区域慢病健康管理系统需求说明

一、项目背景

根据国家公立医院改革“分级诊疗，首诊在基层”和数字健康、社区医疗服务以及疾病预防控制三大基层工作重点，基层医疗机构承担着慢性病诊疗与预防的工作职能，但目前我区医疗卫生机构功能薄弱，慢性病基本医疗和基本公卫融合度低，基层医疗卫生机构慢性病管理绩效考核评价体系缺乏信息化管理途径导致医生工作效率低,居民就医满意度低，基层首诊率低

通过信息化支撑和服务流程再造，积极探索临床诊疗和随访管理一体化路径，持续改进基层慢性病诊疗同质化水平和诊间管理规范化水平,不断提升慢性病诊疗管理的效率性和真实性，实现医防有效融合。

二、建设目标及建设内容

全市统筹推进加强高血压糖尿病全周期管理推进分级诊疗改革,提升全市特别是基层医疗机构的慢病管理能力，达到“两慢病”患者在基层医疗卫生机构门诊就诊率提高到 70%以上，二级及以上医院向基层机构转诊“两慢病”患者人数年增长率在 10%以上，“两慢病”基层规范管理服务率稳定在 60%以上，血压、血糖控制率稳定在 45%以上和 40%以上；稳定期“两慢病”患者在二级及以上医院门诊就诊占比下降,“两慢病”患者并发症发病率有所下降。

项目建设规模：覆盖全区所有参与慢病医疗、管理、服务的医疗卫生机构。

建设内容包括：打通市健康信息平台、电子健康档案平台、区基层 HIS，建设慢病患者全量健康数据汇集系统，配置监管端、医护端、居民端三个使用端口，实现慢病全量健康数据汇集、清洗、治理，方便医生在诊间进行数据采集、任务提示、路径化管理、健康评估、健康处方、诊间随访，为患者提供评估报告、健康处方、居家监测数据分析，为管理者提供档案质控、考核达标情况、慢病地图、健康指数、管理效果评价等实时数

据分析。

三、需求内容

（一）需求一览表

序号	分类			主要内容描述
1	区域慢病健康管理系统	区域慢病数据采集	HIS 医疗系统对接数据	患者基本信息、挂号信息、诊疗收费信息、门诊就诊记录信息、门诊处方明细信息、门诊收费明细信息、门诊诊断明细信息、体检报告首页信息、体检分科（分组）报告信息、体检明细信息、住院就诊记录信息、住院医嘱明细信息、住院收费明细信息、出院小结信息、住院病案首页信息、手术记录信息、手术明细信息、实验室检验报告信息、检验结果指标信息、医学影像检查报告信息、转诊记录、组织机构信息、科室信息、医生信息、医生科室关联信息、疾病字典信息、检查检验项目字典信息、检验申请单信息、检验申请单明细信息等。
2			公卫系统对接数据	个人基本信息、个人既往史信息、个人疾病史信息、个人家族史信息、居住地址编码信息、健康体检信息、辅助检查信息、现存主要健康问题信息、高血压档案专项信息、高血压随访登记信息、高血压分层评估信息、高血压高危人群随访服务记录、高血压随访用药记录、糖尿病专项档案、糖尿病随访登记信息、糖尿病管理效果评估信息、糖尿病高危人群随访服务记录、糖尿病随访用药记录、团队

				信息、医生信息、医生团队关联信息、家庭医生签约记录等。
3		医生端	系统首页	包括登录、今日任务、任务量统计、工作量统计、慢病统计等。
4			诊前管理	包括患者基础信息、诊前体征数据、疾病状态、生活方式、辅助检查等。
5			诊中管理	包括患者列表、接诊弹窗、慢病入组、高脂血症建档、健康详情、患者基础信息、待办任务、全生命周期管理流程、慢病监测指标、体检提示、诊间辅助、检验检查信息、诊中随访、评估和辅助决策、健康指导等。
6			诊后管理	包括诊疗追溯、预约提醒、门诊预约、预约提醒、随访信息同步等。
7			管理后台	包括患者管理、随访管理、设备采集、物理体检、设备采集、标签管理、导入患者等。
8		居民端	居民端	居民端以 H5 嵌入各应用平台，对接用户体系实现在移动端上架，主要用于展示患者自身的评估报告、健康指数、用药记录等相关内容。
9		监管端	首页	包括数据概览、任务量统计、工作量统计、管理指数等。
10			数据展示	包括全区慢病统计、分级分层、并发症情况统计、实时数据、站点地图、核心绩效指标统计、站点管理效果统计、随访情况统计等。
1			基础指标	包括基础指标报表、基层就诊情况、慢病管理情况等。

