**Questionário para viabilidade do Projeto MADICS**

1. Informar a quantidade de usuários (profissionais) que assinam informações no prontuário do paciente, esses profissionais farão uso da assinatura digital no PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente) e/ou LAB (Laboratórios de análises clínicas, imagem ou outros).

 Médicos: 55

Enfermagem: 3

Equipe multi: 0

Bioquímicos: 0

Outros: ?

1. Em caso de LAB, qual a quantidade de exames/resultados/mês por especialidade?

Análises clínicas: 0

Análises patológicas: 0

Exame por imagem: 81

1. Quantidade de estações de trabalho utilizadas para atendimento:

 Desktop: 0

 Notebooks: 0

 Terminal com acesso remoto: 0

1. Quantidade de impressoras utilizadas para atendimento:

Impressoras à Laser: 0

 Impressoras Jato de Tinta: 0

Outros tipos: 0

1. Especificar informações técnicas sobre as estações que rodam o PEP e/ou LAB: se desktops, CITRIX, Remote Desktop Protocol (Microsoft Terminal Services) ou Thin Clients:
2. Qual o contato do responsável (comercial ou técnico) pela implantação da empresa de PEP e/ou LAB?
3. Quais são os sistemas operacionais da máquina local?
4. Quais são os sistemas operacionais dos servidores?
5. Qual o banco de dados utilizado pela instituição?
6. Especificar sistema de PEP e/ou LAB: nome da empresa; sistema utilizado e linguagem quando aplicável (Java, Delphi); versão do sistema.
7. Existe um cronograma previsto de entrada em produção do PEP e/ou LAB com o MADICS, se por área, o hospital todo e/ou laboratório?
8. Em caso de unidades (mais de uma localidade), informar se o data center (servidor) é centralizado ou distribuído:
9. Informar endereço (Rua, nº, CEP, Cidade e estado) das instituições (Hospital, clínicas, laboratório, e etc.) para dimensionar custo de deslocamento e hospedagem.

**Informações para Cálculo do Retorno do Investimento**

Esta seção tem o preenchimento opcional, porém, contém perguntas importantes para o cálculo do retorno do investimento.

Qual a principal motivação para a Implantação do Projeto de Assinatura e Certificação Digital de sua instituição? Escolha entre as opções a seguir, assinale um “X”, e/ou utilize a opção “Outros e especifique” (caso deseje detalhar):

1. Redução de Custos [ ]
2. Melhoria nos Processos de Atendimento ao Paciente [ ]
3. Melhoria na Segurança das Informações [ ]
4. Obtenção de Acreditação (ONA, JCI, HIMSS, outras) [ ]
5. Outras (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. **Informações gerais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informação** | **Total** | **Unidade** |
| Quantidade de Impressões  | XXXX | folhas por mês |
| Quantidade de Atendimentos  | XXXX | atendimentos por mês |
| Dias de Atendimento no Mês  | XXXX | dias de atendimentos por mês |
| Horas de Atendimento Diária  | XXXX | horas de atendimentos por dia |

1. **Informações específicas sobre custos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSUMOS e ENERGIA ELÉTRICA** | **Consumo mensal (quantidades)** |  **R$ Unitário**  |
| Cartuchos/Toners |  |  |
| Pacote de Folhas A4 (500 folhas/pacote) |  |  |
| Envelopes ou Caixas de Arquivo (qtde mensal) |  |  |
|  |  |  |
| Custo com Energia sem Impostos (KWh) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TERCEIROS e/ou PESSOAL** | **Quantidade de contratos ou pessoas alocadas** |  **R$ Total Mensal**  |
| Custos Mensais com Funcionários - SAME |  |  |
| Custos Mensais com Transporte de Papel |  |  |
| Custos Mensais com Armazenamento e/ou Guarda Externa |  |  |
| Custos Mensais com Manutenção de Equipamentos |  |  |
| Outros custos mensais (especificar) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Informações para Cadastro**

Razão Social:

Nome de Fantasia:

Endereço:

Estado:

Município:

Bairro:

CEP:

Contato:

Telefone:

E-mail:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Em caso de instituições com mais de uma unidade, seguem campos adicionais:

**Unidade 02:**

Razão Social:

Nome de Fantasia:

Endereço:

Estado:

Município:

Bairro:

CEP:

Contato:

Telefone:

E-mail:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal: