

# Moduł Hospitalizacje

# Hospitalizacja długoterminowa

Instrukcja użytkownika

Wersja 9.0.0



16.02.2023

# Spis treści

Rozdz	iał 1 Rozpoczęcie pracy z modułem	2
1.1	Uruchomienie modułu w programie	2
1.2	2 Konfiguracja modułu	3
1.3	3 Konfiguracja komórki organizacyjnej	4
1.4	4 Konfiguracja ksiąg	5
1.5	5 Definicja słowników	6
	1.5.1 Słownik schematów planów opieki pielęgniarskiej	7
Rozdz	iał 2 Wprowadzanie danych w module	. 10
2.1	Szablony tekstów standardowych	. 11
Rozdzi	iał 3 Utworzenie hospitalizacji	. 12
3.1	Rezerwacja terminu w Terminarzu	. 12
3.2	2 Nowa hospitalizacja	. 13
3.3	3 Lista pacjentów w hospitalizacji planowanej	. 13
3.4	1 Wydruk paska identyfikacyjnego	. 15
Rozdzi	iał 4 Przyjęcie	. 17
4.1	L Triaż	. 17
	4.1.1 Odmowa przyjęcia	. 18
	4.1.2 Dane podstawowe hospitalizacji	. 18
	4.1.3 Dokumenty medyczne hospitalizacji	. 21
4.2	2 Wywiad pielęgniarski	. 22
4.3	3 Upoważnienia	. 23
4.4	Zgoda na leczenie	. 24
4.5	5 Ocena ryzyka zakażenia	. 25
4.6	5 Skala Barthel	. 26
4.7	7 Skala Glasgow	. 27
4.8	3 Skala VES-13	. 28
4.9	9 Przyjęcie lekarskie	. 28
	4.9.1 Przyjęcie pacjenta na oddział	. 30
	4.9.2 Odmowa przyjęcia na oddział	. 30
4.1	LO Procedury ICD-9	. 30
Rozdz	iał 5 Hospitalizacja	31
5.1	Przebieg leczenia pacjenta	. 31
	5.1.1 Rozpoznania, wywiady, badania	. 31
	5.1.2 Zdarzenia niepożądane	33
5.2	2 Przepustki	. 33

KOZAZI	hospitalizacją ewidencjonowaną poza modułem	70
	ai / Instolia	29
Dozdzi	ał 7 Historia	50
6.7	Sprawdzenie przed wypisem	58
0.5		57 57
0.4 6 F		יר 57
6.3	rousumowallie	סנ רב
6.2	Skierowania/recepty/zwoinienia	30
6 7	<ul> <li>6.1.1 Przekazanie do podpisu</li> <li>6.1.2 Wypis z powodu zgonu pacjenta</li> <li>Skierowania/recenty/zwolnienia</li> </ul>	54 55 56
6.1	Wypis	52
Rozdzi	ał 6 Wypis	52
5.20	Skierowania / Historia choroby	59
5.19	Dane medyczne	59
5.18	Raporty z przebiegu leczenia	57
5.17	Przegląd wykonania planu opieki	57
5.16	Wykonanie planu opieki	56
	5.15.1 Ręczne dodanie planu opieki	55
5.15	Plan opieki pielęgniarskiej	54
5.14	Ocena natężenia bólu	53
5.13	Obserwacje	52
	5.12.5 Skala Norton	51
	5.12.3 Skala Glasgow	+9 50
	5.12.2 Zmodyfikowana skala Barthel	18 10
	5.12.1 Skala Barthel	17
5.12	Skale ocen	<del>1</del> 6
5.11	Protokół przetoczenia krwi	<del>1</del> 6
5.10	Podanie leków	14
5.9	Zlecenie leków	12
5.8	Profilaktyka ŻChZZ	41
5.7	Terapia	39
5.6	Leczenie żywieniowe	36
5.5	Kwalifikacja do leczenia żywieniowego	36
5.4	Ocena ryzyka NRS	35
5.3	Zgoda na leczenie	34

# 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 pobytów 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 długoterminowej** odpowiadającej zakresowi **HC.3... (długoterminowa opieka pielęgnacyjna)** funkcji ochrony zdrowia. Moduł umożliwia szczegółową ewidencję całego pobytu pacjenta na oddziale od przyjęcia, ewidencję przebiegu leczenia, planowanie i ewidencję podawania leków, planowanie opieki pielęgniarskiej aż do wypisu pacjenta. Na szczególną uwagę zasługuje możliwość tworzenia planów opieki pielęgniarskiej na podstawie zdefiniowanych schematów przy użyciu międzynarodowego słownika diagnoz i rozpoznań pielęgniarskich ICNP.

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.



## 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

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.



Po poprawnym uruchomieniu modułu, można rozpocząć z nim pracę. Obsługa hospitalizacji planowanej jest dostępna z poziomu okna startowego programu mMedica, po kliknięciu w ikonę zaznaczoną na poniższym zrzucie ekranu.

#### Rozpoczęcie pracy z modułem

			_ °γ`r	<b>n</b> Med	dica ×
EWIDENCJA	REIFSTRACIA	TERMINARZ		EDM	HOSPITALIZACIA
KOMUNIKACJA , ZARZĄDZANIE ,	RELSTRACK				HUSPHALIZAGA
KSIĘGI I RAPORTY	UZUPEŁNIANIE	DEKLARACJE	GABINET	PHARMINDEX*	
WYJŚCIE Z PROGRAMU			РОМОС		

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

Po dokonaniu uruchomienia modułu dodatkowego należy odpowiednio skonfigurować program. Po przejściu do powyższej ścieżki w sekcji *Godziny rozpoczęcia dyżurów na oddziale* określa się godzinę rozpoczęcia dyżurów dziennych i nocnych. Dane te wykorzystywane są w funkcjonalności <u>wykonania planu opieki</u> pielęgniarskiej. Jeżeli godzina rozpoczęcia dyżuru nocnego została ustalona na 19.00, natomiast data rozpoczęcia dyżuru dziennego na 7.00, to rozkład dyżurów będzie wyglądał następująco:

31.12.2016 19.00 – 01.01.2017 7.00, Dyżur nocny dla 31.12.2016

01.01.2017 7.00 – 01.01.2017 19.00, Dyżur dzienny dla 01.01.2017

01.01.2017 19.00 – 02.01.2017 7.00, **Dyżur nocny dla 01.01.2017** itd.

Wartości te ustanawia się w kontekście systemu, czyli po wybraniu ikony **System** w lewym dolnym rogu Konfiguratora.

Z kolei zaznaczenie parametru "Doklejaj nazwę folderu przy wyborze tekstu wytycznych pielęgnacyjnych" będzie powodować dodanie nazwy folderu do tekstu wybranego z szablonu tekstów standardowych. Funkcjonalność ta przeznaczona jest dla okna <u>Informacje pielęgniarskie</u> i sekcji *Wytyczne pielęgnacyjne*.

Konfiguracja	Nadpisz wartościami domyślnymi		
🖻 Moduły doda	tkowe 🔺	Godziny rozpoczęcia dyżurów na oddziale	
Personaliza	cja	Dyżur dzienny: 07:00 Dyżur nocny: 19:00	
Komercja			
- EDM		Teksty standardowe	
eRejestracj	a	Doklejaj nazwę folderu przy wyborze tekstu wytycznych pielęgnacyjnych	
- eWyniki			
- Stomatolog	ia		
- SMS			
Hospitalizad	:ja		

Ponadto w sekcji *Przyciski na paskach nawigacji…* istnieje możliwość konfiguracji kolejności i dostępności zakładek w hospitalizacji planowanej. 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 planowanej i długoterminowej						
Przyjęcie:	Hospitalizacja:	Wypis:				
✓ Triaż	✓ Przebieg leczenia	✓ Wypis				
Wywiad pielęgniarski	Profilaktyka ŻChZZ	✓ Recepty				
🗹 Upoważnienia 🛛 🔒	✓Zlecenie leków	✓ Skierowania				
Ocena ryzyka zakażenia	✓ Podanie leków	✓ Zwolnienia				
✓ Zgoda na zabieg	✓ Obserwacje	✓ Podsumowanie				
✓ Przyjęcie	Ocena natężenia bólu	✓ Wypis pielęgniarski				
Procedury	🗌 Plan opieki	✓ List do POZ				
	🗌 Wykonanie planu opieki	✓ Informacje pielęgniarskie				
	<ul> <li>Raporty z przebiegu lecz.</li> </ul>	✓ Sprawdzenie przed wypisem				
	✓ Skierowania					
	✓ Historia choroby					

#### 1.3 Konfiguracja komórki organizacyjnej

#### Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Struktura organizacyjna

Ewidencja danych hospitalizacji wymaga utworzenia komórki organizacyjnej z kodem resortowym odpowiadającym leczeniu w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej 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.3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna
  - HC.3.2. Długoterminowa dzienna opieka pielęgnacyjna
  - HC.3.3. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w domu pacjenta
  - HC.3.4. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w trybie hostelowym

#### ÷ Komórka: Oddział urazowo-ortopedyczny 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 5. Lokalizacja 4. Kody 1. Dane podstawowe Kod: Kod edycyjny: ORTOP Nazwa: Oddział urazowo-ortopedyczny Kod resortowy cz. III: .... ... Kod resortowy cz. VI: 001 Kod resortowy cz. V: Nazwa jednostki org.: HC.3.1 Stacjonarna długoterminowa opieka pielegnacyjna Kod resortowy cz. IX: Kod resortowy cz. X: .... $\mathbf{\nabla}$ Czy aktualne

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

<u>1</u> . Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	<u>4</u> . Kody	<u>5</u> . Lokalizacja		
★ Numer sali		Numery łóżek			^	
10	20, 21, 22, 23					<b>.</b>
11	24, 25, 26, 27					
12	28, 29, 30					

### 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 pielęgniarskich

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 <u>instrukcji obsługi</u> 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 *Hospitalizacja - lista pacjentów*, 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.
- 4. Zmiany zatwierdzić.

#### Rozpoczęcie pracy z modułem

	•	Umiejscowienie bólu	×
	Kod lub nazwa:	wane <u>2</u> Ostatnio wybierane <u>3</u> Wszystkie	3
	★ Kod	Nazwa ból w piersi	
	B G NL NP RL RP	Kod: KP Nazwa: Klatka piersiowa ✓ Czy aktualna ✓ Zatwierdź Wyjście	
		Wybierz (F5) Wyjście	X
_			,

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

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica nazwa słownika **"Słownik klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej"** zastąpiła funkcjonującą w poprzednich wersjach nazwę **"Słownik ICNP"**. W słowniku tym umożliwiono również dodawanie własnych pozycji oraz ich edycję.

### 1.5.1 Słownik schematów planów opieki pielęgniarskiej

Dostępne schematy można dowolnie modyfikować za pomocą przycisku

Ścieżka: Hospitalizacja > menu: Funkcje dodatkowe > Słownik schematów planów opieki pielęgniarskiej

Program mMedica został wyposażony w podstawowe schematy planów opieki pielęgniarskiej, przygotowane przez ekspertów Fundacji, zajmującej się standaryzacją planów opieki. Zakres dostępnych planów opieki będzie sukcesywnie rozszerzany. Kolejne schematy planów opieki pielęgniarskiej będą również przygotowywane przez ekspertów Fundacji.

Schematy wykorzystywane są do tworzenia planów opieki pielęgniarskiej w oknie <u>Plan opieki pielęgniarskiej</u>. Przy ich pomocy można w szybki i sprawny sposób utworzyć plan opieki, a następnie zaewidencjonować jego wykonanie.

-1

lub tworzyć własne, do

czego służy przycisk 🔳

•		Schemat	y planu opieki j	pielęgniarsk	kiej	×			
Diagno	za:	Przedmiot:			Problem:				
Dyżur:		Tylko aktu	ualne						
Widok:	Widok:     1     Preferowane     2     Ostatnio wybierane     3     Wszystkie								
★ Kod	l diagnozy	Nazwa diagnozy	Kod przedmiotu	Nazwa przedr	miotu Problem	Dyżur 🔺			
▶ 100	33685	efektywny poziom glukozy we krwi				Nocny i dzienny			
100	25297	ekspozycja na kontaminację				Nocny i dzienny			
100	41539	gorączka				Nocny i dzienny			
100	37593	gorączka przewlekła				Nocny i dzienny			
100	27550	hiperglikemia				Nocny i dzienny			
100	23148	rana chirurgiczna				Nocny i dzienny			
100	25245	ryzyko ekspozycji na kontaminację				Nocny i dzienny			
100	27337	ryzyko odleżyny				Nocny i dzienny			
100	42666	ryzyko owrzodzenia stopy cukrzycowej				Nocny i dzienny			
100	23107	ryzyko urazu okołooperacyjnego				Nocny i dzienny			
100	15263	ryzyko urazu podczas pozycjonowania				Nocny i dzienny			
100	27652	temperatura ciała w granicach normy				Nocny i dzienny			
100	29609	zaburzona zdolność zarządzania cewni				Nocny i dzienny			
100	22954	zmienione ciśnienie krwi				Nocny i dzienny			
	Wybierz (F5) Wyjście								

Aby podejrzeć szczegółowe dane wybranego schematu opieki pielęgniarskiej należy podświetlić go na liście i

wybrać przycisk . W otwartym oknie dialogowym zostaną wyświetlone dane schematu, które można poddać dowolnej modyfikacji. Poniżej opisano znaczenie pól, znajdujących się w omawianym oknie:

Schemat planu opieki pielęgniarskiej X									
Diagnoza:	10027337 ryzyko	odleżyny			Przedr	niot:			
Lokalizacja:					Proble	m:			
Dyżur:	Dzienny i nocny			-	Dostęp	ność: Puł	bliczny	<b>•</b>	Aktualny
Interwencje									
* Kod	Interwencja Nazwa	Procedura Kod	a Nazwa	Czas wyk	onania		Godziny	Liczba wyko	onań 🔷 📥
10040224	prewencja odleżyny			Liczba wy	konań				2
10035293	utrzymywane inte			Godziny		12:00, 18	:00		
10035467	' używanie (wykorz			Doraźnie					
<b>10002</b>	zastosowanie u			Liczba w	ykon				1 🗸
Środki ——					Czynn	ości ———			
* Kod	Nazwa	1	Ilość 🔥		*	Kod		Nazwa	
				_					
							<b>V</b>	Zatwierdź	Wyjście
									4

- **Diagnoza** kod i nazwa diagnozy pielęgniarskiej wybieranej ze słownika ICNP.
- **Przedmiot** kod i nazwa przedmiotu wybierana ze słownika ICNP.

- Lokalizacja kod i nazwa lokalizacji bólu/problemu wybierana ze słownika ICNP.
- Problem uszczegółowienie problemu poprzez wpisanie tekstu w przygotowane pole tekstowe.
- **Dyżur** rodzaj dyżuru, na którym będzie realizowany plan opieki: dzienny, nocny, dzienny i nocny.
- Dostępność określa możliwość korzystania z planu opieki i jego modyfikacji. Możliwe wartości do wyboru: publiczny, prywatny, publiczny bez modyfikacji. Pole aktywne jest tylko dla planów utworzonych przez użytkownika - wszystkie plany domyślnie dodane do programu są publiczne, a więc skierowane do wszystkich użytkowników.
- Interwencje kod i nazwa interwencji wybierana ze słownika ICNP. W planie opieki można zawrzeć kilka interwencji i dla każdej zaplanować liczbę lub godzinę wykonań. Od wersji 8.5.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość oznaczenia interwencji jako doraźnej. W wersji 9.0.0 programu dodano kolumnę "Procedura", która umożliwia powiązanie poszczególnych interwencji z odpowiednimi procedurami ICD-9.
- **Środki** kod i nazwa środka, który będzie wykorzystywany do zrealizowania danej interwencji, wybierana ze słownika ICNP.
- **Czynności** czynność zrealizowana do danej interwencji. Słownik czynności w planie opieki pielęgniarskiej należy utworzyć samodzielnie poprzez nadanie kodu i nazwy pozycji słownika.

Ilość danych zapisywana w schemacie planu opieki pielęgniarskiej jest kwestią indywidualną, jednak należy pamiętać, że wybranie schematu w oknie <u>Plan opieki</u> będzie powodować uzupełnienie pól danymi zapisanymi w schemacie. Pola, których uzupełnienie jest wymagane to: diagnoza oraz przedmiot lub lokalizacja lub problem lub interwencja.



## Wprowadzanie danych w module

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

danych w wybranym oknie należy wybrać przycisk 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 <sup>Autoryzuj</sup>. 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:

	mMedica	×
8	Następujące dane są otwarte do edycji i wymagają autoryzacji: • Operacja > Okołooperacyjna karta kontrolna – BARTŁOMIEJ • Operacja > Sprawdzenie przed zabiegiem – BARTŁOMIEJ • Przebieg > Przebieg leczenia – BARTŁOMIEJ	
	ОК	

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

- pola wyboru
- 🔹 przyciski, np. 鰽
- pola tekstowe
- <u>szablony tekstów</u> 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 wieszczanej 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.

Przebieg i opis				
Operacja przebiegła bez komplikacji	^	<b>R</b> 2		
	~			

Zbiór tekstów standardowych znacznie przyspiesza wprowadzanie niezbędnych informacji, dlatego zaleca się korzystanie z funkcjonalności w codziennej pracy. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w <u>instrukcji</u> <u>obsługi</u> programu mMedica w rozdziale "Teksty standardowe w polach opisowych".



# 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 <u>formatki hospitalizacji</u>.

#### 3.1 Rezerwacja terminu w Terminarzu

Ścieżka: Terminarz > przycisk: Nowa rejestracja Kartoteka pacjentów > przycisk: Rejestruj

W celu rejestracji pobytu należy przejść do Terminarza, wybrać przycisk **Nowa rejestracja** 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 długoterminowa,
  - 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 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.

