

合同编号: XXK-2024-34

安康市中心医院 智慧护理平台建设采购项目 合同书

甲 方: 安康市中心医院

乙 方: 陕西威高固恒医药科技有限公司

签订地点: 安康市中心医院

签订时间: 2025年 1 月 14 日



依据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国合同法》及其他有关法律、法规之规定，在公开招标的基础上，根据中标结果，甲、乙双方签订安康市中心医院智慧护理平台建设采购项目（项目编号：XXK-2024-34）合同。

一、合同内容：智慧护理平台建设采购项目项目（后附设备清单和软件功能说明）。

二、合同总价格：大写：贰佰壹拾万元整

小写：¥2,100,000.00 元整（包括运杂费、保险费、搬运费、税费、安装费、调试费、培训费的一切费用，一次包死，不受市场价变化的影响，不受实际数量变化的影响）。

三、付款方式：

1、本合同生效后一月内工程师入场，入场后一个月内乙方向甲方开具本合同全额增值税普通发票，甲方凭发票向乙方支付本合同总金额的 30% 的款项。

2、软件系统安装调试完毕验收合格一个月后，甲方向乙方支付本合同总金额的 65% 的款项。

3、余 5% 的款项，自验收合格之日起，满三年后支付。

4、如乙方未提供发票或提供的发票不符合要求，甲方有权拒绝付款

四、交货时间和地点：

1、交货时间：合同签订 30 个工作日内工程师驻场实施。

2、交货地点：安康市中心医院指定地点。

五、质量要求：软件功能符合招标文件的要求，亦满足医院所提其他的个性化需求。

六、售后服务：

1、免费送货上门、安装调试合格、技术培训。

2、在使用过程中若产品发生质量问题或故障，在接到采购人通知后 2

个小时内响应，需要上门服务的须 24 个小时内到达故障现场处理，一般故障处理时限不超过 36 小时。

3、提供 7*24 小时系统故障电话响应。

4、售后服务期限：软件验收合格后三年内免费提供维保服务。三年后服务费原则上不高于成交价的 5%；硬件质保 3 年。

七、甲方的责任和义务

(1) 甲方有权获得乙方所提交的软件交付成果、服务及相关知识产权。

(2) 甲方有权及时了解和监督软件开发的进展情况。

(3) 甲方应向乙方提供完成软件开发所必需的资料和工作条件。

(4) 甲方应当按照合同约定向乙方支付合同价款。

八、乙方的责任和义务

(1) 乙方有权按照本合同约定收取合同价款。

(2) 乙方有权要求甲方提供软件开发所必需的资料和支持。

(3) 乙方保证所交付的软件产品是完整的、全新的、技术上先进和成熟的，并在性能、质量和设计方面满足安全、可靠和高效运行与方便维护的全部要求，能够满足甲方的个性化需求与接口的相关开发工作。乙方所提供的技术文件应是完整的、清晰易读的、准确无误的，能够满足软件交付成果的检验、安装、调试、测试、验收、运行、维护和培训的需要。

(4) 乙方应派遣身体健康、有工作经验和相应技能的技术人员到甲方现场提供开发实施、安装、调试、测试、试运行、维护及培训等技术服务，该技术服务费用包括在合同价格内。

(5) 如果甲方发现乙方交付的软件产品有缺陷，或性能和质量不符甲方要求时，乙方应负责无偿地排除缺陷、替换或更换所交付的软件产品。因乙方交付的软件产品存在缺陷，或性能和质量不符合本合同约定而给甲方造成损失或者工作障碍的，乙方应承担相应的责任。

(6) 在售后服务期内，乙方应负责免费向甲方提供与软件有关新的或改

进的运行经验、技术开发和安全方面的所有资料及信息，且负责对本合同项下的软件进行免费更新、升级。

(7) 乙方保证其所交付软件产品及服务不存在任何权利瑕疵，如任何第三方就乙方交付的软件产品及服务向甲方提起侵权索赔，乙方应负责与第三方交涉，并承担由此引起的一切法律责任，相关费用由乙方承担。

(8) 乙方承诺所提供的软件产品不含有任何安全隐患，并在软件使用期内承担全部责任(包括但不限于消除安全隐患、退款、赔偿损失等)。发生任何由于软件产品安全引起的事故时，乙方应赔偿甲方及相关用户因此所发生的损失。

(9) 乙方保证和医院有关的技术信息和资料，不得透露给第三方。

九、技术服务

1、无用户并发数限制，无装机点位数限制。

2、系统需允许医院根据需要自由配置护理文书，自由配置业务流程，自由配置用户界面；厂商具备现场二次开发的能力。

3、系统建设时要能利用 PDA、大屏、服务器等医院现有设备；完成包括但不限于 HIS、电子病历、检查检验、手麻、输血、人力资源、集成平台等系统的数据对接，平台中所有涉及回写的功能应于 HIS 共享个人信息，护理人员基本信息应从人力资源系统自动提取，避免重复录入基础信息；能与“互联网+护理”延伸服务、医院的微信小程序、互联网医院等线上业务互联互通，便于有效管理业务。

4、数据备份：要有完备的数据备份方案；

5、无版权纠纷，符合等保 2.0 要求，在质保期内免费升级。

十、验收

1. 乙方向甲方交付所开发的软件产品后进入试运行期，试运行期限为 3 个月，如果在试运行期间，如发现软件产品有缺陷，或性能和质量不符甲方要求时，乙方有责任对其进行修改和更正。同时试运行期依据上述修改、

更正期间进行相应顺延。

2. 试运行期届满，在甲方可正常使用乙方所交付的软件产品，且乙方向甲方提交软件设计文件后(包括但不限于软件开发计划及管理变更日志、需求规格说明书、软件设计文档、软件架构文档、软件系统设计、软件安装前测试方案、测试计划、模块设计、模块组织、模块流程及模块间接口设计等，同时应提交软件开发各阶段文件及软件全部源代码)，甲方与乙方共同签署两份软件验收合格证书，甲、乙双方各保存份。

3. 验收不合格，由乙方负责更正和修改，直至验收合格。

十一、争议解决办法：

双方当事人因履行本合同所产生的一切争议，应先行协商解决，协商不成，任何一方可向当地仲裁委员会申请仲裁或向当地人民法院起诉。

十二、不可抗力

1. 如合同双方中任何一方由于不可抗力，如：地震、水灾、台风、战争和其他双方都认为的不可抗力原因而无法按期履行合同。由双方协商确定后，合同执行的时间做相应延期。

2. 受影响方应尽快将所发生的不可抗力事故的情况以电话或传真通知另一方，并在不可抗力发生天内尽快用传真和挂号信将有关权威机构出具的证明文件提交另一方确认。

3. 当不可抗力事故终止或事故消除后，受阻方应尽快用传真或电传通知对方关于不可抗力形势的解除并以挂号信加以确认，并继续履行合同。

4. 如果不可抗力阻碍合同的履行超过天，双方就合同的进一步履行问题进行讨论并达成一致意见。

十三、其它：

1、本合同经双方代表签字加盖单位公章或合同专用章生效。投标文件与本合同具有同等法律效应。

2、本合同如有未尽事宜由双方协商解决，如双方协商一致或签订补充

协议，补充协议与本合同具有同等法律效力。

3、本合同一式贰份，双方各持壹份，投标文件和本合同具有同等法律效力，双方签字盖章后生效。

附件：1、分项价格明细表

2、软件功能清单

甲方（章）：

安康市中心医院

开户行：

中国农业银行安康市江北支行营业部

纳税人识别号：12610900436135176R

地址：

安康市汉滨区金州南路85号

乙方（章）：陕西威高固恒医药科技有限公司

开户行：

中国建设银行股份有限公司西咸新区沣泾大道支行

账号：

61050111581300000007

陕西省西咸新区沣东新城天章二路与丰业大道交汇处普洛斯西咸沣东物流园B4号库二楼201,202,203

法人代表：

李升以

联系电话：18863198663

委托人：

胡建村
14/1-2025

法人代表：



胡建村

2025.1.14

李升以

2025.1.14

1、分项价格明细表

序号	货物名称	品牌及制造商	规格型号	单位	数量	单价 (元)	总价 (元)
1	智慧护理管理平台软件	健悦、北京健悦时代科技有限公司	北京健悦时代科技有限公司 健悦移动护理系统 V3.0	套	1	1980000.00	1980000.00
2	触摸式智慧护理大屏	领效、广州视臻信息科技有限公司	EC55CAD	台	10	12,000.00	120,000.00
总 计 (元)				¥ : 2,100,000.00 (大写) 贰佰壹拾万元整			

1、软件功能清单

2.1 移动护理系统

序号	模块	功能	功能描述
1	PDA 端 登录	扫描登 陆	系统支持 PDA 扫描移动护理系统打印工牌的二维码自动登录系统
2		NFC 快捷 登陆	系统支持 PDA 贴近 NFC 芯片工牌快捷登陆，工牌需支持一卡通，NFC 芯片可安全解密
3	患者信 息	床位卡	通过床位卡方式展示全病区所有患者情况，不同护理级别的患者用显著的标识来标记。每个患者的床位卡上涵盖床号、姓名、年龄、性别、住院号、护理级别、入院时间、医保类别、费用情况、过敏标志、手术标志、评估结果等相关信息。
4			通过列表、床位卡、简卡三种模式对患者信息快速检索、浏览，各护理业务模块里根据患者一览表，护士快速定位、切换患者信息。
5		患者信 息查看	可以在患者主页查看患者的详细信息，包括患者身份证、联系人、住址、医保类别，费别等。
6			费用查看，可以查看当前的费用总额、押金、余额或欠费等信息。
7		患者筛 选	可以分类显示不同患者列表，各个护理级别患者列表，危重患者列表、手术患者列表、高危风险患者列表、分娩患者列表、使用高危药品的患者，有检查、检验危急值患者、有输血患者、有新医嘱的患者等，根据临床实际需求分类显示。
8			支持用住院号、姓名、床号等信息对患者进行快速查找。
9			用不同颜色区分护理等级，各个护理等级的颜色可自定义配置。
10		腕带、床 头卡打 印	可以通过患者床头卡右键或患者主页快速打印腕带，腕带包含 2 个带有患者信息的二维条码。方便护士扫描。支持成人、婴儿和儿童腕带打印。
11			床头卡尺寸和显示的内容可以根据医院需求定制。
12			支持病区腕带打印和住院处腕带打印。
13		患者主 页	进入患者主页，显示患者的护理计划，24 小时体征信息，并可通过菜单项进入体征采集，体温单、医嘱执行，护理记录，护理评估、检验检查记录、巡视记录、院内交接记录、出入量记录、手术记录、皮试记录、健康宣教、输血记录、住院病历等。

14		护理工作 计划	把患者每日需要执行的医嘱、体征采集、护理内容按照时间排序显示，执行后就标记成已执行，便于护士查看患者一天的治疗内容，工作更加有序。
15		转科、出 院患者 信息查 看	展示当前科室内历史患者列表，包括转科、出院的患者。三个月内的患者直接在患者列表上选择转科和出院，三个月以前历史患者需要进入病区历史患者进行查询。
16			点击患者可以展示患者详细信息、展示的信息内容同在院患者相同。
17	医嘱信 息管理	医嘱分 类	根据医院的规则，把医嘱进行二级分类，一级分类包括输液、注射、口服药、治疗、检查、检验、护理等，在每个一级分类下有更细致的二级分类，便于护士查看和检索某一类医嘱的执行情况。
18		医嘱查 看	可以查看医生开的原始医嘱，也可以查看根据医嘱执行时间拆分后的医嘱。（实现查看原始医嘱开具情况，根据执行时间分别查看已执行和未执行医嘱情况）
19		医嘱查 询	支持对各种医嘱，按照时间、分类（药品、输液、护理、治疗、检查、检验…）、类型（长期、临时）、执行情况（已执行、未执行）等条件组合查询，特殊用药医嘱查询，显示医嘱用法、用量、滴速、备注以及医嘱执行状态。
20	医嘱管 理-输 液医嘱	输液标 签打印	病区打印药品标签,支持静配中心打印药品标签。病区 PDA 扫描接收入区后，进入摆药、核药、配药、用药等核对流程。
21			病区配液标签打印，在移动护理系统 PC 端按医嘱分类及医嘱类型（长期、临时）打印输液标签
22			可以按时间段、单个患者、全科患者、医嘱类型、医嘱分类、上下午、药品等多种方式打印医嘱标签。
23			支持补打印输液标签条码标签。
24		输液医 嘱-静配 接收	PDA 端护理 APP：病区按静配中心配送批次接收药品，并记录接收批次、批次实际药品总数、接收人、接收时间、药品有效期，支持核对流程。
25		输液医 嘱-摆药	PDA 端护理 APP：进入输液管理摆药界面进入摆药流程（实现批量摆药，减少护士工作量；智能进入摆药，提醒摆药遗漏提醒，药品有效期）
26		输液医 嘱-摆药 核对	PDA 端护理 APP：自动进入输液管理摆药核对界面进入摆药核对流程（按流程顺序实现智能跳转到摆药核对）
27		输液医	PDA 端护理 APP：自动进入输液管理配药药界面进入配药流程（按流

		嘱-配药	程顺序实现智能跳转到配药)
28		输液医嘱-配药核对	PDA 端护理 APP: 进入输液管理配药药界面进入配药核对流程, 配药操作进行确认。(按流程顺序实现智能跳转到配药核对)
29		输液医嘱执行	PDA 端护理 APP: 护理人员在输液类医嘱执行前首先扫描输液瓶签上的条码, 再扫描患者腕带条码, 当两者匹配后继续用药(同时记录用药时间和用药人); 如不匹配不能继续执行并进行提醒。(自动记录一次巡回); 特殊药品需有用药提醒功能。
30		用药(摆药-核药-配药-用药环节)、输血等治疗过程, 实现全流程智能化, 任一核对环节遗漏则无法进入下一环节, 上一环节完成后自动跳转进入到下一环节。	
31		医嘱执行-输液巡视	PDA 端护理 APP: 对执行用药患者情况的查看及一般情况的基本操作, 包括暂停, 继续, 终止, 录入滴速和异常情况。
32		医嘱执行-结束输液	PDA 端护理 APP: 通过 PDA 扫描液体结束输液, 系统自动记录输液结束时间、结束人。在连续输液时, 可以开始新一瓶输液并自动结束上一瓶。
33		医嘱执行-多组输液	PDA 端护理 APP: 支持多条通路、多种类型给药流程智能化管理。
34		高危药品双人核对	PDA 端护理 APP: 当患者使用高危药品时, 按要求需要双人核对确认后方可执行。
35		医嘱补执行	护士对患者用药未能通过 PDA 执行, 在 PC 端进行补录
36		执行结果回写	可将输液医嘱执行结果回写至 HIS 或电子病历系统中。
37	医嘱管理-注射医嘱	注射医嘱-标签打印	病区打印药品标签, 支持静配中心打印药品标签。病区 PDA 扫描接收入区后, 进入摆药、核药、配药、用药等核对流程。
38			可以按时间段、单个患者、全科患者、医嘱类型、医嘱分类、上下午、药品等多种方式打印医嘱标签。
39			支持补打印注射标签条码标签。
40		注射医嘱-静配接收	PDA 护理 app: 病区按静配中心配送批次接收药品, 并记录接收批次、批次实际药品总数、接收人、接收时间、药品有效期。
41		注射医嘱-摆药	PDA 护理 app: 进入输液管理摆药界面进入摆药流程
42		注射医嘱-摆药核对	PDA 护理 app: 进入输液管理摆药核对界面进入摆药核对流程

43		注射医嘱-配药	PDA 护理 app: 进入输液管理配药药界面进入配药流程
44		注射医嘱-配药核对	PDA 护理 app: 进入输液管理配药药界面进入配药核对流程, 配药操作进行确认。
45		针剂医嘱执行	护理人员在注射类医嘱执行前首先扫描针剂签上的条码, 再扫描患者腕带条码, 当两者匹配后继续用药 (同时记录用药时间和用药人); 如不匹配进行提醒。针剂由于执行时间较短, 不需要记录结束时间。
46		高危药品双人核对	PDA 护理 app: 当患者使用高危药品时, 按要求需要双人核对确认后方可执行。
47		医嘱补执行	护士对患者用药未能通过 PDA 执行, 在 PC 端进行补录
48		执行结果回写	可将注射医嘱执行结果回写至 HIS 或电子病历系统中。
49	医嘱管理-皮试医嘱	皮试药品维护	病区可以维护皮试药品库, 当医生开出含有易过敏的输液医嘱时, 护士在配药时会自动提示护士录入皮试结果, 如果没有结果或结果为阳性, 就不能进行配药和后续的操作。(实现未录入皮试结果或皮试结果阳性, 对医生开具医嘱或发药权限进行限制)
50		皮试医嘱执行	护士在皮试医嘱执行前扫描腕带信息匹配可用药, 不匹配有提醒, 同时记录用药时间及用药人信息
51		皮试结果提醒	护士扫描腕带和皮试药签进行皮试, 到时间 (例如 15 分钟) 后, 自动提醒护士录入皮试结果, 并有双人进行核对皮试结果。
52		皮试结果记录	PDA 护理 app: 扫描患者腕带录入皮试结果, 自动带入批号。
53		皮试相关药品执行	输液时会检查皮试结果, 没有皮试结果会提示录入皮试结果, 皮试结果为阳性时会有声音警示, 不能使用该药品。
54		执行结果回写	可将皮试医嘱执行结果回写至 HIS 或电子病历系统中。
55	医嘱管理-口服药医嘱	口服药品接收	使用 PDA 护理 APP, 扫码接收药品, 记录接收批次、批次实际药品总数、接收人、接收时间、药品有效期。
56		医嘱执行之口服药	使用 PDA 护理 APP: 扫描口服药签上的条码及患者腕带, 当两者匹配后继续用药 (同时记录用药时间和用药人); 如不匹配进行提醒。
57		高危药品核对	高危药品需要双人核对, 扫描口服药签上的条码及患者腕带, 当两者匹配后提醒用药注意事项并继续用药 (同时记录用药时间和用药人及核对人); 如不匹配进行提醒或报警。
58		医嘱补执行	对未能通过 PDA 执行的, 并记录原因

59		口服药 执行结果回写	将口服药执行结果回写至 HIS 或电子病历系统中。
60	医嘱管理-检验医嘱	标本准备	PDA 上自动提取执行过的检验医嘱，有遗漏提醒，并能显示患者血型、标本所需试管的标识及采集注意事项。
61		标本采集	使用 PDA 护理 APP：扫描检验条码，再扫描患者腕带条码，当两者匹配后继续采集，记录采集人、采集时间、采集项目名称；如不匹配进行提醒。
62		标本接收	使用 PDA 护理 APP：需要患者自行采集的标本，如痰、尿等标本，由 PDA 扫描标本签及患者腕带发管，患者提交标本后 PDA 扫描标本签收管，完成标本采集。
63		标本送发	使用 PDA 护理 APP：扫描检验标签点击发送。系统生成标本送出时间及人员信息，可回传相关系统
64		危急值提醒	检验结果有危机值时，检验结果界面有明显提示
65		危急值确认	护士对危急值进行双人核对、确认。
66		采集信息回写	将标本采集信息回写到 LIS 系统中。
67	医嘱管理-输血医嘱（PDA 移动端和 HIS、智慧输血系统对接）	血袋接收	使用 PDA 护理 APP：扫描血袋标签将血袋接收入病区。
68		输血前核对	护理系统记录输血前核对人、核对时间、患者相关信息。（实现关键环节双人核对）
69		输血执行核对	护理人员在血液类医嘱执行前首先扫描输血药袋上的条码，再扫描患者腕带条码，当两者匹配后继续输血（同时记录输血时间和输血人）；如不匹配进行提醒。（实现关键环节的双人核对）
70		输血巡视	当患者进行输血时，会自动定时提醒对患者进行巡视和记录。
71		输血执行单	输血执行记录生成执行单，可按不同条件进行查询、打印
72		输血执行结果回写	将输血医嘱执行结果回写至 HIS 或电子病历系统中。
73	医嘱管理-治疗类医嘱	标签打印	使用设备进行治疗的项目，可以扫描设备上的二维码标签和患者腕带，系统自动匹配，如果核对正确，就开始执行。
74		医嘱执行	对于不能打印标签的治疗类医嘱，护士使用 PDA 扫描患者腕带，核对患者身份后，可以勾选执行，记录执行时间和执行人。

