**（院感）增加与省平台信息上报服务项目**

**单一来源采购文件**

**一、项目基本情况**

1、项目名称：（院感）增加与省平台信息上报服务

2、采购编号：2024XXDY002

3、预算金额：人民币3万元，最终报价超过采购预算的为无效响应文件。

4、采购需求：详见附件。

**二、单一来源供应商信息**

1、单一来源供应商名称：杭州杏林信息科技有限公司

2、供应商地址：浙江省杭州市滨江区长河街道江二路57号2幢D区4层

**三、供应商资格要求**

1、具有独立承担民事责任的能力；具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；有依法缴纳“税收”和“社会保障资金”的良好记录；参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；法律、行政法规规定的其他条件。

2、本项目的特定资格要求：无。

3、未被“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重失信行为记录名单。

4、本项目是否接受联合体：否。

**四、获取单一来源文件**

时间：2024年5月6日至2024年5月13日，请在南通市妇幼保健院官网（https://www.ntfybj.com）获取单一来源采购文件。采购活动如有变更，均在该网站上发布，供应商自行关注。

**五、响应文件提交**

提交响应文件截止时间：2024年5月13日14点00分（北京时间）。

提醒：逾时将拒绝接受响应文件文档。

地点：南通市崇川区世纪大道399号南通市妇幼保健院行政楼416室。

**六、开启**

时间：2024年5月13日14点00分（北京时间）。

地点：南通市崇川区世纪大道399号南通市妇幼保健院行政楼320室，如有变动，另行通知。

**七、无效响应的规定：**

供应商有下列情况之一的，视为无效协商：

1、协商响应文件未按单一来源采购文件要求签署、盖章的；

2、不具备单一来源采购文件中规定的资格要求（或未提供有效证明文件）的；

3、不满足单一来源采购文件中规定的实质性要求的；

4、报价超过单一来源采购文件中规定的预算金额的；

5、协商响应文件含有采购人不能接受的附加条件的；

6、法律、法规和单一来源采购文件规定的其它无效情形。

**八、供应商谈判时需携带的材料**

1、参加谈判供应商的资格证明文件：

（1）供应商法定代表人参加的，必须提供法定代表人身份证明（格式参见附件2）；

非法定代表人参加的，必须提供①法定代表人身份证明（格式参见附件2）、②法定代表人签字或盖章的授权委托书（格式参见附件2）。

（2）供应商的营业执照复印件或扫描件加盖公章；

（3）供应商具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；法律、行政法规规定的其他条件。须提供：符合规定条件的声明函（格式参见附件2）；

（4）关于资格文件的声明函（格式参见附件2）。

2、报价总表（首次）（格式参见附件2）；

3、报价明细表（格式自拟）；

4、参加谈判供应商认为有必要提供的其他文件。

请将上述材料按顺序自编目录牢固装订成册，壹式叁份，正本壹份，副本贰份，并密封在一个密封袋中，并在封袋上标明项目名称、采购单位、供应商全称及日期。正副本均需采用A4纸（图纸等除外），不允许活页或拉杆夹装订。谈判文件上要明确标注供应商全称及“正本”或“副本”字样，一旦正本和副本有差异以正本为准。谈判文件正本须由法定代表人或被授权人签字并加盖单位公章。副本可复印，但须加盖单位公章。

**九、谈判原则**

供应商在应仔细阅读本采购文件（包括合同）的所有内容后进行谈判响应。

供应商参加谈判时，不按本采购文件第八条要求提供完整的谈判材料的，将被拒绝进行单一来源谈判采购。

谈判小组查验参加谈判的供应商代表身份证明，谈判文件响应采购需求程度及偏差程度。谈判小组应遵循物有所值和价格合理的原则商定洽谈方案的价格承受上限，然后与供应商就价格问题进行谈判，供应商第一次报价超项目预算的不予接收，后一轮报价高于前一轮报价的亦不予接收。谈判报价原则上不超过3次，超出商定的洽谈方案的价格承受上限，本次谈判予以终止。

谈判成功后由谈判小组出具成交报告。

**十、发出成交通知书**

采购单位发出成交通知书后，采购单位改变成交结果，或者成交供应商放弃成交的，应当承担相应的法律责任。

**十一、合同签订与付款**

1、成交供应商在《成交通知书》发出后30日内按照采购文件确定的事项签订采购合同，签订采购合同壹式肆份。所签合同不得对采购文件作实质性修改。采购单位不得向成交供应商提出不合理的要求作为签订合同的条件，不得与成交供应商私下订立背离采购文件实质性内容的协议。

