**启东市人民医院**

**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** | 2023/10/7 | **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 | 复苏记录单，在入室情况最下面，加一行 (具体可以看附页）四级手术：是 口 否 口 手术医师（陪同转运）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 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



四级手术：是 口 否 口 手术医师（陪同转运）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

手术医师（陪同转运）需要可以手动输入