Funkcje dodatko	owe 🗸 🎒 🕇 🚦				< 📤 🕗 - 🞦 🐸
کا 🖪 🔕		🔹 Drukuj kupon Rejestruj kupon Puste kupony			
Nowa reje	estracja – 🔊	HCH SHANNAN SEBASTIAN (M), 7497	1513	🕼, 47 lat	eWUŚ
	Termin ———		Doste	one terminy	
	Komórka org.:	8 Oddział urazowo-ortopedyczny	💉 Ту	lko wolne	
	Personel:	NOWAKA Nowak Anna		ANNA	ANDRZEJ
	Miejsce:			Wolne: 0	Wolne: 0
podstawowe	Data:	2017-08-16 Godzina: 14:41 Długość: 10 🔻	7 00		^
	Wizyta		0.00		
	Wizyta:	Hospitalizacja długoterminowa	30		
Skierowanie	Tryb przyjęcia:	Przyjęcie planowe na podstawie skierowania	900		
	Rodzaj:		30		
Waxta	Komercyjna	/prywatna Pierwszorazowa	10 <sup>00</sup> 30		
receptowa	Uwagi ———		11 00		
		~ ~	30 12 <sup>00</sup>		

Aby utworzyć rejestrację na hospitalizację komercyjną, rozliczaną ze środków prywatnych pacjenta, należy zaznaczyć checkbox "Komercyjna/prywatna", następnie dokonać rejestracji usług prywatnych. Funkcjonalność rezerwacji/rejestracji, a następnie rozliczenia wizyt prywatnych jest dostępna tylko dla

użytkowników posiadających włączony dodatkowy Moduł Komercyjny.

Szczegółowy opis rezerwacji usług komercyjnych znajduje się w instrukcji Modułu Komercyjnego dostępnej na <u>stronie internetowej</u> 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.

Funkcje dodatkowe 🔹 🍶 🔹 📰 🔹								* • 🖸	Ċ
۵ 🕾 🕤 🕼 🕑 🕷	Nowa Dane Usuń	Rozlicz Kv	valifikacje i konsultacje	Tryb zbiorczy 🔹					
Nawigacja 🛞	Hospitalizacja –	lista pacje	entów						
Data od - do: 2017-04-25 V 2019-02-13 V	★ Nazwisko i imię	Wiek	Data planowana	Data przyjęcia	Data wypisu	Status	Miejsce	Lekarz prowadząc	y 🔨
Oddział / komórka org.:	Jasiński Michał Kowalski Jan	31 lat 50 lat	2017-04-25 10:25 2017-04-25 12:23	2017-04-25 10:25 2017-04-25 12:23		W przyjęciu Do przyjęcia	10	Nowak Anna Nowak Anna	
Lekarz przyjmujący:			Nov	a hospitalizacja		×			
Lekarz prowadzący:		Oddział / ko	mórka org.: Oddział	urazowo-ortopedyczny	▼ Sala: 1	0 🔻			
Lekarz wypisujący:		Lekarz prow	adzący: Nowak A	nna		<b>•</b>			
<b></b>		Komercy	yjna/prywatna	e w tryble nagłym - Inne	ргзураскі				
Status:				Zatwierdź	🛛 💽 vs	vjście			
Nazwisko / PESEL:	<				J. 4-				>

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 3.1., 3.2, 3.3 lub 3.4. 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 <u>Strukturze organizacyjnej</u> 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 <u>instrukcji obsługi</u> modułu Komercyjnego.

#### 3.3 Lista pacjentów w hospitalizacji planowanej



Ścieżka: przycisk HOSPITALIZACIA 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 <u>Modułu Personalizacyjnego</u>, w Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji Moduły dodatkowe > Hospitalizacje, w sekcji <u>Lista pacjentów</u> został udostępniony parametr **"Wyróżniaj hospitalizacje z niewykonanymi interwencjami pielęgniarskimi"**. 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".
- **Zamknięta** przyjęcie zakończone odmową (bez wypisu) z poziomu wstępnej oceny pielęgniarskiej (okno "Triaż").
- W hospitalizacji hospitalizacja w przebiegu (realizacji).
- Do wypisu przyjęcie zakończone "Odmową" przyjęcia lub pacjent został nie zakwalifikowany do hospitalizacji.
- **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.

[	Funkcje dodatkowe 👻 🍶 👻 📰 👻								🍝 🕢 🎦	Ċ
1	📚 🔁 🕤 🖆 📚 🔹	Nowa Dane Usuń Rozlicz Kwalifika	icje i ko	nsultacje	Tryb zbiorczy 🔹					
	Nawigacja 🛞	Hospitalizacja – lista pacjentó	w							
	2017-04-25 V 2019-02-13 V	Nazwisko i imię Wiek Da Jasiński Michał 31 lat 2017-0	ta plano ) <b>4-25</b> 1	wana 10:25	Data przyjęcia 2017-04-25 10:25	Data wypisu	Status W przyjęciu	Miejsce 10	Lekarz prowadzący Nowak Anna	_^
	Oddział y komorka org.: Oddział urazowo-ortopedyczny V	Kowalski Jan 50 lat 2017- Bela Ewa 90 lat 24-07	04-25 - <mark>2017</mark>	12:23 12:23	2017-04-25 12:23 24-07-2017 12:23		Do przyjęcia W hospitaliz	1	Nowak Anna	
	Lekarz przyjmujący:									
	Lekarz prowadzący:	<							:	>
V V V	Lekarz wypisujący:	Kowalski Jan (M), 0000000	0000	, 50 lat	t					ŧ
	Status:	INFORMACJE O PACJENCIE Data ur.: 1967-04-07 (50 lat)	^	OW NFZ:	UBEZPIECZENIE		Zgoda na za	DOKU <b>biea:</b> BR	MENTY	
	Płatnik:	PESEL: 0000000000 Adres: 40-001		Kraje UE eWUŚ:				J		
	Nazwisko / PESEL:	ul. Wojewódzka 1 Telefon: 111-222-333		uprawniony do świadczeń						
	Nr na opasce:	Upow.: stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU dokumentacia – BRAK		Dokumer	nt UE					
		DOKUMENTU Pokaż dane osobowe	~	<u>Pok</u>	<u>aż dokumenty ubez</u>	<u>pieczenia</u>				

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 <u>nowa</u> 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 opcja przeznaczona dla funkcjonalności hospitalizacji 1-go dnia.
- **Tryb zbiorczy** umożliwia zaewidencjonowanie danych hospitalizacji w trybie zbiorczym. Dokładny jej opis znajduje się w instrukcji dla <u>Hospitalizacji 1-go dnia</u>, w rozdziale "Tryb zbiorczy w hospitalizacji".
- Statystyka oddziału przycisk dodany w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica.

Nowa Dane Usuń Rozlicz Kwalifikacje i konsultacje Tryb zbiorczy - Statystyka oddział											
Hospitalizacja – lista pacjentów											
*	Nazwisko i imię	PESEL	Wiek	Data p	lanowana	Data					

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 Wydruk paska identyfikacyjnego

Ścieżka: Hospitalizacja > menu: Funkcje dodatkowe > 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 formatce *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	Wydruk na drukarce pasków identyfikacyjnych										
Nazwa:		•	Margines górny (dłuższy bok):	3 🌲 pkt	Margines lewy (krótszy bok):						

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 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.
- 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 <u>Wydruki</u>.

Wydruki		
Plik transformaty XSL dla karty informacyjnej:		
🖋 Drukuj dodatkowe dane na pasku identyfika		



# Przyjęcie

#### 4.1 Triaż

Okno *Triaż* służy do dokonania przez pielęgniarkę wstępnej oceny przed przyjęciem pacjenta na oddział. Na załączonej liście pytań zaznacza się odpowiedzi pacjenta, poprzez kliknięcie w odpowiedni checkbox: "Tak" lub "Nie".

Może się zdarzyć, że tuż po otwarciu okna część pól będzie domyślnie zaznaczonych. Wynika to z wcześniejszego zaewidencjonowania części danych, np. jeśli podczas rezerwacji terminu wprowadzono dane skierowania, zostanie zaznaczone pole 1a) "Pacjent posiada skierowanie do szpitala".

Przyjęcie Ho	spit	alizacja	Wypis		<b>Kowalski J</b> Oddział urazow Przyj. 2017-04-	<b>an (M),</b> o-ortopedyc 26 10:59	000000000 zny, Nowak An	Rozpoznania: Zaplanowane	<b>M51.2</b> – zabiegi:	· Inne określone (brak)
1	Tr 1	iaż —	t nosiada:							· ^
Triaż	1.	a) Skie	rowanie do	szpitala						
		b) Wyn	iiki badań de	- odatkowych				TAK	NIE	
Wwiad		c) Dow	ód osobisty	lub inny dowód tożsa	mości			TAK		
pielęgniarski	2.	Jest na	a czczo					ТАК	NIE	
5	3.	Zażywa	a na stałe A	card/Polocard				ТАК	<b>NIE</b>	
Upoważnienia		Odstav	vił Acard/Po	locard zgodnie z zalec	eniami lekarza			ТАК	NIE	
_	4.	W ciąg	u ostatniego	o tygodnia przebył infe	ekcję/przeziębienie			TAK	NIE	
	5.	W ciąg	u ostatnieg	o tygodnia leczył się z	infekcji/przeziębienia	a m. in. aspir	yną, polopiryną	TAK	NIE	
Ocena ryzyka	6.	Aktual	nie zgłasza	katar, ból gardła				ТАК	NIE	
zakazenia	7.	Choruj	e na chorob	y przewlekłe				ТАК	NIE	
		a) Wie,	, z powodu j	akich schorzeń jest leo	zony			ТАК	NIE	
Przyjęcie		b) Zna	nazwy lekó	w zażywanych na stał	2			ТАК	NIE	
		c) Zaży	ył rano swoj	e leki				ТАК	NIE	
		d) Potr	afi wymieni	ć nazwy leków, które z	zażył			ТАК	NIE	
Procedury	8.	Pacjen	t jest uczuk	ony, np. na leki, pokarr	ny			ТАК	NIE	~
		Wyr kor	niki badań, nsult., skier.	abc Dane podstawowe	Drukuj ocenę		Wyczyść	Aut	oryzuj	Odmowa (bez wypisu)

Po uzupełnieniu wszystkich pól, pielęgniarka decyduje o zakwalifikowaniu pacjenta do przyjęcia na oddział, poprzez zaznaczenie odpowiedniej opcji w sekcji *Kwalifikacja do przyjęcia*. W przypadku odmowy przyjęcia

Odmowa (bez wypisu)

, znajdujący się w prawym dolnym rogu okna.

Za pomocą przycisków znajdujących się w dolnym panelu okna można dokonać wydruku wstępnej oceny pielęgniarskiej, podglądu i modyfikacji <u>podstawowych danych</u> hospitalizacji oraz <u>dokumentów medycznych</u>.

należy wybrać przycisk

Dane

#### 4.1.1 Odmowa przyjęcia

Jeśli wynik wstępnej oceny pielęgniarki jest negatywny i nie kwalifikuje pacjenta do przyjęcia na oddział

należy wybrać przycisk odmowa otrzyma status "Zamknięta" i edycja jej danych nie będzie już możliwa. Jeśli pacjent posiada wpis w kolejce oczekujących, to zostanie z niej wykreślony z podaniem przyczyny "Pacjent nie kwalifikuje się do operacji".

#### 4.1.2 Dane podstawowe hospitalizacji

W celu otwarcia okna z danymi podstawowymi hospitalizacji należy wybrać przycisk znajdujący się zawsze w dolnym panelu okna. 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.

**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.

1	Podstawowe dane hospitali	zacji ×
	<u>1</u> . Realizacja <u>2</u> . Ski	erowanie
	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 pól 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 pacjenta. Numery wprowadza się w strukturze organizacyjnej programu.
- 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 > <u>5. Uprawnienia funkcjonalne</u> > gałąź "Obsługa rejestru pacjentów",

b) użytkownik nieposiadający NPWZ musi być skonfigurowany w programie jako asystent medyczny lub pracownik administracyjny (szczegółowa instrukcja znajduje się w <u>instrukcji obsługi</u> 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
<u>1</u> . Realizacja	2. Skierowanie
Rodzaj:	Nr skierowania:     Cito
Data wystawien	nia: Typ zleceniodawcy:
Instytucja kieru	ująca: ID 🔽
Personel kiemi	
Kod res. cz. V	Pobranie eSkierowania z P1
Kod res. cz. V	Klucz dostępu:
Kod res. cz. V	Kod dostępu:
Rozpoznanie	PESEL: 0000000000
Uwagi:	Pobierz Wyjście
	eskierowanie
7-1	
Załącznik:	(brak)
	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



Podstawowe dane hospitalizacji								
<u>1</u> . Realizacja <u>2</u> . 9	Skierowanie							
Rodzaj:	Skierowanie 💌 Nr skierowania: 00000000000mm1655 🔤 Cito	-1						
Data wystawienia:	27-01-2021 Typ zleceniodawcy: Podmiot leczniczy	A						
Instytucja kierująca:	ID -1 Przychodnia	9						
Personel kierujący:	ID 365117 Adam317 Leczniczy							
Kod res. cz. V:	01 Nazwa jedn. org.:	3						
Kod res. cz. VII:	001 Nazwa kom. org.: PORADNIA NEUROLOGICZNA							
Kod res. cz. VIII:	4900 Izba przyjęć szpitala							
Rozpoznanie:	S42 Złamanie barku i ramienia	2						
Strona ciała:	Refundacja NFZ Status P1: Wystawione							
Uwagi:	Proszę o przyjęcie na / do Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej							
	<pre>&gt;</pre>							
Komentarze z eSkierowania:	^							
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • •							
	Zatwierdź 🛛 🔍 Wyjśc	cie						

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

świadczeń bądź z innej przyczyny, należy wybrać przycisk **Wyczyść** *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**.

<b>•</b>	Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji	×
Przyczyna:	Rezygnacja pacjenta	-
	Odrzuć eSkierowanie	ie

#### 4.1.3 Dokumenty medyczne hospitalizacji

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

Wyniki badań,

należy wybrać przycisk konsult, skier. znajdujący się zawsze w dolnym panelu okna. Otwarte zostanie okno 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. W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica wprowadzono wyjątek dla hospitalizacji realizowanej w komórce organizacyjnej o kodzie resortowym cz. IX = HC.3.1. Dla takiej hospitalizacji nie wyświetla się automatycznie okno powiadomienia o

nowych dokumentach, natomiast w przypadku ich istnienia przycisk kolorem czerwonym.



Po przejściu do okna podglądu dokumentów medycznych i naciśnięciu **Edytuj** użytkownik ma możliwość dopisania wybranego dokumentu do hospitalizacji za pomocą zamieszczonego po prawej stronie przycisku

	Wyniki badań, ko	onsi	Iltacje, skierowanie 🛛 🗙
Data 2016-09-06	Rodzaj 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         Image: State of the s
			Edytuj Wyjście

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

- Badanie diagnostyczne
- Badanie laboratoryjne
- Konsultacja

### 4.2 Wywiad pielęgniarski

Po wstępnym zakwalifikowaniu pacjenta do hospitalizacji, pielęgniarka przeprowadza z nim obszerny wywiad dotyczący jego przeszłości medycznej i ocenia funkcjonowanie poszczególnych układów. Do ewidencji tych danych służy okno *Wywiad pielęgniarski*, które zostało dodatkowo podzielone na dwie zakładki:

- Wywiad pielęgniarski
- Ocena układów

Na zakładce *Wywiad pielęgniarski* wprowadza się dane uzyskane z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem i wyniki przeprowadzonego badania fizykalnego.

Przyjęcie Hos	spitalizaçja Wypis	Kowalski Jan (M), 0000000000, 50 Rozpoznania: M51.2 – Imre Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna Zaplanowane zabiegi: (brak Przyj. 2017-04-26 10:59	określon )	e przem	ie
870	Wywiad pielęgniarski	Ocena układów			
<u> </u>	Dane opiekuna				^
Triaż	Nazwisko i imię:	Telefon:			
<u> </u>	Stopień pokrewieństwa:	Przedstawiciel ustawowy		<u> </u>	
Wywiad pielegniarski	Diagnoza lekarska ze ski	ierowania			l -
	Diagnoza: M51.2 – Inne	określone przemieszczenia krążka międzykręgowego			
	Wawiad				
Upoważnienia	Który pobyt w szpitalu:	1			
7.	Przyczyna przyjęcia do s	zpitala: 10038513 uraz wskutek upadku			
Ocena ryzyka zakażenia	Kontakt z pacjentem:	Prawidłowy Zaburzony Brak			
	Wywiadu udzielił:	Pacjent     Opiekun     Inna osoba			
	Objaway chorobyg			-	
Przyjęcie	objawy choroby.				
(CD9	Objawy towarzyszące:			a	
Procedury			Y	400	
	Przebyte choroby, choro	by współistniejące —			
	★ Kod	Nazwa	^		
				-	
					~
	Wyniki badań, konsult., skier.	Dane podstawowe	1	Autoryzu	IJ

W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica w sekcji <u>Badanie fizykalne</u> dodano pola do wyświetlania centyli, widoczne w przypadku pacjenta niepełnoletniego, oraz pole "Saturacja" .

Badanie fizykalne								
Wzrost (cm):         158         Centyl:         100         Waga (kg):         50         Centyl:         100         BMI:         20         Centyl:         99								
Ciśnienie (mmHg):         /         Tętno (/min):         Temperatura (°C):         Oddech (/min):         Saturacja (%):								
Pomiar na tętnicy: Promieniowej Udowej Innej								
Rytm serca: Miarowy Niemiarowy								
Napięcie tętna: 🚺 Dobrze napięte 🔄 Słabo napięte 🔄 Słabo wyczuwalne 🔄 Nitkowate 🔄 Niewyczuwalne								

Zakładka *Ocena* służy do ustalenia stanu pacjenta, określenia sprawności funkcjonowania poszczególnych układów i narządów. Po wybraniu zakładki wyświetlanych jest kilkanaście sekcji (np. Skóra, Wzrok, Słuch), które są domyślnie zwinięte. W celu wprowadzenia danych, należy je rozwinąć klikając w przycisk **S**.