2、成交供应商出现违约情形，应当及时纠正或补偿；造成损失的，按合同约定追究违约责任。

3、付款方式：验收合格后30天内支付全款，付款前乙方需按国家有关财税规定开具有效的增值税发票给甲方。

**十二、其他补充事宜**

1、单一来源保证金：免收。

2、履约保证金：免收。

3、对项目需求部分（供应商资格要求、项目需求）的询问、质疑请向采购人提出，由采购人负责答复；对采购文件其它部分的询问请向采购文件联系人提出。

4、供应商应依照规定提交各类声明函、承诺函，不再同时提供原件备查或提供有关部门出具的相关证明文件。但中标供应商应做好提交声明函、承诺函相应原件的核查准备；核查后发现虚假或违背承诺的，依照相关法律法规规定处理。

**十三、凡对本次采购提出询问，请按以下方式联系**

**1、采购人信息**

名称：南通市妇幼保健院

地址：南通市崇川区世纪大道399号

联系方式：羌女士 0513-59008062

附件1：项目具体要求

**一、服务内容**

根据最新标准《江苏省健康信息平台共享数据集和编码标准（2023版）V1.0 临时0821》调整视图。利用视图方式配合新增表结构：增加“江苏卫生信息数据集（院感）2023 版”中的三张表（住院病人体温腹泻次数表结构、住院患者侵入性操作记录表结构、出院患者感染预警信息表结构）。

**二、交付时间和地点**

产品交付时间：自合同签订之日起一个月。

地点：采购人指定地点

**三、付款方式**

验收合格后30天内支付全款，付款前乙方需按国家有关财税规定开具有效的增值税发票给甲方。

**四、其他要求**

1、本项目报价包含人工、保险、检测调试、税费、技术支持与培训、系统维护等相关的劳务支出及工作所发生的全部费用以及企业利润、税金和政策性文件规定及合同包含的所有风险、责任等各项应有的运营费用。

2、响应供应商必须仔细阅读单一来源谈判文件内容，要求提供的资料必须提供，必须承诺响应单一来源谈判文件中提出的全部要求，只响应其中部分内容者，其响应文件将作无效标处理。

3、对本项目响应供应商资格要求、项目需求等的质疑由采购单位负责答复；采购单位具有项目的解释权，质疑函和答复由采购单位备案。

附件2：响应文件相关格式

**一、法定代表人身份证明**

南通市妇幼保健院：

我公司法定代表人 　　　 参加贵单位组织的 （采购项目名称)项目单一来源谈判采购活动，全权代表我公司处理投标的有关事宜。

附：法定代表人情况：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

身份证号码：

手机： 传真：

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件或扫描件 |

**注: 如为法定代表人参加项目谈判，须将身份证原件带至谈判现场备查。**

**如为被委托授权人参加项目，无须将法定代表人身份证原件带至谈判现场备查，仅需提供本证明。**

**二、授权委托书**

南通市妇幼保健院：

兹授权 （被授权人的姓名）代表我公司参加 （项目名称)的采购活动，全权处理一切与该项目单一来源谈判有关的事务。其在办理上述事宜过程中所签署的所有文件我公司均予以承认。

被授权人无转委托权。特此委托。

附：被授权人情况：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

身份证号码：

手机： 传真：

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

|  |
| --- |
| 被授权人身份证复印件或扫描件 |

**注:参加投标时被授权人将身份证原件带至投标现场备查。**

**三、承诺函**

我单位参加 （项目名称)的采购活动。做出如下声明：

1、我单位具有独立承担民事责任的能力；

2、我单位具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、我单位具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4、我单位有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、我单位参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

注1、供应商在参加采购活动前三年内因违法经营被禁止在一定期限内参加采购活动，期限届满的，可以参加采购活动。2、“较大数额罚款”认定为200万元以上的罚款，法律、行政法规以及国务院有关部门明确规定相关领域“较大数额罚款”标准高于200万元的，从其规定。

