



Moduł Hospitalizacje

Hospitalizacja planowana

Instrukcja użytkownika

Spis treści

Rozdział 1	Rozpoczęcie pracy z modulem	2
1.1	Uruchomienie modułu w programie	2
1.2	Konfiguracja modułu	3
1.3	Konfiguracja komórki organizacyjnej	4
1.4	Konfiguracja ksiąg	5
1.5	Definicja słowników	6
1.5.1	Słownik wskazań i przeciwwskazań do zabiegu	7
1.5.2	Słownik schematów planów opieki pielęgniarstwa	8
Rozdział 2	Wprowadzanie danych w module	11
2.1	Szablony tekstów standardowych	12
Rozdział 3	Utworzenie hospitalizacji	13
3.1	Rezerwacja terminu w Terminarzu	13
3.2	Nowa hospitalizacja	14
3.3	Lista pacjentów w hospitalizacji planowanej	14
3.4	Wydruk paska identyfikacyjnego	16
Rozdział 4	Przyjęcie	18
4.1	Triaż	18
4.1.1	Odmowa przyjęcia	19
4.1.2	Dane podstawowe hospitalizacji	19
4.1.3	Dokumenty medyczne hospitalizacji	22
4.2	Wywiad pielęgniarstwa	23
4.3	Upoważnienia	24
4.4	Zgoda na zabieg	25
4.5	Zgoda na leczenie	26
4.6	Ocena ryzyka zakażenia	27
4.7	Skala Barthel	28
4.8	Skala Glasgow	29
4.9	Skala VES-13	30
4.10	Przyjęcie lekarskie	30
4.10.1	Przyjęcie pacjenta na oddział	32
4.10.2	Odmowa przyjęcia na oddział	32
4.11	Procedury ICD-9	32
Rozdział 5	Hospitalizacja	33
5.1	Przebieg leczenia pacjenta	33
5.1.1	Rozpoznanie, wywiady, badania	33
5.1.2	Oceny wyników leczenia	35

5.1.3	Zdarzenia niepożądane.....	35
5.1.4	Oceny skutków znieczulenia.....	36
5.2	Przepustki.....	36
5.3	Zgoda na leczenie.....	37
5.4	Ocena ryzyka NRS.....	38
5.5	Kwalifikacja do leczenia żywieniowego.....	39
5.6	Leczenie żywieniowe.....	39
5.7	Terapia.....	42
5.8	Profilaktyka ŻChZZ.....	44
5.9	Zlecenie leków.....	45
5.10	Podanie leków.....	47
5.11	Protokół przetoczenia krwi.....	49
5.12	Zgłoszenie zakażenia	50
5.13	Skale ocen.....	50
5.13.1	Skala Barthel.....	51
5.13.2	Zmodyfikowana skala Barthel.....	52
5.13.3	Skala Glasgow.....	53
5.13.4	Skala VES-13.....	54
5.13.5	Skala Norton.....	55
5.14	Obserwacje.....	56
5.15	Ocena natężenia bólu.....	57
5.16	Plan opieki pielęgniarskiej.....	58
5.16.1	Ręczne dodanie planu opieki.....	59
5.17	Wykonanie planu opieki.....	60
5.18	Przegląd wykonania planu opieki.....	61
5.19	Raporty z przebiegu leczenia.....	61
5.20	Dane medyczne.....	63
5.21	Skierowania / Historia choroby	63
Rozdział 6	Operacja.....	66
6.1	Kwalifikacja chirurgiczna.....	66
6.2	Kwalifikacja anestezjologiczna	67
6.3	Sprawdzenie przed zabiegiem.....	68
6.4	Znieczulenie.....	69
6.5	Okołooperacyjna karta kontrolna.....	70
6.6	Operacja/zabieg.....	70
6.7	Protokół pielęgniarki operacyjnej.....	72
6.8	Protokół pielęgniarki anestezjologicznej.....	73
6.9	Sala wybudzeń/OIOM.....	74
6.10	Protokół przekazania.....	75
Rozdział 7	Reoperacja.....	76
Rozdział 8	Wypis.....	77

8.1	Wypis.....	77
8.1.1	Przekazanie do podpisu.....	79
8.1.2	Wypis z powodu zgonu pacjenta.....	80
8.2	Skierowania/recepty/zwolnienia.....	81
8.3	Podsumowanie.....	81
8.4	Wypis pielęgniarski.....	82
8.5	List do POZ.....	82
8.6	Informacje pielęgniarskie.....	82
8.7	Sprawdzenie przed wypisem.....	83
Rozdział 9	Historia.....	84
Rozdział 10	Hospitalizacja planowana bez zabiegu/operacji.....	85

Wstęp

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

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

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

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

Niniejsza instrukcja opisuje funkcjonalność **hospitalizacji planowanej** odpowiadającej funkcji ochrony zdrowia: **HC.1.1 – Leczenie stacjonarne**.

Od wersji 6.6.0 programu istnieje także możliwość ewidencji hospitalizacji planowanej bez zabiegu/operacji w komórce udzielającej świadczeń rehabilitacji stacjonarnej, o kodzie resortowym cz. IX = **HC.2.1**.

Moduł umożliwia szczegółową ewidencję kolejnych etapów hospitalizacji planowanej w ramach operacji i reoperacji, m.in.: konsultacja chirurgiczna i anestezjologiczna, zlecenie i podanie leków, okołooperacyjna karta kontrolna, pobyt na sali wybudzeń itp. Dodatkowym atutem jest tworzenie planów opieki pielęgniarstwa na podstawie zdefiniowanych schematów przy użyciu międzynarodowego słownika diagnoz i rozpoznań pielęgniarstwa 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.

Rozdział

1

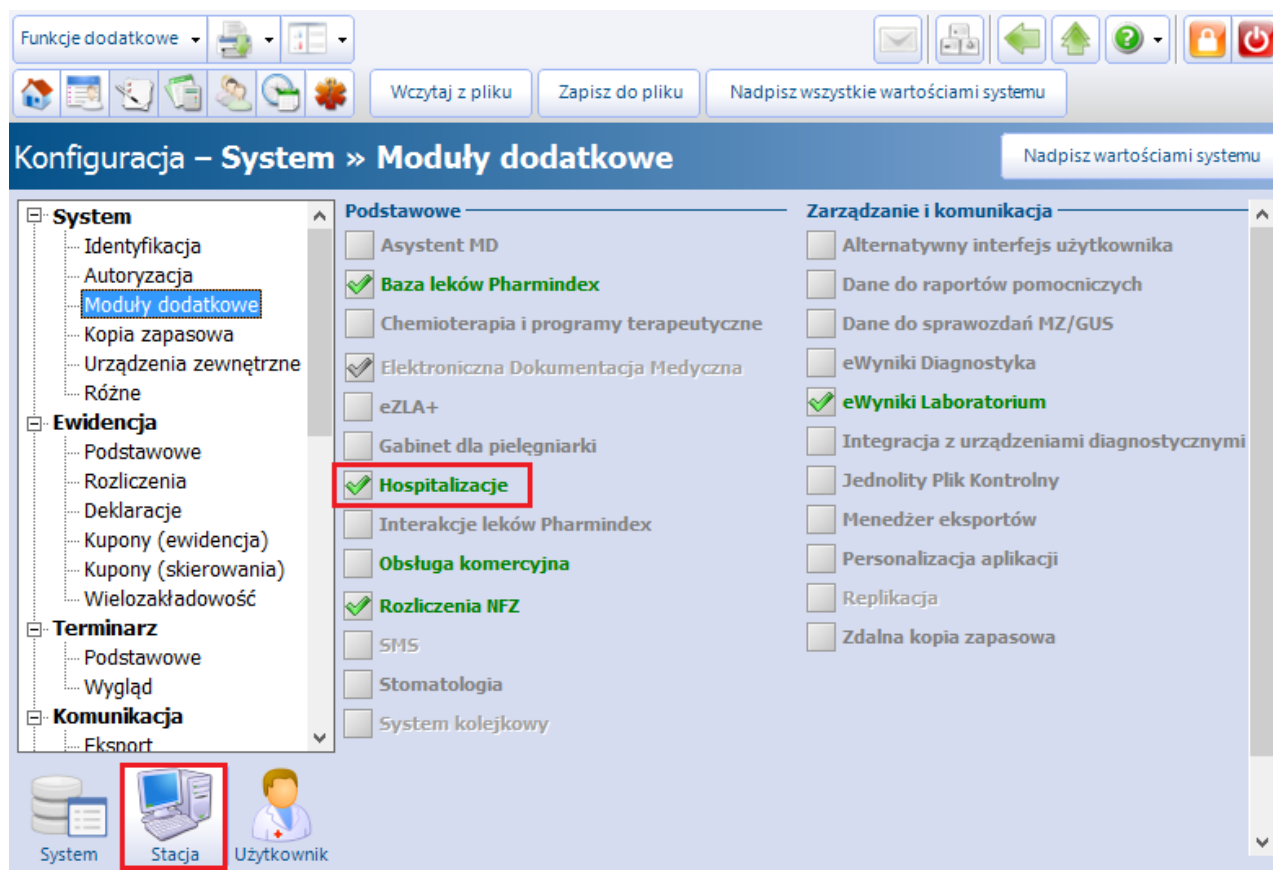
Rozpoczęcie pracy z modulem

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

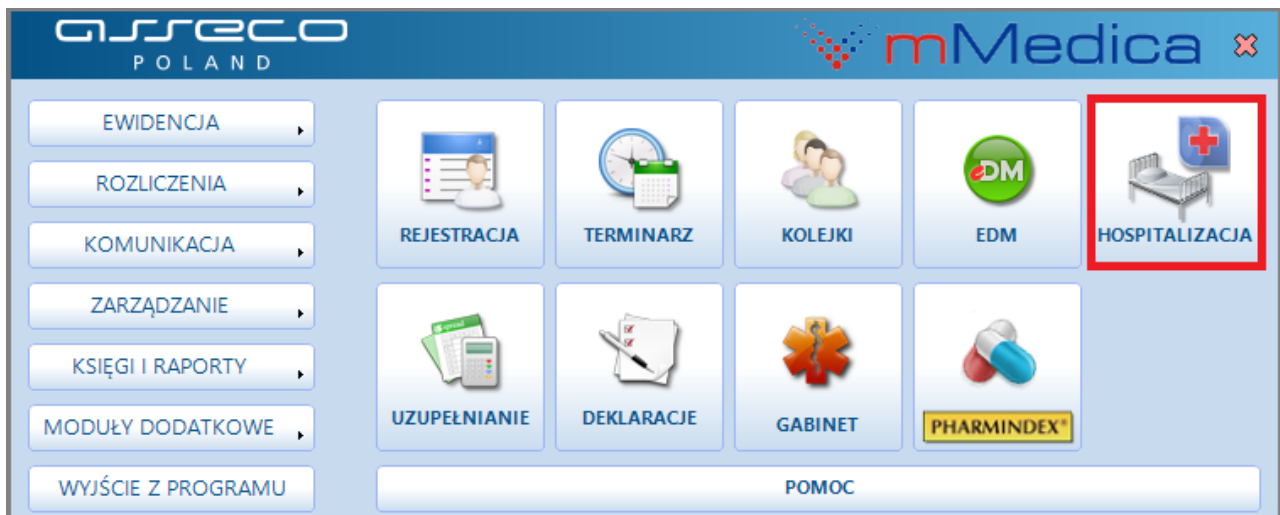
1.1 Uruchomienie modułu w programie

Szczegółowa instrukcja włączenia modułu:

1. Przejsć 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 rzucie ekranu.



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 [wykonania planu opieki](#) 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:

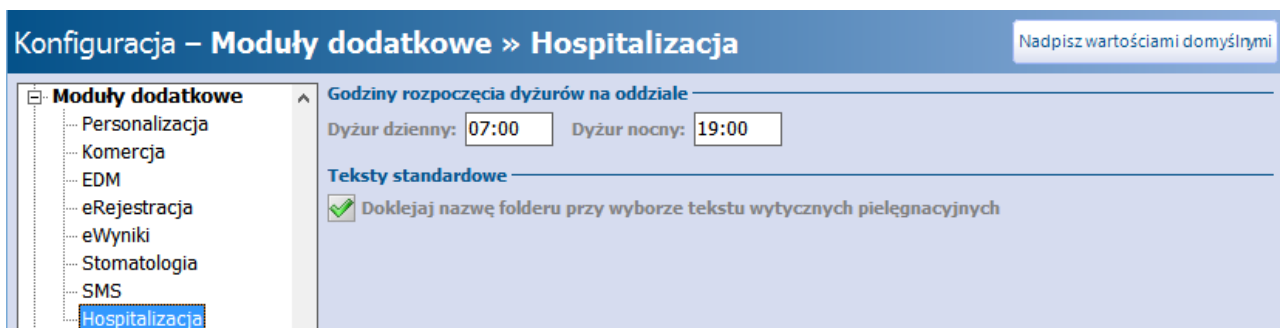
31.12.2016 19.00 – 01.01.2017 7.00, **Dyżur nocny dla 31.12.2016**

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 [Informacje pielęgniarские](#) i sekcji *Wytyczne pielęgnacyjne*.



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 ikon 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

Rozpoczęcie pracy z modułem

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
	☒ Raporty z przebiegu lecz.	☒ 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 stacjonarnemu i przypisania jej do poszczególnych ksiąg, w których będą zapisywane wprowadzane dane.

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

1. Na zakładce *1. Dane podstawowe* uzupełnić kod resortowy cz. IX odpowiadający funkcji ochrony zdrowia: **HC.1.1 – Leczenie stacjonarne**. Od wersji 6.6.0 programu mMedica istnieje także możliwość ewidencji hospitalizacji planowanej bez zabiegu/operacji w komórce udzielającej świadczeń rehabilitacji stacjonarnej o kodzie resortowym cz. IX = **HC.2.1**.

Komórka: Oddział urazowo-ortopedyczny

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Kody	5. Lokalizacja
Kod: *	7	Kod edycyjny: *	ORTOP	
Nazwa: *	Oddział urazowo-ortopedyczny			
Kod resortowy cz. III:	...			
Kod resortowy cz. VI:	...			
Kod resortowy cz. V: *	001	Nazwa jednostki org.:		
Kod resortowy cz. IX:	HC.1.1	...	Leczenie stacjonarne	
Kod resortowy cz. X:	...			
Czy aktualne	☒			

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

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Kody	5. Lokalizacja
★	Numer sali	Numery łóżek		
▶	10	20, 21, 22, 23		
	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 pielęgnarskich
- Księgi sali operacyjnej/bloku operacyjnego lub księga zabiegów

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

1. Wybrać przycisk **Nowa księga** w górnym panelu formatki.
2. Uzupełnić pola znajdujące się w sekcji *Dane podstawowe* zgodnie z poniższym opisem:
 - **Kod** - numer identyfikujący księgę w bazie danych. Wartość jest dowolnym ciągiem znaków i powinna być unikalna.
 - **Typ** - określa charakter dodawanej księgi. Należy utworzyć 5 odrębnych ksiąg, których nazwy wymienione zostały powyżej.
 - **Numer** - identyfikator techniczny księgi, pole nieobowiązkowe.
 - **Nazwa** - pole tekstowe, w którym użytkownik wpisuje rozbudowany opis własny.
3. W sekcji *Komórki organizacyjne* za pomocą przycisku **Dodaj** dodać komórki organizacyjne, które zostaną powiązane z księgą.

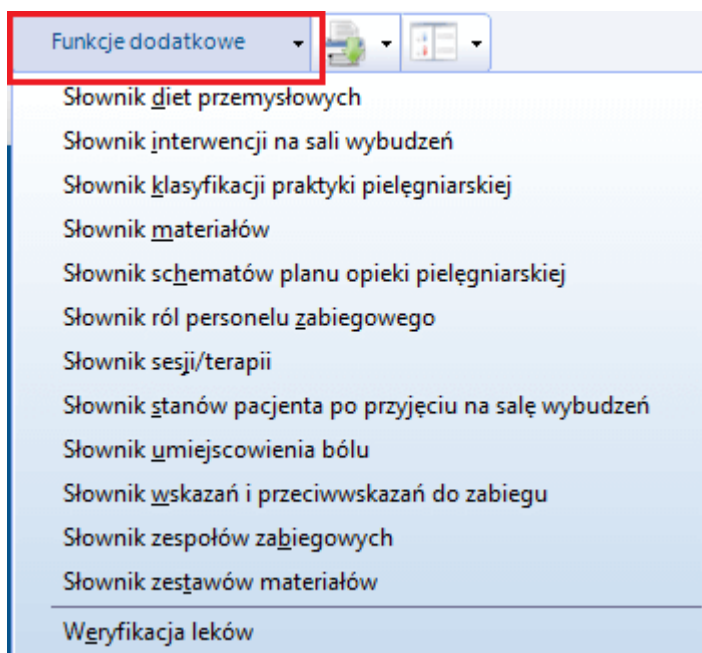
Szczegółowe informacje dotyczące definicji i funkcjonalności ksiąg znajdują się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica.

