

合同书

合同编号：

甲 方：郑州大学第五附属医院

乙 方：郑州汉威医疗器械有限公司

甲方于 2024 年 04 月 10 日对项目：郑州大学第五附属医院电子病历质控系统采购项目进行招标，经过评审，确定乙方为本项目的中标单位。据《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国民法典》等国家法律法规，就项目，经双方协商一致，签订合同，合同条款如下：

一、采购范围

乙方向甲方提供电子病历质控系统采购项目系统开发、安装、调试、验收、培训、验收合格交付使用后免费提供 3 年软件升级及运维服务等，采购明细如下：

序号	分项服务内容	品牌型号	单位	数量	单价（元）	合价（元）	备注
1	电子病历质量控制系统	惠每云 V1.0	套	1	1766000.00元	1766000.00元	/
总价：（大写）壹佰柒拾陆万陆仟元整 （小写）1766000.00元							

注：

- 1、系统软件由乙方提供，并由乙方负责安装、调试。
- 2、此价格包含设备安装调试、人工、运输、税金等涉及全部费用。
- 3、为保证系统正常运行，与甲方各系统产生的接口费用由乙方承担。
- 4、相关系统功能须满足“电子病历系统应用水平分级评价”6 级标准评审细则功能要求。
- 5、该系统须满足“三级医院评审标准” 评审细则功能要求。
- 6、相关系统须满足“国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评” 五级乙等评审细则功能要求。
- 7、满足国家三级公立医院绩效考核及其他政策性电子病历质控及医疗质量相关上报，各类数据符合考核上报要求。

二、合同期限及交货期限：

合同期限：合同签订之日起至质保期结束。

交货期限：自本协议签订生效之日起 40 天内完成系统上线并通过初验。

三、付款方式：

双方签订合同后并签订入场实施确认书后，甲方向乙方支付合同总金额的 30%计人民币¥529800.00 元（大写伍拾贰万玖仟捌佰元整）。

在系统上线并通过初验后 15 天之后，甲方向乙方支付合同总金额的 20%计人民币¥353200.00 元（大写叁拾伍万叁仟贰佰元整）；

整个系统通过终验并平稳运行 3 个月后，甲方向乙方支付合同总金额的 45%计人民币¥794700.00 元（大写柒拾玖万肆仟柒佰元整）；

免费软件升级运维服务期结束后 15 天后，甲方向乙方支付合同总金额的 5%余款计人民币¥88300.00 元（大写捌万捌仟叁佰元整）。

四、交付、测试、验收、培训及售后。

1、交付

乙方应按照本项目招标文件技术部分的要求和内容进行交付，乙方应在进行每项交付前 5 个工作日以书面方式通知甲方。甲方应当在接到通知后的 5 个工作日内安排接受交付；双方对该交付件进行测试和评估，如有缺陷，乙方应纠正该缺陷，并再次进行测试和评估。甲、乙双方将重复此项程序直至甲方接受。

2、测试

乙方负责系统安装测试。系统测试的条款应与国家的相关技术规范与标准一致，并提供详细的调试文件，内容至少包括系统测试的内容、测试计划、测试用例、测试分析报告样本，经甲方确认同意后，确定最终测试文件，作为项目测试上线依据。经测试合格后，符合甲方的要求，可进行系统或相关功能模块上线试运行。

3、验收

上线运行三个月后，验证系统所有性能指标达到技术规范要求和系统功能全部满足业务需求时，可进行系统验收。由乙方提供调试及试运行期间的所有

文档，双方签署最终验收文件。

4、文档交付要求

应用系统开发应严格按照国家软件工程规范进行，在整个项目实施过程中，须根据开发进度，按照医院要求及时提供用户相关技术文档，包括但不限于：

- (1) 准备阶段：《实施方案》；
- (2) 需求分析阶段：定制化开发部分《需求分析说明书》；
- (3) 设计阶段：定制化开发部分《概要设计说明书》、第三方系统对接相关《接口说明书》；
- (4) 测试阶段：《测试用例》、《测试报告》；
- (5) 上线阶段：《上线方案》、《试运行/上线报告》；
- (6) 过程文档：《培训计划》、《培训记录》、《例会记录》；
- (7) 交付使用：《用户手册》。

5、培训

乙方提供包括系统软件、应用软件、安装调试等内容的培训，培训应面对不同层面的系统用户，保证用户能独立地管理、维护和配置系统。

6、售后

(1) 乙方向甲方提供叁年的软件免费服务，服务内容包括软件的安装调试、软件重装、软件版本升级、功能维护、功能修改及用户咨询。免费服务期自软件验收合格之日算起。

(2) 故障响应时间 20 分钟，7*24 小时技术支持，电话指导下无法解决的 1 小时内到场，当时无法解决的需在 24 小时内给出时间安排表，并在 2 日内解决。

五、 甲方的权利和义务

(一) 甲方的权利

- 1、甲方有权随时向乙方了解项目进度，并要求乙方提供项目相关资料。
- 2、甲方有权对项目资金 usage 情况进行监督、检查，并要求乙方提供相关资料。

3、甲方有权按照本合同约定或有关法律法规、政府管理的相关职能规定，对本项目进行监督和检查，有权要求乙方按照监督检查情况制定相应措施并加以整改。甲方不因行使该监督和检查权而承担任何责任，也不因此减轻或免除乙方根据本合同约定或相关法律法规规定应承担的任何义务或责任。

4、甲方有权在乙方履行合同过程中出现损害或可能损害公共利益、公共安全情形时终止本合同。

5、甲方有权根据国家政策或法律法规的变动对项目的需求标准和质量要求作出相应变动或者取消项目。

6、甲方有权将乙方履行合同情况及不符合政府购买服务管理规定情况，向相关部门报告并纳入不良信用记录、年检（报）、评估、执法等监管体系中。

（二）甲方的义务

1、甲方应及时向乙方提供与履行本合同相关的所有必须的文件、资料。

2、甲方应为乙方履行本合同过程中与相关政府部门及其他第三方的沟通、协调提供必要的协助。

六、 乙方的权利和义务

（一）乙方的权利

乙方有权自甲方处获得与提供本合同项下服务相关的所有必须的文件、资料。

（二）乙方的义务

1、乙方应配备具有相应资质、特定经验的工作人员负责项目实施，按照本合同约定的标准、要求和时间完成项目。乙方必须按照投标文件提供的团队成员名单配备人员，无重大事项不得变更项目组人员，确需调整的，应在项目团队成员配置标准的前提下，向甲方提出变更申请，待批准后方可变更。