1				
12			管理指标	包括当量计算考核、慢病管理内容核查、慢病关键节点核查等
13			监管配置	包括医生管理、团队管理、反馈列表、机构配置、用户配置等。
14		慢病干预管理	慢病评估	包括慢病风险评估和慢病并发症风险评估。
15			慢病干预	包括慢病用药辅助、非药物干预、健康教育推送、专项随访、院后管理等。
16		公共组件服务	慢病健康画像	包括个人慢病画像、慢病人群就医习惯、慢病地图等。
17			两慢病路径化管理辅助	包括两慢病指南和公卫规范管理路径、可视化管理。
18			慢病辅助用药	建立辅助用药库、专科用药推荐。
19			慢病健康教育	包括教育素材库管理、教育素材库调阅分享。
20		健康档	质控基础管理	包括质控表单设置、质控规范体系、质控规则管理、质控日志管理、质控计算引擎、质控任务管理等。
2			档案质控服	案质控服务主要对居民健康档案管理与服务记录信息进

1		案质控	务	行事中、事后、中心数据质控，通过质控结果来反馈健康档案服务质量。
2 2			档案质控查询	包括个人质控查询、指标质控查询、规范性校验查询、随访情况查询等。
2 3			质控管理中心	包括异常指标申诉处理、首页质控总览、统计分析等。
2 4		第三方接口	与区区域 HIS 系统对接	根据患者身份信息查询患者在本次就诊诊断、检验、检查报告、体检报告、电子病历等信息，系统刷卡接诊、登录及退出登录接口方式通知。
2 5			与区智慧健康站对接	智慧健康站自助检测设备检测结果查看。
2 6			与市慢病智管系统对接	多病种院后管理知识库、5G+物联网（IOT）平台知识库、健康积分及使用规则知识库。
2 7			对接诊前体征采集设备数据	实现区全部基层医疗机构的诊前体征采集设备的数据接入。
2 8	云资源			数据服务器、应用服务器共 4 台。
2 9	软件测评			第三方软件测评。

（二）技术标准与要求

1、区域慢病健康管理系统

1.1区域慢病数据采集

汇集全民健康信息平台、健康档案平台、签约系统、转诊系统、区域 HIS、LIS、PACS、心电图系统、体检系统、两慢病人群在智慧健康站的相关信息，以两慢病患者身份证号码为唯一识别码进行汇集，为两慢病患者健康指数、健康画像、健康地图、健康评估、诊间随访、档案完善、档案质控提供支撑。

1.1.1 健康平台 HIS 医疗系统对接数据

对接患者基本信息、挂号表、诊疗收费表、门诊就诊记录表、门诊处方明细表、门诊诊断明细表、体检报告首页、体检分科（分组）报告、体检明细表、住院就诊记录表、住院医嘱明细表、住院收费明细表、出院小结表、住院病案首页主体表、手术记录表、手术明细表、实验室检验报告表头、检验结果指标表、医学影像检查报告表、会诊请求、接诊记录、组织机构表、科室信息表、医生信息表、医生科室关联表、疾病字典信息表、检验申请单表、检验申请单明细表。

1.1.2 基层 HIS 医疗数据对接

对接 HIS 接口，患者刷卡通知 AI 慢病助手，慢病助手实时获取就诊信息，对接患者基本信息、门诊就诊记录信息、门诊处方明细信息、门诊诊断明细信息、实验室检验报告信息、检验结果指标信息、医学影像检查报告信息表等。

1.1.3 公卫系统对接数据

对接家庭基本信息、家庭主要问题、个人基本信息、个人既往史、个人疾病史、个人手术史、个人外伤史、个人输血史、个人家族史、居住地址编码、档案开放记录、健康体检、辅助检查、现存主要健康问题、体检住院史、体检家庭病床史、体检用药记录、体检预防接种史、自理能力评估、高血压档案专项、高血压随访登记、高血压分层评估、高血压高危人群随访服务记录、高血压随访用药记录、糖尿病专项档案、糖尿病随访登记、糖尿病管理效果评估、糖尿病高危人群随访服务记录、糖尿病随访用药记录、第一

次入户随访、随访记录、老年人中医药健康管理、6-18 月龄儿童中医药健康管理、24-36 月龄儿童中医药健康管理、数据量记录汇总_业务对账、数据量记录汇总_上传对账、电子健康档案数据量日汇总、团队信息表、医生信息表、医生团队关联表、家庭医生签约记录等。

1.2医生端

按照慢病一体化门诊医防融合路径化管理设计，慢病患者在一次就诊过程中，通过诊前、诊中、诊后多环节协同，可以完成多项诊疗及公卫任务，各个环节采集到的信息可以共享，不需要重复输入。挂号后会主动提示到慢病一体化门诊就诊，在诊前区护士可以通过系统识别该患者当前需要完成的管理任务，通过诊前设备数据采集、生活方式问询、问卷填写等完成随访的相关内容。在患者到达诊中环节，医生可以审核诊前采集到的信息，按照提示完成路径化管理操作，结合就诊信息完成诊间随访及健康教育，预约下次就诊。医生在诊后对当天就诊信息、随访信息进行回顾整理，对已完成诊间随访的签约病人完成随访同步，对未按时复诊的签约病人进行预约或电话随访。

1.2.1用户登录

输入用户名和密码登录 AI 慢病助手系统，可以选择记住登录信息，下次点击直接登录。

用户体系与区区域 HIS 系统完成统一登录认证，医生可以在区域 HIS 中一键登录本系统。

1.2.2系统首页

系统更新日志：显示系统更新时间、更新内容。

个人信息：当前登录人员个人信息查看和修改。

今日任务：当前用户当日所需完成的任务，如门诊待随访、预约提醒、随访待同步、体检待同步。

任务量统计：当前用户所管理的患者的相关任务量的统计，统计节点如下：入组情况、AI 系统信息完善情况、体征、生活方式采集、物理体检表、检验检查、诊中随访、个人评估报告、健康教育、随访同步等相关数据统计及明细。

工作量统计：当前用户所执行的工作量的统计，统计节点如下：完善信息、生活方式采集、物理体检表、门诊随访、电话随访、其他随访、个人评估报告、健康教育、公卫同步、接诊次数等相关数据统计及明细。

高血压年度统计：当前用户所管理的患者的高血压规范管理率、高血压控制率、高血压分级分层、高血压疾病风险分数。

糖尿病年度统计：当前用户所管理的患者的糖尿病年度规范管理率、糖尿病年度控制率、糖尿病分级分层、糖尿病疾病风险分数。

高脂血症年度统计：当前用户所管理的患者的高脂血症人数、规范管理率、高脂血症年度控制率、高脂血症诊疗控制率、高脂血症分级人数和占比、高脂血症分色管理的人数和占比。

1.2.3诊前管理

基础信息：患者身份识别、完善信息，可修改患者基本信息，患者归属地提示。

体征数据：对患者的身高、体重、血压、腰围、血糖数据进行采集，用户可手动填写患者相关数据，也可通过设备自动获取对应患者所测量时产生的数据进行自动填充。没有采集数据时，系统默认填充本年度最近一次随访的身高、体重、腰围等信息。

疾病状态：通过诊前护士对患者的问询，获取患者最近的疾病状态并进行填写，疾病状态如下：无症状、头痛头晕、恶心呕吐、眼花耳鸣、呼吸困难、心悸胸闷等，病史采集；系统会自动优先填充上次随访时所填写的疾病状态，若有变化诊前护士可进行调整保存。

生活方式：通过诊前护士对患者的生活方式问询，获取患者最近的 生活方式情况并进行填写，生活方式状态如下：日吸烟量、日饮酒量、运动频次、摄盐状况、摄油情况、心理调整、遵医行为；系统自动优先填充上次随访时所填写的生活方式，若生活方式情况有发生变化，可由诊前护士进行调整保存。

辅助检查:通过诊前护士对患者辅助检查进行相关填写,如血糖值、足背动脉搏动、服药依从性、药物不良反应等，系统自动填充上次随访时所填写的辅助检查内容。

1.2.4诊中管理

待处理任务列表：待处理任务列表展示当前用户今日所需要处理的随访任务。

患者列表：展示当前用户最近接诊的患者、当前用户所管理的患者、当前用户所签约的患者以及当前用户所管理但是未完善患者基础信息的患者。

接诊弹窗：慢病患者刷卡后，系统会弹出提示窗，显示患者基本信息、签约医生、责任医生、所患病种、管理级别、上次随访时间、本次待办任务。

慢病入组：医生在使用系统以后首次接诊的慢病人群，系统会提示入组操作，自动跳出入组信息表，医生一键抓取并审核保存，完成入组操作。

高脂血症人群建档:高脂血症没伴有高血压、糖尿病的人群需要单独建立慢病档案。

健康详情：对患者基础信息、全生命周期管理流程、疾病风险指数、待办任务、慢病监测指标、管理路径等进行展示。

患者基础信息：对患者的基础信息、疾病标签、患者标签等相关信息系进行脱敏展示。本次就诊需要随访的患者在弹窗上次就诊时间后标注*。

全生命周期管理流程：对患者的全生命周期管理流程进行展示，包括健康指数、风险指数、执行路径等；

待办任务：对当前患者所待办任务进行展示，提醒用户对患者待办任务进行处理；

慢病监测指标：对患者的血压、血糖、血脂、肝肾功能、尿酸、同型半胱氨酸等慢病相关指标以图表形式进行展示，同时在图表中显示患者的相关用药记录。

体检提示：65 岁以上老年人显示上一次免费体检的时间；65 岁以下的两慢病人员显示上一次物理体检完成的时间，按照每年度至少完成一次物理体检的要求，医生可以根据间隔时间判断是否需要物理体检,系统可以协助医生快速完成物理体检并同步到健康档案系统。高脂血症不伴有高血压、糖尿病的人群，提示上次体检时间和体检报告、本次体检计划。

诊间辅助：诊前数据已采集的标注*，健康问卷填写过的标注*。医生可以对当前患者的诊前数据查看及录入、查看健康问卷填写情况。

检验检查：既往 90 天内检验检查项目、检验检查结果及曲线汇总；若患者的检验检查结果出现异常，则会在检验检查项目名称前标注用以提醒。未来 90 天内建议检查项目，检验检查项目可以实现一键开单。

诊中随访：根据慢病患者随访时间智能提醒随访，自动抓取诊疗过程中的随访数据并生成随访表，数据来源可核对。

评估与辅助决策：系统通过患者的检验检查、问卷、随访相关数据等，依据系统内置算法，生成辅助决策推荐及评估报告，对应报告内包含异常值提醒、诊断功能、风险评估、危险因素预警、分级诊疗建议等，显示上次打印健康报告的日期。

健康指导：用户可通过健康教育、健康处方对患者进行健康教育宣传。健康教育文章通过内置模型算法,匹配适用于患者当前状态的宣教文章,用户通过健康处方的形式，将文章二维码进行打印，交予患者进行扫码查看；

健康处方中包含对患者的指导建议、下次就诊时间及相关检验项目，全年度已完成和待完成任务列表展示，便于患者了解自身情况及对其指导，健康处方可以发送到居民

端。

1.2.5诊后管理

在医生结束当天诊疗工作后，可以通过诊后管理查看当天患者列表，查看当天哪些工作已完成，哪些工作待完成。

诊疗追溯：医生当天接诊的患者可通过诊疗追溯，查看患者所做的诊前采集数据、就诊记录、检验检查、诊间随访、健康处方、评估报告的内容。

门诊随访：对诊间做过的随访进行复核，查看是否有错误及遗漏。

门诊预约：按照随访时间前后20天生成预约过的患者清单。

预约提醒：对即将到期需要随访患者进行展示，通过电话预约患者前来就诊或者完成电话随访。

随访信息同步：将已经完成随访的信息同步到公卫系统，责任医生做的随访和其他医生帮助责任医生完成的随访。

1.2.6管理后台

患者管理：针对两慢病和高脂血症入组系统的患者的基本信息查看及管理。用户可通过患者管理，对已入组的患者进行查看、删除、信息完善等操作，并可依据患者相关信息进行筛选、查询等操作。

随访管理：针对两慢病和高脂血症患者待随访、已随访、取消随访等随访管理明细。用户可通过待随访及已随访的相关列表，对患者进行随访的填写及随访信息的查看、同步；已随访信息同步成功后，同步按钮将会消失，随访同步之后无法再次做出修改。按需查看取消随访列表信息。

物理体检：已完成的物理体检的查看及同步。

设备采集：身高体重、血压计、血糖仪、腰围尺的接口对接，数据采集、设备绑定

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/358056056057006062