1.5 Definicja słowników

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

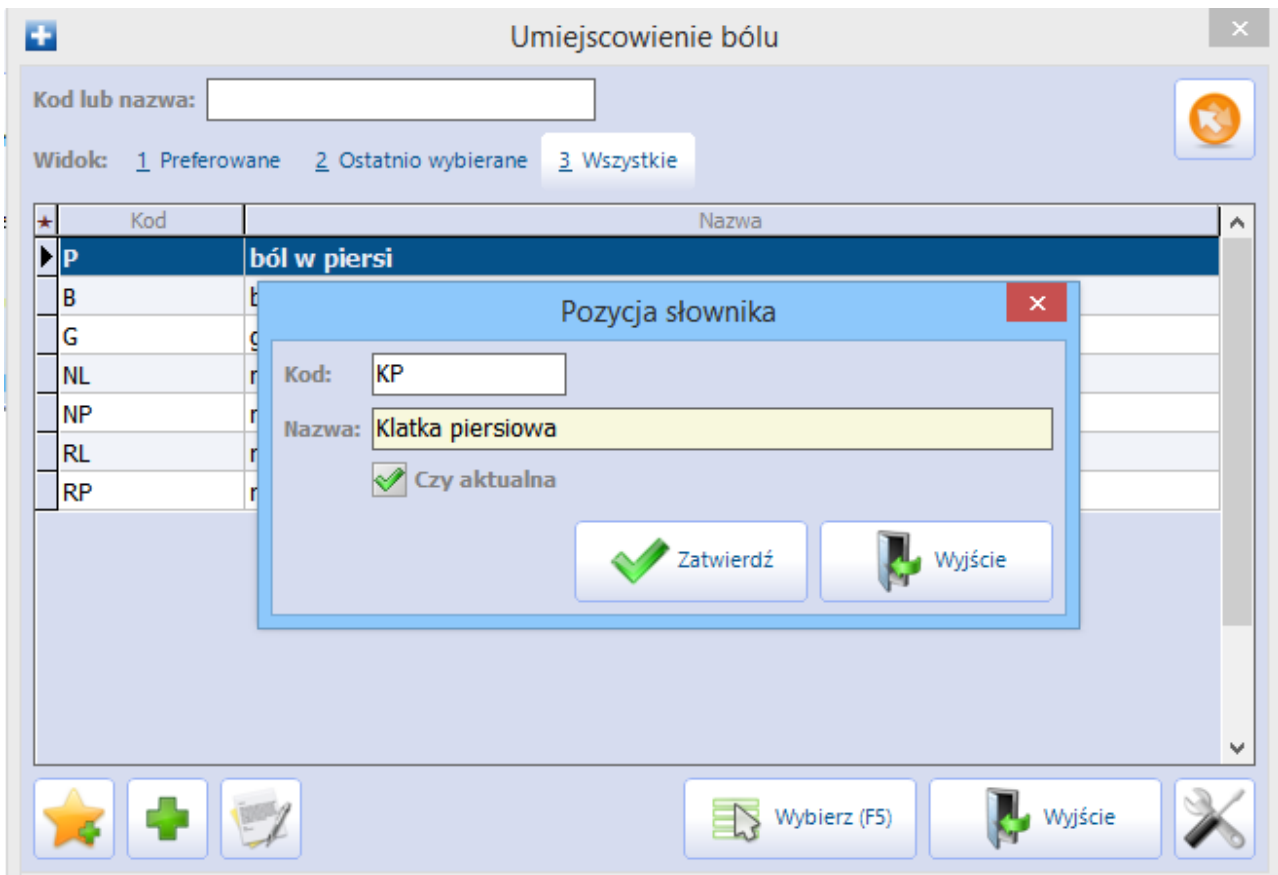
W Module Hospitalizacji funkcjonuje szereg słowników, przy pomocy których wprowadza się dane. Część słowników została wstępnie zdefiniowana przez producenta programu. W razie konieczności ich rozszerzenia o dodatkowe pozycje, należy wybrać menu "Funkcje dodatkowe" znajdujące się w lewym górnym rogu okna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

W wersji 5.16.0 aplikacji mMedica dodano obsługę słownika zestawów materiałów. W ramach słownika istnieje możliwość tworzenia zestawów z materiałami pochodzącymi z różnych grup, ułatwiając ewidencję danych. Słownik wykorzystywany jest na formacie protokołu pielęgniarstwa operacyjnej i anestezyjologicznej.



Aby dodać pozycję do słownika należy:

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



Z kolei pozycje istniejące już w słowniku można 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 wskazań i przeciwwskazań do zabiegu

Ścieżka: [Hospitalizacja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Słownik wskazań i przeciwwskazań do zabiegu](#)

W słowniku dokonuje się powiązania rozpoznania chorobowego ze wskazaniami i przeciwwskazaniami do zabiegu. Słownik jest wykorzystywany do ewidencji danych w oknie [Kwalifikacja chirurgiczna](#), gdzie na podstawie wybranego rozpoznania wyświetlane będą wskazania i przeciwwskazania do zabiegu, do zaznaczenia przez użytkownika, jeśli występują.

Aby dodać pozycję do słownika należy:

1. Wykonać czynności z punktów 1-2 opisane w rozdziale: [Definicja słowników](#).
2. W oknie dialogowym *Wskazania i przeciwwskazania do zabiegu*:
 - a) W sekcji *Rozpoznania* za pomocą przycisku  dodać kod rozpoznania ICD-10, z którym zostaną powiązane wskazania i przeciwwskazania.
 - b) W sekcji *Wskazania i Przeciwwskazania* wpisać odpowiednie wartości w przygotowanych do tego oknach tekstowych. W przypadku wprowadzania większej ilości pozycji, należy oddzielić je od siebie przyciskiem Enter tak, aby każda pozycja rozpoczynała się od nowej linii.
3. Zapisać dane przyciskiem **Zatwierdź**.

Wskazania i przeciwwskazania do zabiegu

Nazwa: Przemieszczenia krążka międzykręgowego ☒ Czy aktualne

Rozpoznanie

Kod	Nazwa
M51.2	Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego

Wskazania

- Ból
- Promieniowanie
- Skurcze

Przeciwwskazania

- Ostra infekcja dróg oddechowych
- Zakrzepica

Zatwierdź Wyjście

1.5.2 Słownik schematów planów opieki pielęgniarstwiej

Ścieżka: [Hospitalizacja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Słownik schematów planów opieki pielęgniarstwiej](#)

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

Schematy wykorzystywane są do tworzenia planów opieki pielęgniarstwiej w oknie [Plan opieki pielęgniarstwiej](#). Przy ich pomocy można w szybki i sprawny sposób utworzyć plan opieki, a następnie zaewidencjonować jego wykonanie.

Dostępne schematy można dowolnie modyfikować za pomocą przycisku  lub tworzyć własne, do czego służy przycisk .

Schematy planu opieki pielęgniarskiej

Diagnoza: Przedmiot: Problem:

Dyżur: ☒ Tylko aktualne

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Kod diagnozy	Nazwa diagnozy	Kod przedmiotu	Nazwa przedmiotu	Problem	Dyżur
10033685	efektywny poziom glukozy we krwi				Nocny i dzienny
10025297	ekspozycja na kontaminację				Nocny i dzienny
10041539	gorączka				Nocny i dzienny
10037593	gorączka przewlekła				Nocny i dzienny
10027550	hiperglikemia				Nocny i dzienny
10023148	rana chirurgiczna				Nocny i dzienny
10025245	ryzyko ekspozycji na kontaminację				Nocny i dzienny
10027337	ryzyko odleżyny				Nocny i dzienny
10042666	ryzyko owrzodzenia stopy cukrzycowej				Nocny i dzienny
10023107	ryzyko urazu okołoperacyjnego				Nocny i dzienny
10015263	ryzyko urazu podczas pozycjonowania ...				Nocny i dzienny
10027652	temperatura ciała w granicach normy				Nocny i dzienny
10029609	zaburzona zdolność zarządzania cewni...				Nocny i dzienny
10022954	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

Diagnoza: 10027337 ... ryzyko odleżyny Przedmiot: ...

Lokalizacja: ... Problem: ...

Dyżur: Dzienny i nocny Dostępność: Publiczny ☒ Aktualny

Interwencje

Kod	Interwencja		Procedura		Czas wykonania	Godziny	Liczba wykon...
	Nazwa	Kod	Nazwa	Kod			
10040224	prewencja odleżyny				Liczba wykon...		2
10035293	utrzymywanie inte...				Godziny	12:00, 18:00	
10035467	używanie (wykorz...				Doraźnie		
10002...	zastosowanie u...				Liczba wykon...		1

Środki

Kod	Nazwa	Ilość

Czynności

Kod	Nazwa

Zatwierdź Wyjście

- **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 wykonania. **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 pielęgniarstwa należy utworzyć samodzielnie poprzez nadanie kodu i nazwy pozycji słownika.

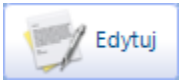
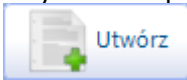
Ilość danych zapisywana w schemacie planu opieki pielęgniarstwa jest kwestią indywidualną, jednak należy pamiętać, że wybranie schematu w oknie [Plan opieki](#) będzie powodować uzupełnienie pól danymi zapisanymi w schemacie. Pola, których uzupełnienie jest wymagane to: diagnoza oraz przedmiot lub lokalizacja lub problem lub interwencja.

Rozdział

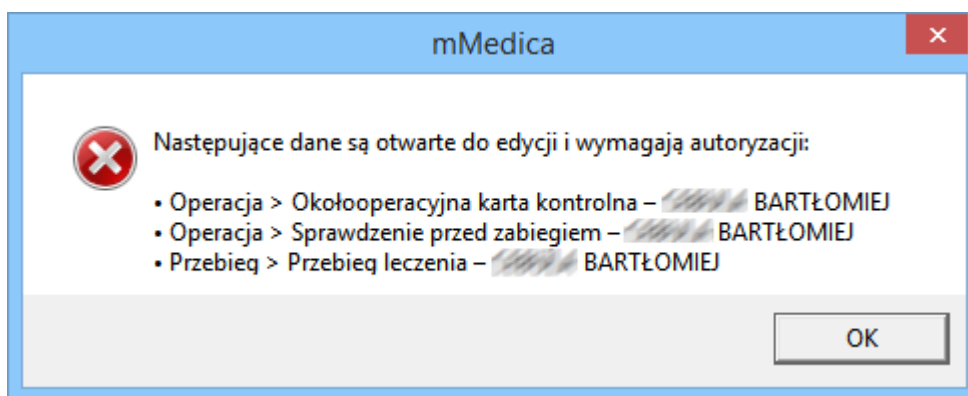
2

Wprowadzanie danych w module

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

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

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



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

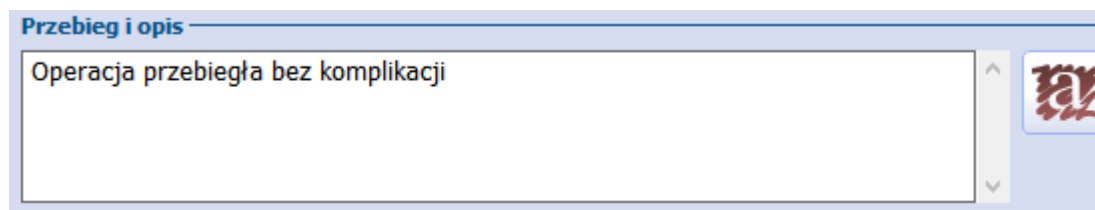
- pola wyboru 
- przyciski, np. 
- pola tekstowe
- [szablony tekstów](#) standardowych
- checkboxy i pola do zaznaczenia 

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

2.1 Szablony tekstów standardowych

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

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



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

Rozdział

3

Utworzenie hospitalizacji

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

3.1 Rezerwacja terminu w Terminarzu

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

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

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

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

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

Utworzenie hospitalizacji

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

3.2 Nowa hospitalizacja

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

Opis poszczególnych pól z okna *Nowa hospitalizacja*:

- **Oddział / komórka org.** - w której będzie realizowana hospitalizacja. Na liście rozwijanej wyświetlane są komórki, których kod resortowy cz. IX wynosi - HC 1.1. Komórka podpowiadana jest domyślnie na podstawie ustawień domyślnych personelu lub na podstawie wartości wybranej we filtrze w panelu *Nawigacja*.
- **Sala** - numer sali, w której będzie przebywał pacjent. Numery sal definiuje się dla poszczególnej komórki w [Strukturze organizacyjnej](#) programu. Jeśli istnieje tylko jedna sala, program podpowie jej numer automatycznie.
- **Komercyjna/prywatna** - utworzenie hospitalizacji prywatnej, finansowanej przez pacjenta. Funkcjonalność ewidencji świadczeń komercyjnych i możliwość ich rozliczenia dostępna jest w Module Komercyjnym.

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

3.3 Lista pacjentów w hospitalizacji planowanej



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

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

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

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

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

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

Hospitalizacje mogą posiadać następujące statusy:

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

The screenshot shows the 'Hospitalizacja - lista pacjentów' window in the mMedica application. The window has a navigation pane on the left with filters for date, department, and status. The main area displays a table of patients. Below the table, there is a detailed view for a specific patient, 'Kowalski Jan (M), 00000000000, 50 lat'. This view is divided into three sections: 'INFORMACJE O PACJENCIE' (Patient Information), 'UBEZPIECZENIE' (Insurance), and 'DOKUMENTY' (Documents).

Nazwisko i imię	Wiek	Data planowana	Data przyjęcia	Data wypisu	Status	Miejsce	Lekarz prowadzący
Jasiński Michał	31 lat	2017-04-25 10:25	2017-04-25 10:25		W przyjęciu	10	Nowak Anna
Kowalski Jan	50 lat	2017-04-25 12:23	2017-04-25 12:23		Do przyjęcia		Nowak Anna
Bela Ewa	90 lat	24-07-2017 12:23	24-07-2017 12:23		W hospitalizacji	1	

Kowalski Jan (M), 00000000000, 50 lat

INFORMACJE O PACJENCIE	UBEZPIECZENIE	DOKUMENTY
Data ur.: 1967-04-07 (50 lat) PESEL: 00000000000 Adres: 40-001 ul. Wojewódzka 1 Telefon: 111-222-333 Upow.: stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU DOKUMENTU DOKUMENTU Pokaż dane osobowe	OW NFZ: Kraje UE eWUŚ: uprawniony do świadczeń Ubezpieczenie: Dokument UE Pokaż dokumenty ubezpieczenia	Zgoda na zabieg: BRAK

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

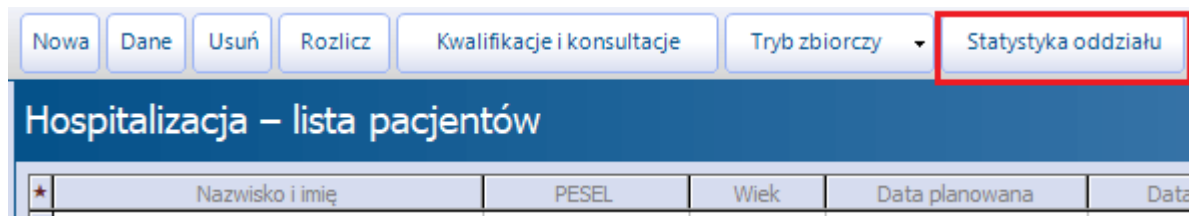
Z lewej strony formatki znajduje się panel nawigacji z filtrami ułatwiającymi wyszukiwanie. Dzięki nim można w prosty sposób wyselekcjonować hospitalizacje na podstawie daty, komórki organizacyjnej, statusu, nazwiska pacjenta, lekarza przyjmującego itd.

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

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

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

- **Rozlicz** – otwiera formatkę rozliczeniową hospitalizacji. Przycisk jest aktywny dla pozycji otwartych w statusie innym niż "Planowane do przyjęcia", "Do przyjęcia" i "Zakończone".
- **Kwalifikacje i konsultacje** - 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 [Hospitalizacji 1-go dnia](#), w rozdziale "Tryb zbiorczy w hospitalizacji".
- **Statystyka oddziału** - przycisk dodany w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica.



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

3.4 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.

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 (zdz. powyżej). W związku z koniecznością precyzyjnego określenia przesunięcia kodu względem marginesów opaski, zastosowano wartość punktową. Punkt wylicza się dzieląc rozdzielczość drukarki przez 25,4 mm (1 cal). Otrzymana wartość określa ilość punktów, jaką naniesie drukarka na obszarze 1 cala (szczegóły poniżej).

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

1. Obliczyć ilość punktów, jaką drukuje dany model drukarki na obszarze 1 cala:
 - a) Ze sterownika drukarki Zebra odczytać wysokość dpi. W przykładzie użyto dpi 300.

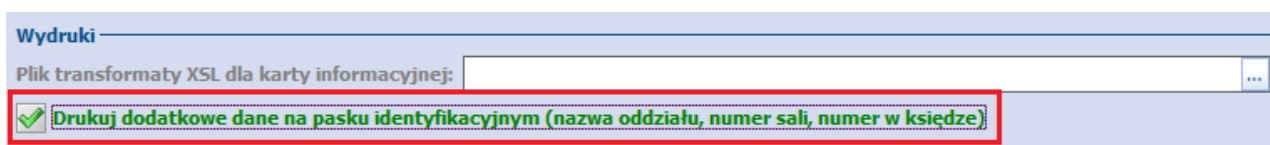
b) Podzielić wysokość dpi przez 25,4 mm (1 cal) i zaokrąglić wynik do liczby całkowitej:

$$300 / 25,4 = 11,81 = 12 \text{ pkt}$$

Określono, że drukarka na obszarze 1 cala nanosi 12 punktów obrazu.

2. Na wykorzystywanej opasce identyfikacyjnej określić obszar zadruku, opierając się na dokumentacji producenta drukarki.
3. Wyznaczony obszar zadruku podzielić na 3 równe części.
4. Obliczyć odległość od pozycji wyjściowej nośnika do linii, która została określona na 1/3 odległości obszaru zadruku (pkt 3 tej instrukcji). Według dokumentacji drukarki Zebra "pozycja wyjściowa wynosi 25,4 mm (1 cal) od krawędzi prowadzącej drukarki".
5. Wynik otrzymany w punkcie 4 przemnożyć przez ilość punktów otrzymaną w punkcie 1.
6. Uzyskany wynik wprowadzić w pole "Margines górny (dłuższy bok)" i zapisać zmiany. Dokonać próbnego wydruku opaski identyfikacyjnej w celu weryfikacji poprawnego umiejscowienia kodu kreskowego na opasce.

