

徽州区全民健康信息平台（一期）基层一体化信息平台采购项目

采购需求

一、服务要求

（一）建设目标

本次项目主要面向徽州区所辖 7 个乡镇卫生院、1 家社区卫生服务中心、1 家妇幼保健院、42 家村卫生室（社区卫生服务站）的基本医疗、基本公卫、家庭医生签约等基本业务功能，提高医疗卫生服务质量和效率，缓解看病难，促进人人享有基本医疗服务的基本目标的实现。

基层一体化信息平台包括业务服务子系统、业务管理子系统和监督管理子系统，涵盖居民健康档案管理、基本医疗服务、医疗检查数据互联互通、基本公共卫生服务、基本药物使用、以及综合管理、绩效考核管理和公共卫生服务监管、医疗服务监督等基本功能，为加强基层医疗卫生机构规范服务质量和提升医疗服务水平提供信息技术支撑。

（二）建设清单

具体详见附件：《徽州区基层一体化信息平台采购项目建设方案》

注：1、项目建设完成后形成的项目成果（如设计文件、源代码、测试文档、数据资源、数据接口等）及相关知识产权归属于采购人所有，项目竣工验收后服务方应当及时移交。采购人有权对项目最终技术成果进行后续改进，由此产生的新技术成果的知识产权归属于项目采购人所有。

2、本次采购项目系统集成费、培训费、实施费等均包含在本次投标报价中，请各投标商酌情考虑合理增加相应报价项。

（三）技术参数

软件需求

本项目采用大数据、云计算等技术，软件满足以下技术需求

1. 可靠性。本项目涉及全区 9 个区社区卫生服务中心和乡镇卫生院，42 个村卫生室对医疗信息系统日常使用，需满足医生在接诊过程中不间断提供服务，对平台的可靠性有很高的要求。平台需支持一天 24 小时，一周七天，一年 365 天不间断运行。

2. 高并发性。根据一期使用效果评估，医生对患者外院电子病历信息和电子健康档案信息有很强的共享需求。据估算，本期建设后高峰时期平台需满足 500 名用户同时访问，因此需要支持高并发需求。

3. 扩充性。基层医疗信息系统建设是一个持续的项目，未来共享范围会进一步扩大，需支持二三级医院、民营医院的信息共享，数据范围也可能扩大到非结构化数据，因此需平台具备很好的扩充性，满足未来平台进一步发展。本项目需采用分布式架构设计，满足扩展性要求。

4. 易维护性。本项目接入机构数量较多、使用人群覆盖较广，对平台的维护性提出了很高的要求。需充分考虑系统软硬件及网络运行的实际情况，在系统总体设计上具备很好的可维护性；应用软件安装应简单、易于操作；系统数据维护方便，备份及数据恢复快速简单；系统软件配置体现自动化，尽量避免复杂的系统配置文件。

5. 易用性。徽州区基层医疗资源尚不发达，医生平均接诊时间有限，系统的易用性直接影响了医生接诊效率和居民就医体验，因此本项目需界面友好，充分考虑

操作人员的特点，提升用户使用体验，使数据处理工作简单、方便、快捷。

6. 业务并发和响应时间。

(1) 业务并发：至少同时支持峰值 500 笔/分钟批量数据交换和峰值 100 笔/秒的实时查询或处理业务，响应时间需符合行业内比较通行的“2-5-10 原则”：系统业务响应时间小于 2 秒，判为优秀，用户对系统感觉很好；系统业务响应时间在 2-5 秒之间，判为良好，用户对系统感觉良好；系统业务响应时间在 5-10 秒之间，判为及格，用户对系统感觉一般；系统业务响应时间超过 10 秒，判断为不及格，用户无法接受系统的响应速度，认为系统已经失去响应，而选择离开这个页面，或者发起第二次请求。具体到本项目要求如下：

(2) 批量数据交换：单记录交换/入库的平均响应时间 $\leq 20\text{ms}$

(3) 非并发大批量数据交换 ≤ 2000 秒/百万条

(4) 查询：千万级数据量下单记录本地查询的响应时间 ≤ 3 秒

(5) 千万级数据量下分布式查询的响应时间 ≤ 8 秒/次

(6) 简单统计报表查询的响应时间 ≤ 10 秒

(7) 统计：千万级数据量下单项统计的响应时间 ≤ 5 秒

(8) 复合汇总统计响应时间 ≤ 60 秒

★：产品需具有高性能，相关产品能满足 3000 以上的在线用户，1200 以上的并发用户，单页面响应速度小于 2 秒性能要求。

技术参数要求

(1) 统一管理中心

实现各机构、人员的统一管理，权限集中分配、统一运维监控；建立标准目录（药品、材料、收费项目），按照统一规范进行分级分类和格式标准化；同时提供主数据下发统一入口，下载平台下发的基础数据或映射关系，基于区域统一基础数

据进行应用。基于统一服务框架，通过统一服务入口，提供公卫服务临床服务、家医服务、病历服务、基础服务等。

主要包括系统基础管理、人员信息管理、机构信息管理、单点登录管理、角色权限管理、数据字典管理、资源目录管理、任务管理中心等。

任务管理中心支持对各条线任务进行统筹管理，包含任务注册管理、任务容量管理、任务首页以及任务管理功能，需提供以患者、家医两个不同视角的任务中心，提供对应消息提醒以及任务处理入口。

慢病数据管理中心：对接基层医疗机构内（卫生院、卫生室）慢性病相关数据，形成慢病患者数据资源中心，数据收集使用数据推送的方式，由各基层医疗机构对应的数据生产系统按照接口文档，将相关慢病相关数据推送到指定数据库形式实现慢病数据的汇总，提供统一数据汇总展示。

（2）基础医疗服务

① 基础管理

维护系统业务相关基础数据，支持维护机构下的科室信息、查询业务日志、提供应用于业务各个环节的消息提醒、纸质发票管理功能。

② 门诊管理

门急诊挂号/收费

★：支持门急诊挂号、收费、退费、日结等功能，能够对患者信息进行管理，并提供门诊相关统计分析报表。支持刷卡、微信、支付宝等多种支付方式。

门诊医生站

需支持门诊医生开展诊疗业务必备的基本功能，应包含医生站挂号、患者就诊列表、处方信息录入、单据列表、入院通知等功能，需能同病历系统无缝接入。

患者就诊列表：提供卡片、列表两种不同展现形式，医生可以根据自己的操作习惯选择对应展现形式。

处方录入：处方录入时能够引用维护的处方模板信息，支持将模板中处方信息全部引用或选择其中部分引用；能够查看并引用患者历史处方信息。

药品收藏：同时能够对常用的药品进行收藏，可在常用药品进行查看。

用法联动：门诊医生提交处方时，有联动项目需提示用法对应的联动项目及联动金额与数量。

入院通知：能够在门诊医生站便捷完成转住院操作，支持选择对应的入院科室及病区，同时能够查看剩余床位。

门诊护士站

需支持查询门诊医生开具的治疗项目，完成门诊皮试结果登记，注射、输液等诊疗行为的执行。

门诊医技申请单

需支持同医技系统对接，门诊医生站可以发起检查检验申请，能够在门诊医生站查询医技报告。

门诊日志

支持不同维度查询门诊日志，可按医生、科室不同维度查询所接诊的患者就诊详情。

③住院管理

出入院管理

支持入院登记、预交金管理、费用结算、出院召回、患者管理以及费用相关统计报表。入院登记时需支持新登记入院患者，也支持接收门诊发起的入院通知单。

★：入院登记：对住院病人办理入院手续。可通病人档案、诊号码、卡号等调入病人登记入院，也可通过身份证调入病人信息，支持医保刷卡功能，使用前必须维护好操作员使用的发票号码和缴款收据号码，可在系统选项中设置入院登记时是否分配床位和缴款等。病人管理当前医疗机构内已办理入院登记手续的病人，

包括已打出院证明的病人（备注信息标注为临床出院），开出院证明的病人不能再修改、转换、注销等，该处的功能包括病人档案修改、查看、注销、病人性质转换，病人账户查询等子功能。

住院医生站

支持住院医生开展诊疗业务必备的基本功能，应包含住院患者列表查询、住院医嘱下达、住院诊断开立、患者信息查询修改以及发起转科申请功能。

住院患者列表页需能够针对患者的重点信息给予特殊标识，特殊标识应包含护理等级标识、危重级别等，能够查看患者费用详情，应包含预缴金、床位费以及剩余金额等信息。

住院医嘱开立时应提供成套医嘱、用法联动、医嘱打印等功能。

支持同医技系统对接，住院医生站可以发起检查检验申请，能够在住院医生站查询医技报告。

住院护士站

协助住院医生开展临床诊疗相关业务，应包含患者入区登记、床位管理、医嘱校对、医嘱执行、病区领药、退药申请、单据打印、婴儿登记、费用管理、固定项目管理以及欠费管理功能。同时还应提供病区维护、床位管理等功能。医嘱执行时应支持多个患者医嘱批量执行；支持多种单据打印，如床头卡、瓶签、输液单、肌注卡、排药单、口服单以及治疗单等；患者因其他原因需要更换床位时需支持床位更换。