6、我单位满足法律、行政法规规定的其他条件。

声明人：（公章）

日期： 年 月 日

**四、关于资格文件的声明函**

南通市妇幼保健院：

本公司愿就由贵单位组织实施的项目名称为 （项目名称)的采购活动进行投标。本公司所提交的投标文件中所有关于投标资格的文件、证明和陈述均是真实的、准确的。若与真实情况不符，本公司愿意承担由此而产生的一切后果。

供应商：（盖章）

法定代表人或被授权人：（签字或盖章）

日期：

**五、报价表（首次）**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 投标报价  （首次报价） | 人民币大写： 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分  人民币小写：￥ 元。 |
| 付款条件 | 完全响应采购文件要求。 |

供应商：（盖章）

法定代表人或被授权人（签字或盖章）：

日期：

**注：**1、本表式不得自行改动。

2、本表谈判报价中包含所有的货物及其备品、加工制作费、包装费、上门服务费、人工费、保险费、检测验收费、运输到采购单位指定地点的装运费用（含装卸力资）、成品保护费、技术支持与培训费、现场踏勘费、交通费、通讯费、垃圾的清理清运费、售后服务费、办公设备费、管理费、利润、税金、政策性文件规定及为达到采购单位要求所包含的所有风险、责任等各项费用，即承担本次单一来源谈判可能涉及到的全部费用。

3、【**特别提醒**】**第二次报价或第三次报价（若有）将在开标现场填写，响应文件密封提交时只需填写首次报价。**

4、本项目最后报价仅接受低于供应商的首次报价，否则作无效响应处理。

5、一旦成交，最后报价响应总价即为本项目的成交价。

附件3：合同条款

**服务合同**

甲方：南通市妇幼保健院

乙方：

通过甲、乙双方友好协商，就（院感）增加与省平台信息上报服务项目本着平等互利的原则，根据《中华人民共和国民法典》及有关法律法规，就相关事宜达成如下合同：

1. **服务内容**

根据最新标准《江苏省健康信息平台共享数据集和编码标准（2023版）V1.0 临时0821》调整视图。利用视图方式配合新增表结构：增加“江苏卫生信息数据集（院感）2023 版”中的三张表（住院病人体温腹泻次数表结构、住院患者侵入性操作记录表结构、出院患者感染预警信息表结构）。

1. **合同金额及付款方式**

1、合同乙方即采购项目的中标人，成交价格为人民币（含税价）\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，大写金额：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

2、付款方式：验收合格后30天内支付全款，付款前乙方需按国家有关财税规定开具有效的增值税发票给甲方。

**户 名：**

**账 号：**

**开户行：**

1. **交付时间和地点**

产品交付时间：自合同签订之日起一个月。

地点：南通市妇幼保健院指定地点。

1. **甲乙双方权利和义务**

1、甲方应按合同所列付款方式按时付清费用。

2、乙方实现江苏省健康信息平台数据集院感相关数据上报。

1. **保密约定**

1、由甲方收集的、开发的、整理的、复制的、研究的和准备的与本合同项下工作有关的所有资料在提供给乙方时，均被视为保密的，不得泄露给除甲方之外的任何人、企业或公司，不管本合同因何种原因终止，本条款一直约束乙方。

1. **违约**

1、双方应按本合同约定履行各自的义务。

2、任何一方因不可抗拒因素不能履行合同的，应当及时书面通知对方，并在五个工作日内向对方提供书面证明，签订合同中止执行文书，产生的费用协商解决。

3、如任何一方违反本合同内容，另一方保留向违约方追求赔偿的权利。

1. **不可抗力**

1、因不可抗力不能履行合同的，根据不可抗力的影响，部分或者全部免除责任。但合同一方延迟履行后发生不可抗力的，不能免除责任。

2、合同一方因不可抗力不能履行合同的，应当及时通知对方，以减轻可能给对方造成的损失，并应当在合理期限内提供证明。

3、发生法律规界定的不可抗力因素，造成一方或双方损失的，均应当免除对方责任。

1. **合同的解除和转让**

1、甲方和乙方协商一致，可以解除合同。

2、有下列情形之一，合同一方可以解除合同：因不可抗力致使不能实现合同目的，未受不可抗力影响的一方有权解除合同；因合同一方违约导致合同不能履行，另一方有权解除合同；有权解除合同的一方，应当在违约事实或不可抗力发生之后三十天内书面通知对方以主张解除合同，合同在书面通知到达对方时解除。