2、乙方不得以任何理由将本合同项下的服务项目转包给第三方承担。

3、乙方应全面履行本项目实施过程中的相关安全管理职责，因乙方未尽到管理职责发生安全事故的，由乙方承担相应的法律责任。

4、乙方承诺根据本合同提供的服务及相关的软件和技术资料，均已取得有关知识产权的权利人的合法授权。如发生涉及到专利权、著作权、商标权等争

议，乙方负责处理并承担由此引起的全部法律及经济责任。

5、乙方应接受并配合甲方或甲方组织的对本合同履行情况的监督与检查，对于甲方指出的问题，应及时作出合理解释或予以纠正。

6、乙方应对项目资金进行规范的财务管理和会计核算，加强自身监督，确保资金规范管理和使用。

7、项目交付后，乙方应无条件返还甲方向其提供的文件、资料并向甲方移交项目资料，同时乙方应当自留一份完整的项目档案并予以妥善保存。

8、乙方向甲方提供系统应用软件以及其他相关新技术和新业务日常技术咨询服务，在甲方要求时，免费提供与第三方系统的互通性方案和相关的数据格式。

七、违约责任

在本合同履行过程中，双方因违约或造成对方经济、社会效益等损失的应当赔偿。

1、乙方提供的服务不符合本项目相关文件和本合同规定的，甲方有权拒收，并且乙方须向甲方支付本合同总服务费5%的违约金。

2、乙方未能按照本合同约定时间提供服务或完成约定的项目服务内容的，从逾期之日起每日按本合同总服务费1%的数额向甲方支付违约金；逾期10日以上的，甲方有权终止合同，由此造成的甲方经济损失由乙方承担。

3、未经甲方同意，乙方不得擅自将本合同服务转包第三方承担。如擅自转包，则乙方应支付给甲方本合同总服务费10%的违约金。

4、其他违约责任按《中华人民共和国合同法》处理。乙方保证提交给甲方的所有文件或其授予的权利不会侵犯任何第三人的知识产权或其他权利。由此发生的诉讼由乙方承担完全责任，如果对甲方造成损失的，乙方还应承担相应的赔偿责任。

八、保密条款

1、乙方应遵守国家有关保密的法律法规和行业规定，并对甲方提供的资料负有保密义务。未经甲方同意，不得将承接服务项目获得的各种信息和资料提供给其他单位和个人。如发生以上情况，甲方有权索赔。

2、甲方向乙方提供的任何资料、文件和信息，在乙方服务结束后，乙方均应

及时归还甲方，电子文档的应从自己的电脑等存储设备上予永久删除。

3、如违反上述约定，给甲方造成损失的，应当赔偿，违反国家法律法规的进行移交处理。

4、本保密条款具有独立性，长期有效，不收本合同的终止、中止、解除的影响。

九、争议的解决

本合同在履行过程中发生的任何争议，如双方不能通过友好协商解决，通过甲方所在地有管辖权的人民法院诉讼处理。

十、不可抗力

任何一方由于不可抗力原因不能履行合同时，应在不可抗力事件发生后 1 日内向对方通报，以减轻可能给对方造成的损失，在取得有关机构的不可抗力证明或双方谅解确认后，允许延期履行或修订合同，并可根据具体情况部分或全部免于承担违约责任。

十一、合同的终止

- 1、本合同期满，双方未续签合同的；
- 2、乙方服务能力丧失，致使本合同服务无法正常提供的；
- 3、在履行合同过程中，发现乙方已不符合承接主体应具备的条件，造成合同无法履行的；
- 4、受国家政策或法律法规变动影响，经双方协商终止本合同的。

十二、税费发生与履行

本合同有关的一切税费均由乙方负担。

十三、其他

- 1、合同未尽事宜，双方可签订补充协议及附件，合同附件和招标文件、投标

文件均为合同不可分割的一部分，与本合同具有同等法律效力。本合同所有附件及相关购买文件均为本合同的有效组成部分，与本合同具有同等法律效力。

2、在履行本合同过程中，所有经双方签署确认的文件（包括会议纪要、补充协议、往来信函）即成为本合同的有效组成部分。

3、如一方地址、电话、传真号码及乙方银行账户信息有变更，应在变更当日书面通知对方，否则，应承担相应责任。

十四、本合同一式捌份，甲方陆份，乙方贰份，双方代表签字、加盖公章后生效。

甲方（盖章）：郑州大学第五附属医院

乙方（盖章）：郑州汉威医疗器械有限公司

法定代表人或其委托代理人代表人

法定代表人或其委托代理人代表人

（签字或盖章）：

刘海洋

（签字或盖章）：

陈友海

日期：

2014.6.3

日期：

附件一：技术参数表

一、运行及终末病历质量

可根据临床路径、诊疗常规、技术规范进行内涵质控标准更新。

分系统名称	系统功能	功能描述及要求
医生端功能	实时提醒	当医生在电子病历系统编辑病历点击保存，即刻以插件形式提供实时质控提醒。无需进入单独的病历质控程序就可查看实时质控内容。
	小图标提醒	实时展示病历问题数，点击小图标可以打开浮窗查看更详细的质控结果信息。
	浮窗提醒	1、可以根据配置的评分表展示病历分数与等级 2、展示问题汇总数量；并分类展示各个文书的问题数量，包含：入院记录；首次病程记录；病程记录；（沟通）谈话记录；围手术期管理；出院记录等模块 3、可展示登录医生的待反馈病例数量及待反馈问题总数；点击可展开质控明细
	质控明细	1、评分表 可根据登录 his 的医生账号来判定是否具有审核权限； （1）有权限：可以在提醒端进行评分表明细查看与问题审核，进行人工评分； （2）无权限：可查看整张表的打分情况与扣分理由 2、质控点 （1）可根据文书分类展示，可以收起与展开 （2）展示规则名称；备注； （3）展示规则质控类型：机器、人工 （4）可对每一质控的系统质控情况及人工质控的批注进行反馈，反馈的问题会实时展示在审核端，审核人员可对反馈信息进行再反馈，再反馈信息实时同步至医生端。 （5）可根据不同规则等级展示不同提示图标 （6）单项否决规则重点提示：系统能够支持对病历以及文书的单项否决进行判断并提醒，当运行病历存在单项否决缺陷时，系统实时、主动提醒医生相关质控缺陷，并用★进行重点标注，在医生修正缺陷内容后，单项否决提示实时消失。支持医院对每条规则是否属于“单向否决缺陷”进行自主配置。 3、待反馈问题列表 可查看该医生所属数据权限下的患者及存在的问题列表；可根据患者信息；规

