关于征集儿童健康信息系统项目建设合作方的公告

一、项目名称​

儿童健康信息系统项目。

二、项目需求​

（一）项目内容

为落实《四川儿童发展纲要（2021—2030年》有关“完善妇幼健康大数据,加强信息互联共享,实现儿童健康全周期全过程管理和服务的信息化、智能化”策略措施，提升全省儿童保健服务水平及质量，实现儿童生长全过程健康管理，拟基于HIS系统以模块嵌入扩展的形式开发一套信息化、智能化的儿童健康信息系统，确保与现有医院信息系统无缝对接，实现数据的高效共享与交互。

本项目要求合作方合作开展儿童健康信息系统研发，我院提供信息建设内容的技术指导，公司自主投入相关软硬件及网络费用支持系统建设和信息技术团队。

功能需求清单如下

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 功能需求清单 |
| 1 | 具备人工智能辅助诊断，如：多模态AI分析引擎：集成先进的多模态人工智能分析模型，用于健康监测与发育评估、早期疾病筛查与干预、心理健康与行为指导等方面。智能报告生成：结合自然语言处理技术，自动生成诊断报告，支持报告内容的疾病解读、历史报告比对和质控纠错。诊断结果可视化：提供直观的诊断结果可视化功能，帮助医生快速理解和评估影像数据。多学科协作平台：支持多学科会诊，促进儿童保健科、眼科、口腔科等科室的协同工作。智能决策辅助：通过AI模型提供诊断建议和风险评估，辅助临床决策。 |
| 2 | 系统集成与扩展，如系统兼容主流的设备和软件，支持跨院区、跨区域的互联互通。采用云平台架构，支持SaaS模式部署，方便医疗机构快速接入和使用。 |

备注：具体需求以实际开发为准。

（二）合作方案

内容包括但不限于：1.合作模式；2.合作服务内容；3.收费模式；4.分配模式；5.业绩展示（提供类似儿童健康信息系统或相关医疗信息化项目的实施案例，包括项目简介、合同关键页复印件、用户评价等。）；6.增值服务；7.其他等。

三、合作方资格要求​

（一）须为在境内注册的法人，提供有效营业执照副本。

（二）近5年内，在医疗信息化尤其儿童健康信息系统领域，成功主导或深度参与至少2-3个相关项目，能提供项目介绍、效果证明等材料。

（三）提供参加本次调研活动前3年内在经营活动中无重大违法记录的书面声明。

四、报名资料要求​

报名资料请按以下顺序整理、排版，并加盖公司鲜章。

（一）封面：（注明项目名称、公司名称、联系人、联系电话、加盖公司印章）。

（二）目录（标记页码）。

（三）提供三证合一的营业执照（经有效年检，副本复印件）。

（四）授权委托书（原件），法定代表人和授权代表有效的身份证复印件。

（五）合作方案。

（六）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力（提供承诺函、相关行业资质证书、软件著作权证书）。

（七）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（良好的商业信誉需要提供承诺函。健全的财务会计制度需提供2023年或2024年年度财务报表，参选机构注册时间截至报名文件递交截止日不足一年的，也可提供在工商备案的公司章程（复印件））。

（八）近三年内，参选机构无任何行贿及犯罪记录，无任何负面新闻（提供承诺函原件）。

（九）近三年内，参选机构未在经营活动中因违法行为（包括消防安全等问题）受到刑事处罚、处以罚款或者没收财产5万元以上、责令停产停业、吊销许可证或者执照等行政处罚（提供承诺函原件）。

（十）封底。

五、资料递交方式​

请各潜在合作方在5月13日17:00前选择以下方式之一递交报名资料（以下方式二选一）：

方式1：邮件发送。将电子版资料发送至scetqtbj@163.com邮箱，截止日期以邮件发出时间为准。邮件主题命名格式：四川省儿童健康信息系统建设项目+公司名称；附件命名格式：四川省儿童健康信息系统建设项目+公司简称+文件类型。

方式2：纸质递送。到四川省妇幼保健院儿童群体保健科（综合楼404办公室）提交纸质资料。​

六、注意事项​

各潜在合作方须按项目需求如实制作方案并提供相关资料，杜绝弄虚作假。​​

公告截至日期后递交的报名资料无效。

七、组织合作洽谈现场座谈会

拟于2025年5月15日14:30-17:30组织召开合作洽谈现场座谈会，有意愿参加的潜在供应商于2025年5月14日16:00以邮件形式报送参会回执（附件）。为保障洽谈对象权益，实行“一对一”座谈（即每次仅1家机构座谈），每家单位座谈时间控制在30分钟以内（公司介绍5分钟以内），请各潜在供应商按照签到顺序依次参加座谈。

我们将综合潜在供应商研发能力、合作洽谈情况确定儿童健康信息系统项目建设合作方。

地址：成都市武侯区沙堰西二街290号

邮箱：[scetqtbj@163.com](mailto:scetqtbj@163.com)

联系人：何老师028-65978311

附件：参会回执

四川省妇幼保健院四川省妇女儿童医院

2025年4月27日

附件：

参会回执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 合作洽谈机构名称 | 参会人 | 参会人职务 | 联系方式 | 备注（请指定联络员） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：工作人员会与联络员确认入会情况。