75	医嘱管理-护理类医嘱	标签打印	对于病区常用的护理项目，系统支持把这些项目打印成二维码粘贴在床位上，护士扫描腕带和护理项目的二维码，核对无误后就可以执行，并记录执行时间和执行人。
76		医嘱执行	对不能打印成二维码的护理项目，护士使用 PDA 扫描患者腕带，核对患者身份后，可以勾选执行，同时记录执行时间和执行人。
77		护理类医嘱：记录与执行关联	测血压、血糖，执行医嘱可跳转到记录单，提交文书后，相应的医嘱也执行。
78	备注执行	备注执行	对于暂时不能执行的所有类型、类别医嘱，护士可以填写执行备注，并可标明原因。
79	专科护理	压疮护理	压疮护理全流程闭环管理，护士可以利用 PDA 在患者床前进行压疮的风险评估，以在 PDA 终端上进行压疮上报、包括部位、程度、分级，并拍摄上传照片，可以对已发生压疮的患者进行跟踪治疗记录，护士长、压疮护理小组可以对发生压疮患者进行定期的访视和督查，对采取的护理措施进行评价，给出建议。最后对压疮患者的去向和压疮的治疗效果进行转归记录。（实现压疮专科护理小组访视和督查指导意见记录；实现压疮部位、分期、处置等等内容选择性回写至护理记录单）
80	会诊管理	护理会诊	发送护理会诊邀请，发送科室可提取 HIS 相关记录，受邀科室会诊智能提醒，现场会诊记录，会诊工作量汇总分析与导出。
81	护理文书	护理文书模板	系统提供可视化模板编辑器，可自定义各种护理文书模板、包括体征模板、护理记录模板、护理评估等，病区可以自定义本科室的模板，也可以多个病区共用同一模板。
82		护理文书种类	可以自定义配置医院各种护理记录单，包括但不限于下面列出的护理文书，成人体温单、婴儿体温单、体征记录单、一般护理记录单、危重护理记录单、手术护理记录单、产科护理记录单、出入量记录单、引流记录单、血糖、血压记录单、入院评估单、各种风险评估单、巡视记录、输液单、长期医嘱单、临时医嘱单、产程图、健康宣教记录单、护理计划、交接班报告机械通气护理记录单、床边快速检验报告单、微泵量记录单、疼痛护理记录单等。
83		护理文书录入	移动终端 PDA 和电脑 PC 都可以录入各种护理文书，系统会记录录入时间，录入人，授权后可支持查看，修改，删除。
84			软件可设置护理文书录入的时间范围，如不能早于入院时间、不能晚于出院时间、不能早于系统时间+N 小时等等
85		体征管理及体温单	在移动 PDA 终端上进行病人体征录入，有智能提醒功能。可以记录病人的体重、体温、脉搏、呼吸、血压、大便、出入量等各项固定以及科室自定义项目。支持对于新生儿的体征录入采取特殊处理。

86		录入生命体征时，可以同时进行疼痛评估，可录入疼痛强度并在体温单上展现疼痛强度与体温变化的关系。
87		在 PC 和 PDA 终端上可以进行体征信息新增、删除、查看等操作（有权限控制功能）。
88		智能提醒纠错，对每个体征项目设定有输入范围，如果护士录入的值超出范围，PDA 自动提醒护士录入错误并要求重新录入。智能键盘，方便护士录入，对灌肠大便、呼吸机、体温未测等特殊情况下提供选项供护士勾选。
89		支持在电脑 PC 端批量录入体征信息。可录入单一患者全日的体征，也支持批量录入全科室患者某一时点的体征，以提升护士的工作效率。
90		体征数据的相互引用，录入的体征数据可以相互引用，避免重复录入，可以引用到一般护理记录单，重症护理记录单，交接班报告中。
91		PC 和 PDA 终端支持历史体征查看，对科室自定义的项目，会根据患者的录入情况，智能显示。
92		PDA 终端和 PC 上自动生成标准体温单，护士可以方便地查看患者体温变化情况。
93		智能体征测量提醒，根据医院的规则和患者的护理等级、入院时间、危重状态、发烧以及手术情况，系统智能计算出患者每日需要测量体征的时间点，并进行提醒。当患者的状态发生变化时，系统会自动进行调整。
94		对需要医嘱的测量项目，例如测血糖，定时测血压等，系统会根据医嘱自动提醒，并自动关联到相应的护理记录单上。
95		系统自动计算输入液量，只要护士使用 PDA 进行输液操作，就自动计算输入液量，不需要护士手工计算。
96		其它出入量自动汇总计算，如各种入量，引流量，痰量，呕吐量，尿量等。并按需自动显示在体温单上
97		出入量按班次或 12/24 小时汇总。并按需自动显示在体温单等护理文书上。
98		标准 7 日体温单生成及打印，根据体征录入结果生成符合国家护理文书书写标准的体温单。
99		自定义项目的展示和打印，根据录入的数据自动显示和打印。
100	患者转交接	支持病区之间、病区与手术室之间的患者转交接。由转出、转入科室分别填写患者交接记录单，包括生命体征、管路状态、正在使用的药物、交接的病案资料和物品等，并经双方确认无误。

101		病历记录查询	可查看各类病程记录, 包含但不限于: 入院记录、首日病程、日常病程及三级医师查房记录。
102		护理文书打印	可以显示并打印各种护理文书。
103		数据共享与引用	护理文书的项目可以共享和相互引用, 如果一个项目已经录入了值, 在其它护理记录中可以引用, 避免多次录入或拷贝粘贴引起的错误。护理文书录入时可引用其他类型信息, 包括医嘱、检验、手术、所有记录单、评估结果、交接记录等。
104	告知记录	文书定义	可以自定义不同样式的告知文书。
105		告知记录	维护告知记录, 并可打印告知书给患者进行签字留存。
106	健康宣教	制定宣教计划	科室可以针对不同疾病制定相应的宣教计划, 从患者入院到出院有详细的宣教计划。
107		宣教模板	采用宣教模板, 宣教计划、项目和内容可编辑、可修改、复制, 科室可以定义本科室各种疾病的宣教计划和宣教内容, 包括入院宣教、术前宣教、术后宣教、疾病治疗宣教、运动饮食、出院宣教等。
108		为患者执行健康宣教	扫描患者腕带, 确定患者身份后对患者和或家属进行健康宣教, 护士长可以对宣教的效果进行评价, 还可以对宣教效果不佳的, 再次进行宣教。系统记录宣教人、宣教对象、宣教时间、效果评价。
109		宣教记录查看	在 PDA 和电脑 PC 上可以查看以往的宣教记录和宣教内容。
110		宣教内容提示	完全实现无纸化, PDA 上显示宣教的要点, 点击可以查看详细的宣教内容, 对护士在实际使用中有很大的帮助。(根据专科健康宣教路径, 提醒护士分阶段宣教)
111	护理巡视	高危患者巡视	对特级、一级护理、病危、病重的患者, 系统会根据医院的规则定时提醒对患者进行巡视。
112		高风险患者巡视	对各种高风险患者, 系统会根据医院的规则定时提醒对患者进行巡视。
113		巡视字典	可以预先设置各种情况的字典, 护士可以根据实际情况选择, 也可以手工录入。
114		巡视记录	可以在 PDA 和 PC 上查看详细巡视记录, 巡视时间、巡视人、滴数、巡视情况等信息; 护士完成的其他治疗项目扫描记录可自动生成巡视记录; 电脑端患者腕带二维码信息查看、显示、打印需有权限设置。
115	手术信息管理	手术信息查看	可以查看手术的详细信息, 包括但不限于手术名称、部位、等级、时间、麻醉方式、术者、助手、体位等。