3、合同的部分和全部都不得转让。

1. **争议解决**

本合同发生争议，由双方协商或调解解决，协商或调解不成时可以向甲方所在地人民法院起诉。

1. **其他事项**

1、合同自双方签字盖章之日起生效，本合同一式肆份,甲乙双方各执贰份。

2、本项目采购文件中的项目需求是本合同的组成部分，与本合具有同等效力。

3、本合同未尽事宜应按照《中华人民共和国民法典》及其相关配套法律法规之规定解释。

|  |  |
| --- | --- |
| 甲方（盖章）：南通市妇幼保健院 | 乙方（盖章）： |
| 法人或授权委托人（签字）： | 法人或授权委托人（签字）： |
| 签订日期： | 签订日期： |

**附件一**

**住院病人体温腹泻次数表结构**

**数据采集规则：**以出院时间为准，次月15日之前一次性上传。

**表名**：EMR\_TEMPERATURE\_LIST

| **数据元标识符** | **数据项** | **定义** | **字段名称** | **类型** | **长度** | **主键** | **允许值或说明** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 记录唯一ID号 | 记录唯一ID号 | NUR\_REC\_ID | VC | 36 | 主键 | 医院业务数据库中该业务数据的唯一ID |
|  | 患者就诊卡证类型 | 患者就诊卡证类型 | CARDTYPE | C | 2 |  | 详见“RC038-国家公立医院绩效考核患者证件类别”码表 |
|  | 患者就诊卡证号码 | 患者就诊卡证号码 | CARDNO | VC | 24 |  | 卡证号码应与卡证类型相匹配。 |
| DE02.01.039.00 | 患者姓名 | 患者姓名 | NAME | VC | 40 |  |  |
| DE02.01.040.00 | 性别代码 | 性别代码 | SEX | C | 1 |  | 0、未知的性别，1、男性，2、女性，9、未说明的性别 |
| DE02.01.005.01 | 出生日期 | 出生日期 | BIRTHDAY | D | 8 |  |  |
| DE01.00.014.00 | 住院号 | 住院号（病人本次住院的唯一编号） | HP\_S\_NO | VC | 36 |  |  |
| DE01.00.004.00 | 病案号 | 病案号（病人多次住院病案号相同） | MR\_NO | VC | 36 |  |  |
|  | 测量科室编码 | 测量所在科室编码 | DPT\_CODE | VC | 9 |  | 2022版国家科室分类（江苏增补）代码表 |
|  | 测量科室名称 | 测量科室名称（医院名称） | DPT\_NAME | VC | 40 |  |  |
|  | 体温（℃） | 体温（℃） | TEMP | N | 2.1 |  |  |
|  | 体温测量日期时间 | 体温测量日期时间 | TEMP\_TIME | DT | 15 |  |  |
|  | 腹泻（大便）次数 | 腹泻（大便）次数 | DIARRHEA | N | 3 |  |  |
|  | 腹泻（大便）记录日期 | 腹泻（大便）记录日期 | DIA\_TIME | DT | 15 |  |  |
|  | 换药次数 | 换药次数 | DRESS\_TIME | N | 3 |  |  |
|  | 医疗机构编号 | 医疗机构编号 | ORGAN\_CODE | VC | 18 |  | 采用18位“统一社会信用代码” |
|  | 医疗机构名称 | 医疗机构名称 | ORGAN\_NAME | VC | 80 |  | 医院执业许可第一名称 |
| DE06.00.017.00 | 出院日期时间 | 出院日期时间 | OUT\_HP\_DT | DT | 20 |  | 格式 yyyy-MM-dd HH:mm:ss；入院时间不能晚于出院时间；不能为“-”。 |
|  | 归档日期时间 | 归档日期时间 | POF\_DT | DT | 15 |  |  |

