三台县人民医院

关于“区域急诊系统和急症中心建设”、“HIS系统升级”、“护理综合管理系统升级”、“手术麻醉系统升级”的市场调研

我院因工作需要，拟对“数智化云签署平台”、“采购管理系统”、“5G版PDA”等进行市场调研，欢迎各潜在供应商报名参加，本次市场调研要求如下：

**一、 项目清单及要求**

**1、项目名称、数量**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 |
| 1 | 区域急诊系统和急症中心建设 | 1 |
| 2 | HIS系统升级 | 1 |
| 3 | 护理综合管理系统升级 | 1 |
| 4 | 手术麻醉系统升级 | 1 |

**2、参数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 要求 |
| 1 | 区域急诊系统和急症中心建设 | 移动APP、院前管理系统、调度中心系统、协同中心系统、区域查询系统、区域统计分析等；胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇、危重新生儿中心建设 |
| 2 | HIS系统升级 | 一、病房医嘱处理：  （1）医嘱记录在医院中能统一管理，并统一展现  （2）有医师药疗医嘱下达权限控制，支持抗菌药物分级使用管理  （3）可依据诊断判断传染病情况，并通过系统上报医政管理部门  二、医嘱执行：  （1）在执行中实时产生记录  （2）全院统一管理医嘱、执行记录，构成统一电子病历内容  （3）新医嘱和医嘱变更可及时通知护士  三、处方书写：  （1）具有针对病人诊断、性别、历史处方、过敏史等进行合理用药、配伍禁忌、给药途径等综合自动检查功能并给出提示  （2）对高危药品使用给予警示  （3）支持医师处方开写权限控制  （4）可依据诊断判断传染病情况，并通过系统上报医政管理部门  四、门诊药品与调剂  （1）能从全院统一医疗记录中获得门诊处方记录  （2）有完善的药品使用核查处理功能  （3）有药品使用管理记录，支持药品分级管理  （4）能够实时进行药物之间、药物与诊断的检查  （5）具有处方评价抽查、记录工具，抽查发现的不合理用药能够记录  五、药品药房配置  （1）药品准备与发药记录纳入全院医疗记录体系  （2）可支持药品单品或单次包装并印刷条形码等机读核对标识  （3）具有对药物治疗医嘱进行抽查与进行处方评价记录工具，对发现的不合理用药能够记录；  六、医疗质量控制  （3）可从护理记录产生非计划性入ICU率指标等（重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版）,11）  （4）可从科室医嘱记录中生成危重病人人次数（2013版三级医院评审细则7-2-3-5）  （5）卫生统计上报报表指标，50%以上由系统自动生成； |
| 3 | 护理综合管理系统升级 | 一、护理记录  （1）护理记录、体征记录数据在医院统一医疗数据管理体系中  （2）生命体征、护理处置可通过移动设备自动导入相应记录单（移动护理）  （3）有护理计划模版，护理记录数据可依据护理计划产生 |
| 4 | 手术麻醉系统升级 | 一、手术预约与登记  （1）手术记录数据与手术安排衔接，成为医院统一医疗记录管理体系内容  （2）提供机读手段标识病人并提示部位、术式、麻醉方式的信息  （3）实现手术分级管理，具有针对手术医师的权限控制  二、麻醉信息：  （1）麻醉记录数据纳入医院整体医疗记录  （2）能够判断麻醉过程中出现的非正常监测参数，并在麻醉记录单和相关图表中显示  三、医疗质量控制（4级+5级）  （1）能够从系统中产生麻醉例数、麻醉分级管理例数指标（2013版三级医院评审细则7-2-2-3）  （2）可从麻醉系统中获得各ASA分级麻醉病人比例指标（2015版麻醉专业医疗质控指标2）  （2）可从系统中产生麻醉相关质控指标3、4、5、6（2015版麻醉专业医疗质控指标3、4、5、6） |

**二、供应商资格要求简要说明：**

1. 具备独立承担民事责任的能力；

2. 在中国境内注册并且有独立法人资格的企业；

3. 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

4. 具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

5. 参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6. 本项目不接受联合体投标。

**三、供应商应递交的资料**

1、承诺函；（附件1）

2、授权委托书；（附件2）

3、报价单；（附件3）

4、法人和被授权人员身份证复印件；

5、公司及人员资质证明文件；

6、类似服务应用的业绩；

7、提供具体方案（包含硬件品牌、型号、参数和技术服务参数等）。

**四、报名要求**

按要求填写资料 (请于文末下载附件模板)。

电子版资料：将技术参数(Word版资料)发送至电子邮箱447996591＠qq.com。

纸质资料：将资料按照第三条要求顺序排列并装入抽杆文件夹，勿须编页码,加盖公司鲜章后邮寄至医院。未按照以上要求提供资料视为无效。

**五、调研安排**

截止日期后医院将根据具体情况及时开展调研工作，请保持预留通讯畅通，否则视为放弃本次调研。

三台县人民医院信息管理科

2024年01月31日

咨询联系人及电话：吴老师13547147144

接受咨询时间：法定工作日8:00-12:00， 14:30-18:00

快递地址、联系人及电话：绵阳市三台县人民医院信息管理科，吴老师13547147144。

接收资料截止日期： 2024年02月23日17:30（北京时间）。

附件1:

**承 诺 函**

三台县人民医院：

经研究，我方决定参加贵院 项目的市场调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，最低报价不是比选的唯一条件，贵院有选择性价比高的产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关市场调研的各项规定。

公司名称（公章）:

授权代表签字：

年 月 日

附件2：

**法定代表人授权委托书**

三台县人民医院：

（报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（医院名称）项目市场调研活动的一切事宜。

特此授权。

公司名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日

附件3:

**报 价 表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **价格（万元）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 合计 | 小写： | | 大写： | |

公司名称（公章）:

授权代表签字：

联系电话：

年 月 日