		则名称；患者在院出院、质控类型进行检索； 4、有下载导出功能。
病 历 审 核 端 功 能	病历 查询	支持运行病历/终末病历： 1、支持“按患者”、“按问题”和“病历类型”等不同维度查看列表： （1）按患者： 支持按日期、科室、问题类型、规则名称、质控医生、患者信息、病历得分（最小值 至 最大值）、病区、主治医生、主任医生、住院医生、医疗组条件检索，展示在院运行病历患者列表；支持对病历列表的标题展示列进行以下项目的选择：质控医生、病历得分、问题数量、质控状态、病区、医疗组、主治医生、主任医生、住院医生等。 （2）按问题： 支持按日期、科室、问题类型、规则名称、质控医生、患者信息、病历得分（最小值 至 最大值）、质控类型（全部/机器/人工）、医生反馈状态、病区、主治医生、主任医生、住院医生、医疗组等条件多维度检索，展示在院运行病历患者列表； 支持对病历列表的展示列进行以下项目的选择：质控医生、质控状态、规则名称、详细说明、扣分、质控类型、病区、医疗组、主治医生、主任医生、住院医生等。 （3）按病历类型： 支持按日期、科室、问题类型、规则名称、质控医生、患者信息、病历得分（最小值 至 最大值）、病历类型、病区、主治医生、主任医生、住院医生、医疗组等条件多维度检索，展示在院运行病历患者列表； 支持对病历列表的展示列进行以下项目的选择：质控医生、质控状态、规则名称、详细说明、病例得分、病历类型、病区、医疗组、主治医生、主任医生、住院医生等。 2、支持病历查看： （1）支持“全部”、“待审核”、“已审核”快速分类病历； （2）支持对患者列表病历进行下钻，可查看 患者“文书列表”、“评分表”结果与“质控闭环”； （3）文书列表包括不仅限于：病案首页、入院记录、病程记录、手术记录、出院/死亡记录、谈话记录、医嘱单、检验报告、检查报告、生命体征、病理报告、诊断记录。 （4）支持查看患者病历原文与系统审核结果，缺陷原文可以高亮并划线对应到质控规则。质控规则可以进行人工审核并备注反馈意见通知到临床端，可以批量进行整本病历的系统质控结果提交。对于系统未发现的问题，可人工添加问题，并与规则库中的规则进行关联，可对添加问题进行备注说明。 （5）可基于医院所属省份运行病历评分表内容，进行评分表展现。评分表包含：评分项目、评分标准、评分方法、扣分结果、扣分理由；可展示每位患者的分数，能查看每个患者的具体评分明细，并根据评分项目导航快速定位不同评分项目；扣分项目会进行标红处理，可以查看具体扣分点与扣分理由；人工可以修改系统评分结果，并添加备注通知到临床修改病历。 （6）可以查看每个缺陷项目机器/人工质控时间，对是否进行修改与反馈，人工是否进行质控和确认均可进行留痕查看，并对整本病历的质控提交与审核等各个节点有时间轴记录时间轴。

	3、有下载导出功能。
评价 管理	质控任务创建： 系统能够支持质控管理人员定期创建质控任务项目，并制定任务负责人和期望完成时间。
	筛选质控病历： 支持通过多维度快速搜索病历添加到质控项目中，支持对搜索的病历进行批量、随机筛选。筛选的维度至少包括：有多学科会诊或外院专家诊治、ICU 住院时间超 48 小时、有两次以上手术、肿瘤术后化疗、本次住院有 5 个及以上诊断等。
	查看质控项目及病历： 质控管理人员可随时查看病历审核任务的进度，并支持查看对应病历的质控详情。
病历 评价	质控人员登录系统，可查看到当前的质控任务，包括质控项目批次、抽取类型、评价人、进度、剩余时间（天）、开始日期、创建人、状态、操作等。 并支持快速定位到自身需要质控的病历，在线进行病历审核。
人工 审核	质控缺陷总览： 在质控员选择一份病历进行人工审核时，系统展示当前病历的所有质控缺陷，根据质控员查看的文书不同展示当前文书涉及的缺陷。点击缺陷问题，系统会自动切换到相应的文书，并定位到缺陷对应的段落或原文上。
	人工质控与结果确认： 质控人员根据系统的质控结果对病历的缺陷进行人员确认，如果认为此缺陷要求医生修改，可以把修改建议反馈给医生。如果认为此缺陷对病历质量影响不大，也可以确认通过。同时可以看到医生对缺陷建议是否修改或反馈，并对反馈结果进行确认。
	病历评分： 系统根据医院评分表的配置及规则关联，自动对病历进行评分，质控员可以进行人工评分。可以通过添加删除缺陷进行人工干预评分，也可以通过人工修改该评估项目的得分。
	质控闭环： 通过质控闭环可以清晰的看到当前病历的质控流程系统首次质控时间、人工质控时间、人工确认时间、病历提交时间以及操作人员。通过缺陷闭环可以看到某一个缺陷整个的流转过程
病历 快捷 浏览	在质控员选择一份病历进行人工审核时，系统展示对应的病历文书，并展示当前选中病历文书的所有缺陷详情；
缺陷 自动 定位	当质控员在查看缺陷条目时，点击缺陷条目后，系统支持自动跳转至该缺陷对应的病历文书原文位置，并高亮显示；
审核 意见 反馈	1. 临床端反馈： 书写病历时，支持医生对 AI 质控的病历问题在线进行问题反馈； 2. 质控员审核： 支持质控员对每个质控问题的反馈情况进行查看，可再次对修改不正确的缺陷

