

# 补充说明

## 一、项目基本情况

1、项目编号：淮财磋商采购-2025-9

2、项目名称：周口市第一人民医院三高共管项目

## 二、补充招标文件第三章服务需求

序号	分类	名称	模块	技术参数	单位	数量
1	软件清单	三高中心业务软件	信息管理中心	<p>(1)信息管理：支持三高中心人员编辑和查看系统通知信息，支持选择通知的机构和相关人员后发布信息通知。</p> <p>(2)信息审核：支持三高中心人员查看三高基地和三高之家发送的任务完成情况信息，可以审核通过或拒绝，拒绝后支持消息返回到发送人。</p>	套	1
			系统管理	<p>(1)机构管理：系统能够维护区划下各医疗机构信息；</p> <p>(2)科室管理：系统能够维护各机构科室信息；</p> <p>(3)用户管理：系统能够维护科室下各医生用户信息；</p>		
			健康档案管理	<p>★(1)居民健康档案管理：支持系统维护居民健康档案，需要包含居民姓名、身份证号、性别、出生日期、联系电话、亲属电话、现住址、人群类型信息，档案信息和公卫健康档案信息互联互通。提供相应系统功能截图（截图必须清晰可见）</p> <p>(2)失访居民管理：支持医生登记失访居民信息，支持选择居民信息，失访类型进行登记。</p>		
			健康档案浏览器	<p>(1)首页：支持展示居民的档案信息、生活方式、既往史、健康体检信息、健康评估信息。</p> <p>(2)服务记录：支持展示居民的用药记录、血压、血糖、血脂、心率、BMI历史记录信息、服务记录详情信息。</p> <p>(3)评估记录：支展示居民的三高健康评估信息，ASCVD风险评估结论、健康指导、治疗方案、服务计划信息。</p> <p>★(4)协诊记录：支持展示居民的三级协诊记录情况。提供相应系统功能截图（截图必须清晰可见）</p> <p>(5)高危易患筛查记录：支持展示居民的高危易患筛查信息，需包含居民的血压、血糖、血脂、生活方式、既往史、家族史信息以及健康指导、治疗方案、服务计划信息。</p> <p>(6)并发症筛查记录：支持展示居民的并发症筛查记录信息，需包含血压、血糖、血脂、肾功能、尿常规、脑血管病变、心血管病变、肾脏病变、眼底病变、神经病变、周围血管病变信息。</p>		

			<p>★（7）健康体检记录：支持展示居民的健康体检信息，支持数据同步公卫体检信息。提供相应系统功能截图（截图必须清晰可见）</p> <p>（8）医疗服务记录：支持展示居民的医疗服务信息，需包含者的门诊病史和住院病史，已经用药、检查、病历等相关医疗信息。</p>		
		易患人群管理	支持医生对居民进行高危易患筛查，医生可以维护居民的血压、血糖、血脂、生活方式、既往史、家族史信息，系统根据相关指标自动生成高危易患结果，支持生成年度服务计划，对居民进行相关的随访服务。		
		三高患者管理	支持医生对确诊三高的患者进行管理服务，可以查看三高患者的健康档案浏览器信息，对患者进行年度健康服务、查看和修改年度服务计划，为患者进行 ASCVD 健康评估服务。居民服务内容需包含居民基本信息（摄像头）、血压信息（可连接电子血压计）、血糖信息（可连接指尖血糖仪）、血脂信息（可连接指尖血脂仪）、体征疾病、用药信息、生活方式指导、尿常规、尿微量白蛋白、眼底检查、足背动脉搏动、糖尿病足监测（10g 尼龙丝）、膝腱反射检测（叩诊锤）、听力检测（音叉检测）。		
		健康服务管理	<p>★（1）服务计划：支持医生查看居民的服务计划，需要包含居民的服务进度、下次服务时间、下次服务有效时间段、下次服务内容信息。</p> <p>★（2）服务记录：支持医生查看居民的服务详情内容，需包含居民的基本信息、检查结果、血压血糖血脂心率指标的趋势、既往用药、治疗方案信息。</p>		
		三级协诊	<p>★（1）待接诊患者</p> <p>支持医生查看需要本机构接诊的患者，需包含居民的基本信息、居民所属机构、协诊方式、协诊类别、协诊时间信息。提供相应系统功能截图（截图必须清晰可见）</p> <p>（2）协诊记录</p> <p>支持医生查看本机构协诊的历史记录信息、需包含居民的基本信息、转出机构、转出医生、转出时间、接诊医生、接诊时间、协诊原因。</p> <p>★（3）协诊明细</p> <p>支持医生查看本机构协诊明细信息，需包含患者信息、患者人群类别、所属机构、血压血糖血脂、转出机构、转出医生、转出时间、协诊原因、协诊类别、接诊机构、接诊医生。</p>		
		六病同防	<p>（1）并发症管理：支持医生查看居民并发症信息，可以对需要进行并发症筛查的居民进行预约服务，选择预约机构、预约医生、预约时间进行预约。</p> <p>（2）并发症信息采集：支持医生对确诊过三高的患者进行并发症信息采集。①心血管检查包含：卧位血压测量、立位血压测量项目，可直接连接电子血压计；②眼底检查包含：眼底镜检查项目；③神经检查及其他包含：足背动脉搏动、足</p>		

