**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