统计与分析端功能	交互	进行再次反馈并填写修改建议。 3. 临床端查看： 临床端医生可对质控人员要求修改的病历进行查看和修改，如果对质控结果存在异议可在线进行反馈。 4. 质控员确认： 支持质控员按缺陷反馈情况查看病历，并对医生反馈的缺陷进行再次确认通过或再次反馈修改建议。
	首页	支持按“今年、去年、本季、上季、本月、上月”快捷按钮或者“年度、季度、月份”维度自定义对全院（归档/未归档）对全院病历的质控情况进行多维度统计分析，包括病历质量分析、质控管理分析等。
		病历质量分析： 支持自动汇总病历数、问题病历数、病历平均分、平均问题数等内容及各项的同比、环比（年）情况，并支持病历数的下钻。 支持以柱状图、折线图、饼图、列表等直观展示病历质量情况，包括：病历级别分布、病历质量趋势分析、科室问题病历率排名、科室平均问题数排名、科室病历平均分排名、科室丙级病历率排名、病历问题、及时性问题、问题文书、规则类型分布（内涵、形式）、问题类型分布、问题修正率、问题修正率趋势等
		质控管理分析： 支持自动汇总病历数、问题病历数、质控病历数、驳回病历数、整改病历数等内容及各项的同比、环比（年）情况，并支持详细数据的下钻。 支持以图形的方式对病历的质控率占比、质控管理情况进行统计分析。
	在院监测	支持对全院在院病例的病历质控情况进行实时监测，分别从在院病历质量、质控管理等维度进行统计分析。
		病历质量分析：包括不仅限于在院病历数、问题病历数、问题总数、平均问题数、病历平均分、科室问题病历分布、科室平均问题数分布、科室平均分分布、在院问题占比、及时性规则完成情况（可以下钻）、问题类型分布、规则类型分布、问题文书排名。
		质控管理分析：包括不仅限于在院病历数、问题病历数、质控病历数、驳回病历数、整改病历数、质控率分布、驳回率分布、整改率分布。
	统计分析	支持按年度、季度、月、自定义时间获取数据，对全院/已归档/未归档病历质控情况进行可视化、多维度展示，包括质量分析、评分表分析、质控管理分析、文书时效性监测。
		质量分析：支持以科室、医疗组、医生为统计维度，对病历质量情况进行统计分析，包括不仅限于病历数、问题病历数、病历平均分、平均问题数、问题病历占比、平均问题数、病历平均分、病历等级等。
		病历问题分析：系统可查看全院各科室在任意时间段的病历质控的缺陷明细，并可查看该质控缺陷对应数量的病历详情。
		评分表分析：支持以表格的形式，对医院各评分表的评分情况进行统计分析。分析内容包括：出院科室/医疗组名称/主治医生名称、病历数、平均分（当前值、环比值、环比比率）、问题数、平均问题数（当前值、环比值、环比比率）。评分表包括运行病历评分表、总体病历评分表。 质控管理分析：支持以科室、医疗组、主治医生、质控医生为统计维度，对病

		历质控情况进行统计分析，包括但不限于病历数、问题病历数、质控病历数、驳回病历数、整改病历数、病历质控率、病历驳回率、病历整改率等
配置引擎	评分表配置	系统支持多版本评分表切换，如《**市住院病历书写质量评估标准》、《**省住院病历质量检查评分表 2021 版》、《**省运行病历、医疗核心制度检查评分标准》等 支持对病历评分表进行自定义编辑，支持总体病历评分表、运行病历评分表的个性化配置； 每个评分表都可以支持医院新建或导入其他省市评分表作为模板应用。评分表可配置病历类型、项目分值、评分标准、评分方法、分值设置、扣分逻辑、单项缺陷设置及关联规则等模块。支持单项否决、单项否决乙级、单项否决丙级的配置；并能满足单项扣分与累计扣分两种扣分逻辑，可编辑评分表名称与等级设置。可以根据医院需求选择是否在提醒端展示
	规则配置引擎	1. 系统支持通过规则引擎功能维护和管理医院自己的病历质控规则库。 2. 医院可根据质控逻辑的需要，自行新增控制规则。 3. 医院可根据需要修改系统集成的质控规则的名称、质控逻辑、提醒内容，溯源逻辑、专科类型、专病类型、规则适用科室相关内容。
权限配置	用户管理	系统支持管理员设置不同角色权限，不同权限的角色在使用时功能模块和数据不一致。
	功能权限	系统支持管理员对角色的功能模块权限进行自定义配置管理。
	数据权限	系统支持管理员对角色数据查看权限的范围进行自定义配置管理。
质控规则-形式质控	质控规则覆盖	病历文书包括入院记录、首次病程记录、手术记录、会诊记录、输血记录、转科记录等。 形式质控内容包括病案首页记录的完整性、合理性、一致性、时效性。 (所有规则具体实现效果与国家政策变动、医院数据质量、临床工作需要相关，实现情况有所差异)
	完整性规则	支持对病历的内容的完整情况进行质控： (1) 入院记录无专科检查 (2) 入院记录初步诊断完整性质检 (3) 入院记录婚育史年龄完整性质检 (4) 入院记录婚育史子女数量完整性质检 (5) 入院记录家族史父母情况完整性质检 (6) 入院记录家族史兄弟姐妹情况完整性质检 (7) 入院记录完整性质检 (8) 入院记录无辅助检查记录（注明外院机构名称及日期） (9) 入院记录无体格检查 (10) 首次病程记录中无病例特点 (11) 首次病程记录中无诊断依据 (12) 首次病程记录中无鉴别诊断 (13) 首次病程记录中无诊疗计划 (14) 入院记录月经史完整性质检

		(15) 手术记录麻醉方式完整性质检 (16) 手术记录手术经过完整性质检 (17) 手术记录完整性质检 (18) 手术前主刀医生查房记录完整性校验 (19) 手术知情同意书完整性质检 (20) 输血记录输血反应完整性质检 (21) 术后首次病程记录麻醉方式完整性质检 (22) 术后首次病程记录手术方式完整性质检 (23) 术后首次病程记录手术经过完整性质检 (24) 术后首次病程记录术后处理措施完整性质检 (25) 术后首次病程记录术后诊断完整性质检 (26) 术后首次病程记录完整性质检 (27) 术后三天内无上级医师或术者查房记录 (28) 术前讨论记录完整性质检 (29) 术前讨论手术指征完整性质检 (30) 术前小结术前诊断完整性质检 (31) 死亡病例讨论记录病历摘要完整性质检 (32) 死亡病例讨论记录死亡时间完整性质检 (33) 死亡病例讨论记录死亡原因完整性质检 (34) 死亡病例讨论记录死亡诊断完整性质检 (35) 死亡病例讨论记录讨论结果完整性质检 (36) 死亡病例讨论记录治疗及抢救经过完整性质检 (37) 死亡记录完整性质检 (38) 死亡记录中死亡时间不具体 (39) 疑难病例讨论记录病历摘要完整性质检 (40) 疑难病例讨论记录讨论记录完整性质检 (41) 病危病人日常病程记录填写完整性质检 (42) 出院记录完整性质检 (43) 出院记录中出院医嘱相关描述完整性质检 (44) 出院医嘱完整性质检 (45) 出院记录无主要诊疗经过的内容 (46) 会诊记录完整性质检 (47) 麻醉记录完整性质检 (48) 抢救记录完整性质检 (49) 危重病例无科主任或主（副）任医师查房记录 (50) 死亡病例无抢救记录 (51) 死亡记录中未写明死亡原因 (52) 无死亡病例讨论记录 (53) 疑难病例无科主任或主（副）任医师查房记录 (54) 输血患者是否书写输血治疗同意书 (55) 危急值报告后有专项记录 (56) 有创操作医嘱后有有创操作专项记录 (57) 四级手术术前要有多学科讨论记录
--	--	--

	合理性规则	支持对文书内容的合理性进行质控： (58) 入院记录婚姻状况合规性质检；
	时效性规则	支持检查全病历文书记录的及时性： (59) 普通病人日常病程记录填写及时性质检 (60) 术前小结及时性质检 (61) 术后首次病程记录及时性质检 (62) 手术记录填写及时性质检 (63) 手术后日常病程记录填写及时性质检 (64) 病危病人日常病程记录填写及时性质检 (65) 病重病人日常病程记录填写及时性质检 (66) 出院记录及时性质检 (67) 入院记录书写及时性质检 (68) 首次病程记录及时性质检 (69) 首次主任医师查房记录及时性质检 (70) 阶段小结完成及时性质检 (71) 入院后首次主治医师查房记录及时性质检 (72) 死亡记录及时性质检 (73) 主任医师 副主任医师日常查房记录时效性质检 (74) 抢救记录时效性质控 (75) 入院三天内的病程记录填写及时性质检 (76) 转科后日常病程记录填写及时性质检 (77) 抢救医嘱后抢救记录及时性质检 (78) 术后主刀医生病程记录及时性质检 (79) 死亡病例讨论记录及时性质检 (80) 抢救记录及时性质检 (81) 首次上级医师查房记录及时性质检 (82) 转科后转入记录完成及时性质检
质控规则-内涵质控	质控规则覆盖	内涵质控规则包括病历的完整性质控规则、合理性质控规则、一致性质控规则、雷同性质控规则。
	内涵完整性规则	支持对各病历文书的记录内容是否存在缺陷进行检查： 1) 入院记录主诉时间不完整； 2) 出院记录中出院带药信息不完整 3) 抢救记录中缺少抢救中的病情变化描述； 4) 入院记录体格检查中缺少固定查体项目（头颈部、胸、腹、四肢、神经系统）； 5) 手术记录和术后首次病程记录的出血量不一致 6) 入院记录中过敏史记录内容遗漏 7) 入院记录中传染病记录内容遗漏 8) 入院记录现病史对一般情况描述有遗漏 9) 入院记录既往史中手术史记录内容遗漏

	10) 入院记录个人史缺少必要的描述 11) 入院记录体格检查中缺少固定查体项目（头颈部、胸、腹、四肢、神经系统） 12) 既往史中，输血史未描述 13) 入院记录手术外伤史记录缺少具体内容
内涵一致性规则	支持检查文书中对同一情况的记录是否一致进行质控，以此来保证数据准确性： 14) 手术记录和术后首次病程记录的出血量不一致 15) 出院记录中的出院带药与医嘱开立的一致性； 16) 现病史发病时间未描述或错误 17) 入院记录病史陈述者与患者意识状态矛盾
诊疗过程合理性规则	支持结合患者临床医生工作站病历文书以及医嘱、检验检查结果等，判断医生的诊疗行为的记录是否符合患者病情特点： 18) 细菌培养结果需要在病程记录中有对应记录 19) CT/MRI 检查结果需记录在病程记录中； 20) 有创操作记录中未记录操作后注意事项 21) 入院记录体格检查中缺少数值描述 22) 住院患者用抗菌药物后记录在病程记录中 23) 抢救记录无对应抢救医嘱 24) 有创操作记录中未记录操作时间 25) 缺少出院前上级医师同意出院的记录 26) 抢救记录中描述的关键时间节点未精确到分 27) 抢救记录中未记录关键时间节点 28) 输血记录中缺少输血种类 29) 输血记录中缺少输血量 30) 输血记录中缺少输血后疗效评价
专科质控规则	系统支持泌尿外科、肾内科、产科相关的专科质控规则。 31) 慢性肾病 5 期患者，入院记录中专科查体结果缺失 32) IgA 肾病患者，专科检查中缺失 IgA 肾病相关体征 33) 患者诊断胎膜早破，现病史中需记录阴道流液性状描述和 ph 试纸检测结果 34) 患者接受膀胱肿瘤相关手术，现病史中典型症状记录缺失
客观逻辑一致性规则	系统可检查全病历中记录的内容是否符合客观逻辑一致性： 35) 男性患者不存在月经史描述； 36) 女性患者查体与性别不符
雷同性规则	支持检查全病历文书记录，对文书进行雷同性判断，当相似度超过一定比例后主动提示质控缺陷，如： 37) 病程记录（首次病程/首次查房/日常查房/上级医师查房）高度雷同 38) 首次病程中病例特点的内容与入院记录现病史存在高度相似情况
规则	支持根据医院实际质控情况对质控规则进行开启关闭，质控级别配置，同时支持对时效性规则进行倒计时提醒时间的配置。如：入院记录要在 24 小时内完

管理	成，配置成 8 小时倒计时提醒，患者入院 16 小时后如果未书写入院记录，系统进行倒计时提醒。
----	---

二、病案首页质量控制

名称		功能说明
病案首页形式 质控	病案 首页 数据 完整 性	满足国卫办医发（2016）24 号《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）和住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016 版）的通知》中病案首页数据质量填写规范的要求。 可质检首页字段完整性： 1. 病案首页病案号完整性质检 2. 病案首页籍贯完整性质检 3. 病案首页民族完整性质检 4. 病案首页国籍完整性质检 5. 病案首页身份证号完整性质检 6. 病案首页职业完整性质检 7. 病案首页婚姻状况完整性质检 8. 病案首页现住址完整性质检 9. 病案首页住址电话号码完整性质检 10. 病案首页现住址邮编完整性质检 11. 病案首页性别完整性质检 12. 病案首页户口地址完整性质检 13. 病案首页户口地址邮编完整性质检 14. 病案首页工作单位及地址完整性质检 15. 病案首页单位电话完整性质检 16. 病案首页单位邮编完整性质检 17. 病案首页联系人姓名完整性质检 18. 病案首页关系完整性质检 19. 病案首页联系人地址完整性质检 20. 病案首页联系人电话号码完整性质检 21. 病案首页出生日期完整性质检 22. 病案首页年龄完整性质检 23. 病案首页患者姓名完整性质检 24. 病案首页出生地完整性质检 25. 病案首页门诊诊断完整性质检 26. 病案首页手术及操作名称完整性质检 27. 病案首页血型完整性质检 28. 病案首页主任（副主任）医师完整性质检 29. 病案首页主治医师完整性质检 30. 病案首页住院医师完整性质检 31. 病案首页质控医师完整性质检 32. 病案首页抢救成功次数完整性质检 33. 病案首页抢救次数完整性质检 34. 病案首页抢救情况完整性质检 35. 病案首页主要诊断编码完整性质检