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



Wydruki

Plik transformaty XSL dla karty informacyjnej:

☒ Drukuj dodatkowe dane na pasku identyfikacyjnym (nazwa oddziału, numer sali, numer w księdze)

Rozdział

4

Przyjęcie

4.1 Triage

Okno *Triage* 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".

Kowalski Jan (M), 000000000...
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak An...
Przyj. 2017-04-26 10:59

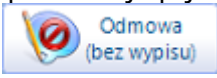
Rozpoznanie: M51.2 – Inne określone ...
Zaplanowane zabiegi: (brak)

Triage

- Pacjent posiada:
 - Skierowanie do szpitala ☒ TAK ☐ NIE
 - Wyniki badań dodatkowych ☐ TAK ☐ NIE
 - Dowód osobisty lub inny dowód tożsamości ☐ TAK ☒ NIE
- Jest na czczo ☐ TAK ☐ NIE
- Zażywa na stałe Acard/Polocard ☐ TAK ☐ NIE
- Odstawił Acard/Polocard zgodnie z zaleceniami lekarza ☐ TAK ☐ NIE
- W ciągu ostatniego tygodnia przebył infekcję/przeziębienie ☐ TAK ☐ NIE
- W ciągu ostatniego tygodnia leczył się z infekcji/przeziębienia m. in. aspiryną, polopiryną ☐ TAK ☐ NIE
- Aktualnie zgłasza katar, ból gardła ☐ TAK ☐ NIE
- Choruje na choroby przewlekłe ☐ TAK ☐ NIE
 - Wie, z powodu jakich schorzeń jest leczony ☐ TAK ☐ NIE
 - Zna nazwy leków zażywanych na stałe ☐ TAK ☐ NIE
 - Zażył rano swoje leki ☐ TAK ☐ NIE
 - Potrafi wymienić nazwy leków, które zażył ☐ TAK ☐ NIE
- Pacjent jest uczulony, np. na leki, pokarmy ☐ TAK ☐ NIE
- Potrafi wymienić, na co jest uczulony ☐ TAK ☐ NIE
- Zmiany skórne w okolicy miejsca operowanego ☐ TAK ☐ NIE
- Pacjent współpracuje z personelem pielęgniarskim ☐ TAK ☐ NIE

Wyniki badań, konsult, skier. Dane podstawowe Drukuj ocenę Wyczyść Autoryzuj Odmowa (bez wypisu)

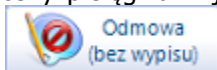
Po uzupełnieniu wszystkich pól, pielęgniarka decyduje o zakwalifikowaniu pacjenta do przyjęcia na oddział, poprzez zaznaczenie odpowiedniej opcji w sekcji *Kwalifikacja do przyjęcia*. W przypadku [odmowy przyjęcia](#)

należy wybrać przycisk , 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 [podstawowych danych](#) hospitalizacji oraz [dokumentów medycznych](#).

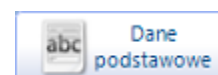
4.1.1 Odmowa przyjęcia

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



należy wybrać przycisk **Odmowa (bez wypisu)**, znajdujący się w prawym dolnym rogu okna *Triaż. Hospitalizacja* 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 **Dane podstawowe** 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.

Podstawowe dane hospitalizacji

1. Realizacja **2. Skierowanie**

Data przyjęcia: 16-10-2020 15:26 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: 1

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

Sala operacyjna: Sala nr: 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.
- **Sala operacyjna** - nazwa/numer sali operacyjnej, na której będzie operowany pacjent.
- **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:

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

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

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

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

Podstawowe dane hospitalizacji

1. Realizacja **2. Skierowanie**

Rodzaj: Skierowanie Nr skierowania: 000000000000mm1655 Cito

Data wystawienia: 27-01-2021 Typ zleceńodawcy: Podmiot leczniczy

Instytucja kierująca: ID -1 ... Przychodnia

Personel kierujący: ID 365117 ... Adam317 Leczniczy

Kod res. cz. V: 01 Nazwa jedn. org.:

Kod res. cz. VII: 001 Nazwa kom. org.: PORADNIA NEUROLOGICZNA

Kod res. cz. VIII: 4900 ... Izba przyjęć szpitala

Rozpoznanie: S42 ... Złamanie barku i ramienia

Strona ciała: Refundacja NFZ Status P1: **Wystawione**

Uwagi: Proszę o przyjęcie na / do Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
Cel wydania: Operacja barku

Komentarze z eSkierowania:

Zatwierdź Wyjście

Jeśli po przyjęciu eSkierowania pojawi się konieczność jego zwrotu np. z powodu rezygnacji pacjenta ze świadczeń bądź z innej przyczyny, należy wybrać przycisk **Wyczyść** , a następnie w wyświetlonym oknie *Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji* wskazać przyczynę odmowy. Na liście rozwijanej znajdują się 2 przyczyny:

- Rezygnacja pacjenta
- Brak zleconych świadczeń w ofercie placówki

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

Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji

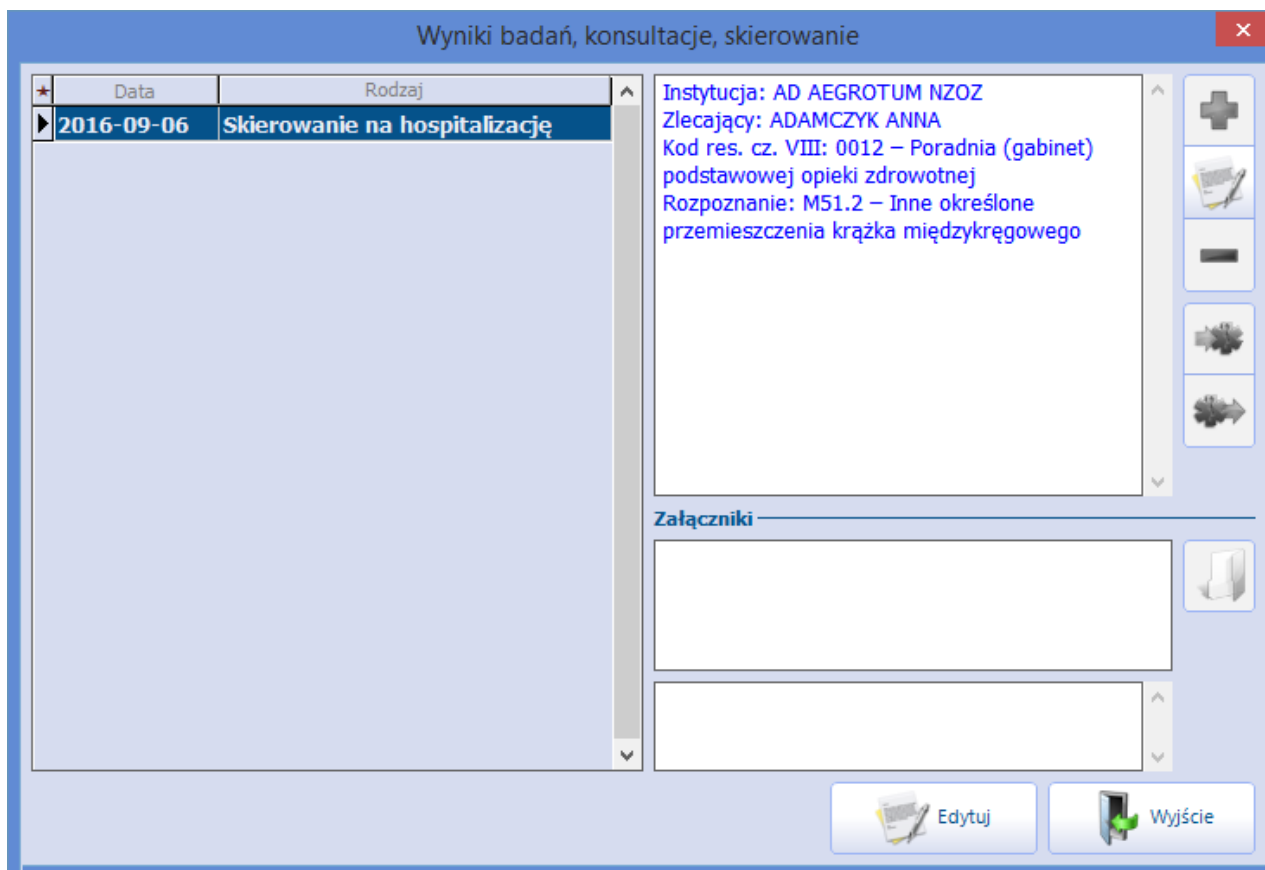
Przyczyna: Rezygnacja pacjenta

Odrzuć eSkierowanie Wyjście

4.1.3 Dokumenty medyczne hospitalizacji

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

należy wybrać przycisk  Wyniki badań, konsult, skier. znajdujący się zawsze w dolnym panelu okna. Otwarte zostanie okno *Dokumenty medyczne hospitalizacji* prezentujące wszystkie dokumenty medyczne pacjenta. Przy każdorazowym otwarciu hospitalizacji system sprawdza obecność nowych dokumentów medycznych i jeśli takowe są, wyświetlone zostaną w oknie powiadomiania, otwieranym automatycznie.



Data	Rodzaj
2016-09-06	Skierowanie na hospitalizację

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

Załączniki

Edytuj Wyjście

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

- Badanie diagnostyczne
- Badanie laboratoryjne
- Konsultacja

4.2 Wywiad pielęgniarzski

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

- *Wywiad pielęgniarzski*
- *Ocena układów*

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

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

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

Przyjęcie
Hospitalizacja
Operacja
Reoperacja
Wypis

Kowalski Jan (M), 00000000000, 50 ...
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-04-26 10:59

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone przebiegi...**
Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Wywiad pielęgniarzki
Ocena układów

Skóra

Odleżyny według skali Norton

Wzrok

☐ Prawidłowy
☐ Niedowidzenie
☐ Ślepota

☒ Stosowanie okularów
☐ Stosowanie soczewek
Inna korekta wzroku:

Dolegliwości:

Diagnozy

Kod	Nazwa

Słuch

Węch

Smak

Układ nerwowy i funkcje poznawcze

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
Hospitalizacja
Operacja
Reoperacja
Wypis

Kowalski Jan (M), 00000000000...
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-04-26 10:59

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone p...**
Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w razie potrzeby

Nazwisko i imię: Kowalska Barbara

Adres: ul. Wojewódzka 1

Telefon: 111-222-333

Dokumenty upoważniające / oświadczenia

Rodzaj:
☒ Tylko aktualne

Data	Rodzaj	Nazwisko i imię	Kontakt	Komórka	Akt.	Załącznik
2017-04-26	Upoważnienie do u...	Paper Krzysztof			✓	

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**

razie potrzeby 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 zabieg

W oknie *Zgoda na zabieg* istnieje możliwość wprowadzenia rozbudowanego dodatkowego opisu zabiegu, oświadczenia lekarza oraz oświadczenia pacjenta.

W celu wydrukowania zgody pacjenta na zabieg/operację należy wybrać przycisk **Drukuj zgodę na zabieg**, znajdujący się w dolnej części okna. Wydrukowaną zgodę na zabieg, po podpisaniu przez lekarza kwalifikującego, można zeskanować i dołączyć do danych hospitalizacji, do czego służy sekcja *Załącznik*.

Kowalski Jan (M), 000000... Rozpoznanie: M51.2 – Inne określenie...
Oddział: urazowo-ortopedyczny, Now... Zaplanowane zabiegi: (brak)
Przyj. 2017-04-26 10:59

Dodatkowy opis zabiegu

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

Oświadczenie lekarza

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

Oświadczenie pacjenta

Pacjent podpisał zgodę na zabieg.

Załącznik

Zgoda na zabieg Kowalski J [DOCX]

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

4.5 Zgoda na leczenie

W wersji 6.4.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji planowanej 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**).

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

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 *Wszystkie zgody*. 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 . Czynność ta spowoduje wyświetlenie jej danych w sekcji *Bieżąca zgoda*. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem .

4.6 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 uzupełnionego przez pacjenta.

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

Kowalski Jan (M), 0000000...
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowa...
Przyj. 2017-04-26 10:59

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określo...**
Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

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

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

Załącznik

Uwagi

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

4.7 Skala Barthel

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

Zgoda na leczenie

Ocena ryzyka zakażenia

BARTHEL
Skala Barthel

GSGW
Skala Glasgow

VES-13
Skala VES-13

Przyjęcie

ICD9
Procedury

☒ 5 – Niezależny lub pod prysznicem

Poruszanie się po powierzchniach płaskich

☐ 0 – Nie porusza się lub do 50 m

☐ 5 – Niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m

☐ 10 – Spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby, powyżej 50 m

☒ 15 – Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m

Wchodzenie i schodzenie po schodach

☐ 0 – Nie jest w stanie

☐ 5 – Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie

☒ 10 – Samodzielny

Ubieranie się i rozbieranie

☐ 0 – Zależny

☒ 5 – Potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy

☐ 10 – Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.

Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu

☐ 0 – Nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw

☐ 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)

☒ 10 – Panuje, utrzymuje stolec

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 moczo

Wynik oceny

Liczba punktów:

Uwagi

Wyniki badań, konsult, skier.

Drukuj

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów.

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

4.8 Skala Glasgow

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

Kowalski Jan (M), 51 lat
Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 24-05-2019 08:45, sala 1

Rozpoznanie: **(brak)**
Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Reakcja otwierania oczu

- ☐ Spontaniczna
- ☒ Na polecenia
- ☐ Na bodźce bólowe
- ☐ Nie otwiera oczu

Reakcja słowna (mowa)

- ☒ Logiczna (pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby)
- ☐ Odpowiedź splątana (pacjent zdezorientowany)
- ☐ Odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
- ☐ Niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
- ☐ Brak reakcji słownej

Reakcja ruchowa (motoryczna)

- ☒ Spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
- ☐ Ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
- ☐ Reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
- ☐ Patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
- ☐ Patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
- ☐ Bez reakcji

Punktacja w skali Glasgow

Liczba punktów: Ocena zaburzenia przytomności pacjenta wg GCS: łagodne zaburzenia przytomności

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj skalę Wyczyść Autoryzuj

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

4.9 Skala VES-13

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

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów

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

4.10 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 / Planowany zabieg*

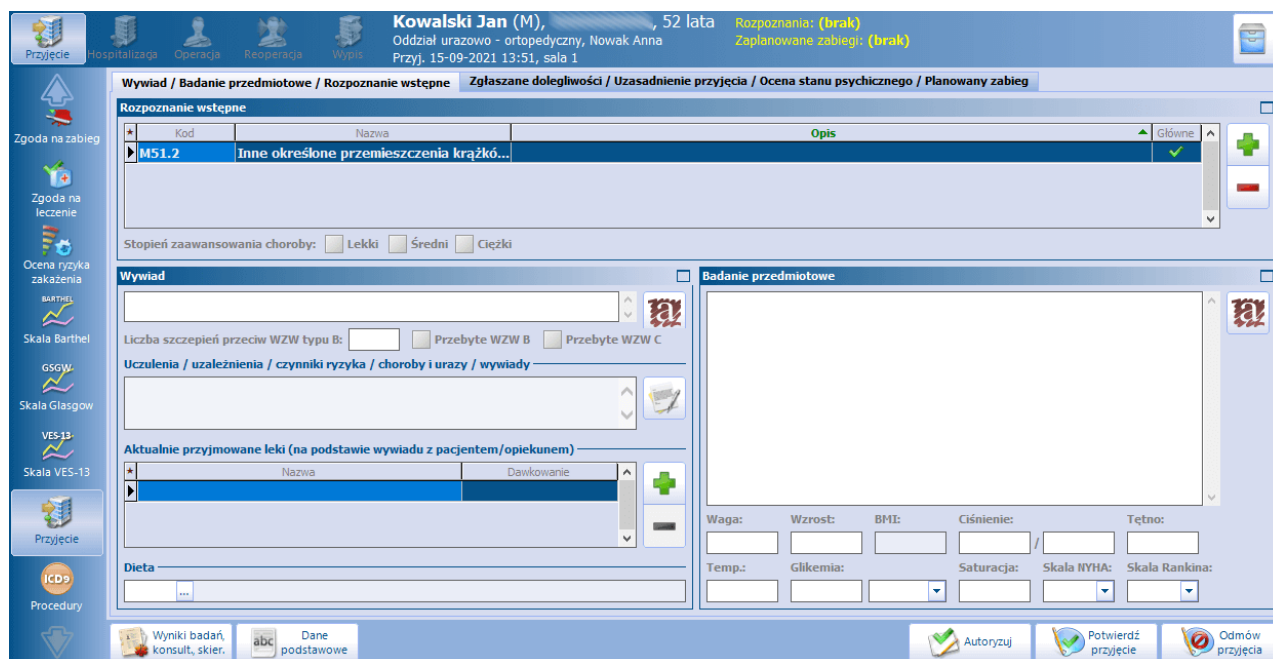
Na zakładce *Wywiad / Badanie przedmiotowe...* znajdują się okna, służące do ewidencji danych m.in. do wprowadzenia szczegółowego wywiadu i opisanie przeprowadzonego badania przedmiotowego. Treść można wprowadzić ręcznie w oknach tekstowych lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, po ich wcześniejszym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

Na zakładce *Postępowanie lekarskie / Uzasadnienie przyjęcia...* istnieje możliwość wprowadzenia rozbudowanego opisu postępowania lekarskiego, uzasadnienia przyjęcia i oceny stanu psychicznego pacjenta. Można również wstępnie zaplanować zabieg i liczbę dni hospitalizacji (okno *Planowany zabieg*).



