

北京市丰台区疾病预防控制中心(北京市丰台区 卫生健康监督所)丰台区慢性病监测及数智管理 平台项目(一阶段)服务协议

根据《中华人民共和国民法典》之规定,本合同当事人在平等、自愿的基础上,经协商一致,签署本合同。

甲方:北京市丰台区疾病预防控制中心 乙方:北京丰科瑞智信息技术有限公司
(北京市丰台区卫生健康监督所)

(盖章)

(盖章)

法定代表人或授权代表: 何创奇 法定代表人或授权代表: 何创奇
(签字或签章) (签字或签章)

日期: 2025 年 12 月 27 日

日期: 2025 年 12 月 27 日

甲方：北京市丰台区疾病预防控制中心（北京市丰台区卫生健康监督所）

地址：北京市丰台区中关村丰台看丹健康科技产业园

联系人：肖文

联系方式：010-83948774

乙方：北京丰科瑞智信息技术有限公司

地址：北京市丰台区南四环西路188号十八区25号楼106室(园区)

联系人：张博伦

联系方式：010-63725665

统一社会信用代码：911101060918624140

开户行：交通银行股份有限公司北京丰台支行

银行账号：110061242018010151856

一、总则

1. 甲乙双方根据有关法律法规之规定，在自愿平等、协商一致的基础上，就乙方为甲方提供丰台区慢性病监测及数智管理平台项目（一阶段）建设事宜，订立本合同。

2. 本合同下列术语应解释为：

（1）“合同”系指甲乙双方签署的、合同格式中载明的甲乙双方所达成的协议，包括所有的附件、附录和上述文件所提到的构成合同的所有文件。

（2）“合同总价”系指根据合同约定乙方在正确地完全履行合同义务后甲方应支付给乙方的价格。

（3）“服务”系指根据合同规定乙方承担的服务。

（4）“验收”系指合同双方依据规定的程序和条件确认合同项下的服务符合技术规范的要求。

3. 本合同组成：

（1）本合同全部条款及附件；

（2）合同保密协议（如有）；

（3）在合同履行过程中的变更协议（如有）；

(4) 采购文件，包括：招标文件、投标文件等政府采购文件。

二、服务内容

本合同要求提供的服务：丰台区慢性病监测及数智管理平台项目（一阶段）的开发建设及后期维护。

三、提供服务期限、地点

服务期限：根据项目整体规划，拟定从 2025 年 12 月 30 日启动项目，到 2026 年 6 月 30 日完成系统建设，项目建设工期计划 6 个月。

服务地点：甲方指定地点。

四、服务要求

按照本项目招标文件要求执行，具体服务要求详见附件一：服务要求。

五、价格与支付

1. 合同总价

本合同金额共计：

人民币小写：¥2,508,000 元，人民币大写：贰佰伍拾万零捌仟元整。

2. 支付

*乙方应在甲方付款后 3 个工作日内，向甲方提交一份由甲方认可的商业银行开具的、不可撤销的、金额为本合同总金额 10% 的见索即付履约保函。该项目全部完成，且经甲方验收合格后，甲方返还履约保函。

(1) 付款进度和条件：本项目款项采用一次性付清方式支付，甲方于本合同签订之日起 20 个工作日内，一次性向乙方支付本项目全部款项 ¥2,508,000 元。甲方完成全部款项支付后，即履行完全部付款义务。