		36. 病案首页损伤、中毒的外部因素完整性质检 37. 病案首页是否有 31 天内再住院计划完整性质检 38. 病案首页颅脑损伤患者昏迷时间完整性质检 39. 病案首页离院方式完整性质检 40. 病案首页过敏史完整性质检 41. 病案首页完成及时性质检 42. 病案首页入院时间完整性质检 43. 病案首页入院途径完整性质检 44. 病案首页入院科室完整性质检 45. 病案首页手术及操作日期完整性质检 46. 病案首页转科情况完整性质检 47. 病案首页出院时间完整性质检 48. 病案首页出院科室完整性质检 49. 病案首页医疗付费方式完整性质检 50. 病案首页重症监护信息完整性质检 51. 病案首页呼吸机使用时间完整性质检 52. 病案首页新生儿入院体重完整性质检 53. 病案首页新生儿出生体重完整性质检
	首页一致性规则	对首页信息的与其他文书或入院信息的一致性进行校验： 54. 病案首页与血型化验的血型一致性质检 55. 病案首页与入院信息的联系人姓名一致性质检 56. 病案首页与入院信息的联系人地址一致性质检 57. 病案首页与入院信息的联系人电话号码一致性质检 58. 病案首页与入院信息的籍贯一致性质检 59. 病案首页与入院信息的民族一致性质检
	首页合规性规则	60. 病案首页联系人关系合规性质检 61. 病案首页死亡患者尸检合规性质检 62. 病案首页新生儿出生体重合规性质检 63. 病案首页住院天数合规性质检 64. 病案首页新生儿入院体重合规性质检 65. 死亡病例病案首页离院方式合规性质检 66. 死亡患者病案首页是否出院 31 天再住院计划合规性质检
	诊断合规性规则	67. 病案首页贫血未明确分度 68. 病案首页电解质紊乱诊断不明确 69. 病案首页心律失常诊断未明确分类 70. 病案首页糖尿病诊断未明确分型 71. 病案首页呼吸衰竭诊断未明确分型、性质 72. 病案首页高血压诊断未明确分类、分层
病案首页内涵实时质控	首页合规性规则	对上报数据的合规性进行质量控制，如： 73. 病案首页与血型化验的血型一致性质检 74. 当首页出院诊断 ICD10 编码中含有 S06（颅内损伤）时，入院前颅脑损伤患者昏迷时间不能为空，不需要填写的应为“-”

	75. 当首页出院诊断编码中含有 S06（颅内损伤）时，入院后颅脑损伤患者昏迷时间不能为空，不需要填写的为“-” 76. 当首页的手术名称类别为手术时，麻醉方式不为空 77. 当首页的手术名称类别为手术时，手术操作切口等级不为空 78. 当首页的手术名称类别为手术时，愈合等级不为空 79. 当首页的手术名称类别为手术或介入时，对应的手术操作级别不为空 80. 病案首页现住址邮编合规性质检 81. 病案首页住址电话合规性质检 82. 病案首页身份证号合规性质检 83. 病案首页联系人姓名合规性质检
首页一致性规则	对患者基本信息、诊断、手术等信息相互间矛盾的情况进行质量控制 84. 病案首页入院病情为有的诊断与入院记录的入院诊断不一致（入院时病情不明确的情况除外）。 85. 病案首页与入院记录过敏药物记录内容不一致 86. 出院记录与病案首页记录的出院日期不一致 87. 病案首页与入院记录婚姻状态不一致
主诊断选择合理性规则	对病案首页主诊断选择的合理性进行质量控制： 88. 产科主诊断选择产科并发症或伴随疾病 89. 选择剖宫产原因作为主诊断
其他诊断遗漏规则	对病案首页其他诊断遗漏的情况进行质控提醒： 90. RIS 报告中提示的疾病未加入病案首页诊断中 91. 既往史在病案首页的遗漏 92. 术后诊断在病案首页的遗漏 93. 出院诊断在病案首页的遗漏
其他诊断错误	入院记录正在治疗的疾病未列入病案首页其他诊断中： 94. 医院入院记录特殊字段“正在治疗的疾病及用药”中明确书写的在患疾病未写入病案首页其他诊断中。 95. 病案首页肺动脉高压诊断未明确分度
手术操作错误	96. 本次住院期间的手术不书写为术后状态的诊断
手术操作	97. 手术记录 术后首次病程 术前小结中的手术/操作在病案首页中的遗漏