④ 药品管理

药库管理

支持药库人员管理药品入库、盘点、调价、出库、报溢等过程。包含药库基础数据维护、药品入库、药品退货、药品盘点、药品报损、药品报溢、药品出库、退库接收、药品请领、药品调拨、药品调价、科室领药、计划报警、库存台账以及

相关统计查询报表。需支持定期对药库中药品进行检测，针对超出库存量预警的药品，及时提醒业务人员，同时检测频率需灵活配置。需支持定期对药库中药品进行检测，针对超出设置的失效提醒日期的药品，及时提醒业务人员，同时检测频率、失效提醒日期需支持灵活配置。

药房管理

★：支持药房人员管理药品入库、盘点、调价、退库、报溢等过程。包含药库基础数据维护、药品入库、药品退货、药品盘点、药品报损、药品报溢、出库接收、药品退库、药品请领、药品调拨、药品调价、科室领药、发退药品、计划报警、库存台账以及相关统计查询报表。

库存限量设置：需支持定期对药房中药品进行检测，针对超出库存量预警的药品，及时提醒业务人员，同时检测频率需灵活配置。

库存失效设置：需支持定期对药房中药品进行检测，针对超出设置的失效提醒日期的药品，及时提醒业务人员，同时检测频率、失效提醒日期需支持灵活配置。

⑤物资设备管理

支持对医院内部物资（设备）的采购、库存、价格等进行管理，应包含基础数据维护、库存管理、调价管理、台账管理、台账管理、计划报警、统计查询功能。

⑥统计查询

★：需提供基层医疗信息系统业务开展相关统计分析报表，辅助管理者决策支持。主要包括：门诊业务相关查询报表、住院业务相关查询报表、药品相关查询报表、综合查询报表。

（3）区域电子病历

①基础管理

按照《电子病历应用管理规范（试行）》（2021版）要求，支持对病历参数、科室对照、机构权限、文档设置、模板统一管理、段落管理等基础数据进行维护。

②病历编辑器

须支撑病历模板的制作以及病历书写业务开展。

③门诊病历

门诊患者管理

需能够获取基层医疗信息系统中患者个人基本信息并自动带入病历系统中,提供门诊患者病历书写统计列表,包括科室、就诊时间、费别、初复诊、门诊医生、病历书写状态、上传状态、病历评分等信息。已书写完成的病历可以查看病历详情,未完成的病历可以进行病历书写。

病历书写

支持结构化门急诊电子病历的书写、打印功能,在病历录入过程中提供智能化输入,需包含病历模板切换、病历模板维护及引用、段落模板引用、既往病历查阅及复用、医技报告异常数据引用、常用医学符号引用、高频诊断引用、历史病史查看引用等。

病历模板引用:需支持维护个人、科室、全院不同权限的模板,支持查看并引用。

段落引用:病历录入过程中提供单个段落智能化输入,能够通过后台进行人工配置或者系统自动推荐,展示医生的常用段落模板,支持医生在书写病历过程中进行一键引用。

既往病历查询及复用:支持查看患者的历史病历信息并引用至本次病历中。

历史病史引用:支持历史病史的查看及引用,患者历史病史须包含诊断日期、诊断名称、诊断代码、主诉、现病史以及既往史等信息。

④ 住院病历

病历列表

提供住院病历书写统计列表,支持通过多种条件进行检索,支持查看病历书写详情。

病历书写

支持结构化住院电子病历的书写、打印功能,在病历录入过程中提供智能化输入,需包含病历打印、模板管理、病程管理、既往病历查阅及复用、病史信息查看及引用、医技异常数据查看及引用、医嘱信息调用、医学符号查看引用、病种模板推荐等。其中病历打印需支持续打、合并打印,满足多种打印需要。

病历日志

提供住院患者病历日志列表,支持查看住院患者病历操作日志记录。

⑤ 病案管理

病案首页管理:支持病案首页审核、借阅、国家卫统报表查询。

病案归档管理:支持病历自动归档、归档统计功能。

⑥ 病历统计

提供病历业务相关统计报表,需包含门诊病种统计、住院病种统计以及住院动态等报表。

(4) 基本公共卫生服务

①居民健康档案管理

依据《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》标准,以居民个人健康档案为基础、区域档案为中心,实现连续、全方位的健康档案动态管理。居民健康档案内容包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。系统提供健康档案查看、居民档案状态标识、居民健康状态跟踪、暂不管理等功能。

系统提供查询、新建、导出、打印等功能,并提供快捷功能,方便查看相关信息。

★:基层医疗卫生服务机构为辖区内常住居民,包括居住半年以上的户籍及非户籍居民建立的医疗卫生服务记录。健康档案管理服务是为健康档案管理提供的信息技术辅助管理应用支持。居民健康档案内容包括个人基本信息、健康体检、重

点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录等。业务服务功能包括：居民健康档案基本信息登记服务，居民健康档案的修改、更新、迁移、注销等。

个人健康档案

★：个人健康档案以人为核心，包括居民基本档案信息、诊疗信息、健康体检信息、预防接种信息、健康教育信息、老人保健信息、慢病管理信息、中医药管理信息等全生命周期所有信息化记录数据，将各业务系统信息进行页面融合交互展示，实现“以人为核心的智慧管理模式”。

基础档案

档案摘要：查看居民档案概况信息，包括居民基本信息、疾病史、已建专项、最近一次生理指标等。

档案封面：查看居民档案封面信息，包括居民基本信息及建档信息等，支持打印。

居民健康档案信息卡：查看居民基本信息，包括患病情况、过敏史、家庭基本情况等，支持打印。

个人档案：展示居民的个人健康档案，包括个人基本信息、既往史、家族史、登记信息等信息。可设置必填项目提示和逻辑性检查的功能。（在《国家基本公共卫生服务规范（2017版）》“居民健康档案个人基本信息”表单结构基础上进行数据采集。）支持打印。

档案标识

个人档案详情页面，对居民个人有标识提示信息，包括重点人群标识、家庭成员信息（如有）等，标识清晰明了，方便医生快速掌握居民重点信息。

重点人群标识：显示居民的重点人群标识，如老年人、高血压、糖尿病等，点击重点人群标识，以疾病视图形式查看对应的专项信息。

疾病标识新增：支持快捷新增疾病标识，跳转至对应的疾病专项，完成信息填写后同步更新至居民健康档案。

健康跟踪

健康行为：采集吸烟、饮酒、饮食、运动等健康行为信息，吸毒、献血史、输血史、冶游史等高危行为信息。健康行为表支持新增、修改、删除及打印。

主要问题：记录个人主要问题及处理结果等信息。个人档案问题表支持新增、修改、删除及打印。

体检记录：显示居民关联的全部体检记录信息，健康体检表支持新增、修改、删除及打印。

预防接种：显示受种者的预防接种信息，包括个人的基本信息、免疫程序、接种信息等。

诊疗记录

接诊记录：支持查看接诊记录，包括接诊日期，就诊者的主观资料，就诊者的客观资料，评估，检查检验结果、处置计划等。接诊记录表支持新增、修改、删除及打印。

会诊记录：支持查看会诊记录，包括会诊日期，会诊原因，会诊意见，会诊医生机构，会诊医生等。会诊记录表支持新增、修改、删除及打印。

双向转诊（转出）记录：支持查看双向转诊（转出）记录，包括转诊日期；双向转诊（转出）记录：初步印象记录，主要病史（转出原因）记录，主要既往史记录，治疗经过记录；转入单位信息；转诊医生信息；转诊医生联系电话；转诊机构名称等。双向转诊（转出）记录表支持新增、修改、删除及打印。

双向转诊（回转）记录：支持查看双向转诊（回转）记录，包括转诊日期；双向转诊（回转）记录：接诊单位信息，诊断结果信息，接诊医生信息，主要检查结果信息，治疗经过、下一步治疗方案及康复建议信息；转诊机构信息；转诊医生信息等。双向转诊（回转）记录表支持新增、修改、删除及打印。

健康教育

健康活动：显示居民对应的健康活动记录信息。

健康指导：显示居民对应的健康指导记录信息，健康指导信息支持新增、修改及删除。

中医药管理

支持为居民进行中医体质辨识评估，通过采集 33 项中医体质辨识问卷信息，系统自动生成该居民主要体质及倾向（基本）体质信息，医生可根据中医体质辨识结果，为居民提供中医保健指导，如情致调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等。在中医体质辨识问卷填写时，系统自动进行逻辑校验，以及判断定位漏选题目。支持查看中医体质辨识记录，中医体质辨识表支持新增、修改、删除及打印。