(2) 结算付款方式：转账。

(3) 甲方付款前，乙方需向甲方提供符合甲方要求的正规发票。

(4) 本合同约定的付款时间及付款金额等内容以甲方获得经费审批为准，

经费未及时审批及拨款的，甲方可根据经费批复视情况调整付款时间及金额，且不视为甲方违约。如发生上述情况，乙方承诺仍按本合同约定履行乙方义务。

3. 税金

与本合同执行有关的一切税费均应由乙方负担。

六、验收

按照甲方要求进行验收。

七、售后服务

售后服务期：项目验收合格后，乙方为甲方提供 5 年的免费运维服务。免费服务期满后如需提供有偿运维服务，有偿服务费用双方另行协商。

八、乙方责任

1. 乙方应按照合同中规定的条款提供服务。

2. 乙方向甲方提供服务过程中发生的相关费用，包括运输费、装卸费、安装费、调试费及与所提供的服务有关的费用均由乙方负担。

3. 乙方同意并保证尊重任何他方的知识产权及其它合法权益，承诺其所提供的产品或服务均不侵犯第三方知识产权及其它合法权益，否则所引起的全部责任均应当由乙方承担。

4. 乙方应满足甲方提出的与本合同相关的其他合理化要求。

5. 乙方应对合同执行过程中的技术情报及资料履行保密义务。

九、知识产权条款

1. 本项目成果的知识产权为甲方所有。未经甲方的许可，乙方不得向第三方转让、传播、销售。否则，乙方应当向甲方支付合同总金额 20% 的违约金。

2. 乙方应保证甲方在使用该项目成果时免受任何第三方提出的侵犯著作权、专利权或其他知识产权的诉讼或指控。如果任何第三方提起基于知识产权的侵权

诉讼，将由乙方负责处理并承担相关的一切法律责任和费用；由此给甲方造成的任何损失，乙方应负责赔偿。

十、违约与解除

1. 如果乙方没有按照合同规定的时间交货或提供服务，甲方可从应付款项中先行扣除违约金。违约金的计算标准为乙方每迟提供服务一天，按延迟提供服务的价格的1%计收。如果违约金不足以弥补甲方损失的，甲方有权要求乙方支付赔偿金，补足违约金不足部分。如果乙方在超过7天后仍不能交货和/或提供服务，甲方有权单方解除合同。

2. 乙方未能履行合同其他约定的，甲方有权要求乙方承担合同总价10%的违约金。

3. 甲方有权对乙方上述的违约行为进行累加计算，但是累加计算后的违约金总额最高为合同总价的30%。

4. 上述违约金不能补偿实际损失的，甲方有权向乙方继续追偿。乙方应当向甲方赔偿的损失范围包括但不限于甲方的直接经济损失、预期可得利益以及为实现债权而支出的律师费、保全费、诉讼费、保全保险费、公证费、鉴定费、调查费、差旅费等费用。

5. 甲方有权从尚未支付的合同价款中自行扣除上述违约金及损失赔偿金；甲方尚未支付的合同价款不足以支付上述违约金及损失赔偿金的，甲方有权向乙方继续主张权利。

6. 乙方未能履行合同约定，甲方有权向乙方发出通知解除合同。

十一、争议的解决

合同履行或与合同有关的一切争端，应通过双方友好协商解决；如经友好协商不能解决，甲、乙双方均有权向甲方所在地法院提起诉讼。

十二、不可抗力

1. 本条所述的“不可抗力”系指那些双方在订立合同时无法控制、不可预

见的事件。这些事件包括：战争、水灾、地震以及双方同意的事件。当不可抗力事件发生时，执行合同的期限将相应延长，延长的期限应相当于不可抗力所影响的时间。

2. 乙方应在不可抗力发生后，以最快的方式在最短的时间内通知甲方，并在不可抗力发生后 15 个日历日内，将有关证明文件直接送达甲方。

3. 如果不可抗力影响延续 90 日以上的，甲乙双方应通过友好协商，在合理时间内达成进一步履行本合同的协议。

十三、其它

1. 转让与分包。本合同乙方不得转让或分包。

2. 破产终止合同。如果乙方破产或无清偿能力，甲方可在任何时候以书面形式通知乙方，终止合同而不给乙方补偿，该终止合同将不损害或影响甲方已经采取或将要采取的任何行动或补救措施的权利。

3. 合同修改。任何对合同条件的变更或修改均须双方签订书面的修改书。

4. 通知。本合同任何一方给另一方的通知，都应以书面形式发送，而另一方应以书面形式确认并发送到对方明确的地址。

5. 法律适用。本合同应按照中华人民共和国的法律进行解释。

6. 其他约定条款：无。

十三、附则

1. 本合同自双方法定代表人或授权代表签字(或签章)并加盖单位公章(或合同专用章)之日起生效。

2. 本合同未尽事宜，经双方协商一致，可签订变更或补充协议，变更或补充协议与本合同具有同等法律效力。

3. 本合同一式 6 份，甲方 3 份，乙方 3 份，具同等法律效力。

附件一：服务要求

1、慢性病数据中心建设

表 1-1 慢性病数据中心建设内容

主要功能要求		详细技术参数及功能要求
慢性病数据中心	数据标准管理	具备数据标准管理能力，支持国家标准、行业标准及自定义标准的统一维护，涵盖术语、数据元、值域代码及数据字典等。通过建立标准映射与转换机制，实现不同来源数据在术语与格式上的自动对齐，为跨机构、跨系统的慢性病数据互联互通奠定标准化基础。
	数据采集与交换管理	通过 API、ETL 等多种技术手段，全面对接“丰台区健康大数据平台”。采集范围须覆盖门急诊、住院、检查检验、体检、健康管理、医疗服务机构、基层卫生、居民健康档案等核心数据，确保实时与非实时数据的完整获取。支持结构化数据的清洗入库，具备对电子病历、检查报告等非结构化文档的采集、转换与管理能力。
	元数据管理与主数据管理	提供可视化的元数据管理与主数据管理功能，支持血缘追踪与操作审计。系统须内置强大的数据清洗引擎，通过正则替换、空值处理及字典映射等手段，完成数据的标准化处理。
	主索引（EMPI）管理	能够基于证件号、交叉标识等规则，自动匹配并合并来自不同机构的居民数据，形成全区唯一的居民健康档案索引。
	主题库建设	构建面向分析的高性能数据仓库，通过分层管理（明细层、汇总层）建立可视化的数据资源目录。构建四大核心业务主题库和脑血管、糖尿病等慢病专题库。系统应提供清晰的数据资源视图，支持用户查看表结构、数据量及数据血缘，并提供标准化的 SQL 查询服务与可定制的数据集接口，满足区域疾病负担研究、卫生资源规划及动态监测指标发布的深层次应用需求。
	数据治理	支持自定义质控规则（如主键唯一性、完整性、时效性等），通过定时或事件触发机制自动进行数据校验，生成质量监控报告并提供异常报警，形成“监测—评估—改进”的闭环管理。对全域数据采集任务进行可视化编排与调度，动态展示采集进度、成功率及异常状态，确保数据中心长期稳定运行。

2、应用系统建设

表 2-1 丰台区慢病监测数智化信息平台建设内容

主要功能要求			详细技术参数及功能要求
丰台区慢病监测数智化信息平台	慢病指标监测中心	疾病流行与负担监测	整合丰台区健康大数据平台多元数据源，基于汇聚数据对指定样本人群进行以下指标的自动化计算与监测： 对指定的样本人群，计算在一定时期内，新发的糖尿病和心脑血管类病例数与该时期内该地区总人口数之比。 对指定的样本人群，计算按照某一标准人口的年龄结构，对年龄别发病率进行加权计算后得到的理论发病率。 对指定的样本人群，计算全区因心脑血管/糖尿病死亡的人数与该时期内该地区总人口数之比。 对指定的样本人群，计算$\sum$各年龄组死亡率$\times$标准人口中该年龄组人口数/标准总人口数。 对指定的样本人群，计算$30-70$岁年龄组死亡人数/$30-70$岁年龄组人口数$\times 100\%$。 对指定的样本人群，计算因病导致的死亡，所造成的寿命损失年数总和。死亡人数$\times$（预期寿命-死亡时的平均年龄）。
		预后和疾病结局监测	对指定的样本人群，计算辖区户籍居民本次因某监测疾病住院死亡者占同期因该类型监测疾病住院例数的比例（%），院内死亡人数/住院人数。 对指定的样本人群，计算死于院外的某监测疾病患者占同期某监测疾病死亡人数的比例（%）即：院外死亡人数/死亡人数。
		危险因素暴露与防控监测	对指定的样本人群，计算某辖区户籍居民确诊糖尿病患者在本区域居民中占比（%）。 对指定的样本人群，计算某辖区户籍居民确诊高血压患者在本区域居民中占比（%）。 对指定的样本人群，计算某辖区户籍居民血脂异常患者在本区域居民中的占比（%）。 对指定的样本人群，计算高血压、糖尿病高危/患者家庭医生签约管理率，已签约家庭医生服务的高危人群/患者数/辖区内高危人群/患者总数$\times 100\%$。 对指定的样本人群，计算年度内HbA1c$<7.0\%$的糖尿病人数/已检测HbA1c的糖尿病人数$\times 100\%$。 对指定的样本人群，计算管理的高血压患者中血压达标人数/管理的高血压患者总人数$\times 100\%$。 对指定的样本人群，计算管理的血脂异常患者中LDL-C达标人数/管理的血脂异常患者总人数$\times 100\%$。

主要功能要求			详细技术参数及功能要求
		可视化分析能力	通过一张全区地图，展示各街道/乡镇的核心指标分布情况，用户可通过下拉菜单选择相应监测指标。 可选择与往年或上一周期的数据进行对比，快速判断核心指标的升降趋势，评估整体防控成效。 选择监测指标（如患病率、死亡率、早死率等），按不同年龄组（30-70岁）和性别进行分层对比，生成可视化的统计图表。直观分析心脑血管疾病和糖尿病在不同性别和各年龄段的发病和死亡差异，精准定位高危人群。 选择监测指标（如患病率、死亡率、早死率等），按不同性别进行分层对比。直观分析心脑血管疾病和糖尿病在不同性别的发病和死亡差异。 心脑血管疾病历年趋势监测：提供时间序列折线图，展示流行病学指标历年变化曲线。 糖尿病支持自定义时间跨度（如近3年、5年），动态展示糖尿病历年趋势指标变化，识别异常波动以支持预警。
	慢病知识中心	智能慢性病知识管理	系统须支持机构用户进入列表页对自定义知识库进行全面管理。 支持知识库的新增、修改及查看。 支持单个或批量删除操作，所有删除动作必须具备二次确认机制以防误操作。 支持按知识库名称和创建时间进行快速搜索。 在特定知识库详情页内，系统须提供对词条的全生命周期管理功能： 支持知识条目的新增、修改、删除及详情查看，对必填字段进行有效校验。 提供标准 Excel 模板下载，支持高效批量导入及按范围/全库批量导出功能。 支持按知识名称、关键词和创建时间进行条件筛选以快速定位数据。
		慢病知识库	集成高质量医学知识内容，覆盖全科室常见病种，具体包含： 疾病知识：涵盖流行病学、临床表现、诊断鉴别、治疗预防等全维度信息。 典型病例：包含临床决策分析、经验总结及专家述评。 症状体征：解析常见病因、诊断思维及处理流程。 检查/检验：涵盖检查项目（标本、参考区间）及检验原理与临床意义。 临床/手术/护理操作：详述适应证、禁忌证、操作步骤（含图解）、并发症及术后/健康指导。 临床路径与药物信息：收录国家卫健委官方临床路径，以及常用西药、中成药说明书。

主要功能要求			详细技术参数及功能要求
		知识检索	全库智能检索：支持全局关键词检索，可按模块/子库缩小范围；结果页须展示摘要、来源，并提供分类统计导航。 单库精准搜索：支持在特定库内检索，对于分类结构库，须提供树形导航筛选功能。 提供基于术语库的搜索联想词提示。支持按“相关度”及“字母顺序”排序。支持根据知识类型智能路由至对应详情页。

表 2-2 公立医院慢病智能服务管理平台建设内容

主要功能要求		详细技术参数及功能要求	
公立医院慢病智能服务管理平台监管端	需具备实现对丰台区全域内的居民健康情况进行精准筛查的能力。	1. 筛查中心	1.1 数据筛查（全域）
		需支持利用数据抓取与慢病筛查条件匹配，提供全域内居民的一般人群、慢病高危人群、慢性病人群的精准定位，同时系统应将筛查结果提交给监管医生，提示医生将其纳入患者管理，形成慢性病筛查服务闭环管理。应支持数据筛查（全域）、慢病机会性筛查两种筛查模式，需支持数据筛查统计。	1.2 慢病机会性筛查
			1.3 数据筛查统计（全域）
公立医院慢病智能服务管理平台业务端	需具备对居民数据的筛查以及对慢病人群的服务能力。还需提供服务包的全流程管理功能。	1. 个人首页	需支持业务端用户工作内容的统一展现，通过统一便捷的患者服务类操作入口，用户可随时了解院内最新待办事项。应支持待办工作提醒功能、支持纳管人群概览、支持快速定位慢病筛查等功能。
		2. 数据筛查	需将来自外部系统的居民数据通过筛查引擎处理后，自动筛查出初步满足慢病管理的目标人群，为下级机构提供主动筛查的初始化的管理人群名单。
		3. 医生工作台	