**住院患者侵入性操作记录表结构**

**数据采集规则：**以出院时间为准，次月15日之前一次性上传。

**表名**：EMR\_TREATMENT\_LIST

该表数据来自医嘱

| **数据元标识符** | **数据项** | **定义** | **字段名称** | **类型** | **长度** | **主键** | **允许值或说明** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 记录唯一ID号 | 记录唯一ID号 | NUR\_REC\_ID | VC | 36 | 主键 | 医院业务数据库中该业务数据的唯一ID |
|  | 患者就诊卡证类型 | 患者就诊卡证类型 | CARDTYPE | C | 2 |  | 详见“RC038-国家公立医院绩效考核患者证件类别”码表 |
|  | 患者就诊卡证号码 | 患者就诊卡证号码 | CARDNO | VC | 24 |  | 卡证号码应与卡证类型相匹配。 |
| DE02.01.039.00 | 患者姓名 | 患者姓名 | NAME | VC | 40 |  |  |
| DE02.01.040.00 | 性别代码 | 性别代码 | SEX | C | 1 |  | 0、未知的性别，1、男性，2、女性，9、未说明的性别 |
| DE02.01.005.01 | 出生日期 | 出生日期 | BIRTHDAY | D | 8 |  |  |
| DE01.00.014.00 | 住院号 | 住院号（病人本次住院的唯一编号） | HP\_S\_NO | VC | 36 |  |  |
| DE01.00.004.00 | 病案号 | 病案号（病人多次住院病案号相同） | MR\_NO | VC | 36 |  |  |
|  | 器械相关操作诊疗代码 | 器械操作相关诊疗代码 | DO\_CODE | VC | 3 |  | 11 中心静脉导管（颈内静脉）  12 中心静脉导管（锁骨下静脉）  13 中心静脉导管（股静脉）  14 中心静脉导管（PICC）  15 中心静脉导管（PORT）  16 脐静脉导管  21 呼吸机辅助呼吸（经口气管插管）  22 呼吸机辅助呼吸（经鼻气管插管）  23 呼吸机辅助呼吸（气管切开）  31 泌尿道插管  41 脑室引流 |
|  | 器械操作相关诊疗名称 | 器械操作相关诊疗（医院）名称 | DO\_NAME | VC | 100 |  |  |
|  | 操作相关诊疗开始日期时间 | 操作相关诊疗开始日期时间 | DO\_BEGIN\_TIME | DT | 15 |  | 长期医嘱单相关操作开始时间 |
|  | 操作相关诊疗结束日期时间（长期医嘱单相关操作停止时间） | 操作相关诊疗结束日期时间 | DO\_END\_TIME | DT | 15 |  | 长期医嘱单相关操作停止时间 |
|  | 医嘱科室编码 | 医嘱科室编码 | DO\_DEPT\_CODE | VC | 9 |  | 2022版国家科室分类（江苏增补）代码表 |
|  | 医嘱科室名称 | 医嘱科室（医生）名称 | DPT\_NAME | VC | 40 |  |  |
|  | 医疗机构编号 | 医疗机构编号 | ORGAN\_CODE | VC | 18 |  | 采用18位“统一社会信用代码” |
|  | 医疗机构名称 | 医疗机构名称 | ORGAN\_NAME | VC | 80 |  | 医院执业许可第一名称 |
| DE06.00.017.00 | 出院日期时间 | 出院日期时间 | OUT\_HP\_DT | DT | 20 |  | 格式 yyyy-MM-dd HH:mm:ss；入院时间不能晚于出院时间；不能为“-”。 |
|  | 归档日期时间 | 归档日期时间 | POF\_DT | DT | 15 |  |  |