如该居民本年度已做过中医体质辨识，再次为其做评估时，系统会以弹窗形式智能提醒，进行二次确认，避免医生重复工作。

基本信息列表

展示居民个人档案基本信息列表，下钻可查看居民个人基本档案详情。通过管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、常住类型、管理状态、个人状态、是否重点人群、数据来源等众多组合条件查询个人档案，列表支持导出。

个人档案迁移

个人档案支持迁移、迁入、迁出、记录查询等操作。区域内转档迁出时有明确的系统内的迁入机构，迁入时有明确的原档案迁出机构且需要迁出机构进行审核。

个人档案迁移：

支持个人档案的迁入迁出功能。

新增迁入：支持新增居民个人档案迁入申请，填入姓名、性别、出生日期、居住地址、责任医生姓名、迁移原因、迁移日期、迁出机构、迁入机构等信息，提交

迁入申请单。

新增迁出：支持新增居民个人档案迁出申请，选择需要迁出的个人档案后，填入迁移原因、迁移人、迁移日期、迁出机构、迁入机构等信息，提交迁出申请单。

个人档案迁移列表：展示居民个人档案迁移列表，可查看居民个人基本档案详情。通过个人档案编号、姓名、迁移日期范围、迁出机构、迁入机构、迁移类型（迁入、迁出）、迁移状态（未审核、未处理、已处理、已取消、已拒绝）等众多组合条件查询个人档案，支持导出。

暂不管理

暂不管理提供对因为地址不详、户口挂空、拒访、查无此人、不治疗等原因引起的档案暂时不管理，包括暂不管理申请操作及暂不管理列表。

暂不管理操作

暂不管理申请：个人档案及专项档案均可被申请暂不管理，填写暂不管理申请单。

暂不管理恢复：暂不管理的档案可重新恢复管理。

暂不管理取消：取消暂不管理申请。

暂不管理处理：暂不管理处理人员接收到暂不管理申请后，给予确认或拒绝。

暂不管理列表

暂不管理提醒：通过个人信息、责任医生、信息来源、暂不管理原因组合查询行政区划内及管辖范围内暂不管理申请的档案。

暂不管理队列：通过个人信息、责任医生、申请日期、信息来源、暂不管理原因组合查询行政区划内及管辖范围内目前暂不管理的档案。

暂不管理历史：通过个人信息、责任医生、申请日期、信息来源、暂不管理原因组合查询行政区划内及管辖范围内有过暂不管理记录的档案。

死亡登记

若居民死亡，则需进行死亡登记，填写死亡日期和死亡原因等信息，对该档案进

行结案处理。

死亡登记：如居民已死亡，支持填写死亡登记证明及死亡调查信息。

死亡登记列表

已登记列表：展示已登记死亡列表，支持新增死亡登记，列表支持打印及导出。

待登记列表：展示死亡待登记列表，支持死亡登记，列表支持打印及导出。

②健康体检服务

通过体检设置与项目字典，设置相应的体检项目（一般体检、内科检查、外科检查、妇科检查、肝功能、HIV 等）及项目字典（字典编码、字典名称、项目值域等）。

功能导航包括个人基本信息、症状、一般状况、生活方式、脏器功能、查体、辅助检查、中医体质辨别、健康评价等。

健康体检管理

★：体检信息登记：体检信息登记及项目结果录入，主要包括：个人基本信息、症状、一般情况、老年人专项、生活方式、脏器功能、查体、辅助检查、中医体质辨识、现在主要健康问题、住院史、家庭病床史、主要用药情况、非免疫规划预防接种史，并根据体检结果自动生成健康评价。体检医生可根据体检结果选择本次体检印象及既往病史，进行健康指导以及危险因素控制。具有公共卫生体检终端数据导入，自动形成健康体检数据。能协助社区公卫服务人员对所在辖区居民进行《居民健康档案》的体检数据自动采集、问诊及中医体质辨识记录，同步形成电子档案、纸质档案、随访档案的建立；同时还有对高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、肺结核等慢性病和 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人的随访功能，贴合公卫医生对于档案建设的“真实性”、“规范性”、“完整性”、“建档率”、“随访率”、“漏访提醒”等管理模块需求。针对大规模体检，采用人员分流的检测方式，减少群众排队等候时间，数据收集系统内置“血压、尿生化、中医体

质辨识、问询、生化数据、影像数据采集”等系统软件功能模块，同时可采集血压、体重、体温等体检数据，扫码获取个人基本信息，检测数据无线自动上传，方便公共卫生工作人员和“家庭医生”对居民开展健康管理工作（提供系统软件主模块、系统软件分模块，系统软件分模块具体功能清单及产品功能截图佐证，需承诺：因国家基本公共卫生服务版本调整而导致的升级，提供免费升级服务。）

全部体检

通过组合条件查询体检列表信息，包括体检记录列表、体检项目列表、未体检档案列表。结果列表支持导出。

体检记录列表：支持查看体检记录列表信息，通过组合条件查询体检记录，包括行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、身份证号、联系电话、责任医生、体检分类（一般人群、慢病人群、孕产妇等人群属性标签）、体检机构等。列表支持导出。

体检项目新增快捷入口：支持体检项目新增，选择需要新增体检项目的个人档案后，填入健康体检表需要采集的信息，包括：个人基本信息、症状、一般状况、生活方式、脏器功能、查体、辅助检查、现存主要健康问题、住院治疗情况、用药情况、非免疫规划预防接种史、健康评价、健康指导等，完成健康项目列表的更新。

未体检档案列表：支持查看未体检档案列表信息，通过组合条件查询体检项目，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、身份证号、联系电话、是否重点人群等。列表支持点击“体检”操作按钮，下钻至居民个人档案界面为其填写健康体检表。列表支持导出。

③健康教育服务

健康教育是基层医疗卫生机构责任医生对辖区内常住居民提供健康教育服务。为辖区内青少年、妇女、老年人、残疾人、0-6岁儿童等重点人群开展一系列健康

教育活动；各级各类医疗卫生机构为居民提供健康教育资料、设置健康教育宣传栏、开展公众健康咨询工作、举办健康知识讲座、开展个体化健康教育等活动为居民普及健康知识，提高健康生活方式，提高辖区居民的健康素养。

健康教育

健教计划登记：支持健教计划登记，填入计划名称、计划内容、提供健康教育资料份数、设置健康教育宣传栏期数、开展公众健康咨询活动场次、举办健康知识讲座次数、制定年度、制定人、制定日期、制定机构等信息，完成健教计划的新增登记。

健教计划列表：支持查看健教计划列表，通过组合条件查询健教计划，包括健教计划名称、制定年度、制定人、制定日期、制定机构、执行机构等。列表支持导出。

健教活动列表：支持查看健教活动列表，通过组合条件查询健教活动，包括健教机构、活动主题、活动时间范围、活动地点、活动形式、填表人、填表时间范围等。列表支持导出。

个人健教列表：支持查看个人健教列表，通过组合条件查询个人健教，包括行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、身份证号、个人状态、健教日期等。列表支持下钻至个人档案界面查看健康教育详情。

知识库

积累存放各类专项相关的知识内容，供个人健教和群体健教中引入知识库内容。支持上传视频、图片等多种健康教育资料。

④预防接种服务

面向辖区内 0~6 岁儿童和其他重点人群，及时为辖区内所有居住满 3 个月的 0~6 岁儿童建立预防接种证和预防接种卡等儿童预防接种档案，并对辖区内的儿童预防接种卡进行核查和整理，查缺补漏，及时补种。

预防接种子模块可按照受种者编号、姓名、年龄范围、行政区划/医疗机构、是否建档进行查询个人预防接种档案。

预防接种（受种者基本信息）

从健康档案中筛选出对象（通过读卡或输入编号、地址、姓名等方式查询定位管理对象），获取个人基本信息（如没有相关信息，则进行建档登记）。建档登记信息包括姓名、性别、接种疫苗、接种禁忌、受种者编号、户籍地址、现居地址、父亲、母亲姓名、建档医生、建档日期等。系统同时支持引入儿保专项，避免信息的重复录入。

接种记录支持查看受种者历次接种记录信息，包括接种日期、接种医生等信息。

副反应记录支持查看受种者历次副反应记录、接种禁忌信息。

⑤ 0-6 岁儿童健康管理

0-6 岁儿童健康管理用于基层医疗卫生服务机构对辖区内常住的 0-6 岁儿童提供健康管理服务，规范儿童保健工作的信息内容。

新生儿家庭访视

新生儿访视登记

新生儿访视记录生成：通过采集儿童保健卡的信息，生成新生儿访视记录，采集信息包括：儿童基本信息、父母信息、个人史、喂养情况、基本身体状况、体格检查情况、诊断信息及管理、其他信息等，基本信息可从个人档案中引入。如该儿童未建立个人档案，则完成新生儿访视记录后，系统会生成一份简档，推送至个人档案列表，由医生对其档案进行补充修订。