#### Przyjęcie

Przyjęcie Hos	italizaçia Wypis	Kowalski Jan (M), 00000000000, 50 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna Przyj. 2017-04-26 10:59	Rozpoznania: M51.2 – Inne okrealone: przemie. Zaplanowane zabiegi: (brak)
1	Wywiad pielęgniarski Ocena układów		
Trini	Skóra		۵ 🔺
	Odleżyny według skali Norton		۲
<u> </u>	Wzrok		۲
Wywiad pielęgniarski	Prawidłowy Niedowidzenie	e 🧾 Ślepota	
5	Stosowanie okularów 📃 Stosowanie s	oczewek Inna korekta wzroku:	
Upoważnienia	Dolegliwości:		
1	Diagnozy		
	* Kod	Nazwa	^ ^ 🚜 👘
Zgoda na zabieg			
70			
Ocena ryzyka zakażenia			×
<b>\$</b> 3	Stuch		۲
Przyjęcie	Węch		(¥)
	Smak		۷
Drocodura	Układ nerwowy i funkcje poznawcze		ی 🕲 🗸

#### 4.3 Upoważnienia

Przed przyjęciem pacjenta na oddział konieczne jest pobranie od niego dokumentów upoważniających do uzyskania informacji o stanie zdrowia przez wskazaną osobę i upoważnienie o uzyskaniu dokumentacji. W przypadku braku wyrażenia zgody przez pacjenta również należy odnotować ten fakt.

W sekcji Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w razie potrzeby wpisuje się ręcznie dane osoby bliskiej.

Przyjęcie Hos	spitalizaçia Wyp	is	Kowalski Ja Oddział urazowo- Przyj. 2017-04-26	n (M), 0000 ortopedyczny, N 5 10:59	000000 Nowak Anna	Rozpoznania: M Zaplanowane za	51.2 — In biegi: (bi	ine okre rak)	
	Dane osoby blisk	ciej, którą należy powiadomi	ć w razie potrzeby —						
<u> </u>	Nazwisko i imię:	Kowalska Barbara							
Triaż	Adres:	ul. Wojewódzka 1							
	Telefon:	111-222-333							
Wywiad	Dokumenty upor	ważniające / oświadczenia –							
pielęgniarski	Rodzaj:				-	🎸 Tylko aktualn	e		
	* Data	Rodzaj	Nazwisko i imię	Kontakt	Ko	mórka	Akt. Za	łącznik	
Upoważnienia	2017-04-26	Upoważnienie do u P	aper Krzysztof				×		
Ocena ryzyka zakażenia									<b></b>

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica wprowadzono podpowiadanie danych osoby bliskiej na podstawie dodanego dokumentu upoważniającego. Jeżeli sekcja **Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w** 

**<u>razie potrzeby</u>** nie zawiera żadnych danych i zostanie dodany dokument upoważniający (przycisk po prawej stronie okna), pola w sekcji wypełnią się automatycznie wprowadzonymi w dokumencie danymi upoważnionego lub danymi przedstawiciela ustawowego, w przypadku braku uzupełnienia tych wcześniejszych.

### 4.4 Zgoda na leczenie

W wersji 6.4.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej wprowadzono możliwość ewidencji zgód na leczenie. Służy do tego zakładka *Zgoda na leczenie* dostępna zarówno na etapie przyjęcia pacjenta (panel **Przyjęcie**), jak i w przebiegu hospitalizacji (panel **Hospitalizacja**).

<u></u>	Bieżąc	a zgoda ———								
<u> </u>	Data:	22-09-2020 12	2:06 💌							~
Triaż	Zgoda								_	
	Tytuł:	zgoda1		·						*
Whaviad	Treść:								-	
pielęgniarski									ą/	
5										
Upoważnienia	Opis —									
<u> </u>	Tytuł:			▼.						
Zandana	Treść:				_					
leczenie		l'							94	
7.								~		
Ocena ryzyka	Załacz	nik —								
GSGW				(brak)						
Skala Glasgow	Wszys	tkie zgody ——							_	
	*	Data		Tytuł			Wpisujący/modyfikujący		1	Jan A
	22-	09-2020 12:0	6 zgoda1			Nowak Anna				EA
Przyjęcie										
									v	
Procedury		Wyniki badań, konsult., skier.	Drukuj zgodę					Ľ	Auto	oryzuj

W celu wprowadzenia zgody pacjenta należy w sekcji <u>Bieżąca zgoda</u> wskazać jej datę, a następnie uzupełnić pozostałe pola i wybrać przycisk . Do wprowadzanej zgody użytkownik ma możliwość dodania załącznika (sekcja <u>Załącznik</u>).

W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w sekcjach Zgoda oraz Opis dodano możliwość wyboru w polu "Tytuł" samodzielnie zdefiniowanego opisu. W celu jego definicji należy wybrać przycisk —, a następnie w oknie *Tytuł zgody na leczenie* wprowadzić w kolejnej linii stosowny tekst. Wszystkie wprowadzone w ten sposób pozycje wyświetlą się na liście rozwijalnej omawianego pola.

Wprowadzone zgody pacjenta będą widoczne w sekcji <u>Wszystkie zgody</u>. Usunięcia zgody dokonuje się poprzez zaznaczenie odpowiedniej pozycji na liście i wybór przycisku

Aby podejrzeć lub zmienić dane zgody, należy podświetlić ją na liście, a następnie nacisnąć . Czynno ść ta spowoduje wyświetlenie jej danych w sekcji <u>Bieżąca zgoda</u>. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem .

#### 4.5 Ocena ryzyka zakażenia

Każdy pacjent przy przyjęciu do szpitala wypełnia ankietę, której celem jest określenie poziomu ryzyka zakażenia podczas hospitalizacji. Okno *Ocena ryzyka zakażenia* umożliwia wprowadzenie danych do programu mMedica na podstawie dokumentu uzu<u>pe</u>łnionego 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.

Przyjęcie Ho	spitalizaçja Wypis		Kowalski J Oddział urazowo Przyj. 2017-04-2	<b>an (M), 0000000</b> o-ortopedyczny, Nowa 26 10:59	Rozpoznania: <b>M51</b> Zaplanowane zabio	2 — Inne o egi: (brak)	krešlo			
Triaž	Alkoholizm, inne uza Palenie tytoniu	leżnienia od substan	cji odurzających, lek	ów				^		
Wywiad pielęgniarski	Choroba niedokrwienna kończyn, zespół zatokowo-oskrzelowy Przewlekła choroba nerek (st. III-V), dializoterapia									
Upoważnienia	Przewlekły przerost prostaty albo zaburzenia odpływu moczu lub 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, fryzjera									
Ocena ryzyka zakażenia	W ciągu ostatnich 6 W trakcie wcześniejs W ciągu ostatnich 6	miesięcy pacjent kor szych hospitalizacji lu miesięcy pacjent mia	rzystał z pomocy dor ub po nich wystąpiły ał wykonywane inieko	aźnej, pogotowia u pacjenta powikłania cje, pobrania krwi, biopsje,	punkcje					
Przyjęcie	Kwalifikacja pacjenta — Liczba punktów:	5 Grupa ryzyka:	п	IV IV						
Procedury	Załącznik		(brak)							
	Uwagi		Destudies to				^	v		
	konsult., skier.	abc podstawowe	oceny		Wyczyść	- 🖄 Al	utoryzuj			

### 4.6 Skala Barthel

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica w przyjęciu hospitalizacji długoterminowej dodano funkcjonalność oceny samodzielności i sprawności ruchowej pacjenta według skali Barthel.

1	Ø 5 − Niezależny lub pod prysznicem					
Zgoda na	Poruszanie się po powierzchniach płaskich					
leczenie	0 – Nie porusza się lub do 50 m					
70	5 – Niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m					
Ocena ryzyka	10 – Spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby, powyżej 50 m					
BARTHEL	15 – Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m					
$\sim$	Wchodzenie i schodzenie po schodach					
Skala Barthel	0 – Nie jest w stanie					
GSGW	5 – Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie					
~	10 – Samodzielny					
Skala Glasgow	Ubieranie się i rozbieranie					
VES-13	0 – Zależny					
	5 – Potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy					
Skala VES-15	10 – Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.					
1	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu					
Przyjęcie	0 – Nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw					
	5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)					
ICD9	10 – Panuje, utrzymuje stolec					
Procedury	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego					
	0 – Nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny					
	5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)					
	10 – Panuje, utrzymuje mocz					
	Wynik oceny					
	Liczba punktów: 85					
	Uwagi					
	Wyniki badań, En Drukuj					
	konsult, skier.					

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji <u>Wynik oceny</u> zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów.

Po wyborze przycisku **Drukuj** nastąpi wydruk dokumentu "Karta oceny świadczeniobiorcy przyjmowanego do zakładu opiekuńczego", zawierającego uzupełnioną skalę.

### 4.7 Skala Glasgow

W wersji 6.1.0 w aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej została dodana możliwość uzupełnienia oceny stanu świadomości pacjenta według skali Glasgow. Służy do tego zakładka *Skala Glasgow*.



Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi jest automatycznie sumowana liczba punktów. W celu wydruku oceny należy wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

#### 4.8 Skala VES-13

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica w przyjęciu hospitalizacji długoterminowej dodano możliwość uzupełnienia skali VES-13, służącej do oceny pacjenta geriatrycznego.



Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji <u>Wynik oceny</u> zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów

W celu wydruku uzupełnionej skali należy wybrać przycisk **Drukuj**.

### 4.9 Przyjęcie lekarskie

W oknie *Przyjęcie* wprowadza się wszelkie informacje dotyczące przyjęcia pacjenta na oddział i ostatecznie dokonuje jego przyjęcia lub nie. Okno zostało podzielone na dwie zakładki:

- Wywiad / Badanie przedmiotowe / Rozpoznanie wstępne
- Postępowanie lekarskie / Uzasadnienie przyjęcia / Ocena stanu psychicznego

Na zakładce *Wywiad / Badanie przedmiotowe…* znajdują się okna, służące do ewidencji danych m.in. do wprowadzenia szczegółowego wywiadu i opisania przeprowadzonego badania przedmiotowego. Treść można wprowadzić ręcznie w oknach tekstowych lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

W sekcji Wywiad w polu "Uczulenia/uzależnienia..." wyświetlane są informacje, które zostały wprowadzone wcześniej w danych medycznych pacjenta na formatce Czynniki ryzyka. Informacje o uczuleniach można



dodać również z poziomu hospitalizacji np. w oknie Zlecenie leków, za pomocą przycisku

W sekcji Rozpoznanie wstępne ewidencjonuje się dane dotyczące rozpoznania głównego i współistniejącego,

określonego przez lekarza podczas przyjęcia. Dokonuje się tego za pomocą przycisku ا

Na zakładce *Postępowanie lekarskie / Uzasadnienie przyjęcia...* istnieje możliwość wprowadzenia rozbudowanego opisu postępowania lekarskiego, uzasadnienia przyjęcia i oceny stanu psychicznego pacjenta.

Przyjęcie	Kowalski Jan (M), , 52 lata Rozpoznania: Odział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna Przyj. 15-09-2021 13:49, sala 1	: M51.2 – Inne określone przemieszczenia krążków międzykrągowych 🔛 🗧
	Wywiad / Badanie przedmiotowe / Rozpoznanie wstępne Zgłaszane dolegliwości / Uzasadn	ienie przyjęcia / Ocena stanu psychicznego
Monvied	Rozpoznanie wstępne	
pielęgniarski	* Kod Nazwa	Opis Główne 🔨
- 5	Most.z Inne okresione przemieszczenia krązków międzykręgowych	
Upoważnienia		-
1	Stopień zaawansowania choroby: Lekki Średni Ciężki	v
Zgoda na leczenie	Wywiad	Badanie przedmiotowe
70	1	
zakażenia		
BARTHEL	v	
Skala Barthel	Liczba szczepień przeciw WZW typu B: Przebyte WZW B Przebyte WZW C	
GSGW	Uczulenia / uzależnienia / czynniki ryzyka / choroby i urazy / wywiady	
Skala Glasgov	^ 🛒	
VES-1B		
$\sim$	Aktualnie przyjmowane leki (na podstawie wywiadu z pacjentem/opiekunem)	
Skala VES-13	Nazwa Dawkowanie	
20		Waga: Wzrost: BMI: Ciśnienie: Tętno:
Przyjęcie	▼ <b>−</b>	
ГСРЭ	Dieta	Temp.: Glikemia: Saturacja: Skala NYHA: Skala Rankina:
Procedury		
<b>V</b>	Wyniki badań, Dane podstawowe	Autoryzuj 🐼 Potwierdź 🧔 Odmów przyjęcia

Aby móc potwierdzić przyjęcie pacjenta na oddział wymagane jest wprowadzenie następujących danych:

- Rozpoznanie główne
- Waga pacjenta
- Numer sali (wprowadzany po wybraniu przycisku **Dane podstawowe**)

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

przyjęcie, wyświetlony zostanie stosowny komunikat, np.:

mMedica ×	mMedica ×
Brak wagi pacjenta.	Brak rozpoznania wstępnego wg skutku.
ОК	ОК

Od wersji aplikacji 8.3.0 w hospitalizacji realizowanej kobiecie w dolnej części zakładki **Wywiad / Badanie przedmiotowe / Rozpoznanie wstępne** wyświetlane jest dodatkowe pole "Ciąża". Umożliwia ono wprowadzenie informacji o ciąży poprzez wybór odpowiedniej wartości z dostępnej listy rozwijalnej (patrz zdjęcie poniżej).

	Brak
Dishe ( sinde	Niepotwierdzona
	Potwierdzona
Dieta: Ciąża	-

#### 4.9.1 Przyjęcie pacjenta na oddział

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych, w celu przyjęcia pacjenta na oddział należy wybrać

przycisk przyjęcie, znajdujący się w prawym dolnym rogu formatki. Potwierdzenie przyjęcia pacjenta spowoduje:

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

Ponadto zostanie otwarte kolejne okno - <u>Hospitalizacja</u>, umożliwiając dalsze ewidencjonowanie danych. Hospitalizacja otrzyma status "W hospitalizacji".

#### 4.9.2 Odmowa przyjęcia na oddział

W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta na oddział należy wybrać przycisk przycisk przyjęcia, znajdujący się w prawym dolnym rogu okna. Hospitalizacja otrzyma status "Do wypisu", a program automatycznie otworzy

okno Wypis, umożliwiając jej zakończenie.

W dodatku odmowa przyjęcia pacjenta spowoduje:

- 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.

#### 4.10 Procedury ICD-9

Okno *Procedury ICD-9* służy do ewidencji procedur medycznych wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-9, wykonanych w procesie przyjęcia pacjenta na oddział.

Dodawanie procedur medycznych może odbywać się poprzez wybór ze słownika procedur medycznych lub przez ręczne wprowadzenie kodu w polu w kolumnie "Kod", jeżeli użytkownik zna kody procedur. Słownik

zawierający procedury ICD-9 otwierany jest poprzez wybranie przycisku 🔭, znajdującego się po prawej stronie okna.

Rozdział

# Hospitalizacja

#### 5.1 Przebieg leczenia pacjenta

Okno *Przebieg leczenia* otwierane jest automatycznie po potwierdzeniu przyjęcia pacjenta na oddział. Okno zostało podzielone na 4 zakładki:

- <u>Rozpoznania / Wywiady / Badania przedmiotowe</u>
- Zdarzenia niepożądane

#### 5.1.1 Rozpoznania, wywiady, badania

Na pierwszej zakładce ewidencjonuje się rozpoznania pacjenta, które są automatycznie przenoszone do rozliczenia hospitalizacji (widoczne po wybraniu przycisku **Rozliczenie** w górnym panelu okna). Rozpoznania dodaje się za pomocą przycisków:

- dodaje rozpoznanie wg skutku ze słownika klasyfikacji chorób ICD-10. Rozpoznanie wg skutku podpowiadane jest automatycznie na podstawie rozpoznania głównego określonego podczas <u>przyjęcia</u>.

- dodaje rozpoznanie współistniejące ze słownika klasyfikacji chorób ICD-10. Rozpoznanie współistniejące podpowiadane jest automatycznie na podstawie rozpoznania współ. określonego podczas <u>przyjęcia</u>

lub klikając w pole w kolumnie "Kod" i wybierając przycisk 🛄.

#### Hospitalizacja

Funkcje dodatko	we - 🚑 - 🗊 -			🖂 🚑 秦 🙆 · 🔲 🞦 🕻	ሪ
8200	👔 🔕 🕒 🍓 🏶 Dane pacjenta 🛛 Dokume	nty ubezpieczenia Status eWU	Ś Odśwież dane Rozliczenie		_
Przyjęcie Hosp	Kowalski Jan (M Oddział urazowo - ortop Przyj. 08-08-2022 14:26	Rozpoznania: <b>M51.2 – In</b> i	ne określone przemieszczenia	krążków międzykręgowych	] -
	Rozpoznania / Wywiady / Badania przedmiotow	e Zdarzenia niepożądane			_
	* Rodzaj	Kod	Nazwa	Opis ^	51
Przebieg leczenia	▶ Wg skutku	M51.2 Inne ok	eślone przemieszczenia k		t.
	Wg przyczyny zewnętrznej V-Y			<b>_</b>	
	Dodatkowe Choroba rzadka wo klasyfikacji Orphanet				
Przepustki					L
1				<b>`</b>	21
Zgoda na	Wywiady		Badania przedmiotowe	C	
leczenie	Bieżący wywiad		Bieżące badanie		-
- <b>Se</b>	Data: 08-08-2022 14:28  Realizujący	Nowak Anna	Data: 08-08-2022 14	1:28 🔽 Realizujący: Nowak Anna 💌	
Ocena ryzyka NRS	Procedura: 94.131 Wywiad przed przyjęcie	em na leczenie	Procedura: 89.79 Ba	danie fizykalne - inne	
2		13		3	2
Kwalif. do lecz.			Ξ.		511
zywieniowego				×	
S					
Leczenie żywieniowe		<b>~</b>		<b>~</b>	
	Wszystkie wywiady		- Wszystkie badania		-
<u> </u>	★ Data Kod procedury Wpisuj	ący/modyfikujący 🔨	* Data Ko	od procedury 🛛 Wpisujący/modyfikujący 🔺 👘	2
Terapia	• 08-08-2022 14:28 94.131 Nowak	Anna	08-08-2022 14:28 89	Nowak Anna	
Profilaktyka		<b>v</b>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	2
<b>V</b>	EDM Wyniki badań, konsult, skier.			Autoryzuj	ij

Poniżej rozpoznań 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 <u>instrukcji obsługi</u> programu, w rozdziale "Powiązania dla procedur ICD-9".