	遗漏	98. 手术经过中血管操作在病案首页手术/操作中存在遗漏
病案首页 360 视图浏览	病案及诊疗资料浏览	支持在质控过程中随时浏览患者本次住院的 360 维度信息, 包括: 患者基本信息、入院记录、出院/死亡记录、病程记录、医嘱、检验检查结果、谈话记录等相关信息。
病案事前提醒	编码员实时质控	支持病案室端在编码过程中进行实时、智能提示, 编码员可根据系统提示内容和建议修改病案首页。 支持查看人工质控结果, 对人工质控的问题进行实时反馈。 支持查询人工反馈有问题的病案列表, 并查看问题。
病案事中质控	病案首页查询	支持病案首页按科室、病区、出入院日期、病案号、患者、问题类型、首页得分等条件进行快速查询, 可根据数据权限按科室、按病区控制数据查询范围。
	质控人员实时质控	支持质控人员快速查询病案、并对系统质控结果进行人工质控。 支持人工质控结果实时反馈给编码员。 支持对编码员反馈的病案问题快速查询, 并对反馈的结果进行再次审核。
	病案首页自动评分	可基于医院所属省份运首页评分表内容, 进行评分表展现。评分表包含: 评分项目、评分标准、评分方法、扣分结果、扣分理由。
病案事后质控	质控任务管理	支持质控管理人员定期创建质控任务, 并指定任务执行人和期望完成日期, 然后选择要进行抽查的病案(支持随机选择) 完成任务的创建。 支持质控管理人员实时查看质控任务的进展情况, 以及质控结果, 在任务完成后, 可以结束任务。 质控人员接到质控任务后, 对任务中的病案进行质量审核。
	质控问题快速原文定位	质控人员在质控过程中可添加系统未质控出的问题, 系统质控的问题支持快速原文定位, 方便人工对结果进行快速判断。
病案首页质控规则维护	病案质控规则	支持按规则名称、规则逻辑、规则类型、专科类型、规则分类、规则环节、规则来源等维度进行规则的查询。 支持规则的生效状态进行开启/关闭。 支持规则级别的配置, 支持 3 级配置, 3 级为最高级别。
360 维度病案首页数据质量管理和分析	病案统计分析	系统支持按一定时间范围、科室等不同维度进行全院病案首页质控情况分析, 实时显示出院患者数、入院患者数、使用抗菌药物患者数、手术患者数。 系统支持全院病案首页问题情况在一定时间段内的多维度数据展示, 包括: 单项否决问题数、完整性问题数、合规性问题数、一致性问题数、总体问题数、当月环比率、质量问题情况趋势等病历数据内容。 系统支持不同病区科室/医生病案首页问题执行情况进行分析, 至少包括: 单项否决问题数、完整性问题数、合规性问题数、一致性问题数、总体等

		数据内容进行走势分析。
	病案 问题 分析	按日期范围统计问题数量、问题发生率、问题采纳率。
		按日、月、年统计问题的数量、问题发生率、问题采纳率的趋势。
		按质控问题统计科室、医疗组、医生，问题的数量、问题发生率、问题采纳率。
	问题 追溯	支持统计分析结果下钻到每一份病案。
		支持对全院病案首页质控情况进行可视化、多维度展示，能够帮助医院质控部门对全面及时掌握医院质控现状，并协助制定合理的质量改进计划。
编码质 控	诊断 编码 质控	对病案首页的主诊选择错误、诊断漏编、合并编码、编码冲突、以及编码位置错误等编码问题进行质控，支持不低于 3000 多条编码质量控制规则。
	手术 编码 质控	系统涵盖另编码遗漏、另编码疑似遗漏、手术省略编码多编、手术编码冲突以及合并编码等不同手术编码问题进行质控
	编码 规则 管理	支持按规则原文、规则章节、专业类型、提醒类型、规则状态、提醒级别进行规则的查询。 支持对规则的生效状态进行开启/关闭。 支持规则级别的配置，支持 3 级配置，3 级为最高级别。
	编码 统计 分析	支持按照出院月份（起止）、病历归档状态、专业类型（至少包含主诊断选择错误、主手术选择错误、性别与疾病逻辑冲突、另编码遗漏等 26 类）、章节（包含肿瘤、神经系统等 46 章）自动统计每条质控规则的质控总数、不通过数、不通过率、修正问题数、修正率。支持点击表头排序及下载表内容。点击规则名称可跳转至该规则的问题趋势图（失败率/修正率），并展示问题管理列表，可按科室、医疗组、主治医生展示问题病历数、失败率（当前值、环比值、环比比率）、修正病历数、问题修正率（当前值、环比值、环比比率）。
权限配 置	用户 管理	系统支持管理员设置不同角色权限，不同权限的角色在使用时功能模块和数据不一致。
		系统支持管理员对角色的功能模块权限进行自定义配置管理。
		系统支持管理员对角色数据查看权限的范围进行自定义配置管理。
	字典 维护	质检问题字典维护，按照国家规定配置质检评分表，提供质检问题模板维护功能。

能统计病案管理的 19 个指标数据，并形成报表。

重大检查记录符合率	CT/MRI 检查记录符合率（MER-ME-01）
	病理检查记录符合率（MER-ME-02）

	细菌培养检查记录符合率 (MER-ME-03)
诊疗行为记录符合率	抗菌药物使用记录符合率 (MER-D&T-01)
	恶性肿瘤化疗记录符合率 (MER-D&T-02)
	恶性肿瘤放疗记录符合率 (MER-D&T-03)
	手术相关记录完整率 MER-D&T-04)
	植入物相关记录符合率 (MER-D&T-05)
	临床用血相关记录符合率 (MER-D&T-06)
	医师查房记录完整率 (MER-D&T-07)
	患者抢救记录及时完成率 (MER-D&T-08)
病历归档质量指标	出院患者病历归档完整率 (MER-TQ-02)
	主要诊断填写正确率 (MER-TQ-03)
	主要诊断编码正确率 (MER-TQ-04)
	主要手术填写正确率 (MER-TQ-05)
	主要手术编码正确率 (MER-TQ-06)
	不合理复制病历发生率 (MER-TQ-07)
	知情同意书规范签署率 (MER-TQ-08)
	甲级病历率 (MER-TQ-09)

三、门诊病历质量控制

分系统名称	系统功能	功能描述及要求
门诊病历形式质控	事前质控提示	病历书写形式质控, 包括对门诊病历中所有病历中信息填写的完整性、一致性和合规性进行智能判断, 当病历内容存在缺失时, 系统将主动提示质控缺陷并标识原因。
	病历质控点	系统覆盖 15 余个病历质控点, 包括: 门诊病历、门诊复诊病历、门诊补充续打病历等所有内容的书写一致性、完整性、合规性的主动审核。
	病历及诊	病历文书: 提供病历文书浏览和内容基本项目缺陷检查功能。