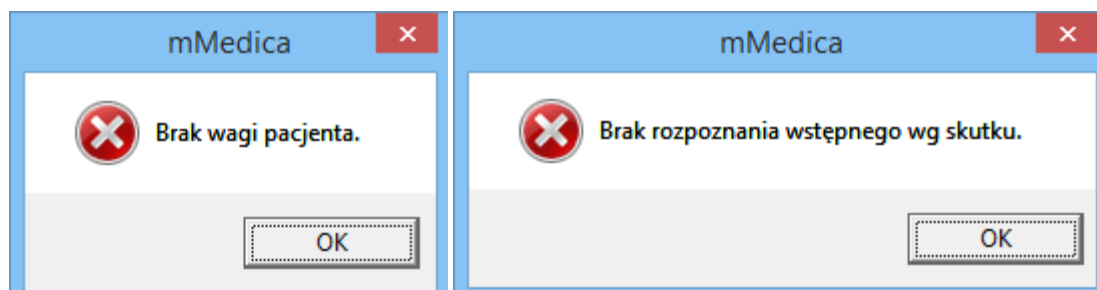
Aby móc potwierdzić przyjęcie pacjenta na oddział wymagane jest wprowadzenie następujących danych:

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

Uzupełnienie danych o planowanych zabiegu i liczbie szczepień przeciw WZW typu B jest opcjonalne.

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

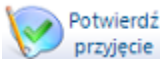
 **Potwierdź przyjęcie**, wyświetlony zostanie stosowny komunikat, np.:



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

Dieta / ciąża	
Dieta:	Ciąża: Brak Niepotwierdzona Potwierdzona

4.10.1 Przyjęcie pacjenta na oddział

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych, w celu przyjęcia pacjenta na oddział należy wybrać przycisk , znajdujący się w prawym dolnym rogu formatki. Potwierdzenie przyjęcia pacjenta spowoduje:

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

Ponadto zostanie otwarte kolejne okno - [Hospitalizacja](#), umożliwiając dalsze ewidencjonowanie danych. Hospitalizacja otrzyma status "W hospitalizacji".

4.10.2 Odmowa przyjęcia na oddział

W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta na oddział należy wybrać przycisk , 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.

4.11 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

5

Hospitalizacja

5.1 Przebieg leczenia pacjenta

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

- [Rozpoznanie / Wywiady / Badania przedmiotowe](#)
- [Oceny wyników leczenia](#)
- [Zdarzenia niepożądane](#)
- [Oceny skutków znieczulenia](#)

5.1.1 Rozpoznanie, 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).

Rozpoznanie 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 [przyjęcia](#).



- dodaje rozpoznanie współistniejące ze słownika klasyfikacji chorób ICD-10. Rozpoznanie współistniejące podpowiadane jest automatycznie na podstawie rozpoznania współ. określonego podczas [przyjęcia](#)

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

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 [instrukcji obsługi](#) programu, w rozdziale "Powiązania dla procedur ICD-9".

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

Zapisane dane 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 Oceny wyników leczenia

Po zakończeniu operacji dokonuje się oceny wyników leczenia, do czego została przygotowana omawiana zakładka.

Doba po zabiegu podpowiadana jest przez program automatycznie na podstawie czasu, który upłynął od zakończenia operacji/zabiegu a daty i godziny dokonywania oceny wyników leczenia.

Sekcja *Ocena rany pooperacyjnej* aktywuje się, umożliwiając wprowadzenie danych, jeśli w oknie Operacja/zabieg zostaną wprowadzone i zautoryzowane dane. W przypadku zaznaczenia choć jednej z opcji znajdującej się w omawianej sekcji np. "Zapach z rany", program automatycznie zaznaczy checkbox "Rana czysta: NIE".

Ze względu na możliwość dokonania kilku ocen, każde odnotowane dane należy zatwierdzić za pomocą przycisku **Zapisz zmianę** . Zapisane dane będą wyświetlane w oknie po prawej stronie ekranu, tj. *Wszystkie oceny*, gdzie można je przeglądać i modyfikować.

W przypadku gdy doszło do zakażenia rany pooperacyjnej należy zaznaczyć checkbox "Stwierdzono zakażenie: TAK" i pamiętać o wypełnieniu danych w oknie [Zgłoszenie zakażenia](#).

5.1.3 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.

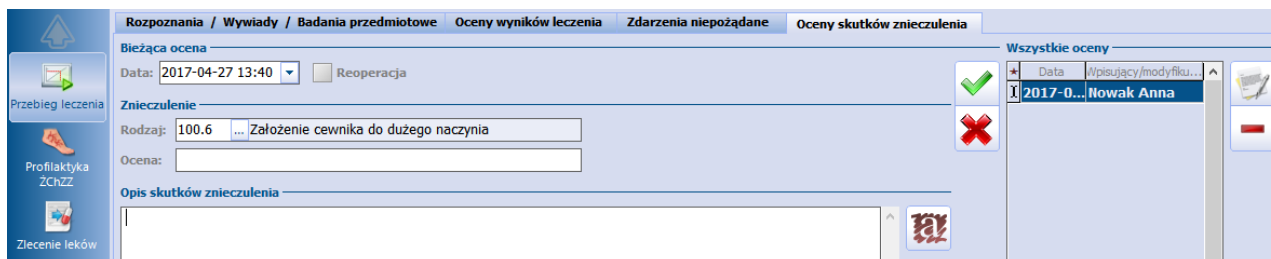
Checkbox "Reoperacja" zaznacza się automatycznie, jeżeli była wykonana reoperacja. Rozpoczęcie edycji danych na zakładce spowoduje uzupełnienie pola "Data" bieżącą datą i godziną.

Ze względu na możliwość wystąpienia kilku zdarzeń podczas trwania hospitalizacji, każde odnotowane zdarzenie należy zatwierdzić za pomocą przycisku **Zapisz zmianę** . Zapisane dane będą wyświetlane w oknie po prawej stronie ekranu, tj. *Wszystkie zdarzenia*, gdzie można je przeglądać i modyfikować.

5.1.4 Oceny skutków znieczulenia

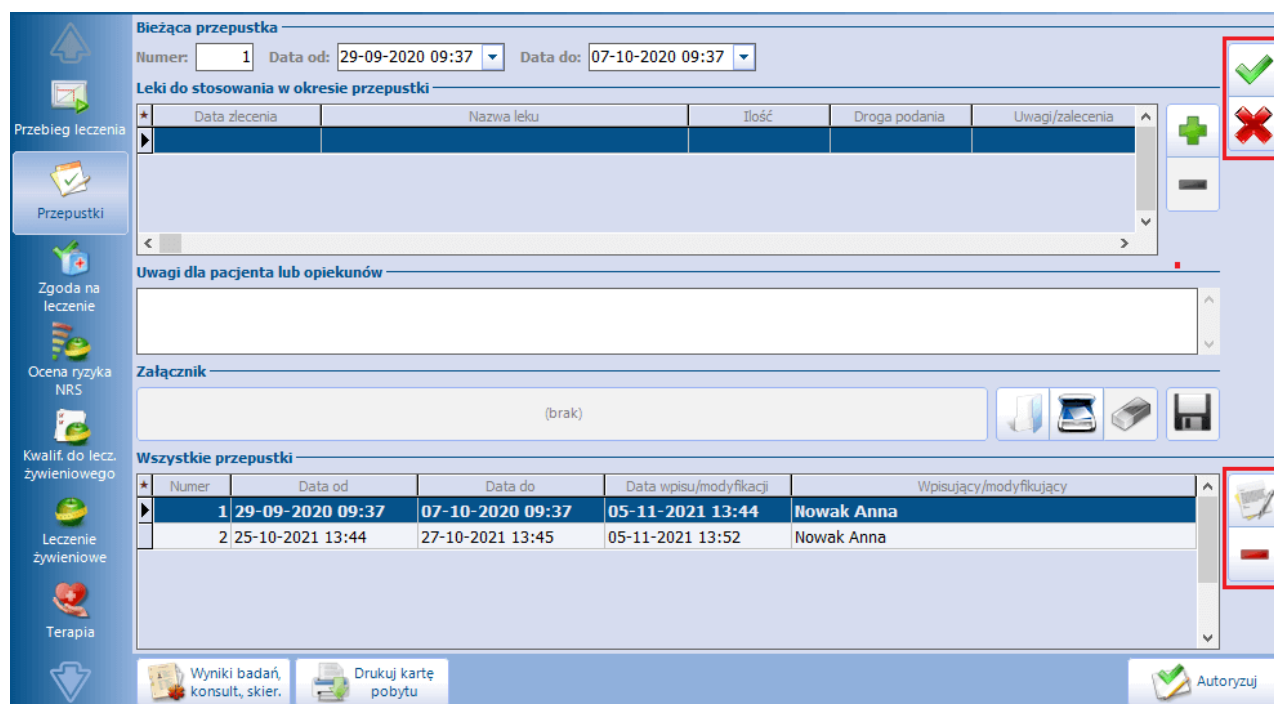
Zakładka *Oceny skutków znieczulenia* służy do ewidencji skutków znieczulenia podawanego pacjentowi podczas leczenia. Rozpoczęcie edycji danych na zakładce spowoduje uzupełnienie pola "Data" bieżącą datą i godziną. Checkbox "Reoperacja" zaznacza się automatycznie, jeżeli była wykonana reoperacja.

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



5.2 Przepustki

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



W celu wprowadzenia przepustki należy w sekcji Bieżąca przepustka 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 , 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.

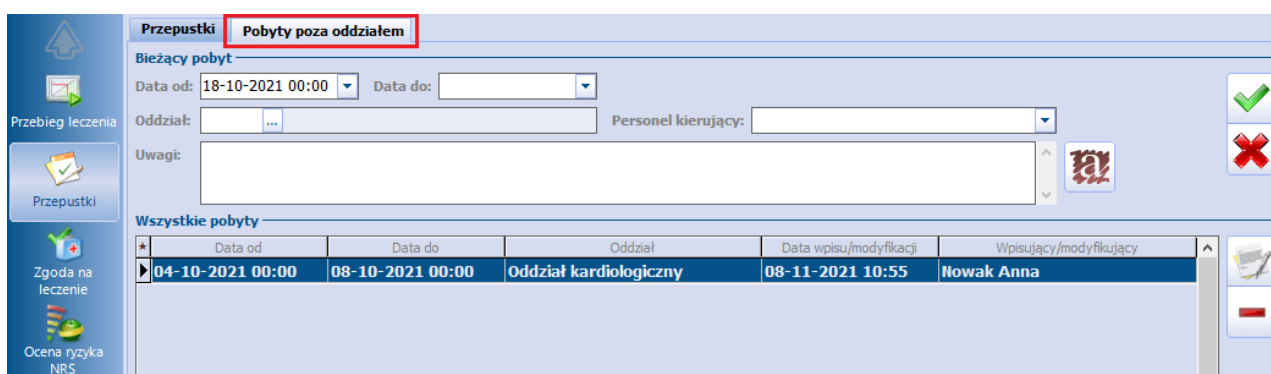
Aby zatwierdzić wprowadzone dane, należy wybrać przycisk .

Wprowadzone przepustki pacjenta będą widoczne w sekcji Wszystkie przepustki. 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 Bieżąca przepustka. 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 Wszystkie przepustki, a następnie wybrać przycisk **Drukuj kartę pobytu**.

Od wersji 7.3.0 aplikacji mMedica, w przypadku hospitalizacji planowanej bez zabiegu/operacji, w omawianym oknie dostępna jest zakładka **Pobyty poza oddziałem**.



Służy ona do ewidencji danych pobytu poza oddziałem w sytuacji, gdy pacjent został przetransportowany do szpitala z powodu zagrożenia stanu zdrowia lub życia.

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 planowanej 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 [Przyjęcie > Zgoda na leczenie](#).

5.4 Ocena ryzyka NRS

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

Bieżąca ocena

Data: 23-09-2020 13:31 Waga: Wzrost: BMI:

Pogorszenie stanu odżywienia

☐ Brak – prawidłowy stan odżywienia

☐ Lekkie – utrata masy ciała > 5% w ciągu 3 miesięcy lub spożycie pokarmu 50–75% potrzeb w ostatnim tygodniu

☐ 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

Nasilenie: ☐ TAK ☐ NIE

Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)

☐ Brak – zwykle zapotrzebowanie

☐ Lekkie – np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) – marskość wątroby, POChP, radioterapia

☐ Średnie – rozległe operacje brzuszne, udar mózgu, chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe, pooperacyjna niewydolność nerek, chemioterapia

☐ Ciężkie – uraz głowy, przeszczep szpiku, chory w oddziale intensywnej terapii

Nasilenie: ☐ TAK ☐ NIE

Wynik

Liczba punktów: 0

☐ Wskazane leczenie żywieniowe ☒ Rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień

Data ponownej oceny: 30-09-2020

Wszystkie oceny

Data	Wpisujący/modyfikujący	Wynik
23-09-2020 13:26	Nowak Anna	1

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj ocenę Autoryzuj

Aby wprowadzić ocenę, należy w sekcji Bieżąca ocena 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 Bieżąca ocena. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem

W celu wydruku oceny należy wybrać przycisk **Drukuj ocenę**.

5.5 Kwalifikacja do leczenia żywieniowego

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

5.6 Leczenie żywieniowe

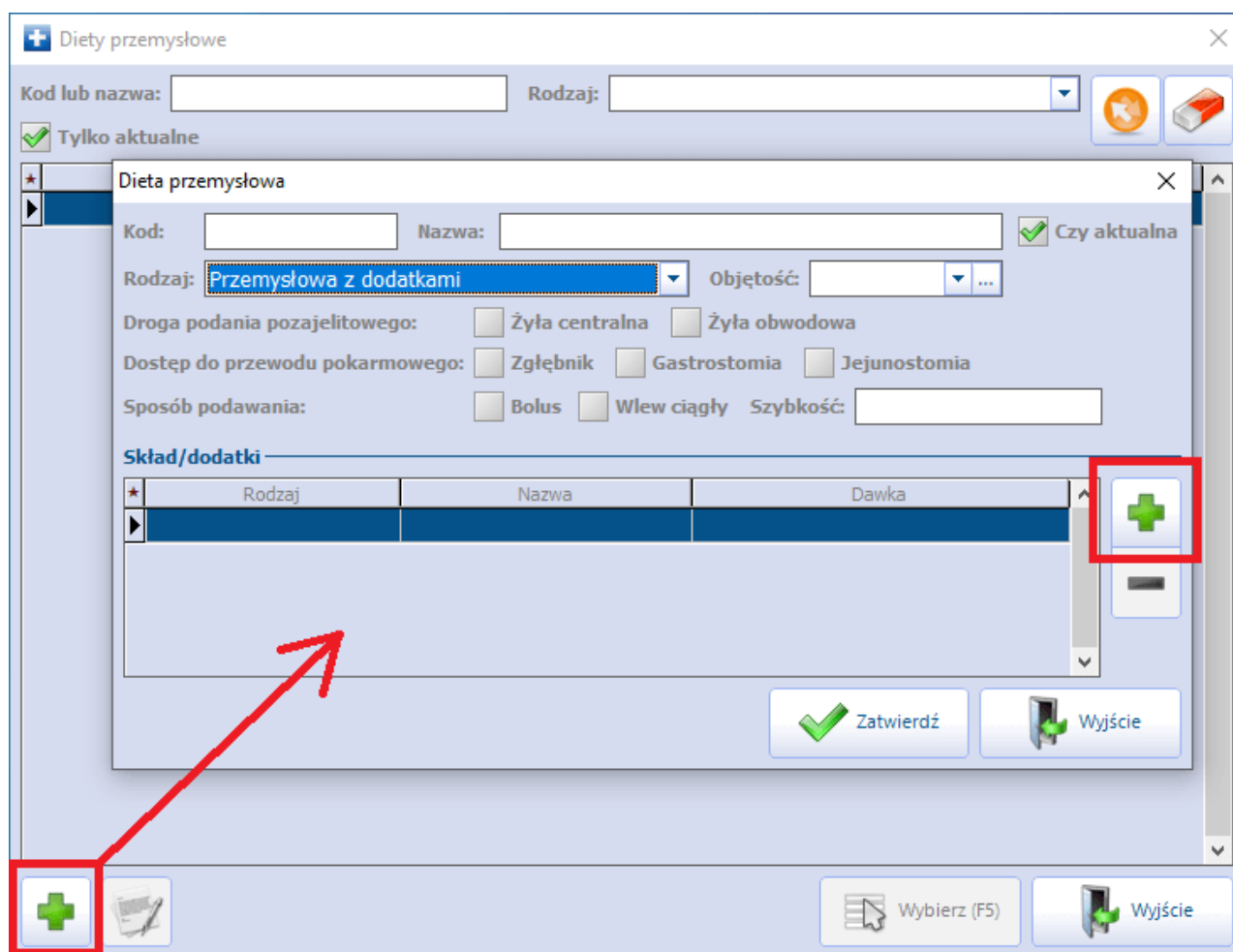
W wersji 6.6.0 aplikacji mMedica dodano możliwość ewidencji karty leczenia żywieniowego.