结案：为已满 7 岁儿童、或失访、死亡等对象办理结案；支持结案撤销。

修改删除：未结案对象可进行信息修改或删除，已结案的管理对象，不能再进行修改删除。

打印体检日期：支持打印健康随访预约日期表给居民，家长可根据儿童不同月龄

随访日期，提早安排行程。

暂不管理申请：支持填写暂不管理申请单。

新生儿访视列表

支持查看新生儿访视列表，通过组合条件查询新生儿访视记录，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、保健册号、儿童姓名、性别、身份证号、出生日期范围、出生孕周范围、出生体重范围、母亲姓名、父亲姓名、联系电话、结案状态、数据来源等。列表支持下钻至儿童个人档案界面查看新生儿访视详情。列表支持新增及导出。

儿童健康管理

1-8 月龄健康检查记录

以儿童个人档案为中心，展示该儿童 1-8 月龄健康检查记录列表。

新增：支持新增该儿童满月龄、3 月龄、6 月龄、8 月龄健康检查记录。

发育曲线图：根据新生儿访视及健康体检中历次记录的身高、体重信息，展示婴幼儿年龄体重评价图、年龄身高评价图、身高体重评价图，并支持打印图形。

儿童中医药健康管理服务记录表打印：以儿童档案为中心，支持打印该儿童 6-18 月龄儿童中医药健康管理服务记录表，表单包括具体随访日期及下次随访日期，家长可根据表单提供的随访日期，提早安排行程。

12-30 月龄健康检查记录

以儿童个人档案为中心，展示该儿童 12-30 月龄健康检查记录列表。

新增：支持新增该儿童 12 月龄、18 月龄、24 月龄、30 月龄健康检查记录。

发育曲线图：根据新生儿访视及健康体检中历次记录的身高、体重信息，展示婴幼儿年龄体重评价图、年龄身高评价图、身高体重评价图，并支持打印图形。

儿童中医药健康管理服务记录表打印：以儿童档案为中心，支持打印该儿童 6-18 月龄，24-36 月龄儿童中医药健康管理服务记录表，表单包括具体随访日期及

下次随访日期，家长可根据表单提供的随访日期，提早安排行程。

3-6 岁健康检查记录

以儿童个人档案为中心，展示该儿童 3-6 岁健康检查记录列表。

新增：支持新增该儿童 3 岁、4 岁、5 岁、6 岁健康检查记录。

发育曲线图：根据新生儿访视及健康体检中历次记录的身高、体重信息，展示婴幼儿年龄体重评价图、年龄身高评价图、身高体重评价图，并支持打印图形。

儿童中医药健康管理服务记录表打印：以儿童档案为中心，支持打印该儿童 24-36 月龄儿童中医药健康管理服务记录表，表单包括具体随访日期及下次随访日期，家长可根据表单提供的随访日期，提早安排行程。

健康检查记录列表

支持查看 0~6 岁儿童健康检查记录列表，通过组合条件查询儿童健康检查记录，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、保健册号、儿童姓名、性别、出生日期范围、检查月龄、随访日期、母亲姓名、父亲姓名、联系电话、随访医生、结案状态、数据来源等。列表支持下钻至儿童个人档案界面查看健康检查记录详情。列表支持导出。

⑥孕产妇健康管理

用于基层医疗卫生机构对辖区内常住的孕产妇提供健康管理服务。服务内容包括整个孕期的产前检查，健康教育和指导，以及产后访视和 42 天健康检查等。

通过规范孕产妇保健工作内容、改进数据采集、存储、传递的方式，使各级各类医疗保健机构对孕产妇的相关医疗卫生服务信息及时汇总、更新纳入到孕产妇健康档案中，确保健康档案动态管理，档案数据完整，实现孕产妇保健信息管理的规范化、标准化、电子化和区域化。

孕期健康管理

首次产前检查信息登记（孕卡建册）

通过采集孕产妇保健卡的信息，建立孕产妇首次产前检查记录，采集信息包括：孕产妇基本信息、家族史、个人史、孕史、体格检查、妇科检查、辅助检查、诊断信息、转诊情况、其他信息等，基本信息可从个人档案中引入。

修改删除：未结案对象可进行信息修改或删除，已结案的管理对象，不能再进行修改删除。

打印：支持打印第1次产前检查服务记录表给孕产妇，孕产妇可根据下次随访日期，提早安排行程。

暂不管理申请：支持填写暂不管理申请单。

结案：孕产阶段结束后，对本次怀孕周期结案操作。

首次产前检查列表

支持查看首次产前检查列表，通过组合条件查询首次产前检查记录，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、保健册号、孕妇年龄范围、身份证号、联系电话、填表日期范围、预产期范围、管理状态、随访医生、数据来源等。列表支持下钻至孕产妇个人档案界面查看首次产前检查详情。列表支持新增及导出。

系统提供孕产妇五色评估标志，根据不同风险等级设定不同颜色标识。

孕史显示孕产妇孕史记录信息，支持打印、导出孕史记录列表，并可新增孕史信息。

产前随访服务

产前随访信息登记

根据孕产妇孕中期、孕晚期不同随访周期要求，填写产前随访服务记录表。采集信息包括基本信息、产科检查信息，系统自动生成下次随访日期。

产前随访列表

支持查看孕产妇产前随访列表，通过组合条件查询产前随访记录，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、保健册号、姓名、孕妇年龄范围、身份证号、联系电话、

随访日期范围、预产期范围、管理状态、随访医生、下次随访日期范围、结案状态、数据来源等。列表支持下钻至孕产妇个人档案界面查看历次产前随访记录详情。列表支持导出。

产后访视

产后访视信息登记

采集产后访视产妇表，包括：随访日期、产妇基本信息、妇科检查、其他异常、其他信息等。

产后访视列表

支持查看产后访视列表信息，通过组合条件查询产后访视记录，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、保健册号、姓名、孕妇年龄范围、身份证号、联系电话、随访日期范围、分娩日期范围、随访医生、访视类别、结案状态、数据来源等。列表支持下钻至孕产妇个人档案界面查看产后访视详情。列表支持导出。

产后 42 天健康检查

在孕产妇个人档案界面，支持填写产后 42 天健康检查记录表，包括随访日期、孕产妇基本信息、母亲情况（一般健康情况如面色，精神等；一般心理状况；血压测量值）、妇科检查（乳房、恶露、子宫、伤口）、其他异常信息及健康指导，结案或转诊处理。表单支持修改、删除及打印。

⑦老年人健康管理

基层医疗卫生服务机构为辖区内常住的 65 岁及以上老年人每年提供 1 次健康管理服务，主要包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。

老年人基本信息管理

老年人基本信息列表

年龄为 65 岁及以上的个人档案将自动生成老年专项，支持查看老年人基本信息列表，通过组合条件查询老年人基本信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、

个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、个人状态、是否体检、是否重点人群、是否签约、录入日期范围、建档日期范围等。列表支持老年人个人档案界面查看个人基本信息。列表支持导出。

老年人风险评估

自理能力评估

在老年人个人档案界面，支持新增老年人自理能力评估表，通过填写自评表，系统自动计算出总得分及对应评估结果。评估表支持修改、删除及打印。

简易智力状态检查表

支持在老年人个人档案界面查看简易智力状态检查表记录信息，简易智力状态检查表支持新增、修改、删除及打印。

老年抑郁量表

支持在老年人个人档案界面查看老年抑郁量表记录信息，老年抑郁量表支持新增、修改、删除及打印。

老年人体检管理

显示老年人关联的全部体检记录，并可为该老年人新增体检信息。健康体检表支持修改、删除及打印。

体检记录列表

支持查看老年人体检记录列表，通过组合条件查询老年人体检记录信息，包括行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、体检日期范围、体检医生、体检机构、体检分类等。列表支持下钻至老年人个人档案界面查看体检记录详情。列表支持新增及导出。

未体检列表

支持查看老年人未体检列表，通过组合条件查询未体检老年人信息，包括管理范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、建档日

期范围、身份证号、联系电话、是否重点人群、未体检日期范围等。列表支持点击“体检”操作按钮，老年人个人档案界面为其填写健康体检记录表。未体检列表支持导出。

★：老年人档案管理提供 65 岁以上的老年人建立专项健康管理档案；支持老年人专项健康档案的建立、修改与结案功能；老年人专项健康档案在居民健康档案基础信息的基础上加以扩充，主要包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查等信息。（提供功能产品截图）

⑧高血压患者健康管理

高血压患者健康管理服务是基层医疗卫生服务机构对辖区内 35 岁及以上常住居民中原发性高血压患者实施的健康管理。基层医疗卫生机构对高血压患者进行病情评估和危险因素分析，实施随访管理。

★：提供高血压患者健康管理，包含高血压首诊测压、高血压高压管理、高血压疑似核实、高血压高危随访、高血压档案管理、高血压随访记录、高血压终止管理、高血压年度评估、高血压随访质控、高血压质控查询等功能。