116		手术信息引用	手术信息可以被护理记录单、交接班、体温单等护理文书引用，方便护士书写护理文书。
117		手术中记录	可以自定义不同样式的记录文书。
118		手术患者交接	患者去手术室和回病房时，需要手术室护士和病房护士进行患者交接，护士扫描患者腕带，记录出入时间和携带的物品及药品。
119		手术患者体征测量提醒	护理系统会根据病区手术患者体征测量规则，自动提醒患者术前和术后的体征测量时间和频次，确保不出现遗漏的情况。
120	病区管理	护理人员管理	管理病区所有护理人员，包括基本信息、职务、能级、权限、登陆名、激活/停用等信息。
121		智能排班管理	病区可以设置班次，时间、权重、班次组合、排班人员、人员分组、管床等信息。护士长可以根据这些设置进行排班，并自动统计上班时间、班次数量、所欠工时等。
122		病床管理	同步 HIS 病床设定，包括数量和床号，可以显示全部病床，也可以只显示有病人占用的病床。
123			支持病床的排序，可以根据病区病床的排序规则，设定病床在护理软件的显示顺序。
124			支持患者分组管理，可以调整床位和患者分组，根据分组可以快速查找患者。
125		病区医嘱执行情况	病区医嘱执行情况查询，可以选择时间段、医嘱类型、执行情况等条件对全病区医嘱进行查询，便于护士长查看整个病区的医嘱执行情况。
126		交接班管理	自动生成交接班记录，自动统计出院、入院、转入、转出、分娩、死亡、病危、病重、手术患者数量等，并自动生成交接班报告。
127			对于危重或特殊情况病人可书写交班记录，交班记录内容包含基础生命体征报告、病情摘要及治疗经过等。
128			可以直接引用其它护理文书中的体征、医嘱、检验异常值、检查、手术等信息，不需要从其它护理文书中拷贝粘贴。
129			可查询、导出、预览、打印交班报告。
130		巡视记录查询	病区巡视情况查询，可以选择时间段、巡视类型等条件对病区所有患者的巡视情况进行查询，便于护士长查看整个病区的巡视情况，对巡视中存在的问题及时解决。

131		病区设备管理	病区常用的护理设备维护,设备负责人,设备状态、使用情况等信息。可以将护理设备名称关联相关医嘱。
132			可以打印设备标签,粘贴在设备上,护士通过扫描设备标签和患者腕带,自动匹配该患者需要执行的医嘱,核对后执行。
133		科室工作量统计	科室工作量统计,以科室为单位,分析整个科室工作量。可查询、导出、预览、打印。
134		个人工作量统计	护理人员个人工作量统计,以护士为单位,分析每个护士的工作量。可查询、导出、预览、打印。
135		工作班次统计	根据病区的排班,可以自动统计每位护理人员每月的工作时长、请假的时间、各个班次的数量,可以作为病区工作量统计的一部分。可查询、导出、预览、打印。
136		班次系数设定	可以设定各个班次的系数,作为核算工作量的一个系数。
137		护理患者统计	根据排班的设定,系统可以自动统计每个护理人员每个月护理的各个级别患者的数量,作为病区工作量统计的一部分。可查询、导出、预览、打印。
138		护理操作统计	可以统计每个护理人员进行各种护理操作、执行各种医嘱的数量,病区可以自定义统计哪些护理操作。统计的结果可以作为病区工作量的一部分。可查询、导出、预览、打印。
139		护理操作权重设定	护理操作包括配液核对、输液、标本采集、巡视、管路护理、护理文书、其它护理操作等。病区可以定义每种护理操作的权重。
140		工作量系数	病区可以定义班次、护理病人数量、护理操作的权重系数,最后系统根据设定的系数,自动计算出本病区每位护理人员每月的工作量。
141		医嘱执行率	可按天、月 统计各类医嘱的执行情况,执行了多少条医嘱,哪些医嘱未执行。并且详细统计 PDA、PC 各自执行了多少条医嘱及所占百分比。可查询、导出、预览、打印。
142		PDA 设备列表	可以查看各科室 PDA 设备的使用情况、运行状况。
143		PDA 设备安全管理	设备远程禁用、启用的管理。
144		PDA 软件自动升级分发	支持设备 APK 自动更新升级。

145		PDA 使用记录	完整的 PDA 使用日志, 记录设备的登陆、使用记录等信息。
146		高警示药品管理	可以维护高警示药品库, 包括名称、剂量、浓度、有效期等。
147		皮试药品管理	可以维护皮试药品库, 包括名称、批号、皮试结果等。
148	智能提醒	体征采集提醒	根据病区的体征采集规则, 到时提醒护士需要对哪些患者进行体征采集, 提醒内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、疼痛等。
149		标本采集	自动提醒是否和医嘱匹配。
150		医嘱提醒	医嘱自动提醒, 包括新开立医嘱的提醒, 指示护士当前需要完成的工作以及未完成工作内容。
151		高危患者提醒	提醒病区内各类高危患者。
152		护理文书提醒	提醒护士录入护理文书, 例如一般护理记录单、危重记录单、血糖、血压记录单等需要定时完成的护理文书。
153		患者变化提醒	提醒病区内今日出院、入院、转入、转出、病危、病重、死亡、分娩的情况。
154		特殊患者提醒	提醒病区内特殊病情的患者, 例如发烧、三日无大便、药物过敏、房颤、疼痛的患者。
155		病区自定义提醒	病区可以个性化设置本病区需要特殊设置的提醒。
156		异常提醒	信息核对异常时通过特殊警报音智能提示。
157		皮试提醒	对皮试时间进行提醒, 对没有经过皮试使用过敏药物的提醒。
158		高危药品提醒	对患者使用过敏药物时, 系统会在配药、输液时提醒用药剂量、浓度、滴数等。
159		巡视提醒	对危重病人、高风险患者、输液患者、输血患者、使用高危药品患者定时的巡视提醒, 及时掌握患者情况, 出现问题能够及时处理。
160		手术天数	对手术患者, 显示手术的天数。支持多次手术天数的合并显示
161	系统设置	用户账户管理	支持系统密码强度校验、密码有限期管理、密码输入阈值的控制