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

Zapisane dane wyświetlane będą 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** 

.Modyfikowany tekst zostanie wyświetlony w oknie powyżej, gdzie należy dokonać

odpowiednich poprawek i ponownie zapisać go przyciskiem 🥙.

Uwaga! Uprawnienia do modyfikacji zapisanego już wywiadu/badania przedmiotowego ma tylko użytkownik, który go wprowadził. Wpisy wprowadzone przez innych użytkowników programu są zablokowane do edycji.

#### 5.1.2 Zdarzenia niepożądane

Zakładka *Zdarzenia niepożądane* służy do ewidencji zdarzeń niepożądanych w trakcie przebiegu hospitalizacji, np. błędne podanie leków, reakcja uczuleniowa na lek, sepsa po zabiegu operacyjnym. Rozpoczęcie edycji danych na zakładce spowoduje uzupełnienie pola "Data" bieżącą datą i godziną.

Ze względu na możliwość wystąpienia kilku zdarzeń podczas trwania hospitalizacji, każde odnotowane

zdarzenie należy zatwierdzić za pomocą przycisku **Zapisz zmiany** *Societary*. Zapisane dane będą wyświetlane w oknie po prawej stronie ekranu, tj. *Wszystkie zdarzenia*, gdzie można je przeglądać i modyfikować.

	Rozpoznania / Wywiady / Badania przedmiotowe Zdarzenia niepożądane
<u> </u>	Bieżące zdarzenie Wszystkie zdarzenia
	Data: Data Wpisujący/mod A
Przebieg leczenia	Zdarzenie niepożądane
-	🔄 Błędne podanie leków 🔄 Krwawienie z rany pooperacyjnej 🔄 Reakcja uczuleniowa na lek 🛛 🗶 🔤
	Niewłaściwy pacjent Nieterminowe dostarczenie opieki Wypadnięcie pacjenta z łóżka
ŻChZZ	Upadek pacjenta w szpitalu Rozejście szwów pooperacyjnych Ciało obce pozostawione w polu operacyjnym
	Miepożądane uszkodzenie ciała powstałe w przebiegu zabiegu operacyjnego 🔄 Reoperacja
Zlecenie leków	Samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala 🔄 Inne
	Gężkie zdarzenie niepożądane ————————————————————————————————————
₩ <u>₩</u>	Zgon pacjenta Sepsa po zabiegu operacyjnym Zagrożenie życia pacjenta niespowodowane chorobą zasadniczą
Podanie leków	Wstrząs Przetoczenie obcogrupowej krwi Samobójstwo pacjenta podczas pobytu w szpitalu
	Embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym
	Konieczność hospitalizacji w innym szpitalu/przekazanie do innego szpitala
przetoczenia krwi	Inne
VES-13	Opis zdarzenia —
Skala VES 12	
Skale VL3-13	342 ·

#### 5.2 Przepustki

W wersji 6.8.0 aplikacji mMedica w przebiegu hospitalizacji długoterminowej dodano możliwość ewidencji przepustek.

	Przepustki	Pobyty po	za oddziałen	1							
	Numer: Data od: 02-11-2021 10:34 V Data do: 04-11-2021 10:34 V										
Przebieg leczenia	Leki do stosowania w okresie przepustki										
	\star Data zlecenia Nazwa leku Ilość Droga podania Uwagi/zalecenia 🔨 🔒										
Przepustki											
1	<									<b>`</b>	
Zgoda na leczenie	Uwagi dla pag	rienta lub oni	iekunów —							-	_
2		Jene in op									
<b>79</b>											
NRS										~	f
	Załącznik —										5
Kwalif. do lecz.					(brak)					🤊 📊	
żywieniowego	Wannahlda am									-	
6	wszystkie prz	Zepustki		Data da	Datawai	(m	1	10/minute automatic	- Ale size as		
Leczenie	1 Numer	25-10-202	1 10:33	27-10-2021 10	34 08-11-20	21 10:55	Nowak Anna	wpisujący/mou	упкијąсу		12
żywieniowe	2	02-11-2021	10:34	04-11-2021 10:34	4 08-11-202	1 10:55	Nowak Anna				
. 🧶											
Terapia											
Profilaktyka										~	
$\nabla$	Wyniki b konsult.	oadań,	Drukuj kart	e						- <b>1</b>	Autoryzuj

W celu wprowadzenia przepustki należy w sekcji <u>Bieżąca przepustka</u> wskazać jej daty (numer przepustki powinien się nadać automatycznie).

W wersji 7.3.0 aplikacji mMedica została dodana sekcja Leki do stosowania w okresie przepustki. Po
wybraniu przycisku **T**, zamieszczonego po prawej stronie sekcji, wyświetli się okno *Zlecone leki* z listą leków zleconych podczas hospitalizacji. Należy wybrać w nim te, które mają być stosowane podczas przepustki. Każdy wybrany lek wyświetli się jako kolejna pozycja tabeli. Aby usunąć daną pozycję, należy ją

zaznaczyć i nacisnąć 💻

Dodatkowo umożliwiono wprowadzenie uwag dla pacjenta lub opiekunów, a także dodanie załącznika. Aby zatwierdzić wprowadzone dane, należy wybrać przycisk M.

Wprowadzone przepustki pacjenta będą widoczne w sekcji <u>Wszystkie przepustki</u>. Usunięcia przepustki

dokonuje się poprzez zaznaczenie odpowiedniej pozycji na liście i wybór przycisku

Aby zmienić dane przepustki, należy podświetlić ją na liście, a następnie nacisnąć . Czynność ta spowoduje wyświetlenie jej danych w sekcji <u>Bieżąca przepustka</u>. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem .

Od wersji 7.3.0 programu istnieje możliwość wydruku karty pobytu na przepustce. W tym celu należy podświetlić odpowiednią pozycję w sekcji <u>Wszystkie przepustki</u>, a następnie wybrać przycisk **Drukuj kartę pobytu**.

W wersji 7.3.0 programu w omawianym oknie dodano zakładkę Pobyty poza oddziałem.

	Przepus	tki Pobyty poz	a oddziałem				
	Bieżący p	obyt					
	Data od:	18-10-2021 00:0	0 🔻 Data do:	<b>•</b>			
Przebieg leczenia	Oddział:			Personel kieruja	ący:	-	
	Uwagi:					^ <b>131</b>	×
Przepustki						¥	
<u></u>	Wszystki	e pobyty					
1	*	Data od	Data do	Oddział	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący	<u> </u>
Zgoda na	04-10	-2021 00:00	08-10-2021 00:00	Oddział kardiologiczny	08-11-2021 10:55	Nowak Anna	
leczenie							
7 <b>9</b>							
Ocena ryzyka NRS							

Służy ona do ewidencji danych dotyczących skierowania pacjenta z Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego do szpitala z powodu pogorszenia jego stanu zdrowia.

Sposób ewidencji danych na powyższej zakładce jest taki sam, jak w przypadku zakładki Przepustki.

# 5.3 Zgoda na leczenie

W wersji 6.4.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej wprowadzono możliwość ewidencji zgód na leczenie. Służy do tego zakładka *Zgoda na leczenie* dostępna zarówno na etapie przyjęcia pacjenta (panel **Przyjęcie**), jak i w przebiegu hospitalizacji (panel **Hospitalizacja**). Dokładny opis tej zakładki znajduje się w rozdziale <u>Przyjęcie > Zgoda na leczenie</u>.

# 5.4 Ocena ryzyka NRS

W wersji 6.6.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej dodano możliwość wprowadzenia oceny ryzyka związanego ze stanem odżywienia (NRS).

	Bieżąca ocena		W	szystkie	oceny —				
4	Data: 23-09-2020 13:31 🔻 Waga: Wzrost: BMI:		*		Data		Wpisujący/modyfikując	Wynik 🔺	1
	Pogorszenie stanu odżywienia			23-09	2020 13:	26	lowak Anna		E.A.
Przebieg leczenia	Brak – prawidłowy stan odżywienia	<b>X</b>	н						
×4	Lekkie – utrata masy ciała > 5% w ciągu 3 miesięcy lub spożycie pokarmu 50–75% potrzeb w ostatnim tygodniu		1						
Zgoda na	Średnie – utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5–20,5 oraz zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 25–50% potrzeb w ostatnim tygodniu								
	Ciężkie – utrata masy ciała > 5% w ciągu 1 miesiąca lub BMI < 18,5 oraz zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 0–25% potrzeb w ostatnim tygodniu								
Ocena ryzyka	Nasilenie: TAK INIE								
NRS	Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	-							
6	Brak – zwykłe zapotrzebowanie								
Kwalif. do lecz. żywieniowego	Lekkie – np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) – marskość wątroby, POChP, radioterapia								
9	Średnie – rozległe operacje brzuszne, udar mózgu, chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe, pooperacyjna niewydolność nerek, chemioterapia								
Leczenie	Ciężkie – uraz głowy, przeszczep szpiku, chory w oddziale intensywnej terapii								
zywieniowe	Nasilenie: TAK INIE								
2	Wynik								
Terapia	Liczba punktów: 0								
<b>B</b>	Wskazane leczenie żywieniowe Rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień								
Profilaktyka ŻChZZ	Data ponownej oceny: 30-09-2020 💌								
$\nabla$	Wyniki badań 🔂 🔂 Drukuj ocenę							- 💋 Au	itoryzuj

Aby wprowadzić ocenę, należy w sekcji <u>Bieżąca ocena</u> wskazać jej datę, a następnie uzupełnić pozostałe dane i wybrać przycisk .

Wprowadzone oceny pacjenta będą widoczne w tabeli w sekcji Wszystkie oceny. Usunięcia oceny dokonuje

się poprzez zaznaczenie odpowiedniej pozycji na liście i wybór przycisku 💻

Aby podejrzeć lub zmienić dane wybranej oceny, należy podświetlić ją na liście, a następnie nacisnąć 🛄

Czynność ta spowoduje wyświetlenie jej danych w sekcji <u>Bieżąca ocena</u>. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem **Solution**.

W celu wydruku oceny należy wybrać przycisk Drukuj ocenę.

# 5.5 Kwalifikacja do leczenia żywieniowego

Od wersji 6.6.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej użytkownik ma możliwość uzupełnienia karty kwalifikacji do leczenia żywieniowego. Służy do tego zakładka *Kwalif. do lecz. żywieniowego.* 

	Dane podstawowe
	Data kwalifikacji: 23-09-2020 00:00 🔽
	Przesiewowa ocena stanu odżywienia
Przebieg leczenia	Waga:     Wzrost:     BMI:     Wynik ostatniej oceny NR5:
×6	Szczegółowa ocena stanu odżywienia
Zgoda na	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy: 📃 Powyżej 10% masy ciała wyjściowej 📗 Poniżej 10% masy ciała wyjściowej
leczenie	Białko całkowite: Poniżej normy Norma
1 <b>3</b> 6	Albumina: Poniżej normy Norma
Ocena ryzyka NRS	Cholesterol całkowity: Poniżej normy Norma
	Sposób odżywiania
6	Możliwe skuteczne odżywianie doustne 🛛 Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego 📄 Niemożliwe skuteczne odżywiani
Kwalif. do lecz.	
żywieniowego	Wskazania do leczenia zywieniowego dojelitowego —
	Dysfagia Niedrożność górnej części przewodu pokarmowego Śpiączka niemetaboliczna Inne:
-	Dostęp dojelitowy:
Leczenie żywieniowe	Zgłębnik nosowo-żołądkowy 🚺 Zgłębnik nosowo-dwunastniczy 🚺 Zgłębnik nosowo-jelitowy
	Gastrostomia Jejunostomia
<u>Z</u>	
Terapia	wskazania do reczenia zywieniowego pozajenitowego
-	Wyniszczenie (BMI < 17) Niedożywienie (BMI 17−19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. powyżej 5 dni BMI ≥ 19 bez możliw
	Niedożywienie
Profilaktyka	Okres okołooperacyjny u dorosłych
ZChZZ	

# 5.6 Leczenie żywieniowe

W wersji 6.6.0 aplikacji mMedica dodano możliwość ewidencji karty leczenia żywieniowego.

	Bieżące leczenie żywieniowe —		w	szystkie leczenia żywie	niowe	F	_			
42-2	Data podania: 24-09-2020 08:5	2 🔻 Rodzaj:		-		/	Data	Wpisujący/modyfikujący	$\uparrow$	1000-1
	Dieta:	Obję	tość:	<b>•</b>			24-09-2020 08:51	Nowak Anna		t
Przebieg leczenia	Droga podania pozajelitowego:	Żyła centralna 📃 Ż		<				-		
Zgoda na Ieczenie	Dostęp do przewodu pokarmow Sposób podawania: Skład/dodatki	ego: Zgłębnik Gastro								
30	* Rodzaj	Nazwa	Dawka		<b>.</b>					
Ocena ryzyka	▶									
Kwalif. do lecz. żywieniowego				~	-					
	Badania kontrolne									
2	* Data	Nazwa	Wynik V	Vpisujący 🔨						
Terapia					-					
Profilaktyka ŻChZZ					-					

Aby wprowadzić dane leczenia żywieniowego pacjenta, należy po wskazaniu daty podania uzupełnić pozostałe informacje dotyczące leczenia i wybrać przycisk M.

Wprowadzone leczenia żywieniowe pacjenta będą widoczne w sekcji Wszystkie leczenia żywieniowe.

Usunięcia danej pozycji dokonuje się poprzez zaznaczenie jej na liście i wybór przycisku 💻



Aby podejrzeć lub zmienić dane leczenia, należy podświetlić je na liście, a następnie nacisnąć Czynność ta spowoduje wyświetlenie jego danych w polach ewidencji. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem .

Przy wypełnianiu karty leczenia żywieniowego użytkownik ma możliwość skorzystania ze słownika diet przemysłowych. W tym celu w polu "Dieta" należy wybrać przycisk —, a następnie w oknie *Diety przemysłowe* wybrać odpowiednią, wcześniej dodaną do słownika pozycję. Świadczeniodawca poszczególne

diety dodaje do słownika samodzielnie za pomocą przycisku 💼, zlokalizowanego w dolnej części jego okna (patrz zdjęcie poniżej).

Diety przemysłowe	$\times$
Kod lub nazwa: Rodzaj:	
Tylko aktualne	
*         Dieta przemysłowa         >	
Kod: Nazwa: Czy aktualn	а
Rodzaj: Przemysłowa z dodatkami 🔹 Objętość: 🔍 🗐	
Droga podania pozajelitowego: 📃 Żyła centralna 📃 Żyła obwodowa	
Dostęp do przewodu pokarmowego: 🔛 Zgłębnik 🔛 Gastrostomia 🔛 Jejunostomia	
Sposób podawania: Bolus Wlew ciągły Szybkość:	
Skład/dodatki	-
★ Rodzaj Nazwa Dawka ^	
Zatwierdź Wyjście	
	~
🔹 💓 Wybierz (F5)	cie

Dla wybranego rodzaju diety uwzględniającego dodatki, w oknie definicji diety uaktywni się sekcja <u>Skład/</u> <u>dodatki</u>. Dodatki diety wprowadza się, naciskając i wybierając odpowiednie pozycje ze słownika

dodatków do diety przemysłowej.

F	Dodatki do diety	y przemysłowej - wielowybór	×
Ko	od lub nazwa:	🔕 🧭	
*	Kod	Nazwa	~
►	F	Fosforany	
	I	Insulina jedn.	
	М	Magnez	
	L	Pierwiastki śladowe	
	Р	Potas	
	S	Sód	
	A	Wapń	
	В	Witamina B1	
	w	Witaminy	
			~
ſ			
		Wybierz (F5) Wyjście	

Do powyższego słownika użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia w programie, może również wprowadzać zdefiniowane przez siebie pozycje.

Dodatki można uzupełnić także w głównym oknie ewidencji leczenia w sekcji Skład/dodatki.

Dla danego leczenia żywieniowego jest możliwość wprowadzenia badań kontrolnych (sekcja **<u>Badania</u>** <u>kontrolne</u>). Przy uzupełnianiu tej sekcji użytkownik wykorzystuje słownik badań laboratoryjnych,

wywoływany przyciskiem 💼.

# 5.7 Terapia

Zakładka Terapia umożliwia wprowadzanie informacji o sesjach terapeutycznych.