**出院患者感染预警信息表结构**

**数据采集规则：**以出院时间为准，次月15日之前一次性上传。

**表名**：EMR\_INFECTION\_WARN

该表数据来自于院感系统

| **数据元标识符** | **数据项** | **定义** | **字段名称** | **类型** | **长度** | **主键** | **允许值或说明** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 感染预警记录唯一ID号 | 感染预警记录唯一ID号 | INF\_ID | VC | 36 | 主键 | 医院业务数据库中该业务数据的唯一ID |
|  | 患者证件类型 | 患者证件类型 | CARDTYPE | C | 2 |  | 详见“RC038-国家公立医院绩效考核患者证件类别”码表 |
|  | 患者证件号码 | 患者证件号码 | CARDNO | VC | 24 |  | 卡证号码应与卡证类型相匹配。 |
| DE02.01.039.00 | 患者姓名 | 患者姓名 | NAME | VC | 40 |  |  |
| DE02.01.040.00 | 性别代码 | 性别代码 | SEX | C | 1 |  | 0、未知的性别，1、男性，2、女性，9、未说明的性别 |
| DE02.01.005.01 | 出生日期 | 出生日期 | BIRTHDAY | D | 8 |  |  |
| DE01.00.014.00 | 住院号 | 住院号（病人本次住院的唯一编号） | HP\_S\_NO | VC | 36 |  |  |
| DE01.00.004.00 | 病案号 | 病案号（病人多次住院病案号相同） | MR\_NO | VC | 36 |  |  |
|  | 感染记录编号 | 感染记录编号 | GROUPID | VC | 40 |  | 同一个感染例次，该ID相同 |
|  | 感染部位代码 | 感染部位代码 | INF\_PART\_CODE | VC | 3 |  | 感染部位代码（WS 670-2021 ） |
|  | 感染部位名称 | 感染部位（医院）名称 | INF\_PART\_NAME | VC | 100 |  |  |
|  | 感染日期 | 感染日期 | INF\_TIME | VC | 15 |  |  |
|  | 感染类型代码 | 感染类型代码 | INF\_TYPE | VC | 1 |  | 1 社区 2院内 |
|  | 是否手术/操作感染 | 是否手术/操作感染 | INF\_BY\_OPER | VC | 1 |  | 0 否 1是 |
|  | 手术/操作日期 | 手术/操作日期 | INF\_OPERTIME | DT | 15 |  | 手术部位感染时日期必填 |
|  | 手术记录单编号 | 手术记录单编号 | APPLI\_NO | VC | 36 |  |  |
|  | 手术切口等级 | 手术切口等级 | INF\_OPER\_WOOUNDER | VC | 1 |  | 手术部位感染必填:0、0类切口，1、Ⅰ类切口，2、Ⅱ类切口，3、Ⅲ类切口 |
|  | 手术开始日期时间 | 切皮时间 | BEGIN\_DT | DT | 15 |  | 医院有手麻系统可以从手麻系统中抓取 |
|  | 手术结束日期时间 | 手术切口闭合时间 | FINISH\_DT | DT | 15 |  | 医院有手麻系统可以从手麻系统中抓取 |
|  | 感染病原体检出标本 | 感染病原体检出标本 | INF\_SPECIMEN | VC | 100 |  |  |
|  | 感染病原体 | 感染病原体 | INF\_BACT | VC | 100 |  |  |
|  | 感染病原体耐药级别 | 感染病原体耐药级别 | INF\_BACT\_LEVEL | VC | 2 |  | 医院感染重点多重耐药细菌代码 |
|  | 感染发生科室代码 | 感染发生科室代码 | INF\_DEPT\_CODE | VC | 9 |  | 2022版国家科室分类（江苏增补）代码表 |
|  | 感染发生科室名称 | 感染发生科室（医院）名称 | INF\_DEPT\_NAME | VC | 40 |  |  |
|  | 感染转归日期时间 | 感染转归日期时间 | INF\_OC\_TIME | DT | 15 |  |  |
|  | 院感科处理预警状态 | 院感科预警处理状态 | YGK\_STATE | C | 1 |  | 1 确认 2 排除 3 未处理 |
|  | 院感科预警处理时间 | 院感科预警处理时间 | YGK\_TIME | DT | 15 |  |  |
|  | 临床医生预警处理状态 | 临床医生预警处理状态 | DOCTOR\_STATE | C | 1 |  | 1 确认 2 排除 3 未处理 |
|  | 临床医生预警处理时间 | 临床医生预警处理时间 | DOCREPORT\_TIME | DT | 15 |  |  |
|  | 预警产生时间 | 系统产生院感预警的时间 | LASTMODIFYTIME | DT | 15 |  | 院感系统产生院感预警的时间 |
|  | 医疗机构编号 | 医疗机构编号 | ORGAN\_CODE | VC | 18 |  | 采用18位“统一社会信用代码” |
|  | 医疗机构名称 | 医疗机构名称 | ORGAN\_NAME | VC | 80 |  | 医院执业许可第一名称 |
| DE06.00.017.00 | 出院日期时间 | 出院日期时间 | OUT\_HP\_DT | DT | 20 |  | 格式 yyyy-MM-dd HH:mm:ss；入院时间不能晚于出院时间；不能为“-”。 |
|  | 归档日期时间 | 归档日期时间 | POF\_DT | DT | 15 |  |  |

**注：采购单位保留调整合同条款的权利，谈判文件中的项目需求是本合同条款的重要组成。**