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



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

 Dodatki do diety przemysłowej - wielowybór

Kod lub nazwa:

Kod	Nazwa
F	Fosforany
I	Insulina jedn.
M	Magnez
L	Pierwiastki śladowe
P	Potas
S	Sód
A	Wapń
B	Witamina B1
W	Witaminy

 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 danych leczenia w sekcji **Skład/dodatki**. Dla danego leczenia żywieniowego jest możliwość wprowadzenia badań kontrolnych (sekcja **Badania kontrolne**). Przy uzupełnianiu tej sekcji użytkownik wykorzystuje słownik badań laboratoryjnych, wywoływany przyciskiem .

5.7 Terapia

Zakładka *Terapia* umożliwia wprowadzanie informacji o sesjach terapeutycznych.

Kowalski Jan (M), ,...
Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 20-04-2021 11:49, sala 1, nr w księdze...

Rozpoznanie: **M12.5 – Artropatia pourazowa...**
Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Bieżąca sesja/terapia

Rodzaj:

Data od: 10-01-2022 17:45 Data do: 10-01-2022 18:15 Czas trwania: 30 (min)

Procedura: 94.44 ... Terapia grupowa - inne Krotność: 1

Realizujący: Nowak Anna

Wszystkie sesje/terapie

Rodzaj: Procedura:

Data od: Data do: Personel:

Data od	Data do	Kod procedury	Nazwa procedury	Rodzaj	Wpisujący/modyfikujący
10-01-2022 1...	10-01-2022 1...	94.44	Terapia grupowa - inne	Terapia psycholo...	Nowak Anna

Terapia

Wprowadzenia danych sesji dokonuje się w sekcji Bieżąca sesja/terapia, 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/terapii X

Kod lub nazwa: ☒ Tylko aktualne  

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Kod	Nazwa
FIZJO	Fizjoterapia
NEURO	Terapia neurologopedyczna
PSYCH	Terapia psychologiczna
TYFLO	Terapia tyflopedagogiczna

^

    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 . 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 , pozwalający na skorzystanie z funkcjonalności szablonów tekstów standardowych. Funkcjonalność ta opisana jest szczegółowo w [instrukcji obsługi](#) 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 Wszystkie sesje/terapie, 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 .

W sekcji Wszystkie sesje/terapie 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 Bieżąca sesja/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 Wszystkie sesje/terapie został udostępniony przycisk . Powoduje on skopiowanie danych podświetlonej na liście pozycji do pól w sekcji Bieżąca sesja/terapia. 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 żylnych chorób 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.

Kowalski Jan (M), 000000000...
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak A...
Przyj. 2017-04-26 10:59, sala 11, nr w ks...

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone...**
Zaplanowane zabiegi: **80.519 – Usunięc...**
Planowana liczba dni hospitalizacji: **3, sto...**

Czynniki ryzyka

- ☒ Wiek 41-60 lat ☐ Wiek 61-75 lat ☐ Wiek powyżej 75 lat
- ☐ Mały zabieg chirurgiczny (trwający krócej niż 45 minut) ☒ Duży zabieg chirurgiczny (otwarty, trwający dłużej niż 45 minut)
- ☐ Żyłki kończyn dolnych ☐ Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa w wywiadzie rodzinnym
- ☐ Doustna antykoncepcja lub hormonalna terapia zastępcza
- ☒ Choroba zapalna jelit w wywiadzie
- ☐ Otyłość
- ☐ Zaburzenia czynności płuc
- ☐ Poważna choroba płuc, w tym zapalenie płuc (< 1 mies.)
- ☐ Zabieg artroskopowy
- ☐ Zabieg laparoskopowy trwający dłużej niż 45 minut
- ☐ Nowotwór złośliwy
- ☐ Przebyta zakrzepica żył głębokich lub zator tętnicy płucnej
- ☐ Planowa protezoplastyka dużych stawów kończyn dolnych

Klasyfikacja ryzyka powikłań

Liczba punktów: Ryzyko powikłań: ☐ Bardzo małe ☐ Małe ☐ Średnie ☒ Duże

Rekomendacja: łączenie profilaktyki farmakologicznej i kompresjoterapii-bandażowania.

5.9 Zlecenie leków

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

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

Kowalski Jan (M), 51 ...
Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 16-05-2019 14:02, sala 1, nr w księdze 2/2...

Rozpoznanie: **M51.2 - Inne określone przebiegi...**
Zaplanowane zabiegi: (brak)
Uczulenia: **leki; jad owada**

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

Dane ogólne
Dieta:
Uczulenia: **leki; jad owada**

Zlecone leki

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

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

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

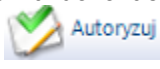
Aby dodać lek na zlecenie należy wybrać jedną z zakładek, np. Baza leków Pharmindex, następnie dwukliknięciem wybrać odpowiedni lek z listy. Otwarte zostanie okno *Lek na zleceniu*, gdzie dodatkowo można wprowadzić ilość leku, jaka ma zostać podana, a także wpisać uwagi/zalecenia. W wersji 8.2.0 programu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

Każdy lek na zleceniu musi mieć określony dokładny czas podania. W związku z tym w sekcji "Czas podania" należy wskazać dni i godziny, kiedy lek ma zostać podany pacjentowi. Czas podania leków można określić bardzo szczegółowo, poprzez zaznaczenie konkretnych godzin podania. Na podstawie zlecenia na formatce *Podanie leków* zostaną wtedy wyświetlone leki w liczbie rekordów równej czasowi podania. Osoba podająca leki zaznacza dla każdej godziny zlecenia podanie bądź niepodanie leku.

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

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

Po zatwierdzeniu danych, wybrany lek zostanie wyświetlony po prawej stronie ekranu, gdzie za pomocą dostępnych przycisków można dokonać jego edycji lub usunięcia. Po wybraniu wszystkich leków, zmiany

należy zapisać przyciskiem . Po ponownym przejściu do zakładki *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 przeglądania historii zleconych leków. Służy do tego zakładka *Historia leków*.

Lek	Data zlecenia	Zlecający	Data wycofania	Wycofujący
Atarax tabl. powł. 10 mg	16-05-2019 14:35	Nowak Anna		

Czynność	Data	Personel	Ilość	Droga p...	Uwagi/zalec...	Od dnia	Do dnia	Czas podania
Modyfikacja	16-05-2019 14:35	Nowak Anna				16-05-2019	16-05-2019	godz. 19:00, 20:00
Zlecenie	16-05-2019 14:35	Nowak A...				16-05-2019	16-05-2019	godz. 20:00

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

5.10 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 czasie podania.

Zlecone leki mogą być wyróżnione następującymi kolorami:

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

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

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

Przebieg leczenia

Kwalifikacja do zabiegu

Zgoda na zabieg

Zlecenie leków

Podanie leków

Obserwacje

Aktualne zlecenie

Data: 29-06-2022

<< >>

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

Historia podań

Data podania od:

Data podania do:

Nazwa leku:

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

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

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

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

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

5.11 Protokół przetoczenia krwi

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

Ze względu na to, że część danych dotyczących przetoczenia krwi ewidencjonuje pielęgniarka, a drugą część lekarz, dokumenty zostały częściowo zablokowane do edycji. Użytkownik zalogowany na koncie pielęgniarki ma uprawnienia do dodawania i edycji protokołów przetoczeń krwi. Z kolei użytkownik zalogowany na koncie lekarza ma możliwość jedynie edycji danych znajdujących się w polu *Ocena przebiegu przetoczenia*.

Bieżący protokół

Data rozpoczęcia: 2017-08-10 09:06 Data zakończenia:

Grupa krwi pacjenta: 0 Rh- Składnik krwi:

Grupa przetoczanej krwi: Nr donacji składnika krwi: 11111

Parametry przed przetoczeniem

Godzina: Temperatura: Tętno: RR: /

Parametry 15 minut po rozpoczęciu przetoczenia

Godzina: Temperatura: Tętno: RR: /

Parametry po zakończeniu przetoczenia

Godzina: Temperatura: Tętno: RR: /

Ocena przebiegu przetoczenia

Wszystkie protokoły

Data	Wpisujący/modyfikujący
2017-08-10 09:06	Nowak Anna

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj protokół Autoryzuj

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

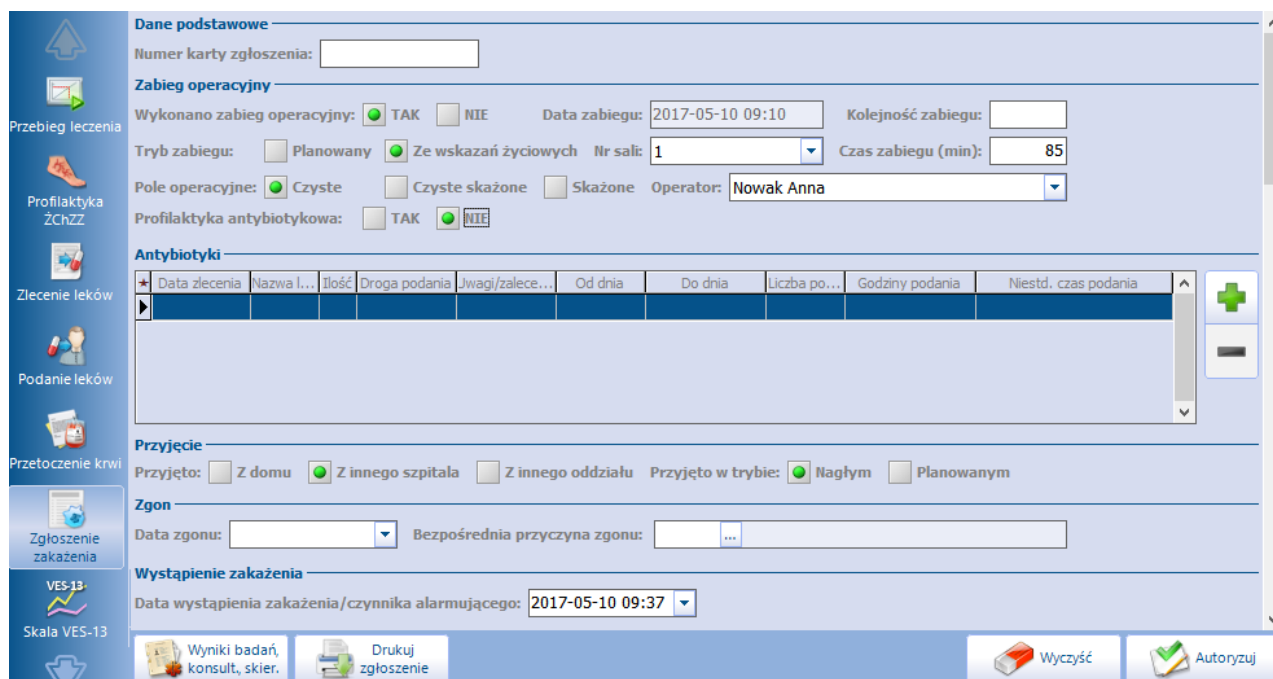
wybrany rekord i wybrać przycisk . Modyfikowane dane zostaną wyświetlone powyżej, gdzie należy dokonać odpowiednich poprawek i ponownie je zapisać.

Po wprowadzeniu danych można dokonać wydruku protokołu przebiegu przetoczenia składników krwi, do czego służy przycisk .

5.12 Zgłoszenie zakażenia

W przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego należy uzupełnić dane w oknie *Zgłoszenie zakażenia* i wydrukować Kartę rejestracji zakażenia szpitalnego.

Większość danych podpowiadana jest na podstawie informacji wprowadzanych w kolejnych etapach hospitalizacji pacjenta, np. dane w sekcji *Zabieg operacyjny* pobierane są z okna [Operacja/zabieg](#), a dane w sekcji *Czynniki ryzyka w chwili przyjęcia do szpitala* z okna [Ocena ryzyka zakażenia](#) uzupełnianego podczas przyjęcia pacjenta na oddział.



Dane podstawowe

Numer karty zgłoszenia:

Zabieg operacyjny

Wykonano zabieg operacyjny: ☒ TAK ☐ NIE Data zabiegu: 2017-05-10 09:10 Kolejność zabiegu:

Tryb zabiegu: ☐ Planowany ☒ Ze wskazań życiowych Nr sali: 1 Czas zabiegu (min): 85

Pole operacyjne: ☒ Czyste ☐ Czyste skażone ☐ Skażone Operator: Nowak Anna

Profilaktyka antybiotykowa: ☐ TAK ☒ NIE

Antybiotyki

Data zlecenia	Nazwa l...	Ilość	Droga podania	Uwagi/zalece...	Od dnia	Do dnia	Liczba po...	Godziny podania	Niestd. czas podania

Przyjęcie

Przyjęto: ☐ Z domu ☒ Z innego szpitala ☐ Z innego oddziału Przyjęto w trybie: ☒ Nagłym ☐ Planowanym

Zgon

Data zgonu: Bezpośrednia przyczyna zgonu:

Wystąpienie zakażenia

Data wystąpienia zakażenia/czynnika alarmującego: 2017-05-10 09:37

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj zgłoszenie Wyczyść Autoryzuj

5.13 Skale ocen

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

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

5.13.1 Skala Barthel

Ścieżka: [Skale ocen](#) > [Skala Barthel](#)

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

Skala Barthel Zmodyfikowana skala Barthel Skala Glasgow Skala YES-13

Bieżąca ocena

☐ 10 – Spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby, powyżej 50 m

☒ 15 – Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m

Wchodzenie i schodzenie po schodach

☐ 0 – Nie jest w stanie

☐ 5 – Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej przenoszenie

☒ 10 – Samodzielny

Ubiieranie się i rozbieranie

☐ 0 – Zależny

☒ 5 – Potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy

☐ 10 – Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.

Kontrolowanie stolca/zwieracanie odbytu

☐ 0 – Nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw

☐ 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)

☒ 10 – Panuje, utrzymuje stolec

Kontrolowanie moczu/zwieracanie pęcherza moczowego

☐ 0 – Nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny

☒ 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)

☐ 10 – Panuje, utrzymuje moczu

Wynik oceny

Liczba punktów: Pacjent wymaga dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym: ☐ TAK ☒ NIE

Wszystkie oceny

Data	Wpisujący/modyfikujący
24-05-2019 09:43	Nowak Anna
23-05-2019 10:04	Nowak Anna

Skala ocen

W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny 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 Wszystkie oceny, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali Barthel. 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 Bieżąca ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie oceny 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 Wszystkie oceny dodano kolumnę "Wynik", w której prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

5.13.2 Zmodyfikowana skala Barthel

Ścieżka: [Skale ocen](#) > [Zmodyfikowana skala Barthel](#)

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

The screenshot displays the 'Zmodyfikowana skala Barthel' interface. On the left is a sidebar with navigation icons. The main area is divided into a form for 'Bieżąca ocena' and a table for 'Wszystkie oceny'. The form includes several sections with checkboxes and radio buttons for different activities. The table shows two entries for patient 'Nowak Anna'. At the bottom, the 'Drukuj skalę' button is highlighted with a red rectangle.

Data	Wpisujący/modyfikujący	Wynik
01-10-2020 09:46	Nowak Anna	17
28-09-2020 14:03	Nowak Anna	11

Sposób ewidencji danych ocen wg powyższej skali jest taki sam, jak dla [skali Barthel](#). W celu wydruku wskazanej oceny należy wybrać przycisk **Drukuj skalę**.

5.13.3 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 planowanej.

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

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 Wszystkie oceny, 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 Bieżąca ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie oceny 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 Wszystkie oceny dodano kolumnę "Wynik", w której prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

5.13.4 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*.

Kowalski Jan (M), 51 lat
Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 23-05-2019 09:26, sala 1, nr w księdze 7/2019

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego**
Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Skala Barthel **Skala Glasgow** **Skala VES-13**

Bieżąca ocena
Data: 24-05-2019 14:06

Wiek
☒ 60-74 lat ☐ 75-84 lat ☐ 85 lat lub powyżej

Samoocena stanu zdrowia
☐ Wspaniale lub dobre ☒ Przeciętne lub złe

Znaczne trudności w samodzielnym wykonaniu czynności z powodu stanu zdrowia

- ☒ Zakupy (produkty toaletowe, leki)
- ☐ Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (śledzenie wydatków, opłacanie rachunków)
- ☒ Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie, ścieranie kurzu)
- ☐ Przejście przez pokój (przy pomocy kuli, laski, o ile używa)
- ☒ Kąpiel (w wannie lub pod prysznicem)
- ☐ Pochylenie, kucanie, klękanie
- ☐ Podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg
- ☐ Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów
- ☒ Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku
- ☐ Przejście około 1,5 km
- ☒ Wykonanie ciężkiej pracy domowej (mycie podłóg, okien)

Wynik oceny
Liczba punktów: 6

Wszystkie oceny

Data	Wpisujący/modyfikujący
23-05-2019 10:05	Nowak Anna
24-05-2019 14:06	Nowak Anna

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj skalę Autoryzuj

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

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 Wszystkie oceny, 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 Bieżąca ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie oceny 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 Wszystkie oceny dodano kolumnę "Wynik", w której prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

5.13.5 Skala Norton

Ścieżka: [Skale ocen](#) > [Skala Norton](#)

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

The screenshot shows the 'Skala Norton' assessment form. The sidebar on the left contains icons for various medical functions, with 'Skale ocen' highlighted. The main form is divided into sections for different assessment criteria, each with a scale from 1 to 4. The 'Bieżąca ocena' (Current assessment) section shows a date of 21-07-2021 14:01 and a score of 18. The 'Wszystkie oceny' (All assessments) table on the right lists previous assessments.

