
Ankieta dla kandydata na Partnera
(wypełnia podmiot wykonujący działalność leczniczą polegającą
na ambulatoryjnym świadczeniu zdrowotnym)

do projektu „Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania
elektronicznej dokumentacji medycznej”

nazwa jednostki:

1. Czy w Państwa jednostce występują budynki nieposiadające sieci LAN?

TAK , jeżeli tak to proszę podać ilość budynków?

NIE

.....

2. Czy Państwa jednostka posiada budynki niepołączone pomiędzy sobą siecią LAN?

TAK , jeżeli tak to proszę podać ilość niepołączonych budynków?

NIE

.....

3. Ile nowych punktów elektryczno – logicznych szacunkowo należałoby zainstalować w budynkach jednostki?

.....

4. Czy istnieje konieczność modernizacji sieci LAN lub sieci bezprzewodowej Wi-Fi w Państwa jednostce?

TAK , jeżeli tak to proszę opisać w jakim zakresie

NIE

.....

.....

.....

5. Czy sieć Wi-Fi w Państwa jednostce jest dostępna dla pacjentów?

TAK

NIE

6. Do ilu niezależnych łączy operatorskich z dostępem do Internetu jest podłączona jednostka?

.....

7. Jaki jest typ łącza (światłowód, miedź, radio), jaka jest prędkość przesyłania danych (upload, download [Mbps]) oraz jaka firma jest operatorem tego łącza?

.....

.....

8. Czy używają Państwo systemu informatycznego do obsługi ruchu i ewidencji chorych?

TAK , jeżeli tak to proszę podać nazwę producenta, nazwę oraz wersję oprogramowania.

NIE , jeżeli nie to czy są Państwo zainteresowani wdrożeniem takiego systemu?

.....
.....
9. Czy istnieje potrzeba zakupu dodatkowych licencji dostępowych dla funkcjonującego w Państwa podmiocie systemu obsługi ruchu i ewidencji chorych?

TAK , jeżeli tak to proszę wskazać jakich modułów oraz ilości sztuk licencji. NIE

.....
.....
10. Jeżeli są Państwo zainteresowani wdrożeniem nowego systemu obsługi ruchu i ewidencji chorych w Państwa jednostce to ile osób będzie korzystać z tego systemu?

Ilość osób przewidzianych do korzystania z systemu informatycznego do obsługi ruchu i ewidencji chorych

11. Czy posiadają Państwo urządzenia laboratoryjne lub diagnostyczne, które mają możliwość integracji z funkcjonującym w Państwa jednostce systemem informatycznym?

TAK , jeżeli TAK to które urządzenia chciałoby Państwo zintegrować? NIE

.....
.....
12. Czy są Państwo zainteresowani usługą składowania danych medycznych w zewnętrznym Centrum Przetwarzania Danych w postaci kopii zapasowych?

TAK , jeżeli tak to ile przestrzeni dyskowej zajmuje Państwa roczny przyrost NIE
elektronicznych danych składowanych w serwerowni [TB]?
Ile danych archiwalnych posiadają państwo w chwili obecnej [TB]?

13. Czy posiadają Państwo urządzenie brzegowe np. UTM, umożliwiające zestawienie bezpiecznego połączenia szyfrowanego zgodnie ze standardem IPsec?

TAK , jeżeli tak proszę podać nazwę producenta i model NIE

.....
.....
14. Czy byliby Państwo zainteresowani dostępem do usługi elektronicznego rekordu pacjenta (EHR), która zawierałaby rozszerzone dane medyczne pacjentów z Województwa Kujawsko-Pomorskiego?

TAK NIE

Podpis:

W przypadku pytań prosimy o kontakt z Panem Krzysztofem Nowakowskim tel. 56 6218 792 e-mail: k.nowakowski@kujawsko-pomorskie.pl