Przviecie Ho	ospitalizada	Wipis	Kowalski	i <b>Jan</b> (M),	pr w keiedze	52 lata Roz	poznania: M	112.5 – Art	ropatia pourazowa		Í	-
	Bieżaca sesi	ia/terapia	Przyj. 20-04-	2021 09:18, Sala 1,	nr w księdze	1/2021						_
	Podzaj											
	Kouzuj.					7						
	Data od:	10-01-20	022 17:45 🔻	Data do: 10-01-2	022 18:15	Czas trwania:	30 (1	min)				
Przebieg leczenia	Procedura:	94.44	Terapia gru	upowa - inne		Krotność:	1					
	Realizujący:	Nowak A	Inna				•					
Przepustki											^	Tay
1												24
Zgoda na												
-												•
- <b>19</b>												*
Ocena ryzyka NRS											~ [	
	Wszystkie s	esje/terap	pie									
<u></u>	Rodzaj:					Procedura:						
żywieniowego	Data od:		•	Data do:	•	Personel:				-		
6	* Data	a od	Data do	Kod procedury	Nazwa	a procedury	Ro	dzaj	Wpisujący/modyfikują	icy	^	1000
Leczenie	10-01-2	022 1	10-01-2022	1 94.44	Terapia gru	ipowa - inne	Terapia (	psycholo	Nowak Anna			EA
żywieniowe												
Terapia												
Profilaktyka												

Wprowadzenia danych sesji dokonuje się w sekcji <u>Bieżąca sesja/terapia</u>, znajdującej się w górnej części okna.

Czas trwania sesji wyliczany jest się na podstawie wprowadzonej daty i godziny rozpoczęcia oraz zakończenia. Uzupełnienie w pierwszej kolejności pola "Czas trwania" spowoduje wyznaczenie odpowiedniej daty i godziny rozpoczęcia w odniesieniu do czasu bieżącego lub wartości w polu "Data do", jeżeli zostało ono wcześniej uzupełnione.

W polu "Rodzaj" można uzupełnić rodzaj wprowadzanej sesji/terapii poprzez wybór odpowiedniej pozycji ze słownika. W tym celu należy wybrać przycisk —, a następnie w oknie *Rodzaj sesji/terapii* zaznaczyć odpowiednią pozycję i nacisnąć **Wybierz (F5)**.

🚹 Rodzaj sesji/tera	pii		×
Kod lub nazwa:	ane <u>2</u> Ostatnio wybierane <u>3</u> Wszystkie	ylko aktualne	3
* Kod		Nazwa	<u>^</u>
FIZJO	Fizjoterapia		
NEURO	Terapia neurologopedyczna		
PSYCH	Terapia psychologiczna		
TYFLO	Terapia tyflopedagogiczna		
			*
	1	Wybierz (F5)	Wyjście 🔀

Użytkownik, posiadający uprawnienie do powyższego słownika, może poszerzać go o kolejne pozycje,

dodając je za pomocą przycisku 🔳 . Edycji pozycji słownika, pod warunkiem, że nie jest ona pozycją

predefiniowaną w programie, dokonuje się po jej zaznaczeniu i wybraniu przycisku Lizze. Dla pozycji predefiniowanych przycisk ten będzie nieaktywny.

Jeżeli zalogowany użytkownik jest powiązany z osobą personelu, jej dane podpowiedzą się w polu "Realizujący". W przeciwnym wypadku należy w nim wybrać odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej.

Poniżej pola "Realizujący" znajduje się pole umożliwiające wprowadzenie opisu sesji/terapii. Po prawej jego

stronie dostępny jest przycisk *instrukcji obsługi*, pozwalający na skorzystanie z funkcjonalności szablonów tekstów standardowych. Funkcjonalność ta opisana jest szczegółowo w <u>instrukcji obsługi</u> programu mMedica w rozdziale: "Teksty standardowe w polach opisowych".

Po uzupełnieniu danych i wybraniu przycisku **Zapisz zmiany** sesja zostanie dodana i pojawi się w postaci rekordu w sekcji <u>Wszystkie sesje/terapie</u> znajdującej się poniżej, a pola służące do ewidencji danych zostaną wyczyszczone dla potrzeb wprowadzenia kolejnej sesji. Aby dokonać usunięcia danych sesji na

etapie jej wprowadzania, należy skorzystać z przycisku 🔀.

#### Hospitalizacja

W sekcji <u>Wszystkie sesje/terapie</u> widoczne są rekordy odpowiadające wprowadzonym sesjom/terapiom. Powyżej dostępne są pola umożliwiające filtrowanie pozycji według wybranych kryteriów.

W celu modyfikacji danych sesji lub ich podglądu należy zaznaczyć odpowiedni rekord i wybrać przycisk

. Po tej czynności dane wskazanej sesji pojawią się w górnej części okna w sekcji <u>Bieżąca sesja/</u> terapia. Ich ewentualna edycja i zatwierdzenie zmian przebiega zgodnie z wcześniejszym opisem.

Usunięcia zaznaczonej sesji dokonuje się za pomocą przycisku 💻

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica dodano możliwość utworzenia nowej pozycji sesji/terapii na podstawie

danych innej pozycji. Do tego celu w sekcji <u>Wszystkie sesje/terapie</u> został udostępniony przycisk Powoduje on skopiowanie danych podświetlonej na liście pozycji do pól w sekcji <u>Bieżąca sesja/terapia</u>. Kopiowane są wszystkie dane oprócz dat. Te wyznaczą się na podstawie daty bieżącej i wartości w polu "Czas trwania". Podpowiedziane dane można modyfikować. Po ich zatwierdzeniu utworzy się nowa pozycja terapii/sesji.

# 5.8 Profilaktyka ŻChZZ

Okno Profilaktyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej dedykowana jest oddziałom zabiegowym.

Czynniki ryzyka wybiera się poprzez zaznaczenie odpowiedniej opcji. Na podstawie zaznaczonych danych w tabeli, aplikacja podsumuje liczbę punktów i na jej podstawie wyznaczy grupę ryzyka w sekcji *Klasyfikacja ryzyka powikłań*, np.: 0-1 punkt - Bardzo małe ryzyko. Na podstawie ryzyka powikłań podpowiadana jest odpowiednia rekomendacja np. łączenie profilaktyki farmakologicznej i kompresjoterapii-bandażowania. Użytkownik może w każdej chwili dokonać modyfikacji tych danych ręcznie.



# 5.9 Zlecenie leków

Zlecenia leków do podania pacjentowi dokonuje się w oknie 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.

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.

Przyjęcie Ho	spitalizaçja Wypis	<b>Kowalski Jan</b> Oddział urazowo - Przyj. 16-05-2019 1	ortopedyczny, I 15:30, sala 1, n	, 51 Nowak Anna nr w księdze 4/	L lat Rozpozna Uczulenia 2019	nia: M51.2 – Inne ol : leki; jad owada	reślone przemiesz	czenia krążka międz
	٢	2	PHARM INDEX*		L 🎄	0		
	Zlecenie	Leki preferowane	Baza leków	Baza lekóv	w Leki receptu	irowe Historia lekóv	V	
Przebieg leczenia	Dieta:							
🗾 Terapia	Uczulenia: leki; ja	d owada						Ĵ 🛃
- Ba	Zlecone leki							
Profilaktyka ŻChZZ	* Atarax tabl. p	Nazwa owl. 10 mg		Ilość	Droga podania	Uwagi/zalecenia	Od dnia 16-05-2019 1	Do dnia ^ 6-05-2019
Zlecenie leków								-
Podanie leków								
Przetoczenie krwi								
Zgłoszenie zakażenia	<							× >
$\nabla$	Wyniki badar konsult, skie	n. Drukuj zlecenie						Edytuj

Aby dodać lek na zlecenie należy wybrać jedną z zakładek, np. Baza leków Pharmindex, następnie dwuklikiem 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.

#### Hospitalizacja

Funkcje dodatk	cowe 🔹 🍶 🔹 📰 🔹	Lek na zleceniu	×		s 🛛 -
1	G & 😪 🌒	Nazwa:	Atarax tabl. powl. 10 mg	enie	
1	J J 6	Opakowanie:	25 szt.		
Przyjęcie Hos	pitalizaga Wypis	Ilość leku:			
		Objętość:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	Zlecenie Leki p	Stężenie:		a leków	
Terapia	Szukaj: atarax	Rozpuszczalnik:		ęgniarka	Dane ogólne ——
M.	ATC Wsk	Droga podania:	<b>•</b>		Dieta:
Profilaktyka ŻChZZ	Nazwa	Uwagi/zalecenia:	<b>•</b>	•	Uczulenia:
Zlecenie leków	Atarax® tabl. powl. (	Okres podania —		<u>rma</u>	Zlecone leki
. ^	Atarax® tabl. powl. (	Od dnia:	15-06-2022 • Od godziny: 15:33	<u>rma</u>	•
	Atarax® syron (2 mg	Do dnia:	Do godziny: Cały pobyt	ma	
Podanie leków	Actinities Shop (2 mg	Czas podania — Godziny			
1			01:00         07:00         13:00         19:00		
Przetoczenie krwi			$\begin{array}{c c c c c c c c c c c c c c c c c c c $		
			04:00         10:00         ✓16:00         22:00           05:00         11:00         17:00         23:00		
Zgłoszenie zakażenia		Liczba podań			
	<	Doraźnie	Maksymalna liczba podań na dobę: 🔹 🔻	>	
Skale ocen	Zgłoś	Niestandardowy:	 	DEX®	
Ŵ	EDM Wyni kons		Zatwierdź Wyjście		< >

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. 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 olikwkowym 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 Autoryzuj. Po ponownym przejściu do zakładki Zlecenia, 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 przeglądu historii zleconych leków. Służy do tego zakładka *Historia leków*.

	Ż	2	PHARM INDEX*		4	4	4		
	Zlecenie Leki	Leki preferowane	Baza leków	Baza lei	(ÓW	Leki receptu	rowe Histo	ria leków	
Przebieg leczenia	*	Lek	Data	a zlecenia		Zlecający		Data wycofania	Wycofuja
	Atarax tabl. po	owl. 10 mg	16-05-2	019 15:33	Nowak	( Anna			
<u>Z</u>									
Terapia									
- Ba									
Profilaktyka									
ZChZZ									
<b>1</b>									
Zlecenie leków	Historia leku ——								
, <b>.</b> )	* Czynność	Data	Personel	Ilość Dro	ga p U	wagi/zalec	Od dnia	Do dnia	Czas podania
• <u>•</u> • <u>•</u> •	▶ Modyfikacja	16-05-2019 15:33	Nowak A			:	16-05-2019	16-05-2019	godz. 20:00
Podanie leków	Zlecenie	16-05-2019 15:33	Nowak Anna				16-05-2019	16-05-2019	godz. 19:00
Przetoczenie krwi									

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

### 5.10 Podanie leków

Na zakładce Podanie leków wyświetlane są leki z zakładki Zlecenie leków.

Okno podania leków podzielone jest na dwie sekcje. W sekcji *Aktualne zlecenie* 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.
  - Bordowym leki z niestandardowym czasem podal Oliwkowym – leki z nedena ileścia na debo
  - 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.

#### Hospitalizacja

	Aktualne zlecenie											
	Data: 29-06-2022	▼ << >>										
	* Nazwa leku	Ilość	Droga p.	Uwagi	Niestd. cz	Data z	econa		Podano lek Data	N	e podano leku Przyczyna	^
Przebieg leczenia	🕨 Atarax tabl. p	0				29-06-20	22 10:0	C 🗸 2	9-06-2022 1	10:10		
Terapia												
Profilaktyka ŻChZZ												*
	Historia podań —											
Zlecenie leków	Data podania od:	Data podania do:	Nazwa leku:						_		6	
	<b></b>	<b>•</b>										2
	★ Nazwa leku	Ilość	Droga Jwag M	liestd	Data z	econa	Podano	Da	ta podania	Przyc Wp	oisujący/mody	<u> </u>
Podanie leków	Atarax ta				29-06-202	22 10:00	<ul> <li>Image: A second s</li></ul>	29-06-	2022 10:10	No	wak Anna	
$\mathbf{Z}$												
Obserwacje												

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  $\mathbf{V}$  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.

# 5.11 Protokół przetoczenia krwi

Na formatce ewidencjonuje się obserwacje pacjenta w trakcie i po przetoczeniu mu krwi.

	Bieżący protokół ———					
4	Data rozpoczęcia:	2017-08-10 09:06 💌	Data zakończenia:	<b>•</b>		
	Grupa krwi pacjenta:	0 Rh-	Składnik krwi:			
Przebieg leczenia	Grupa przetoczonej krwi:	<b></b>	Nr donacji składnika krwi:	11111		×
<b>B</b>	Parametry przed przetoc	zeniem ———				
Profilaktyka	Godzina: Tei	mperatura:	Tętno: RR:	/		
ZChZZ	Parametry 15 minut po ro	ozpoczęciu przetoczenia				
2	Godzina: Tei	nperatura:	Tętno: RR:			
Zlecenie leków	Parametry po zakończeni	iu przetoczenia ———				
<b>₽</b> 2	Godzina: Ter	nperatura:	Tętno: RR:	1		
Podanie leków	Ocena przebiegu przetocz	zenia				
1						
Przetoczenie krwi					v .	
	Wszystkie protokoły —					
Zgłoszenie	* Data	Nowak Anna	Wpisujący/i	modyfikujący	<u> </u>	1-1
VES-13	2017 00 10 09.00	Nowak Allila				-
$\sim$						
Skala VES-13	Muniki badań					_
$\bigcirc$	konsult, skier.	Drukuj protokół			Autor	ryzuj

W celu zapisania wprowadzonych danych należy wybrać przycisk SZ zapisany protokół prezentowany jest w dolnej sekcji okna *Wszystkie protokoły*. Aby dokonać modyfikacji protokołu należy podświetlić na liście

wybrany rekord i wybrać przycisk . Modyfikowane dane zostaną wyświetlone powyżej, gdzie należy dokonać odpowiednich poprawek i ponownie je zapisać.

Po wprowadzeniu danych można dokonać wydruku protokołu przebiegu przetoczenia składników krwi, do

czego służy przycisk

### 5.12 Skale ocen

W wersji 6.1.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej została udostępniona zakładka *Skale ocen.* Na zakładce znajdują się następujące skale:

- skala Barthel,
- zmodyfikowana skala Barthel,
- skala Glasgow,
- skala Ves-13,
- skala Norton.

# 5.12.1 Skala Barthel

Ścieżka: Skale ocen > Skala Barthel

W wersji 6.1.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej dodano funkcjonalność oceny samodzielności i sprawności ruchowej pacjenta według skali Barthel.

Przyjęcie Hos	pitalizaçja Wypi	Kowalski Jan (M), Oddział urazowo - ortopedy Przyj. 23-05-2019 07:46, sz	, czny, Nowak Anna la 1, nr w księdze	51 lat a 9/2019	Rozpoznania: I	M51.2 – Inne ol	kreślone przemie	SZCZ	enia krą	żka międzykręgowego		
	Skala Barthel	Zmodyfikowana skala Barthel	Skala Glasgow	Skala VES	-13							
	Bieżąca ocena –									Wszystkie oceny		
	0 – Nie poru	sza się lub do 50 m						^		* Data	Wpisujący/modyfi	^ (my
Przebieg leczenia	5 – Niezależ	ny na wózku; wliczając zakręty po	vyżej 50 m							23-05-2019 10:20	Nowak Anna	-A
_	10 – Spacer	y z pomocą słowną lub fizyczną jec	lnej osoby, powyż	ej 50 m					*	1 24-05-2019 15:23	Nowak Anna	
2	15 – Niezale	żny, ale może potrzebować pewne	j pomocy, np. lask	i powyżej 5	50 m							
Terapia	Wchodzenie i sc	chodzenie po schodach						_				
- AL	0 – Nie jest v	w <del>s</del> tanie										
Profilaktyka	5 – Potrzebi	uje pomocy słownej, fizycznej; prze	enoszenie									
ŻChZŻ	● 10 – Samod	zielny										
	Ubieranie się i r	ozbieranie						_				
Zlecenie leków	0 – Zależny											
	5 – Potrzebi	uje pomocy, ale może wykonać po	owę <mark>czynności b</mark> e	z pomocy								
62 C	🔵 10 – Niezale	ziny w zapinaniu guzików, zamka, s	znurowadeł itp.									
Podanie leków	Kontrolowanie s	stolca/zwieracza odbytu						_				
	0 – Nie panu	ije nad oddawaniem stolca lub poti	zebuje lewatyw									
	5 – Czasami	i popuszcza (zdarzenia przypadkow	/e)									
Przetoczenie krwi	🔵 10 – Panuje	, utrzymuje stolec										
	Kontrolowanie n	noczu/zwieracza pęcherza moczov	vego					_				
Zgłoszenie	📃 0 – Nie panu	ije nad oddawaniem moczu lub cev	nikowany i przez	to niesamo	dzielny							
zakażenia	5 – Czasami	i popuszcza (zdarzenia przypadkow	/e)									
	🔵 10 – Panuje	, utrzymuje mocz										
Skale ocen	Wynik oceny —							_				
	Liczba punktów:	: 95 Pacjent wymaga dal	szego pobytu w za	akładzie opi	iekuńczym:	TAK 💽 NIE						
	Uwagi											
Obserwacje	- ···· <b>y</b> .							~				
70								. •				~
	Wyniki bad konsult, sk	lań, 📑 Drukuj skalę									1	Autoryzuj

W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji <u>Wynik oceny</u> zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów. Na podstawie otrzymanego wyniku osoba personelu określa poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola, czy pacjent wymaga dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym.

Aby zatwierdzić dane wprowadzonej oceny, należy wybrać przycisk 🗹. Do wyczyszczenia zaznaczonych pól

służy przycisk 👅

Po zatwierdzeniu oceny zostanie ona dodana jako odrębny rekord w sekcji <u>Wszystkie oceny</u>, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali Barthel. W celu wyświetlenia dan<u>ych oc</u>eny oraz ich ewentualnej zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a następnie

wybrać przycisk . Wtedy dane oceny wyświetlą się po lewej stronie okna, w sekcji <u>Bieżąca ocena</u>, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji <u>Wszystkie oceny</u> i wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

Do usunięcia zaznaczonej oceny służy przycisk 🛄.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w sekcji <u>Wszystkie oceny</u> dodano kolumnę "Wynik", w której prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

# 5.12.2 Zmodyfikowana skala Barthel

Ścieżka: Skale ocen > Zmodyfikowana skala Barthel

W wersji 6.8.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej dodano możliwość wprowadzania ocen według zmodyfikowanej skali Barthel (Barthel ADL). Funkcjonalność wprowadzono dla potrzeb ewidencji danych pobytów pacjentów na oddziałach rehabilitacyjnych.



Sposób ewidencji danych ocen wg powyższej skali jest taki sam, jak dla <u>skali Barthel</u>. W celu wydruku wskazanej oceny należy wybrać przycisk **Drukuj skalę**.

# 5.12.3 Skala Glasgow

Ścieżka: Skale ocen > Skala Glasgow

W wersji 6.1.0 aplikacji mMedica dodano możliwość oceny stanu świadomości pacjenta według skali Glasgow, w przebiegu hospitalizacji długoterminowej.

Skala Gathel     Skala Gasgow     Skala VES-13       Bieżąca ocena     Wszystkie ocena       Data:     24-05-2019 15:45 •       Przebieg lezeni     Rakcja otwierania oczu       Spontaniczna     Spontaniczna	Mpisujący/mody ^ 15 Nowak Anna 15 Nowak Anna
Bieżąca ocena     Wszystkie oceny -       Data:     24-05-2019 15:45 •       Przebieg leczenia     Reakcja otwierania oczu       Spontaniczna     23-05-2019 10:4	Mpisujący/mody 15 Nowak Anna 15 Nowak Anna
Data:         24-05-2019 15:45         Data:           Przebieg leczenia         Spontaniczna         X         Data:           24-05-2019 15:45         X         X         Z	Wpisujący/mody           15         Nowak Anna           15:45         Nowak Anna
Przebieg leczenia Reakcja otwierania oczu 23-05-2019 10:- Spontaniczna Spontaniczna	IS Nowak Anna
Spontaniczna	o:45 Nowak Anna
👗 🛛 Na polecenia	
Terapia Na bodźce bółowe	
💫 🗌 Nie otwiera oczu	
Profilatyka Reakcja słowna (mowa) —	
ŻCh2Z O Logiczna (pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby)	
🙀 🚺 Odpowiedź splątana (pacjent zdezorientowany)	
Zlecenie leków Odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk	
Niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie	
Province in the second	
Podanie leków Reakcja ruchowa (motoryczna) —	
Spelmanie ruchowych poleceń słownych, migowych	
Ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bółowy	
Reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego	
Patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki,	
Zołoszenie Patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdżenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych,	
Androwskii a nawrocenie przedramion i zglęcie stawow ręk, przeprost w stawach konczyn doinych, odwrocenie stopy)	
Skale ocen Wynk oceny	
C Liczba punktow: 13 Ucena zaburzenia przytomności pacjenta wg GCs: ragoone zaburzenia przytomności	
Obervarie	
70	× 1
Wyniki badań, po Drukuj skalę	Autoryzuj

W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji <u>Wynik oceny</u> zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów.

Aby zatwierdzić dane wprowadzonej oceny, należy wybrać przycisk M. Do wyczyszczenia zaznaczonych pól służy przycisk X.

Po zatwierdzeniu oceny zostanie ona dodana jako odrębny rekord w sekcji <u>Wszystkie oceny</u>, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali Glasgow. W celu wyświetlenia danych oceny oraz ich ewentualnej zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a

następnie wybrać przycisk . Wtedy dane oceny wyświetlą się po lewej stronie okna, w sekcji <u>Bieżąca</u> <u>ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .</u>

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji <u>Wszystkie oceny</u> i wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

Usunięcia zaznaczonej oceny dokonuje się przyciskiem 🛄

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w sekcji <u>Wszystkie oceny</u> dodano kolumnę "Wynik", w której prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

# 5.12.4 Skala VES-13

Ścieżka: Skale ocen > Skala VES-13

Skala VES-13 służy do oceny pacjenta geriatrycznego. Do jej uzupełnienia służy zakładka Skala VES-13.

Przyjęcie Hos	Kowalski Jan (M),         , 51 lat         Rozpoznania:         M51.2 – Inne określone przemieszcze           oltalizada         Wypis         Przyj. 23-05-2019 07:46, sala 1, nr w księdze 9/2019         Przyj. 23-05-2019 07:46, sala 1, nr w księdze 9/2019	enia krą	ążka międzykręgowego	
	Skala Barthel Skala Glasgow Skala VES-13			
	Bieżąca ocena		- Wszystkie oceny	_
	Data: 24-05-2019 15:53 💌		★ Data Wpisujący/mody ∧	4
Przebieg leczenia			23-05-2019 10:01 Nowak Anna	F
	60-74 lat 75-84 lat 85 lat lub powyżej	*	1 24-05-2019 15:53 Nowak Anna	•
نسلم _	Samoocena stanu zdrowia			
	Wspaniałe lub dobre 🛛 Przeciętne lub złe			
<u> 24</u>	Znaczne trudności w samodzielnym wykonaniu czynności z powodu stanu zdrowia			
Profilaktyka	Zakupy (produkty toaletowe, leki)			
ŻChZZ	Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (śledzenie wydatków, opłacanie rachunków)			
	Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie, ścieranie kurzu)			
Zlecenie leków	Przejście przez pokój (przy pomocy kuli, laski, o ile używa)			
. 0	Kapiel (w wannie lub pod prysznicem)			
	Pochylanie, kucanie, klękanie			
Podanie leków	Podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg			
-	Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów			
	Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku			
Przetoczenie krwi	Przejście około 1,5 km			
4	Wykonanie ciężkiej pracy domowej (mycie podłóg, okien)			
Zgłoszenie	Wynik oceny	-		
	Liczba punktów: 7			
Skale ocen				
Obserwacje				
70			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	😼 Wyniki badań, 🔒 📥 Drukuj skalę		Autoryz	Jj.

W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji <u>Wynik oceny</u> zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów.

Aby zatwierdzić dane wprowadzonej oceny, należy wybrać przycisk M. Do wyczyszczenia zaznaczonych pól służy przycisk X.

Po zatwierdzeniu oceny zostanie ona dodana jako odrębny rekord w sekcji <u>Wszystkie oceny</u>, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali VES-13. W celu wyświetlenia danych oceny oraz ich ewentualnej zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a następnie

wybrać przycisk . Wtedy dane oceny wyświetlą się po lewej stronie okna, w sekcji <u>Bieżąca ocena</u>, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji <u>Wszystkie oceny</u> i wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

Do usunięcia zaznaczonej oceny służy przycisk 🛄.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w sekcji <u>Wszystkie oceny</u> dodano kolumnę "Wynik", w której prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

# 5.12.5 Skala Norton

Ścieżka: Skale ocen > Skala Norton

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica w przebiegu hospitalizacji długoterminowej dodano możliwość ewidencji oceny ryzyka wystąpienia odleżyn według skali Norton.

	Skala Barthel Zmodyfikowana skala Barthel Skala Glasgow Skala VES-13 Skala Norton	1				
<u> </u>	Bieżąca ocena	_	Wszystkie oceny ——			
Przetoczenie krwi	Data: 21-07-2021 14:01 💌		* Data	Wpisujący/modyfikuj Wyr	nik 🔺	1000
	Stan fizykalny —		21-07-2021 13:54	Nowak Anna	18	Et
Załoszenie	• 4 – Dobry	<b>*</b>	21-07-2021 13:38	Nowak Anna	17	
zakażenia	3 – Dość dobry					
	2 – Średni					
Skale ocen	1 – Bardzo ciężki					
	Stan świadomości					
$\mathbf{Q}$	● 4 – Pełna przytomność i świadomość					
Obserwacje	3 – Apatia					
3.	2 – Zaburzenia świadomości					
<b>700</b> Ocena nateżenia	1 – Stupor albo śpiączka					
bólu	Aktywność (zdolność przemieszczania się) —					
	4 – Chodzi samodzielnie					
Plan opiski	3 – Chodzi z asystą					
Flatiopleki	2 – Porusza się tylko na wózku inwalidzkim					
<u>&gt;</u>	1 – Stale pozostaje w łóżku					
Wykonanie planu	Stopień samodzielności przy zmianie pozycji					
	4 – Pełna					
	● 3 – Ograniczona					
Przegląd wykon. planu opieki	2 – Bardzo ograniczona					
26	1 – Całkowita niesprawność					
~	Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej					
Raporty lekarskie	4 – Pełna sprawność zwieraczy					
×	3 – Sporadyczne moczenie się					
Raporty	2 – Zazwyczaj nietrzymanie moczu					
pielęgniarskie	1 – Całkowite nietrzymanie moczu i stolca					
	Wynik oceny					
Skierowania	Liczba punktów: 18 Ryzyko powstania odleżyn: NIE				~	
$\overline{\mathbb{V}}$	EDM Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj skalę				💋 Auto	oryzuj

W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji <u>Wynik oceny</u> zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów oraz informacja, czy istnieje ryzyko powstania odleżyn u pacjenta.

Aby zatwierdzić dane wprowadzonej oceny, należy wybrać przycisk M. Do wyczyszczenia zaznaczonych pól

służy przycisk 🎽

Po zatwierdzeniu oceny zostanie ona dodana jako odrębny rekord w sekcji <u>Wszystkie oceny</u>, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali Norton. W celu wyświetlenia danych oceny oraz ich ewentualnej zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a następnie

wybrać przycisk . Wtedy dane oceny wyświetlą się po lewej stronie okna, w sekcji <u>Bieżąca ocena</u>, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji <u>Wszystkie oceny</u> i wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

Do usunięcia zaznaczonej oceny służy przycisk 🛄.

# 5.13 Obserwacje

W oknie *Obserwacje* wprowadza się wyniki pomiarów wykonanych u monitorowanego pacjenta. Wprowadzenie wartości w jedno z pól spowoduje domyślne uzupełnienie daty i godziny wartościami bieżącymi.

	Obserwacje Pielęg	nacja odleżyn 🛛 B	ilans płynów								
<u>4</u>	Bieżąca obserwacja —										—
Przetoczenie krwi	Data: 16-05-2022 10:	47 💌									
	Ciśnienie:	Tęt	io:	Temperatura.:	36,7 G	likemia:		Oddech:	Stolec: T	AK 📃 NIE 🗡	
Zgłoszenie zakażenia										×	Ķ
	Wszystkie obserwacje										—
	* Data	Ciśnienie	Tętno	Temperatura	Glikemia	Oddech	Stolec I	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfiku	jący 🔺 🥁	1
Skale ocen	16-05-2022 10:46	5 120/80	79	36,7			1	6-05-2022 10:47	Nowak Anna		#
Obserwacje											•
Ocena natężenia bólu											
Plan opieki										~	
$\nabla$	Wyniki badań, konsult., skier.	Drukuj kartę								Autoryzu	uj

W celu zapisania wprowadzonych danych należy wybrać przycisk *Societary*. Zapisane dane prezentowane są w dolnej sekcji okna *Wszystkie obserwacje*. Aby dokonać ich modyfikacji należy podświetlić na liście wybrany

rekord i wybrać przycisk Modyfikowane dane zostaną wyświetlone powyżej, gdzie należy dokonać odpowiednich poprawek i ponownie je zapisać. Aby wydrukować kartę obserwacji należy wybrać przycisk **Drukuj kartę**.

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica w powyższym oknie dodano zakładkę **Pielęgnacja odleżyn**, służącą do wprowadzania obserwacji dotyczących odleżyn.

	Obserwacje	Pielęgnacja odle	żyn Bilans p	łynów						
<u> </u>	Bieżąca pielęg	nacja —								
Przetoczenie krwi	Data: 15-09-2	2021 14:30 🔻 U	miejscowienie:			Stopień:	Opatrunek:			
									<	
<b>S</b>									4	
Zgłoszenie zakażenia									- 7	×
	Wszystkie nie	egnacie								
「「「「「」」	the pro-			Manua	Chaniné	Onetrunel	Data unio das dufiles si	Wain in a class de file en est		
Skala ocon	× Da	ta Ko		Nazwa	Stoplen	Opatrunek	Data wpisu/modyfikacji	wpisujący/modyfikujący		1
Skale Ocen	15-09-202	21 14:00  10000	023 brzuch		Ш		16-09-2021 08:53	Nowak Anna		1
										_
										-
Obserwacje										
Ocena natężenia										

W wersji 7.3.0 programu zastała dodana zakładka służąca do ewidencji bilansu płynów.

#### Hospitalizacja

	Obserwacie Pielegnacia odleżyn Bilans obrośw	
	Bieżacy bilans	
Przetoczenie krwi	Data: 05-11-2021 15:14 💌	
	Przyjęte (ml): Podanie: Dojelitowe Pozajelitowe	
Zgłoszenie zakażenia	Wydalone (ml): Mocz: Inne: Różnica (ml):	×.
<b>#</b>	Uwagi:	
Skale ocen	v	
	Wszystkie bilanse	
	★ Data Podanie Przyjęte Wyd. – mocz Wyd. – inne Różnica Datawpi	su/modyfikacji Wpisujący/modyfikujący 🔨 🚬
Obserwacje	▶ 04-11-2021 15:12 Dojelitowe 2000 2000 0 0 04-11-2	021 15:14 Nowak Anna 🛛 🏹
7.		
Ocena natężenia bólu		

Sposób ewidencji danych na powyższych zakładkach jest taki sam, jak w przypadku zakładki **Obserwacje**.

# 5.14 Ocena natężenia bólu

Okno służy do ewidencji danych o występowania u pacjenta bólu w trakcie trwania hospitalizacji. Wprowadzenie wartości w jedno z pól, spowoduje domyślne uzupełnienie pola "Data" wartościami bieżącymi.

Przyjęcie H	ospitalizaçia	Wypis		Kowa Oddział Przyj. 2	Ilski Jan (M), 000 urazowo-ortopedyczny, 017-04-28 11:45, sala 1	0000000 Nowak An 0, nr w ksi	10, 49 lat <sup>na</sup> ędze 1002/	Ro Za 2017 St	ozpoznania aplanowane copień zaav	: <b>M51.2 – Inne okre</b> e zabiegi: <b>80.519 – U</b> vansowania choroby: <del>s</del>	ślone przemieszcze sunięcie przepuklin iredni	mia krążka mięć y jądra miażdzy		
Obserwacje	Bieżąca o Data: 20 Nateżenie	cena 17-05-05 14:18 bólu pooperac	▼											<b>~</b>
	Objawy po leków prz	o zastosowaniu eciwbólowych:	Niepożądane	Ciężkie r	iepożądane Nadmierna	a sedacja:	ТАК	NIE Nuo	dności:	TAK 💽 NIE Wymio	ty: 🚺 TAK 🂽 NIE	Świąd: 🔛 TAK	NIE	*
bólu	Wszystki	e oceny		AL 1 1 1 1 1 1	<b>2</b> 1		N. 1. ( )		6.1			1.01.		
•	1 2017-	04-28 14:15	Doba po zablegu 2	Natężenie bolu 1	Niepożądane	Sedacja		wymioty	SWIąd	2017-04-28 14:17	Nowak Anna	nodyfikujący		1
Plan opieki														-
Wykonanie plan opieki	u													

Wprowadzone dane dotyczące natężenia bólu należy zapisać poprzez wybranie przycisku  $\checkmark$ . Przycisk  $\checkmark$  powoduje wyczyszczenie uzupełnionych pól. Wszystkie zapisane dane zostaną wyświetlone w sekcji *Wszystkie oceny.* 

# 5.15 Plan opieki pielęgniarskiej

Okno *Plan opieki pielęgniarskiej* służy do tworzenia planu/ów opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. Okno zostało podzielone na dwie części: w górnej wyświetlane są diagnozy pielęgniarskie, natomiast w dolnej części okna znajdują się interwencje, które zostały zaplanowane do wykonania w ramach wybranej diagnozy. W dolnej części okna dokonuje się również zdefiniowania środków i czynności, przy wykorzystaniu których będą realizowane poszczególne interwencje.

Przyjęcie	Ho	spitalizaçja	Wypis	<b>Fistoria</b>	え 多の Pr	ddział u zyj. 23	<b>lski Jan (N</b> urazowo - orto -05-2019 07:0	<b>1),</b> oped 12, s	lyczny, ala 1,	Rozpo Uczul	oznania: enia: <b>w</b>	: M51.2 – ziewne; ja	Inne okr ad owada	eślone p 1	rzemies:	zczenia	krążka międ	z	0
	0	iagnozy i prz	edmioty opi	eki ———															
4 ->	L.		Diagnoza				Przedmiot				Lokali	zacia						^	
	Ľ	Kod		Nazwa	Ko	od	Nazv	/a		Kod		Nazwa		Pro	blem		Data od		
	1	10027337	ryzyko	odleżyny					10	008155	sto	pa				19-1	2-2022 10:5	53	
Przetoczenie kn	i																		
Fizetoczenie kn	"																		
																			<b>«</b>
Zgłoszenie zakażenia																			
*																			
Skale ocen																		×	
_		<																>	
	1	nterwencje –								Środki -					- Czynno	ości ——			
Obserwacje	•	Kod	wencja Nazwa	Czas wykona	nia Gor	dziny L	.iczba wykonań	^		*	Kod	Nazwa	Ilość 🧖		*	Kod	Nazwa	^	
2.		10033231	leczenie	Godziny	12	2:00		1	_	1003	33333	piele	1						_
		10030710	oceniani	, Liczba wykona	'n		3												-
bólu	1	10041721	zarzad	Doraźnie	-														
Plan opieki				D OT CLEME															
Mokonanie plar																			
opieki								v										~	

Do utworzenia planu opieki pielęgniarskiej można wykorzystać gotowe schematy, wybierane za pomocą

przycisku **Schematy planu opieki.** W przypadku istnienia kilku diagnoz pielęgniarskich można dokonać jednokrotnego wybrania kilku schematów, poprzez przytrzymanie klawisza CTRL i zaznaczenia kilku schematów na liście. Wybranie schematu spowoduje uzupełnienie pól w oknie danymi, które zostały zapisane w schemacie. Dane to można dowolnie modyfikować, usuwać oraz dodawać nowe pozycje, jeśli istnieje taka potrzeba.

Hospitalizacje, którym zaplanowano interwencje do wykonania w ramach bieżącego dyżuru wyróżniane są pomarańczowym kolorem na formatce <u>Hospitalizacja - lista pacjentów</u>. Dodatkowo w kolumnie "Opieka" wyświetlany jest napis "Interwencja".

# 5.15.1 Ręczne dodanie planu opieki

Jeśli użytkownik nie korzysta z gotowych schematów planu opieki, musi zdefiniować plan opieki ręcznie poprzez określenie diagnozy, interwencji, środków i czynności. W tym celu należy:

- 1. W sekcji *Diagnozy i przedmioty opieki* wybrać przycisk **I** i wybrać diagnozę z dostępnego słownika ICNP. Program w górnej części okna doda nowy rekord z wybraną diagnozą.
- 2. Uszczegółowić plan opieki dla wybranej diagnozy poprzez określenie przedmiotu, lokalizacji, zakresu dat i rodzaju dyżuru, na którym będzie on realizowany. Dane te wprowadza się w odpowiednich kolumnach za pomocą dostępnych słowników, list rozwijanych i kalendarzy.

U	lagnozy i przec	иппосу оріекі										
	D	iagnoza	Przed	miot	Lokal	izacja	Droblom	Data ed	Data da	During	~	
Ľ	Kod	Nazwa	Kod	Nazwa	Kod	Nazwa	Problem	Data ou	Data uu	Dyzur		
	10041539	gorączka	10007916	gorączka	10008688	głowa		2017-05-10 19:00	2017-05-11 19:00	Dzienny i nocny		_
		- <b>T</b>										
												<u> </u>

3. W sekcji Interwencje zaplanować interwencje i godziny ich wykonań lub liczbę wykonań. Interwencje

dodaje się ze słownika ICNP, otwieranego za pomocą przycisku 🛄

W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica w tabeli interwencji dodano kolumnę "Czas wykonania". Z listy rozwijalnej należy wybrać w niej odpowiednią wartość - "Godziny", "Liczba wykonań" lub "Doraźnie". W przypadku dwóch pierwszych wymagane jest uzupełnienie w odpowiednich kolumnach godziny (godzin) lub liczby wykonań. Możliwość oznaczenia interwencji jako doraźnej została wprowadzona w wersji 8.5.0 programu.

Jeśli użytkownik jest w stanie zaplanować dokładne godziny wykonań interwencji, powinien skorzystać z pola w kolumnie "Godziny". Po rozwinięciu listy istnieje możliwość wybrania kilku godzin interwencji. W przypadku niemożności określenia dokładnych godzin należy zaplanować liczbę wykonań, poprzez wpisanie odpowiedniej liczby w polu "Liczba wykonań".

1	ini	terwencje —								
		Interv	vencja	Pro	cedura	Case underspin	Codriny	Liezha undean 🔺	~	
	^	Kod	Nazwa	Kod	Nazwa	Czas wykonania	Gouziny	сістра мукоп –	ļ	
		10033231	leczenie z			Godziny	12:00			
		10030710	ocenianie			Doraźnie				-
		10041721	zarządza			Liczba wykonań		3		

W wersji 9.0.0 programu w powyższej tabeli została dodana kolumna "Procedura", służąca do wprowadzenia procedury ICD-9. Po wyborze przycisku uruchomiony zostanie słownik procedur, z którego należy wybrać odpowiednią pozycję.

4. W sekcji Środki wskazać środki/narzędzia i liczbę ich wykonań. Dane te wprowadza się przy użyciu

słownika ICNP, otwieranego za pomocą przycisku 🛄

Uwaga! Środki i czynności definiuje się w ramach danej interwencji! W przypadku istnienia kilku interwencji należy kolejno dla każdej z nich zaplanować środki/narzędzia i czynności, jakie zostaną użyte do jej realizacji.

5. W sekcji *Czynności* wskazać czynności do interwencji. Dane te wprowadza się przy użyciu słownika "Czynności w planie opieki pielęgniarskiej", który definiowany jest przez użytkownika programu <u>samodzielnie</u>.

Śı	odki ———			 Czynności ————						
*	Kod	Nazwa	Ilość	^	*	Kod	Nazwa	^		
	10013333	pielęgniarka	1		 ►	10006173	Dokumentowanie		F	_
	10014522	lekarz	1			10011813	Pomiar			-

6. Zapisać dane przyciskiem Autoryzuj, aby móc w kolejnym etapie dokonać ewidencji jego wykonania.

Wykonanie planu opieki ewidencjonuje się w kolejnym oknie Wykonanie planu opieki.

### 5.16 Wykonanie planu opieki

W oknie *Wykonanie planu opieki* znajdują się wszystkie interwencje, które zostały zdefiniowane w <u>planie</u> <u>opieki</u>.

Jeśli plan opieki nad pacjentem obejmuje więcej niż 1 dzień, zaplanowane interwencje można przeglądać za pomocą przycisków znajdujących się w górnej części okna (zdj. poniżej). Za pomocą pola "Dyżur" można dokonać wyfiltrowania tych interwencji, które zostały zaplanowane na dyżur dzienny i na dyżur nocny. Godziny trwania poszczególnych dyżurów wyświetlane są w polu obok, na podstawie danych zdefiniowanych w konfiguratorze programu.

I	Data: 2	017-05-11 💌 🛛	yżur: Nocny 💌	<< >>	201	7-05-11 19:0	0 - 2017-05-12 0	7:00		
[	★ Wyk.	Godz. plan. / Nr wyk.	Dzienny	Godzi	ina wyk.	Kod ewaluacji	Nazwa ewaluacji	Obserwacje	Wpisujący/modyfikujący	
	Þ	1	technika przemieszcza	a						3
		1	ocenianie integralności sł	córy						
		1	ocenianie ryzyka odleżyny	y						
		1	ocenianie skóry							

W celu zaznaczenia wykonania planu opieki należy wybrać przycisk *methodali*, który aktywuje pola znajdujące się w oknie. Interwencje wypełniane są indywidualnie dla każdego dyżuru w dniu bieżącym lub wstecz - nie ma możliwości ewidencji interwencji, które zostały zaplanowane na przyszłość.

Aby zaznaczyć wykonaną interwencję należy dla odpowiedniego rekordu (linii) kliknąć w pole w kolumnie "Wyk.". Czynność ta spowoduje dodanie bieżącej godziny w kolumnie "Godzina wyk.". Dodatkowo, w kolumnie "Kod ewaluacji" za pomocą przycisku dodaje się informacje o ewaluacji, a w kolumnie "Obserwacje" wpisuje dodatkowe uwagi i obserwacje.

W wersji 9.0.0 dodano kolumny "Kod procedury" i "Nazwa procedury", w których po zaznaczeniu interwencji jako wykonanej podpowiedzą się dane procedury ICD-9 z planu opieki, jeżeli została ona tam dla tej interwencji uzupełniona. Kolumny te mogą również zostać uzupełnione przez użytkownika poprzez wybór odpowiedniej pozycji z dostępnego słownika procedur ICD-9.

W celu zaznaczenia wszystkich interwencji należy skorzystać z przycisku **Wykonaj wszystkie**, znajdującego się po prawej stronie okna. Przy korzystaniu z tej metody pomijane są interwencje oznaczone jako doraźne.

#### Hospitalizacja

Przyjęcie Ho	spit	alizagi	a Wypis	Kowalski Oddział urazov Przyj. 2017-05	<b>Jan (M),</b> ( vo-ortopedyc -10 11:01, sa	0000000000 zny, Nowak Ar ila 1, nr w ksie	0000, 48 lat Rozpoznania: Anna Zapłanowane zablegi: (brak) ssiędze 2/2017	
	D	ata:	2017-05-11 💌	Dyżur: Dzienny 💌 << >>	2017-05	11 07:00 - 1	- 19:00	
p	*	Wyk.	Godz. plan. / Nr wył	. Interwencja	Godzina wyk.	Kod ewaluacji	icji Nazwa ewaluacji 🔺 Obserwacje Wpisujący/modyfikując	
VES-13			1	monitorowanie odpowiedzi na lecz				
Skala VES-13		<u> </u>	1	zarządzanie gorączką				_
	Ī	1	1	loczenia zmian chorobowarch s	09.22		Nowak Anna	
$\square$	Ê		1	zastosowanie urządzenia zabeznie	00.33			
Obserwacje			1	używanie (wykorzystywanie) wspa				
-			1	utrzymywane integralności skóry				
700			1	prewencja odleżyny				J
Ocena natężenia bólu	Ś	rodki				(	Czynności —	
	*	-		Nazwa	I	ość 🔺	* Nazwa	^
Plan opieki	▶ bandaż					1		
		mate	erac przeciwodleż	ynowy		1		
	┞	pielu	icha			1		
Wykonanie planu								
opieki								
2								
Raporty z przebiegu lecz.						<b>~</b>		~
-		= 1	Miniki hadań					<u> </u>
$\nabla$			konsult, skier.					Autoryzuj

# 5.17 Przegląd wykonania planu opieki

W wersji 5.10.0 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność 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.

<b>A</b>	Data wykonania od:	Data wykonania d	o: Wpisujący/modyfikujący: Inte	erwencja:	Tylko z obserwacjami
Obserwacje	★ Data wykonania	Kod interwencji	Nazwa interwencji	Obserwacje	Wpisujący/modyfikujący 🔨
3.	2018-01-03 10:53	10030710	ocenianie ryzyka odleżyny		Nowak Anna
7 🥮 (	2018-01-03 10:53	10041126	ocenianie skóry		Nowak Anna
Ocena natężenia bólu	2018-01-03 10:53	10032757	pielęgnacja skóry		Nowak Anna
	2018-01-03 10:53	10014761	pozycjonowanie pacjenta		Nowak Anna
<b>*</b>	2018-01-03 10:53	10033922	ocenianie integralności skóry		Nowak Anna
Plan opieki	2018-01-03 10:54	10040224	prewencja odleżyny		Nowak Anna
	2018-01-03 10:54	10033231	leczenie zmian chorobowych skóry		Nowak Anna
<b>.</b>					
Wykonanie planu					
opieki					
Przegląd wykon.					
planu opieki					

# 5.18 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.



Okno raportów służy do ewidencji zdarzeń, incydentów występujących na dyżurach lekarskich i

pielęgniarskich.

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.

Przyjęcie Hos	pitalizaçja Wypis	Kowalski Jan (I Oddział urazowo - orto Przyj. 16-05-2022 10:4	M), , 5 opedyczny, Nowak Anna 42, sala 1, nr w księdze 3/	Rozpoznania:					-
bólu	Bieżący raport Data: 16-05-2022 16:50 Opis zdarzenia	▼ Wpisz do księgi	raportów Okoliczności		— Podjete dział	ania —			<b>~</b>
Plan opieki	Pacjent uskarżał się na si głowy.	Iny ból		^ <b>1</b>	Podano leki	przeciwbólowe.	^	R)	*
Wykonanie planu opieki									
Przegląd wykon. planu opieki									
20		<b>~</b>		~			~		
Raporty lekarskie	Wszystkie raporty								
Raporty pielęgniarskie Skierowania	* Data 16-05-2022 16:50 F	Pacjent uskarżał się n	Opis zdarzenia a silny ból głowy.	Data	wpisu/modyfikacji	Wpisujący/mody	fikujący		<ul> <li></li> &lt;</ul>

Wprowadzone dane należy zapisać poprzez wybranie przycisku Service Przycisk Metric powoduje wyczyszczenie uzupełnionych pól. Wszystkie zapisane dane wyświetlone zostaną w sekcji "Wszystkie raporty".

W sekcji <u>Wszystkie\_raporty</u> dostępny jest przycisk kopiowania Powoduje on skopiowanie treści podświetlonego na liście raportu do pól edycji bieżącego raportu w sekcji <u>Bieżący raport</u>.

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 statystki są możliwe po wyborze przycisku **Dane statystyki oddziału**.

	🚷 🔝 🐔 🎨 🏶 🛊 Nowa statystyka oddziału 🛛 Dane statystyki oddziału 🔹 Drukuj											
	Wyszukiwanie zaawansowane 🔹 🛞 Ir w księdze:	1111	Ks	ięga raportów p	ielęgniarskich							
		Księga: Księga raportów pielęgniarskich 🔹 Rok: 2022 💌										
[	Data od - do:	*	Nr	Data	Pacjent		Opis zdarzenia	Okoliczności				
	01-10-2022 🔻 31-10-2022 💌	Ц			Nazwisko i imię	PESEL						
			1	10-10-2022 12:05								
	Zakład leczniczy:		3	20-10-2022 13:00								
L	<b></b>		5	20-10-2022 14:01	Kowalski Jan		Opis 1	Opis 2				

# 5.19 Dane medyczne

W wersji 6.3.0 programu w hospitalizacji długoterminowej dodano możliwość przeglądu danych medycznych pacjenta.

Plan opieki	Rozpo	6 Dznania	Badania lab.	A Badania diag.	Czynniki ryzyka	Konsultacje	Skierowania	() Rehabilitacje	Sanatoria
Wykonanie planu opieki	* Kod M51.2	In	ne określone pr	zemieszczenia	krążka międzyki	Nazwa ręgowego			
Przegląd wykon. planu opieki	Historia rozpo	znania M	151.2	Ι.		·····	1	۱, ၂	1
Przebieg leczenia	2019	ut	mar kwi	maj	cze lij	12-08-2019	wrz p	az lis	gru
Historia choroby			O = rozpozn	anie główne	🔷 = rozpozna	nie dodatkowe	🔲 = choroba	a przewlekła	
V	Wyniki konsult	badań, ., skier.							

Okno danych medycznych opisane jest szczegółowo w <u>instrukcji obsługi</u> programu mMedica pod rozdziałem "Dane medyczne pacjenta".

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

# 5.20 Skierowania / Historia choroby

Okno *Skierowania* umożliwia wystawienie pacjentowi skierowań, których rodzaje prezentuje poniższe zdjęcie. W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica ich zakres został rozszerzony.

Plan opieki	Badania lab.	Ania diag.	<b>Konsultacje</b>	Do szpitala / zakładu	ehabilitacja	Transport	24 Opieka długoterminowa	Zaopatrzenie rehab.	Saśw. lekarskie	Druk OL-9 (stan zdrowia)	Druk N-14 (stan zdrowia)	Zaśw. dla Zespołu ds. OoN	<b>Ro</b> Odmowa pacjen	ita
<b>1</b>	Rok: 🗾	Miesiąc:	<b>▼</b> <<	< > >>										
Wykonanie planu opieki	1 (Nowe) 🗵 Dane ogólne ——	*												^
Rizeglad welkon	Nr umowy:		▼ Bez	refundacji NFZ [	Cito									
planu opieki	Do laboratorium:											Wymaga pobrai	nia materiału	
Raporty lekarskie	Liczba wykonań: Daty zleceń:	Do dnia		<ul> <li>Interwał:</li> </ul>		<ul> <li>Częstość:</li> </ul>		▼					6	
25	Rozpoznania —													
Raporty pielęgniarskie	* ✓ Kod ✓ M51.2	Inne okres	ślone przemies	zczenia krążka	międzykręgowe	ego	Nazwa						Główne 🔨	
Skierowania														

Pola "Rok", "Miesiąc" oraz zamieszczone obok nich przyciski przełączania umożliwiają ustawienie okresu, z którego wystawione skierowania mają być widoczne.

Z kolei w oknie *Historia choroby* prezentowane są dane z całego przebiegu hospitalizacji pacjenta. W celu wydrukowania historii choroby pacjenta, należy wybrać przycisk **Drukuj historię choroby**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

**\_** 

	Data od: 🖉 do: 🔽			-
	HISTORIA	CHOROBY	^	
Wykonanie planu	Data wystawienia 23-09-2019	h		9
opieki	Pacjent	Wystawca dokumentu		
Przegląd wykon. planu opieki		Lekarz – specjalista Nowak Anna <i>NPWZ:</i>		
Raporty z przebiegu lecz.				
<b>Skierowania</b>	Hospitalizacja nr 13/2019 Specjalność komórki org.	Miejsce wystawienia		
Dane medyczne	Data hospitalizacji	Adres		
Historia choroby		Dane kontaktowe	~	
- Historia choroby				
	Wyniki badań, Katari jako PDF Drukuj historię choroby			

Istnieje możliwość zapisu historii choroby do pliku PDF. Służy do tego przycisk **Zapisz historię jako PDF**.

Do wyświetlenia danych *Historii choroby* z zadanego okresu czasu służą pola "Data od:/ do:", zlokalizowane w górnej części okna.

W celu wskazania, jaki zakres danych ma być zaprezentowany, należy wybrać przycisk 🖽, znajdujący się
po prawej stronie okna. Po tej czynności pojawi się lista rodzajów danych z możliwością zaznaczenia/
odznaczenia wybranych pozycji.

# Hospitalizacja

	<b>Ē</b> -
Wybierz wszystkie Usuń wybór	
Przyjęcie	Hospitalizacja ————
Przyjęcie	✓ Wywiady
₩ywiad lekarski	🔗 Badania przedmiotowe
✓ Badanie przedmiotowe	🎻 Zdarzenia niepożądane
🔗 Rozpoznania wstępne i współistniejące	🕜 Terapia
Procedury	Karta profilaktyki żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej
🖋 Diagnozy pielęgniarskie	Zlecone leki
🖋 Ocena ryzyka zakażenia	Podane leki
Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w razie potrzeby	Viepodane leki
🔗 Dokumenty upoważniające / oświadczenia	🏈 Zgłoszenie zakażenia
🤗 Ocena stanu świadomości wg skali Glasgow	Skale ocen
	🔗 Obserwacje
	🧭 Ocena natężenia bólu
	Skierowania

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



# 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.

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.

# 6.1 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 uzupełnia się go, 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.
- Rozpoznania domyślnie podpowiadane rozpoznanie z okna *Przebieg leczenia*, 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.

#### Wypis

Funkcje dodat	sowe • 🚑 • 📰 • 🕅 👘 🖓 Status eWUŚ Odśwież dane Rozlicze	🗈 🏟 🚖 🛛 - 🛄 🎦 🔯
Przyjęcie Ho:	Kowalski Jan (M),         52 lata         Rozpoznania:         M51.2 - 1           pitalizada         Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna         Przyj. 12-08-2021 15:26, sala 1, nr w księdze 2/2021         Przyj. 12-08-2021 15:26, sala 1, nr w księdze 2/2021	me określone przemieszcze
Wypis	Dane podstawowe	r. o działalności leczniczej
Recepty	Rozpoznania * Kod Nazwa Opis Główne A Rozpoznanie na podstawie ar M51.2 Inne okr	t. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i R
5kierowania		81
Zwolnienia	Rozpoznanie onkologiczne po wypisie       Kod:         Opis:	Data badania:
<b>Podsumowanie</b>	Skala Rankina	
Wypis pielęgniarski	Zastosowane leczenie – dodatkowe uwagi	
List do POZ	Epikryza	~
Informacje pielęgniarskie		
Sprawdzenie przed wypisem	Zalecenia	
	Wyniki badań, konsult, skier.	Autoryzuj Przekaż do podpisu

**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 zostaną wydrukowane na karcie informacyjnej. Służą do tego okna tekstowe *Zastosowane leczenie-dodatkowe uwagi, Epikryza, Wskazania,* w których treść można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z <u>szablonów tekstów</u> standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

W wersji 7.2.0 programu została dodana sekcja <u>Wypis na własne żądanie</u>. Jest ona aktywna do edycji w przypadku wyboru trybu wypisu **"Wypisanie na własne żądanie"**.

64

	۲۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰		^
4	Zalecenia		
		121	
<b>2</b>		424	
Wypis			
	× 1		
Pecenty	Termin następnej konsultacji:		
Recepty	Wypis na własne żądanie -		
	Oświadczenie pacjenta		
Skierowania		101	
		222	
Zwolnienia	×		
	Załącznik		
	(brak) 🗊 📰 🥔		
Podsumowanie			
	Wyjściowa przyczyna zgonu	_	
82	Kod wg ICD-10:		
Wypis pielęgniarski	Opis słowny: Odstęp czasu między wystąpieniem a zgonem:		Ļ
<u>.</u>	Service Badab Dadwi	zekaż	٦
$\vee$	🔯 konsult, skier, 🔄 oświadczenie	podpisu	

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 uwidoczniony 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.

# 6.1.1 Przekazanie do podpisu

Pierwszym etapem zakończenia wypisu pacjenta jest wybranie przycisku **do podpisu**, 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.

	mMedica	x
8	Następujące dane są otwarte do edycji i wymagają autoryzacji: • Operacja > Okołooperacyjna karta kontrolna – BARTŁOMIEJ • Operacja > Sprawdzenie przed zabiegiem – BARTŁOMIEJ • Przebieg > Przebieg leczenia – BARTŁOMIEJ	
	ОК	

W tej sytuacji należy powrócić do formatki <u>Przyjęcie</u> lub <u>Hospitalizacja</u> 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 kierowniku oddziału. W



Przekaż

tym celu należy ponownie otworzyć hospitalizację i wybrać przycisk prawym dolnym rogu okna.

#### Wypis z powodu zgonu pacjenta 6.1.2

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

Przyjęcie	J Hospitalizaçã	Wypis		Władysław (M Oddział Kardiologiczny, Przyj. 2017-04-25 14:39, sala 1	), 1, nr w księdze		nia: <b>H16.9 – Zapak</b> ane zabiegi: <b>(brak)</b>	
	Dane po	odstawowe —						^
- 🛃	Data wy	pisu: 2017-0	5-08 11:00 🔻 Tryb wyp	pisu: Zgon pacjenta	- L	ekarz wypisujący:	Nowak Anna	-
Wypis	Wydano	) zlecenie na t	ransport sanitarny: 📃 Zv	wykły 📃 Z art. 30 ust. 1 i 2 usta	wy z dnia 15 kwi	etnia 2011 r. o dział	łalności 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 (zdj. poniżej). W sytuacji wykonania badź 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.

	Wtórna przyczyna zgonu —						
<u> </u>	Kod wg ICD-10:						
	Opis słowny:		Odstęp czasu między wystąpienie	m a zgonem:			
Wypis	Bezpośrednia przyczyna zgonu ———					_	
	Kod wg ICD-10:						
Skierowania	Opis słowny:		Odstęp czasu między wystąpienie	m a zgonem:			
-	Śmierć mózgu —		Pobranie komórek, tkanek, narządów			_	
	🖋 Stwierdzono śmierć mózgu				^ <b>3</b> 6	¥	
Recepty	Załącznik:				32	z	
	(brak)				•		
Zwolnienia	Sekcja zwłok		Uzasadnienie wykonania/niewykona	nia sekcji zwłok ——			
5	Wykonano sekcję zwłok Załacznik:			-	1	Z	
Podsumowanie	Luiqueinia						
<u>í</u>	(brak)				~	¥	
$\nabla$	Wyniki badań, konsult, skier. Karta zgo	nu	Wyczyść	Autoryzuj	Przeka do pody	iż pisu	

W celu wydrukowania karty zgonu należy wybrać przycisk Karta zgonu, znajdujący się w dolnej części okna.

do podpisu Zakończenia wypisu pacjenta dokonuje się poprzez wybranie przycisku szczegółowy opis w rozdziale: Przekazanie do podpisu.



# 6.2 Skierowania/recepty/zwolnienia

Na etapie wypisu można wystawić pacjentowi skierowania, których rodzaje prezentuje poniższe zdjęcie. W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica ich zakres został rozszerzony.

	Badania lab.	A Badania diag.	200 Do specjalisty	Do szpitala / zakładu	Do szpitala psych.	() Rehabilitacja	Transport	24. Opieka długoterminowa	Sanatorium	Zaopatrzenie rehab.	Zaśw. lekarskie	Druk OL-9 (stan zdrowia)	Druk N-14 (stan zdrowia)	Zaśw. dla Zespoł ds. OoN	u
Wypis	1 (Nowe) 🗵	•													
-	Dane ogólne ——														^
	Nr umowy:		▼ ■ 8	ez refundacji NF	Z 🚺 Cito										
Recepty	Do laboratorium	:											Wymaga pobra	ania materiału	
Skierowania	Liczba wykonań:	Do	dnia:	<ul> <li>Interwa</li> </ul>	d:	<ul> <li>Częstoś</li> </ul>	54	▼							
	Daty zleceń:														
	Rozpoznania														

Istnieje również możliwość wystawienia recepty i zwolnienia lekarskiego. Szczegółowy opis tych funkcjonalności znajduje się w <u>instrukcji obsługi</u> programu mMedica.

# 6.3 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 parametr pozwalający określić, czy na wydruku mają być uwzględnione informacje zamieszczone w polu "Zastosowane leczenie - dodatkowe uwagi" (w oknie *Wypisu*).

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

Dana na waxdauku	
Dalle lia wyuruku	
Zastosowane leczenie – dodatkowe uwagi	🖋 Drukuj centyle

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.

Wydruki	
Plik transformaty XSL dla karty informacyjnej:	

# 6.4 Wypis pielęgniarski

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 <u>szablonów tekstów</u> standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

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

# 6.5 List do POZ

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

# 6.6 Informacje pielęgniarskie

W oknie *Informacje pielęgniarskie* ewidencjonuje m.in. się ocenę podstawowych czynności życiowych pacjenta i jego gotowość do wypisu. Do dokonania tych ocen wykorzystywany jest słownik ICNP, dostępny po wybraniu przycisku - w kolumnie "Kod diagnozy".

W celu wprowadzenia ww. danych należy:

- 1. W jednej z dostępnych sekcji wybrać przycisk **Dodaj**, który utworzy nowy rekord.
- 2. W kolumnie "Rodzaj" kliknąć w rekord i z dostępnej listy rozwijanej wybrać rodzaj oceny.
- 3. W kolumnie "Kod diagnozy" wybrać przycisk 🔤 i z dostępnego słownika wybrać odpowiednią wartość ICNP.
- 4. W kolumnie "Wynik" wpisać wartość wyniku.

Przyjęcie Ho	spitalizaçia Wypis Row	<b>alski Jan (M),</b> 00000 ł urazowo-ortopedyczny, No 2017-05-10 08:00, sala 1, nr	000000, 48 lat Rozpoznania: M51.2 – Imm wak Anna Zaplanowane zabiegi: (bra · w księdze 1/2017	e określone przemieszczenia krążka k)
<u> </u>	Data wypisu: 2017-05-10 09:48  Miejsce przeka:	zania pacjenta: 💽 Pod opie	kę rodziny 🔄 Do innego szpitala 🔛 Na inny o	oddział 🔄 Inne
Skierowania	Ocena podstawowych czynności życiowych (ADL)			
-	* Rodzaj	Kod diagnozy	Nazwa diagnozy	Wynik 🔺
<b>.</b>	Chodzenie po korytarzu	10028333 zdol	ny/a do chodzenia	0
Recepty	* Higiena osobista	10017657 kąp	anie się	<u> </u>
Zwolnienia				
Zwonnenia	Gotowość do wypisu			
<b>1</b>	* Rodzaj	Kod diagnozy	Nazwa diagnozy	
	Wiedza do kogo się zgłosić, gdy potrzebujesz j	pom 10024723	wiedza o procesie zmiany zachowań	
Podsumowanie				
Wypis pielęgniarski				<b>-</b>
POZ	Wytyczne pielęgnacyjne			
List do POZ	Data założenia:			
Informacje				
pielęgniarskie	II			¥
	Wyniki badań, Brukuj kartę Drukuj kartę informacyjną			Myczyść 🧭 Autoryzuj

Oprócz tego w przygotowanych polach tekstowych można opisać wytyczne pielęgnacyjne, zalecenia dla pacjenta lub osób sprawujących nad nim opiekę, które zostaną zamieszczone na karcie informacyjnej opieki pielęgniarskiej.

# 6.7 Sprawdzenie przed wypisem

W oknie Sprawdzenie przed wypisem dokonuje się oznaczenia wykonania czynności przed wypisaniem pacjenta z oddziału m.in. usunięcie wkłucia dożylnego, wręczenie pacjentowi wypisu ze szpitala itd. W celu wydrukowania dokumentu "Sprawdzenie przed wypisem", podpisywanego przez pielęgniarkę, należy wybrać przycisk **Drukuj**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

Przyjęcie Hos	pitalizaçia Wypis	Kowalski Jan (M), 0000000000, 48 lat Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna Przyj. 2017-05-10 08:00, sala 1, nr w księdze 1/2017	Rozpoznania: <b>M51.2</b> - Zaplanowane zabiegi:
	Sprawdzenie przed wypisem		
<b>4</b> 62	Usunięto wkłucie dożylne	TAK INIE	
Zwolnienia	Zmieniono opatrunek (tzw. opatrunek wyjściowy	) 💽 TAK 📃 NIE	
	Pacjent otrzymał wypis ze szpitala	TAK INIE	
- Wypis	Pacjent otrzymał list do lekarza POZ	TAK INIE	
pielęgniarski	Pacjent otrzymał zalecenia lekarskie	🗨 TAK 📃 NIE	
POZ	Pacjent otrzymał zalecenia pielęgniarskie	TAK INIE	
List do POZ	Pacjent otrzymał zalecenia żywieniowe		
Informacje pielęgniarskie			
Sprawdzenie przed wypisem			
	Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj		



# 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.



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.


## Scalenie hospitalizacji długoterminowej z hospitalizacją ewidencjonowaną poza modułem

W aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność scalenia hospitalizacji długoterminowej z hospitalizacją utworzoną poza modułem "Hospitalizacje". Jeżeli hospitalizacja została utworzona poza modułem, tylko dla potrzeb rozliczenia z NFZ - poprzez przejście do *Kartoteki pacjentów* (ikona *Rejestracja*), zaznaczenie pacjenta i wybranie przycisku **Wizyty**, następnie **Nowa hospitalizacja**, a później została taka sama hospitalizacja otwarta w module (ikona *Hospitalizacja*), istnieje możliwość scalenia hospitalizacji otwartej w module z danymi rozliczenia hospitalizacji ewidencjonowanej poza nim.

Uwaga! Aby scalenie hospitalizacji było możliwe, hospitalizacja otwarta w module "Hospitalizacje" nie może być zaewidencjonowana w EDM. Jeżeli tak się stało, należy:

- 1. Usunąć taką hospitalizację.
- 2. Wyłączyć moduł "Elektroniczna Dokumentacja Medyczna".
- 3. Wprowadzić ponownie tę hospitalizację w module "Hospitalizacje".
- 4. Włączyć moduł "Elektroniczna Dokumentacja Medyczna".

Scalenie hospitalizacji jest możliwe pod następującymi warunkami:

- 1. Obie hospitalizacje są otwarte dla tego samego **pacjenta**.
- 2. Obie hospitalizacje są realizowane w tej samej **komórce organizacyjnej** o kodzie resortowym cz. IX=HC.3.1.
- 3. W obu hospitalizacjach jest ten sam lekarz prowadzący.
- 4. Data i godzina rozpoczęcia obu hospitalizacji są zgodne.
- 5. Obie hospitalizacje mają ten sam **tryb przyjęcia** oraz **rozpoznanie główne** (w danych rozliczenia hospitalizacji sekcja <u>Rozpoznania</u> > pole "Wg skutku").
- 6. Żadna hospitalizacja nie jest zamknięta i nie posiada daty wypisu.
- 7. Hospitalizacja utworzona w module nie ma dodanych pozycji rozliczeniowych.
- 8. Dane rozliczenia hospitalizacji wprowadzonej w module nigdy nie były wyeksportowane do NFZ.

W celu scalenia hospitalizacji spełniających powyższe warunki należy w Module Hospitalizacje, w oknie *Hospitalizacja - lista pacjentów*, w menu Funkcje dodatkowe wybrać opcję "Scalanie hospitalizacji długoterminowych".

Słownik <u>d</u> iet przemysłowych Słownik I <u>C</u> NP Słownik <u>i</u> nterwencji na sali wybudzeń Słownik <u>m</u> ateriałów Słownik ról personelu <u>z</u> abiegowego Słownik sc <u>h</u> ematów planu opieki pielęgniarskiej Słownik stanów pacienta po przyjecju na sale wybudzeń					
Słownik I <u>C</u> NP Słownik <u>i</u> nterwencji na sali wybudzeń Słownik <u>m</u> ateriałów Słownik ról personelu <u>z</u> abiegowego Słownik sc <u>h</u> ematów planu opieki pielęgniarskiej Słownik stanów pacienta po przyjecju na sale wybudzeń					
Słownik <u>i</u> nterwencji na sali wybudzeń Słownik <u>m</u> ateriałów Słownik ról personelu <u>z</u> abiegowego Słownik sc <u>h</u> ematów planu opieki pielęgniarskiej Słownik stanów pacienta po przyjecju na sale wybudzeń					
Słownik <u>m</u> ateriałów Słownik ról personelu <u>z</u> abiegowego Słownik sc <u>h</u> ematów planu opieki pielęgniarskiej Słownik stanów pacienta po przyjecju na sale wybudzeń					
Słownik ról personelu <u>z</u> abiegowego Słownik sc <u>h</u> ematów planu opieki pielęgniarskiej Słownik stanów pacienta po przvieciu na sale wybudzeń					
Słownik sc <u>h</u> ematów planu opieki pielęgniarskiej Słownik stanów pacienta po przvieciu na sale wybudzeń					
Słownik stanów pacienta po przvieciu na sale wybudzeń					
Słownik stanów pacjenta po przyjęciu na salę wybudzeń					
Słownik <u>u</u> miejscowienia bólu					
Słownik <u>w</u> skazań i przeciwwskazań do zabiegu					
Słownik zespołów za <u>b</u> iegowych					
Słownik zes <u>t</u> awów materiałów					
W <u>e</u> ryfikacja leków					
Scalanie hospitalizacji długoterminowych					

Uwaga! Scalenie hospitalizacji jest operacją nieodwracalną. Przed jego uruchomieniem zalecane jest wykonanie kopii zapasowej bazy danych.

Wybór powyższej opcji spowoduje otwarcie okna *Scalanie hospitalizacji długoterminowych*, w którym wyświetli się pozycja wskazująca na istnienie hospitalizacji pacjenta do scalenia. W razie potrzeby można dokonać wyszukania pozycji po nazwisku lub numerze PESEL.

Funkcje dodatkowe 🔹 🚽 🚛 🔹				0 - 📃 🎦 🕗
ی کی 🔁 😒 🔁 👟	Scal hospitalizacje			
Wyszukiwanie zaawansowane 🛞 Nazwisko / PESEL:	🛜 Scalanie ho	spitalizacji długoterm	inowych	
	* Data przyjęcia	Pacjent PESEL	Realizujący	Komórka org. 🔺 🔺
	19-08-2020 09:00		Nowak Anna	Hospitalizacja
Zastosuj Wyczyść				

Po jej zaznaczeniu i wyborze przycisku Scal hospitalizacje wyświetli się komunikat:



Wybór przycisku Tak uruchomi proces scalania.

W wyniku powyższej operacji hospitalizacja długoterminowa istniejąca w Module Hospitalizacje zostanie powiązana z hospitalizacją ewidencjonowaną na potrzeby rozliczenia z NFZ. Od tego momentu dla pacjenta prowadzona będzie jedna hospitalizacja.