附件一

合理用药监测系统

一、合理用药系统项目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 模块名称 | 数量 |
| 1 | 合理用药监测系统 | 1 |
| 2 | 处方点评系统 | 1 |
| 3 | 审方系统 | 1 |
| 4 | 临床药师工作站 | 1 |
| 5 | 第三方接口集成 | 1 |

二、服务要求：

1、合理用药监测系统：全面的药品知识库，处方实时监测审查，警示作用；

2、处方点评系统：对处方/医嘱抽取，在线查看患者信息，生成相关报表，生成电子药历，在院医嘱时时反馈；

3、审方系统：对处方/医嘱审查，药师对不合理处方进行干预。查看患者信息基本等，形成监测日志，具有相应的统计分析功能，形成相应报表；

4、临床药师工作站：病例查看；医嘱反馈、电子药历、查房记录、会诊记录及相应的药学监护；

5.报价人在福州市应有固定的技术开发运维团队，并提供地址及电话。

附件二

一、有效期内营业执照复印件（三证合一）

二、委托代理人及法定代表人的有效身份证明复印件

1. 法定代表人的有效身份证明复印件

（二）委托代理人的有效身份证明复印件

三、法定代表人授权委托书原件

(委托代理人是法定代表人的无需提供)

福建中医药大学附属第三人民医院：

兹委托 （身份证号码： ）全权代表我单位参加福建中医药大学附属第三人民医院合理用药系统项目的市场调研，全权代表我方处理本次市场调研过程的一切事宜，包括但不限于报价、澄清、声明等。被授权人 在本次市场调研过程中所签署的一切文件，我方均予以认可并对此承担责任。

授权有效期自委托时间起90天内有效。

委托单位（盖章）：

法定代表人：

法定代表人联系电话：

被授权代表人：

被授权代表人联系电话：

委托时间： 年 月 日

四、三年内无违法记录书面声明

致福建中医药大学附属第三人民医院：

参加本次市场调研前三年内，我方在经营活动中没有违法记录，也无行贿犯罪记录，否则产生不利后果由我方承担责任。

特此声明！

被授权代表（签字）：

联系电话：

报价单位（盖章）：

日期： 年 月 日

五、方案书

（一）合理用药系统项目

1.报价一览表

金额单位：人民币元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 项目名称 | 数量 | 单位 | 报价 |
| 1 | 合理用药系统项目 | 1 | 项 | / |

分项报价：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 模块名称 | 数量 | 报价（人民币元） |
| 1 | 合理用药监测系统 | 1 |  |
| 2 | 处方点评系统 | 1 |  |
| 3 | 审方系统 | 1 |  |
| 4 | 临床药师工作站 | 1 |  |
| 5 | 第三方接口集成 | 1 |  |

注：以上报价均已包含税费、设备对接配件与系统修改费用以及该系统与院内现有第三方系统接口费。本次报价有效期90天。

被授权代表（签字）：

联系电话：

报价单位（盖章）：

日期： 年 月 日

2.合理用药系统项目实施进度

（二）方案书

方案书

1.系统的软硬件架构说明；

2.系统的功能清单列表及说明；

3.系统的主要参数指标；

4.电子病历最高评级情况说明；

5.主要功能界面截图及说明；

6.目前已服务医疗单位案例及报价情况；

7.在福州市应有固定的技术开发运维团队，并提供地址及电话；

六、服务承诺书

致福建中医药大学附属第三人民医院：

我单位可以完全按照贵单位本次市场调研文件中“三、调研内容及要求”所约定的要求向贵单位提供相应服务，除所报价格外不再收取其他费用。

被授权代表（签字）：

联系电话：

报价单位（盖章）：

日期： 年 月 日