主要功能要求		详细技术参数及功能要求	
		需支持医生开展对已管慢病人群的健康档案管理、转诊服务、专病服务等全程的慢病服务，为医生快速开展待办服务和慢病管理服务提供方便。	
		4. 群体宣教工作台 用于医护人员维护和宣传慢性病防治知识内容，需包括疾病介绍、预防措施、治疗方案、生活方式指导、营养建议等。	
		5. 群体宣教内容审核 群体宣教内容作为向公众传递健康知识、提升健康素养的重要途径，其质量与导向性直接关系到社会公众的福祉与和谐稳定。需具备群体宣教内容审核功能。	
		6. 随访管理 需在对患者进行慢病管理后可按照慢病评估分级自动生成一年慢病随访计划，需支持基本随访、服药情况、并发症等记录，系统需提供统一随访管理工作台，完成“待随访”和“未随访”患者的统一集中管理。	
		7. 随访记录 需用于管理者监管本机构和下级机构完成随访的工作情况和执行情况。	
		8. 咨询管理 医生需基于此模块，完成居民咨询内容的在线回复，并为其提供咨询记录查询的功能。	
		9. 脱落人群管理 需用于对脱落人群进行跟踪管理。	
		10. 复查患者管理 需用于医生跟踪患者的复查计划来确定患者就诊情况。系统可用于医生联系患者记录跟踪情况，并对复查计划最新情况进行更新。	
		11. 协同中心 以双向转诊为基础，连接基层机构和	11.1 患者转出管理 完成转诊状态下的各状态统计。需支持查看本机构发起转诊申请的记录，对于

主要功能要求		详细技术参数及功能要求	
		县级机构，实现辖区内医疗卫生资源的互联互通、患者就诊信息的区域共享。将基层机构无法治疗的患者上转给慢病中心，由慢病中心进行确诊或者高危判断处理，并治疗确诊后下转给基层机构，主要包括患者转出管理、患者转入管理、转诊接诊记录、转出申请审核、转科转出记录、转科转入审核、双向转诊统计等功能。	待接诊的数据可撤销处理。
			11.2 患者转入管理 针对本机构的接受转诊申请进行统一管理，需支持查看转诊信息，可同意转诊申请并分配科室或拒绝转诊。
			11.3 转诊接诊记录 需支持查看分配给用户所在科室的转诊患者。
			11.4 转出申请审核 需支持查看本机构转出的转诊转出申请记录，并对本机构发出的转诊转出申请进行审核。
			11.5 转科转出记录 需支持查看转科转出的患者申请处理记录。 需支持查看本人转给其他医生的转科转出记录。 需支持对本人管理的居民发起转科转出申请。
			11.6 转科转入审核 需支持对转科申请进行审批，从而完成人员管理职责在医生间的流转。 需支持查看专科转入申请的审核状态。
			11.7 双向转诊统计 用于统计当前平台不同慢病类型、不同患者状态发起患者转入、转出的数据统计。 需支持根据机构和慢病类型查询。 需支持查看本机构和下级机构转入

主要功能要求		详细技术参数及功能要求	
			转出申请数。
		12. 档案中心 建立慢病档案中心，通过整合患者健康数据资源，实现为慢病人群提供全方位、全周期的健康管理服务，同时辅助医生进行科学的诊疗决策和健康管理指导，需包括慢病档案、档案迁移记录、档案迁移审核、注册居民等。	12.1 慢病档案 医生可为居民建立全周期的慢病服务档案。用于查看慢病平台全周期的患者慢病档案，档案内容包括个人概览、个人信息、区域档案、服务时间轴、待办记录、健康指标、服务记录、用药记录、状态记录、转诊记录等信息，为患者提供快捷服务。
			12.2 档案迁移记录 用于查看迁档申请处理记录。 系统可查看本机构转给其他机构的档案迁移记录。
			12.3 档案迁移审核 用于对迁档申请进行审批，从而完成人员档案在机构间的流转。
			12.4 注册居民 用于查看移动端注册居民信息。
			12.5 更换管理医生 用于在管理过程中，由于管理人员变化导致的患者责任医生变化的情况。可更换管理医生完成患者管理责任的变更。
			12.6 死亡管理 用于查看死亡人员的档案信息。
		13. 专病管理 专病管理是对辖区内慢病相关的患者进行统一纳管服务。依据主要慢病筛查因素、专病诊断检查等	13.1 一般人群管理 需支持导出一般人群信息，用于推进生活方式干预以及宣教。
			13.2 慢病高危人群管理 需支持对慢病高危人群进行随访服