Data	Wpisujący/modyfikuj...	Wynik
21-07-2021 13:54	Nowak Anna	18
21-07-2021 13:38	Nowak Anna	17

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

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 Wszystkie oceny, 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 Bieżąca ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

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

Do usunięcia zaznaczonej oceny służy przycisk .

5.14 Obserwacje

W oknie *Obserwacje* wprowadza się informacje dotyczące wysokości temperatury monitorowanego pacjenta, jego tętna, ciśnienia itd.. Wprowadzenie wartości w jedno z pól spowoduje domyślne uzupełnienie daty i godziny wartościami bieżącymi.

W celu zapisania wprowadzonych danych należy wybrać przycisk . 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.

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

Obserwacje **Pielęgnacja odleżyn** **Bilans płynów**

Bieżący bilans

Data: 05-11-2021 15:21

Przyjęte (ml): Podanie: ☐ Dojelitowe ☐ Pozajelitowe

Wydalone (ml): Mocz: Inne: Różnica (ml):

Uwagi:

Wszystkie bilanse

Data	Podanie	Przyjęte	Wyd. – mocz	Wyd. – inne	Różnica	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
04-11-2021 14:48	Pozajelit...	2000	2000	0	0	04-11-2021 15:11	Nowak Anna

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

5.15 Ocena natężenia bólu

Okno służy do ewidencji danych o występowaniu u pacjenta bólu, po odbytym zabiegu/operacji lub w innym momencie, w trakcie hospitalizacji.

Wprowadzenie wartości w jedno z pól, spowoduje domyślne uzupełnienie pola "Data" wartościami bieżącymi.

Przyjęcie **Hospitalizacja** **Operacja** **Reoperacja** **Wypis**

Kowalski Jan (M), 00000000000, 49 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-04-28 11:45, sala 10, nr w kieszce 1002/2017

Rozpoznanie: **M51.2 – inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego...**
Zaplanowane zabiegi: **80.519 – Usunięcie przepukliny jądra miazdzystego z dek...**
Stopień zaawansowania choroby: **średni**

Bieżąca ocena

Data: 2017-05-05 14:18 Doba po zabiegu: 3 Reoperacja

Natężenie bólu pooperacyjnego (NRS):

Objawy po zastosowaniu leków przeciwbólowych: ☒ Niepożądane ☐ Ciężkie niepożądane Nadmierna sedacja: ☐ TAK ☒ NIE Nudności: ☐ TAK ☒ NIE Wymioty: ☐ TAK ☒ NIE Świąd: ☐ TAK ☒ NIE

Wszystkie oceny

Data	Doba po zabiegu	Natężenie bólu	Zdarzenie	Sedacja	Nudności	Wymioty	Świąd	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
2017-04-28 14:15	2	1	Niepożądane		✓			2017-04-28 14:17	Nowak Anna

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

5.16 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.

Diagnozy i przedmioty opieki							
Kod	Nazwa	Przedmiot	Lokalizacja	Problem	Data od	Data do	D
10027337	ryzyko odleżyny		10008155 stopa		19-12-2022 10:53		Dzienn

Interwencje				
Kod	Nazwa	Czas wykonania	Godziny	Liczba wykonania
10033231	leczenie...	Godziny	12:00	
10030710	oceniani...	Liczba wykonania		3
10041721	zarząd...	Doraźnie		

Środki		
Kod	Nazwa	Ilość
10033333	pielę...	1

Czynności	
Kod	Nazwa

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 [Hospitalizacja - lista pacjentów](#). Dodatkowo w kolumnie "Opieka" wyświetlany jest napis "Interwencja".

5.16.1 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 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.

Diagnozy i przedmioty opieki

Diagnoza		Przedmiot		Lokalizacja		Problem	Data od	Data do	Dyżur
Kod	Nazwa	Kod	Nazwa	Kod	Nazwa				
10041539	gorączka	10007916	gorączka	10008688	głowa		2017-05-10 19:00	2017-05-11 19:00	Dzienny i nocny



3. W sekcji *Interwencje* zaplanować interwencje i godziny ich wykonania lub liczbę wykonania. 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 wykonania" lub "Doraźnie". W przypadku dwóch pierwszych wymagane jest uzupełnienie w odpowiednich kolumnach godziny (godzin) lub liczby wykonania. **Możliwość oznaczenia interwencji jako doraźnej została wprowadzona w wersji 8.5.0 programu.**

Jeśli użytkownik jest w stanie zaplanować dokładne godziny wykonania 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 wykonania, poprzez wpisanie odpowiedniej liczby w polu "Liczba wykonania".

Interwencje

Interwencja		Procedura		Czas wykonania	Godziny	Liczba wykon...
Kod	Nazwa	Kod	Nazwa			
10033231	leczenie z...			Godziny	12:00	
10030710	ocenianie ...			Doraźnie		
10041721	zarządza...			Liczba wykonania		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 wykonania. 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 samodzielnie.

Środki			Czynności		
Kod	Nazwa	Ilość	Kod	Nazwa	
10013333	pielęgniarka	1	10006173	Dokumentowanie	
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](#).

5.17 Wykonanie planu opieki

W oknie *Wykonanie planu opieki* znajdują się wszystkie interwencje, które zostały zdefiniowane w [planie opieki](#).

Jeśli plan opieki nad pacjentem obejmuje więcej niż 1 dzień, zaplanowane interwencje można przeglądać za pomocą przycisków znajdujących się w górnej części okna << >> (zdz. 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.

Data:		2017-05-11	Dyżur:		Nocny	<< >>		2017-05-11 19:00 - 2017-05-12 07:00			
★ Wyk.		Godz. plan. / Nr wyk.		Dzienny		Godzina wyk.		Kod ewaluacji	Nazwa ewaluacji	Obserwacje	Wpisujący/modyfikujący
▶		1		Nocny							
		1		technika przemieszcza...							
		1		ocenianie integralności skóry							
		1		ocenianie ryzyka odleżyny							
		1		ocenianie skóry							



W celu zaznaczenia wykonania planu opieki należy wybrać przycisk , 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.

Przebieg Hospitalizacja Operacja Reoperacja Wypis

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-05-10 11:01, sala 1, nr w księdze 2/2017

Rozpoznanie:
Zaplanowane zabiegi: (brak)

Data: 2017-05-11 Dyżur: Dzienny 2017-05-11 07:00 - 19:00

Wyk.	Sodz. plan. / Nr wyk.	Interwencja	Godzina wyk.	Kod ewaluacji	Nazwa ewaluacji	Observacje	Wpisujący/modyfikujący
1		monitorowanie odpowiedzi na lecz...					
1		zarządzanie gorączką					
1		ocenianie skóry					
1		leczenie zmian chorobowych s...	08:33				Nowak Anna
1		zastosowanie urządzenia zabezpie...					
1		używanie (wykorzystywanie) wspa...					
1		utrzymywanie integralności skóry					
1		prewencja odleżyny					

Środki

Nazwa	Ilość
bandaż	1
materac przeciwoleżynowy	1
pielucha	1

Czynności

Nazwa

Wyniki badań, konsult., skier.

Autoryzuj

5.18 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 użytkownika wykonującego plan opieki.

Obserwacje

Ocena natężenia bólu

Plan opieki

Wykonanie planu opieki

Przegląd wykon. planu opieki

Data wykonania od: Data wykonania do: Wpisujący/modyfikujący: Interwencja: Tylko z obserwacjami

Data wykonania	Kod interwencji	Nazwa interwencji	Observacje	Wpisujący/modyfikujący
2018-01-03 10:53	10030710	ocenianie ryzyka odleżyny		Nowak Anna
2018-01-03 10:53	10041126	ocenianie skóry		Nowak Anna
2018-01-03 10:53	10032757	pielęgnacja skóry		Nowak Anna
2018-01-03 10:53	10014761	pozycjonowanie pacjenta		Nowak Anna
2018-01-03 10:53	10033922	ocenianie integralności skóry		Nowak Anna
2018-01-03 10:54	10040224	prewencja odleżyny		Nowak Anna
2018-01-03 10:54	10033231	leczenie zmian chorobowych skóry		Nowak Anna

5.19 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.

Bieżący raport

Data: 16-05-2022 16:34 ☒ Wpisz do księgi raportów

Opis zdarzenia

Pacjent uskarżał się na silny ból głowy.

Okoliczności

Podjęte działania

Podano leki przeciwbólowe.

Wszystkie raporty

Data	Opis zdarzenia	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
16-05-2022 16:34	Pacjent uskarżał się na silny ból głowy.		

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

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

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

Wyszukiwanie zaawansowane

Nr w księdze:

Data od - do: 01-10-2022 31-10-2022

Zakład leczniczy:

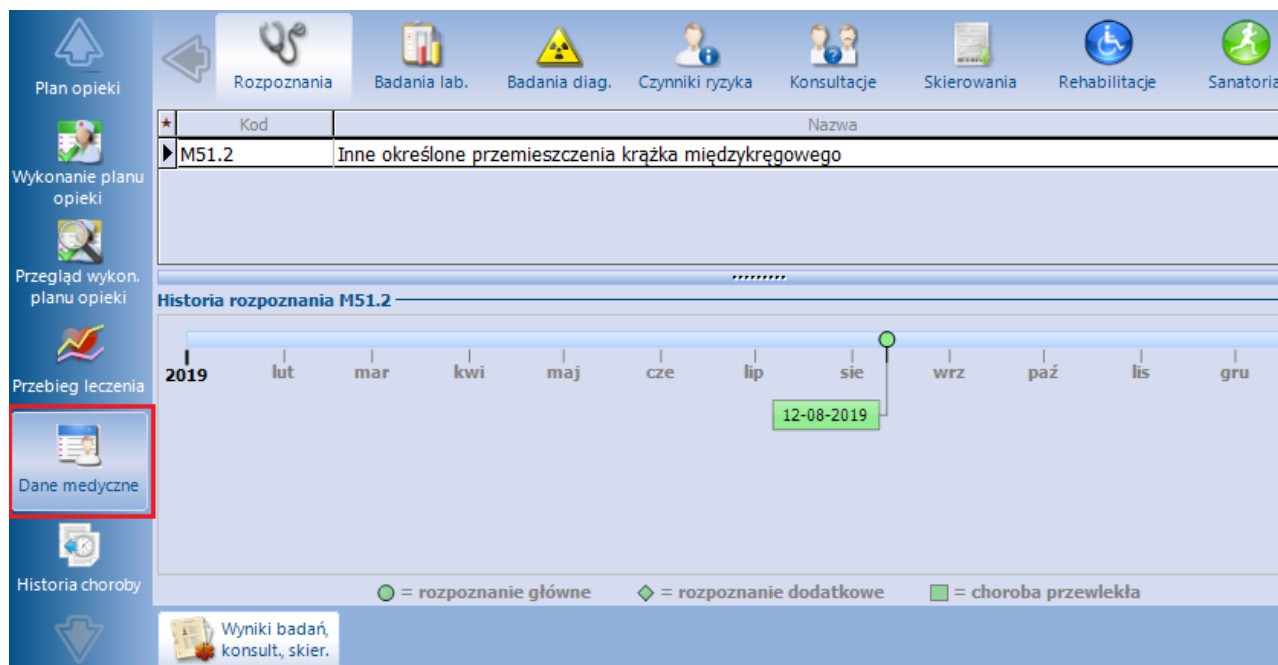
Księga raportów pielęgniarskich

Księga: Księga raportów pielęgniarskich Rok: 2022

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

5.20 Dane medyczne

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

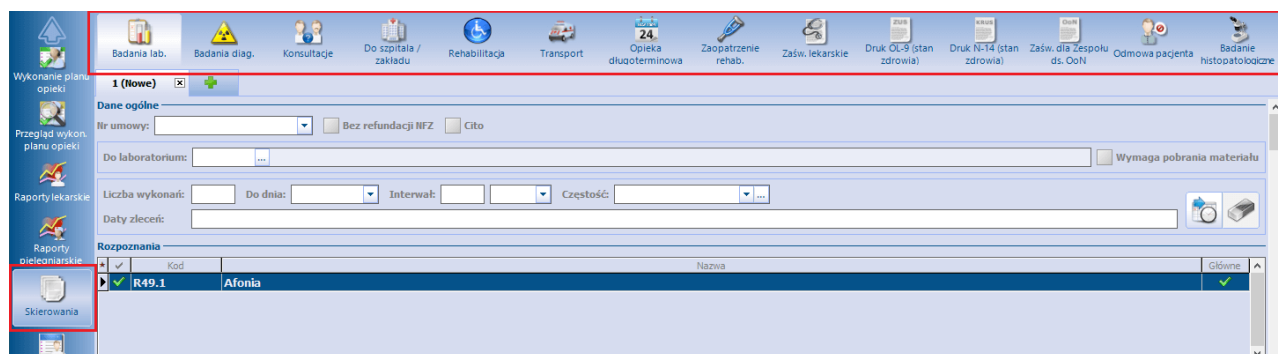


Okno danych medycznych opisane jest szczegółowo w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica pod rozdziałem "Dane medyczne pacjenta".

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

5.21 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.



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

Data od:

do:

HISTORIA CHOROBY

Data wystawienia 23-09-2019	
Pacjent	Wystawca dokumentu Lekarz – specjalista Nowak Anna NPWZ:
Hospitalizacja nr 14/2019 Specjalność komórki org.	Miejsce wystawienia
Data hospitalizacji	Adres Dane kontaktowe

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

Do zapisu historii choroby do pliku PDF służy przycisk **Zapisz historię jako PDF**.

Istnieje możliwość wyświetlenia danych *Historii choroby* z zadanego okresu czasu. Służą do tego pola "Data od:/ do:", zlokalizowane w górnej części okna.

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

Wybierz wszystkie

Usuń wybór

Przyjęcie	Hospitalizacja	Operacja / reoperacja
☒ Przyjęcie	☒ Wywiady	☒ Kwalifikacja chirurgiczna
☒ Wywiad lekarski	☒ Badania przedmiotowe	☒ Kwalifikacja anestezjologiczna
☒ Badanie przedmiotowe	☒ Oceny wyników leczenia	☒ Znieczulenie
☒ Rozpoznanie wstępne i współistniejące	☒ Zdarzenia niepożądane	☒ Zabieg
☒ Procedury	☒ Oceny skutków znieczulenia	☒ Leki z protokołu pielęgniarstwa anestezjologicznego
☒ Diagnostyka pielęgniarstwa	☒ Terapia	☒ Obserwacje na sali wybudzeń / OIOM
☒ Planowany zabieg	☒ Karta profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej	☒ Przekazanie pacjenta
☒ Ocena ryzyka zakażenia	☒ Złote leki	
☒ Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w razie potrzeby	☒ Podane leki	
☒ Dokumenty upoważniające / oświadczenia	☒ Niepodane leki	
☒ Ocena stanu świadomości wg skali Glasgow	☒ Zgłoszenie zakażenia	
	☒ Skale ocen	
	☒ Obserwacje	
	☒ Ocena natężenia bólu	
	☒ Skierowania	

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

Operacja

6.1 Kwalifikacja chirurgiczna

Przed operacją pacjent jest poddawany badaniu kwalifikacyjnemu. Większość danych w oknie *Kwalifikacja chirurgiczna* podpowiadana jest automatycznie, na podstawie danych wprowadzonych w poprzednich oknach hospitalizacji, np. dane w sekcji *Kwalifikacja do grupy ryzyka zakażenia* pobierane są z okna [Ocena ryzyka zakażenia](#) z etapu przyjęcia pacjenta. Z kolei w sekcji *Planowany zabieg* będzie wyświetlany kod i nazwa planowanego zabiegu, jeśli został wprowadzony podczas przyjęcia pacjenta. Za pomocą przycisków znajdujących się z prawej strony okna można dodać kolejny zabieg lub dokonać usunięcia istniejącego. Pozostałe pola należy uzupełnić samodzielnie.

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

Rozpoznanie: **M51.2** – Inne określone przemies...
 Zaplanowane zabiegi: **80.519** – Usunięcie przep...
 Stopień zaawansowania choroby: **średni**

Badanie fizykalne
 Ciśnienie: 120 / 85 Tętno: 74 Temperatura: 36,7 Skala NYHA: I II III IV

Kwalifikacja do grupy ryzyka zakażenia
 Liczba punktów: 3 Grupa ryzyka: I II III IV

Czynniki ryzyka ŻChZZ
 Liczba punktów: 4 Ryzyko powikłań: Bardzo małe Małe Średnie Duże

Odległy
 Ryzyko powstania odległych: TAK NIE

Ocena ryzyka operacyjnego w skali POSSUM
 P-POSSUM śmiertelność (%): POSSUM powikłania (%): Ocena parametrów zabiegu – suma punktów:

Wskazania i przeciwwskazania do zabiegu

Wskazanie	Przeciwwskazanie
☒ Ból	☐ Ostra infekcja dróg oddechowych
☒ Promieniowanie	☒ Zakrzepica
☒ Skurcze	

Kwalifikacja do zabiegu operacyjnego
☒ Pacjent zakwalifikowany do planowanego zabiegu operacyjnego
☐ Pacjent nie został zakwalifikowany do planowanego zabiegu operacyjnego

Uwagi

Wyniki badań, konsult, skier.

Wyczyść Autoryzuj

W sekcji *Wskazania i przeciwwskazania do zabiegu* prezentowana jest lista wskazań i przeciwwskazań do zabiegu w odniesieniu do jednostki chorobowej pacjenta. Pozycje wyświetlane są na podstawie zdefiniowanych wartości w [słowniku wskazań](#) i przeciwwskazań do zabiegu, który został powiązany z wybranym rozpoznaniem głównym. Jeśli występują wskazania lub przeciwwskazania do zabiegu należy zaznaczyć je na liście, klikając w kolumnę oznaczoną [✓]. Na podstawie zaznaczonych pozycji aplikacja zaznaczy odpowiednią kwalifikację do zabiegu operacyjnego.