高血压患者基本信息管理

专项登记

专项档案登记：采集基本信息、血压值、确诊日期、建档日期及建档医生等。专项档案支持修改、删除及打印。

专项档案建立入口：

高血压基本信息列表：通过“新增”操作按钮，选择需要建立高血压专项档案的个人档案后，进入个人档案高血压患者专项档案填写界面。

在个人档案界面，通过疾病标识新增操作按钮，进入个人档案高血压患者专项档案填写界面。

高血压基本信息列表

支持查看高血压基本信息列表，通过组合条件查询高血压患者基本信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身

身份证号、联系电话、责任医生、高血压建档日期范围、管理状态、个人状态、是否签约、有无随访、数据来源等。列表支持点击“随访”操作按钮，高血压患者个人档案界面为其填写高血压患者随访记录表。列表支持新增及导出。

高血压患者随访管理

随访登记

高血压患者随访服务记录表录入，采集信息包括基本信息、症状、体征、生活方式指导、辅助检查、服药依从性、药物不良反应、此次随访分类、用药情况、是否转诊等。

引入最近一次随访：新增随访信息时，可引入最近一次随访中的相关信息。

引入最近一次体检：新增随访信息时，可引入最近一次体检中的相关信息。

曲线图：根据随访中历次记录的身高、体重、血压等信息，展示 BMI 曲线、高血压曲线图，并支持打印图形。

随访记录列表

支持查看高血压患者随访记录列表，通过组合条件查询高血压患者随访信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、随访方式、此次随访分类、是否转诊、随访医生、是否最近一次随访、是否已过期随访、是否签约、数据来源等。列表高血压患者个人档案界面查看随访记录详情。列表支持导出。

高血压患者体检管理

显示高血压患者关联的全部体检记录，并可为该患者新增体检信息。健康体检表支持修改、删除及打印。

体检记录列表

支持查看高血压患者体检记录列表，通过组合条件查询高血压患者体检记录信息，包括行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证

号、联系电话、体检日期范围、体检医生、体检机构、体检分类等。列表支持高血压患者个人档案界面查看体检记录详情。列表支持新增及导出。

未体检列表

支持查看高血压患者未体检列表，通过组合条件查询未体检高血压患者信息，包括管理范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、建档日期范围、身份证号、联系电话、是否重点人群、未体检日期范围等。列表支持点击“体检”操作按钮，高血压患者个人档案界面为其填写健康体检记录表。未体检列表支持导出。

⑨2 型糖尿病患者健康管理

2 型糖尿病患者健康管理服务是基层医疗卫生服务机构对辖区内 35 岁及以上常住居民中 2 型糖尿病患者实施的健康管理。基层医疗卫生机构对糖尿病患者和高危人群进行日常随访和动态管理。

★：提供 2 型糖尿病患者健康管理，包含糖尿病高危管理、糖尿病疑似核实、糖尿病档案管理、糖尿病随访查询、糖尿病高危评估、糖尿病高危随访、糖尿病随访随访记录、糖尿病随访终止管理、糖尿病随访年度评估、糖尿病随访随访质控、糖尿病随访质控查询等功能。

糖尿病患者基本信息管理

专项登记

专项档案登记：采集基本信息、空腹血糖值、确诊日期、建档日期及建档医生等。

专项档案支持修改、删除及打印。

专项档案建立入口：

糖尿病基本信息列表：通过“新增”操作按钮，选择需要建立糖尿病专项档案的个人档案后，进入个人档案糖尿病患者专项档案填写界面。

在个人档案界面，通过疾病标识新增操作按钮，进入个人档案糖尿病患者专项档

案填写界面。

糖尿病基本信息列表

支持查看糖尿病基本信息列表，通过组合条件查询糖尿病患者基本信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、责任医生、糖尿病建档日期范围、管理状态、个人状态、是否签约、有无随访、数据来源等。列表支持点击“随访”操作按钮，糖尿病患者个人档案界面为其填写糖尿病患者随访记录表。列表支持新增及导出。

糖尿病患者随访管理

随访登记

2 型糖尿病患者随访服务记录表录入，采集信息包括基本信息、症状、体征、生活方式指导、辅助检查、服药依从性、药物不良反应、低血糖反应、此次随访分类、用药情况、是否转诊等。

引入最近一次随访：新增随访信息时，可引入最近一次随访中的相关信息。

引入最近一次体检：新增随访信息时，可引入最近一次体检中的相关信息。

曲线图：根据随访中历次记录的信息，展示糖化血红蛋白曲线图、血糖曲线图、糖尿病血压曲线图、糖尿病 BMI 曲线图，并支持打印图形。

随访记录列表

支持查看糖尿病患者随访记录列表，通过组合条件查询糖尿病患者随访信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、随访方式、此次随访分类、是否转诊、随访医生、是否最近一次随访、是否已过期随访、是否签约、数据来源等。列表支持糖尿病患者个人档案界面查看随访记录详情。列表支持导出。

糖尿病患者体检管理

显示糖尿病患者关联的全部体检记录，并可为该患者新增体检信息。健康体检表

支持修改、删除及打印。

体检记录列表

支持查看糖尿病患者体检记录列表,通过组合条件查询糖尿病患者体检记录信息,包括行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、体检日期范围、体检医生、体检机构、体检分类等。列表支持糖尿病患者个人档案界面查看体检记录详情。列表支持新增及导出。

未体检列表

支持查看糖尿病患者未体检列表,通过组合条件查询未体检糖尿病患者信息,包括管理范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、建档日期范围、身份证号、联系电话、是否重点人群、未体检日期范围等。列表支持点击“体检”操作按钮,糖尿病患者个人档案界面为其填写健康体检记录表。未体检列表支持导出。

⑩严重精神障碍患者管理

严重精神障碍患者管理是基层医疗卫生服务机构对辖区内常住居民中诊断明确、在家居住的六类严重精神障碍患者进行信息登记、社区康复治疗、随访、报表统计等管理服务。严重精神障碍患者管理便于社区严重精神障碍防治工作的开展,产生精神卫生相关卫生统计报表,为卫生行政部门提供决策依据。

严重精神障碍患者基本信息管理

专项登记

专项档案登记:基本信息、监护人信息、就业情况、知情同意、初次发病情况、既往主要症状、既往关锁情况、既往治疗情况、目前诊断情况、最近一次治疗效果、危险行为、经济状况、专科医生意见等。基本信息可从个人档案中引入。专项档案支持修改、删除及打印。

专项档案建立入口:

严重精神障碍患者基本信息列表：通过“新增”操作按钮，选择需要建立严重精神障碍专项档案的个人档案后，进入个人档案严重精神障碍患者专项档案填写界面。

在个人档案界面，通过疾病标识新增操作按钮，进入个人档案严重精神障碍患者专项档案填写界面。

严重精神障碍患者基本信息列表

支持查看严重精神障碍患者基本信息列表，通过组合条件查询严重精神障碍患者基本信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、监护人姓名、监护人电话、是否六大类、疾病类型、知情同意、管理状态、个人状态、责任医生、数据来源等。列表支持点击“随访”操作按钮，严重精神障碍患者个人档案界面为其填写严重精神障碍患者随访服务记录表。列表支持新增及导出。

严重精神障碍患者随访管理

随访登记

严重精神障碍患者随访服务记录表录入，采集信息包括随访日期、本次随访形式、危险性评估、目前症状、自知力、睡眠情况、饮食情况、社会功能情况、危险行为、两次随访期间关锁情况、两次随访期间住院情况、实验室检查、用药依从性、药物不良反应、治疗效果、是否转诊、用药情况、用药指导、康复措施、本次随访分类、下次随访日期等。

引入最近一次随访：新增随访信息时，可引入最近一次随访中的相关信息。

随访记录列表

支持查看严重精神障碍患者随访记录列表，通过组合条件查询严重精神障碍患者随访信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、监护人姓名、监护人电话、随访日期范围、本次随访

形式、危险性评估、是否转诊、随访分类、随访医生、是否最近一次随访、数据来源等。列表支持严重精神障碍患者个人档案界面查看随访记录详情。列表支持导出。

严重精神障碍患者体检管理

显示严重精神障碍患者关联的全部体检记录，并可为该患者新增体检信息。健康体检表支持修改、删除及打印。

体检记录列表

支持查看严重精神障碍患者体检记录列表，通过组合条件查询严重精神障碍患者体检记录信息，包括行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、体检日期范围、体检医生、体检机构、体检分类等。列表支持严重精神障碍患者个人档案界面查看体检记录详情。列表支持新增及导出。

未体检列表

支持查看严重精神障碍患者未体检列表，通过组合条件查询未体检严重精神障碍患者信息，包括管理范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、建档日期范围、身份证号、联系电话、是否重点人群、未体检日期范围等。列表支持点击“体检”操作按钮，严重精神障碍患者个人档案界面为其填写健康体检记录表。未体检列表支持导出。