162		用户权限管理	系统操作人员权限分配管理，实现院、科、病区、个人分级管理
163			系统对记录增加、修改、删除等操作，可按照用户角色进行分配设置
164		科室病区管理	医院科室、病区的添加、删除、设置等功能
165		知识库配置	提供文书模板配置功能，健康宣教知识库配置功能
166		二维码扫描登陆	扫描二维码自动登录系统
167		时间同步	用户登录，自动同步服务器时间
168		异常操作记录	记录用户使用系统过程中的异常操作，如错误执行医嘱，后台记录
169		屏幕锁定功能	超过一定时间未操作，pda 退出到登陆界面。
170	特殊需求	谵妄评估	CAM-ICU 评估，包含意识状态、注意力、思维评估，评估带指导语言。其中注意力评估应包含数字法、图片法和字母法。
171			ICDSC 评估，可视化评估，带指导语言，根据评估结果显示谵妄状态，以及护理措施。
172			3D-CAM 评估，包含问诊评估和观察评估，支持对患者的意识状态、注意力、思维进行评估
173	并发症管理	护理技术操作并发症	实施各班护士观察、处理并记录，回写护理记录单；实现阶段性汇总分析导出。

2.2 护理管理系统模块

序号	模块	功能	功能描述
1	人员管理	人员基本信息管理	查看全院和各个科室护理人员的基本信息，并能够增删改查个人基本信息，全院护理人员分配。
2			可录入、导入、导出护理人员的所有基本信息。
3			可以修改护理人员的基本信息。
4			护士执业资格证书到期前 3 个月开始提醒相关人员。
5		组织机构	把护理部所管理的机构和人员通过树形的结构展示出来，点击每个节点可以详细查看这个机构的人员情况。
6		专科护理小组	可以根据医院的实际业务，建立多个专科护理小组，设立组内职务和成员。
7		请假管理	护理人员在线填写请假申请
8			护理部、护士长对请假进行审批。

9			统计各护理单元人员的休假天数。
10		人员调动	护理人员在不同科室病区间进行调动，支持实时调动，也支持指定日期的调动，人员调动后，移动护理业务中人员所管理的病区自动变更。
11			统计各病区护理人员的年龄分布。
12			统计各病区护理人员的能级人数和分布。
13			统计各病区护理人员的学历分布和人数。
14			统计各病区护理人员的职称分布和人数。
15			统计各病区护理人员人数及全院的总人数。
16			可根据实际需要自定义统计项目。
17			护理部可以发布各种通知和消息（可指定发布范围），发布人可查看消息阅读情况；具备信息发布和查看权限设置功能。
18	信息管理	信息发布	护理部可以对所发消息进行管理，包括删除和修改内容和失效日期。
19			有新消息时，系统会有明显的提醒标志，点击可以查看新消息。
20		消息查看	各病区护理人员可以及时查看护理部发出的通知和消息。
21			支持周排班、月排班或特定时间段排班，并可以复制上一次的排班表。排班同时自动统计工作时数及所欠工时数。支持重点工作智能提醒功能。
22	排班管理	科室排班	科室排班提交后，护理部可以查看全院各个护理单元的排班情况，对存在问题的护理单元提出整改意见。
23		护理工作查看	可以查看各个护理单元人员的班次统计情况，包括上的班次数量，工作时长，所欠工时等。
24			护理部或科室制定本年度培训计划。
25			培训课件上传，供参加人员下载后线下学习，可查看学习情况。
26			参加培训人员的可线上预约。
27	人员培训	培训	录入参加培训人员取得的学分，支持导出、打印。
28			如果培训有考试，可以录入考试成绩，支持导出、打印
29			
30			记录科研项目的名称、负责人、参与人、起止时间、研究成果等信息。
31			记录护理人员参与编写的著作的名称、出版社、作者、时间等。
32	科研管理	著作管理	记录护理人员发表的论文名称、杂志名称、发表时间、作者等。
33		论文管理	记录护理人员发表的专利情况，包括专利名称、发明人、发明时间等。
34		专利管理	记录护理人员获得的奖惩情况，包括人员、名称、时间等信息。
35	高风险患者管理	奖惩管理	高风险患者信息查看
			分类查看全院或各个护理单元各类高风险的人员列表，包括姓名、高风险类型、评估时间、评估分值、评估人等信息。

36			可以查看患者的高危风险评估具体内容，包括给予的干预措施。
37		高风险患者数量统计	按照高风险类型统计全院或各病区在查询时间内的各类高风险患者的人数。
38			按照病区统计全院或各病区在查询时间内的各类高风险患者的人数。
39			按照时间统计全院或各病区在查询时间内各类高风险患者的人数。
40			汇总各病区各类高风险患者的总数总评估人数。
41	不良事件管理	不良事件上报	责任人上报发生不良事件的各种信息，包括时间、地点、患者情况、发生责任人可以对事件的原因初步分析。（事件原因可自定义勾选，也可自定义填写；整改措施实现填写、图片、文档上传等功能）
42		不良事件上报审核	护士长对不良事件进行审核，提交审核意见。
43			护理部进行审核，给出处理意见。（实现科室、院区/片区护士长、护理部追踪评价记录）
44		不良事件查看	对于有典型意义的不良事件，护理部可以院内共享，供各个病区查看，引以为戒。
45			不良事件检索，根据事件类型、发生时间、记录人等信息进行快速检索。
46		不良事件统计	可以按病区、时间、类型、级别等对发生的不良事件进行统计分析。
47	工作计划	护理部工作计划	护理部制定年度、季度、月、周工作计划。
48		护士长工作计划	病区护士长制定本病区的年度、季度、月、周工作计划。
49		工作计划查看	护理部可以查看各个病区的工作计划，病区可以查看护理部和本病区的工作计划（可设置相应权限）。
50	护理制度	护理部制度	采用文件目录结构，护理部可以在内网发布各种护理规章制度，将文档可以作为附件上传，护理人员可以下载查看。支持护理制度分类，可以按照级别、内容对各种规章制度进行分类。每个护理制度有修订历史，记录整个文档的生命周期，包括废改立的时间，对应的文档。
51		病区护理制度	采用文件目录结构，病区可以在内网发布各种护理规章制度，将文档可以作为附件上传，护理人员可以下载查看。支持护理制度分类，可以按照级别、内容对各种规章制度进行分类。每个护理制度有修订历史，记录整个文档的生命周期，包括废改立的时间，对应的文档。
			实现科室制度编写--上报--审批--反馈等管理流程