				部皮肤表现、简易五项神经病变检查、既往史等检查项目； ④肾脏检查包：含肾脏检查项目，支持连接 ACR 仪；⑤血液生化检查包含：血脂、糖化血糖蛋白信息。支持连接血脂仪和糖化血红蛋白仪。	
			数据统计	支持显示慢性病基本情况报表、高危易患筛查工作量报表，实现三高并发症统计及三高重症情况统计。 (1) 慢性病基本情况报表：支持统计各个辖区内三高患病的人数和总人数占比。①高血压患病率：高血压患病人数/总人数×100%；②高血糖患病率：糖尿病患病人数/总人数×100%；③高血脂患病率：高血脂患病人数/总人数×100%。 (2) 高危易患筛查工作量报表：支持统计各个辖区内三高患者高危易患筛查工作完成情况。高危易患筛查完成率：高危易患筛查人数/辖区内总人数×100%。 (3) 三高并发症统计：实现统计辖区内新增三高并发症情况统计报表信息。①高血压新增发病率：高血压新增并发症人数/高血压患病人数×100%；②高血糖新增发病率：高血糖新增并发症人数/高血糖患病人数×100%；③高血脂新增发病率：高血脂新增并发症人数/高血压患病人数×100%。 (4) 三高重症情况统计：实现统计辖区内新增三高重症发生情况统计报表信。①三高重症发生率：三高重症登记人数/三高患者人数×100%；②重症治愈率：三高重症治愈人数/三高重症登记人数×100%；③重症致残率：三高重症致残人数/三高重症登记人数×100%；④重症致死率：三高重症死亡人数/三高重症登记人数×100%；	
			健康指导知识库	(1) 知识库管理：支持医生维护三高六病健康指导内容，需包含：饮食、运动、生活方式、健康监测、用药指导五方面指导信息。 (2) 健康指导方案管理：支持医生将健康指导知识库信息维护成健康指导方案，能够指定血压、血糖、血脂的具体范围，支持根据不同参考范围向医生推送相关的健康指导方案。	
			绩效考核	(1) 考核项目管理：考核项目需包含“系统指标”和“非系统指标”，其中“系统指标”默认系统获取，“非系统指标”支持自由维护。项目录入的格式支持单选、多选和量化数值，支持指定权重计算方式； (2) 考核方案管理：支持将考核项目维护成考核方案进行考核，方案由各个考核项目组成，对总成绩进行考核管理； (3) 考核执行：支持被考核机构提交考核方案的功能，被考核机构选择考核机构制定的考核方案后，可按照方案内容录入相关考核结果指标信息，提交完成后支持系统自动生成考核成绩和相关报告说明。	
			“三高共管，六病同防”市级管理平台对接	(1) ★支持三高共管业务各类信息的统一或点对点分发，支持三高中心、三高基地、三高之家节点的增删改管理、支持可视化统计分析数据展示； (2) 支持三高患者的慢病档案信息实时共享，支持市级平台	

