



Moduł Hospitalizacje

Hospitalizacja 1-go dnia

Instrukcja użytkownika

Spis treści

Rozdział 1	Rozpoczęcie pracy z modułem	2
1.1	Uruchomienie modułu w programie	2
1.2	Konfiguracja modułu	4
1.3	Konfiguracja komórki organizacyjnej	4
1.4	Konfiguracja ksiąg	5
1.5	Definicja słowników	6
Rozdział 2	Wprowadzanie danych w module	8
2.1	Szablony tekstów standardowych	9
Rozdział 3	Utworzenie hospitalizacji	10
3.1	Rezerwacja terminu w Terminarzu	10
3.2	Nowa hospitalizacja	11
3.3	Lista pacjentów w hospitalizacji 1-go dnia	11
3.4	Ewidencja kwalifikacji i konsultacji poza hospitalizacją	13
3.5	Wydruk paska identyfikacyjnego	14
Rozdział 4	Przyjęcie	16
4.1	Ocena ryzyka zakażenia	18
4.2	Przyjęcie pacjenta	19
4.3	Odmowa przyjęcia pacjenta	19
4.4	Dane podstawowe hospitalizacji	20
4.5	Dokumenty medyczne hospitalizacji	24
Rozdział 5	Hospitalizacja	25
5.1	Przebieg leczenia	26
5.2	Kwalifikacja do zabiegu	27
5.3	Zgoda na zabieg	29
5.4	Zlecenie leków	30
5.5	Podanie leków	32
5.6	Obserwacje	34
5.7	Konsultacja anestezjologiczna	35
5.8	Znieczulenie	36
5.9	Okółooperacyjna karta kontrolna	37
5.10	Operacja/zabieg	38
5.11	Protokół pielęgniarstwa operacyjnego	39
5.12	Sala wybudzeń/OIOM	41
5.13	Ocena natężenia bólu	42

5.14	Plan opieki pielęgniarstwiej.....	43
5.15	Wykonanie planu opieki.....	43
5.16	Przegląd wykonania planu opieki.....	44
5.17	Raporty z przebiegu leczenia.....	44
5.18	Dane medyczne.....	46
5.19	Historia choroby.....	47
5.20	Wypis.....	48
5.20.1	Wypis	48
5.20.1.1	Wypis z powodu zgonu pacjenta.....	50
5.20.1.2	Przekazanie do podpisu.....	51
5.20.2	Skierowania/recepty/zwolnienia.....	51
5.20.3	Podsumowanie.....	52
5.20.4	Wypis pielęgniarstwiej.....	52
5.20.5	List do POZ.....	52
Rozdział 6	Historia.....	53
Rozdział 7	Tryb zbiorczy w hospitalizacji.....	54
7.1	Zbiorcze podanie leków.....	54
7.2	Zbiorcze uzupełnienie przebiegu leczenia.....	57

Wstęp

Moduł Hospitalizacje rozszerza możliwości wersji mMedica Standard i Standard+ o obsługę następujących hospitalizacji:

- Hospitalizacja w trybie jednodniowym (tzw. hospitalizacja jednego dnia)
- Hospitalizacja długoterminowa
- Hospitalizacja planowana

Rozwiązanie umożliwia ewidencję danych medycznych i rozliczeniowych w placówkach realizujących świadczenia stacjonarne bez ruchu międzyoddziałowego.

Do ewidencji poszczególnych pobyków przygotowano różne funkcjonalności i formatki, które uruchamiane są na podstawie kodu resortowego cz. IX komórki organizacyjnej, w której realizowane są świadczenia. Ze względu na występujące różnice w rozwiązaniu, dla każdego rodzaju hospitalizacji przygotowano odrębną dokumentację.

Niniejsza instrukcja opisuje funkcjonalność **hospitalizacji w trybie jednodniowym** odpowiadającej funkcji ochrony zdrowia: **HC.1.2 – Leczenie stacjonarne "jednego dnia"**. Moduł umożliwia szczegółową ewidencję całej ścieżki hospitalizacji od przyjęcia pacjenta na oddział, kwalifikację do zabiegu, planowanie i ewidencję podawania leków, konsultację anestezjologiczną aż do wypisu pacjenta.

Ilustracje i „zrzuty” ekranowe zamieszczone w niniejszej publikacji mają charakter instruktażowy i mogą odbiegać od rzeczywistego wyglądu ekranów. Rzeczywisty wygląd ekranów zależy od posiadanej wersji aplikacji, aktywnych modułów dodatkowych oraz numeru wydania. Większość zrzutów ekranowych zamieszczonych w niniejszej instrukcji została wykonana przy pomocy wersji Standard+ z aktywnymi wszystkimi modułami dodatkowymi.

Rozdział

1

Rozpoczęcie pracy z modułem

Przed rozpoczęciem pracy z modułem zaleca się jego konfigurację, polegającą na zdefiniowaniu m.in. komórek organizacyjnych, ksiąg leczniczych, słowników itd.

1.1 Uruchomienie modułu w programie

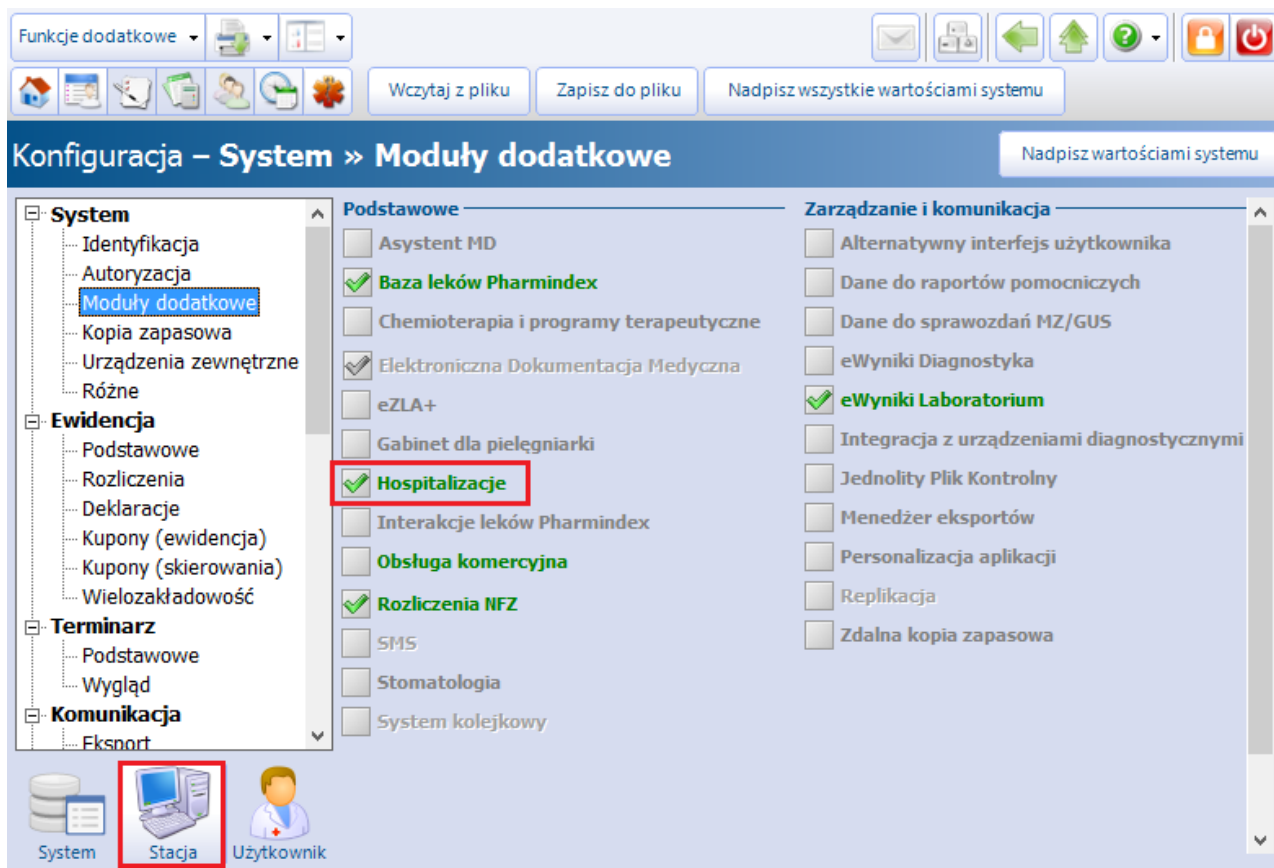
Aby rozpocząć pracę z modułem **Hospitalizacja 1-go dnia** należy:

- dokonać zakupu modułu na stronie Centrum Zarządzania Licencjami
- pobrać nowy klucz licencyjny i wczytać go do programu mMedica w [Zarządzanie > Operacje techniczne > Aktywacja systemu mMedica](#)
- włączyć moduł w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [System > Moduły dodatkowe](#), dostępne jako parametr dla stacji roboczej

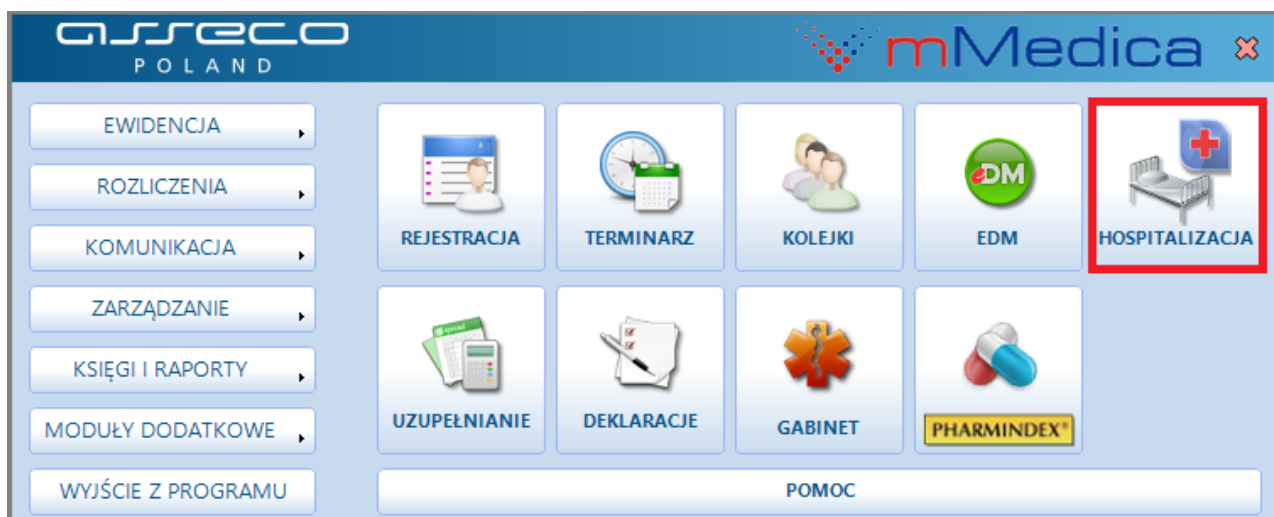
Szczegółowa instrukcja włączenia modułu:

1. Przejść do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [System > Moduły dodatkowe](#).
2. Wybrać ikonę **Stacja**, znajdującą się w lewym dolnym rogu ekranu.
3. Na liście modułów dodatkowych zaznaczyć moduł **Hospitalizacje**.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.
5. Zaakceptować komunikat o konieczności restartu aplikacji i ponownie zalogować się do programu.

Rozpoczęcie pracy z modulem



Po poprawnym uruchomieniu modułu, można rozpocząć z nim pracę. Obsługa modułu Hospitalizacja 1-go dnia jest dostępna z poziomu okna startowego programu mMedica.



Od wersji 8.2.0 użytkownik ma dostęp do okna modułu również poprzez ścieżkę: Ewidencja > Gabinety > Hospitalizacja.

1.2 Konfiguracja modułu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Moduły dodatkowe](#) > [Hospitalizacja](#)

W wersji 5.9.0 aplikacji mMedica dodano możliwość konfiguracji kolejności i dostępności zakładki w hospitalizacji 1-go dnia w sekcji "Przyciski na paskach nawigacji w hospitalizacji jednego dnia".

Zakładki, z których nie korzysta użytkownik można ukryć, poprzez usunięcie zaznaczenia w polu ☒. Ukrycie ikony nie wyklucza ponownego włączenia funkcjonalności - w dowolnym momencie można ponownie włączyć wybrany przycisk nawigacji.

Oprócz tego można zmienić kolejność wyświetlania ikon poszczególnych przycisków. Aby zmienić kolejność należy „złapać” myszką nazwę przycisku nawigacji i przenieść w interesujące miejsce. W rezultacie nastąpi zmiana widoku w panelach nawigacji hospitalizacji.

Przyciski na paskach nawigacji w hospitalizacji jednego dnia

Przyjęcie:	Hospitalizacja:	Wypis:
☒ Zgoda na zabieg	☒ Przebieg hospitalizacji	☒ Wypis
☒ Przyjęcie	☒ Kwalifikacja do zabiegu	☒ Recepty
	☒ Zgoda na zabieg	☒ Skierowania
	☐ Zlecenie leków	☒ Zwolnienia
	☐ Podanie leków	☒ Podsumowanie
	☒ Obserwacje	☐ Wypis pielęgniarstwa
	☒ Konsultacja anestezjologiczna	☒ List do POZ
	☒ Znieczulenie	
	☒ Okołooperacyjna karta kontrolna	
	☒ Operacja/zabieg	
	☒ Sala wybudzeń/OIOM	
	☒ Ocena natężenia bólu	
	☒ Przebieg leczenia	
	☒ Historia choroby	

1.3 Konfiguracja komórki organizacyjnej

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Struktura organizacyjna](#)

Ewidencja danych hospitalizacji wymaga utworzenia komórki organizacyjnej z kodem resortowym odpowiadającym leczeniu stacjonarnemu "jednego dnia" i przypisania jej do poszczególnych ksiąg, w których będą zapisywane wprowadzane dane.

Po przejściu do powyższej ścieżki należy podświetlić na liście komórkę (lub utworzyć nową), w której będą ewidencjonowane dane hospitalizacji i wprowadzić następujące dane:

1. Na zakładce *1. Dane podstawowe* uzupełnić kod resortowy cz. IX odpowiadający funkcji ochrony zdrowia: **HC.1.2 – Leczenie stacjonarne „jednego dnia”**.

Komórka: Oddział urazowo-ortopedyczny

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Kody 5. Lokalizacja

Kod: * 46 Kod edycyjny: * 46

Nazwa: * Oddział urazowo-ortopedyczny

Kod resortowy cz. III: ...

Kod resortowy cz. VI: ...

Kod resortowy cz. V: * 001 Nazwa jednostki org.: ...

Kod resortowy cz. IX: HC.1.2 Leczenie stacjonarne "jednego dnia"

Kod resortowy cz. X: ...

Czy aktualne ☒

2. Na zakładce 5. Lokalizacja wprowadzić numery sal oraz opcjonalnie numery łóżek.

Komórka: Oddział urazowo-ortopedyczny

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Kody 5. Lokalizacja

Numer sali	Numery łóżek
1	1, 2, 3, 4, 5
2	10, 6, 7, 8, 9
3	11, 12, 13, 14, 15
4	16, 17, 18, 19, 20
5	21, 22, 23, 24, 25

1.4 Konfiguracja ksiąg

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr ksiąg](#)

Kolejnym etapem konfiguracji jest przypisanie komórki organizacyjnej, w której będą realizowane hospitalizacje, do następujących ksiąg:

- Księgi głównej przyjęć i wypisów
- Księgi oddziału
- Księgi raportów lekarskich
- Księgi raportów pielęgniarских
- Księgi sali operacyjnej/bloku operacyjnego

W celu utworzenia nowej księgi należy przejść do powyższej ścieżki i wykonać następujące czynności:

1. Wybrać przycisk **Nowa księga** w górnym panelu formatki.
2. Uzupełnić pola znajdujące się w sekcji *Dane podstawowe* zgodnie z poniższym opisem:
 - **Kod** - numer identyfikujący księgę w bazie danych. Wartość jest dowolnym ciągiem znaków i powinna być unikalna.
 - **Typ** - określa charakter dodawanej księgi. Należy utworzyć 5 odrębnych ksiąg, których nazwy wymienione zostały powyżej.
 - **Numer** - identyfikator techniczny księgi, pole nieobowiązkowe.

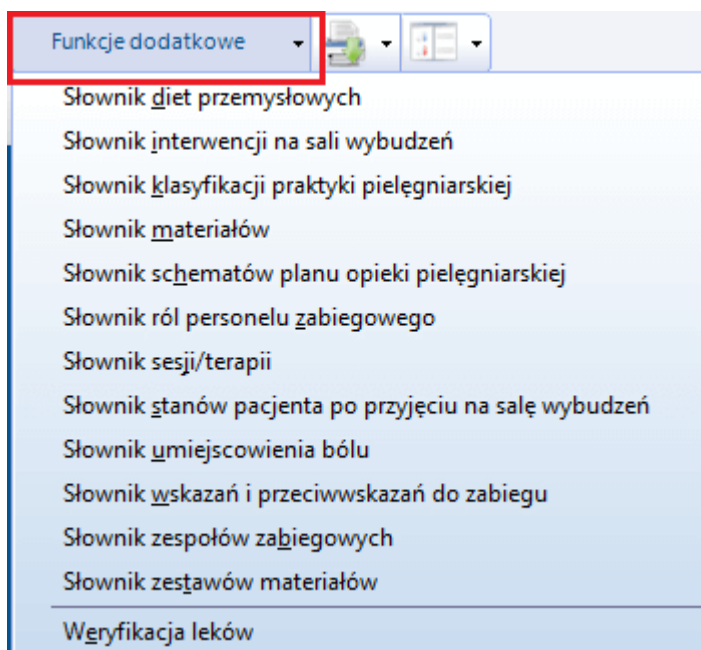
- **Nazwa** - pole tekstowe, w którym użytkownik wpisuje rozbudowany opis własny.
3. W sekcji *Komórki organizacyjne* za pomocą przycisku **Dodaj** dodać komórki organizacyjne, które zostaną powiązane z księgą.

Szczegółowe informacje dotyczące definicji i funkcjonalności ksiąg znajdują się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica.

1.5 Definicja słowników

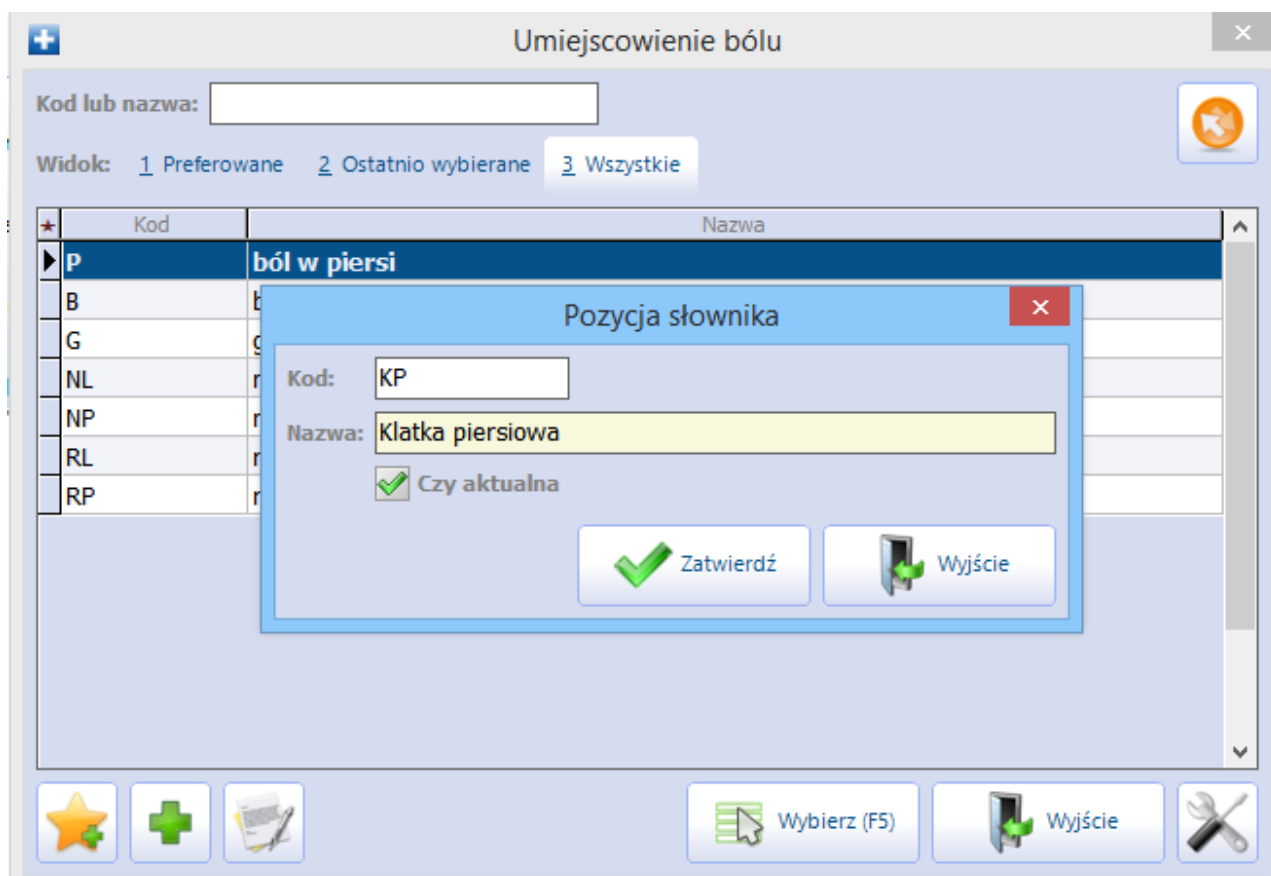
Ścieżka: [Hospitalizacja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#)

W Module Hospitalizacji funkcjonuje szereg słowników, przy pomocy których wprowadza się dane. Część słowników została wstępnie zdefiniowana przez producenta programu. W razie konieczności ich rozszerzenia o dodatkowe pozycje, należy wybrać menu "Funkcje dodatkowe" znajdujące się w lewym górnym rogu okna hospitalizacji, wybrać odpowiedni słownik i uzupełnić go o dodatkowe dane.



Aby dodać pozycję do słownika należy:

1. Wybrać menu "Funkcje dodatkowe" i słownik, który będzie podlegał modyfikacji.
2. W otwartym oknie dialogowym wybrać przycisk  **Dodaj**, znajdujący się w lewym dolnym rogu okna.
3. W oknie np. *Pozycja słownika* wprowadzić pozycję słownika poprzez nadanie jej kodu i nazwy (i innych wymaganych danych).
4. Zmiany zatwierdzić.



Z kolei pozycje istniejące już w słowniku można modyfikować, przy użyciu przycisku .

Rozdział

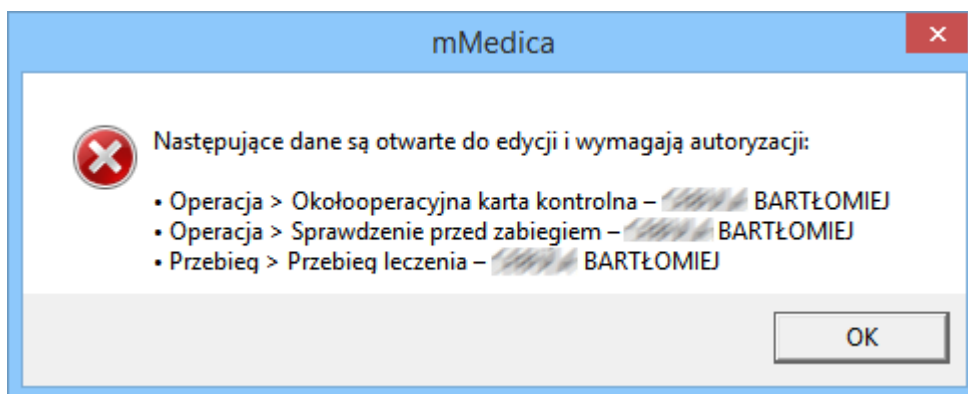
2

Wprowadzanie danych w module

Każde okno Modułu Hospitalizacja jest domyślnie zablokowane do edycji. Aby móc rozpocząć ewidencję

danych w wybranym oknie należy wybrać przycisk  lub  znajdujący się prawym dolnym rogu ekranu, który spowoduje odblokowanie pól. Odblokowanie pól do edycji w konkretnym oknie przez jednego użytkownika, uniemożliwia modyfikację tych danych pozostałym użytkownikom - mogą je jedynie przeglądać. Dopiero autoryzacja danych umożliwi ich edycję przez innego użytkownika.

Uwaga! Wprowadzone dane należy każdorazowo zapisywać przyciskiem . W przypadku braku autoryzacji choć jednego z okien, użytkownik nie będzie mógł zakończyć jednego z etapów hospitalizacji np. wypisu, co zostanie zakomunikowane w nast. sposób:



Do wprowadzania danych służą standardowe funkcjonalności wykorzystywane w aplikacji mMedica tj.:

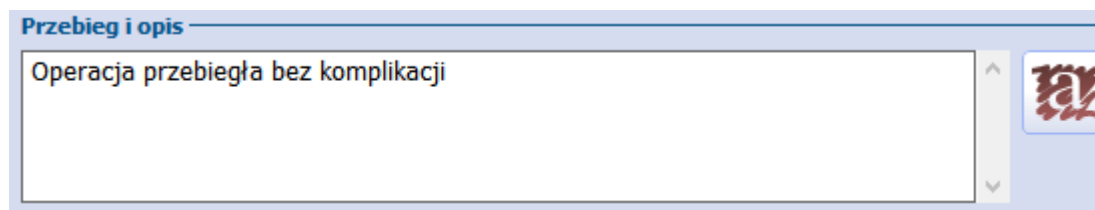
- pola wyboru 
- przyciski, np. 
- pola tekstowe
- [szablony tekstów](#) standardowych
- checkboxy i pola do zaznaczenia 

W celu przyspieszenia procesu ewidencji danych, większość informacji jest dziedziczona/powielana z okien, w których zostały już uprzednio wprowadzone. Pomimo tego, dane te mogą być dowolnie modyfikowane przez użytkowników programu.

2.1 Szablony tekstów standardowych

W wielu oknach Modułu Hospitalizacji znajduje się funkcjonalność szablonów tekstów standardowych,

obrazowana za pomocą ikony , umieszczanej obok pól opisowych. Umożliwia ona wybranie gotowych tekstów, wcześniej przygotowanych przez użytkownika i dodanie ich do właśnie uzupełnianego okna. Teksty podpowiadane są na podstawie pól, dla których zostały zdefiniowane, tzn. skorzystanie z funkcjonalności w oknie *Wywiady*, wyświetli teksty dotyczące tylko i wyłącznie wywiadów.



Zbiór tekstów standardowych znacznie przyspiesza wprowadzanie niezbędnych informacji, dlatego zaleca się korzystanie z funkcjonalności w codziennej pracy. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica w rozdziale "Teksty standardowe w polach opisowych".

Rozdział

3

Utworzenie hospitalizacji

Hospitalizację można zaplanować wcześniej tworząc rezerwację w Terminarzu lub w dniu przyjęcia pacjenta, poprzez skorzystanie z funkcji rejestracji wizyty czy też bezpośrednio z poziomu [formatki hospitalizacji](#).

3.1 Rezerwacja terminu w Terminarzu

Ścieżka: [Terminarz](#) > przycisk: [Nowa rezerwacja/rejestracja](#)
[Kartoteka pacjentów](#) > przycisk: [Rezerwacje](#) > [Nowa rezerwacja/rejestracja](#)

W celu rezerwacji terminu należy przejść do Terminarza, wybrać przycisk **Nowa rezerwacja** i uzupełnić wymagane pola:

- **Komórka org.** – wskazać komórkę organizacyjną, w której będzie realizowany pobyt. Na podstawie IX kodu resortowego aplikacja domyślnie podpowie następujące pola:
 - a) Wizyta – Hospitalizacja jednego dnia,
 - b) Przyjęcie – Przyjęcie planowe na podstawie skierowania (tryb przyjęcia najczęściej występujący w hospitalizacji). Można dokonać jego zmiany, wybierając inny tryb z listy rozwijanej.
- **Personel** – wskazać osobę personelu. Jeśli na etapie rezerwacji/rejestracji nie wiadomo jeszcze, kto będzie lekarzem prowadzącym, należy pozostawić puste pole. Podczas otwarcia hospitalizacji program podpowie automatycznie lekarza prowadzącego i będzie nim osoba aktualnie zalogowana do aplikacji. Dane te będzie można zmienić po otwarciu hospitalizacji.

Pozostałe pola należy uzupełnić zgodnie z wymogami, zapisując zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

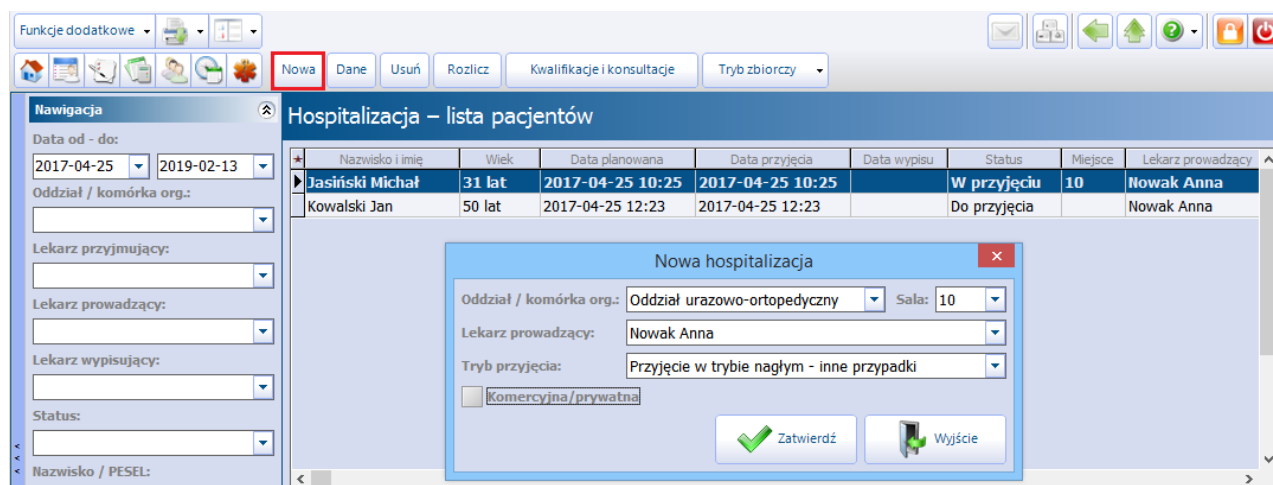
Od wersji 5.9.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość utworzenia rezerwacji na hospitalizację komercyjną, rozliczaną ze środków prywatnych pacjenta. Aby tego dokonać należy zaznaczyć checkbox "Komercyjna/prywatna", następnie dokonać rezerwacji usług prywatnych. Funkcjonalność rezerwacji/rejestracji, a następnie rozliczenia wizyt prywatnych jest dostępna tylko dla użytkowników posiadających włączony

dotatkowy Moduł Komercyjny.

Szczegółowy opis rezerwacji usług komercyjnych znajduje się w instrukcji Modułu Komercyjnego dostępnej na [stronie internetowej](#) produktu.

3.2 Nowa hospitalizacja

Utworzenia nowej hospitalizacji można dokonać również z poziomu formatki *Hospitalizacja - lista pacjentów*, poprzez wybranie przycisku **Nowa**. Użytkownik zostanie przekierowany do okna *Słownika pacjentów*, w celu wybrania pacjenta, któremu będzie tworzona hospitalizacja. Kolejnym krokiem jest uzupełnienie pól, znajdujących się w oknie dialogowym zaprezentowanym poniżej.



Opis poszczególnych pól z okna *Nowa hospitalizacja*:

- **Oddział / komórka org.** - w której będzie realizowana hospitalizacja. Na liście rozwijanej wyświetlane są komórki, których kod resortowy cz. IX wynosi - HC 1.2. Komórka podpowiadana jest domyślnie na podstawie ustawień domyślnych personelu lub na podstawie wartości wybranej we filtrze w panelu *Nawigacja*.
- **Sala** - numer sali, w której będzie przebywał pacjent. Numery sal definiuje się dla poszczególnej komórki w [strukturze organizacyjnej](#) programu. Jeśli istnieje tylko jedna sala, program podpowie jej numer automatycznie.
- **Komercyjna/prywatna** - utworzenie hospitalizacji prywatnej, finansowanej przez pacjenta. Funkcjonalność ewidencji świadczeń komercyjnych i możliwość ich rozliczenia dostępna jest w Module Komercyjnym.

W celu rozliczenia hospitalizacji prywatnej należy wybrać przycisk **Rozlicz**, znajdujący się w górnym panelu okna. Szczegółowe informacje dot. rozliczenia wizyty prywatnej znajdują się w [instrukcji obsługi](#) modułu Komercyjnego.

3.3 Lista pacjentów w hospitalizacji 1-go dnia



Ścieżka: przycisk **HOSPITALIZACJA** ze strony startowej programu

Od wersji 8.2.0: [Ewidencja](#) > [Gabinety](#) > [Hospitalizacja](#)

Wybranie przycisku **Hospitalizacja** na stronie startowej programu otwiera formatkę *Hospitalizacja - lista pacjentów*, która jest odpowiednikiem formatki gabinetowej *Lista pacjentów do Gabinetu*. W górnym oknie formatki wyświetlana jest lista pacjentów, którym wyznaczono termin w Terminarzu lub utworzono ręcznie hospitalizację z tego poziomu. Rekordy mogą zostać wyróżnione nast. kolorami:

- **Pomarańczowy** - hospitalizacje, którym zaplanowano interwencje do wykonania w ramach bieżącego

dyżuru.

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica, w ramach Modułu Personalizacyjnego, w Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji Moduły dodatkowe > Hospitalizacje, w sekcji Lista pacjentów został udostępniony parametr **"Wyróżniaj hospitalizacje z niewykonanymi interwencjami pielęgniarstwowymi"**. Jego odznaczenie spowoduje wyłączenie wyróżniania kolorem wspomnianych wyżej pozycji.

- **Zielony** - hospitalizacje komercyjne/prywatne.

Hospitalizacje mogą posiadać następujące statusy:

- **Planowana do przyjęcia** – pozycja po dokonaniu rezerwacji terminu w Terminarzu. Na formatce wyświetlane są tylko aktualne rezerwacje, czyli zaplanowane na dzień bieżący - ustawiony w filtrze "Data".
- **Do przyjęcia** – pozycja po dokonaniu rejestracji terminu w Terminarzu.
- **W przyjęciu** – hospitalizacja z niezakończonym procesem "Przyjęcie".
- **W hospitalizacji** – hospitalizacja w przebiegu (realizacji).
- **Do wypisu** – przyjęcie zakończone "Odmową" przyjęcia lub pacjent został nie zakwalifikowany do zabiegu.
- **Do podpisu** – hospitalizacja po zakończeniu "Wypisu". Dokumenty wypisu przekazywane są do podpisu kierownika oddziału.
- **Zakończona** – hospitalizacja po podpisaniu dokumentów wypisu przez kierownika oddziału.
- **Usunięta** - hospitalizacja, która została usunięta za pomocą przycisku **Usuń**. Usuniętą hospitalizację można otworzyć w celu przeglądu danych, bez możliwości ich modyfikacji.

The screenshot displays the 'Hospitalizacja - lista pacjentów' interface. On the left is a navigation panel with filters for 'Data od - do', 'Oddział / komórka org.', 'Lekarz przyjmujący', 'Lekarz prowadzący', 'Lekarz wypisujący', 'Status', and 'Nazwisko / PESEL'. The main table lists patients with columns: Nazwisko i imię, Wiek, Data planowana, Data przyjęcia, Data wypisu, Status, Miejsce, and Lekarz prowadzący. Two patients are visible: Jasiński Michał (31 lat, 2017-04-25 10:25, 2017-04-25 10:25, W przyjęciu, 10, Nowak Anna) and Kowalski Jan (50 lat, 2017-04-25 12:23, 2017-04-25 12:23, Do przyjęcia, Nowak Anna). Below the table, the details for 'Kowalski Jan (M), 00000000000, 50 lat' are shown. This section is divided into three panels: 'INFORMACJE O PACJENCIE' (Data ur.: 1967-04-07 (50 lat), PESEL: 00000000000, Adres: 40-001 ul. Wojewódzka 1, Telefon: 111-222-333, Upow.: stan zdrowia - BRAK, DOKUMENTU, dokumentacja - BRAK, DOKUMENTU, edycja danych - BRAK, Pokaż dane osobowe), 'UBEZPIECZENIE' (OW NFZ: Kraje UE, eWUŚ: uprawniony do świadczeń, Ubezpieczenie: Dokument UE, Pokaż dokumenty ubezpieczenia), and 'DOKUMENTY' (Zgoda na zabieg: BRAK).

W dolnej części formatki znajdują się 3 okna, w których wyświetlane są informacje podstawowe o pacjencie, jego ubezpieczeniu oraz dokumentach medycznych.

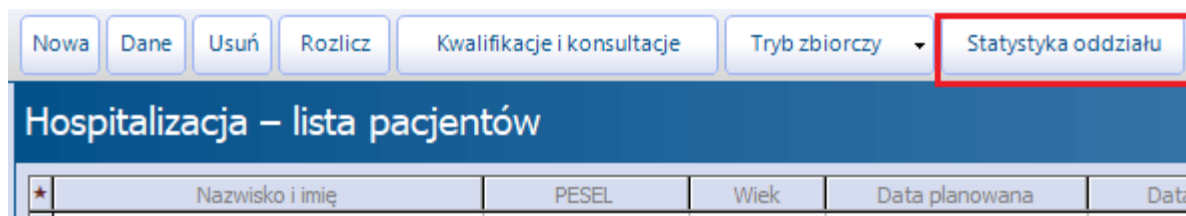
Z lewej strony formatki znajduje się panel nawigacji z filtrami ułatwiającymi wyszukiwanie. Dzięki nim można w prosty sposób wyselekcjonować hospitalizacje na podstawie daty, komórki organizacyjnej, statusu, nazwiska pacjenta, lekarza przyjmującego itd.

Z kolei w górnym panelu formatki znajdują się nast. przyciski:

- **Nowa** - tworzy nową hospitalizację.
- **Dane** – otwiera hospitalizację, która została zaznaczona na liście.
- **Usuń** – usuwa hospitalizację zaznaczoną na liście. Przycisk jest aktywny dla pozycji otwartych w

statusie innym niż "Planowane do przyjęcia", "Do przyjęcia" i "Zakończone".

- **Rozlicz** – otwiera formatkę rozliczeniową hospitalizacji. Przycisk jest aktywny dla pozycji otwartych w statusie innym niż "Planowane do przyjęcia", "Do przyjęcia" i "Zakończone".
- **Kwalifikacje i konsultacje** - ewidencja danych z przeprowadzonej konsultacji anestezjologicznej i kwalifikacja do zabiegu bez powiązania z hospitalizacją.
- **Tryb zbiorczy** – umożliwia zaewidencjonowanie danych hospitalizacji w [trybie zbiorczym](#).
- **Statystyka oddziału** - przycisk dodany w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica.



Przekierowuje on do okna księgi raportów pielęgniarskich, w którym lista wyświetlonych pozycji jest zawężona do utworzonych statystyk oddziału. W przypadku wcześniejszego wyboru w oknie *Hospitalizacja - lista pacjentów* komórki organizacyjnej, domyślnie zostaną wyfiltrowane statystyki dotyczące tej komórki. Użytkownik będzie miał możliwość dodania nowej statystyki, a także edycji lub usunięcia istniejącej.

3.4 Ewidencja kwalifikacji i konsultacji poza hospitalizacją

Ścieżka: [Hospitalizacja](#) > przycisk: [Kwalifikacje i konsultacje](#)

W wersji 5.10.0 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność ewidencji danych z badania kwalifikacyjnego i konsultacji anestezjologicznej, które zostały przeprowadzone z pacjentem przed utworzeniem hospitalizacji w aplikacji mMedica. Po utworzeniu hospitalizacji dane z w/w dokumentów zostaną automatycznie uzupełnione w odpowiednich oknach tj. [Kwalifikacja do zabiegu](#) oraz [Konsultacja anestezjologiczna](#).

Na formatce *Hospitalizacja - lista kwalifikacji i konsultacji* prezentowana jest lista dokumentów kwalifikacji do zabiegu i konsultacji anestezjologicznych pacjentów oczekujących na zabieg, dodanych poza hospitalizacją. Aby wprowadzić do systemu jeden z dostępnych dokumentów należy wykonać poniższe czynności:

1. W panelu wyszukiwania w polu "Oddział/komórka org." wybrać z listy komórkę org., której dotyczy hospitalizacja.
2. Wybrać przycisk **Nowa kwalifikacja do zabiegu** lub **Nowa konsultacja anestezjologiczna**.
3. Ze słownika pacjentów wybrać odpowiedniego pacjenta.
4. Uzupełnić dane dokumentu, zwracając szczególną uwagę na konieczność zaznaczenia kwalifikacji pacjenta w sekcji *Kwalifikacja pacjenta*.

Funkcje dodatkowe

Nowa kwalifikacja do zabiegu Nowa konsultacja anestesjologiczna Dane Usuń

Wyszukiwanie zaawansowane

Data: 2017-09-27

Oddział / komórka org.: Poradnia Okulistyczna

Lekarz wprowadzający:

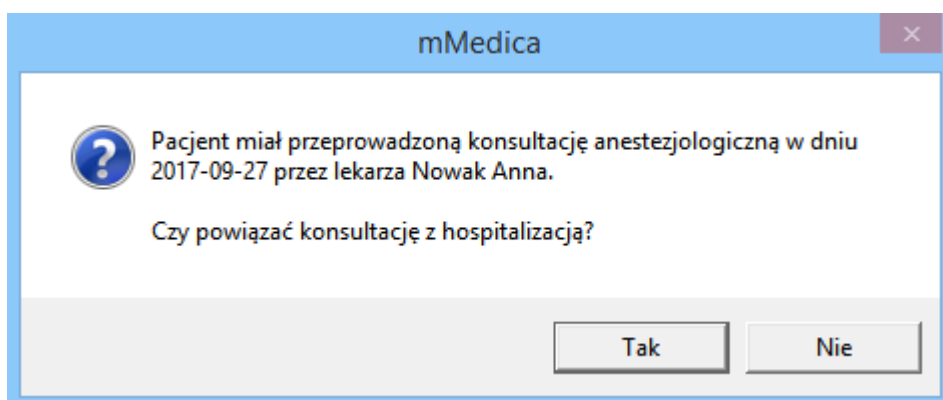
Nazwisko / PESEL:

Zastosuj Wyczyść

Hospitalizacja – lista kwalifikacji i konsultacji

Data	Rodzaj	Pacjent	PESEL	Wprowadzający
2017-09-27 13:47	Kwalifikacja do zabiegu	Kowalski Jan	0000000000	Nowak Anna
2017-09-27 13:47	Konsultacja anestesjologiczna	Kowalski Jan	0000000000	Nowak Anna

Jeżeli po zaewidencjonowaniu w/w danych, w programie mMedica zostanie utworzona pacjentowi hospitalizacja, to po jej otwarciu zostanie wyświetlony poniższy komunikat. Wybranie przycisku "Tak" spowoduje powiązanie danych z dokumentu z hospitalizacją, poprzez automatyczne uzupełnienie danych w odpowiednich oknach hospitalizacji.



Po dokonaniu powiązania dokumentów z hospitalizacją, wpisy w oknie *Hospitalizacja - lista kwalifikacji i konsultacji* zostaną usunięte.

3.5 Wydruk paska identyfikacyjnego

W aplikacji istnieje możliwość wydruku paska identyfikacyjnego pacjenta, który owija się wokół nadgarstka lub kostki chorego. Pod kodem kreskowym drukowanym na opasce zamieszczono ID pacjenta, zapewniając szybkie i bezpieczne odczytanie danych pacjenta. Dodatkowo, numer opaski jest wyświetlany w kolumnie "Opaska" na formacie *Hospitalizacja - lista pacjentów*.

Aby wydrukować pasek identyfikacyjny, należy w oknie otwartej hospitalizacji wybrać zamieszczony u góry

ekranu przycisk , a następnie opcję **Pasek identyfikacyjny**. Wydruku pasków identyfikacyjnych dokonuje się na drukarce Zebra, po uprzednim podłączeniu jej do stacji roboczej i zdefiniowaniu w Konfiguratorze programu mMedica. W tym celu należy przejść do: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#).

Uwaga! Przed rozpoczęciem wydruku pasków zaleca się zapoznanie z instrukcją obsługi drukarki Zebra i określenie rodzaju paska, jaki zostanie użyty do wydruku.

Wydruk na drukarce pasków identyfikacyjnych

Nazwa:

Margines górny (dłuższy bok): 3 pkt

Margines lewy (krótszy bok): pkt

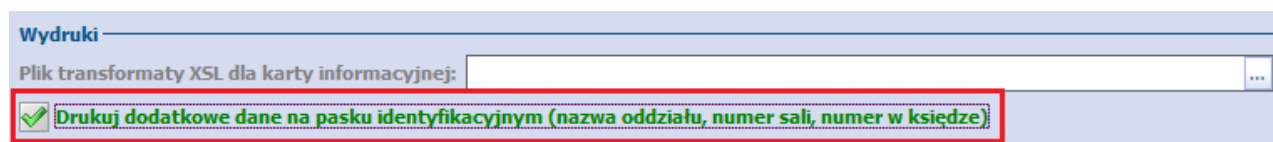
Ze względu na różnorodność występujących na rynku rodzajów opasek i ich wielkości, w Konfiguratorze

przygotowano parametry odpowiadające za przesunięcie kodu kreskowego na opasce wzdłuż wybranych marginesów (zdj. powyżej). W związku z koniecznością precyzyjnego określenia przesunięcia kodu względem marginesów opaski, zastosowano wartość punktową. Punkt wylicza się dzieląc rozdzielczość drukarki przez 25,4 mm (1 cal). Otrzymana wartość określa ilość punktów, jaką naniesie drukarka na obszarze 1 cala (szczegóły poniżej).

W celu uzyskania najlepszych rezultatów wydruku i umieszczenia kodu kreskowego w centralnej części opaski należy wykonać poniższe czynności:

1. Obliczyć ilość punktów, jaką drukuje dany model drukarki na obszarze 1 cala:
 - a) Ze sterownika drukarki Zebra odczytać wysokość dpi. W przykładzie użyto dpi 300.
 - b) Podzielić wysokość dpi przez 25,4 mm (1 cal) i zaokrąglić wynik do liczby całkowitej:
$$300 / 25,4 = 11,81 = 12 \text{ pkt}$$
Określono, że drukarka na obszarze 1 cala nanosi 12 punktów obrazu.
2. Na wykorzystywanej opasce identyfikacyjnej określić obszar zadruku, opierając się na dokumentacji producenta drukarki.
3. Wyznaczony obszar zadruku podzielić na 3 równe części.
4. Obliczyć odległość od pozycji wyjściowej nośnika do linii, która została określona na 1/3 odległości obszaru zadruku (pkt 3 tej instrukcji). Według dokumentacji drukarki Zebra "pozycja wyjściowa wynosi 25,4 mm (1 cal) od krawędzi prowadzącej drukarki".
5. Wynik otrzymany w punkcie 4 przemnożyć przez ilość punktów otrzymaną w punkcie 1.
6. Uzyskany wynik wprowadzić w pole "Margines górny (dłuższy bok)" i zapisać zmiany. Dokonać próbnego wydruku opaski identyfikacyjnej w celu weryfikacji poprawnego umiejscowienia kodu kreskowego na opasce.

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica dodano możliwość określenia, czy na pasku identyfikacyjnym mają być drukowane dodatkowe dane, takie jak: nazwa oddziału, numer sali, numer w księdze. Służy do tego parametr **Drukuj dodatkowe dane na pasku identyfikacyjnym (nazwa oddziału, numer sali, numer w księdze)**, dostępny w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w [Moduły dodatkowe > Hospitalizacje](#), w sekcji [Wydruki](#).



Rozdział

4

Przyjęcie

W celu rozpoczęcia przyjęcia należy podświetlić wybraną rezerwację/pozycję na liście pacjentów i otworzyć ją dwuklikiem. Otwarta zostanie formatka, na której należy wprowadzić wszelkie informacje dotyczące przyjęcia pacjenta na oddział.

W każdej hospitalizacji występuje lekarz przyjmujący, lekarz prowadzący oraz lekarz wypisujący. Użytkownik zalogowany do aplikacji, który rozpoczyna proces przyjęcia pacjenta jest domyślnie podpowiadany jako lekarz przyjmujący, a jeśli w procesie rezerwacji/rejestracji nie wskazano personelu - również jako prowadzący. Jeśli lekarzem przyjmującym/prowadzącym będzie inna osoba, niż ta podpowiadana przez system, należy dokonać zmiany w [Danych podstawowych](#) na formatce *Przyjęcie*.

W oknie wprowadzono podział na zakładki: **Wywiad** / **Badanie przedmiotowe** / **Rozpoznanie wstępne** oraz **Postępowanie lekarskie** / **Uzasadnienie przyjęcia** / **Leczenie** / **Planowany zabieg**.

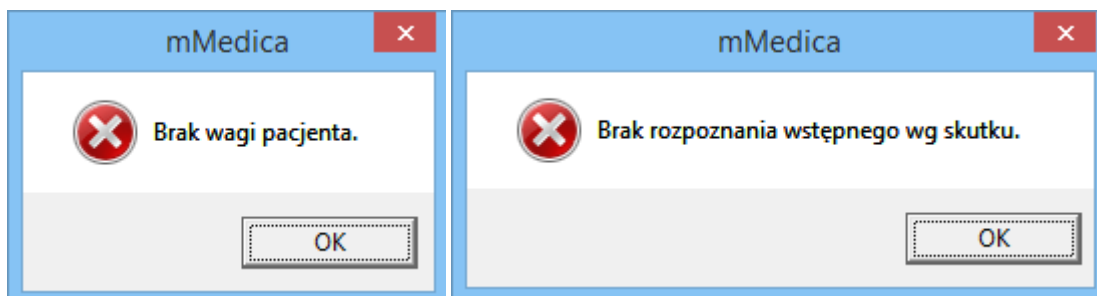
W pierwszej z nich wymagane jest wprowadzenie następujących danych:

- Rozpoznanie główne
- Waga pacjenta

W przypadku braku uzupełnienia powyższych informacji, w momencie zapisywania danych przyciskiem

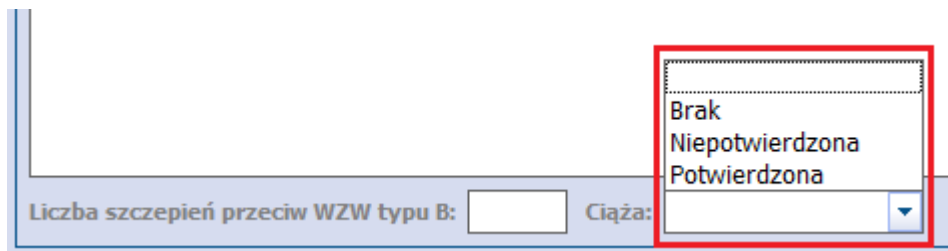
Potwierdź przyjęcie wyświetlony zostanie stosowny komunikat (zdj. poniżej).

Uwaga! Uzupełnienie pola dot. numeru sali jest obowiązkowe i w razie jego braku zostanie wyświetlony stosowny komunikat. Numer sali uzupełnia się w danych podstawowych hospitalizacji.



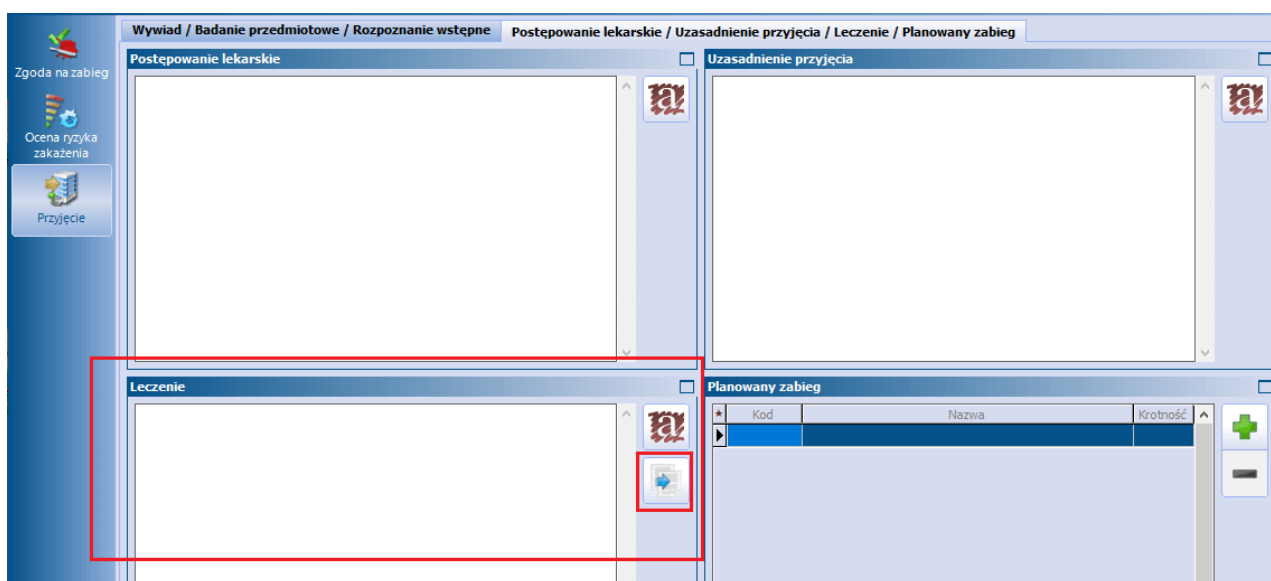
Na zakładkach istnieje możliwość wprowadzenia szczegółowego wywiadu, opisu postępowania lekarskiego i uzasadnienia przyjęcia. Treść można wprowadzić ręcznie w oknach tekstowych lub skorzystać z [szablonów tekstów](#) standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

Od wersji aplikacji 8.3.0 w hospitalizacji realizowanej kobiecie w dolnej części okna Wywiad wyświetlane jest dodatkowe pole "Cięża". Umożliwia ono wprowadzenie informacji o ciąży poprzez wybór odpowiedniej wartości z dostępnej listy rozwijalnej (patrz zdjęcie poniżej).



W oknie Leczenie, dostępnym na zakładce **Postępowanie lekarskie / Uzasadnienie przyjęcia / Leczenie / Planowany zabieg**, użytkownik ma możliwość zamieszczenia informacji dotyczących dotychczasowego leczenia pacjenta. Istnieje także możliwość skopiowania zawartości tego pola z poprzedniej hospitalizacji pacjenta, która była realizowana w tej samej komórce organizacyjnej. Służy do

tego przycisk .



Po zamieszczeniu w powyższym polu odpowiedniego opisu (i autoryzacji zmian) w prawym górnym rogu okna hospitalizacji pojawi się ikona . Najeżdżenie na nią kursorem myszy spowoduje wyświetlenie

treści pola.

Treść pola "Leczenie", uzupełnionego w oknie przyjęcia, podpowie się później w analogicznym polu w oknie wypisu hospitalizacji.

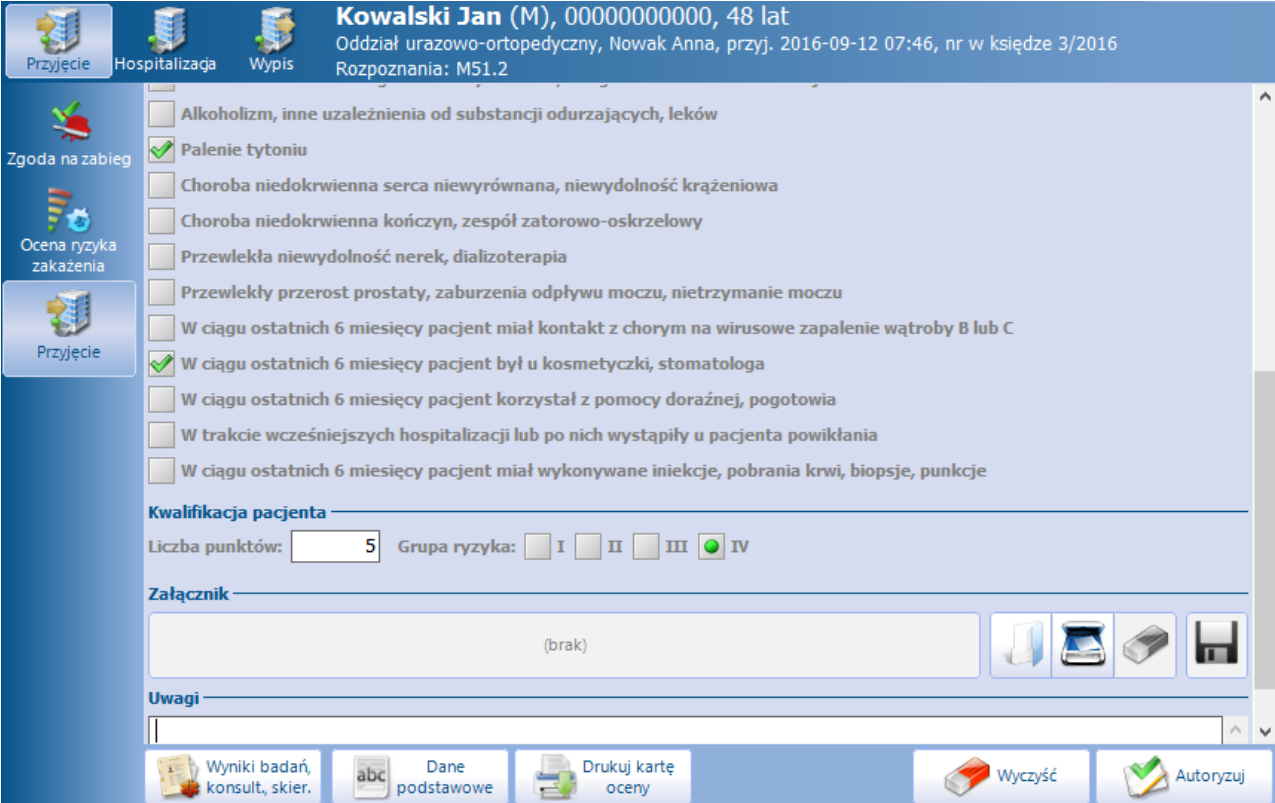
Ponadto istnieje możliwość wprowadzenia danych i wydruku zgody pacjenta na zabieg oraz podpięcia go do hospitalizacji. Służy do tego formatka [Zgoda na zabieg](#) znajdująca się w lewym panelu okna.

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych, w celu przyjęcia pacjenta na oddział należy wybrać przycisk [Potwierdź przyjęcie](#), znajdujący się w prawym dolnym rogu formatki. W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta na oddział należy wybrać przycisk [Odmów przyjęcia](#).

4.1 Ocena ryzyka zakażenia

Każdy pacjent podczas przyjęcia wypełnia ankietę, której celem jest określenie poziomu ryzyka zakażenia podczas hospitalizacji. Okno *Ocena ryzyka zakażenia* umożliwia wprowadzenie danych do programu mMedica na podstawie dokumentu uzupełnionego przez pacjenta.

Czynniki ryzyka wybiera się poprzez zaznaczenie  odpowiedniej opcji. Na podstawie zaznaczonych danych w tabeli, aplikacja podsumuje liczbę punktów i wyznaczy grupę ryzyka w sekcji *Kwalifikacja pacjenta*. Użytkownik może w każdej chwili dokonać modyfikacji tych danych ręcznie.



Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna, przyj. 2016-09-12 07:46, nr w księdze 3/2016
 Rozpoznanie: M51.2

Przyjęcie Hospitalizacja Wypis

Zgoda na zabieg

Ocena ryzyka zakażenia

Przyjęcie

- ☐ Alkoholizm, inne uzależnienia od substancji odurzających, leków
- ☒ Palenie tytoniu
- ☐ Choroba niedokrwienna serca niewyrównana, niewydolność krążeniowa
- ☐ Choroba niedokrwienna kończyn, zespół zatorowo-oskrzelowy
- ☐ Przewlekła niewydolność nerek, dializoterapia
- ☐ Przewlekły przerost prostaty, zaburzenia odpływu moczu, nietrzymanie moczu
- ☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent miał kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby B lub C
- ☒ W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent był u kosmetyczki, stomatologa
- ☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent korzystał z pomocy doraźnej, pogotowia
- ☐ W trakcie wcześniejszych hospitalizacji lub po nich wystąpiły u pacjenta powikłania
- ☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent miał wykonywane iniekcje, pobrania krwi, biopsje, punkcje

Kwalifikacja pacjenta

Liczba punktów: Grupa ryzyka: ☐ I ☐ II ☐ III ☒ IV

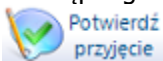
Załącznik

(brak)

Uwagi

Wyniki badań, konsult, skier. Dane podstawowe Drukuj kartę oceny Wyczyść Autoryzuj

4.2 Przyjęcie pacjenta

Jeśli wynik wstępnego wywiadu jest pozytywny i kwalifikuje pacjenta do przyjęcia na oddział należy wybrać przycisk , który spowoduje automatyczne otwarcie formatki [Hospitalizacja](#). W dodatku potwierdzenie przyjęcia pacjenta na oddział spowoduje:

- dodanie wpisu w Księdze głównej przyjęć i wypisów,
- dodanie wpisu w Księdze oddziału,
- wykreślenie pacjenta z kolejki oczekujących z podaniem przyczyny „Zrealizowanie świadczenia”, jeśli został do niej dodany.

4.3 Odmowa przyjęcia pacjenta

W przypadku braku kwalifikacji pacjenta na oddział należy wybrać przycisk . Odmowa przyjęcia pacjenta spowoduje:

- nadanie hospitalizacji statusu "Do wypisu" i otwarcie formatki [Wypis](#),
- dodanie wpisu w Księdze głównej przyjęć i wypisów,
- wykreślenie pacjenta z kolejki oczekujących z podaniem przyczyny „Pacjent nie kwalifikuje się do operacji”, jeśli został do niej dodany.

4.4 Dane podstawowe hospitalizacji

W celu otwarcia okna z danymi podstawowymi hospitalizacji należy wybrać przycisk **Dane podstawowe**, znajdujący się w dolnym panelu formatki *Przyjęcie*. Otwarte zostanie okno *Podstawowe dane hospitalizacji*, które umożliwia przegląd i modyfikację wprowadzonych danych. Dane prezentowane w oknie w większości podpowiadane są domyślnie, na podstawie wcześniej dokonanej rezerwacji/rejestracji.

The screenshot shows the 'Przyjęcie' (Admission) form in the mMedica system. The patient is 'Kowalski Jan (M)', 52 years old, in the 'Oddział urazowo - ortopedyczny' (Trauma - Orthopedic Department). The diagnosis is 'MS1.2'. The form has several tabs: 'Wywiad / Badanie przedmiotowe / Rozpoznanie wstępne', 'Postępowanie lekarskie / Uzasadnienie przyjęcia / Leczenie / Planowany zabieg'. The 'Postępowanie lekarskie' tab is active, showing a large empty text area. The 'Uzasadnienie przyjęcia' tab is also visible. The 'Leczenie' tab shows a large empty text area. The 'Planowany zabieg' tab shows a table with columns 'Kod', 'Nazwa', and 'Krotność'. The bottom panel contains buttons: 'EDM', 'Wyniki badań, konsult, skier.', 'Dane podstawowe' (highlighted with a red box), and 'Edytuj'.

Uwaga! W każdej hospitalizacji występuje lekarz przyjmujący, lekarz prowadzący oraz lekarz wypisujący. Użytkownik zalogowany do aplikacji, który rozpoczyna proces przyjęcia pacjenta jest domyślnie podpowiadany jako lekarz przyjmujący, a jeśli w procesie rezerwacji/rejestracji nie wskazano personelu - również jako prowadzący. Jeśli lekarzem przyjmującym/prowadzącym będzie inna osoba, niż ta podpowiadana przez system, należy dokonać zmian właśnie w danych podstawowych hospitalizacji.

Podstawowe dane hospitalizacji

1. Realizacja **2. Skierowanie**

Data przyjęcia: 16-10-2020 15:08 Numer w księdze głównej przyjęć i wypisów:

Tryb przyjęcia: Przyjęcie planowe na podstawie skierowania

Lekarz przyjmujący: Nowak Anna

Lekarz prowadzący: Nowak Anna

Oddział / komórka org.: Oddział urazowo - ortopedyczny Sala: 1 Łóżko:

Kod świadczenia: 1 ... Pobyt w oddziale szpitalnym Wersja: rozp. MZ 23.12.2019

Nr karty depozytowej: ☐ Pobrano opłatę

Opis poszczególnych z zakładki 1. Realizacja:

- **Tryb przyjęcia** – podpowiadany na podstawie danych wprowadzonych w rezerwacji/rejestracji.
- **Lekarz przyjmujący** – domyślnie jest nim użytkownik zalogowany do aplikacji, który rozpoczyna proces przyjęcia, czyli otwiera hospitalizację. Można go zmienić, wybierając z listy rozwijanej odpowiednią osobę personelu.
- **Lekarz prowadzący** – jest nim osoba personelu, do której została wykonana rezerwacja/rejestracja hospitalizacji. Można go zmienić, wybierając z listy rozwijanej odpowiednią osobę personelu.
- **Sala** – numer sali, w której znajduje się pacjent.
- **Łóżko** – numer łóżka, które zajmuje pacjent.
- **Kod świadczenia** - pole dodane w wersji 6.8.0 programu. Umożliwia wprowadzenie kodu świadczenia wg MZ.
- **Nr karty depozytowej** – dane uzupełniane na potrzeby Księgi głównej przyjęć i wypisów. Po uzupełnieniu podpowiedzą się w rozliczeniu hospitalizacji.
- **Pobrano opłatę** – dane uzupełniane na potrzeby Księgi głównej przyjęć i wypisów.

Na zakładce 2. Skierowanie prezentowane są dane dotyczące skierowania. Jeśli podczas rezerwacji/rejestracji uzupełniono dane skierowania, dane te zostaną uzupełnione domyślnie. Jeśli hospitalizacja została utworzona poprzez wybranie przycisku **Nowa**, dane skierowania należy uzupełnić ręcznie, jeśli wymaga tego tryb przyjęcia lub pobrać elektroniczne skierowanie z systemu P1 na podstawie danych dostępowych otrzymanych przez pacjenta.

W wersji 6.9.9 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność pobrania eSkierowania z systemu P1 bezpośrednio w podstawowych danych hospitalizacji. Aby móc wykonywać tą czynność użytkownik programu musi spełniać poniższe wymagania, jak:

- a) nadane uprawnienie funkcjonalne "Realizacja eSkierowań P1" w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne > gałąź "Obsługa rejestru pacjentów"](#),
- b) użytkownik nieposiadający NPWZ musi być skonfigurowany w programie jako asystent medyczny lub pracownik administracyjny (szczegółowa instrukcja znajduje się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica).

Aby pobrać eSkierowanie należy wybrać przycisk **Pobierz eSkierowanie z P1**, oznaczony na poniższym zdjęciu. W nowo otwartym oknie dialogowym wpisać 4-cyfrowy kod dostępu podany przez pacjenta lub wprowadzić klucz dostępu np. poprzez zeskanowanie go czytnikiem z przekazanego wydruku wizualizacji. Po wybraniu przycisku **Pobierz eSkierowanie** aplikacja pobierze dane z systemu P1 i uzupełni je automatycznie w oknie skierowania.

Podstawowe dane hospitalizacji

1. Realizacja **2. Skierowanie**

Rodzaj: Nr skierowania: Cito ☐

Data wystawienia: Typ zleceńodawcy:

Instytucja kierująca: ID ...

Personel kierujący: ID

Kod res. cz. V

Kod res. cz. V

Kod res. cz. V

Rozpoznanie PESEL: 00000000000

Uwagi:

Załącznik: (brak)

Pobranie eSkierowania z P1

Klucz dostępu:

Kod dostępu:

PESEL: 00000000000

 **Pobierz eSkierowanie**  **Wyjście**

 **Zatwierdź**  **Wyjście**

Potwierdzeniem poprawnego pobrania skierowania jest wyświetlenie jego statusu na zakładce 2. Skierowanie w polu "**Status P1**" jako "Wystawione". Zatwierdzenie danych traktowane jest jako przyjęcie skierowania, co wiąże się z jednoczesną zmianą jego statusu na "U realizatora" i przesłanie tej informacji do P1. Wybranie przycisku "Wyjście" anuluje wprowadzone dane i skierowanie zostanie zwrócone do systemu P1.

W celu podejrzenia wizualizacji pobranego eSkierowania należy wybrać przycisk **Podgląd pobranego**

skierowania .

Podstawowe dane hospitalizacji

1. Realizacja
2. Skierowanie

Rodzaj:	Skierowanie	Nr skierowania:	000000000000mm1655	☐ Cito	
Data wystawienia:	27-01-2021	Typ zleceńodawcy:	Podmiot leczniczy		
Instytucja kierująca:	ID	-1	Przychodnia		
Personel kierujący:	ID	365117	Adam317 Leczniczy		
Kod res. cz. V:	01	Nazwa jedn. org.:			
Kod res. cz. VII:	001	Nazwa kom. org.:	PORADNIA NEUROLOGICZNA		
Kod res. cz. VIII:	4900	Izba przyjęć szpitala			
Rozpoznanie:	S42	Złamanie barku i ramienia			
Strona ciała:		☐ Refundacja NFZ	Status P1: Wystawione		
Uwagi:	Proszę o przyjęcie na / do Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej Cel wydania: Operacja barku				
Komentarze z eSkierowania:					

Zatwierdź
 Wyjście

Jeśli po przyjęciu eSkierowania pojawi się konieczność jego zwrotu np. z powodu rezygnacji pacjenta ze

świadczeń bądź z innej przyczyny, należy wybrać przycisk **Wyczyść** , a następnie w wyświetlonym oknie *Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji* wskazać przyczynę odmowy. Na liście rozwijanej znajdują się 2 przyczyny:

- Rezygnacja pacjenta
- Brak zleconych świadczeń w ofercie placówki

Jeśli występuje inny powód zwrotu należy wpisać go ręcznie w pole "Przyczyna" i zatwierdzić przyciskiem **Odrzuć eSkierowanie**.

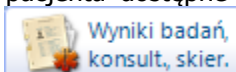
Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji

Przyczyna: Rezygnacja pacjenta

Odrzuć eSkierowanie
 Wyjście

4.5 Dokumenty medyczne hospitalizacji

Dokumenty medyczne pacjenta dostępne są w trakcie trwania całej hospitalizacji. W celu ich podglądu



należy wybrać przycisk **Wyniki badań, konsult, skier.** znajdujący się zawsze w dolnym panelu okna. Otwarte zostanie okno *Wyniki badań, konsultacje, skierowanie* prezentujące wszystkie dokumenty medyczne pacjenta.

Przy każdorazowym otwarciu hospitalizacji system sprawdza obecność nowych dokumentów medycznych i jeśli takowe są, wyświetlone zostaną w oknie powiadamiania, otwieranym automatycznie.

Data	Rodzaj
2016-09-06	Skierowanie na hospitalizację

Instytucja: AD AEGROTUM NZOZ
 Zlecający: ADAMCZYK ANNA
 Kod res. cz. VIII: 0012 – Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej
 Rozpoznanie: M51.2 – Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego

Załączniki

Edytuj Wyjście

W celu przypisania do hospitalizacji nowego dokumentu medycznego, należy wybrać przycisk  i wskazać odpowiedni rodzaj:

- Badanie diagnostyczne
- Badanie laboratoryjne
- Konsultacja

Dokumenty medyczne pacjenta są dostępne w trakcie trwania całej hospitalizacji.

Rozdział

5

Hospitalizacja

Po otwarciu hospitalizacji z lewej strony ekranu dostępne są zakładki do ewidencji danych m.in. Przebieg hospitalizacji, Kwalifikacja do zabiegu, Konsultacja anestezjologiczna itd. Wybranie jednej z zakładek spowoduje jej otwarcie.

W górnym panelu okna znajdują się następujące przyciski:

- **Dane pacjenta** – otwiera okno z danymi pacjenta wprowadzonymi w Kartotece pacjentów.
- **Dokumenty ubezpieczenia** – otwiera okno z aktualnymi dokumentami ubezpieczeniowymi pacjenta.
- **Status eWUŚ** – wybranie przycisku dokonuje weryfikacji uprawnienia pacjenta do świadczeń w systemie eWUŚ.
- **Odśwież dane** – wybranie przycisku powoduje aktualizację danych pacjenta, komórki, świadczeniodawcy i lekarza względem danych zapisanych w hospitalizacji.
- **Rozliczenie** – otwiera okno z danymi rozliczeniowymi hospitalizacji.

Poniżej, od lewej znajduje się panel nawigacji (1) pozwalający na przełączanie formatek między Przyjęciem,

Hospitalizacją a Wypisem. Na pasku obok (2) wyświetlane są dane pacjenta, lekarza prowadzącego, data i godzina przyjęcia pacjenta na oddział, numer w księdze głównej oraz kody rozpoznai wprowadzone w trakcie całej hospitalizacji. Po najechniu kursorem na kody rozpoznai, rozwija się lista wszystkich kodów rozpoznai z nazwami.

5.1 Przebieg leczenia

Okno przebiegu leczenia otwierane jest automatycznie po potwierdzeniu przyjęcia pacjenta na oddział. Ewidencjonuje się w nim rozpoznania pacjenta, które automatycznie przenoszone są do rozliczenia hospitalizacji (widoczne po wybraniu przycisku **Rozliczenie**).

The screenshot shows the 'Przebieg leczenia' window in the mMedica application. At the top, there's a toolbar with icons for various functions. Below it, a patient information bar shows 'Kowalski Jan (M)', 53 years old, with admission details. The main area is divided into sections: 'Rozpoznania' (Diagnoses) with a table listing 'Wg skutku' (M51.2) and 'Wg przyczyny zewnętrznej V-Y'; 'Wywiady' (Interviews) with a 'Bieżący wywiad' (Current interview) section showing data for 08-08-2022 13:55 by Nowak Anna; and 'Badania przedmiotowe' (Physical examinations) with a 'Bieżące badanie' (Current examination) section showing data for 08-08-2022 13:55 by Nowak Anna. At the bottom, there are buttons for 'EDM', 'Wyniki badań, konsult, skier.', and 'Autoryzuj'.

Poniżej rozpoznai znajdują się pola służące do ewidencji danych wywiadu oraz badania przedmiotowego (po wykonaniu przez lekarza obchodu na oddziale). Treść w dedykowanych polach tekstowych można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych po ich wcześniejszym zdefiniowaniu. Rozpoczęcie edycji tekstu powoduje uzupełnienie pola "Data" datą i czasem wprowadzanych danych.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica dodano pole "Realizujący" oraz "Procedura". Po wyborze odpowiedniej procedury ICD-9 w polu "Procedura" zostaje automatycznie uzupełnione pole "Realizujący" danymi zalogowanego personelu.

W wersji 8.3.0 programu wprowadzono również funkcjonalność podpowiadania procedury ICD-9 dotyczącej wywiadu lub badania przedmiotowego na podstawie zdefiniowanych powiązań dla procedur ICD-9. Dokładne informacje dotyczące definiowania takich powiązań znajdują się w ogólnej [instrukcji obsługi](#) programu, w rozdziale "Powiązania dla procedur ICD-9".

W celu zapisania wprowadzonych danych należy wybrać przycisk **Zapisz zmiany**  znajdujący się z prawej strony okna.

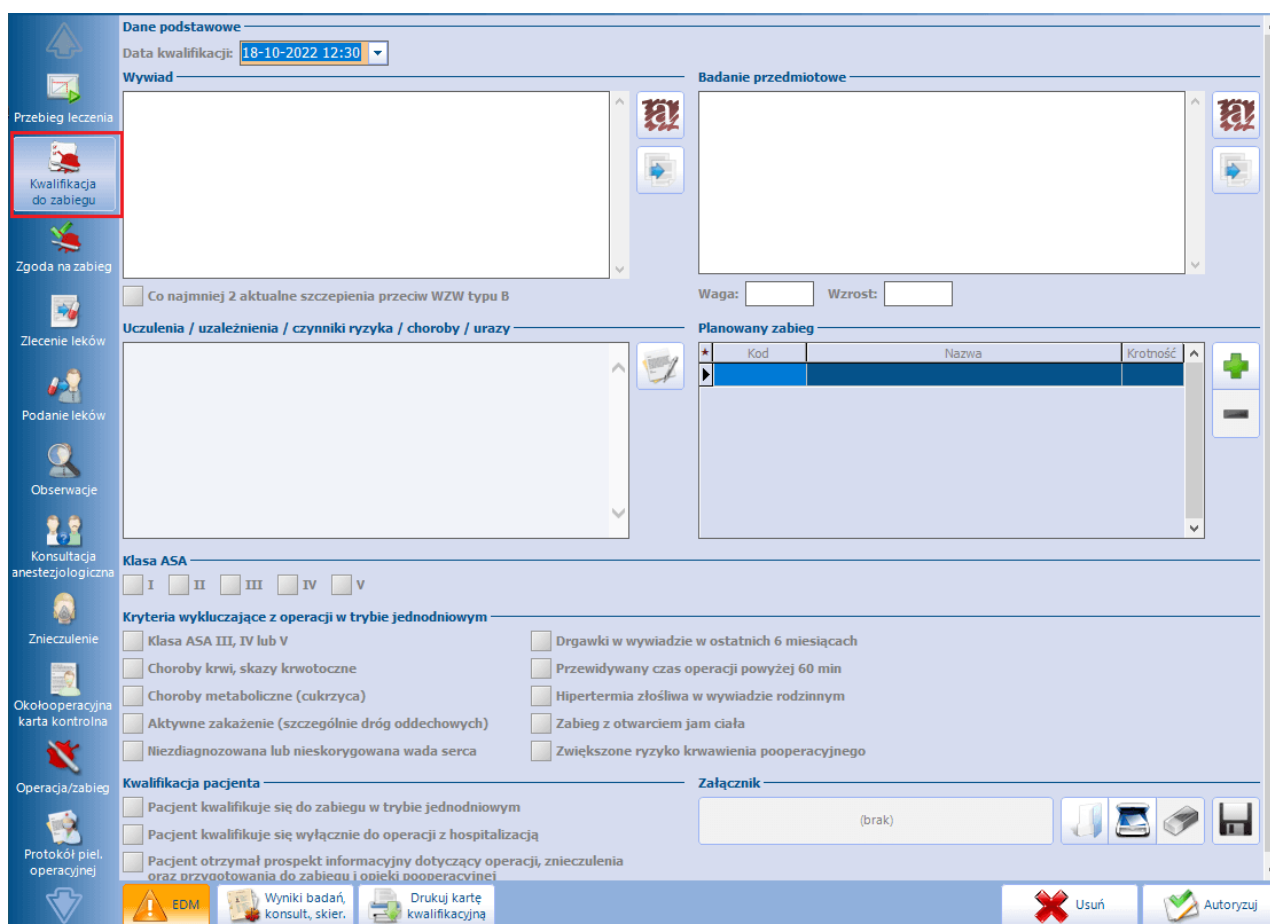
Zapisane dane znajdują się w oknach poniżej, tj. "Wszystkie wywiady" oraz "Wszystkie badania", gdzie można je przeglądać i modyfikować. W celu zmodyfikowania tekstu należy podświetlić go na liście i wybrać

przycisk **Edytuj**  z prawej strony okna. Modyfikowany tekst wyświetlony zostanie w oknie powyżej,

gdzie należy dokonać odpowiednich poprawek i ponownie zapisać go przyciskiem . Uprawnienia do modyfikacji zapisanego już wywiadu/badania przedmiotowego ma tylko użytkownik, który go wprowadził. Wpisy wprowadzone przez innych użytkowników programu są zablokowane do edycji.

5.2 Kwalifikacja do zabiegu

Przed wykonaniem zabiegu/operacji pacjent poddawany jest badaniu kwalifikacyjnemu. W górnej części okna *Kwalifikacja do zabiegu* znajdują się dwa pola tekstowe, w których można wprowadzić treść przeprowadzonego wywiadu i badania przedmiotowego.



Pola "Waga", "Wzrost" oraz "Co najmniej 2 aktualne szczepienia przeciw WZW typu B" zostaną uzupełnione automatycznie, jeśli dane te zostały wprowadzone podczas przyjęcia.

Jeśli kiedykolwiek wcześniej wprowadzono pacjentowi dane dotyczące czynników ryzyka, zostaną one wyświetlone w oknie *Uczulenia / uzależnienia / czynniki ryzyka / choroby / urazy* (nazwa okna zmieniona w wersji 8.4.0 programu). Informacje dotyczące chorób i urazów prezentowane są od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica.

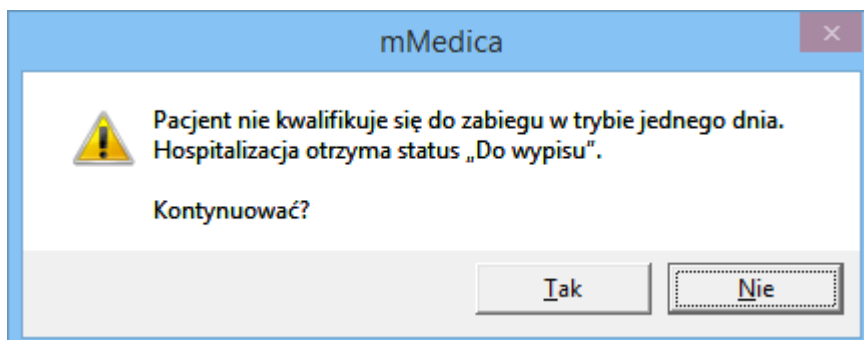


Za pomocą przycisku  można zmodyfikować wyświetlane w oknie dane lub dokonać jego uzupełnienia, jeśli wcześniej żadne czynniki ryzyka nie zostały odnotowane.

W oknie *Planowany zabieg* wyświetlany będzie kod i nazwa planowanego zabiegu, jeśli wprowadzony został podczas przyjęcia pacjenta. Za pomocą przycisków znajdujących się z prawej strony można dodać kolejny zabieg lub go usunąć.

Poniżej znajduje się lista warunków, które wykluczają pacjenta z operacji w trybie jednodniowym. W przypadku gdy pacjent spełnia wymienione kryteria, należy zaznaczyć je liście ☒.

Ostatnim etapem jest zaznaczenie kwalifikacji pacjenta do zabiegu na podstawie decyzji lekarza. Zaznaczenie pola "Pacjent kwalifikuje się wyłącznie do operacji z hospitalizacją" i wybranie przycisku **Autoryzuj** jednoznaczne jest z brakiem kwalifikacji do zabiegu w trybie jednego dnia, co zostanie oznajmione komunikatem:



Wybranie przycisku **Tak** spowoduje automatyczne otwarcie okna [Wypisu](#). Jeśli pacjent otrzymał prospekt informacyjny dotyczący operacji, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu i opieki operacyjnej można odnotować ten fakt, poprzez zaznaczenie pola:

Kwalifikacja pacjenta

☐ Pacjent kwalifikuje się do zabiegu w trybie jednodniowym

☒ Pacjent kwalifikuje się wyłącznie do operacji z hospitalizacją

☐ Pacjent otrzymał prospekt informacyjny dotyczący operacji, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu i opieki pooperacyjnej

Za pomocą przycisku **Drukuj kartę kwalifikacyjną** można wydrukować kartę kwalifikacyjną do zabiegu operacyjnego i przekazać do podpisu lekarzowi kwalifikującemu oraz pacjentowi. Istnieje możliwość kopiowania tekstu wywiadu i badania przedmiotowego wprowadzonego wcześniej w

oknie [przyjęcia pacjenta](#). Służy do tego przycisk  **Kopiuj z przyjęcia**, zaznaczony na poniższym zdjęciu.

5.3 Zgoda na zabieg

W oknie *Zgoda na zabieg* istnieje możliwość wprowadzenia danych i wydruku zgody na zabieg oraz podpięcia go do hospitalizacji, po podpisaniu przez pacjenta.

Po wybraniu zakładki otwarte zostanie okno, w którym można wprowadzić rozbudowany dodatkowy opis zabiegu, oświadczenie lekarza oraz oświadczenie pacjenta. Aby wydrukować zgodę pacjenta na zabieg/operację należy wybrać przycisk **Drukuj zgodę na zabieg** znajdujący się w dolnej części okna.

Funkcje dodatkowe [ikony]

[ikony] Dane pacjenta Dokumenty ubezpieczenia Status eWUŚ Odśwież dane Rozliczenie

Przyjęcie Hospitalizacja Wypis

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna, przyj. 2016-09-12 07:46, nr w księdze 3/2016
Rozpoznanie: M51.2

Rozpoznanie

Kod	Nazwa
M51.2	Inne określone przemieszczenia krążka ...

Planowany zabieg

Kod	Nazwa
80.519	Usunięcie przepukliny jądra miazdzyste...

Dodatkowy opis zabiegu

Mikrodyscektomia przezskórna na poz. L4-L5 z odbarczeniem kanału korzeniowego L4-L5 po prawej. Termoablacja jądra miazdzystego L4-L5.

Oświadczenie lekarza

Po analizie badań radiologicznych i ocenie stanu klinicznego zakwalifikowano chorego do leczenia operacyjnego.

Oświadczenie pacjenta

Pacjent podpisał zgodę na zabieg.

Załącznik

(brak)

[ikony]

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj zgodę na zabieg Wyczyść Autoryzuj

5.4 Zlecenie leków

Przed wykonaniem zabiegu może zajść konieczność podania pacjentowi leków zleconych przez lekarza. Zlecenia tego dokonuje się na kolejnej formatce *Zlecenie leków*.

W górnej części okna na zakładce *Zlecenie* znajdują się pola umożliwiające zamieszczenie informacji dotyczących diety oraz uczuleń pacjenta, natomiast w dolnej jego części prezentowana jest lista zleconych leków.

Kowalski Jan (M), 51 lat
Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna, przyj. 16-05-2019 11:04, nr w księdze 1/2019
Rozpoznanie: M51.2

Zlecenie | Leki preferowane | Baza leków | Baza leków | Leki recepturowe | Historia leków

Dane ogólne

Dieta:

Uczulenia: leki; jad owada

Zlecone leki

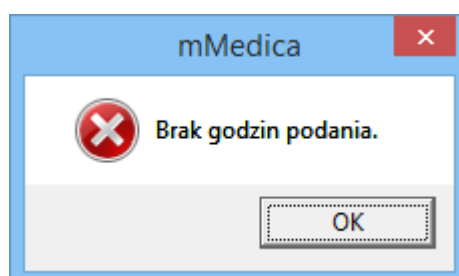
Nazwa	Ilość	Droga podania	Uwagi/zalecenia	Od dnia
Atarax tabl. powł. 10 mg				16-05-2019

Wyniki badań, konsult, skier. | Drukuj zlecenie | Autoryzuj

W górnym panelu okna dostępne są także zakładki ze słownikami leków, z których lekarz może wybierać leki do zlecenia. W przypadku braku leków w słownikach zewnętrznych, lekarz może skorzystać ze słownika leków własnych, który tworzy samodzielnie na zakładce *Leki preferowane*. W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w oknie definicji leku własnego dodano pola: "Rozpuszczalnik" oraz "Alergeny". Istnieje w nich możliwość korzystania ze słownika substancji czynnych.

Aby dodać lek na zlecenie, należy wybrać jedną z zakładek, np. Baza leków Pharmindex, następnie dwukliknięciem wybrać odpowiedni lek z listy. Otwarte zostanie okno *Lek na zleceniu*, gdzie dodatkowo można wprowadzić ilość leku, jaka ma zostać podana, a także wpisać uwagi/zalecenia. W wersji 8.2.0 programu w omawianym oknie dodano pola: "Objętość", "Stężenie" oraz "Rozpuszczalnik". Dane w nich uzupełnione, a także wartość wpisana w polu "Ilość leku" zostaną wyświetlone na liście zleconych leków w kolumnie "Ilość". Pole "Rozpuszczalnik" jest zablokowane do edycji. W przypadku leku wybieranego ze słownika leków własnych podpowie się w nim informacja wprowadzona w danych tego leku w słowniku.

Każdy lek na zleceniu musi mieć określony dokładny czas podania. W związku z tym w sekcji "Czas podania" należy wskazać dni i godziny, kiedy lek ma zostać podany pacjentowi. W przypadku braku uzupełnienia w/w sekcji, użytkownik spotka się z komunikatem:



Czas podania leków można określić bardzo szczegółowo, poprzez zaznaczenie konkretnych godzin podania. Na podstawie zlecenia na formatce *Podanie leków* zostaną wtedy wyświetlone leki w liczbie rekordów równej czasowi podania. Osoba podająca leki zaznacza dla każdej godziny zlecenia podanie bądź niepodanie leku.

Jeśli nie ma konieczności uszczegóławiania godzin, można określić jedynie liczbę podań leku/ów na dobę. Wtedy zlecenia leków na formatce *Podanie leków* oznaczane są kolorem oliwkowym i nie mają określonych godzin podania.

Od wersji 5.10.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość zlecenia doraźnego podania leków. W tym celu należy zaznaczyć checkbox "Doraźnie" i określić maksymalną liczbę podań na dobę. Na formatce *Podanie leków* zostanie wyświetlone jedno zlecenie, wyróżnione kolorem fioletowym. Jeśli zostanie określona większa liczba podań leku na dobę (min. 2), kolejne zlecenie zostanie wyświetlone dopiero po oznaczeniu podania/niepodania leku dla poprzedniego zlecenia.

Po zatwierdzeniu danych, wybrany lek zostanie wyświetlony po prawej stronie ekranu, gdzie za pomocą

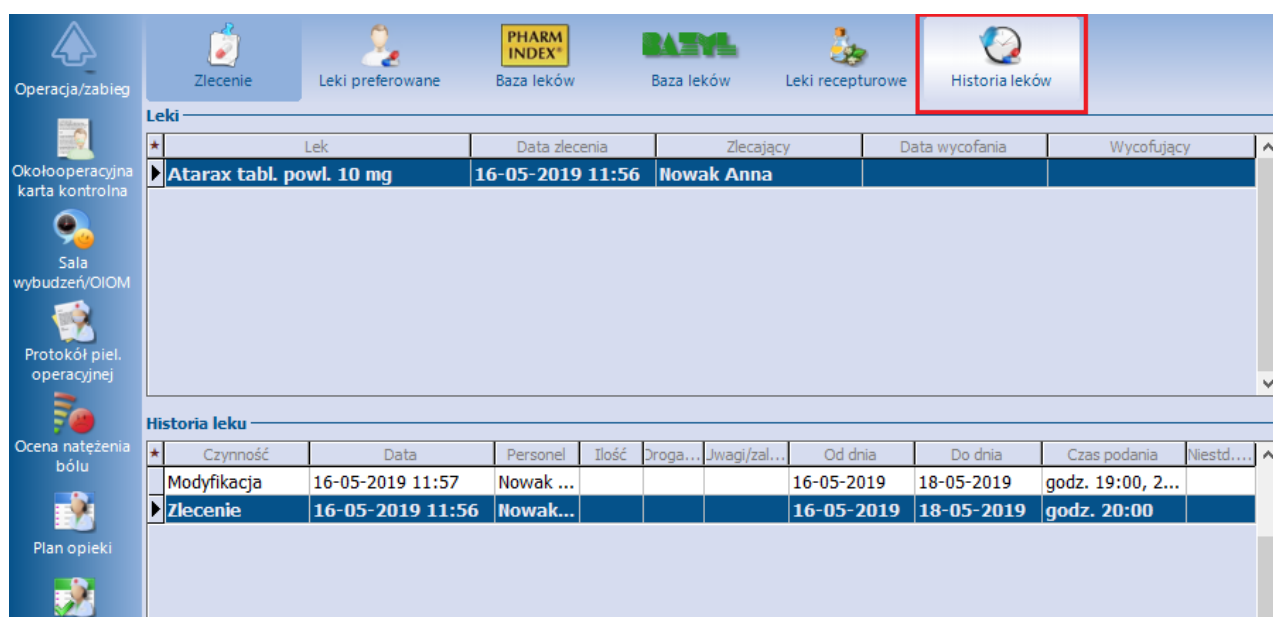
dostępnych przycisków można dokonać jego edycji lub usunięcia. Po wybraniu wszystkich leków, zmiany należy zapisać przyciskiem . Po ponownym przejściu do zakładki *Zlecenie*, w dolnej części okna wyświetlane będą zlecone leki.

Od wersji 8.0.0 programu wprowadzane w oknie zlecenia leków pozycje są wyróżniane następującymi kolorami:

- Bordowym - leki z niestandardowym czasem podania.
- Oliwkowym - leki z podaną ilością na dobę.
- Fioletowym - zlecenie doraźnego podania leku.
- Brak wyróżnienia - standardowe zlecenie podania leku.

Przycisk **Drukuj zlecenie** znajdujący się u dołu ekranu pozwoli wydrukować aktualne zlecenie leków.

W wersji 6.1.0 aplikacji mMedica w oknie zleceń leków została wprowadzona możliwość przeglądania historii zleconych leków. Służy do tego zakładka *Historia leków*.



Lek	Data zlecenia	Zlecający	Data wycofania	Wycofujący
Atarax tabl. powł. 10 mg	16-05-2019 11:56	Nowak Anna		

Czynność	Data	Personel	Ilość	Droga...	Jwagi/zal...	Od dnia	Do dnia	Czas podania	Niestd....
Modyfikacja	16-05-2019 11:57	Nowak ...				16-05-2019	18-05-2019	godz. 19:00, 2...	
Zlecenie	16-05-2019 11:56	Nowak...				16-05-2019	18-05-2019	godz. 20:00	

Po zaznaczeniu leku w sekcji *Leki* wyświetli się poniżej w sekcji *Historia leku* lista wprowadzonych dla niego zmian. Rodzaj tych zmian będzie określony w kolumnie "Czynność".

5.5 Podanie leków

Na zakładce *Podanie leków* wyświetlane są leki z zakładki *Zlecenie leków*. Okno podania leków podzielone zostało na dwie części. W górnej części znajduje się aktualne zlecenie z informacją o nazwie leku, ilości, drodze podania, uwagach/zaleceniach i zleconej dacie.

Zlecone leki mogą być wyróżnione następującymi kolorami:

- Bordowym - leki z niestandardowym czasem podania.
- Oliwkowym - leki z podaną ilością na dobę.
- Fioletowym - zlecenie doraźnego podania leku.
- Brak wyróżnienia - standardowe zlecenie podania leku.

W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w górnej części okna zostało dodane pole "Data". Dodatkowo zawężono listę wyświetlanych leków do tych, których podanie zaplanowane jest na wybrany w tym polu dzień. Domyślnie wyświetlana jest w nim data aktualna, jednak istnieje możliwość jej zmiany. W celu zmiany daty na wcześniejszą lub późniejszą można posłużyć się dostępnymi obok przyciskami przełączania.

W dolnym oknie formatki wyświetlana jest historia podań z dodatkowymi informacjami o podaniu oraz dacie podania, a w przypadku niepodania o przyczynie niezaaplikowania leku.

Aktualne zlecenie

Data: 29-06-2022 << >>

Nazwa leku	Ilość	Droga p...	Uwagi...	Niestd. cz...	Data zlecona	Podano lek		Nie podano leku	
						✓	Data	✓	Przyczyna
Atarax tabl. po...					29-06-2022 10:00	✓	29-06-2022 10:10		

Historia podań

Data podania od: Data podania do: Nazwa leku:

Nazwa leku	Ilość	Droga ...	Uwag...	Niestd. ...	Data zlecona	Podano	Data podania	Przyc...	Wpisujący/mody...
Atarax ta...					29-06-2022 10:00	✓	29-06-2022 10:10		Nowak Anna

Aby wprowadzić do programu informacje o podaniu leków, należy dodać zaznaczenie ☒ w kolumnie "Podano lek". Pole "Data" zostanie domyślnie uzupełnione datą aktualną i godziną podaną w zleceniu. Dane te można zmodyfikować podając np. wsteczną datę i godzinę podania leku, nie ma jednak możliwości podania daty i godziny w przyszłości.

W przypadku niepodania leku pacjentowi należy dodać zaznaczenie ☒ w kolumnie "Nie podano leku". Następnie wpisać przyczynę niepodania w polu tekstowym znajdującym się obok.

Autoryzacja wprowadzonych danych spowoduje wyświetlenie danych w dolnej części formatki *Historia podań*.

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica na dole formatki został dodany przycisk **Drukuj zlecenie**, za pomocą którego można dokonać wydruku aktualnego zlecenia leków.

5.6 Obserwacje

W oknie obserwacji istnieje możliwość wprowadzenia danych z wykonanego badania tj. ciśnienia, tętna, temperatury itd.. Wprowadzenie wartości w jedno z wymienionych pól spowoduje domyślne uzupełnienie daty i godziny wartościami bieżącymi.

Bieżąca obserwacja

Data: 16-05-2022 09:59

Ciśnienie: / Tętno: Temperatura.: 36,7 Glikemia: Oddech: Stolec: TAK NIE

Wszystkie obserwacje

Data	Ciśnienie	Tętno	Temperatura	Glikemia	Oddech	Stolec	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
16-05-2022 09:57	120/80	79	36,7				16-05-2022 09:58	Nowak Anna

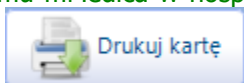
EDM Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj kartę Autoryzuj

W celu zapisania wprowadzonych danych należy wybrać przycisk  znajdujący się z prawej strony okna. Zapisane dane prezentowane są w dolnej części formatki *Wszystkie obserwacje*. Aby dokonać ich

modyfikacji należy podświetlić na liście wybrany rekord i wybrać przycisk  z prawej strony okna. Modyfikowane dane wyświetlone zostaną powyżej, gdzie należy dokonać odpowiednich poprawek i ponownie zapisać je przyciskiem .

W wersji 6.1.0 programu mMedica w hospitalizacji 1-go dnia dodano możliwość wydruku karty obserwacji.

Służy do tego przycisk



5.7 Konsultacja anestezjologiczna

Przed wykonaniem zabiegu w znieczuleniu konieczne jest przeprowadzenie konsultacji anestezjologicznej. Szczegółowe dane zebrane podczas spotkania anestezjologa z pacjentem można wprowadzić na zakładce *Konsultacja anestezjologiczna*.

Po otwarciu formatki do edycji zostaną automatycznie uzupełnione następujące pola:

- **Data konsultacji** – domyślnie podpowiadana data i godzina otwarcia formatki.
- **Planowany zabieg** – podpowiadany kod i nazwa zabiegu, jeśli został wprowadzony na formatce *Przyjęcie* lub *Kwalifikacja do zabiegu*.
- **Waga, Wzrost** – podpowiadane z formatki *Przyjęcie*, jeśli zostało wprowadzone.
- **Klasa ASA** – podpowiadane z formatki *Klasyfikacja do zabiegu*, jeśli zostało wprowadzone.

W oknie konsultacji znajdują się pola tekstowe, w których można wprowadzić treść przeprowadzonego wywiadu i badania fizykalnego, np. Wywiad, Układ oddechowy, Płuca i serca osłuchowo. Treść można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

W przypadku zakwalifikowania pacjenta do zabiegu należy zaznaczyć parametr **"Pacjent kwalifikuje się do wykonania zabiegu"**. Brak zaznaczenia równoznaczny jest z niezakwalifikowaniem do zabiegu, co skutkować będzie zakończeniem hospitalizacji i otwarciem formatki wypisu.

Po wprowadzeniu wszystkich istotnych informacji, istnieje możliwość wydrukowania ankiety konsultacji anestezjologicznej a także karty konsultacji anestezjologicznej, do czego służą przyciski **Drukuj ankietę konsultacji** oraz **Drukuj kartę konsultacji**, znajdujące się w dolnej części okna.

5.8 Znieczulenie

Formatka *Znieczulenie* służy do ewidencji danych o czynnościach wykonanych w związku ze znieczuleniem pacjenta przed zabiegiem. Do uzupełnienia formatki nie jest wymagane wcześniejsze wprowadzenie konsultacji anestezjologicznej. Jeśli jednak karta konsultacji anestezjologicznej została wystawiona, to data i godzina podania znieczulenia musi być późniejsza od daty i godziny konsultacji.

Po otwarciu formatki do edycji automatycznie uzupełnione zostanie pole "Data" bieżącą datą i godziną oraz pozycja "Rodzaj zabiegu" na podstawie danych wprowadzonych w *Przyjęciu* lub *Kwalifikacji do zabiegu*.

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe:

- **Znieczulenie** – za pomocą przycisku **Dodaj...** dodaje się rodzaj znieczulenia z dostępnego słownika procedur ICD-9. Przytrzymując klawisz CTRL można wybrać kilka rodzajów znieczuleń.
- **Personel** – w polu podpowiada się personel, który został wskazany na [protokole pielęgniarstwa operacyjnego](#).
- **Podane leki, anestetyki** – wymagane jest uzupełnienie informacji o leku, który został podany pacjentowi w znieczuleniu ze słownika leków własnych. Jeśli w słowniku leków własnych nie występuje dany lek, należy go dodać za pomocą przycisku .

Oprócz tego formatka *Znieczulenie* umożliwia zaewidencjonowanie danych, dotyczących monitorowanych czynności życiowych oraz zamieszczenia dodatkowego opisu lub uwag dot. znieczulenia.

5.9 Okołooperacyjna karta kontrolna

W wersji 5.9.0 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.

Okołooperacyjna karta kontrolna (OKK) to dokument, w którym personel medyczny odnotowuje i potwierdza wszystkie działania wykonane przy pacjencie. W programie mMedica okno zostało podzielone na trzy sekcje zgodnie z fazami zabiegu:

1. Przed znieczuleniem
2. Przed nacięciem
3. Przed opuszczeniem bloku operacyjnego

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna, przyj. 2016-09-12 07:46, nr w księdze 3/2016
 Rozpoznanie: M51.2

I. Przed znieczuleniem

Data operacji: Operacja: ☒ Planowana ☐ Nagła-natychmiastowa ☐ Pilna ☐ Przyspieszona

☐ Potwierdzono: ☐ Tożsamość pacjenta ☐ Miejsce operowane ☐ Procedurę operacyjną ☐ Zgodę na zabieg operacyjny ☐ Rodzaj znieczulenia

Oznaczono miejsce operowane: ☐ TAK ☐ NIE

☐ Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

☐ Zapewniono monitorowanie: ☐ EKG ☐ Puls oksymetrii ☐ Ciśnienia tętniczego krwi ☐ Kapnometrii

Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych/ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc: ☐ TAK i zapewniono właściwy sprzęt ☐ NIE

Ryzyko krwawienia (>500 ml u dorosłych, >7ml/kg masy ciała u dzieci): ☐ TAK, zabezpieczono płyny i preparaty krwiochodne ☐ NIE

Uczulenia:
 pokarmowe; wziewne; białko zwierzęce

II. Przed nacięciem

Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego znają swoją tożsamość i funkcje: ☐ TAK ☐ NIE

Wszyscy członkowie zespołu dokonują prezentacji: ☐ TAK ☐ NIE

☐ Operator, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna i operacyjna potwierdzili tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną

☐ Właściwe ułożenie pacjenta

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj kartę kontrolną Wyczyść Autoryzuj

Dane wprowadza się poprzez zaznaczenie właściwych pól . Uzupełnioną kartę kontrolną można wydrukować i/lub zeskanować dokument i dołączyć go do dokumentacji medycznej - służą do tego przyciski znajdujące się w dolnym panelu okna.

5.10 Operacja/zabieg

Kolejnym etapem jest zaewidencjonowanie przebiegu operacji/zabiegu, do czego służy formatka *Operacja/zabieg*.

Funkcje dodatkowe [ikony]

[ikony] Dane pacjenta Dokumenty ubezpieczenia Status eWUŚ Odśwież dane Rozliczenie

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna, przyj. 2016-09-12 07:46, nr w księdze 3/2016
 Rozpoznanie: M51.2

Dane podstawowe
 Data rozpoczęcia: [pole] Data zakończenia: [pole]

Rodzaj zabiegu

Kod	Nazwa	Krotność	Data
80.519	Usunięcie przepukliny jądra miazdzystego z dekompresją korzeni ...	1	2016-09-12 07:46

Personel zabiegowy

Rola	Personel
Lekarz asystujący	ARKADIUSZ
Lekarz prowadzący	Nowak Anna
Pielęgniarka aneste...	EWA

Przebieg i opis
 Przebieg zabiegu bez powikłań

Rozpoznanie pooperacyjne
 Główne: M51.2 ... Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgow...
 Współistniejące:

Kod	Nazwa

Zlecone badania diagnostyczne

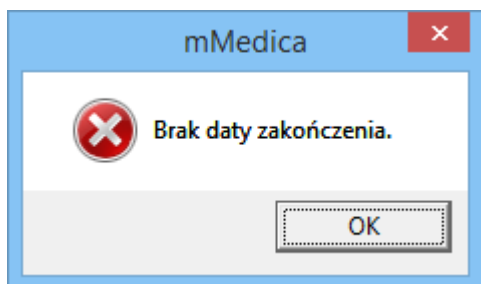
[Wyniki badań, konsult, skier.] [Drukuj protokół operacyjny] [Wyczyść] [Autoryzuj]

Po otwarciu formatki do edycji automatycznie uzupełnione zostaną pola "Planowana data rozpoczęcia" i "Data rozpoczęcia" bieżącą datą i godziną oraz pozycja "Rodzaj zabiegu" na podstawie danych wprowadzonych wcześniej. Dane te można zmienić ręcznie.

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe:

- **Data zakończenia** – należy wprowadzić ją ręcznie lub za pomocą kalendarza.
- **Personel zabiegowy** – wymagane jest wybranie co najmniej jednej osoby personelu z listy rozwijanej. Oprócz tego do każdej osoby personelu należy przyporządkować rolę jaką pełni podczas zabiegu. W tym celu z listy rozwijanej w kolumnie "Rola" należy wybrać odpowiednią wartość.
- **Przebieg i opis** – treść można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.
- **Główne rozpoznanie pooperacyjne** – podpowiadane z formatki *Przebieg hospitalizacji* lub *Przyjęcie*. Rozpoznanie wybiera się również ze słownika chorób ICD-10 za pomocą przycisku wyboru [...].

W przypadku braku uzupełnienia jednego z powyższych pól, w momencie autoryzacji danych wyświetlony zostanie stosowny komunikat:



Dodatkowo można wprowadzić dane dotyczące rozpoznania pooperacyjnego współistniejącego i zamieścić adnotację o zleconych badaniach diagnostycznych. W celu wydrukowania protokołu operacyjnego należy wybrać przycisk **Drukuj protokół operacyjny**, który znajduje się w dolnej części okna.

5.11 Protokół pielęgniarstwa operacyjnego

W oknie *Protokół pielęgniarstwa operacyjnego* ewidencjonuje się informacje o rodzaju wykonywanego zabiegu, rodzaju znieczulenia, użytych materiałach i akcesoriach itd. Autoryzacja wprowadzonych danych spowoduje dodanie wpisu do księgi sali operacyjnej/bloku operacyjnego.

Kowalski Jan (M), 00000000000, 49 lat
 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
 Przyj. 2017-04-28 11:45, sala 10, nr w książce 100...

Rozpoznanie: M51.2 – Inne określone przemies...
 Zaplanowane zabiegi: 80.519 – Usunięcie przepu...
 Stopień zaawansowania choroby: 6redni

Dane podstawowe
 Data: 2017-05-08 12:12 | Data rozpoczęcia zabiegu: 2017-05-08 08:40 | Data zakończenia zabiegu: 2017-05-08 10:15 | Nr sali: Sala operacyjna 1

Znieczulenie

Kod	Nazwa
100.01	Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin)

Przebyte choroby zakaźne
☒ WZW B ☐ WZW C

Rodzaj zabiegu

Kod	Nazwa	Krotność	Data	Personel
80.519	Usunięcie przepukliny jądra miazdzystego z...	1	2017-05-08 08:40	

Personel

Rola	Personel
Lekarz anestezjolog	Piotr
Lekarz prowadzący	Nowak Anna
*Pielęgniarka	Agata

Czynności
 Ułożenie pacjenta: ...
 Zestaw narzędzi: ...
 Diatermia: ...
 Zakłucie: ☐ TAK ☐ NIE Pobrano materiał do badania histopatologicznego: ☐

Materiał operacyjny

Nazwa	Ilość
Chusta trojkątna	1
Dren do ssaka	1
Rękawice sterylne	1

Szwy

Nazwa	Ilość

Wyniki badań, konsult., skier. | Drukuj protokół | Wyczyść | Autoryzuj

Dane w sekcji *Znieczulenie* podpowiadane są na podstawie danych wprowadzonych w oknie [Znieczulenie](#), a dane w sekcji *Przebyte choroby zakaźne* z okna [Przyjęcie](#).

W sekcji *Czynności* ewidencjonuje się dane o sposobie ułożenia pacjenta do operacji, wykonanej diatermii i użytych narzędziach. Słowniki konieczne do wprowadzenia tych danych użytkownik musi stworzyć samodzielnie. W tym celu należy wybrać przycisk i w otwartym oknie dialogowym wprowadzić pozycje słownika. W przypadku wprowadzania większej ilości pozycji, należy oddzielić je od siebie przyciskiem Enter tak, aby każda pozycja rozpoczynała się od nowej linii. Utworzone pozycje słownika będą dostępne do wyboru po rozwinięciu listy w odpowiednim polu (zjd. poniżej):

The image shows two parts of the mMedica application interface. The top part is a dialog box titled "Ułożenie pacjenta" (Patient Positioning) with a red close button. It contains a list box with four options: "Na brzuchu" (On the stomach), "Na prawym boku" (On the right side), "Na lewym boku" (On the left side), and "Na plecach" (On the back). Below the list are two buttons: "Zatwierdź" (Confirm) and "Wyjście" (Exit). The bottom part is the "Czynności" (Procedures) section. It has three labels: "Ułożenie pacjenta:", "Zestaw narzędzi:", and "Rodzaj zabiegu:". Each label has a corresponding dropdown menu. The "Ułożenie pacjenta:" dropdown is currently open, showing the same four options as the dialog box. The "Zestaw narzędzi:" dropdown is also open, showing the same four options. The "Rodzaj zabiegu:" dropdown is closed.

Dane w sekcji *Rodzaj zabiegu* podpowiadane są z okna *Kwalifikacja chirurgiczna*, a dane w sekcji *Personel* z okna *Operacja/zabieg*.

W wersji 5.15.0 aplikacji mMedica dodano rozwiązanie definiowania zespołu zabiegowego, składającego się z kilku osób personelu. Dzięki temu, w przypadku występowania zazwyczaj stałego składu personelu, nie ma

potrzeby dodawania go pojedynczo. W celu utworzenia zespołu zabiegowego należy wybrać przycisk  **Dodaj zespół zabiegowy**, znajdujący się w sekcji *Personel*. Następnie w otwartym słowniku zespołów zabiegowych dokonać dodania zespołu z określeniem osób personelu i funkcji, jakie pełnią.

W sekcji *Materiał operacyjny* i *Szwy* ewidencjonuje się dane o rodzajach i ilości wykorzystanych materiałów,

korzystając z gotowych słowników, dostępnych po wybraniu przycisku . Słownik materiałów używanych w hospitalizacji został wstępnie zdefiniowany przez producenta programu. W razie konieczności rozszerzenia słownika o kolejne pozycje, należy dokonać ich dodania - szczegóły w rozdziale: [Definicja słowników](#).

5.12 Sala wybudzeń/OIOM

Na formatce *Sala wybudzeń/OIOM* ewidencjonuje się przebieg wybudzania pacjenta z narkozy i jego stan zdrowia po przebytych zabiegach.

Funkcje dodatkowe

- Słownik interwencji na sali wybudzeń
- Słownik ról personelu zabiegowego
- Słownik stanów pacjenta po przyjęciu na salę wybudzeń
- Słownik umiejscowienia bólu

Dane podstawowe

Data zakończenia zabiegu: 2016-09-12 09:51 Data przyjęcia: 2016-09-12 09:51 Data wypisu: 2016-09-12 10:14

Uczulenia

trawy

Czynności życiowe pacjenta po przyjęciu

Ciepłota: / Tętno: Temperatura: Oddech: Saturacja:

Stan po przyjęciu

Nazwa	Data	Uwagi
Stabilny	2016-09-12 10:11	brak

Uwagi pielęgniarzy

Brak

Interwencje

Nazwa	Data	Uwagi
-------	------	-------

Czynności życiowe pacjenta przed wypisem

Ciepłota: 120 / 90 Tętno: 80 Temperatura: 36,6 Oddech: Saturacja:

Ocena stanu pacjenta przed wypisem

☒ Pełny powrót świadomości ☐ Powikłania w czasie zabiegu

☒ Powrót odruchów obronnych (przełykanie, kaszel) ☐ Krwawienie pooperacyjne

☒ Powrót czynności motorycznych i normalnych zachowań ☐ Zaburzenia oddychania

☐ Nieprawidłowe parametry (ciśnienia, tętna) ☐ Stridor

☐ Niespodziewane przedłużenie zabiegu ☐ Nudności lub wymioty

Wnioski z obserwacji pooperacyjnej

☒ Pacjent kwalifikuje się do wypisu do domu

Wyniki badań, konsult, skier.

Wyczyść Autoryzuj

W celu określenia stanu pacjenta po przyjęciu na salę wybudzeń i odnotowania ewentualnych interwencji, konieczne jest uprzednie utworzenie [słowników](#). W tym celu należy wybrać opcję [Funkcje dodatkowe > Słownik interwencji na sali wybudzeń](#) lub [Słownik stanów pacjenta po przyjęciu na salę wybudzeń](#), przedstawioną na powyższym screenie.

Aby dodać informacje np. o stanie pacjenta po przyjęciu należy w sekcji "Stan po przyjęciu" wybrać przycisk , następnie w kolumnie "Nazwa" z listy rozwijanej wybrać odpowiednią wartość.

5.13 Ocena natężenia bólu

Formatka służy do ewidencji danych o występowaniu u pacjenta bólu po odbytych zabiegach/operacji lub w innym momencie, w trakcie hospitalizacji.

W przypadku braku występowania bólu należy zaznaczyć opcję "Brak bólu" lub zupełnie pominąć wypełnienie omawianej formatki. Jeśli wystąpił ból pooperacyjny lub inny należy zaznaczyć jego natężenie poprzez wybranie jednej z wartości: Mały, Umiarkowany, Dręczący/przeszywający. Zaznaczenie natężenia bólu spowoduje automatyczne uzupełnienie daty i godziny wartościami bieżącymi w polu "Data oceny".

W przypadku zaznaczenia natężenia bólu wymagane jest podanie czasu jego wystąpienia a także umiejscowienia. Aby wskazać umiejscowienie bólu należy wybrać odpowiednią wartość z listy rozwijanej w polu "Umiejscowienie". Jeśli ból występuje w kilku miejscach ciała, można zaznaczyć kilka wartości.

Uwaga! Przygotowany słownik umiejscowienia bólu zawiera następujące wartości: ból w piersi, brzuch, głowa, noga lewa, noga prawa, ręka lewa, ręka prawa. Umiejscowienia można dowolnie modyfikować za pomocą [słownika](#), który dostępny jest po wybraniu menu "Funkcje dodatkowe".

Wprowadzone dane dotyczące natężenia bólu należy zapisać poprzez wybranie przycisku  znajdującego się po prawej stronie okna. Przycisk  powoduje wyczyszczenie uzupełnionych pól. Wszystkie zapisane dane wyświetlone zostaną w sekcji "Wszystkie oceny".

5.14 Plan opieki pielęgniarskiej

W wersji 6.1.0 programu mMedica w hospitalizacji 1-go dnia dodano możliwość ewidencji planu opieki pielęgniarskiej.

The screenshot shows the mMedica software interface for nursing care planning. The left sidebar contains several icons, with 'Plan opieki' (Nursing Care Plan) highlighted by a red box. The main window is divided into four sections:

- Diagnozy i przedmioty opieki**: A table with columns for 'Diagnoza' (Kod, Nazwa), 'Przedmiot' (Kod, Nazwa), 'Lokalizacja' (Kod, Nazwa), and 'Problem'.
- Interwencje**: A table with columns for 'Interwencja' (Kod, Nazwa), 'Godziny', and 'Liczba wykonań'.
- Środki**: A table with columns for 'Kod', 'Na...', and 'Ilość'.
- Czynności**: A table with columns for 'Kod' and 'Nazwa'.

Dokładny opis działania tego okna znajduje się w instrukcji obsługi dla [hospitalizacji planowanej](#).

5.15 Wykonanie planu opieki

W wersji 6.1.0 programu w hospitalizacji 1-go dnia dodano okno *Wykonanie planu opieki*, w którym znajdują się wszystkie interwencje, które zostały zdefiniowane w planie opieki.

The screenshot shows the mMedica software interface for executing the nursing care plan. The left sidebar contains several icons, with 'Wykonanie planu opieki' (Execution of nursing care plan) highlighted by a red box. The main window displays a table with the following columns:

- Wyk.
- Godz. plan. / Nr wyk.
- Interwencja
- Godzina wyk.
- Kod ewaluacji
- Nazwa ewaluacji
- Obserwacje
- Wpisujący/modyfikujący

Dokładny opis działania tego okna znajduje się w instrukcji obsługi dla [hospitalizacji planowanej](#).

5.16 Przegląd wykonania planu opieki

W wersji 6.1.0 programu w hospitalizacji 1-go dnia dodano okno przeglądu wykonanego planu opieki. Na formatce wyświetlane są interwencje, które zostały oznaczone jako wykonane z podaniem szczegółowych informacji o dacie wykonania interwencji, wprowadzonych obserwacjach i użytkowniku wykonującym plan opieki.

Dokładny opis działania tego okna znajduje się w instrukcji obsługi dla [hospitalizacji planowanej](#).

5.17 Raporty z przebiegu leczenia

Raporty lekarskie i pielęgniarskie wprowadzane są na odrębnych zakładkach:

- **Raporty lekarskie** - dostęp do jej edycji ma tylko użytkownik będący lekarzem,
- **Raporty pielęgniarskie** - może być edytowana tylko przez pielęgniarkę lub położną.



Formatka raportów służy do ewidencji zdarzeń, incydentów występujących na dyżurach lekarskich/pielęgniarskich.

Przyjęcie

Hospitalizacja

Wypis

Kowalski Jan (M), 53 lata
 Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna, przyj. 16-05-2022 09:53, nr w księdze 1/2022
 Rozpoznanie:

Bieżący raport

Data: 16-05-2022 14:44 ☒ Wpisz do księgi raportów

Opis zdarzenia

Okoliczności

Podjęte działania

Pacjent uskarżał się na silny ból głowy.

Podano leki przeciwbólowe.

Wszystkie raporty

Data	Opis zdarzenia	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
16-05-2022 14:44	Pacjent uskarżał się na silny ból głowy.	16-05-2022 14:47	Nowak Anna

W tym celu przygotowane zostały trzy okna tekstowe: Opis zdarzenia, Okoliczności, Podjęte działania. Treść można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych po ich wcześniejszym zdefiniowaniu. Wprowadzenie tekstu w jednym z omawianych okien spowoduje uzupełnienie pola "Data" bieżącą datą i godziną oraz zaznaczenie pola "Wpisz do księgi raportów".

Jeśli personelem zalogowanym do aplikacji i edytującym tekst jest lekarz, system dopisze wprowadzone dane do księgi raportów lekarskich. Natomiast jeśli personelem zalogowanym do aplikacji jest pielęgniarka, to system dopisze dane do księgi raportów pielęgniarskich.

Wprowadzone dane należy zapisać poprzez wybranie przycisku  znajdującego się po prawej stronie okna. Przycisk  powoduje wyczyszczenie uzupełnionych pól. Wszystkie zapisane dane wyświetlone zostaną w sekcji „Wszystkie raporty”.

W sekcji Wszystkie raporty dostępny jest przycisk kopiowania . Powoduje on skopiowanie treści podświetlonego na liście raportu do pól edycji bieżącego raportu w sekcji Bieżący raport.

Wpisy widoczne w księdze raportów pielęgniarskich dotyczą danych wprowadzanych w omawianym oknie, a także statystyk oddziału, których ewidencja odbywa się za pomocą przycisku **Nowa statystyka oddziału**, znajdującego się na górze okna księgi. Edycja lub usunięcie zaznaczonej na liście statystyki są możliwe po wyborze przycisku **Dane statystyki oddziału**.

Nowa statystyka oddziału

Dane statystyki oddziału

Drukuj

Wyszukiwanie zaawansowane

Nr w księdze:

Data od - do:

Zakład leczniczy:

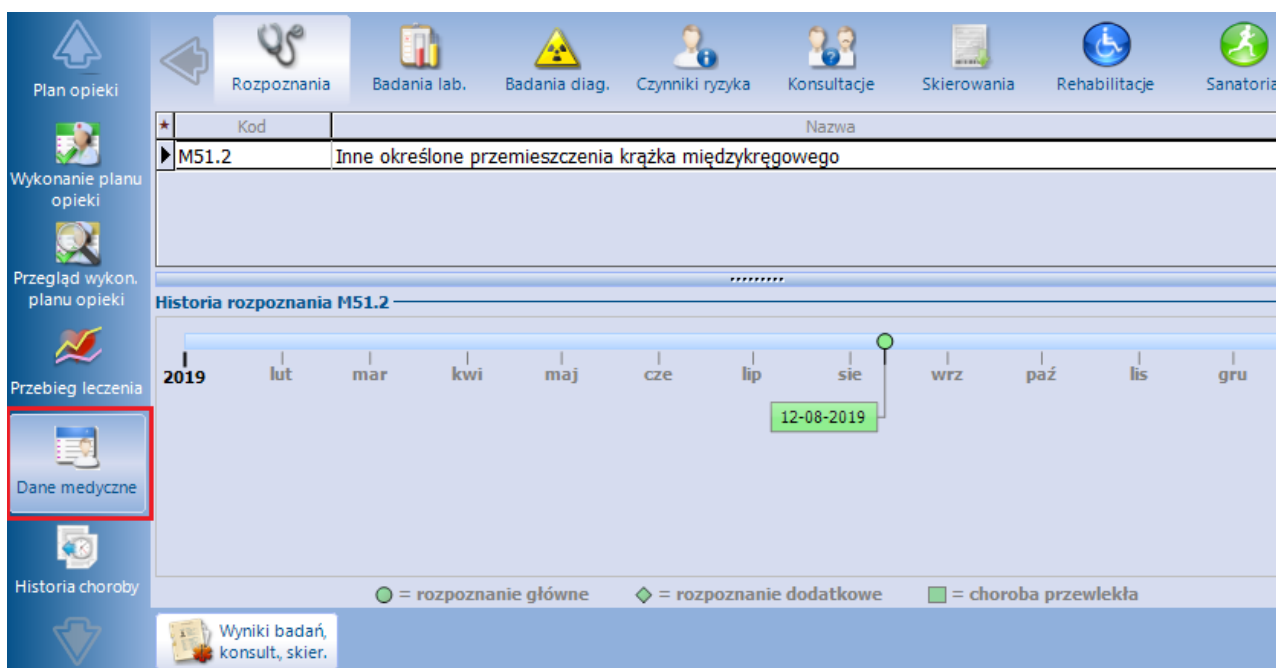
Księga raportów pielęgniarskich

Księga: Księga raportów pielęgniarskich Rok: 2022

Nr	Data	Pacjent		Opis zdarzenia	Okoliczności
		Nazwisko i imię	PESEL		
1	10-10-2022 12:05				
3	20-10-2022 13:00				
5	20-10-2022 14:01	Kowalski Jan		Opis 1	Opis 2

5.18 Dane medyczne

W wersji 6.3.0 programu w hospitalizacji 1-go dnia dodano możliwość przeglądu danych medycznych pacjenta.



Okno danych medycznych opisane jest szczegółowo w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica pod rozdziałem "Dane medyczne pacjenta".

Dane medyczne dostępne z poziomu otwartej hospitalizacji są tylko do podglądu. Nie ma możliwości ich edycji.

5.19 Historia choroby

Na formatce *Historia choroby* prezentowane są dane z całego przebiegu hospitalizacji pacjenta. W celu wydrukowania historii choroby pacjenta leczonego w trybie jednodniowym, należy wybrać przycisk **Drukuj historię choroby**, znajdujący się w dolnej części okna.

W wersji 6.1.0 aplikacji mMedica wprowadzono możliwość zapisu historii choroby do pliku PDF. Służy do tego przycisk **Zapisz historię jako PDF**.

Od wersji 6.3.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość wyświetlenia danych *Historii choroby* z zadanego okresu czasu. Służą do tego pola "Data od:/ do:" zlokalizowane w górnej części okna.

Również w wersji 6.3.0 umożliwiono wskazanie, jaki zakres danych ma być widoczny. W tym celu należy

wybrać przycisk  znajdujący się po prawej stronie okna. Po jego wybraniu pojawi się lista rodzajów danych z możliwością zaznaczenia/odznaczenia wybranych pozycji.

Po skorzystaniu z powyższych opcji filtrowania danych należy wybrać przycisk  **Odśwież**.

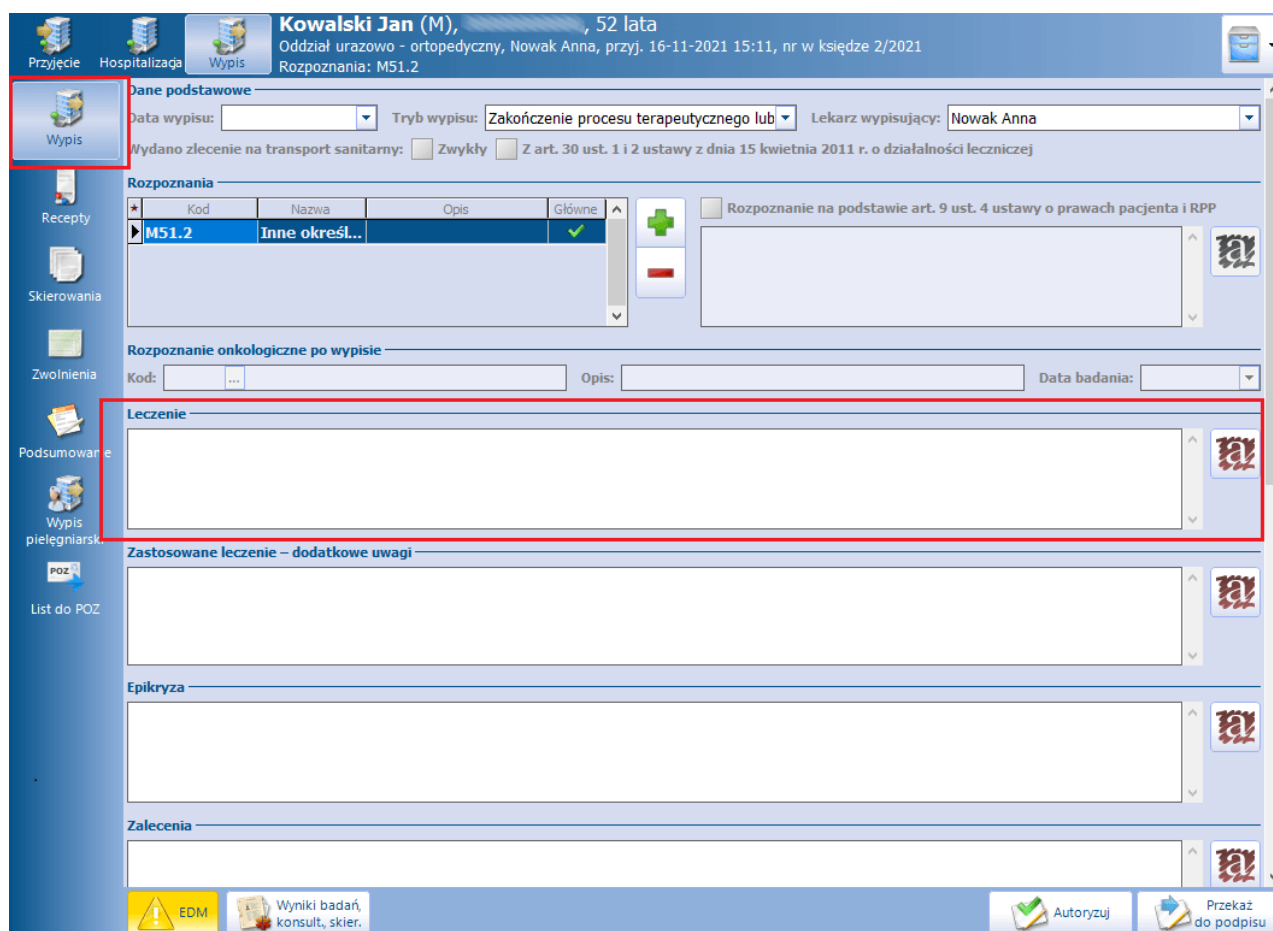
5.20 Wypis

Formatka *Wypis* jest dostępna od momentu otwarcia hospitalizacji, gdyż pacjent może zostać skierowany do wypisu zarówno w trakcie przyjęcia jak i podczas trwania hospitalizacji np. przed rozpoczęciem operacji. W panelu znajdującym się po lewej stronie ekranu są dostępne funkcjonalności wystawiania skierowania, recept, zwolnienia lekarskiego, wydruku karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, wypisu pielęgniarskiego itd. Wybranie jednej z funkcjonalności spowoduje jej otwarcie.

5.20.1 Wypis

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, aby zakończyć hospitalizację i przekazać wypis do podpisu:

- **Data wypisu** – wprowadzana przy użyciu klawiatury lub za pomocą kalendarza dostępnego po rozwinięciu listy.
- **Tryb wypisu** – system domyślnie podpowiada tryb "Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego", jako najczęściej występujący w hospitalizacji 1-go dnia. Tryb wypisu można zmienić, poprzez wybranie odpowiedniej wartości z listy rozwijanej.
- **Lekarz wypisujący** – domyślnie podpowiadany zalogowany użytkownik dokonujący wypisu. Można go zmienić ręcznie, poprzez wybranie odpowiedniej osoby personelu z listy rozwijanej.
- **Rozpoznanie** – domyślnie podpowiadane rozpoznanie pooperacyjne z formatki *Operacja/Zabieg*, jeśli zostało wprowadzone. Dodawania i usuwania rozpoznań dokonuje się za pomocą znajdujących się po prawej stronie przycisków "+" i "-". Aby oznaczyć rozpoznanie jako główne, należy kliknąć lewym przyciskiem myszy w kolumnę "Główne" na pozycji tego rozpoznania.



Uwaga! Zaznaczenie parametru "**Rozpoznanie na podstawie art. 9. ust 4. ustawy o prawach pacjenta i RPP**" spowoduje aktywowanie pola tekstowego znajdującego się pod nim, celem wpisania dodatkowego wyjaśnienia. W myśl ustawy: „4. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji, o której mowa w ust 2., tj., informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”.

W związku z tym na dokumencie wypisu dla pacjenta zamiast rozpoznania ICD-10 wydrukowana zostanie wartość z tego pola tekstowego. Jeśli pole tekstowe nie zostanie uzupełnione, to na dokumencie Wypisu nie zostaną uwzględnione informacje o rozpoznaniu.

Oprócz wypełnienia obowiązkowych pól, można wprowadzić dane dodatkowe, które wydrukowane zostaną na karcie informacyjnej. Służą do tego okna tekstowe *Zastosowane leczenie-dodatkowe uwagi, Epikryza, Wskazania*, w których treść można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

W wersji 7.3.0 programu zostało dodane pole "**Leczenie**". Uzupełni się ono automatycznie na podstawie informacji wprowadzonych w analogicznym polu w oknie [przyjęcia](#) pacjenta. Będzie też możliwość jego edycji.

W wersji 7.2.0 programu została dodana sekcja [Wypis na własne żądanie](#). Jest ona aktywna do edycji w przypadku wyboru trybu wypisu "**Wypisanie na własne żądanie**".

Sekcja zawiera pole tekstowe "Oświadczenie pacjenta", służące do wprowadzenia treści oświadczenia, a także opcję dodania załącznika.

Dla wspomnianego wyżej trybu wypisu na dole ekranu zostanie uwidoczniiony przycisk **Drukuj oświadczenie**, umożliwiający wydruk uzupełnionego oświadczenia w celu jego podpisania.

Rozwinięcie przycisku da możliwość wyboru formatu wydruku. Dostępne formaty to A4 lub A5.

Treść wprowadzonego oświadczenia podpowie się, z możliwością modyfikacji, w kolejnej hospitalizacji pacjenta, jeżeli wypis nastąpi ponownie na jego żądanie.

5.20.1.1 Wypis z powodu zgonu pacjenta

W przypadku wyboru trybu wypisu "Zgon pacjenta" zostaną aktywowane pola, umożliwiające wprowadzenie danych dot. zgonu.

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna, przyj. 2016-09-12 07:46, wyp. 2016-09-12 10:25, nr w księdze 3/2016
Rozpoznanie: M51.2

Dane podstawowe
Data wypisu: 2016-09-12 10:25 Tryb wypisu: Zgon pacjenta Lekarz wypisujący: Nowak Anna
Wydano zlecenie na transport sanitarny: ☐ Zwykły ☐ Z art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, aby zakończyć hospitalizację i przekazać wypis do podpisu zostały opisane w rozdziale [Wypis](#).

W przypadku stwierdzenia śmierci mózgu lub wykonania sekcji zwłok należy zaznaczyć ☒ odpowiednie pola (zdz. poniżej). W sytuacji wykonania bądź niewykonania sekcji zwłok istnieje możliwość wprowadzenia stosownego uzasadnienia, do czego służy przygotowane pole tekstowe. Również w przypadku pobrania od pacjenta komórek, tkanek lub narządów można umieścić odpowiednią adnotację.

Funkcje dodatkowe

Dane pacjenta Dokumenty ubezpieczenia Status eWUŚ Odśwież dane Rozliczenie

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna, przyj. 2016-09-12 07:46, wyp. 2016-09-12 10:25, nr w księdze 3/2016
Rozpoznanie: M51.2

Kod wg ICD-10: ...
Opis słowny: ... Odstęp czasu między wystąpieniem a zgonem: ...

Wtórna przyczyna zgonu
Kod wg ICD-10: ...
Opis słowny: ... Odstęp czasu między wystąpieniem a zgonem: ...

Bezpośrednia przyczyna zgonu
Kod wg ICD-10: I21 ... Ostry zawał serca
Opis słowny: ... Odstęp czasu między wystąpieniem a zgonem: ...

Śmierć mózgu
☒ Stwierdzono śmierć mózgu
Załącznik: (brak)

Pobranie komórek, tkanek, narządów
...

Seksja zwłok
☐ Wykonano sekcję zwłok
Załącznik: (brak)

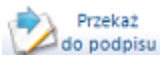
Uzasadnienie wykonania/niewykonania sekcji zwłok
...

Wyniki badań, konsult, skier. Karta zgonu Wyczyść Autoryzuj Przekaz do podpisu

W celu wydrukowania Karty zgonu należy wybrać przycisk **Karta zgonu**, znajdujący się w dolnej części formatki.

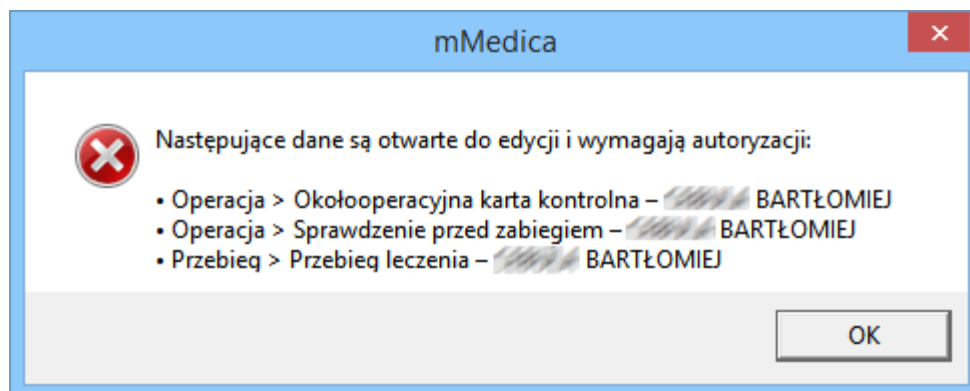
Zakończenia wypisu pacjenta dokonuje się poprzez wybranie przycisku **Przekaz do podpisu**, znajdującego się w prawym dolnym rogu ekranu. Szczegółowy opis w rozdziale: [Przekazanie do podpisu](#).

5.20.1.2 Przekazanie do podpisu

Pierwszym etapem zakończenia wypisu pacjenta jest wybranie przycisku , znajdującego się w prawym dolnym rogu okna *Wypis*. Hospitalizacja otrzyma status "Do podpisu", a użytkownik automatycznie przeniesiony zostanie do formatki [Hospitalizacja – lista pacjentów](#).

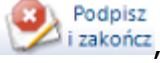
W przypadku braku autoryzacji choć jednej z formatek funkcjonalności hospitalizacji, podczas akceptacji wypisu zostanie wyświetlony komunikat, informujący o konieczności autoryzacji danych z podaniem informacji o:

- osobie personelu która edytowała te dane,
- formatce hospitalizacji, która wymaga autoryzacji.



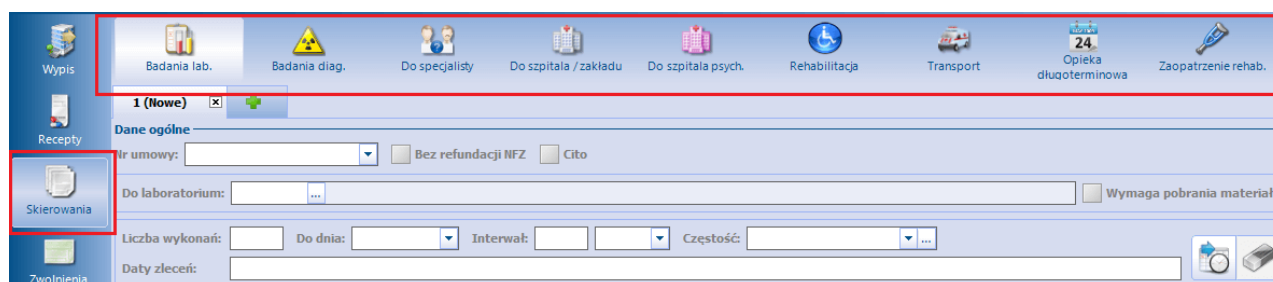
W tej sytuacji należy powrócić do poprzednich formatek i zweryfikować, czy każde okno, w którym były wprowadzane dane, zostało zapisane poprzez wybranie przycisku **Autoryzuj**.

Drugim i ostatnim etapem zakończenia wypisu pacjenta jest podpisanie go przez kierownika oddziału. W

tym celu należy ponownie otworzyć hospitalizację i wybrać przycisk , znajdujący się w prawym dolnym rogu okna.

5.20.2 Skierowania/recepty/zwolnienia

Na etapie wypisu można wystawić pacjentowi skierowania, których rodzaje prezentuje poniższe zdjęcie.



Istnieje również możliwość wystawienia recepty i zwolnienia lekarskiego.

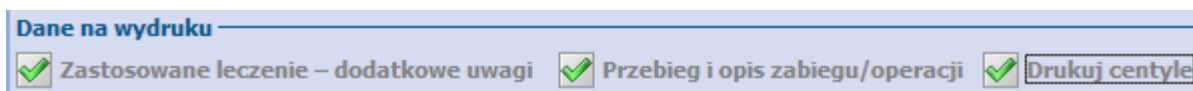
Szczegółowy opis tych funkcjonalności znajduje się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica.

5.20.3 Podsumowanie

W oknie *Podsumowanie* znajduje się "Karta informacyjna z leczenia szpitalnego", zawierająca opis choroby i przebieg leczenia pacjenta. W celu jej wydrukowania należy wybrać przycisk **Drukuj kartę informacyjną**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

Na dole okna udostępniono parametry pozwalające określić, czy na wydruku mają być uwzględnione informacje zamieszczone w polu "Zastosowane leczenie - dodatkowe uwagi" (w oknie *Wypisu*) oraz czy ma on zawierać przebieg i opis zabiegu/operacji.

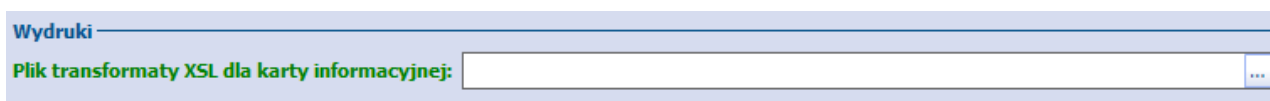
W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica dodano parametr **"Drukuj centyle"**, powodujący umieszczenie centyli na wydruku karty.



W oknie wyświetlane są również numery PIN wystawionych e-Recept i e-Skierowań.

Świadczeniodawca, posiadający moduł Hospitalizacje oraz Moduł Personalizacyjny, ma możliwość wykorzystania własnej transformaty do generacji karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. W tym celu należy:

1. W katalogu programu mMedica, w folderze "doc" (domyślnie: dysk C:\Program Files\Asseco\mMedica\doc lub dysk C:\Pliki programów (x86)\Asseco\mMedica\doc) odszukać plik o nazwie **HospPodsumowanie** (Arkusz Sylów XLS).
2. Otworzyć wspomniany plik do edycji, na przykład w Notatniku, a następnie odpowiednio zmodyfikować i zapisać zmiany.
3. W Konfiguratorze ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)), w pozycji: [Moduły dodatkowe](#) > [Hospitalizacje](#), w polu "Plik transformaty XLS dla karty informacyjnej" wskazać ścieżkę do zmodyfikowanego pliku transformaty.



5.20.4 Wypis pielęgniarski

W wersji 5.9.0 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność wypisu pielęgniarskiego.

W oknie *Wypis pielęgniarski* wpisuje się zalecenia dietetyczne, zalecenia dotyczące zabiegów pielęgnacyjnych, przyjmowanych leków, a także inne wskazówki istotne dla pacjenta i dla innych osób sprawujących nad nim opiekę. Informacje te wprowadza się w przygotowanych polach tekstowych ręcznie lub przy użyciu szablonów tekstów standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

W celu wydrukowania zaleceń należy wybrać przycisk **Drukuj wypis**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

5.20.5 List do POZ

W wersji 5.9.0 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność wydruku listu do POZ.

Funkcjonalność wydruku listu do POZ zawierającego podstawowe dane hospitalizacji, informacje o wypisie z oddziału szpitalnego i przekazanych zaleceniach pielęgniarskich.

Rozdział

6

Historia

Od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica po wyborze ikony *Historia* istnieje możliwość przeglądu historii wizyt oraz historii hospitalizacji pacjenta. Aby wyświetlić historię wizyt lub hospitalizacji danego rodzaju, należy wybrać odpowiednią ikonę spośród ikon dostępnych po lewej stronie ekranu.

Kowalski Jan (...) Rozpoznanie: M51.2 – Inne określone przemieszczenia k...

Oddział urazowo - orto...
Przyj. 23-05-2019 07:2...

Data od: [] do: [] Kolejność: ☒ od najnowszej do najstarszej ☐ od najstarszej do najnowszej

Lekarz prowadzący: [] Oddział/komórka org.: []

HISTORIA CHOROBY PACJENTA LECZONEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Kowalski Jan (M) **PESEL:** 00000000000
Data urodzenia: 16-02-1969 **Wiek:** 53 lata
Adres: 40-001 Katowice, ul. Ulica 1

Hospitalizacja od 16-10-2020 15:08

Oddział/komórka org.: Oddział urazowo - ortopedyczny
Prowadzący: Nowak Anna, Lekarz – specjalista reumatologii, NPWZ

Hospitalizacja nr 10/2019 od 27-05-2019 09:02 do 14-11-2019 00:00

Oddział/komórka org.: Oddział urazowo - ortopedyczny
Prowadzący: Nowak Anna, Lekarz – specjalista reumatologii, NPWZ
Tryb wypisu: Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego

Rozpoznanie przed zabiegiem

Nazwa	Kod
Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego	M51.2

Rozpoznanie z przebiegu

Wyniki badań, konsult, skier. Zapisz historię jako PDF Drukuj historię choroby Osobne okno

Jeżeli pacjent nie miał realizowanej żadnej hospitalizacji danego rodzaju, odnosząca się do tego rodzaju ikona będzie niewidoczna.

Od wersji 8.5.0 programu użytkownik ma możliwość otwarcia aktualnie przeglądanej historii w osobnym oknie. Służy do tego przycisk **Osobne okno**, zamieszczony w prawym dolnym rogu ekranu.

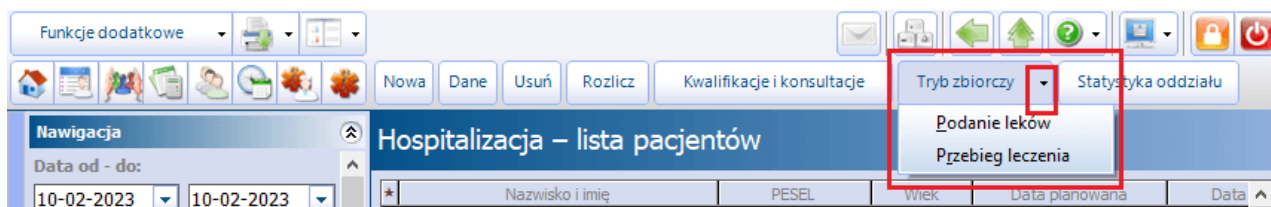
Rozdział

7

Tryb zbiorczy w hospitalizacji

W górnym panelu formatki *Hospitalizacja – lista pacjentów* znajduje się przycisk **Tryb zbiorczy**, po rozwinięciu którego wyświetlone zostają następujące funkcjonalności:

- [Podanie leków](#) - funkcjonalność zbiorczego podania leków.
- [Przebieg leczenia](#) - funkcjonalność zbiorczego uzupełnienia przebiegu leczenia, udostępniona w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica.

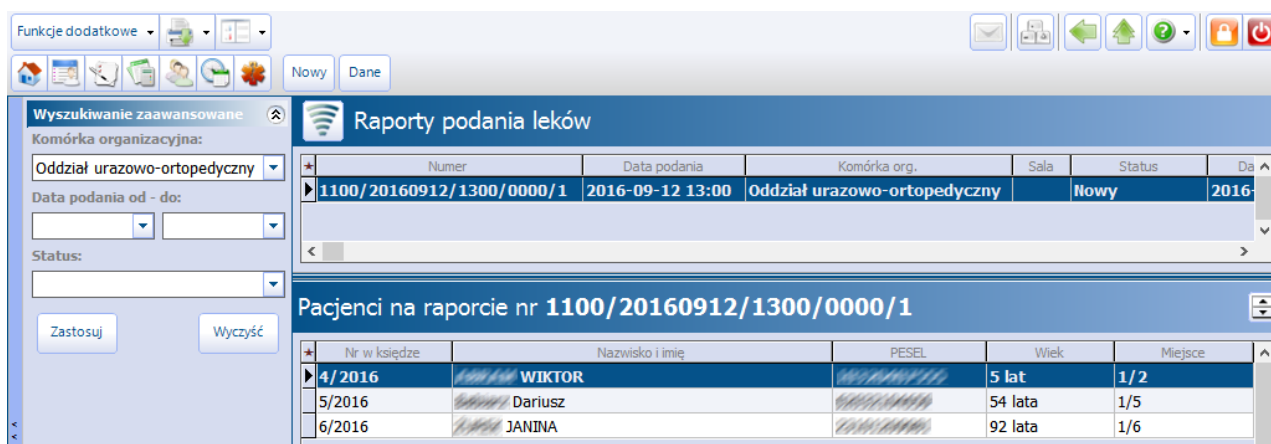


7.1 Zbiorcze podanie leków

Po wybraniu przycisku **Tryb zbiorczy - Podanie leków**, zostanie otwarte okno *Raporty podania leków*. Funkcjonalność ta pozwala na zbiorczą ewidencję podania leków przez pielęgniarkę, na podstawie autoryzowanego [zlecenia lekarza](#).

W górnym oknie formatki wyświetlane są raporty, jakie zostały już utworzone przez użytkownika wraz z podaniem szczegółowych informacji. W dolnym oknie *Pacjenci na raporcie nr...* prezentowane są dane pacjentów znajdujących się na wybranym raporcie.

Dodany raport można przeglądać i modyfikować za pomocą przycisku **Dane**, znajdującego się u góry ekranu.



Aby utworzyć nowy raport podania leków należy wybrać przycisk **Nowy**. Otwarte zostanie okno *Nowy raport podania leków*, w którym system podpowiada bieżącą datę oraz najbliższą pełną godzinę. Z dostępnych list rozwijanych należy wybrać komórkę organizacyjną oraz salę, w obrębie której zostaną podane leki. W przypadku braku wyboru numeru sali zostanie utworzony raport dla pacjentów ze wszystkich sal w

kontekście wybranej komórki organizacyjnej.

Nowy raport podania leków

Data i godzina podania:

2016-09-13

11:00

Komórka organizacyjna:

Oddział urazowo-ortopedyczny

Miejsce (sala):

2

Zatwierdź

Wyjście

Na raporcie uwzględnieni zostają pacjenci posiadający w danej komórce organizacyjnej aktualne zlecenie leków do podania w dacie i godzinie, na jaką tworzony jest raport.

Aby wejść w szczegóły raportu należy wybrać przycisk **Dane** lub dwukrotnie kliknąć lewym przyciskiem myszy w jego nazwę. Otwarte zostanie nowe okno, w którym zaznacza się podanie leku pacjentowi.

Funkcje dodatkowe

Usuń pacjenta z raportu
Zatwierdź raport
Usuń raport

Raport podania leków – 2016-09-12 13:00, Oddział urazowo-ortopedyczny

Nr w książce	Nazwisko i imię	PESEL	Wiek	Miejsce
4/2016	WIKTOR		5 lat	1/2
5/2016	Dariusz		54 lata	1/5
6/2016	JANINA		92 lata	1/6

Leki do podania – **WIKTOR MARCIN (M)**, wiek 5 lat

Nazwa leku	Ilość	Uwagi/zalecenia	Podano	Data podania	Przyczyna niepodania
Abilify roztw. do wstrz. 7,5 mg/ml			✓	2016-09-12 13:10	

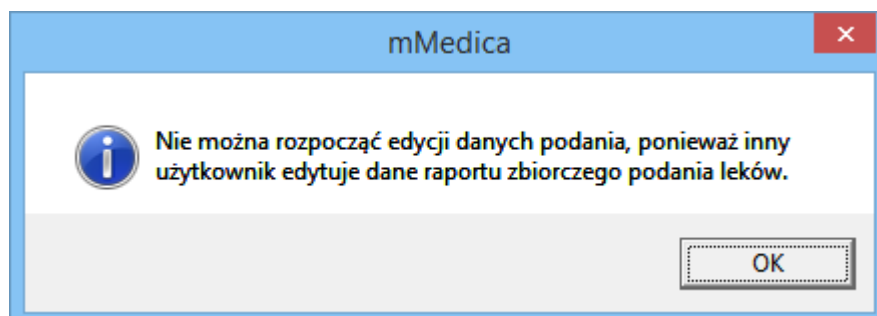
Dane podania

Aby zaewidencjonować w systemie mMedica podanie leku pacjentowi należy zaznaczyć go na liście, a następnie wybrać przycisk **Dane podania**. W oknie *Podanie leku* zaznaczyć odpowiednią opcję, a w przypadku niepodania leku wpisać przyczynę.

Znaczenie przycisków znajdujących się w górnym panelu okna:

- **Usuń pacjenta z raportu** - z raportu zostanie usunięty pacjent, zaznaczony w górnym oknie formatki. Jeżeli na raporcie znajduje się tylko jeden pacjent, to zostanie usunięty cały raport.
- **Zatwierdź raport** - raport zostanie oznaczony jako zatwierdzony, a informacje o podaniu leków zostaną przeniesione do okna hospitalizacji na zakładkę [Podanie leków](#). Leki, dla których nie określono podania lub niepodania, zostaną oznaczone jako podane z datą planowaną. Zatwierdzony raport nie podlega modyfikacji i usunięciu.
- **Usuń raport** - usuwa raport podania leków.

Po uzupełnieniu przez pielęgniarkę raportu podania leków, konieczne jest jego zatwierdzenie przyciskiem **Zatwierdź raport**. Brak zatwierdzenia raportu blokuje możliwość dalszej pracy lekarza, gdyż przy próbie ewidencji jakichkolwiek danych w module Hospitalizacja 1-go dnia wyświetlony zostanie komunikat:



7.2 Zbiorcze uzupełnienie przebiegu leczenia

W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność zbiorczego uzupełnienia przebiegu leczenia. Aby wykonać taką operację, należy w pierwszej kolejności w panelu nawigacji po lewej stronie ekranu wskazać komórkę organizacyjną, a następnie po rozwinięciu listy na przycisku **Tryb zbiorczy** wybrać pozycję **"Przebieg leczenia"**.

Powyższa czynność spowoduje wyświetlenie okna *Przebieg leczenia* - (nazwa komórki) (zdj. poniżej).

U góry okna w polu "Data" podpowiadana jest data bieżąca (możliwość zmiany). W prawej części okna, w sekcji Hospitalizacje widoczna jest lista hospitalizacji realizowanych w wybranej komórce organizacyjnej, posiadających statusy: "W hospitalizacji" lub "Do wypisu", których czas realizacji obejmuje wskazaną datę. Należy pozostawić zaznaczone te, których operacja ma dotyczyć. Istnieje możliwość zbiorczego zaznaczenia/odznaczenia wszystkich pozycji na liście. Służą do tego przyciski zaznaczone na powyższym zdjęciu.

W polach dostępnych w lewej części okna należy uzupełnić dane, które mają zostać zbiorczo dodane w oknie ewidencji [przebiegu leczenia](#) dla zaznaczonych hospitalizacji.

Po uzupełnieniu danych i wyborze przycisku **Zatwierdź** zostanie wprowadzona odpowiednia informacja w danych wskazanych hospitalizacji, w oknie ewidencji przebiegu leczenia (w sekcji Wywiady lub/i Badania przedmiotowe). Funkcjonalność tego okna została opisana w rozdziale [Przebieg leczenia](#).