52	质量控制	质控检查计划	护理部和病区可以制定质控检查计划，包括时间、检查内容、检查组、使用的检查表单、检查病区等信息。质控检查计划在发布前可以修改，一旦发布就不可以修改。检查任务会直接关联到每个检查人，检查人从 PAD 上登陆后就可以查看我的检查任务。
53		质控检查组管理	可新增、修改和删除质量检查标准组。
54			可根据用户名、工号查询用户，把用户加入质量检查组，支持设置质量检查组的组长等。
55		质控检查任务分配	支持护理部为不同检查组设置检查任务，包括时间、检查表单等。
56			检查组长可以为检查组成员分配检查任务，包括检查时间、分配检查病区、使用的表单等。
57		质控表单生成	可设置护理质量检查模版，包括：质控指标类别、项目、分值、质量标准等。
58			病区分配自查检查的模板，用于病区自查、总护士长检查。
59			可为不同科室的不同病区匹配对应检查模板。
60			可以根据检查的侧重点不同，每次检查前动态生成质控检查表单。
61		质控检查	支持护理部、科室分别使用手持移动终端 PAD 进行质量检查。
62			可以支持各种质控检查，包括护理部常规检查、护理部抽查、病区自查、行政查房、各个专项质控小组的检查。
63			检查完后，每个检查人员把检查结果提交给检查组长，组长审核后，提交给护理部。
64			支持护理部、院区/片区、科室分别查看护理质量检查的进度。
65		持续改进	护理部查看各个质量检查组提交上来的检查结果，系统自动将存在问题的检查记录下发到病区，供病区整改。
66			病区对护理部下发的问题进行原因分析并填写整改措施，护理部可以进行跟踪检查。对存在的普遍问题，护理部和院区/片区将进行统一的原因分析和整改。
67			病区对存在的问题进行整改，并对整改结果进行评价，护理部可以给出意见。
68		统计分析	实现对全院和各病区存在的问题进行汇总、排序。
69			列出存在问题多的病区排名；病区可对存在问题及责任人进行统计分析。
70			可以按照年度、季度、月等方式对问题和病区进行排名，进行分析改进。

71		护理投诉管理	能够实施闭环跟踪护理投诉的各个进度及完成情况,并汇总分析导出
72	统计报表	护患比统计	统计各病区在查询时间段内的护患比,可以选择曲线和柱状图等方式展示。
73		护理级别统计	统计各病区患者的护理级别人数占比,可以选择曲线和柱状图等方式展示。
74		医嘱执行率统计	统计各病区各类医嘱的执行情况。
75		工作量统计	统计各病区各护理人员的工作量。
76		PDA 使用率	统计各病区使用 PDA 执行医嘱的比率。
77	护士长管理资料	工作计划	护士长工作计划。
78		例会记录	护士长记录每周例会的情况。
79		工作记录	护士长工作记录。
80		质控检查记录	护士长质控检查记录。
81		跟班检查记录	护士长跟班检查记录。
82		可以自定义护士长工作记录,并支持查看和批阅功能。	
83	压疮管理	压疮上报	上报带入和新发压疮,可以现场拍摄压疮伤口照片并上传。
84		压疮督查	护士长根据规范要求,对压疮患者进行督查,给出会诊、指导意见。
85			专科护理小组、院区/片区护士长对压疮患者进行督查,给出指导意见。
86			护理部根据规范要求,对压疮患者进行督查,给出指导意见。
87		压疮统计	汇总各类型压疮的患者人数,转归情况。
88			按照压疮的类型进行统计,包括预期、高危、带入等。
89			对上报的各类型、各分期的压疮患者进行统计。
90			对出院、转科、死亡等患者的压疮进行统计。
91	系统管理	系统管理	系统登录安全管理。
92			用户账号信息管理。
93			定义不同角色的操作权限,可以定义护理部角色、护士长角色、专项质控小组、专科护士、普通护士角色、管理员等多种角色等。
94			护理管理系统系统日志,记录系统所有操作的详细信息。
95		账号管理	用户列表,包括登录名,姓名,联系方式,所属科室,是否在岗。支持账号权限分级、使用权限划分管理。
96			添加新账号。

97			编辑账号。
98			密码修改。
99		字典管理	科室字典维护。
100			定义各种巡视情况。
101			病区班次字典维护。
102			不良事件项目字典维护。
103		模板管理（包含但不限于所列模版）	体温单模板管理，可以定义各科室个性化的体温单和体征采集项目。
104			护理记录单模板管理，可以定义各科室的各种记录单样式和内容。
105			护理评估单模板管理，可以定义各种护理评估的内容和样式。
106			质控检查单模板管理，可以定义各种质控检查的内容、类别、检查标准、扣分原因等。
107			护理宣教单模板管理，可以定义宣教计划和宣教内容。
108			院内交接单模版
109	病区护理业务数据的实施监测	实时数据监测（包含但不限于所列指标）	实时显示全院或病区的总床位数。
110			实时显示全院或病区在岗护士数量。
111			实时显示全院或病区床护比。
112			实时显示全院或病区患者总数。
113			实时显示全院或病区护患比。
114			实时显示全院或病区危重患者数量。
115			实时显示全院或病区高风险患者数量。
116			实时显示全院或病区手术患者数量。
117			实时显示全院或病区输血患者数量。
118			实时显示全院或病区使用呼吸机患者数量。
119	护理敏感指标（根据国家政策动态调整指标）	医院基本信息数据	可以按月、按季度统计全院和各病区实际开放床位数、月（季）初全院护士总人数、月（季）末全院执业护士总人数、月（季）初病区执业护士总人数、月（季）末病区执业护士总人数、月（季）住院患者总床日数、月（季）初在院患者数、月（季）新入院患者总数、本月（季）病区在岗护士上班小时数、本月（季）白班责任护士数、本月（季）白班收治患者数、本月（季）夜班收治患者数，本月（季）级别护理患者占用床日数。
120		住院患者留置导管非计划拔管	可以按月、按季度统计全院和各病区导尿管非计划拔管发生例次数、胃肠管（经口鼻）非计划拔管发生例次数、中心导管非计划拔管发生例次数、气管导管非计划拔管发生例次数、导尿管留置总日数、胃肠管（经口鼻）留置总日数、中心导管置管总日数、气管导管留置总日数。

121		住院患者导管相关感染	可以按月、按季度上报统计全院和各病区 VAP 发生例次数、CRBSI 发生例次数、CAUTI 发生例次数、患者使用有创机械通气的总日数。
122		住院患者身体约束	可以按月、按季度统计全院和各病区住院患者身体约束日数。
123		院内压疮发生情况	可以按月、按季度统计全院和各病区一期压疮发生例数、II 期及以上压疮发生例数。
124		住院患者跌倒发生情况	可以按月、按季度统计全院和各病区跌倒伤害严重度 1 级例次数、跌倒伤害严重度 2 级例次数、跌倒伤害严重度 3 级例次数、跌倒死亡例次数、跌倒死亡例次数、跌倒伤害总例次数。
125		全院职业护士职称分布情况	可以按月、按季度统计全院和各病区月（季）初护士人数、月（季）末护士人数、月（季）初护师人数、月（季）末护师人数、月（季）初主管护师人数、月（季）末主管护师人数、月（季）初副主任护师人数、月（季）末副主任护师人数、月（季）初主任护师人数、月（季）末主任护师人数、月（季）末各职称总人数。
126		全院职业护士学历分布情况	可以按月、按季度统计全院和各病区月（季）初中专人数、月（季）末中专人数、月（季）初大专人数、月（季）末大专人数、月（季）初本科人数、月（季）末本科人数、月（季）初硕士人数、月（季）末硕士人数、月（季）初博士人数、月（季）末博士人数、月（季）末各学历总人数。
127		全院职业护士工作年限分布情况	可以按月、按季度统计全院和各病区月（季）初<1 年资人数、月（季）末<1 年资人数、月（季）初 $1 \leq y < 2$ 年资人数、月（季）末 $1 \leq y < 2$ 年资人数、月（季）初 $2 \leq y < 5$ 年资人数、月（季）末 $2 \leq y < 5$ 年资人数、月（季）初 $5 \leq y < 10$ 年资人数、月（季）末 $5 \leq y < 10$ 年资人数、月（季）初 ≥ 10 年资人数、月（季）末 ≥ 10 年资人数、月（季）末各工作年限总人数。
128		全院职业护士离职情况	可以按月、按季度统计全院和各病区护士离职人数、护师离职人数、主管护师离职人数、副主任护师离职人数、主任护师离职人数、中专离职人数、大专离职人数、本科离职人数、硕士离职人数、博士离职人数、<1 年资离职人数、 $1 \leq y < 2$ 年资离职人数、 $2 \leq y < 5$ 年资离职人数、 $5 \leq y < 10$ 年资离职人数、 ≥ 10 年资离职人数、离职总人数。
129	统计报表	积分制统计与上报	能按照积分制的相关要求，统计护理工作量、工作质量、获奖、优质护理基层行活动等，为护理定级提供数据支持。
130			实现按病区、按人员上报、审核、发布等功能。
131		护理操作并发症报表	能够自动提取护理操作并发症数据，并完成统计和数据分析。
132	人员资质申请与认证		支持各类人员资质上报——审核——批准——认证。

133		护士提出培训、考核申请——总护理部审批——资格认证。
-----	--	----------------------------

2.3 智慧病房交互系统模块

序号	功能	功能要求
1	患者一览表	首屏以卡片形式展示全病区患者的情况,不同的卡片背景色区分不同护理等级的患者,清晰醒目,颜色可根据医院情况自定义。卡片展示患者关键信息,包括床号、姓名、年龄、性别、医保类型、费用、入院时间、诊断、高危等信息。支持配置显示哪些信息,有效保护患者隐私。
2	照护标识展示	以图标形式展示患者的护理标识,支持触摸屏幕上的护理标识查看相关详情。护理标识支持手术信息、过敏信息、压疮信息、跌倒信息、饮食类型、高危信息、病危病重信息。
3	病区交接班	自动统计并直观显示病区本班次住院病人总数、出院病人数量及床号、新入院病人数量及床号、转科患者的数量及床号、分娩患者数量、死亡患者数量及床号、当日手术病人数量、特/一级病人数量、病危/重患者数量。显示重点患者在本班次的情况,包括患者状态、诊断、体征信息及病情变化等内容。
4	病区排班信息显示	可以在大屏交互系统上显示本病区护理人员的排班信息,默认是本周排班,方便医护人员查看。
5	手术信息查看	显示当前病区患者所有手术信息。包括但不限于患者姓名、入院时间、手术时间、手术项目、手术等级、台次和术者姓名。
6	病区看板	显示患者变化及护理评估各状态提醒信息。包括今日新入、今日出院、明日出院、今日手术、明日手术、分娩、死亡、输血、病危病重、级别护理、外出、转科、特殊检查、特殊治疗、药物过敏、发热、房颤、疼痛、记出入量、皮试、引流等患者信息,及时提醒护士进行相关护理操作。可以显示当前病区评估高危如跌倒、压疮等患者信息;人员排班信息;部门电话等。(支持科室自定义维护)
7	护理转运展示	通过对接移动护理系统,动态展示病区发生的各类转运事件(如今日手术、入院、转科、预出院等)。对于日程类的转运支持数据自动变化,如明日出院的患者第二日状态会自动变为今日出院,不需要人工更改。
8	护理安全展示	通过对接移动护理系统,动态展示各个风险评估项目(如跌倒坠床风险评估、压疮风险评估、VTE 风险评估、自理能力评估)中的高危患者信息。
9	患者主页	针对每个患者,列出患者的医嘱、体征、评估等按时间的执行计划和执行情况。可以分类显示输液、口服药、治疗、护理等不同医嘱的执行计

		划和执行情况。
10	患者详细信息	可以查看患者的更详细信息，包括住院号、医保类别、职业、入院时间、入院诊断、入院病情、饮食、药物过敏情况、过敏史、联系人电话、地址、费用情况等内容。
11	患者护理文书查看	可以展示患者的各类护理文书，包括体征信息、各类护理记录单、各类护理评估单等内容，点击每张表单可以查看详细内容。
12	患者病历查看	支持和医院电子病历系统接口，获取病人的电子病历信息，使护理人员可以方便查看医生书写的电子病历。
13	医嘱信息查看	可以查看患者的各类医嘱信息，包括全部医嘱、长期医嘱、临时医嘱，时间上可以选择全部、今日新开、今日停止、正在执行和已停止的医嘱。
14	患者体温单查看	可以显示从患者入院开始每周的体温单，可以选择任意周进行体温单查看。
15	患者检验信息查看	可以查看患者的各类检验信息，对于异常的数值，有显著的标识，方便护理人员查看。
16	患者输血信息查看	可以查看患者的输血信息，包括输血申请日期、血袋名称、血量、血型、输血开始时间、结束时间、开始输血的护理人员、结束输血的护理人员等信息。
17	患者巡视情况查看	可以分类查看级别患者的巡视情况。
18	皮试信息查看	可以查看患者的皮试信息，包括皮试名称、皮试结果、开始时间、皮试结果确认时间、皮试执行人、皮试结果确定人等信息。
19	患者手术信息查看	可以查看患者的手术信息，包括手术时间、手术项目、手术等级、麻醉方式、手术台次、术者、助手、简单描述等信息。
20	通知中心	可以显示各类通知信息
21	系统设置	可以选择显示的主题色、看板设置、轮播速度
22	护理部信息展示	可通过大屏实时展示全院及各病区患者及护理人员的动态信息。