				<p>查看三高患者的慢病档案数据，支持市级平台对全市慢病人群的实时监控和指导；</p> <p>(3) 支持三高患者管理服务数据的同步更新，市级平台可以直接查看三高患者的健康管理数据，需含健康服务、协诊、并发症筛查等生命体征数据，实现市级平台对三高中心、三高基地、三高之家开展业务指导、技术指导。</p> <p>(4) ★支持市级平台的统一考核，市级平台制定的绩效考核任务可以统一或者点对点分发给三高中心、三高基地、三高之家，三高共管业务系统可以执行市级平台制定的绩效考核任务，支持在线上完成相关指标的考核，结果可以在市级平台查看。</p> <p>5、支持市级平台统一健康指导知识库，市级平台专家组能够从“饮食、运动、健康监测、生活方式、用药”五个方面搭建健康指导知识库，实现根据患者个人实际情况提供适配的个性化健康指导，为三高中心、三高基地、三高之家的医护人员提供慢病患者健康指导的智能辅助支撑。</p>		
2		三高基地业务软件	融合门户	★支持融合基层 HIS 和公卫家医系统，能够调取基层 HIS 和公卫家医数据。	套	4
			信息管理中心	<p>(1) 信息管理：支持三高中心人员编辑和查看系统通知信息，支持选择通知的机构和相关人员后发布信息通知。</p> <p>(2) 信息审核：支持三高中心人员查看三高基地和三高之家发送的任务完成情况信息，可以审核通过或拒绝，拒绝后支持消息返回到发送人。</p>		
			系统管理	<p>(1) 机构管理：系统能够维护区划下各医疗机构信息；</p> <p>(2) 科室管理：系统能够维护各机构科室信息；</p> <p>(3) 用户管理：系统能够维护科室下各医生用户信息；</p>		
			健康档案管理	<p>★(1) 居民健康档案管理：支持系统维护居民健康档案，需要包含居民姓名、身份证号、性别、出生日期、联系电话、亲属电话、现住址、人群类型信息，档案信息和公卫健康档案信息互联互通。</p> <p>(2) 失访居民管理：支持医生登记失访居民信息，支持选择居民信息，失访类型进行登记。</p>		
			工作台	<p>(1) 我的任务：支持医生查看当天待接诊患者、待服务患者信息，可以刷身份证快速查询，同时支持查看已逾期工作情况。</p> <p>(2) 一体化管理统计：支持医生查看本辖区内三高患者一体化管理率、三高患者一体化规范管理率、三高控制率情况</p> <p>(3) 医生工作明细：支持医生查看本机构评估、服务工作明细和协诊、并发症工作明细。</p>		
			三高患者管理	支持医生对确诊三高的患者进行管理服务，可以查看三高患者的健康档案浏览器信息，对患者进行年度健康服务、查看和修改年度服务计划，为患者进行 ASCVD 健康评估服务。居民服务内容需包含居民基本信息（摄像头）、血压信息（可连接电子血压计）、血糖信息（可连接指尖血糖仪）、血脂		

			信息（可连接指尖血脂仪）、体征疾病、用药信息、生活方式指导、尿常规、尿微量白蛋白、眼底检查、足背动脉搏动、糖尿病足监测（10g 尼龙丝）、膝腱反射检测（叩诊锤）、听力检测（音叉检测）。		
		三级协诊	<p>★（1）待接诊患者 支持医生查看需要本机构接诊的患者，需包含居民的基本信息、居民所属机构、协诊方式、协诊类别、协诊时间信息。提供相应系统功能截图（截图必须清晰可见）</p> <p>（2）协诊记录 支持医生查看本机构协诊的历史记录信息、需包含居民的基本信息、转出机构、转出医生、转出时间、接诊医生、接诊时间、协诊原因。</p> <p>★（3）协诊明细 支持医生查看本机构协诊明细信息，需包含患者信息、患者人群类别、所属机构、血压血糖血脂、转出机构、转出医生、转出时间、协诊原因、协诊类别、接诊机构、接诊医生。</p>		
		六病同防	<p>（1）并发症管理：支持医生查看居民并发症信息，可以对需要进行并发症筛查的居民进行预约服务，选择预约机构、预约医生、预约时间进行预约。</p> <p>（2）并发症信息采集：支持医生对确诊过三高的患者进行并发症信息采集。①心血管检查包含：卧位血压测量、立位血压测量项目，可直接连接电子血压计；②眼底检查包含：眼底镜检查项目；③神经检查及其他包含：足背动脉搏动、足部皮肤表现、简易五项神经病变检查、既往史等检查项目；④肾脏检查包：含肾脏检查项目，支持连接 ACR 仪；⑤血液生化检查包含：血脂、糖化血红蛋白信息。支持连接血脂仪和糖化血红蛋白仪。</p>		
		健康档案浏览器	<p>（1）首页：支持展示居民的档案信息、生活方式、既往史、健康体检信息、健康评估信息。</p> <p>（2）服务记录：支持展示居民的用药记录、血压、血糖、血脂、心率、BMI 历史记录信息、服务记录详情信息。</p> <p>（3）评估记录：支持展示居民的三高健康评估信息，ASCVD 风险评估结论、健康指导、治疗方案、服务计划信息。</p> <p>（4）协诊记录：支持展示居民的三级协诊记录情况。</p> <p>（5）高危易患筛查记录：支持展示居民的高危易患筛查信息，主要包含居民的血压、血糖、血脂、生活方式、既往史、家族史信息以及健康指导、治疗方案、服务计划信息。</p> <p>（6）并发症筛查记录：支持展示居民的并发症筛查记录信息，主要包含血压、血糖、血脂、肾功能、尿常规、脑血管病变、心血管病变、肾脏病变、眼底病变、神经病变、周围血管病变信息。</p> <p>★（7）健康体检记录：支持展示居民的健康体检信息，数据同步公卫体检信息。提供相应系统功能截图（截图必须清晰可见）</p>		