Pacjent nie zostanie zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego jeśli:

- Temperatura w sekcji *Badanie fizykalne* wynosi mniej niż 37,5.
- Układ krążenia pacjenta jest niewydolny (skala NYHA > 2).
- Zostanie zaznaczona co najmniej jedna pozycja w kolumnie "Przeciwwskazanie".

W przypadku nie zakwalifikowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, podczas autoryzacji danych zostanie wyświetlony stosowny komunikat. Hospitalizacja otrzyma status "Do wypisu", a program automatycznie otworzy okno [Wypis](#), umożliwiając jej zakończenie.

6.2 Kwalifikacja anestezjologiczna

Większość danych w oknie *Kwalifikacja anestezjologiczna* podpowiadana jest automatycznie, na podstawie danych wprowadzonych w poprzednich oknach hospitalizacji. Pozostałe pola należy uzupełnić samodzielnie. Ryzyko powstawania odleżyn podpowiadane jest na podstawie oceny układów uzupełnionej przez pielęgniarkę podczas przeprowadzania [wywiadu pielęgniarstwa](#).

The screenshot shows the 'Kwalifikacja anestezjologiczna' form. At the top, patient information is displayed: 'Kowalski Jan (M), 00000000000, 49 ...'. The form is divided into several sections:

- Liczba punktów:** 3. **Grupa ryzyka:** I, II, III (selected), IV.
- Czynniki ryzyka ŻChZZ:** **Liczba punktów:** 4. **Ryzyko powikłań:** Bardzo małe, Małe, Średnie, Duże (selected).
- Odleżyny:** **Ryzyko powstania odleżyn:** TAK, NIE (selected).
- Znieczulenie:** **Klasa ASA:** I, II, III (selected), IV, V. **Przebyte znieczulenia:** TAK, NIE.
- Uczulenia:** pokarmowe; białko zwierzęce.
- Ocena anestezjologiczna:** **Waga:** 89, **Wzrost:** 182, **Ciepłota:** / , **Tętno:** , **Skala NYHA:** I, II, III (selected), IV.
- Uwagi:** (empty text area).
- Kwalifikacja do znieczulenia:** ☒ Pacjent zakwalifikowany do proponowanego zabiegu operacyjnego w znieczuleniu. **Rodzaj znieczulenia:** 100.01 ... Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowani... ☐ Pacjent nie został zakwalifikowany do znieczulenia. **Uzasadnienie odmowy:** (empty text area).

At the bottom, there are buttons for 'Wyniki badań, konsult, skier.', 'Drukuj ankietę konsultacji', 'Drukuj kartę kwalifikacji', 'Wyczyść', and 'Autoryzuj'.

Na podstawie wprowadzonych danych aplikacja zaznaczy odpowiednią opcję sekcji *Kwalifikacja do znieczulenia*. Pacjent nie zostanie zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego jeśli:

- Klasa ASA w sekcji *Znieczulenie* otrzyma wartość III lub IV.
- Skala NYHA w sekcji *Ocena anestezjologiczna* wyniesie III lub IV.

Na etapie pozytywnej kwalifikacji przez anestezjologa można dokonać ewidencji rodzaju znieczulenia, które zostanie użyte podczas operacji. Dokonuje się tego w polu "Rodzaj znieczulenia" przy użyciu słownika procedur ICD-9, otwieranego za pomocą przycisku . Wybrany rodzaj znieczulenia będzie podpowiadany w oknie [Znieczulenie](#).

W przypadku nie zakwalifikowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, podczas autoryzacji danych zostanie wyświetlony stosowny komunikat. Hospitalizacja otrzyma status "Do wypisu", a program automatycznie otworzy okno [Wypis](#), umożliwiając jej zakończenie.

6.3 Sprawdzenie przed zabiegiem

Przed przekazaniem pacjenta na blok operacyjny dokonuje się ostatecznej weryfikacji danych i sprawdzenia istotnych elementów przygotowania pacjenta do operacji np. założenie wkłucia dożylnego, zaznaczenie strony operowanej, posiadanie przez pacjenta soczewek kontaktowych.

Pola "Pacjent podpisał świadomą zgodę na zabieg operacyjny" oraz "Pacjent został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego przez chirurga" są zaznaczane na podstawie danych uzupełnionych na wcześniejszych etapach hospitalizacji.

Przyjęcie		Hospitalizacja		Operacja		Reoperacja		Wypis	
Kowalski Jan (M), 0000000... Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak ... Przyj. 2017-04-28 11:45, sala 10, nr w ...					Rozpoznanie: M51.2 – Inne określon... Zaplanowane zabiegi: 80.519 – Usuni... Stopień zaawansowania choroby: Średni				
Sprawdzenie przed zabiegiem									
Pacjent podpisał świadomą zgodę na zabieg operacyjny					☒	TAK	☐	NIE	
Pacjent został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego przez chirurga/ortopedę					☒	TAK	☐	NIE	
Założono wkłucie dożylnie					☒	TAK	☐	NIE	
Założono cewnik do pęcherza moczowego (jeśli jest wymagane)					☐	TAK	☒	NIE	
Sprawdzono okolicę operowaną (właściwe ogolenie)					☒	TAK	☐	NIE	
Zaznaczono stronę operowaną (w przypadku konieczności oznaczenia strony)					☒	TAK	☐	NIE	
Pacjent ma lakier na paznokciach dłoni i stóp					☒	TAK	☐	NIE	
Pacjent zdjął metalowe ozdoby z włosów					☒	TAK	☐	NIE	
Pacjent zdjął biżuterię/kolczyki (z uszu, języka, pępka)					☒	TAK	☐	NIE	
Pacjent wyjął protezę zębową (jeśli posiada)					☒	TAK	☐	NIE	
Pacjent wyjął soczewki kontaktowe (jeśli posiada)					☒	TAK	☐	NIE	

6.4 Znieczulenie

Okno *Znieczulenie* służy do ewidencji danych o czynnościach wykonanych w związku ze znieczuleniem pacjenta przed operacją.

Do uzupełnienia danych nie jest wymagane wcześniejsze uzupełnienie danych w oknie [Kwalifikacja anestezyjologiczna](#). Jeśli jednak karta konsultacji anestezyjologicznej została wystawiona, to data i godzina podania znieczulenia musi być późniejsza od daty i godziny konsultacji.

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

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone prze...**
 Zaplanowane zabiegi: **80.519 – Usunięcie pr...**
 Stopień zaawansowania choroby: **średni**

Uczulenia
 pokarmowe; białko zwierzęce

Rodzaj zabiegu

Kod	Nazwa	Krotność
80.519	Usunięcie przepukliny jądra miazdzystego z dekompresją korzeni nerwów rdzeniowych - na ...	1

Personel

Rola	Personel
Lekarz anestezjolog	Piotr

Środki do znieczulenia i dodawane

Nazwa	Dawka
Bupivacaine Claris	

Monitorowanie czynności życiowych

Data pomiaru	Ciepłota s...	Ciepłota rozk...	Tętno	SpO2	OCZ	O2	N2O	etCO2	Oddech	Pochłaniacz

Po otwarciu okna do edycji pole "Data" zostanie automatycznie uzupełnione bieżącą datą i godziną. W polu "Rodzaj znieczulenia" dokonuje się wyboru znieczulenia przy użyciu słownika procedur ICD-9, otwieranego za pomocą przycisku

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe:

- **Środki znieczulenia i dodawane** – wymagane jest uzupełnienie informacji o leku, który został podany pacjentowi w znieczuleniu ze słownika leków własnych. Jeśli w słowniku leków własnych nie występuje dany lek, należy go dodać.
- **Personel** – w polu podpowiada się personel, który został wskazany na [protokole pielęgniarstwa operacyjnego](#).

Ponadto w oknie ewidencjonuje się dane dotyczące monitorowanych czynności życiowych, przetoczenia krwi oraz dodatkowe opisy i uwagi.

6.5 Okołooperacyjna karta kontrolna

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

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

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

6.6 Operacja/zabieg

W oknie *Operacja/zabieg* ewidencjonuje się przebieg operacji. Po otwarciu okna do edycji pole "Data rozpoczęcia" zostanie automatycznie uzupełnione bieżącą datą i godziną, a pole "Rodzaj zabiegu" danymi wcześniej wprowadzonymi. Dane te można dowolnie modyfikować.

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe:

- **Data zakończenia** – wprowadzana przy użyciu klawiatury lub za pomocą kalendarza dostępnego po rozwinięciu listy.
- **Personel zabiegowy** – wymagane jest wybranie co najmniej jednej osoby personelu z listy rozwijanej. Oprócz tego do każdej osoby personelu należy przyporządkować rolę, jaką pełni podczas zabiegu. W tym celu z listy rozwijanej w kolumnie "Rola" należy wybrać odpowiednią wartość np. lekarz prowadzący, pielęgniarka anestezjologiczna. Role pobierane są ze [słownika ról personelu](#) zabiegowego, który został wstępnie przygotowany przez producenta programu.
- **Przebieg i opis** – treść można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.
- **Główne rozpoznanie pooperacyjne** – wybierane ze słownika chorób ICD-10 za pomocą przycisku wyboru .

Przyjęcie Hospitalizacja **Operacja** Reoperacja Wypis

Kowalski Jan (M), 00000000000, 49 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-04-28 11:45, sala 10, nr w księdze 1002...

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone przemiesz...**
Zaplanowane zabiegi: **80.519 – Usunięcie przepu...**
Stopień zaawansowania choroby: **średni**

Dane podstawowe
Data rozpoczęcia: 2017-05-05 14:30 Data zakończenia: 2017-05-05 14:39

Rodzaj zabiegu

Kod	Nazwa	Krotność	Data
80.519	Usunięcie przepukliny jądra miazdystego z dekompresją korzeni nerwów rdzeniow...	1	2017-05-05 14:39

Personel zabiegowy

Rola	Personel
Lekarz anesteziolog	Paweł
Lekarz prowadzący	Nowak Anna
Pielęgniarka	AGNIESZKA

Przebieg i opis
Operacja przebiegła bez zastrzeżeń

Rozpoznanie pooperacyjne
Główne: M51.2 ... Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego
Współlistniejące:

Kod	Nazwa
-----	-------

Zlecone badania diagnostyczne

Materiał
Materiał pobrano: ☐ TAK ☒ NIE Miejsce pobrania: Opis: Liczba próbek:

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

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

6.7 Protokół pielęgniarstwa operacyjnego

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

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

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

Czynności

Ułożenie pacjenta: Na brzuchu

Zestaw narzędzi: Na brzuchu

Rodzaj zabiegu: Na prawym boku

Na lewym boku

Na plecach

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

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

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

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

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

W wersji 5.16.0 aplikacji mMedica dodano obsługę słownika zestawów materiałów. W ramach słownika istnieje możliwość tworzenia zestawów z materiałami pochodzącymi z różnych grup, ułatwiając ewidencję

danych. W celu dodania lub wyboru zestawu materiałów należy wybrać przycisk .

6.8 Protokół pielęgniarstwa anestezjologicznego

Większość danych w oknie *Protokół pielęgniarstwa anestezjologicznego* podpowiadana jest automatycznie, na podstawie danych wprowadzonych w poprzednich oknach hospitalizacji, np. dane w sekcji *Znieczulenie* pobierane są z okna [Znieczulenie](#), a dane w sekcji *Czynności* z okna [Protokół piel. operacyjnej](#).

Kowalski Jan (M), 00000000000, 49 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-04-28 11:45, sala 10, nr w księdze 1002/2017

Rozpoznanie: M51.2 – Inne określone przemieszczenie...
Zaplanowane zabiegi: 80.519 – Usunięcie przepukliny j...
Stopień zaawansowania choroby: średni

Dane podstawowe
Data protokołu: 2017-05-08 07:48 Data rozpoczęcia zabiegu: 2017-05-05 14:30 Data zakończenia zabiegu: 2017-05-05 14:39

Znieczulenie
100.01 ... Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem ro...

Rodzaj zabiegu

Kod	Nazwa	Krotność
80.519	Usunięcie przepukliny jądra miazdystego z dekompresją korzeni nerwów rdzeniowych - na poziomie lędźwiowym	1

Czynności
Zakłucie: ☐ TAK ☒ NIE Anestezjolog: Piotr Pielęgniarka anestezjologiczna: KRYSZYNA

Leki

Nazwa	Dawka
-------	-------

Płyny infuzyjne

Nazwa	Dawka
-------	-------

Sprzęt

Nazwa	Ilość
Maska tlenowa	1

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj protokół Wyczyść Autoryzuj

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

W wersji 5.16.0 aplikacji mMedica dodano obsługę słownika zestawów materiałów. W ramach słownika istnieje możliwość tworzenia zestawów z materiałami pochodzącymi z różnych grup, ułatwiając ewidencję

danych. W celu dodania lub wyboru zestawu materiałów należy wybrać przycisk .

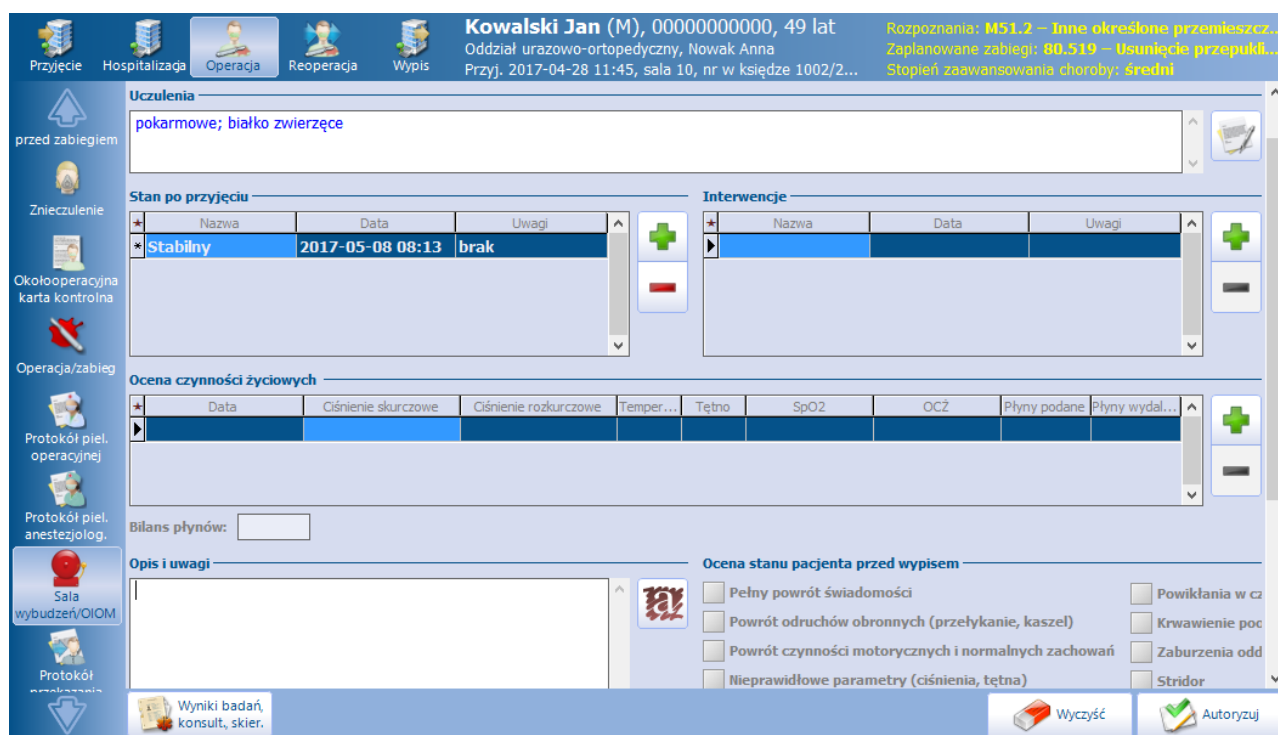
6.9 Sala wybudzeń/OIOM

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

W celu określenia stanu pacjenta po przyjęciu na salę wybudzeń i odnotowania ewentualnych interwencji, konieczne jest uprzednie utworzenie następujących słowników:

- [Słownik interwencji na sali wybudzeń](#)
- [Słownik stanów pacjenta po przyjęciu na salę wybudzeń](#)

Dopiero wtedy będzie możliwość ewidencji danych w polach *Stan po przyjęciu* i *Interwencje* poprzez rozwinięcie listy w kolumnie "Nazwa" i wybranie odpowiedniej wartości. Dodatkowe uwagi wpisuje się ręcznie w kolumnie "Uwagi".



Przyjęcie **Hospitalizacja** **Operacja** **Reoperacja** **Wypis**

Kowalski Jan (M), 00000000000, 49 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-04-28 11:45, sala 10, nr w księdze 1002/2...

Rozpoznanie: M51.2 – Inne określone przemieszcz...
Zaplanowane zabiegi: 80.519 – Usunięcie przepukli...
Stopień zaawansowania choroby: średni

Uczulenia
pokarmowe; białko zwierzęce

Stan po przyjęciu

Nazwa	Data	Uwagi
*Stabilny	2017-05-08 08:13	brak

Interwencje

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

Ocena czynności życiowych

Data	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota
------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Bilans płynów:

Opis i uwagi

Ocena stanu pacjenta przed wypisem

☐ Pełny powrót świadomości ☐ Powikłania w cz...

☐ Powrót odruchów obronnych (przełykanie, kaszel) ☐ Krwawienie poc...

☐ Powrót czynności motorycznych i normalnych zachowań ☐ Zaburzenia odd...

