**泗阳县第一人民医院**

**需求申请单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **系统名称** | | 手麻系统 | | **提交科室** | 手术室 | |
| **需求提出日期** | | 2023/7/13 | | **期望完成日期** |  | |
| **提交科室**  **负责人签字** | |  | | **信息中心**  **负责人签字** |  | |
| **需求**  **描述**  **︵**  **可**  **附**  **表**  **︶** | **需求序号** | **需求描述** | | | | |
| 1 | 修改手术风险评估表为其他样式（图一） | | | | |
| 2 | 修改麻醉术前访视记录为其他样式（图二） | | | | |
| 3 | 麻醉知情同意书“拟行”前面增加“于YYYY-MM-DD hh:mm:ss”，可选时间 | | | | |
| 4 | 实时体征浮窗保持页面始终置顶展示 | | | | |
| 5 | 麻醉记录单必填项去掉器械护士 | | | | |
| 6 | 增加麻醉总结与返回时病情及注意事项文书 | | | | |
| 7 |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **需求**  **沟通**  **意见** |  | | | | | |
| **需求**  **处理**  **结果** | **完成情况** | |  | | | |
| **发布人** | |  | **发布时间** | |  |
| **提交科室负责人确认签字** | | |  | **确认日期** | |  |

需求序号1



需求序号2