主要功能要求		详细技术参数及功能要求	
		标准，辅助医护人员对人群慢病进行分类、分级重点管理，提高群体患者管理和指导效率，需包括一般人群、六病高危人群、高危人群管理及确诊患者管理等功能。	务，并根据随访记录对慢病高危人群生活方式进行指导。
			13.3 高危人群管理 需为用户提供对高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、慢阻肺、慢性肾病等病种－高危人群的集中性管理，
			13.4 确诊患者管理 需为用户提供对高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、慢阻肺、慢性肾病等病种－确诊患者的集中性管理。
	14. 慢病管理服务包 为促进集团医疗机构与慢病患者建立长期管理关系，提升慢病管理服务质量，需在公立医院慢病智能服务管理平台业务端的基础上，建设对主要慢病进行长期管理的 service 包功能。 平台需通过慢病 service 包功能实现 service 包全业务、全流程的工作开展与精细化管理。		14.1 慢病 service 包 14.1.1 个案评估 基于主要慢病核心临床诊断、检查检验指标，及少量体格检查和生活方式指标，对居民健康进行评估。需具备简易健康评估、患者推荐的功能。 14.1.2 签约中心 通过标准健康评估与解读，依据结果精准匹配慢病 service 包，支持在线签约并提供后续随访监测等持续管理服务，保障健康管理方案的精准实施。需包括标准健康评估与解读、service 包推荐、service 包签约的功能。 14.1.3 签约患者 系统提前提醒续约并简化流程、动态调整管理方案，提供便捷解约通道且保留历史数据，自动生成并维护实时更新的签约档案以支持精准个性化健康服务。需包括 service 包续约、service 包解约、签约档案的功能。 14.1.4 服务提醒 需根据签约档案中的服务计划，自动发送个性化提醒，包括随访、用药、复诊等关键节点。

主要功能要求		详细技术参数及功能要求	
			14.1.5 工作量统计 系统需支持查看不同医生的工作量。 14.1.6 签约量统计 需支持签约量、续约量、解约量等多维度数据统计 14.1.7 履约量统计 需支持按包、医生、科室维度查看签约人次、履约人次、履约量、履约金额等信息。 14.1.8 签约记录 用于监测服务包签约工作开展情况，可查看不同疾病的签约情况，也可查看不同医生的签约情况。
			14.2 服务包设置 14.2.1 报销比例 需支持根据不同的服务包类型设置不同报销比例。 14.2.2 服务项维护 需支持灵活配置服务包内容。 14.2.3 服务包维护 需支持定期更新服务包内容，优化服务项目，确保服务包的实用性和时效性，满足患者不断变化的健康管理需求。
		15. 智能分类 配合全局标签可在各个服务环节中根据管理要求配置贴标签的规则，并为居民自动创建标签和更新标签。需包括高血压分类、糖尿病分类、冠心病分类、脑卒中分类、慢阻肺分类。	
	慢病智能培训系统	培训课件资源库与师资库管理	提供集培训课件资源库与师资库，支持资源及讲师信息的匹配与管理。
		自动生成排课	根据需求与资源自动生成排课功能，多渠道派发与状态跟踪。

主要功能要求		详细技术参数及功能要求	
		学员管理	支持学员管理与培训互动，增强参与感。
		考评报告	支持考评环节多维度的考核，并生成报告。
		移动端管理	具备移动端管理，方便学员报名学习，并提供自定义数据查询统计，为管理决策提供数据支持。
		考核方式管理	建立完善的考核方式与学分管理机制，通过慢阻肺专项 VR 培训、虚拟社区演练、智能鉴别诊断演练等沉浸式考核方式构建考核体系。
		学分管理	建立培训学分管理体系，提供学分查询、统计及达标预警功能。
	慢病健康宣教管理系统	标准化知识库、自动化内容推送及患者移动端应用	依托公立医院慢病智能服务管理平台的患者分级分类数据及全周期诊疗记录，构建集标准化知识库、自动化内容推送及患者移动端应用，提升患者健康素养与自我管理能力。实现标准化患者健康教育内容资源库，提供后台管理界面，支持多维度查询；通过多维度标签实现精细化管理；支持宣教内容维护与发布管理，保障患者端内容的准确性与时效性。
		健康宣教知识推送与患者应用	在健康宣教知识推送与患者应用方面，可根据患者专病管理状态触发科普包推送；支持组合多篇宣教知识形成科普包。患者移动端能为患者提供健康知识相关的可视化服务，助力患者自我管理。

项目验收移交报告

实施方（乙方）：		
验收方（甲方）：		
专家组验收记录		
专家组成员	职务	签字

项目验收意见：

专家组组长签名：

日期：