☐ Nieprawidłowe parametry (ciśnienia, tętna) ☐ Stridor

6.10 Protokół przekazania

W oknie ewidencjonuje się dane do protokołu przekazania pacjenta po wykonanym zabiegu operacyjnym. Rodzaj znieczulenia podpowiadany jest z okna [Znieczulenie](#). W przygotowanych polach tekstowych opisuje się przebieg znieczulenia, powikłania śródoperacyjne jeśli wystąpiły, a także ocenę skutków znieczulenia. Informacje te można wpisać ręcznie lub skorzystać z wcześniej przygotowanych [szablonów tekstów](#) standardowych.

Przyjęcie Hospitalizacja **Operacja** Reoperacja Wypis

Kowalski Jan (M), 00000000000, 49 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-04-28 11:45, sala 10, nr w księdze 1002/2...

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone przemieszcz...**
Zaplanowane zabiegi: **80.519 – Usunięcie przepukli...**
Stopień zaawansowania choroby: **średni**

Dane podstawowe
Data: 2017-05-08 08:22

Znieczulenie
Rodzaj znieczulenia: 100.01 ... Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowan...
Przebieg znieczulenia, powikłania śródoperacyjne: 
Ocena skutków znieczulenia:

Poprawność przygotowania pacjenta do zabiegu: ☒ TAK ☐ NIE Zaburzenia rytmu serca: ☐ TAK ☒ NIE
Poprawność i stabilność parametrów fizjologicznych w czasie znieczulenia: ☒ TAK ☐ NIE Reakcje uczuleniowe na leki: ☐ TAK ☒ NIE
Spadek ciśnienia w czasie znieczulenia: ☐ TAK ☒ NIE Podanie leku poza żyłę: ☐ TAK ☒ NIE
Gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego krwi w czasie znieczulenia: ☐ TAK ☒ NIE

Przetoczono
Glukoza 5% (ml): HAES (ml): Sól fizjologiczna (ml): Krew: Grupa krwi: AB Rh+ Rodzaj: Przetoczono

Ocena stanu pacjenta

Data pomiaru	Ciepłota skur...	Ciepłota rozk...	Tętno	Liczba oddechów	Ocena wg skali Aldreta	Satura...	Odkaszczanie	Odruchy obr...	Przełykanie

Zlecone leki

Data zlecenia	Nazwa leku	Il...	Droga podania	Uwagi/zalecenia	Od dnia	Do dnia	Liczba po...	Godziny podania	Niestd. czas podania

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj protokół

Wyczyść Autoryzuj

Rozdział

7

Reoperacja

Zakładka *Reoperacja* służy do ewidencji ponownego zabiegu operacyjnego. Wszystkie okna i funkcjonalności występujące na zakładce reoperacji są identyczne jak na zakładce [Operacja](#).

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

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone przemies...**
Zaplanowane zabiegi: **80.519 – Usunięcie przep...**
Stopień zaawansowania choroby: **średni**

Dane podstawowe
Numer karty zgłoszenia:

Zabieg operacyjny
Wykonano zabieg operacyjny: ☐ TAK ☐ NIE Data zabiegu: Kolejność zabiegu:
Tryb zabiegu: ☐ Planowany ☐ Ze wskazań życiowych Nr sali: Czas zabiegu (min):
Pole operacyjne: ☐ Czyste ☐ Czyste skażone ☐ Skażone Operator:
Profilaktyka antybiotykowa: ☐ TAK ☐ NIE

Antybiotyki

Data zlecenia	Nazwa leku	Ilość	Droga podania	Jwagi/zalece...	Od dnia	Do dnia	Liczba podań	Godziny podania	Niestd. czas podania

Przyjęcie
Przyjęto: ☐ Z domu ☐ Z innego szpitala ☐ Z innego oddziału Przyjęto w trybie: ☐ Nagłym ☐ Planowanym

Rozdział

8

Wypis

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

8.1 Wypis

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

- **Data wypisu** – wprowadzana przy użyciu klawiatury lub za pomocą kalendarza dostępnego po rozwinięciu listy.
- **Tryb wypisu** – system domyślnie podpowiada tryb "Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego", jako najczęściej występujący w hospitalizacji. Tryb wypisu można zmienić, poprzez wybranie odpowiedniej wartości z listy rozwijanej.
- **Lekarz wypisujący** – domyślnie podpowiadany zalogowany użytkownik dokonujący wypisu. Można go zmienić ręcznie, poprzez wybranie odpowiedniej osoby personelu z listy rozwijanej.
- **Rozpoznanie** – domyślnie podpowiadane rozpoznanie pooperacyjne z okna *Operacja/Zabieg*, jeśli zostało wprowadzone. Dodawanie i usuwanie 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.

Funkcje dodatkowe

Dane pacjenta Dokumenty ubezpieczenia Status eWUŚ Odśwież dane Rozliczenie

Przyjęcie Hospitalizacja Operacja Reoperacja Wypis

Kowalski Jan (M),
Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 16-10-2020 15:26, sala 1, nr w księd...

Rozpoznanie: M51.2 – Inne określone pr...
Zaplanowane zabiegi: (brak)

Dane podstawowe

Data wypisu: 12-08-2021 14:23 Tryb wypisu: Zakończenie procesu terapeutycznego Lekarz wypisujący: Nowak Anna

Wydano zlecenie na transport sanitarny: ☐ Zwykły ☐ Z art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Rozpoznanie

Kod	Nazwa	Opis	Główne
M51.2	Inne okr...		✓

☐ Rozpoznanie na podstawie art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i RPP

Rozpoznanie onkologiczne po wypisie

Kod: ... Opis: ... Data badania: ...

Skala Rankina

Zastosowane leczenie – dodatkowe uwagi

Epikryza

Zalecenia

Termin następnej konsultacji: ...

Wyniki badań, konsult, skier. Autoryzuj Przełącz 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 [szablonów tekstów](#) standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

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

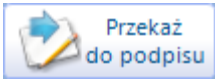
Sekcja zawiera pole tekstowe "Oświadczenie pacjenta", służące do wprowadzenia treści oświadczenia, a także opcję dodania załącznika.

Dla wspomnianego wyżej trybu wypisu na dole ekranu zostanie 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.

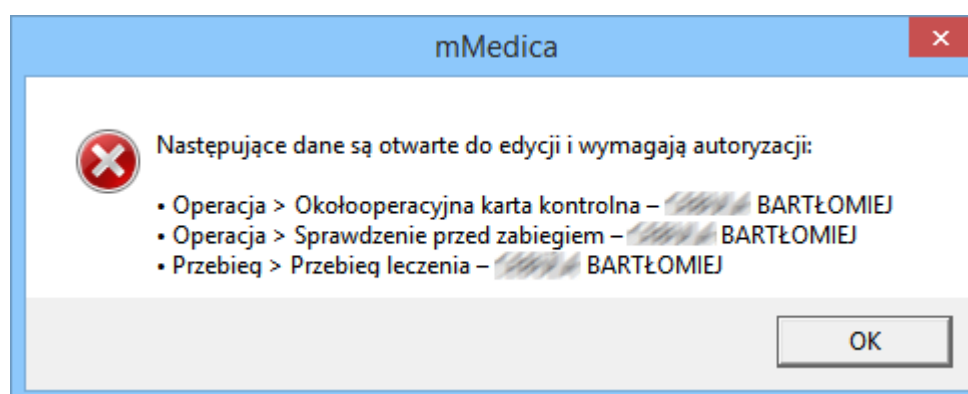
Treść wprowadzonego oświadczenia podpowie się, z możliwością modyfikacji, w kolejnej hospitalizacji pacjenta, jeżeli wypis nastąpi ponownie na jego żądanie.

8.1.1 Przekazanie do podpisu

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

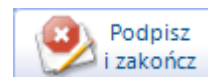
W przypadku braku autoryzacji choć jednej z formatek funkcjonalności hospitalizacji, podczas akceptacji wypisu zostanie wyświetlony komunikat, informujący o konieczności autoryzacji danych z podaniem informacji o:

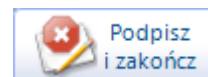
- osobie personelu która edytowała te dane,
- formatce hospitalizacji, która wymaga autoryzacji.



W tej sytuacji należy powrócić do formatki [Przyjęcie](#), [Hospitalizacja](#) lub [Operacja](#) i zweryfikować, czy każde okno, w którym były wprowadzane dane, zostało zapisane poprzez wybranie przycisku **Autoryzuj**.

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



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

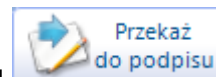
8.1.2 Wypis z powodu zgonu pacjenta

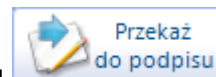
W przypadku wyboru trybu wypisu "Zgon pacjenta" zostaną aktywowane pola, umożliwiające wprowadzenie danych dot. zgonu.

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

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

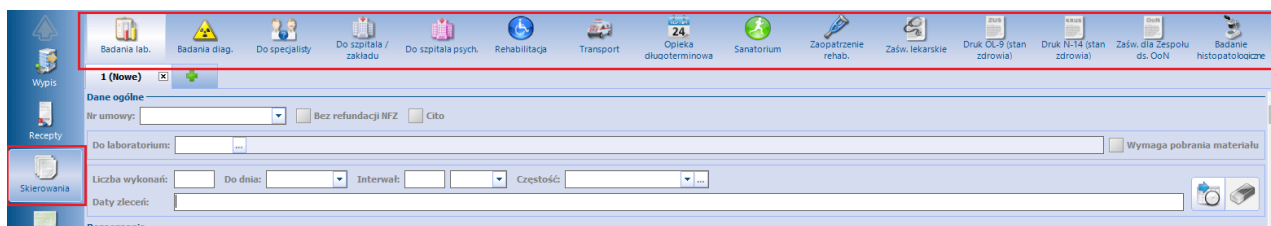
W celu wydrukowania karty zgonu należy wybrać przycisk **Karta zgonu**, znajdujący się w dolnej części okna.



Zakończenia wypisu pacjenta dokonuje się poprzez wybranie przycisku  - szczegółowy opis w rozdziale: [Przekazanie do podpisu](#).

8.2 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.



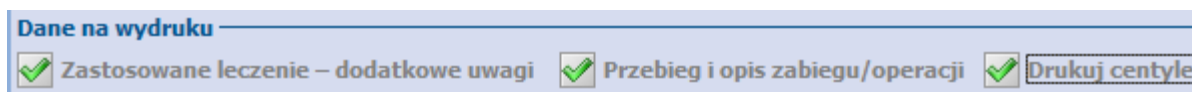
Istnieje również możliwość wystawienia recepty i zwolnienia lekarskiego. Szczegółowy opis tych funkcjonalności znajduje się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica.

8.3 Podsumowanie

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

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

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



W oknie wyświetlane są także 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.



8.4 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 [szablonów tekstów](#) standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

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

8.5 List do POZ

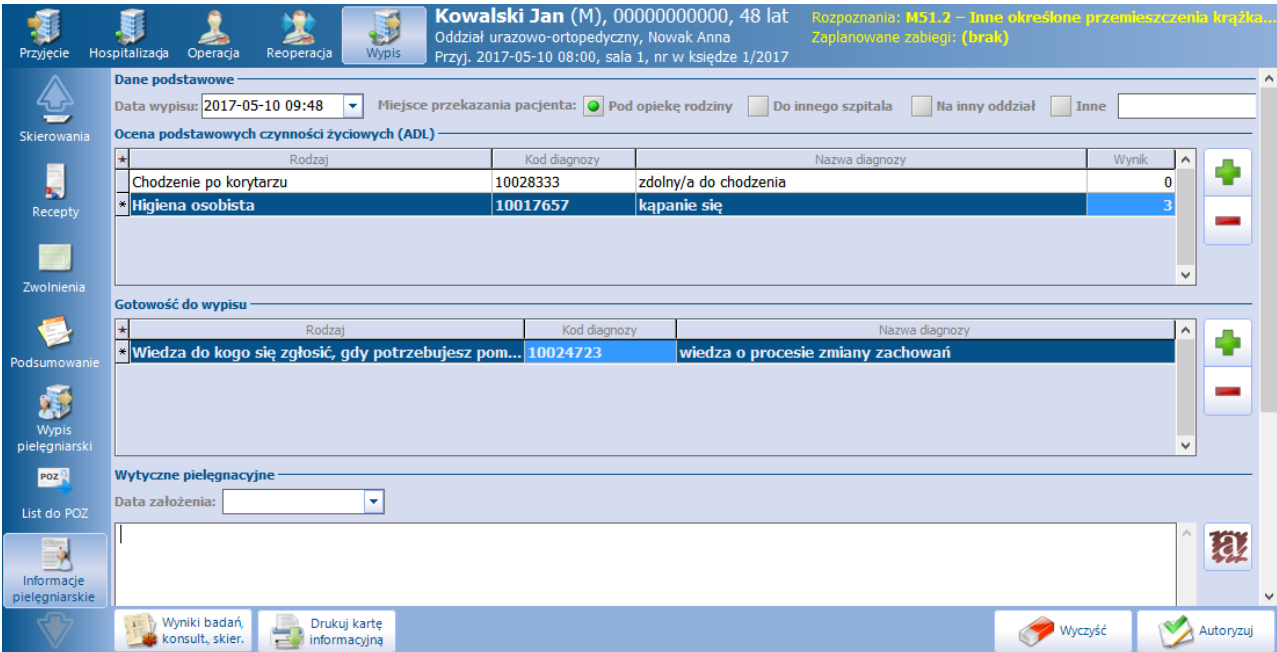
Funkcjonalność wydruku listu do POZ zawierającego podstawowe dane hospitalizacji, informacje o wypisie z oddziału szpitalnego i przekazanych zaleceniach pielęgniarstkich.

8.6 Informacje pielęgniarstkie

W oknie *Informacje pielęgniarstkie* 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.



Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat Rozpoznanie: M51.2 - Inne określone przemieszczenia krążka...
 Oddział: urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna Zaplanowane zabiegi: (brak)
 Przyj. 2017-05-10 08:00, sala 1, nr w księdze 1/2017

Dane podstawowe
 Data wypisu: 2017-05-10 09:48 Miejsce przekazania pacjenta: ☒ Pod opiekę rodziny ☐ Do innego szpitala ☐ Na inny oddział ☐ Inne

Ocena podstawowych czynności życiowych (ADL)

Rodzaj	Kod diagnozy	Nazwa diagnozy	Wynik
Chodzenie po korytarzu	10028333	zdolny/a do chodzenia	0
Higiena osobista	10017657	kąpanie się	3

Gotowość do wypisu

Rodzaj	Kod diagnozy	Nazwa diagnozy
Wiedza do kogo się zgłosić, gdy potrzebujesz pom...	10024723	wiedza o procesie zmiany zachowań

Wytyczne pielęgnacyjne
 Data założenia:

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj kartę informacyjną Wyczyść 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 pielęgniarstkiej.

8.7 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.

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 2017-05-10 08:00, sala 1, nr w księdze 1/2017

Rozpoznanie: **M51.2**
Zaplanowane zabiegi:

Sprawdzenie przed wypisem

Usunięto wkłucie dożylnie	☒ TAK	☐ NIE
Zmieniono opatrunek (tzw. opatrunek wyjściowy)	☒ TAK	☐ NIE
Pacjent otrzymał wypis ze szpitala	☒ TAK	☐ NIE
Pacjent otrzymał list do lekarza POZ	☒ TAK	☐ NIE
Pacjent otrzymał zalecenia lekarskie	☒ TAK	☐ NIE
Pacjent otrzymał zalecenia pielęgniarские	☒ TAK	☐ NIE
Pacjent otrzymał zalecenia żywieniowe	☐ TAK	☒ NIE

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj

Rozdział

9

Historia

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

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

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

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

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

HISTORIA CHOROBY PACJENTA LECZONEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM

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

Hospitalizacja od 16-10-2020 15:08

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

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

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

Rozpoznanie przed zabiegiem

Nazwa	Kod
Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego	M51.2

Rozpoznanie z przebiegu

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

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

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

Rozdział

10

Hospitalizacja planowana bez zabiegu/operacji

W wersji 6.1.0 aplikacji mMedica dodano możliwość ewidencji w module Hospitalizacji danych hospitalizacji planowanej bez zabiegu/operacji.

Jeżeli w danych komórki organizacyjnej, których konfiguracja opisana jest w rozdziale: [Konfiguracja komórki organizacyjnej](#), zostanie wybrany kod resortowy cz. IX dla hospitalizacji planowanej HC.1.1, pojawi się możliwość zaznaczenia pola: **Bez zabiegu/operacji**.

Komórka: Oddział urazowo - ortopedyczny

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

Kod: * 46 Kod edycyjny: * ORTOP

Nazwa: * Oddział urazowo - ortopedyczny

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

Kod resortowy cz. IX: HC.1.1 ... Leczenie stacjonarne ☒ Bez zabiegu/operacji

Kod resortowy cz. X: ...

Czy aktualne ☒

Zaznaczenie tego pola spowoduje brak widoczności opcji związanych z zabiegiem/operacją w hospitalizacji, która będzie realizowana w tej komórce organizacyjnej.

Od wersji 6.6.0 programu istnieje także możliwość ewidencji hospitalizacji planowanej bez zabiegu/operacji w komórce udzielającej świadczeń rehabilitacji stacjonarnej o kodzie resortowym cz. IX = **HC.2.1**. Dla komórki z takim kodem resortowym powyższe pole będzie nieaktywne do zaznaczenia, natomiast hospitalizacja w niej realizowana domyślnie nie będzie miała dostępnych opcji związanych z zabiegiem/operacją.