**需求申请单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **系统名称** | 手麻系统 | **提交科室** | 麻醉科 |
| **需求提出日期** | 2024年5月31日 | **信息科签字** |  |
| **需求****描述****︵****可****附****表****︶** | **需求序号** | **需求描述** |
| 1 | 本科室只能查看自己的手术排班 |
| 2 | 需要（申请单号，手术日期，手术名称，麻醉医生，助手，手术时间，麻醉方式）的视图 |
| 3 | 手麻系统的麻醉安排信息，手术完成后， 需要同步到HIS的手术管理系统中 |
| 4 |  |
| 5 |  |
|  | 6 |  |
|  | 7 |  |
|  | 8 |  |
|  | 9 |  |
|  | 10 |  |
|  | 11 |  |
|  | 12 |  |
|  | 13 |  |
|  | 14 |  |
|  | 15 |  |
|  | 16 |  |
|  | 17 |  |
|  | 18 |  |
|  | 19 |  |
| **提交科室负责人确认签字** |  | **确认日期** |  |