	疗资料浏览	医嘱内容： 提供医嘱内容浏览和项目检索功能。包括：药品、检查、检验等，其中药品展示给药途径和给药剂量。
		检查/检验： 提供检查/检验结果浏览功能，重点标记检验异常项目。
		患者信息： 提供患者门诊基本信息浏览功能。
		诊断信息： 提供患者的诊断信息查询。
	门诊病历形式质控	病历筛查： 按科室/病区、病历号、患者姓名、就诊日期、门诊医生等基本条件查询患者。
	病历质量统计	按问题类型统计，提供按问题类型统计功能。可根据科室名称和就诊日期查询检查问题类型。
		检查问题清单统计，可根据科室名称和就诊日期查询检查问题清单。
		按科室统计，可根据科室名称统计检查问题清单。
		按检查者统计，可根据检查者统计他检查的问题条目数。
		按反馈信息统计，可根据科室、问题类型、经治医师和就诊时间统计反馈信息。
		按工作量统计，可根据检查者统计他检查的病历数、检查例数和问题条目数。
	全过程质控管理	事前提醒： 根据用户设置的时效质控规则、内容质控规则、逻辑质控规则，实时在线做干预提醒。
		事中监控： 支持医嘱、检查/检验、病历三者一致性质控检查；典型病历自动抽取进行环节质控。
门诊病历内涵质控	病历内涵全覆盖	系统通过自然语言处理智能分析医嘱文书、检验检查结果等多维度病历信息，实现病历内涵的全覆盖。
	上下文一致性	单一文书内容一致性提醒 系统可检查当前文书中对同一情况的记录是否一致，以此来保证数据准确性，如：体格检查与专科检查记录的一致性；现病史中手术史/外伤

		史/药物过敏史等与既往史中手术史/外伤史/药物过敏史记录的一致性。
诊疗过程合理性		系统可结合患者全病历文书以及医嘱、检验检查结果等，判断医生的诊断、检查检查开立和药物的使用及病程记录是否符合患者病情特点，如：体格检查中，若体格检查中的描述和诊断是否相符。
文书书写缺陷		系统可检查各病历文书的记录内容是否存在缺陷；如：病历中缺少相应诊断依据；门诊药品用法书写不规范，是否有用法剂量等详细描述等。
客观逻辑一致性		系统可检查全病历中记录的内容是否符合客观逻辑一致性。
二次人工审核		患者基本信息（性别、年龄、特殊人员）与月经史等的描述的一致性。
		系统支持门诊管理端根据病历AI审核结果，包括：病历详情、病历质控问题数量分布、质控结果（病历类型、质检项目、问题类型、系统结果、人工调整、操作）病历质量问题数量等维度进行结果展示，并支持二次人工审核。
	缺陷定位	系统可展示出选中病历文书的所有缺陷详情，支持点击缺陷条目后，跳转至病历文书的原文位置，并且以不同背景颜色提示。
人工意见	质控结果人工修改。	系统支持对AI质控结果进行修改，如：批注、新增或删除质控条目，并且在修改质控条目后实时更新该病历的缺陷总览等。
		系统支持在人工审核病历时，能够选择当前病历是否通过二次审核，并且有通过/驳回的操作，并支持人工备注原因。驳回病历在医生端有特殊标识提示，并显示驳回原因。
病历查询		系统支持按科室/病区、出院日期、病历号、门诊医生、患者姓名等维度进行搜索病历得分情况。
		系统支持图表展示病历质控问题的详细数量，包括：门诊初诊病历问题数、门诊复诊病历问题数、补充续打病历问题数，以及一致性问题数、完整性问题数、合规性问题数。
病案及诊疗资料360视图浏览		支持在质控过程中随时浏览患者本次住院的360维度信息，包括：患者基本信息、门诊病历、医嘱、检验检查结果等相关信息。

	病历内涵质控点	系统覆盖 40 余个内涵质控点。
		主诉超过 20 个字： 系统自动判断门诊病历中主诉内容（症状、查体、诊断、检查结果、检验结果等）是否超过 20 个字符数量。
		主诉包含本次门诊诊断： 主诉内容（症状、查体、诊断、检查/检验结果等）包含本次门诊诊断。
		病历内容矛盾： （1）诊断与体格检查结果不匹配（如行经中与已绝经）； （2）诊断与外伤史矛盾（如诊断为外伤相关性诊断，既往史或者现病史否认外伤史）； （3）诊断与传染病史矛盾（如诊断为传染病相关性诊断，既往史则无相关传染病史描述）。
		带药与医嘱不符：文书出院带药存在用法用量用药频次信息的不完整
	跟随源头信息修改而及时更新	系统支持原始诊疗信息查看，可实时主动抓取修改后的源头信息，及时提醒医生，有效降低因智能化层级较低的信息化建设产生的新质控问题。
质控规则维护	规则列表	医院现场可在规则查询页面查看每条质控规则逻辑，也可根据医院实际质控情况对规则状态进行配置，在规则后方进行对该条规则进行关闭/开启配置。
	规则管理	支持按规则原文、提醒类型、规则状态、提醒级别进行规则的查询。
		支持对规则的生效状态进行开启/关闭。
		支持规则级别的配置，支持3级配置，3级为最高级别。
系统管理	用户管理	提供用户使用系统的授权控制。
		支持用户功能权限的配置管理。
		支持用户数据权限范围的授权管理。
	ICD10查询	ICD10诊断库查询，提供诊断库检查功能。

四、其他要求

- 1、为保证系统正常运行，与甲方各系统产生的接口费用由乙方承担。
- 2、该系统满足电子病历应用水平分级评价 6 级、互联互通五级乙等相关标准评审细则功能要求。

- 3、该系统满足三级医院评审细则中专业质量数据统计功能要求。
- 4、该系统满足国家三级公立医院绩效考核及其他政策性电子病历质控及医疗质量相关数据上报，各类数据符合考核上报要求。
- 5、支持后期根据医疗管理需要，添加质量控制指标统计等功能。
- 6、能有二部大屏显示。
- 7、满足校验病历文书针对专科疾病是否记录符合专病逻辑。
- 8、满足针对病案内容待完成文书、待书写内容预先提示。
- 9、满足校验文书记录的疾病诊断是否属实、是否无医学逻辑问题。
- 10、满足校验文书是否如实按照实际医师诊治、分析行为记录。
- 11、满足校验文书是否如实按照患者实际在院病情发展顺序记录。
- 12、满足校验同一患者多次来院就诊病历文书之间是否内容一致。
- 13、满足校验各病历记录内容与其他临床系统数据是否一致。
- 14、满足校验各病历间文书内容是否保持逻辑一致。
- 15、满足校验各病历文书是否复制粘贴内容重复。
- 16、满足校验各病历文书章节是否完整。
- 17、满足校验病历文书中涉及数值、日期、字典项是否存在明显不合理。
- 18、满足校验国家住院病案评分标准中文书是否超时书写、是否未书写文书、是否未按规定频次书写病程记录。
- 19、满足对首页内容与文书内容是否一致，与检查/检验报告内容是否一致。
- 20、满足校验首页字段首页字段是否完整、数值是否符合逻辑。