

---

**Ankieta dla kandydata na Partnera**  
**(wypełnia jednostka prowadząca stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne)**

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

*nazwa jednostki*

---

1. Czy istnieje konieczność modernizacji lub rozbudowy infrastruktury sprzętowej (serwery, macierze, przełączniki itp..) w Państwa szpitalu?

TAK  , jeżeli tak to proszę opisać w jakim zakresie.

NIE

.....

.....

.....

.....

2. Czy w Państwa szpitalu występują budynki nieposiadające sieci LAN?

TAK  , jeżeli tak to proszę podać ilość budynków?

NIE

.....

3. Czy Państwa Szpital posiada budynki niepołączone pomiędzy sobą siecią LAN?

TAK  , jeżeli tak to proszę podać ilość niepołączonych budynków?

NIE

.....

4. Ile nowych punktów elektryczno – logicznych szacunkowo należałoby zainstalować w budynkach szpitala?

.....

5. Czy istnieje konieczność modernizacji sieci LAN lub sieci bezprzewodowej Wi-Fi w Państwa szpitalu?

TAK  , jeżeli tak to proszę opisać w jakim zakresie

NIE

.....

.....

.....

.....

6. Czy na terenie Państwa jednostki istnieje możliwość bezpłatnego dostępu do bezprzewodowego Internetu dla Pacjentów?

TAK

NIE

7. Czy dostęp do Internetu oferowany w Szpitalu dociera do wszystkich sal, w których przebywają pacjenci?

TAK

NIE

8. Czy jesteście Państwo zainteresowani udostępnieniem bezprzewodowego Wi-Fi dostępu do Internetu dla pacjentów w Państwa Szpitalu?

TAK

NIE

9. Do ilu niezależnych łączy operatorskich jest podłączony Szpital? .....

10. Jaki jest typ łącza (światłowod, miedz, radio), jaka jest prędkość przesyłania danych (upload, download [Mbps]) oraz jaka firma jest operatorem tego łącza?

.....  
.....

11. Czy używają Państwo systemu HIS w szpitalu i przychodniach?

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

.....  
.....

12. Czy istnieje potrzeba zakupu dodatkowych licencji dostępowych dla funkcjonującego w szpitalu systemu HIS lub zakupu dodatkowych modułów systemu szpitalnego HIS?

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

13. Czy posiadają Państwo urządzenia laboratoryjne lub diagnostyczne, które mają możliwość integracji z systemem HIS niezintegrowane z nim?

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

.....  
.....  
.....

14. 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]? .....

15. 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

.....  
.....  
.....

16. Jakie są Państwa inne potrzeby w zakresie informatyzacji szpitala oraz jakie rozwiązania systemowe chcieliby Państwo wdrożyć w swoim szpitalu?

.....  
.....  
.....  
.....

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

TAK  NIE

18. Jakie według Państwa warunki musiałyby zostać spełnione, aby dokumentacja medyczna znajdująca się w systemie szpitalnym mogła zostać przekazywana do systemu regionalnego elektronicznego rekordu pacjenta(EHR)?

.....  
.....  
.....  
.....

Podpis: .....

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