|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA (zaznacz typ zgłoszenia)**  |
| **Zgłoszenie nowej funkcjonalności SWD PRM lub PZŁ SWD PRM**  |
| **Zgłoszenie modyfikacji funkcjonalności SWD PRM lub PZŁ SWD PRM**  |
| **DANE KONTAKTOWE UŻYTKOWNIKA SWD PRM\*** |
| Województwo |  | Podmiot |  |
| Imię i nazwisko |  | Login użytkownika |  |
| Rola w SWD PRM |  | E-mail |  |
| **OPIS FUNKCJONALNOŚCI\*** |
| Moduł SWD PRM / PZŁ SWD PRM |  |
| Tytuł zgłoszenia |  |
| Funkcjonalność / Opis modyfikacji istniejącej funkcjonalności |  |
| Szczegółowy opis propozycji zmiany |  |
| Przypadki użycia\*\*\*  |  |
| Uzasadnienie |  |
| **STANOWISKO MZ** **oraz KCMRM** |
| Data wpływu\*\* | DD/MM/RRRR | Numer zgłoszenia | 00/MM/RRRR |
| Przedstawiciel MZ\*\* | Imię i nazwisko | Stanowisko |  |
| Wstępna ocena MZ\*\* | pozytywna / negatywna | Priorytet | 1/2/3 |
| Uzasadnienie MZ w przypadku opinii negatywnej \*\*  |  |
| Zatwierdził MZ\*\* | Imię i nazwisko |
| Data przekazania do oceny do KCMRM\*\* | DD/MM/RRRR |
| Opinia KCMRM\*\*\*\* | pozytywna / negatywna | Priorytet\*\*\*\*\* | 1/2/3 | Wersja | 1.0/2.0/3.0 |
| Uzasadnienie KCMRM \*\*\*\*  |  |
| Zatwierdził KCMRM\*\*\*\* | Imię i nazwisko |
| Data przekazania wstępnej analizy do MZ\*\*\*\* | DD/MM/RRRR |
| Decyzja MZ\*\* | do realizacji/ odrzucone | Priorytet | 1/2/3 | Wersja | 1.0/2.0/3.0 |
| Uzasadnienie MZ w przypadku opinii negatywnej \*\*  |  |
| Zatwierdził MZ\*\* | Imię i nazwisko |
| Data przekazania do realizacji do KCMRM\*\* | DD/MM/RRRR |

**\*** Pole wypełnia Użytkownik.

\*\* Pole wypełnia Ministerstwo Zdrowia.

\*\*\* Przypadek użycia - opis sposobu w jaki system powinien być używany przez użytkownika w celu osiągnięcia konkretnego celu.

 Powinien przedstawiać podstawowy przebieg operacji oraz alternatywny przebieg operacji.

\*\*\*\* Pola wypełniane przez KCMRM w przypadku pozytywnej wstępnej oceny wydanej przez MZ.

\*\*\*\*\* 1 – Wysoka ważność,

2 – Średnia Ważność,

3 – Niska ważność.

Uzasadniane są wyłącznie opinie negatywne lub częściowo negatywne.