⑪ 肺结核患者健康管理

肺结核患者健康管理服务是基层医疗卫生服务机构对辖区内确诊的常住肺结核患者实施的健康管理。

肺结核患者第一次入户随访管理

专项登记（第一次入户随访）

★：专项档案登记：采集随访日期、随访方式、患者类型、痰菌情况、耐药情况、

症状及体征、用药、督导人员选择、家庭居住环境评估、生活方式评估、健康教育及培训、下次随访时间等。专项档案支持修改、删除及打印。

专项档案建立入口：

肺结核首次随访列表：通过“新增”操作按钮，选择需要建立肺结核专项档案的个人档案后，进入个人档案肺结核首次随访表填写界面。

在个人档案界面，通过疾病标识新增操作按钮，进入个人档案肺结核首次随访表填写界面。

结案：结核病史阶段结束后，对本次病史周期结案操作。

首次随访列表

支持查看结核病患者首次随访列表，通过组合条件查询特定患者首次随访信息，包括管理范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、首次随访日期范围、管理状态、患者类型、督导人员、痰菌情况、耐药情况、个人状态、数据来源等。列表支持点击“随访”操作按钮，结核病患者个人档案界面为其填写结核病随访记录表。首次随访列表支持新增及导出。

肺结核患者随访管理

随访登记

结核病患者随访服务记录表录入，采集信息包括随访时间、治疗月序、督导人员、随访方式、症状及体征、生活方式指导、用药、药物不良反应、并发症或合并症、转诊信息、处理意见、下次随访时间、停止治疗及原因、全程管理情况等。

引入最近一次随访：新增随访信息时，可引入最近一次随访中的相关信息。

随访记录列表

支持查看肺结核患者随访记录列表，通过组合条件查询肺结核患者随访信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、

身份证号、联系电话、随访方式、数据来源等。列表支持肺结核患者个人档案界面查看随访记录详情。列表支持导出。

⑫中医药健康管理

中医药健康管理模块是基层医疗卫生机构对辖区内 65 岁及以上常住居民每年提供 1 次中医药健康管理服务，包括中医体质辨识和中医药保健指导；对辖区内常住的 0-36 个月儿童进行儿童中医药健康指导，包括向家长提供儿童中医饮食调养，起居活动指导，摩腹和捏脊方法，穴位按揉方法等。通过中医药健康管理服务有效改善辖区内居民的健康状况，更好地发挥中医药在维护健康、预防疾病中的作用。

老年人中医药健康管理服务

中医体质辨识评估

支持为老年人提供中医体质辨识评估，通过采集 33 项中医体质辨识问卷信息，系统自动生成该居民主要体质及倾向(基本)体质信息。在体质辨识问卷填写时，系统自动进行逻辑校验，以及判断定位漏选题目。支持查看中医体质辨识记录，中医体质辨识表支持新增、修改、删除及打印。

如该居民本年度已做过中医体质辨识，再次为其做评估时，系统会以弹窗形式智能提醒，进行二次确认，避免医生重复工作。

中医药保健指导

医生可根据居民的体质特点从情致调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健和穴位保健等方面进行相应的中医药保健指导。

已评估人员列表

支持查看已评估人员列表，通过组合条件查询已评估人员信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、评估医生、填表日期范围、主要体质、倾向(基本)体质、管理状态

等。列表支持已评估人员个人档案界面查看其中医体质辨识详情。列表支持新增及导出。

评估记录列表

支持查看评估记录列表，通过组合条件查询评估记录信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、评估医生、评估日期范围、主要体质、倾向（基本）体质、管理状态、年度等。列表支持居民个人档案界面查看其中医体质辨识详情。列表支持新增及导出。

未评估人员列表

支持查看未评估人员列表，通过组合条件查询未评估人员信息，包括管辖范围、行政区划/医疗机构、个人档案编号、姓名、性别、出生日期范围、身份证号、联系电话、管理状态、未评估年度等。列表支持居民个人档案界面填写中医体质辨识信息。列表支持新增及导出。

0-36 个月儿童中医药健康管理服务

中医药健康指导

在儿童 6、12、18、24、30、36 月龄时对儿童家长进行儿童中医药健康指导，内容包括向家长提供儿童中医饮食调养、起居活动指导，并传授摩腹和捏脊方法。

服务登记

按照不同月龄儿童接收的中医药健康管理服务，记录相关信息，合并的儿童健康检查记录表中，并纳入儿童健康档案。

⑬传染病及突发公共卫生事件报告和处理

传染病及突发公共卫生事件报告和处理是为社区卫生服务中心（乡镇卫生院）和社区卫生服务站（村卫生室）等基层医疗卫生机构对传染病及突发公共卫生事件提供登记、上报和管理功能。

信息登记

登记：提供传染病及突发公共卫生事件的填写登记功能。登记内容包括基本信息、病员统计、事件控制情况等。突发公卫事件表支持新增、修改、删除及打印。

报告：所登记的传染病及突发公共卫生事件报送到上级有关部门的功能。

补报：对漏报的传染病病例和突发公共卫生事件，应及时进行补报。

订正：发现报告错误，或报告病例转归或诊断情况发生变化时，填写与发送订正报告。

突发公卫事件列表

支持查看突发公卫事件列表，通过组合条件查询突发公卫事件信息，包括信息类别、报告类别、报告地区、事件发生地点、报告人、报告时间、报告机构等。列表支持下钻查看具体突发公卫事件表信息。列表支持新增及导出。

⑭ 卫生计生监督协管

卫生计生监督协管是基层医疗卫生机构协助卫生监督部门开展食品安全监督、职业病防治、饮用水安全监督、学校卫生监督以及非法行医、非法采供血监督活动。

基层医疗卫生机构主要任务包括食品安全信息报告、职业病防治健康指导、饮用水安全巡查、学校卫生巡访、非法行医、非法采供血信息报告。

事件报告登记表

提供事件报告登记功能，登记内容包括巡查地点、巡查时间、地点联系人、报告信息类别、信息内容描述、报告时间、报告人等，可引入巡查记录，有必填项目提示功能。事件报告登记表支持新增、修改、删除及打印。

报告登记列表

支持查看报告登记列表，通过组合条件查询事件报告信息，包括医疗机构、巡查地点、发现时间、信息类型、报告时间、报告人、录入人、录入时间等。列表支持下钻查看具体事件报告登记表。列表支持新增及导出。

⑮两卡制管理

建立基本公共卫生服务项目“两卡制”管理系统，实现给居民的每一次服务均通过人脸识别来保证真实性，通过医生在全省范围内的唯一身份编码作为虚拟绩效卡记录医务人员的工作量，保障绩效考核公平公正，提高基层医务人员的工作积极性以及居民满意度。通过“两卡制”项目的落实，逐步实现基本公共卫生服务项目“三个转变”，即管理模式由“粗放型”向“精细型”转变、资金分配标准由“按常住人口数量”向“按实际工作量”转变、考核工作方式由“现场人工检查为主”向“系统数据分析为主”转变。

基层公卫两卡制 PC 端应用

需实现基层医生使用公卫系统为居民提供基本公共卫生服务过程中提供人脸图像采集、识别和比对功能，实现没有记录“人脸”信息的居民只需要刷一次身份证和刷一次人脸就可以进行相关业务操作，已记录“人脸”信息的居民，只需要刷一次人脸即可进行相关业务操作，同时支持同一个居民在同一个机构内一天内多项业务服务只需要人脸识别校验一次。

需建立医生虚拟绩效卡。通过省县网络下载调用区域所有基层医务人员身份识别编码，以此唯一编码作为个人的绩效卡，并实现医生个人绩效卡与基层公卫系统、家庭医生移动端应用登陆账号一一对应和关联，作为医生工作量记录标识，服务项目完成人脸识别校验成功后保存工作量。同时允许校验失败工作量保存，对校验失败结果标记存储，支持明细查询，控制在合理范围，保障医生正常业务开展和合理利益。

需实现在家庭医生签约服务、健康档案管理、健康教育服务、老年保健管理、高血压患者管理、糖尿病患者管理、重性精神病管理、肺结核管理、中医健康管理、卫生计生监督协管、突发公共卫生事件报告和处理中提供人脸识别、人脸信息保存、工作量登记等功能。

工作量统计及工分换算。按照安徽省基本公共卫生服务项目标准化参考工分值要求依据机构及个人统计工作量，并换算成工分。增加医生工作量工分统计表，汇总医生 PC 端和移动端的工作量、换算工分以及工作明细查看。

基层公卫两卡制移动端应用

通过基层公卫两卡制移动端开展业务时，选择居民实名认证方式，实名认证后，家庭医生开展建档、高血压随访、糖尿病随访签约管理、中医体质辨识等业务，并计入家庭医生考核工作量。

⑩皖事通调阅

居民健康档案与皖事通 app 系统对接，支持居民通过皖事通 app 查看居民健康档案及诊疗信息。

（5）家医签约服务

①基础管理

基础服务根据卫生机构下发的标准基础公共卫生服务项目进行设置，管理员在此模块可进行基础服务的新增、修改、查询、停用、启用功能，支持对基础服务进行统一维护，包括基础服务明细，价格，编码等基础信息管理。上级机构统一维护基础服务后，下级机构可直接下载使用，不需要再次维护。

家医管理

机构管理。支持机构统计基准数据的配置维护，支持医疗机构的医保编码对照。

团队管理。团队管理模块以家庭医生为核心，支持基于注册的家医信息，组建家庭医生团队。管理员在此模块可对家庭医生团队进行管理和维护，维护团队基本信息和团队成员信息，同时支持同一社区中心跨社区站组建团队。

服务包管理

基于维护的基础服务组建服务包，可标记服务包类型（基础包、自建包或个性包）以及适用人群，支持服务包的修改、审核、停用等操作。上级机构统一维护服务

包之后，下级机构可直接下载使用，不需要再次维护。

协议管理

支持对居民签约的电子协议模板进行管理，方便签约过程对协议模板调用，提高签约效率。上级机构统一维护协议模板之后，下级机构可直接下载使用，不需要再次维护。

②家医首页

提供家医首页，便于家庭医生及时掌握家医工作的开展情况，支持查看当前家医的签约记录数、累计签约数、未履约记录数、未生效数、已生效数等统计数据以及还未履约的服务项目列表，同时提供服务项目履约、解约、签约文书打印等功能。

③居民管理

未签约居民

获取未签约居民信息

支持同基本公卫系统对接，获取区域内已建档未签约居民信息，查看未签约居民列表。

居民签约。提供姓名、身份证号、人群属性等多种查询条件进行居民信息检索，为居民进行签约，支持获取基本公卫系统中居民的人群属性，根据居民的人群属性（如老年人、孕产妇、儿童、高血压等）自动匹配对应人群的签约服务包，并支持点单式签约模式，简化签约流程，并可对签约文书进行打印。

已签约居民。对已签约居民进行管理，通过姓名、手机号、身份证号等信息可快速检索到签约居民相关信息，可进行续签、解约等操作，查看居民履约情况，同时可将居民迁移到其他家医团队，支持批量迁移操作。

④签约记录。通过姓名、身份证号等可检索辖区内已签约居民签约记录信息，此模块可对已签约居民进行续约、解约、协议查看以及协议打印等操作，同时支持在原有签约记录上签定补充协议。

⑤缴费记录

家庭医生为居民签订有偿服务包后，通过与 HIS 系统对接，将签约缴费信息推送至 HIS 系统，并获取缴费状态。

支持通过姓名、身份证号、签约医生、缴费状态等快速检索辖区内有偿签约服务居民的缴费记录列表，包括缴费日期、缴费状态、收款金额、协议状态、签约医生等。

⑥履约计划

履约查询：按照国家（省）签约服务要求，签约完成后系统自动根据服务包内容生成履约计划，包括服务项目、次数、生效时间、服务需完成时间点、责任人等。

支持罗列家庭医生所有待执行的服务任务列表，方便家庭医生对自己的签约任务整体把控与管理。同时可对辖区内某机构或某医生签约居民的履约情况进行查询，支持根据姓名、机构、流水号、签约状态以及履约状态进行检索。

⑦ 服务记录

提供家庭医生为签约居民提供的所有服务记录列表，记录患者签约后的就医流程，对履约情况进行跟踪，同时支持查看服务详情。

⑧ 统计管理

机构统计管理

项目明细统计。提供对签约服务包内的各个服务单项的签约数量情况统计报表。

签约费用统计。提供各个签约包签约产生的费用统计报表。

重点人群签约统计。支持根据使用者角色不同，对不同范围内重点人群的签约覆盖情况进行统计，帮助管理者有效掌握重点人群签约覆盖率。

签约情况统计。提供居民签约情况的综合统计报表，包括签约家庭户数、人数、新签约户数、人数，各类签约包的统计数据，支持结果导出与打印。

（6）移动家庭医生

借助“互联网+”与医疗健康的融合，突破时空限制，利用数字化应用赋能基层医生，实现医生上门、服务入户的院外延伸，将社区公共卫生院内服务、院外服务快速形成闭环，为居民提供主动、连续、综合的一站式家庭医生服务、健康档案管理、慢病管理等基础服务，并通过技术支撑、绩效考核等手段提升家庭医生队伍的服务能力和水平。

①首页

移动家庭医生工作站首页呈现常用业务模块和日常工作智能提醒功能。医生通过业务模块便捷入口快速开展对应业务，所有待办任务统一归集，智能提醒医生。

业务功能

首页展示医生常用业务功能模块，如个人档案、老年人、高血压、糖尿病等，并提供便捷入口，便于医生快速进入业务界面为居民提供服务。

任务提醒

首页提供待办任务智能提醒并提供任务便捷入口，包括建档提醒、专项建档提醒、慢病随访提醒、续约提醒等内容。

建档提醒

汇集所有建档任务，智能提醒医生。可查看建档提醒列表，支持按照姓名、身份证号等进行搜索。医生可在移动端为居民建立完整的电子健康档案，档案信息同步更新至基本公卫系统中。

专项建档提醒

汇集所有专项建档任务，智能提醒医生。可查看专项建档提醒列表，支持按照姓名、身份证号等进行搜索。医生在移动端完善建档管理情况，完成居民专项档案

建立，专项档案信息同步更新至基本公卫系统中。

慢病随访提醒

汇集所有慢病随访任务，智能提醒医生。可查看慢病随访提醒列表，根据任务状态展示近期及过期随访任务，支持按照姓名、身份证号等进行搜索。医生选择慢病随访任务录入信息时，支持引入最近一次随访、最近一次体检或体征信息。医生在移动端完成慢病随访任务后，随访记录同步更新至基本公卫系统中。

续约提醒

与家庭医生签约系统对接后，汇集所有家医续约任务，智能提醒医生及时为居民提供续约服务。可查看续约提醒列表，支持按照姓名、身份证号等进行搜索。医生在移动端完成续约操作后，居民续约状态及信息同步更新至家医签约系统中。

②健康档案

健康档案是基层医疗卫生信息系统的基础资料，是家庭医生进行医疗、卫生保健服务的重要依据和客观真实记录，准确、丰富的档案信息便于医生做出更准确的诊断、治疗。医生可通过健康档案模块，浏览居民主页信息，查看居民健康档案详情。

居民主页

居民主页主要分为居民基本信息展示区，体征信息展示区及项目模块展示区。医生可通过基本信息及体征数据展示，对居民基本信息及健康状况初步了解；通过项目模块展示区域为居民提供相关公卫项目服务。

基本信息展示居民姓名、性别、年龄、身份证号、居住地址等基本信息。

签约标识支持与家庭医生签约系统对接，获取居民签约标识信息。如居民未签约，医生可通过未签约标识为居民提供签约服务；如居民已签约，医生可通过已签约标识查看居民具体签约信息。

体征数据展示居民血压、餐后/空腹血糖、身高、体重值，异常体征智能提醒。

慢病专项建档入口提供慢病专项建档便捷入口，医生可在居民主页通过便捷入口为其建立慢病专项。

服务项目以居民为核心，展示相关公卫服务项目，并提供便捷查询、登记入口，免去医生进入不同的功能模块查找居民从而提供公卫服务，提高医生工作效率。

个人档案支持查看居民个人档案详情。支持对居民个人档案信息进行修改，修改后同步更新至基本公卫系统中。

③健康体检

移动家庭医生支持健康体检服务，可帮助家庭医生实现不在社区卫生服务中心也能为居民提供健康体检服务。

健康体检模块提供体检记录列表、体检记录详情及体检信息登记功能。

体检记录列表支持通过姓名、身份证号等进行查询。

体检记录详情查看提供两个入口，一是通过体检记录列表选择具体体检记录下钻查看，一是在居民主页健康体检模块，可查看居民健康体检记录，下钻可查看健康体检表详情。

体检信息登记是在居民主页健康体检模块，面向医生提供健康体检表信息的录入。

健康体检表内容包括个人基本信息、症状、一般状况等，与《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》健康体检表内容及排版保持一致，方便医生操作。

信息录入：个人基本信息与个人健康档案关联，自动带出，无需医生再次录入。

其他内容录入提供单选、多选、文字录入等方式，维护健康体检基础数据及知识库后，在选择不同的选项后联动不同的显示词条，智能辅助医生录入健康体检表。

健康评价：根据健康体检表录入的数据，可智能生成健康评价，辅助医生完成健康评价内容。

快速定位：健康体检表录入界面，医生可通过快速定位功能，快速导航至对应项目处，便于医生对特定项目进行录入、修改或查看。

数据互通：健康体检表保存后，体检信息可同步更新至基本公卫系统，减少医生重复录入。

④重点人群管理

重点人群管理是家庭医生的重要工作组成部分。移动家庭医生工作台提供老年人、高血压、糖尿病等重点人群的在线移动管理，包括专项档案的建立及查看，随访记录的新增及查看，服务历史记录查看等。医生为重点人群提供上门服务时，可直接在移动端录入信息，数据同步更新至基本公卫系统中，免去医生在现场手工录入，回到社区后再次录入系统等重复工作。

老年人健康管理

医生对辖区内 65 岁及以上常住居民提供每年 1 次的健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。

老年人体检

提供老年人体检登记功能，包括基础信息、症状、一般情况、中医体质评估等。体检内容录入提供便捷定位功能，可快速导航至对应体检模块进行录入。

老年人健康状态自我评估

提供老年人健康状态自我评估量表，填写完成后系统自动生成评估结果，如满意、基本满意、不满意等。

老年人生活自理能力评估

提供老年人生活自理能力评估量表，填写完成后系统自动生成评估得分及对应评估结果。

老年人情感状态评估

针对老年人情况状态粗筛阳性的居民，联动显示老年人情感状态评估，提供抑郁量表，填写完成后系统自动生成评估结果。

老年人认知功能评估

针对老年人认知功能粗筛阳性的居民，联动显示老年人认知功能评估，提供老年人简易智力状态评估量表，填写完成后系统自动生成评估结果。

老年人中医体质辨识评估

提供老年人中医体质辨识评估功能，填写完成后系统自动生成评估结果。评估界面展示答题进度，已答及未答题目通过不同颜色直观区分，选择不同的序号可快速定位至对应题目处。

老年人历史记录汇总老年人不同评估类型评估记录，下钻查看对应评估记录详情。

评估趋势图根据历次评估历史记录，展示老年人不同评估类型评估结论趋势图。

体征趋势图支持查看老年人血压趋势图、血糖、BMI 等体征趋势图。

高血压患者健康管理

医生对辖区内 35 岁及以上常住居民中原发性高血压患者提供健康管理服务。

高血压专项

支持查看高血压患者管理列表。提供患者搜索功能，可通过姓名、身份证号等进行搜索。支持查看、修改高血压患者专项档案信息。

高血压随访支持医生为高血压患者提供在线随访功能，包括基本信息、症状、体征、生活方式等，与《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》高血压患者随访服务记录表内容及排版保持一致，方便医生操作。

随访信息录入时，支持引入最近一次随访、最近一次体检或体征信息。医生在移动端完成高血压随访任务后，随访记录同步更新至基本公卫系统中。

现场取证通过人脸识别等方式对签约行为进行现场取证。为绩效考核和业务监管提供依据，确保签约数据的真实性。

趋势图医生可查看高血压患者血压趋势图、BMI 趋势图，通过可视化图形促进医生全面掌握居民健康状况。

高血压历史记录汇总高血压患者随访历史记录、评估历史记录，下钻查看对应记

录详情。

糖尿病患者健康管理医生对辖区内 35 岁及以上常住居民中 2 型糖尿病患者提供健康管理服务。

糖尿病专项支持查看糖尿病患者管理列表。提供患者搜索功能,可通过快速定位、姓名、身份证号、居民地址等进行搜索。支持查看、修改糖尿病患者专项档案信息。

糖尿病随访支持医生为糖尿病患者提供在线随访功能,包括基本信息、症状、体征、生活方式等,与《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》糖尿病患者随访服务记录表内容及排版保持一致,方便医生操作。

随访信息录入时,支持引入最近一次随访、最近一次体检或体征信息。医生在移动端完成糖尿病随访任务后,随访记录同步更细至基本公卫系统中。

现场取证通过人脸识别等方式对随访行为进行现场取证。为绩效考核和业务监管提供依据,确保随访服务的真实性。

趋势图医生可查看糖尿病患者血糖趋势图、BMI 趋势图,通过可视化图形促进医生全面掌握居民整体健康状况。

糖尿病历史记录汇总糖尿病患者随访历史记录、评估历史记录,下钻查看对应记录详情。

⑤**签约管理**推行家庭医生签约服务,逐步形成家庭医生与居民之间良好的契约服务关系,建立起目标明确、内容清晰、服务规范、政策配套的医疗服务制度,使城乡居民获得连续、综合、便捷、个性化的签约管理服务。

移动家庭医生工作站提供在线签约、履约、续约、解约及签约审核等签约管理功能,让社区医疗机构全科医生的工作,在允许的时间范围内,得到高效开展,一定程度上解放或减少全科医生的工作量,解决基层全科医生大部分时间被建档、随访、维护签约协议、维护团队签约成员、电话随访等工作所占用的瓶颈问题,

让全科大夫更专注于为辖区居民提供更加准确、具体和切合实际的基本公共卫生服务。

家医签约

在居民主页家庭签约模块，为医生提供在线签约等全流程签约服务。

在线签约：支持通过移动端为居民完成点对点在线签约。签约人信息由个人档案自动带出，无需医生再次录入。医生选定该居民签约信息、服务包及服务项目内容，确认签字后，完成签约工作。

现场取证：医生在提供签约服务时，支持人脸识别等方式。

签约协议在线手签：支持签约居民及签约医生在签约时在线手写签名。为免去基层医生重复签字，消耗时间，医生移动端支持医生设置、修改“我的签名”，设置完成后在签名确认时可直接引用。

签约历史记录：支持查看签约记录，并展示应付金额及结算情况。下钻可查看签约记录详情。

履约管理

履约管理在居民主页家庭签约模块，为医生提供在线履约服务。

履约提醒：针对已签约居民，医生可查看针对该居民的履约任务提醒，可登记具体履约任务。

在线履约：支持通过移动端为居民完成点对点在线履约。

履约历史记录：支持查看履约记录，可查看履约记录详情。

续约管理

续约管理在居民主页家庭签约模块，支持通过移动端为居民完成点对点在线续约。

解约管理

解约管理在居民主页家庭签约模块，支持通过移动端为居民完成点对点在线解约。

⑥中医管理

中医体质辨识服务是一项快速帮助医生了解居民体质类型的评估服务。医生可在

线为居民提供中医体质评估服务，系统根据评估内容会自动得出结果，根据辨识结果给予相应的健康指导包括情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等多方面的中医药健康指导，指导居民改善和纠正偏颇体质，增进身体健康。

中医体质辨识

支持通过移动端为老年人提供中医体质辨识服务，评估问卷填写完成后，自动生成主要体质及倾向体质，支持医生录入中医保健指导。

中医体质辨识历史记录

支持查看中医体质辨识记录，可查看中医体质辨识详情。

⑦健康教育

对辖区居民进行健康教育是社区卫生服务的重要工作内容之一。移动家庭医生支持医生对居民进行个人健康教育，制定健教计划，落实健康指导。

个人健教在居民主页健康教育模块，面向医生提供居民健康教育功能。

健康指导：支持医生通过移动端录入健康指导信息后为居民提供健康宣教。

现场取证：医生在提供健康指导服务时，支持拍照取证上传。

健教记录：支持查看历史健教记录，可查看健教记录详情。

知识库引用：提供健康教育知识库，供医生在录入健康指导时引用。

⑧医生绩效

医生登录后，可查看医生在统计时间内的相关绩效数据。

支持查看医生个人绩效统计，便于医生对自身绩效考核任务指标及时掌握。统计指标包括新建档案数、签约居民人数、签约重点人群数、高血压专项建档人数、高血压随访人次、高血压评估人次、糖尿病专项建档人数、糖尿病随访人次、糖尿病评估人次、健康教育人数、65岁及以上老年人中医体质辨识人数等。

(7) 历史医疗、公卫数据迁移

通过对现有公共卫生系统和原 HIS 系统的电子病历和处方系统进行数据解析，实

现历史医疗及公卫数据迁移到新建系统,更好地为居民提供连续的医疗及公共卫生服务。

(8) 基层系统接口

实现基层信息系统与医保系统(包含医保结算接口、医保刷脸支付接口、医保移动支付接口、医保智能监管接口、医保电子处方接口)、智医助理、省中医管信息系统、黄山市电子健康卡卡管平台、身份证识别、健康一体机管理系统、医疗电子票据、黄山市全民健康信息平台等信息系统对接。确保各系统之间数据及市卫生健康委全民健康信息平台数据信息共享互联互通。

二、商务要求

序号	内容	要求
1	合同签订地点	黄山市徽州区卫生健康委员会
2	提供服务的期限	90 日历天完成供货、安装、调试及验收工作。
6	验收	1、通过采购人组织的专家验收组进行验收，验收报告经双方确 认合格后生效。 2、本项目供应商需完成三年的免费维护期。
7	付款	付款人：黄山市徽州区卫生健康委员会 付款方式：签订合同后支付合同款的 40%，项目上线运行支付至 合同款的 70%，项目验收合格支付至合同款的 100%。
8	履约保证金	中标人在签订合同时应按照招标文件规定向采购人提交合同金 额的 2.5%。 可采用转账、电汇、支票、汇票、本票、保险、保函等非现金形 式。 中标单位按投标承诺履约完成后予以退还。