasłem do dedykowanej witryny internetowej Dostawcy z możliwością podglądu
i drukowania badań, tworzeniem i wydrukiem zestawień zbiorczych
* System prezentacji wyników poprzez www musi zapewniać możliwość pobrania plików
w formacie .csv, zakodowanych w standardzie Windows-1250
* możliwości dostępu przez sieć rozległą przez upoważniony personel wskazany przez Udzielającego zamówienie do wyników badań pacjentów Szpitala wraz możliwością podglądu trendu w poszczególnych parametrach typu „delta check”
* możliwości zleceń badań pacjentów przez sieć rozległą przez upoważniony personel wskazany przez Udzielającego zamówienie oraz przegląd historii badań zleconych
* możliwości tworzenia zestawień wyników dla poszczególnych oddziałów, pacjentów, zlecających oraz całego Szpitala z dowolnych okresów.
* Zarówno zlecenia jak i wyniki muszą spełniać wymagania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 23 marca 2006r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych.

 ................................................. .................................................

 Data Podpis i pieczęć Oferenta