			★(8) 医疗服务记录：支持展示居民的医疗服务信息，主要包含门诊、住院信息。提供相应系统功能截图（截图必须清晰可见）		
		易患人群管理	支持医生对居民进行高危易患筛查，医生维护居民的血压、血糖、血脂、生活方式、既往史、家族史信息，系统根据相关指标能自动生成高危易患结果，同时支持生成年度服务计划，对居民进行相关的随访服务。		
		健康管理	<p>(1) 服务计划：支持医生查看居民的服务计划，需要包含居民的服务进度、下次服务时间、下次服务有效时间段、下次服务内容信息。</p> <p>(2) 服务记录：支持医生查看居民的服务详情内容，需包含居民的基本信息、检查结果、血压血糖血脂心率指标的趋势、既往用药、治疗方案信息。</p>		
		数据统计	<p>支持显示慢性病基本情况报表、高危易患筛查工作量报表，实现三高并发症统计及三高重症情况统计。</p> <p>(1) 慢性病基本情况报表：支持统计各个辖区内三高患病的人数和总人数占比。①高血压患病率：高血压患病人数/总人数×100%；②高血糖患病率：糖尿病患病人数/总人数×100%；③高血脂患病率：高血脂患病人数/总人数×100%。</p> <p>(2) 高危易患筛查工作量报表：支持统计各个辖区内三高患者高危易患筛查工作完成情况。高危易患筛查完成率：高危易患筛查人数/辖区内总人数×100%。</p> <p>(3) 三高并发症统计：实现统计辖区内新增三高并发症情况统计报表信息。①高血压新增发病率：高血压新增并发症人数/高血压患病人数×100%；②高血糖新增发病率：高血糖新增并发症人数/高血糖患病人数×100%；③高血脂新增发病率：高血脂新增并发症人数/高血压患病人数×100%。</p> <p>(4) 三高重症情况统计：实现统计辖区内新增三高重症发生情况统计报表信。①三高重症发生率：三高重症登记人数/三高患者人数×100%；②重症治愈率：三高重症治愈人数/三高重症登记人数×100%；③重症致残率：三高重症致残人数/三高重症登记人数×100%；④重症致死率：三高重症死亡人数/三高重症登记人数×100%；</p>		
		健康指导知识库	<p>(1) 知识库管理：支持医生维护三高六病健康指导内容，需包含：饮食、运动、生活方式、健康监测、用药指导五方面指导信息。</p> <p>(2) 健康指导方案管理：支持医生将健康指导知识库信息维护成健康指导方案，能够指定血压、血糖、血脂的具体范围，支持根据不同参考范围向医生推送相关的健康指导方案。</p>		
		慢病监管	(1) 慢病管理大屏：支持展示辖区纳入管理居民健康情况监管，主要监管信息需包含：三高患者确诊人数总览、三高单病种确诊人数分布、三高易患人数总览、三高单病种易患人数分布、三高患者确诊六病人数、易患筛查情况、三高患者年龄分布、年度三高患者新增人数趋势图。		

				★(2)慢病工作量大屏:支持展示各个机构三高共管六病协防工作量情况,主要信息需包含:评估工作量数据统计、各地区三高筛查完成情况排名、各地区六病筛查情况排名、三高六病筛查完成情况总览、居民服务情况总览、三高协诊情况总览、各地区协诊情况排名。提供相应系统功能截图(截图必须清晰可见)		
3		三高之家业务软件	融合门户	★支持融合基层 HIS 和公卫家医系统,能够调取基层 HIS 和公卫家医数据。	套	40
			信息管理中心	(1)信息管理:支持三高中心人员编辑和查看系统通知信息,支持选择通知的机构和相关人员后发布信息通知。 (2)信息审核:支持三高中心人员查看三高基地和三高之家发送的任务完成情况信息,可以审核通过或拒绝,拒绝后支持消息返回到发送人。		
			工作台	(1)我的任务:支持医生查看当天待接诊患者、待服务患者信息,可以刷身份证快速查询,同时支持查看已逾期工作情况。 (2)一体化管理统计:支持医生查看本辖区内三高患者一体化管理率、三高患者一体化规范管理率、三高控制率情况。 (3)医生工作明细:支持医生查看本机构评估、服务工作明细和协诊、并发症工作明细。		
			健康档案管理	★(1)居民健康档案管理:支持系统维护居民健康档案,需要包含居民姓名、身份证号、性别、出生日期、联系电话、亲属电话、现住址、人群类型信息,档案信息和公卫健康档案信息互联互通。提供相应系统功能截图(截图必须清晰可见) (2)失访居民管理:支持医生登记失访居民信息,支持选择居民信息,失访类型进行登记。		
			三高患者管理	支持医生对确诊三高的患者进行管理服务,可以查看三高患者的健康档案浏览器信息,对患者进行年度健康服务、查看和修改年度服务计划,为患者进行 ASCVD 健康评估服务。居民服务内容需包含居民基本信息(摄像头)、血压信息(可连接电子血压计)、血糖信息(可连接指尖血糖仪)、血脂信息(可连接指尖血脂仪)、体征疾病、用药信息、生活方式指导、尿常规、尿微量白蛋白、眼底检查、足背动脉搏动、糖尿病足监测(10g 尼龙丝)、膝腱反射检测(叩诊锤)、听力检测(音叉检测)。		
			三级协诊	★(1)待接诊患者 支持医生查看需要本机构接诊的患者,需包含居民的基本信息、居民所属机构、协诊方式、协诊类别、协诊时间信息。 ★(2)协诊记录 支持医生查看本机构协诊的历史记录信息、需包含居民的基本信息、转出机构、转出医生、转出时间、接诊医生、接诊时间、协诊原因。提供相应系统功能截图(截图必须清晰可见)		

				<p>(3) 协诊明细</p> <p>支持医生查看本机构协诊明细信息，需包含患者信息、患者人群类别、所属机构、血压血糖血脂、转出机构、转出医生、转出时间、协诊原因、协诊类别、接诊机构、接诊医生。</p>		
			六病同防	<p>(1) 并发症管理：支持医生查看居民并发症信息，可以对需要进行并发症筛查的居民进行预约服务，选择预约机构、预约医生、预约时间进行预约。</p> <p>(2) 并发症信息采集：支持医生对确诊过三高的患者进行并发症信息采集。①心血管检查包含：卧位血压测量、立位血压测量项目，可直接连接电子血压计；②眼底检查包含：眼底镜检查项目；③神经检查及其他包含：足背动脉搏动、足部皮肤表现、简易五项神经病变检查、既往史等检查项目；④肾脏检查包：含肾脏检查项目，支持连接 ACR 仪；⑤血液生化检查包含：血脂、糖化血红蛋白信息。支持连接血脂仪和糖化血红蛋白仪。</p>		
			数据统计	<p>支持显示慢性病基本情况报表、高危易患筛查工作量报表，实现三高并发症统计及三高重症情况统计。</p> <p>(1) 慢性病基本情况报表：支持统计各个辖区内三高患病的人数和总人数占比。①高血压患病率：高血压患病人数/总人数×100%；②高血糖患病率：糖尿病患病人数/总人数×100%；③高血脂患病率：高血脂患病人数/总人数×100%。</p> <p>(2) 高危易患筛查工作量报表：支持统计各个辖区内三高患者高危易患筛查工作完成情况。高危易患筛查完成率：高危易患筛查人数/辖区内总人数×100%。</p> <p>(3) 三高并发症统计：实现统计辖区内新增三高并发症情况统计报表信息。①高血压新增发病率：高血压新增并发症人数/高血压患病人数×100%；②高血糖新增发病率：高血糖新增并发症人数/高血糖患病人数×100%；③高血脂新增发病率：高血脂新增并发症人数/高血压患病人数×100%。</p> <p>(4) 三高重症情况统计：实现统计辖区内新增三高重症发生情况统计报表信。①三高重症发生率：三高重症登记人数/三高患者人数×100%；②重症治愈率：三高重症治愈人数/三高重症登记人数×100%；③重症致残率：三高重症致残人数/三高重症登记人数×100%；④重症致死率：三高重症死亡人数/三高重症登记人数×100%；</p>		
4	集成服务	三高系统集成服务	套	三高系统调试、部署、集成等	套	1

### 三、其他补充事宜

无

四、凡对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

1、名称：周口市第一人民医院

地址：淮阳区境内

项目联系人：孙飞 电话：15836212799

2、采购代理机构信息

名称：周口市公共资源交易中心政府采购中心

地址：周口市光明路与政通路交叉口向北100米路东

项目联系人：王园园 联系方式：0394-8106517、19913281180

