



Moduł Gabinet pielęgniarki

Instrukcja użytkownika

Spis treści

Rozdział 1	Rozpoczęcie pracy z modułem	2
Rozdział 2	Omówienie wyglądu Gabinetu pielęgniarki	4
2.1	Okno wizyty pielęgniarskiej	4
2.2	Omówienie formatki Gabinetu pielęgniarki	6
Rozdział 3	Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu	9
Rozdział 4	Ewidencja zabiegów	12
4.1	Zaplanowanie wizyty w Terminarzu	12
4.2	Wykonanie zabiegu	13
4.3	Historia zabiegów	17
4.4	Karta uodpornienia	18
4.5	Zabiegi zlecone przez lekarza	19
4.5.1	Zlecenie zabiegu w Gabinetzie lekarskim	19
4.5.2	Realizacja zleconego zabiegu	21
Rozdział 5	Szablony kalendarza szczepień	23
Rozdział 6	Dane medyczne	26
Rozdział 7	Patronaż i bilanse	28
7.1	Patronaż noworodka	28
7.2	Patronaż pielęgniarki środowiskowej	30
7.3	Bilanse zdrowia dziecka	30
7.3.1	Bilans lekarza POZ	32
7.4	Siatki centylowe	33
Rozdział 8	Druki	35
Rozdział 9	Opieka nad kobietą	36
9.1	Karta środowiskowa	37
9.2	Karta środowiskowa ciężarnej	38
9.3	Karta położnicy	39
Rozdział 10	Opieka pielęgniarska	41
10.1	Karta opieki pielęgniarskiej	41
10.2	Ankieta gruźlicy	44
10.3	Skala Barthel	45
10.4	Skala Glasgow	46
Rozdział 11	Program "Profilaktyka 40 PLUS"	47

Wstęp

Niniejsza instrukcja opisuje funkcjonalność modułu dodatkowego **Gabinet pielęgniarki**. Rozwiązanie dedykowane jest pielęgniarkom środowiskowym i położnym pracującym w gabinetach zabiegowych.

Podstawowymi funkcjonalnościami Gabinetu pielęgniarki są:

- Podgląd do danych ostatnich wizyt pacjenta
- Obsługa i wydruk skierowań na badania laboratoryjne, diagnostyczne, na zaopatrzenie rehabilitacyjne
- Obsługa wydruku recept
- Ewidencja wykonanych patronaży i bilansów
- Prowadzenie karty uodpornienia dziecka
- Szczegółowa ewidencja zabiegów na podstawie zleceń wystawionych przez lekarza
- Ewidencja karty opieki pielęgniarskiej oraz kart zdrowia z zakresu opieki nad kobietą (karta środowiskowa, karta położnicy itd.)
- Możliwość przeprowadzenia ankiety gruźlicy

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.

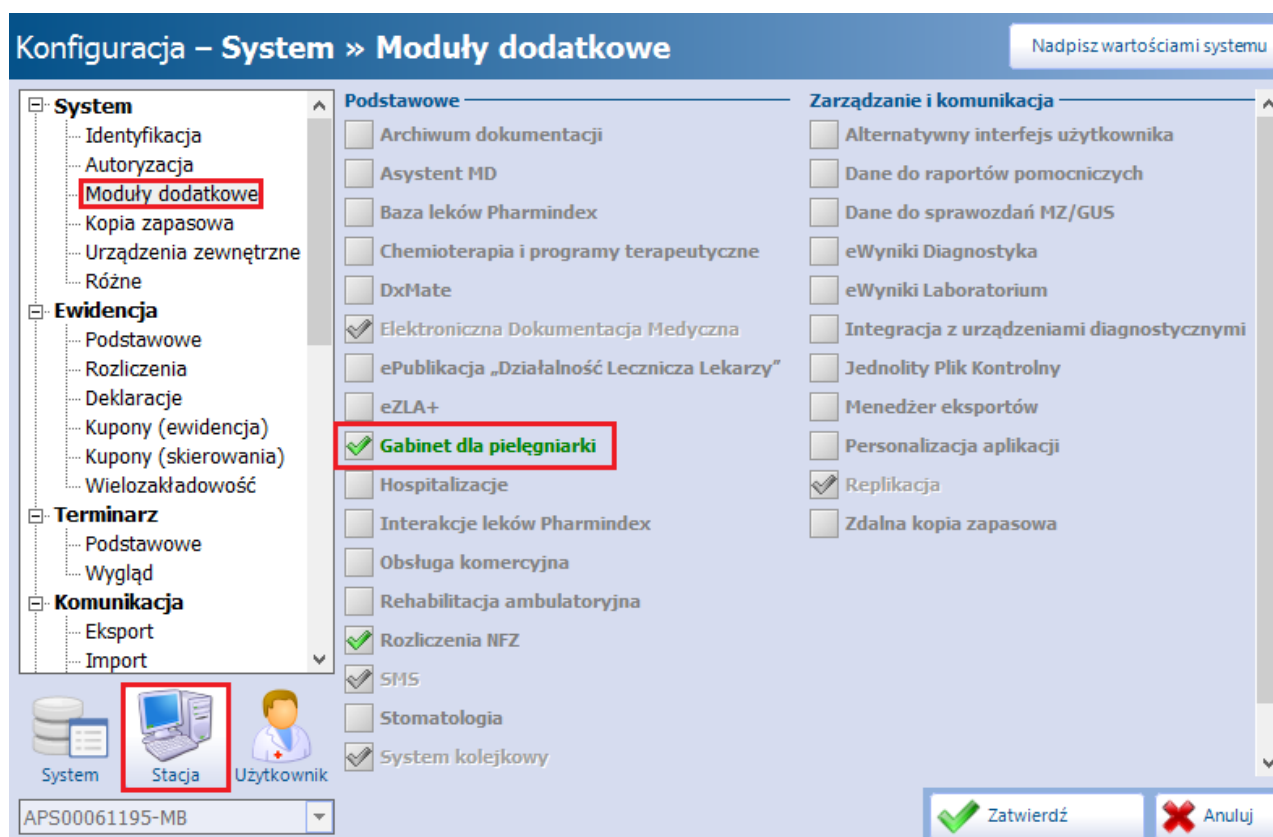
Rozdział

1

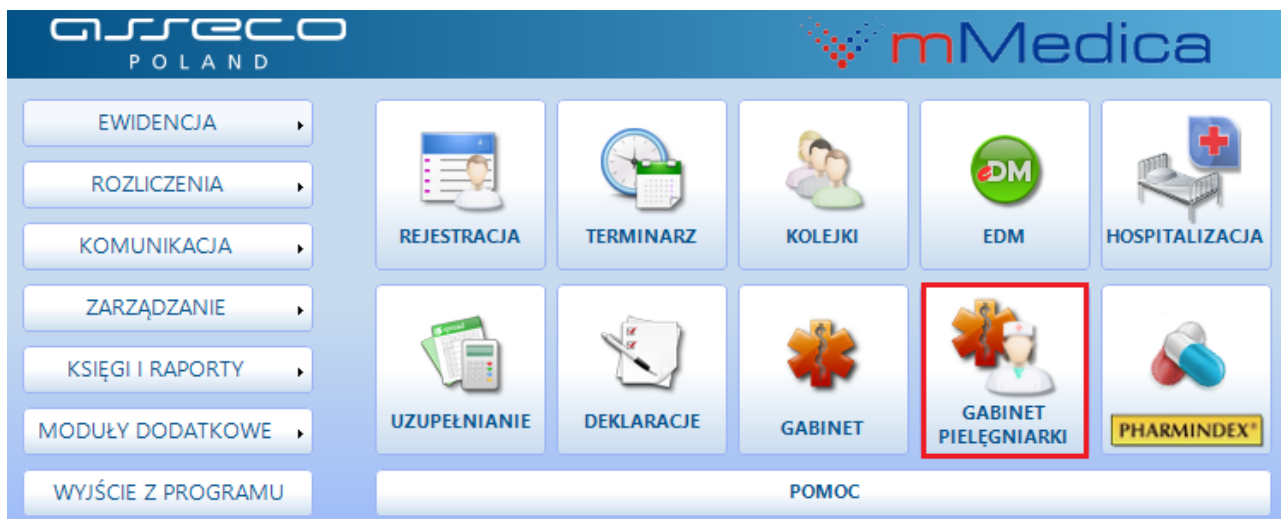
Rozpoczęcie pracy z modulem

Aby włączyć moduł Gabinet Pielęgniarki należy:

1. Przejść do: **Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator**, pozycja: **System > Moduły dodatkowe**.
2. Wybrać ikonę **Stacja**, znajdującą się w lewym dolnym rogu ekranu.
3. Na liście modułów dodatkowych zaznaczyć moduł **Gabinet dla pielęgniarki**.
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 gabinetu dla pielęgniarki jest dostępna z poziomu okna startowego programu mMedica, po kliknięciu w ikonę zaznaczoną na poniższym rzucie ekranu.



Istnieje możliwość przejścia do okna *Gabinetu pielęgniarki* z każdego okna programu za pomocą ikony szybkiego dostępu, umieszczonej w lewym górnym rogu ekranu.



Użytkownik ma dostęp do okna *Gabinetu pielęgniarki* również poprzez ścieżkę: [Ewidencja](#) > [Gabinety](#) > [Gabinet pielęgniarki](#).

Rozdział

2

Omówienie wyglądu Gabinetu pielęgniarki

2.1 Okno wizyty pielęgniarskiej

Po wybraniu pacjenta z listy osób oczekujących do Gabinetu pielęgniarki (dwuklikiem lub poprzez użycie przycisku **Dane**) zostanie otwarta formatka wizyty. Formatka podzielona jest domyślnie na 6 okien. Pierwsze trzy okna (**1-3**) prezentują historyczne dane medyczne pacjenta, kolejne (**4-6**) służą do ewidencji danych z realizowanej wizyty.

The screenshot shows the 'Wizyta' (Visit) window in the mMedica software. The interface is divided into six main sections, each numbered in a red circle:

- 1. Choroby przewlekłe (Chronic Diseases):** A table with columns 'Nazwa' (Name), 'Op. cz.' (Active care), and 'Data' (Date). It lists 'L20.9 - Atopowe zapale...' with a green checkmark in the 'Op. cz.' column.
- 2. Czynniki ryzyka i wywiady (Risk factors and interviews):** A section titled 'Grupy dyspanseryjne' (Dispensary groups) with the sub-header 'Przewlekłe choroby układu trawiennego' (Chronic diseases of the digestive system).
- 3. Ostatnie wizyty (Last visits):** A section containing a warning about data for NFZ and commercial visits, and a summary of the current visit: 'Wizyta: dnia 18-05-2021 od 10:58 do 11:13', 'Komórka org.: Poradnia', and 'Realizujący: Nowak Anna'.
- 4. Wywiad (Interview):** A large empty text area for notes.
- 5. Badanie fizykalne (Physical examination):** A section for recording vital signs: 'Ciśnienie:' (Blood pressure), 'Tętno:' (Pulse), 'Temp.:' (Temperature), 'Glikemia:' (Glucose), 'Sat.:' (Saturation), 'FEV1:', and 'Rytm serca:' (Heart rhythm).
- 6. Rozpoznanie (Diagnosis):** A table with columns 'Nazwa' (Name) and 'Główne' (Main). It lists 'L20.9 - Atopowe zapale...' with a green checkmark.

At the bottom of the window, there are buttons for 'Dane podstawowe' (Basic data), 'Zalecenia' (Recommendations), 'Drukuj podsum.' (Print summary), and a status bar with 'EDM', 'Autoryzuj' (Authorize), and 'Umów następną' (Book next).

1) Choroby przewlekłe

W oknie prezentowane są rozpoznania, które w historii choroby pacjenta zostały zaznaczone jako przewlekłe. Znacznik  w kolumnie "**Op. cz.**" oznacza, że pacjent został objęty opieką czynną.

Przycisk  **Dodaj do rozpoznań** służy do dodania zaznaczonej choroby przewlekłej do listy rozpoznań bieżącej wizyty. Równocześnie został usunięty przycisk dodawania rozpoznania do chorób przewlekłych  **Dodaj**.

Znaczenie pozostałych przycisków znajdujących się po prawej stronie okna:



Oznacz jako nieaktualną/wyleczoną - rozpoznanie oznaczone jako choroba przewlekła zostanie oznaczone jako nieaktualne (zostanie usunięte).



Usuń z historii - rozpoznanie zostanie usunięte z historii chorób przewlekłych pacjenta.



Opis choroby przewlekłej - umożliwia wprowadzenie i edycję opisu choroby przewlekłej.



Przesuń chorobę przewlekłą w górę/dół - przyciski dodane w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica. Umożliwiają zmianę kolejności wyświetlania chorób przewlekłych pacjenta. Aby przenieść dany rekord o pozycję wyżej lub niżej, należy go podświetlić i wybrać przycisk wskazujący odpowiedni kierunek zmiany.

2) Czynniki ryzyka i wywiady

W oknie prezentowane są istotne informacje uzyskane z wywiadów oraz czynników ryzyka np.: uczulenia, uzależnienia, grupa krwi, przebyte choroby, przynależność do grup dyspanseryjnych, informacje o przeprowadzonych wywiadach środowiskowych itd.

3) Ostatnie wizyty

W oknie prezentowane są dane historyczne z 3 ostatnich wizyt pacjenta, które odbyły się w tej samej poradni, w której realizowana jest bieżąca wizyta.

4) Wywiad

Przygotowane okno tekstowe służy do wprowadzania informacji z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem. Tekst można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, wybierając uprzednio utworzony i zapisany tekst.

5) Badanie fizykalne

Przygotowane okno tekstowe służy do wprowadzania informacji z przeprowadzonego badania fizykalnego. Dla potrzeb raportowania danych w ramach programu "Profilaktyka 40 Plus" zostały dodane pola do ewidencji ciśnienia oraz rytmu serca ("Ciśnienie", "Rytm serca").

W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica dodano pola do ewidencji tętna, temperatury, glikemii, saturacji oraz FEV1.

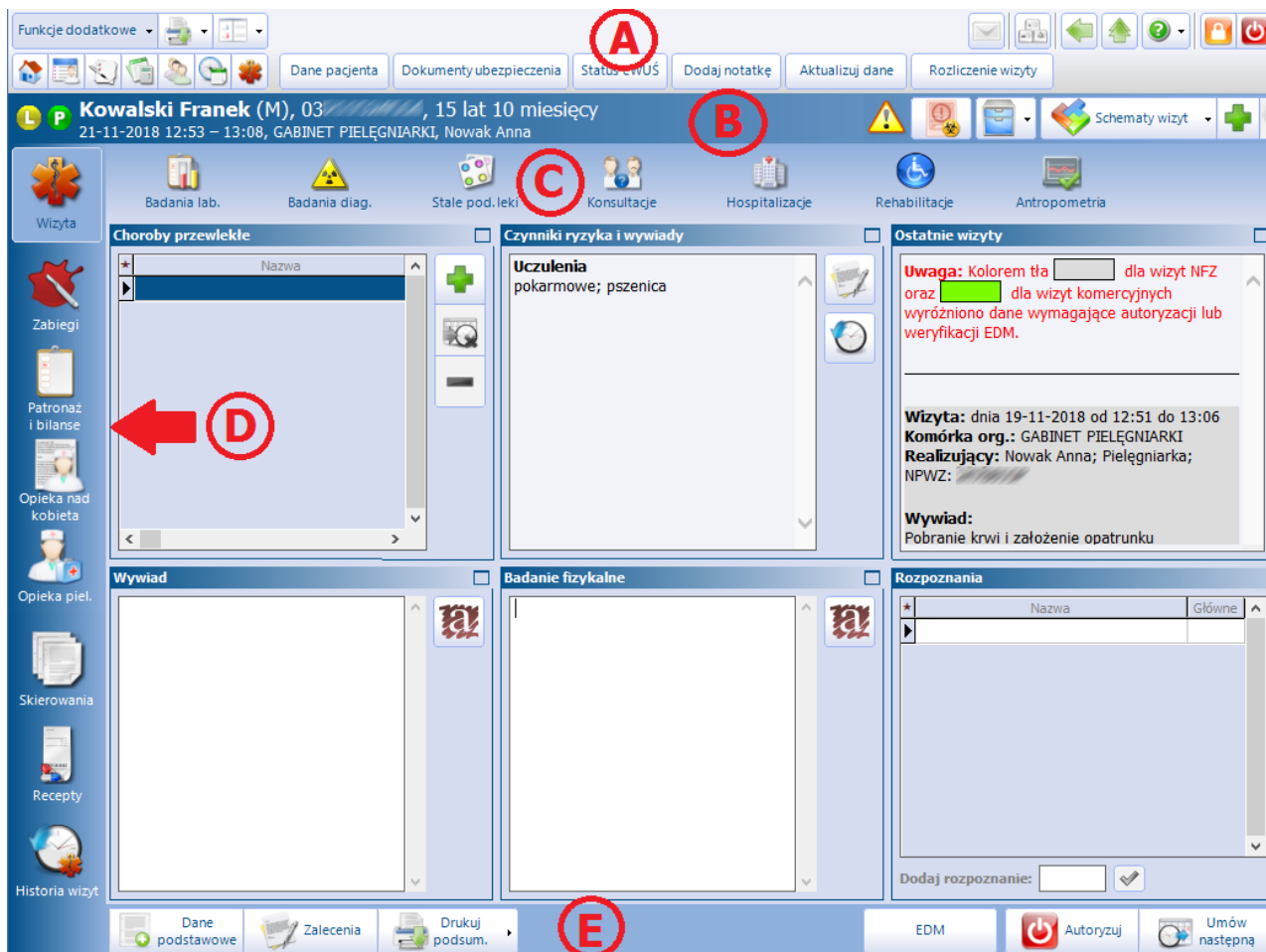
6) Rozpoznanie

Okno służy do ewidencji rozpoznań bieżącej wizyty. Jego funkcjonalność zastała dokładnie opisana w [ogólnej instrukcji](#) obsługi programu w rozdziale "Omówienie okna wizyty lekarskiej".

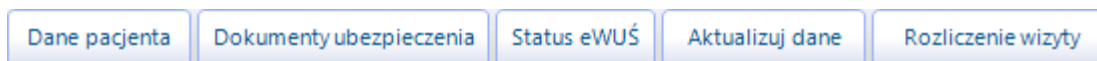
Uwaga! Każde z 6 małych okien wchodzących w skład standardowego okna wizyty gabinetowej można powiększyć na cały ekran, a następnie zwinąć do pierwotnej wielkości. Służą do tego przyciski, znajdujące się w prawym górnym rogu każdego z okien (zaznaczenie strzałką na zdj. powyżej).

2.2 Omówienie formatki Gabinetu pielęgniarki

Po wybraniu pacjenta z listy osób oczekujących do Gabinetu pielęgniarki (dwuklikiem lub poprzez użycie przycisku **Dane**) zostanie otwarta formatka wizyty. Formatka podzielona jest domyślnie na 5 okien, które zostały szczegółowo omówione w rozdziale: [Omówienie okna wizyty pielęgniarskiej](#).



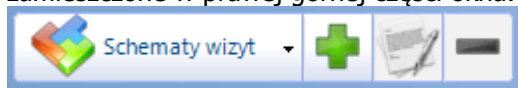
A) Przyciski w górnym panelu formatki



W górnej części formatki *Gabinet* znajdują się przyciski, które pozwalają na szybką weryfikację danych pacjenta oraz jego ubezpieczenia. Poniżej opisano znaczenie poszczególnych przycisków:

- **Aktualizuj dane** - funkcja ta jest dostępna w wizytach, które jeszcze nie zostały autoryzowane lub jeśli zostały już zakończone, po otwarciu ich do edycji. Umożliwia odświeżenie danych pacjenta, komórki, realizującego bądź świadczeniodawcy, jeśli zostały zmienione po otwarciu wizyty.
- **Rozliczenie wizyty** - otwiera formatkę "Uzupełnianie świadczeń" w celu rozliczenia wizyty.

W module *Gabinet pielęgniarki* udostępniono obsługę schematów wizyt, do której służą przyciski zamieszczone w prawej górnej części okna.



W ramach schematu zapamiętywane są dane takie jak: wywiad, badanie fizykalne, rozpoznania, procedury ICD-9.

Sposób definicji i działania schematów wizyt opisany jest w ogólnej instrukcji [obsługi programu](#) mMedica. Funkcjonalność ta dostępna jest w wersji **Plus (+)** programu podstawowego.

B) Podstawowe dane pacjenta i wizyty

W górnej części formatki wyświetlane są podstawowe dane pacjenta, któremu realizowana jest wizyta: nazwisko i imię, oznaczenie płci (K - kobieta, M - mężczyzna), numer PESEL, wiek. Poniżej znajdują się informacje dotyczące samej wizyty tj. data i godzina wizyty, nazwa komórki organizacyjnej oraz imię i nazwisko lekarza realizującego.

Obok nazwiska pacjenta wyświetlane są informacje dotyczące jego złożonych, aktywnych deklaracji POZ w programie mMedica:



- deklaracja lekarza POZ



- deklaracja pielęgniarki POZ



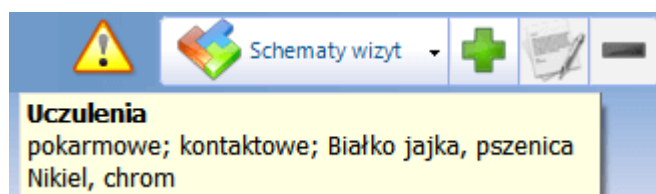
- deklaracja położnej POZ



- pacjent bez aktywnej deklaracji POZ



Dodatkowo może zostać wyświetlona ikona ostrzegająca o występowaniu uczuleń, które zostały zaewidencjonowane w czynnikach ryzyka w danych medycznych pacjenta. Po najechaniu kursorem na ikonę, wyświetlą się szczegółowe informacje o uczuleniach:



C) Najważniejsze dane medyczne pacjenta

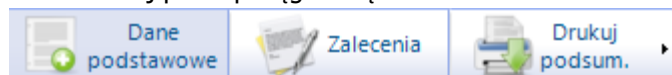
Wybierając poszczególne ikony można w szybki sposób uzyskać dostęp do danych tam zgromadzonych m.in. wyników badań laboratoryjnych i diagnostycznych, leków stale podawanych pacjentowi, przeprowadzonych konsultacjach z innymi specjalistami, przebytych hospitalizacjach pacjenta itd.

D) Główny panel Gabinetu

Po lewej stronie formatki Gabinetu znajduje się główny panel z przyciskami. Wybór każdego z przycisków zmienia zawartość ekranu oraz listę zakładek w górnym panelu formatki, np. po wyborze przycisku **Skierowania**, u góry ekranu użytkownik uzyska dostęp do nast. zakładek: Badania lab., Badania diag., Zaopatrzenie rehab.

E) Przyciski w dolnym panelu formatki

Poniżej omówiono znaczenie przycisków znajdujących się w dolnym panelu formatki wizyty gabinetowej realizowanej przez pielęgniarkę:



- **Dane podstawowe** - otwiera okno *Dane wizyty* umożliwiające przegląd i modyfikację danych dotyczących realizacji i skierowania. Dane prezentowane w oknie w większości podpowiadane są domyślnie na podstawie rezerwacji/rejestracji lub ustawień domyślnych personelu. Użytkownik z uprawnieniami może, korzystając z dostępnych tam funkcjonalności, zmienić lub uzupełnić dane typu: data ewidencjonowanej wizyty, realizujący, komórka org., miejsce realizacji, sposób przyjęcia (np. ze skierowaniem) oraz szczegółowe dane skierowania.

Uwaga! Należy pamiętać o tym, że zmiana daty i godziny wizyty, realizującego, komórki org. ma wpływ na wystawiane w trakcie wizyty dokumenty jak: skierowania i druki, podsumowanie, recepty, L4, historia wizyt. W związku z tym należy korzystać z tej funkcjonalności tylko w wyjątkowych

przypadkach. Zmiana którejkolwiek danej po wydrukowaniu dokumentu może skutkować błędem spójności dokumentacji.

- **Zalecenia** - otwiera okno zaleceń z bieżącej wizyty, w którym znajdują się informacje o:
 - skierowaniach i drukach wydanych pacjentowi na wizycie,
 - przepisanych lekach,
 - dodatkowe informacje, które mogą być dla pacjenta istotne

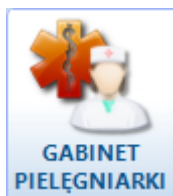
Ponadto można dopisać inne zalecenia dla pacjenta ręcznie lub korzystając ze schematów zaleceń. Zalecenia można wydrukować na papierze w formie recepty, A5 lub korzystając z własnego szablonu.

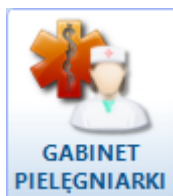
- **Drukuj podsumowanie wizyty** - otwiera okno podglądu wydruku "Historii zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych". Podsumowanie można wydrukować na papierze w formie A4, A5, A5 - poziomo lub korzystając z własnego szablonu.

Rozdział

3

Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu



Wybranie ikony  ze strony startowej programu spowoduje otwarcie okna *Lista pacjentów do gabinetu pielęgniarki*. Inne ścieżki dostępu do tego okna zostały opisane w początkowym rozdziale niniejszej instrukcji.

Pielęgniarka zalogowana do programu, po wejściu do Gabinetu będzie widziała listę pacjentów oczekujących na przyjęcie.

Po otwarciu formatki w panelu nawigacji *Zaawansowane* zostaną uzupełnione pola "Komórka org." oraz "Realizujący" na podstawie danych zalogowanego użytkownika i jego ustawień domyślnych.

Formatka podzielona jest na dwie części. W górnej części wyświetlana jest lista pacjentów, uporządkowana alfabetycznie, na której znajdują się:

1. Pacjenci, którzy mają [zarezerwowany](#) lub [zarejestrowany](#) termin do pielęgniarki/położnej.

Jeśli pacjent umówił się wcześniej na wizytę i zostało to odnotowane w systemie pod postacią rezerwacji w Terminarzu, pojawi się on na liście oczekujących ze statusem "Zaplanowana". Godzina, na którą pacjent został zapisany, wyświetlana jest w kolumnie "Umówiony na". Status wizyty zmieni się na "Do realizacji", jeśli w dniu planowanego przyjęcia pacjent zgłosi się do punktu przyjęć/rejestracji w celu dokonania rejestracji na wizytę.

2. Pacjenci, którym lekarz [wystawił zlecenie](#) do pielęgniarki/położnej w programie mMedica.

Informacja o zaplanowanym zabiegu będzie wyświetlana zgodnie z datami planowanych wykonań, które lekarz wskazał na zleceniu dla pielęgniarki/położnej. Jeżeli na zleceniu data zabiegu nie została określona, będzie się ono wyświetlać na liście w każdym dniu, do momentu jego realizacji. Zlecenia wystawione przez lekarza identyfikowane są poprzez wpis w kolumnie "Status - Zlecenie" oraz poprzez określenie rodzaju zlecenia - informacja ta prezentowana jest w kolumnie "Rodzaj", np. opatrunek.

W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Gabinet > Różne](#) dostępny jest parametr **"Wyświetlaj zlecenia do pielęgniarki/położnej wystawione od dnia:"**. Po uzupełnieniu w nim daty na liście pacjentów do gabinetu pielęgniarki będą się wyświetlać tylko te zlecenia bez wskazanej daty zabiegu, które zostały wystawione nie wcześniej niż w dniu określonym w parametrze. Natomiast zlecenia z określoną datą zabiegu będą widoczne w dniu, na który zostały zaplanowane, bez względu na datę ich wystawienia.

Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu

Lista pacjentów do gabinetu pielęgniarki

Nr...	Pacjent	ID...	Wiek	Umówiony na	Wizyta	Rodzaj	Miejsce plano...	Miejsce realizacji	Status
1	Kowalski Jan	173 5...	05-10-2020			szczenie	Gabinet		Zlecenie
2	Kowalski Jan	173 5...	05-10-2020 10:00	Inna					Zaplanowana
3	Kowalski Jan	173 5...	05-10-2020 11:00	Inna					Zaplanowana
4	2 Kowalski Jan	173 5...	05-10-2020 12:39	Inna				Porada ambulatoryjna	Do realizacji
5	Kowalski Jan	1... 2...	05-10-2020 15:00	Inna					Zaplanowana

Kowalski Jan (M), 2 lata 1 mies.

INFORMACJE O PACJENCIE	DODATKOWE INFORMACJE	DANE MEDYCZNE I UWAGI
Data ur.: 20-08-2018 (2 lata 1 miesiąc) PESEL: [redacted] Adres: [redacted] Telefon: (brak) Upow.: Stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU Dokumentacja – BRAK DOKUMENTU Odbiór recept – BRAK DOKUMENTU Opiekun: (brak)	Deklaracje: (bak) Grupy: (bak)	Zaplanowane szczepienia: 2023-08-21: Błonica, tężec i krztusiec 2023-08-21: Odra, świnka, różyczka 2023-08-21: Poliomyelitis 2031-08-21: Błonica, tężec i krztusiec 2036-08-21: Błonica, tężec Uwagi: (bak)

Z kolei w dolnej części formatki prezentowane są podstawowe informacje o pacjencie, który został zaznaczony przez użytkownika na powyższej liście.

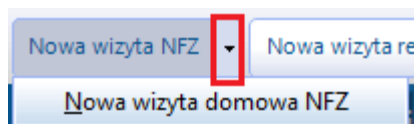
W oknie *Informacje o pacjencie* wyświetlane są podstawowe dane osobowe i kontaktowe pacjenta wraz z informacją o osobach upoważnionych do uzyskania dokumentacji medycznej czy odbioru recept. Jeśli pacjent małoletni lub ubezwłasnowolniony posiada podpiętego opiekuna, informacja ta zostanie wyświetlona w polu "Opiekun". Imię i nazwisko opiekuna będzie podlinkowane, z możliwością przejścia do jego danych, jeśli opiekun znajduje się w Kartotece pacjentów.

W oknie *Dodatkowe informacje* prezentowane są informacje o złożonych i aktywnych deklaracjach pacjenta oraz o grupach, do których został przypisany.

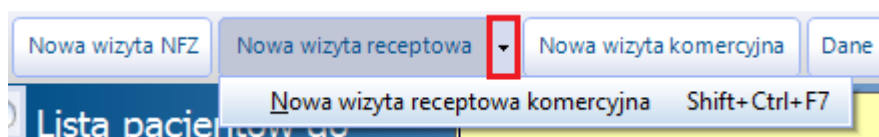
Z kolei w oknie *Dane medyczne i uwagi* znajdują się informacje o szczepieniach, które zostały zaplanowane pacjentowi oraz uwagi, które zostały wprowadzone w Kartotece. Wyświetlane są tam również informacje o zabiegach zleconych w Gabinetie lekarza na skierowaniu do pielęgniarki/położnej.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Nowa wizyta NFZ** - tworzy wizytę rozliczaną kontraktem z NFZ. Otwiera formatkę *Słownik pacjentów* celem wybrania pacjenta, dla którego zostanie utworzona wizyta gabinetowa. Od wersji 9.0.0 aplikacji mMedica po wyborze elementu zaznaczonego na poniższym zdjęciu dostępna jest do wyboru opcja **Nowa wizyta domowa NFZ**. Umożliwia ona utworzenie wizyty z domyślnym miejscem realizacji "Wizyta domowa" (wartość w polu "Miejsce real." w oknie w danych podstawowych wizyty).



- **Nowa wizyta receptowa** - tworzy wizytę receptową. Użytkownicy posiadający dodatkowy Moduł Komercyjny, tworzą ją poprzez kliknięcie w element znajdujący się po prawej stronie przycisku i wybranie opcji **Nowa wizyta receptowa komercyjna**.



- **Nowa wizyta komercyjna** - tworzy wizytę komercyjną/prywatną. Przycisk widoczny jest dla użytkowników posiadających Moduł Komercja. Od wersji 9.0.0 aplikacji mMedica po rozwinięciu listy na przycisku dostępna jest opcja **Nowa wizyta domowa komercyjna**. Umożliwia ona utworzenie wizyty komercyjnej z domyślnym miejscem realizacji "Wizyta domowa".
- **Dane wizyty** - otwiera wizytę gabinetową. W przypadku wizyty w statusie "Zaplanowana/Do realizacji" wybranie przycisku spowoduje rozpoczęcie wizyty, a więc zmianę jej statusu na "W realizacji".
- **Odwołaj** - działa dla pozycji ze statusem "Zaplanowana" oraz "Do realizacji". Powoduje usunięcie pozycji z listy pacjentów oczekujących do gabinetu pielęgniarki i równoczesne odwołanie w Terminarzu rezerwacji/rejestracji powiązanej z tą pozycją.
- **Usuń** - usuwa wizytę. Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "W realizacji/Zrealizowana".
- **Unieważnij** - aktywuje się po zaznaczeniu pozycji ze statusem "Zlecenie" i umożliwia usunięcie tego zlecenia z listy pacjentów oczekujących do gabinetu pielęgniarki.
- **Rozlicz** - otwiera formatkę *Uzupełnianie świadczeń* w celu uzupełnienia danych rozliczeniowych wizyty.

Znaczenie statusów wizyt znajdujących się we filtrze "Status" w panelu Nawigacja:

- **Aktualna** - zostaną wyświetlone wszystkie pozycje za wyjątkiem usuniętych wizyt.
- **Do realizacji** - wizyta, która została wcześniej zarejestrowana w Terminarzu. Nie została jeszcze rozpoczęta przez pielęgniarkę.
- **Usunięta** - wizyta usunięta.
- **W realizacji** - wizyta rozpoczęta przez pielęgniarkę, która nie została jeszcze autoryzowana/zapisana.
- **W realizacji (ponownie)** - autoryzowana/zapisana wizyta, która została ponownie otwarta do edycji.
- **Zaplanowana** - wizyta, która została wcześniej zarezerwowana w Terminarzu. Nie została jeszcze rozpoczęta przez pielęgniarkę.
- **Zlecenie** - wizyta, która została utworzona na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.
- **Zrealizowana** - wizyta, która została już zrealizowana i autoryzowana przez pielęgniarkę.

Po lewej stronie formatki znajduje się panel *Nawigacja*, przy użyciu którego można dokonać wyfiltrowania danych - może być to szczególnie przydatne przy długiej liście osób oczekujących do gabinetu. Za pomocą dostępnych filtrów można wyświetlić listę pacjentów na podstawie zaplanowanej daty wizyty, realizującego, komórki organizacyjnej, statusu wizyty. W sytuacji gdy konieczne jest odszukanie wizyty konkretnego pacjenta, można posłużyć się filtrem "Nazwisko/PESEL".

Po wyborze personelu w polu "Zlecający" na liście do gabinetu wyświetlą się pozycje zleceń z wizyt realizowanych przez ten personel, a także rezerwacje i wizyty ze skierowaniem, w którym personel ten widnieje jako zlecający.

Oprócz tego w panelu *Nawigacja* znajdują się domyślnie zdefiniowane parametry wyszukiwania wizyt, na podstawie których system wyświetli listę:

- **Wszyscy na dziś** - pacjentów w dniu dzisiejszym zapisanych do lekarza, który został wskazany we filtrze "Realizujący" (bez względu na status wizyty).
- **Zarejestrowani na dziś** - wszystkich pacjentów, którzy w dniu dzisiejszym zostali zarejestrowani do lekarza (status wizyty "Do realizacji").
- **Umówieni na dziś** - zarezerwowanych wizyt do lekarza na dziś (w statusie "Zaplanowana").
- **Umówieni na jutro** - wszystkich pacjentów, którzy mają zarezerwowane wizyty na dzień jutrzejszy do lekarza, który został wskazany we filtrze "Realizujący".
- **Z dzisiejszych wizyt** - wszystkich dzisiejszych zrealizowanych wizyt (w statusie "Zrealizowana").
- **Z wczorajszych wizyt** - wszystkich wczorajszych zrealizowanych wizyt (w statusie "Zrealizowana").

Rozdział

4

Ewidencja zabiegów

Wybranie w głównym oknie Gabinetu ikony **Zabiegi** umożliwia zapisanie informacji o wykonanym zabiegu oraz jego przebiegu. Wszystkie informacje o przeprowadzonych zabiegach jak np. szczepienie, podanie leku, założenie opatrunku są zapamiętywane i prezentowane na dedykowanej formatce *Historia zabiegów*. Ponadto, w Gabinecie pielęgniarki dostępna jest karta uodpornienia, na której pielęgniarka dokonuje wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia, a także sporządza sprawozdania z przeprowadzonych szczepień.

4.1 Zaplanowanie wizyty w Terminarzu

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Aby zaplanować wizytę do Gabinetu pielęgniarki należy dokonać rezerwacji lub rejestracji do personelu, którym jest pielęgniarka lub położna. W tym celu należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejść do okna Terminarza korzystając z jednej z powyższych ścieżek.
2. Wybrać godzinę wizyty z prezentowanego harmonogramu pracy (zalecane) lub ze slotu poza harmonogramem. Można tego dokonać poprzez wybranie przycisku **Nowa rezerwacja/rejestracja** w górnym panelu formatki lub poprzez dwukrotne kliknięcie na wolnym slotie Terminarza dla wybranej godziny.
3. Na formatce *Nowa rezerwacja* (zdz. poniżej) uzupełnić pozostałe dane rezerwacji, w szczególności:
 - **Komórka org.** - wskazać poradnię, w której pracuje pielęgniarka/położna.
 - **Personel** - wskazać osobę personelu, która jest pielęgniarką lub położną (w Rejestrze personelu jest zdefiniowany jeden z wymienionych rodzajów personelu).
4. Zatwierdzić zmiany.

Nowa rezerwacja

- Dane podstawowe - Skierowanie - Wizyta receptowa - Rezerwacja usług	Termin Komórka org.: 29 ... GABINET PIELĘGNIARKI Personel: NOWAKA ... Nowak Anna Miejsce: ... Data: 21-11-2018 Godzina: 12:20 Długość: 20 Pacjent PESEL: ... Kontakt: ... Nazwisko i imię: Kowalski Franek Wizyta Wizyta: POZ Tryb przyjęcia: Bez skierowania Rodzaj: SZ ... Szczepienie ☐ Komercyjna/prywatna ☐ Pierwszorazowa		Kolejka oczekujących ☐ Wymagana ... Kat. medyczna: ... ☐ Termin na życzenie pacjenta Ostatni wpis: ... Dostarczenie skierowania Termin: ... ☐ Dostarczone w dniu: ... ☐ Wysłano pocztą Uwagi ...
--	--	--	---

4.2 Wykonanie zabiegu

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Zabiegi](#) > [Zabieg](#)

Pielęgniarki i położne posiadają uprawnienia do wykonywania zabiegów samodzielnie lub na podstawie zlecenia lekarskiego. Aby wprowadzić do systemu informację o przeprowadzonym zabiegu należy w głównym oknie Gabinetu pielęgniarki wybrać ikonę **Zabiegi**, znajdującą się w lewym panelu.

Zostanie otwarta formatka **Zabieg**, podzielona na sekcje umożliwiające ewidencję informacji o:

- wykonaniu szczepienia
- podaniu leku
- pobraniu materiału
- założeniu opatrunku
- innym rodzaju zabiegu, zdefiniowanym przez użytkownika

oraz o przebiegu zabiegu.

Na formatce dostępny jest parametr **"Pacjent/opiekun ustawowy/opiekun faktyczny został poinformowany o możliwości wystąpienia działania niepożądanego i skutku ubocznego podanego leku"**.

Do ewidencji danych wykorzystuje się gotowe wartości dostępne do wyboru w polach rozwijanych i słownikach oraz szablony tekstów standardowych przy polach opisowych.

Wprowadzenie danych o zabiegu w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą, spowoduje dodanie wpisu do księgi zabiegów po autoryzacji wizyty w Gabinetcie.

Sekcja: Szczepienie

Sekcja służy do wprowadzania informacji o wykonaniu szczepień. Część danych dotyczących szczepienia jak np. rodzaj, nazwa leku/szczepionki oraz numer z dawki, podpowiadana jest na podstawie pozycji wybranej ze słownika zaplanowanych szczepień. Pozostałe dane w kolumnach uzupełnia się ręcznie, poprzez kliknięcie w określone pole i wpisanie danych lub wybranie odpowiedniej wartości z listy rozwijanej.

Aby wprowadzić informację o wykonaniu szczepienia, należy wybrać przycisk  **Dodaj**. Otwarte zostanie okno, prezentujące listę szczepień, które zostały wcześniej zaplanowane pacjentowi. Jeśli w danych

medycznych pacjenta zbiorczo zaplanowano szczepienia według kalendarza, w oknie *Zaplanowane szczepienia pacjenta* wyświetlana będzie lista szczepień obowiązkowych zgodnie z aktualnym Program Szczepień Ochronnych.

Szczepienie wybrane z listy dwuklikiem lub za pomocą przycisku **Wybierz** zostanie dodane do sekcji *Szczepienie* z ustawionym domyślnie statusem "Wykonane" (w kolumnie "Status"). Status ten można zmienić.

Zaplanowane szczepienia pacjenta

Rodzaj:

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Data planowana	Rodzaj	Opis	Dawka
2019-11-05	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	4 z 4
2019-11-05	Poliomyelitis	IPV	3 z 3
2019-11-05	Haemophilus influenzae	Hib	4 z 4
2019-08-05	Stereptococcus pneumoniae		3 z 3
2019-08-05	Odra, świnka, różyczka	MMR	1 z 2
2019-01-05	WZW typu B		3 z 3
2018-12-05	Haemophilus influenzae	Hib	3 z 4
2018-12-05	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	3 z 4
2018-12-05	Poliomyelitis	IPV	2 z 3
2018-10-11	Stereptococcus pneumoniae		2 z 3
2018-10-11	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	2 z 4
2018-10-11	Haemophilus influenzae	Hib	2 z 4
2018-10-11	Poliomyelitis	IPV	1 z 3
2018-08-16	WZW typu B		2 z 3
2018-08-16	Stereptococcus pneumoniae		1 z 3
2018-08-16	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	1 z 4
2018-08-16	Haemophilus influenzae	Hib	1 z 4
2018-07-04	WZW typu B		1 z 3
2018-07-04	Gruźlica	BCG	1 z 1

Wybierz (F5) Wyjście

Jeśli pacjentowi nie zaplanowano szczepień, okno będzie puste. W celu dodania informacji o pojedynczym szczepieniu zgodnym z kalendarzem szczepień, należy wybrać przycisk **Dodaj szczepienie z kalendarza**. W otwartym oknie dialogowym uzupełnić szczegółowe dane szczepienia tj. wprowadzić datę planowaną, wskazać rodzaj, nazwę leku/szczepionki, opcjonalnie numer serii, dawki, termin ważności leku.

Na podstawie wprowadzonych szczepień, posiadających status "Wykonane", dodawane są do wizyty automatycznie procedury ICD-9 (na zakładce **Procedury**).

W celu zaplanowania szczepienia innego np. nie finansowanego ze środków publicznych, należy wybrać przycisk **Dodaj szczepienie inne** i uzupełnić dostępne pola.

Szczepienie [X]

Status:

Data planowana:

Rodzaj: Błonica, tężec i krztusiec

Lek/szczepionka:

Opis:

Nr serii:

Nr dawki:

Dawka:

Termin ważności:





Do słownika rodzajów szczepień została dodana pozycja "COVID-19". W sekcji Szczepienie udostępniono również kolumny służące do ewidencji danych kwalifikacji do szczepienia, takich jak: status, data, personel. Znajdują się one na końcu tabeli.

Istnieje możliwość definicji rodzaju szczepienia z oznaczeniem, że jest to szczepienie z kalendarza, a także definicji rodzaju szczepienia skojarzonego. Informacje na ten temat znajdują się w [instrukcji ogólnej](#) obsługi programu, w rozdziale "Szczepienia".

Dla szczepień, dla których w kolumnie "Status" wybrano wartość "Odmowa wykonania", istnieje możliwość wyboru przyczyny niewykonania z listy rozwijalnej w kolumnie "Przyczyna niewykonania". Dostępna jest także kolumna "Przyczyna niewykonania - inna", w której dla szczepień o statusach "Niewykonane" lub "Odmowa wykonania" można zamieścić odpowiedni opis.

Status	Przyczyna niewykonania	Przyczyna niewykonania – inna
Odmowa wykonania		
	Nieznana przyczyna Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej Wpływ ruchów antyszczepionkowych Wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	

W module dodatkowym "Raporty pomocnicze" dostępny jest raport **"Wykaz osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych"**, generowany na podstawie danych szczepień pacjentów ze statusem "Odmowa wykonania", uzupełnionych w omawianej sekcji. Jest on dostępny, w przypadku posiadania licencji na wspomniany moduł, po przejściu do: [Księgi i raporty > Raporty/zestawienia > Raporty pomocnicze > Świadczenia](#). Sposób generowania raportów w module "Raporty pomocnicze" został dokładnie opisany w [instrukcji](#) jego obsługi.

Do wydruku zaświadczenia o wykonaniu szczepienia służy przycisk **Drukuj**, zamieszczony na dole ekranu,

który staje się aktywny po uzupełnieniu sekcji Szczepienie. Na wydruku zaświadczenia pojawiają się tylko szczepienia ze statusem "Wykonane".

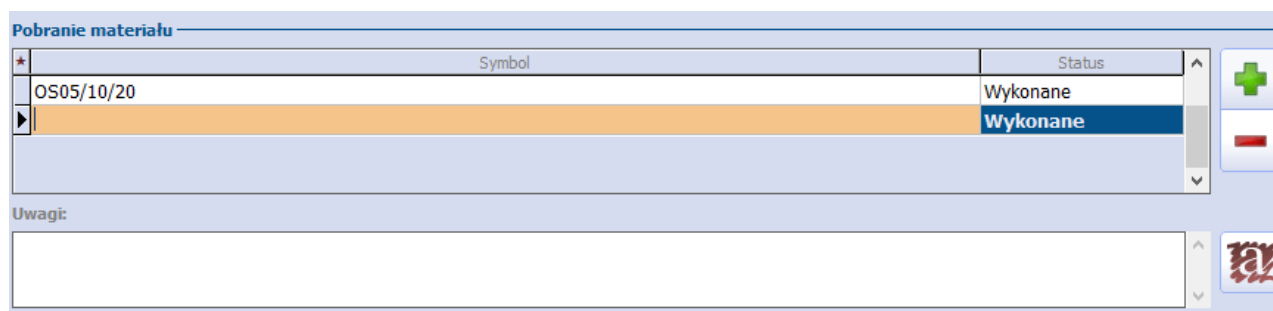
Sekcja: Podanie leku

W sekcji wprowadza się informacje o podaniu leku pacjentowi. Wybranie przycisku **Dodaj** otwiera okno *Słownik leków*, zawierające dostęp do czterech słowników leków: własnych, recepturowych, Pharmindex oraz Bazyl. W słowniku leków Pharmindex domyślnie wyświetlane są tylko te leki, do wystawiania których pielęgniarka posiada uprawnienie - odpowiada za to zaznaczony checkbox "Pielęgniarka" w słowniku.

Podanie leku wybranego ze słownika przez pielęgniarkę, zostanie domyślnie oznaczone jako wykonane. W dostępnych polach w tabelce można wprowadzić szczegółowe dane podania, jak np. dawka leku, numer serii, termin ważności, sposób podania (doustnie, pod język, przez drogi oddechowe). Jeśli z jakichś przyczyn lek nie został pacjentowi podany, należy zmienić status podania, wybierając z listy rozwijanej pozycję "Odmowa wykonania" lub "Niewykonane" i opcjonalnie wprowadzić krótkie wyjaśnienie w polu "Uwagi".

Sekcja: Pobranie materiału

Jeśli pielęgniarka pobiera na wizycie materiał diagnostyczny, wprowadza informację o tym w niniejszej sekcji. Można w niej wprowadzić kilka pozycji, korzystając z przycisku . Wybór tego przycisku aktywuje kolejny wiersz, w którym jest możliwość uzupełnienia symbolu oraz wybrania odpowiedniego statusu.



Sekcja: Opatrunek

W przygotowanej sekcji dokumentuje się informacje o założeniu pacjentowi opatrunku. Sposób ewidencji jest analogiczny jak dla sekcji Pobranie materiału. Po dodaniu za pomocą przycisku  pozycji, można uzupełnić w niej dane takie jak: miejsce założenia opatrunku, wykorzystany lek i status (na przykład "Wykonany"). Lek wprowadzić można korzystając z dostępnych w bazie słowników leków, na przykład z bazy leków Pharmindex. W celu otwarcia okna wyboru słownika leków należy w kolumnie "Lek" nacisnąć .

Uwaga! Istnieje możliwość definicji powiązania zabiegów wprowadzanych w sekcjach **Podanie leku**, **Pobranie materiału** oraz **Opatrunek** z odpowiednią procedurą ICD-9. Funkcjonalność ta została dokładnie opisana w ogólnej [instrukcji obsługi](#) programu w rozdziale "Powiązania dla procedur ICD-9". W przypadku zdefiniowania takiego powiązania, przy wprowadzaniu zabiegów w powyższych sekcjach będą się na ich podstawie automatycznie dodawać do wizyty procedury ICD-9 (na zakładce **Procedury**).

Sekcja: Inny

Po wyborze przycisku , zamieszczonego po prawej stronie sekcji, otwarty zostanie słownik "Rodzaj innego zabiegu", którego pozycje są definiowane samodzielnie przez użytkownika. Istnieje możliwość powiązania danej pozycji z procedurą ICD-9. Na podstawie wybranego ze słownika zabiegu, powiązanego z procedurą i posiadającego status "Wykonane", dodawana jest do wizyty automatycznie procedura ICD-9 na

zakładce **Procedury**.

Użytkownik, ewidencjonując dane w sekcji Szczepienie lub Podanie leku, może skorzystać z czytnika kodów 2D w celu czytania nr serii i terminu ważności leku. Na podstawie sczytanych danych podpowiadana jest nazwa leku.

Aby zainstalować czytnik, należy pobrać i uruchomić instalator urządzeń peryferyjnych, który dostępny jest do pobrania na stronie sklepu [Centrum Zarządzania Licencjami mMedica](#) w sekcji: [mMedica > Pobierz aplikacje](#). Następnie należy dokonać jego konfiguracji, zgodnie z zaleceniami opisanymi w instrukcji instalacji urządzeń peryferyjnych.

Instalator urządzeń peryferyjnych - Czytniki kodów 2D

Instalator urządzeń peryferyjnych - Czytniki kodów 2D.

Instalator urządzeń peryferyjnych - Czytniki kodów 2D

Instrukcja instalacji urządzeń peryferyjnych

Instrukcja instalacji urządzeń peryferyjnych

Użytkowany czytnik powinien umożliwiać odczyt kodów 2D w standardzie GS1 Data Matrix oraz spełniać pozostałe wymagania opisane w instrukcji instalacji urządzeń peryferyjnych.

Aby do dodanej pozycji szczepienia lub podania leku wprowadzić za pomocą czytnika nr serii i datę ważności leku, należy ją podświetlić i dokonać sczytania danych z kodu na opakowaniu leku.

4.3 Historia zabiegów

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarstwa > Zabiegi > Historia zabiegów](#)

Na formatce **Historia zabiegów** wyświetlane są wszystkie zabiegi, jakie zostały wykonane i zaewidencjonowane w:

- Gabiniecie pielęgniarstwa na formatce *Zabieg*
- danych medycznych pacjenta ([Kartoteka pacjentów > Dane medyczne > Zabiegi](#))


Wizyta


Zabiegi


Zabieg


Historia zabiegów


Karta uodpornienia

*	Data	Rodzaj	Wykonał	Komórka org.	Status
▶	2018-12-04	opatrunek	Nowak Anna	Gabinet pielęgniarstwa POZ	Niewykonane
	2018-12-04	pobranie materiału	Nowak Anna	Gabinet pielęgniarstwa POZ	Wykonane
	2018-12-04	podanie leku	Nowak Anna	Gabinet pielęgniarstwa POZ	Wykonane
	2018-12-04	szczepienie	Nowak Anna	Gabinet pielęgniarstwa POZ	Wykonane

Należy pamiętać, że zabiegi ewidencjonowane w Gabiniecie pielęgniarstwa prezentowane są również w danych medycznych pacjenta na zakładce "Zabiegi".

4.4 Karta uodpornienia

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Zabiegi](#) > [Karta uodpornienia](#)

Gabinet pielęgniarki oferuje możliwość bieżącego prowadzenia karty uodpornienia, w której odnotowuje się informacje na temat wszystkich szczepień ochronnych, wykonanych danemu pacjentowi.

W sekcji *Obowiązkowe szczepienia ochronne* znajduje się lista szczepień zgodnie z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych wraz z określeniem wieku, na który przypada szczepienie. Wpisy dotyczące wykonania szczepień wprowadzane są na kartę uodpornienia w następujący sposób:

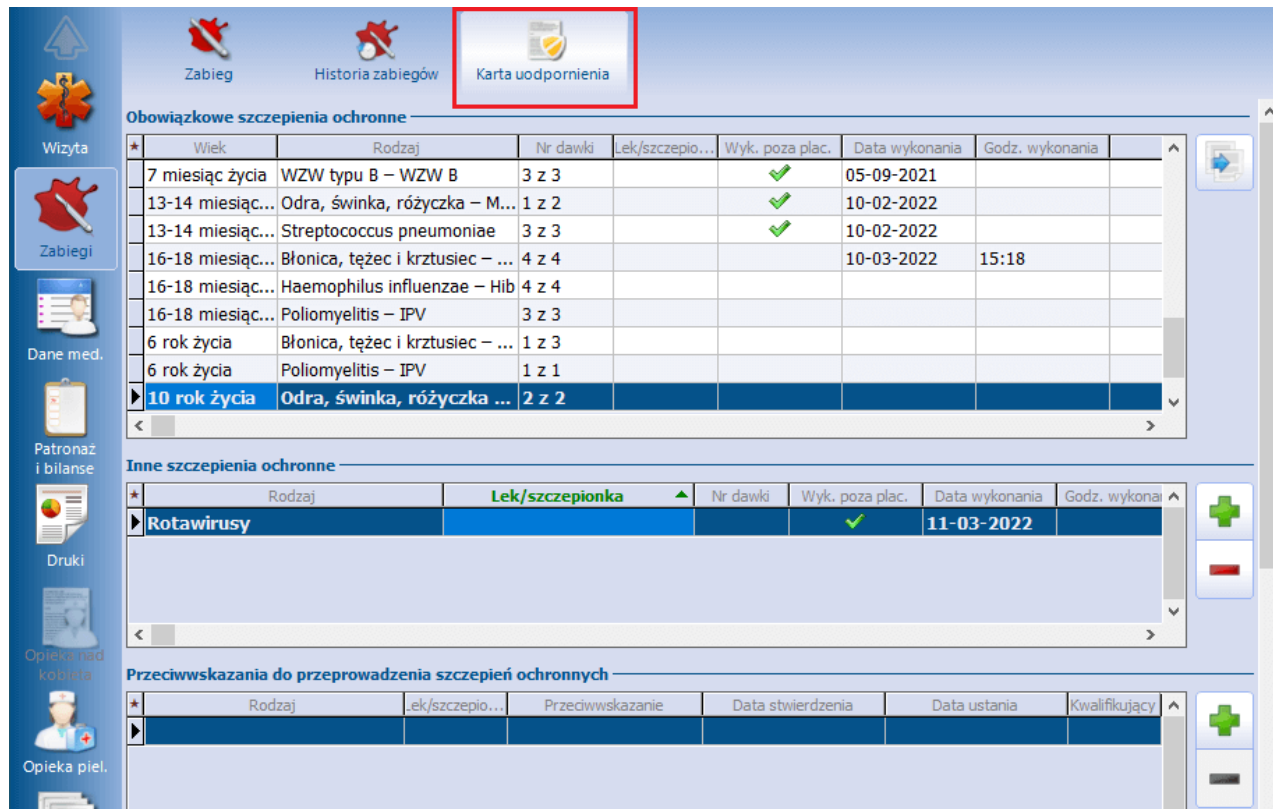
1. Automatycznie

- **Z zabiegu szczepienia** - ewidencjonowanego w Gabinetcie pielęgniarki na formacie [Zabieg](#).
- **Z danych medycznych pacjenta** - jeśli pacjent posiada już zaewidencjonowane wykonanie szczepień w programie mMedica, przed rozpoczęciem prowadzenia karty uodpornienia zalecane

jest skorzystanie z przycisku  **Kopiuje z wykonanych szczepień**. Wybranie przycisku spowoduje skopiowanie informacji o wykonanych szczepieniach z danych medycznych pacjenta wprost na kartę uodpornienia.

2. Ręcznie

Aby wprowadzić do programu informację o wykonaniu szczepienia należy w kolumnie "Data wykonania" kliknąć w pole i z dostępnego kalendarza wybrać datę podania szczepionki. Spowoduje to odblokowanie pozostałych pól w tabelce, w których ręcznie wprowadza się nazwę leku/szczepionki, numer serii, sposób podania oraz dane osoby wykonującej szczepienie.



Wiek	Rodzaj	Nr dawki	Lek/szczepionka	Wyk. poza plac.	Data wykonania	Godz. wykonania
7 miesiąc życia	WZW typu B – WZW B	3 z 3		✓	05-09-2021	
13-14 miesiąc...	Odra, świnka, różyczka – M...	1 z 2		✓	10-02-2022	
13-14 miesiąc...	Streptococcus pneumoniae	3 z 3		✓	10-02-2022	
16-18 miesiąc...	Błonica, tężec i krztusiec – ...	4 z 4			10-03-2022	15:18
16-18 miesiąc...	Haemophilus influenzae – Hib	4 z 4				
16-18 miesiąc...	Poliomyelitis – IPV	3 z 3				
6 rok życia	Błonica, tężec i krztusiec – ...	1 z 3				
6 rok życia	Poliomyelitis – IPV	1 z 1				
10 rok życia	Odra, świnka, różyczka ...	2 z 2				

Rodzaj	Lek/szczepionka	Nr dawki	Wyk. poza plac.	Data wykonania	Godz. wykonania
Rotawirusy			✓	11-03-2022	

Rodzaj	Lek/szczepionka	Przeciwwskazanie	Data stwierdzenia	Data ustania	Kwalifikujący

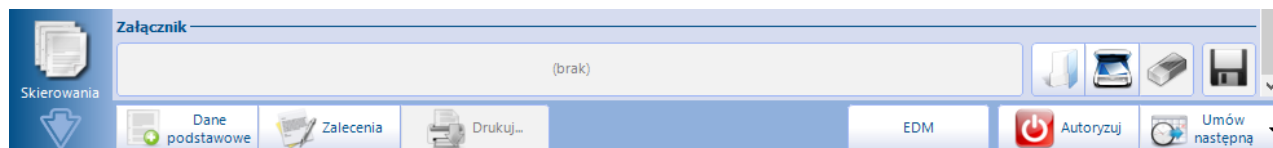
Na karcie uodpornienia wpisuje się także informacje o wykonaniu innych zalecanych szczepień ochronnych, przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia oraz o wystąpieniu niepożądanych odczynów

poszczepiennych. W przygotowanych sekcjach wybiera się przycisk  **Dodaj** i z okna dialogowego *Szczepienia* wskazuje rodzaj szczepienia, który zostanie odnotowany na karcie. Następnie w dostępnych polach uzupełnia się szczegółowe informacje jak np. numer dawki, numer serii, sposób podania itd.

W sekcjach *Obowiązkowe szczepienia ochronne* oraz *Inne szczepienia ochronne* dodano kolumnę "Wyk. poza plac." dla oznaczania szczepień wykonanych poza placówką. Zaznacza się ona automatycznie w przypadku szczepień wprowadzanych ręcznie. Dostępne są również kolumny "Data kwalifikacji" oraz "Kwalifikujący". Dla szczepień dodanych na zakładce *Zabieg* uzupełnią się one automatycznie danymi tam wprowadzonymi. Dla pozostałych szczepień będą one możliwe do edycji.

W sekcji *Powiadomienia o szczepieniu* użytkownik ma możliwość odnotowania danych o spełnieniu obowiązku informowania o obowiązkowych szczepieniach ochronnych. Po wybraniu przycisku **Dodaj** wybiera się nazwę szczepienia z dostępnego słownika, a następnie w kolumnie "Data" datę przekazania informacji.

Istnieje możliwość dodania do karty uodpornienia załącznika, poprzez bezpośrednie zeskanowanie go do bazy lub wskazanie pliku z danego miejsca na dysku. Sekcja dodawania załącznika znajduje się w dolnej części okna edycji karty uodpornienia.



4.5 Zabiegi zlecone przez lekarza

Gabinety lekarza i pielęgniarki współpracują ze sobą w zakresie skierowania dla pielęgniarki/położnej, które dostępne jest w wersji **mMedica PLUS**. Zlecenie wykonania zabiegu wystawione przez lekarza, przekazywane jest automatycznie do Gabinetu pielęgniarki w celu realizacji.

4.5.1 Zlecenie zabiegu w Gabinetcie lekarskim

Ścieżka: [Gabinet lekarza](#) > [Skierowania](#) > [Pielęgniarka / położna](#)

W celu wystawienia skierowania na wykonanie zabiegu przez pielęgniarkę lub położną, należy w lewym panelu Gabinetu lekarskiego wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie w górnym panelu zakładkę **Pielęgniarka / Położna**.

Lekarz może zlecić pielęgniarcie wykonanie następujących zabiegów:

- szczepienia
- podania leku
- pobrania materiału
- założenia opatrunku
- innego zabiegu niewymienionego powyżej

które oznacza na skierowaniu poprzez zaznaczenie pola , znajdującego się przed nazwą wybranego

zabiegu. Następnie, za pomocą przycisku  **Dodaj** użytkownik wybiera z dostępnych słowników rodzaj szczepienia lub nazwę leku. Jeśli istnieje taka potrzeba, w przygotowanych polach tekstowych można ręcznie wpisać dodatkowe informacje dotyczące zabiegu lub skorzystać z wcześniej przygotowanych szablonów tekstów standardowych.

W polu "Komórka organizacyjna" można wskazać konkretną komórkę/gabinet pielęgniarki, do którego zostanie skierowane zlecenie.

Bardzo istotnym elementem podczas wystawiania skierowania jest określenie częstotliwości wykonania

Ewidencja zabiegów

zabiegu przez pielęgniarkę lub położną. Krotność zleconego zabiegu wpływa na sposób wyświetlania informacji o zleceniu w Gabinecie pielęgniarki na [liście pacjentów](#) oczekujących do gabinetu.

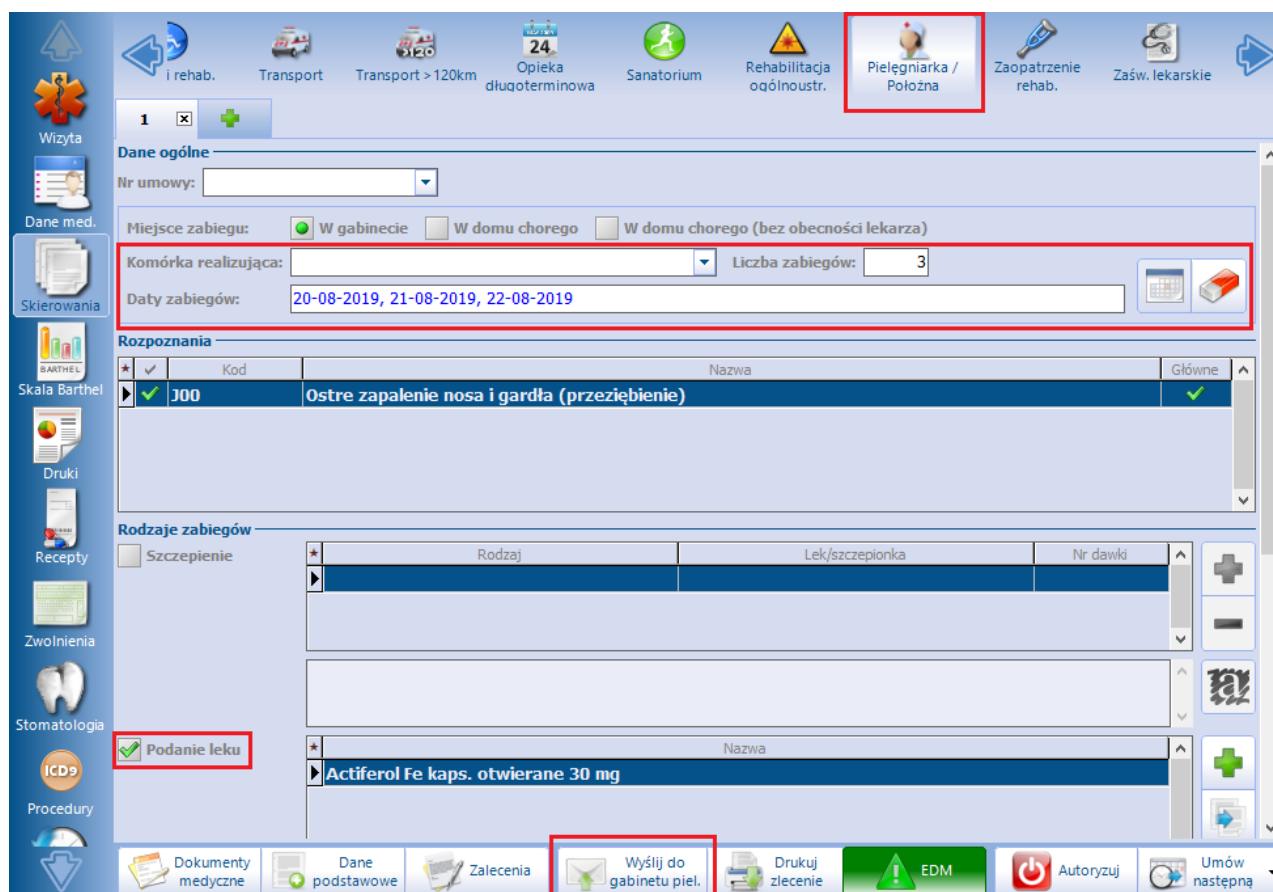
Lekarz może określić częstotliwość wykonania zabiegów na skierowaniu w następujący sposób:

- **wpisując liczbę zabiegów do wykonania w polu "Liczba zabiegów"** - zlecenie pojawi się na liście pacjentów oczekujących do Gabinetu pielęgniarki od dnia bieżącego do momentu zrealizowania ostatniego zaplanowanego zlecenia.
- **ustalając daty wykonania zabiegów w polu "Daty zabiegów"** - aby wygenerować daty zabiegów

należy wybrać przycisk  **Wybierz daty...** W otwartym kalendarzu zaznaczyć dni, w których mają zostać wykonane zabiegi i zatwierdzić przyciskiem OK. Na podstawie wyboru użytkownika w polu "Daty zabiegów" zostaną wyświetlone daty. W celu usunięcia wygenerowanych dat zleceń należy skorzystać z

przycisku  **Usuń daty zleceń.**

Na liście pacjentów oczekujących do Gabinetu pielęgniarki zostaną automatycznie utworzone zlecenia dla dat, które zostały wskazane na skierowaniu.



Autoryzacja wizyty powoduje wygenerowanie zleceń w Gabinecie pielęgniarki. Na formatce *Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu pielęgniarki* zostaną utworzone rezerwacje w rodzaju "Zlecenie" zgodnie z datami, które zostały wskazane na skierowaniu. Usunięcie z wizyty skierowania, dla którego zostało wygenerowane zlecenie, lub całej wizyty lekarskiej, spowoduje anulowanie wszystkich zleceń w Gabinecie pielęgniarki.

Istnieje możliwość skierowania zlecenia/zleceń do realizacji w Gabinecie Pielęgniarki przed autoryzacją wizyty. Służy do tego przycisk **Wyślij do gabinetu piel.** umiejscowiony w dolnej części okna.

4.5.2 Realizacja zleconego zabiegu

Na podstawie wystawionego skierowania do pielęgniarki/położnej, na liście pacjentów do Gabinetu pielęgniarki są automatycznie tworzone wpisy w statusie "Zlecenie". Jeśli lekarz określił na zleceniu częstotliwość wykonywania zabiegów, zlecenie zostanie utworzone w nast. sposób:

- jeśli zlecono wykonanie szczepienia, zlecenie będzie widnieć na liście od dnia bieżącego do czasu realizacji przez pielęgniarkę,
- jeśli zlecono zabiegi z określeniem krotności, zlecenie będzie widnieć na liście od dnia bieżącego do czasu realizacji,
- jeśli zlecono zabiegi ze wskazaniem dat, zlecenie będzie widnieć na liście zgodnie z datami planowanych wykonań.

Pacjent	ID pacjenta	Wiek	Umówiony na	Wizyta	Rodzaj	Status
Kowalska Joanna	4	2 lata 7 mies.	2018-12-05			Zlecenie
Kowalski Tomasz	1	4 lata 6 mies.	2018-12-05			Zlecenie

Po wybraniu pacjenta z listy osób zarejestrowanych do pielęgniarki (dwuklikiem lub poprzez użycie przycisku **Dane**) zostanie otwarta formatka [Zabiegi](#). Na podstawie zlecenia automatycznie tworzona jest wizyta z trybem przyjęcia "Ze skierowaniem" i podpowiadanymi danymi skierowania.

Okno do ewidencji zabiegu zleconego na podstawie skierowania różni się od standardowego wyglądu. Z lewej strony okna znajduje się wydzielona sekcja, w której prezentowane są dane skierowania oraz zabiegu zleconego przez lekarza. Dzięki temu rozwiązaniu pielęgniarka ma uproszczony dostęp do szczegółowych danych zlecenia jak np. rodzaj zabiegu, krotność wykonania, sposób podania, dodatkowe uwagi przekazane przez lekarza.

Aby zaewidencjonować w programie wykonanie zleconego zabiegu, wystarczy wybrać przycisk **Kopiuj do wykonania**, oznaczony na poniższym screenie. Dane ze zlecenia zostaną przeniesione do odpowiednich sekcji i pól znajdujących się w oknie *Zabieg*. W razie potrzeby pielęgniarka może uzupełnić szczegółowe informacje o przeprowadzonym zabiegu w dostępnych polach.

Wizyta
 Zabiegi
 Patronaż i bilanse
 Opieka nad kobietą
 Opieka piel.
 Skierowania
 Recepty
 Historia wizyt

Zabieg
 Historia zabiegów
 Karta uodpornienia

Skierowanie

Data: 2018-12-05
 Instytucja: (Proszę wpisać nazwę jednostki)
 Zlecający: Nowak Anna
 Kod res. cz. VII: 001 - Poradnia lekarza POZ
 Kod res. cz. VIII: 0012 - Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej

Zlecony zabieg:

Miejsce wykonania: Gabinet

szczepienie
 Odra, świnka, różyczka,

Kopiuj do wykonania

Dane podstawowe
 Zalecenia
 Drukuj...

Przebieg zabiegu

Przebieg badania bez powikłań

Szczepienie

*	Rodzaj	Lek/szczepionka	Nr dawki	Dawka	Nr serii	Termin w...	Sposób...	Status
▶	Odra, świnka, ró...							Wykonane

Uwagi:

Podanie leku

*	Nazwa	Dawka	Nr serii	Termin ważności	Sposób podania	Status
▶						

Uwagi:

Pobranie materiału

Autoryzuj
 Umów następną

Rozdział

5

Szablony kalendarza szczepień

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w ramach modułu "Gabinet pielęgniarstwa" została udostępniona funkcjonalność szablonów kalendarza szczepień. Umożliwia ona definicję własnych szablonów kalendarza szczepień do wykorzystania przy planowaniu szczepień pacjenta.

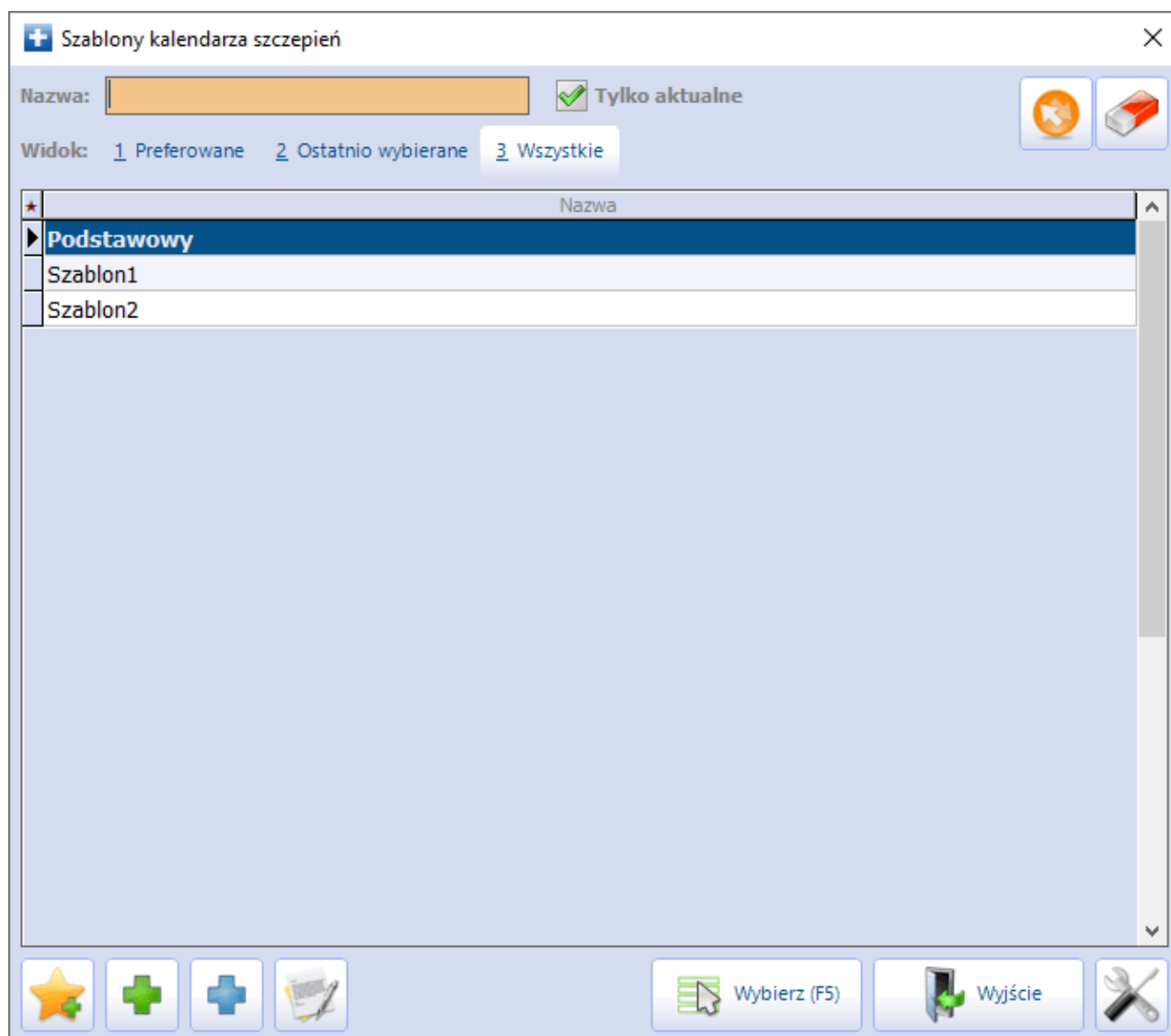
Szablony tworzone są w "Słowniku szablonów kalendarza szczepień", dostępnym w następujących lokalizacjach:

Gabinet pielęgniarstwa > menu: Funkcje dodatkowe > Słownik szablonów kalendarza szczepień

Rejestracja > Pacjent > Dane medyczne > menu: Funkcje dodatkowe > Słownik szablonów kalendarza szczepień

Rejestracja > Pacjent > Dane medyczne > zakładka *Szczepienia* > przycisk  **Zaplanuj szczepienia wg kalendarza**

W oknie słownika prezentowana jest lista zawierająca szablony utworzone przez użytkowników oraz szablon podstawowy (systemowy), który nie podlega edycji.



Na dole okna dostępne są przyciski:



Dodaj szablon - umożliwia utworzenie nowego szablonu od podstaw, bez korzystania z danych innego szablonu.



Dodaj kopię szablonu - służy do utworzenia nowego szablonu na podstawie innego, istniejącego już w słowniku. Po zaznaczeniu na liście szablonu, który ma zostać skopiowany, i wyborze przycisku otwarte zostanie okno definicji nowego szablonu, w którym odpowiedzą się pozycje z szablonu kopiowanego. Użytkownik będzie miał możliwość ich edycji, usunięcia, a także dodania zupełnie nowych pozycji.



Pokaż dane szablonu - otwiera okno danych podświetlonego na liście szablonu. Dla szablonu o nazwie "Podstawowy" dostępny jest jedynie podgląd danych, bez możliwości wprowadzania zmian.

Uwaga! Powyższe przyciski są widoczne tylko dla użytkowników posiadających uprawnienie do omawianego słownika ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > zakładka **Uprawnienia do słowników** > zaznaczona pozycja **"Szablony kalendarza szczepień"**).

Przy dodawaniu szablonu w oknie definicji jego danych należy wprowadzić odpowiednie szczepienia oraz określić dla nich nr dawki i wiek wykonania. Aby dodać pozycję szczepienia, należy skorzystać z przycisku



, a następnie w oknie *Szczepienia z kalendarza - wielowybór*, które się wyświetli, wybrać odpowiedni

rodzaj szczepienia. W wyniku tego zostanie utworzony nowy wiersz z nazwą wybranego szczepienia, w którym w odpowiednich kolumnach należy uzupełnić pozostałe wymagane dane.

Do usunięcia zaznaczonej pozycji szczepienia służy przycisk .

Szablon kalendarza szczepień

Nazwa: Szablon3 

Szczepienia

*	Nazwa	Nr dawki	Wiek pacjenta		Opis
			Wartość	Jednostka	
	Odra, świnka, różyczka	2 z 2	6	Rok	MMR
	Błonica, tężec i krztusiec	1 z 3	6	Rok	DTaP
	Odra, świnka, różyczka	2 z 3	10	Rok	MMR
	Błonica, tężec i krztusiec	2 z 3	14	Rok	dTap
1	Błonica, tężec	3 z 3	19	Rok	

 Zatwierdź  Wyjście

Uwaga! Przy określaniu wieku pacjenta, w którym ma być wykonane szczepienie, należy zwrócić uwagę na wskazanie odpowiedniej jednostki w kolumnie "Jednostka". Możliwe do wyboru wartości to: **Dzień, Miesiąc** lub **Rok**.

Po naciśnięciu **Zatwierdź** wprowadzany szablon zostanie dodany jako kolejna pozycja na liście w słowniku szablonów.

Aby wybrany szablon przestał się wyświetlać na liście, należy w oknie jego danych usunąć zaznaczenie pola **"Aktualny"**.

Utworzone w opisany sposób szablony mogą być wykorzystywane przy stosowaniu opcji planowania szczepień według kalendarza.

W tym celu po przejściu na zakładkę *Szczepienia*, dostępną w oknie danych medycznych pacjenta, i

skorzystaniu z przycisku  **Zaplanuj szczepienia wg kalendarza** w słowniku *Szablony kalendarza szczepień*, który się wyświetli, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję i nacisnąć **Wybierz** (przycisk na dole okna). Wówczas wygenerowany zostanie plan szczepień pacjenta zgodny ze wskazanym szablonem. Planowane daty szczepień zostaną wyznaczone na podstawie daty urodzenia pacjenta i wieku określonego dla poszczególnych pozycji szablonu.

Dokładne informacje na temat funkcjonalności planowania szczepień pacjenta wg kalendarza znajdują się w ogólnej [instrukcji obsługi programu](#), w rozdziale "Planowanie szczepień z kalendarza".

Rozdział

6

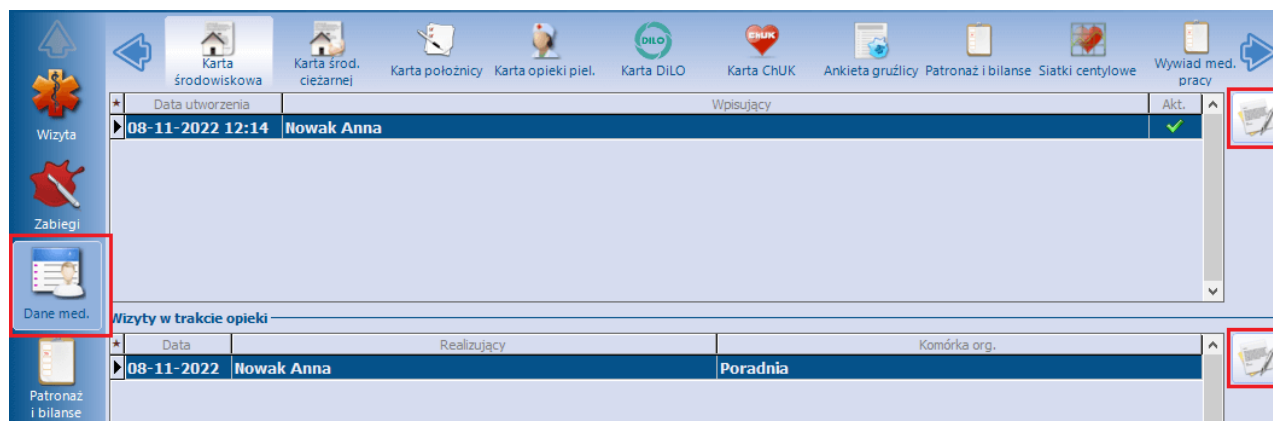
Dane medyczne

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Dane med.](#)

W oknie wizyty realizowanej w module Gabinet Pielęgniarki istnieje bezpośredni dostęp do okna *Dane medyczne*, prezentującego wszystkie dane medyczne pacjenta zgromadzone w systemie. Dodatkowo w oknie danych medycznych udostępniono do podglądu dokumenty wprowadzane na wizytach pielęgniarskich, takie jak:

- karta środowiskowa,
- karta środowiskowa ciężarnej,
- karta położnicy,
- karta opieki pielęgniarskiej,
- ankieta gruźlicy,
- patronaże i bilanse,
- siatki centylowe - zakładka dodana w wersji 8.4.0 programu,
- karta uodpornienia - zakładka dodana w wersji 8.5.0 programu.

Ich ewidencja opisana została szczegółowo w odrębnych rozdziałach niniejszej instrukcji.



Po wybraniu ikony odnoszącej się do jednego z powyższych rodzajów (oprócz siatek centylowych i karty uodpornienia) wyświetli się lista wprowadzonych pacjentowi dokumentów wraz z informacją o personalu i dacie ich utworzenia. W przypadku dokumentów powiązanych z wizytami, w sekcji poniżej pojawi się lista tych wizyt, a na niej dane takie jak: data realizacji wizyty, komórka i personel realizujący. Szczegółowe dane

poszczególnych pozycji wyświetlą się po wybraniu przycisku .

W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica na zakładkach **Karta środowiskowa**, **Karta środowiskowa ciężarnej**, **Karta położnicy**, **Karta opieki pielęgniarskiej**, **Patronaże i bilanse** na końcu tabeli z listą dokumentów została dodana kolumna "Akt.". Dla dokumentów, które są w danym momencie aktywne (nie zostały zamknięte) wyświetlany jest w niej znacznik .

Przejsie do danych medycznych pacjenta jest możliwe również z poziomu *Kartoteki pacjentów* oraz z poziomu okna *Gabinetu* lekarskiego. Ogólny opis funkcjonalności okna *Dane medyczne* znajduje się w

[instrukcji obsługi](#) programu mMedica.

Rozdział

7

Patronaż i bilanse

Wybranie w głównym oknie Gabinetu ikony **Patronaż i bilanse** umożliwia ewidencję przeprowadzonego badania patronażowego oraz wykonanych badań podmiotowych i przedmiotowych dziecka w ramach bilansów zdrowia.

Ze względu na to, że badania bilansowe przeprowadza lekarz POZ we współpracy z pielęgniarką, pod opieką której znajduje się dziecko, dokumentacja z tego zakresu dostępna jest zarówno w Gabinetie lekarskim i pielęgniarskim.

W programie istnieje mechanizm podpowiadania we wprowadzającym patronażu/bilansie danych z **Antropometrii** i **Badań wstępnych** (przyciski na zakładce *Wizyta* lub w oknie *Danych medycznych*). Warunkiem jest zgodność daty patronażu/bilansu z datą pomiarów. Z kolei wprowadzone bezpośrednio w oknie patronażu/bilansu dane, takie jak: wzrost, waga, ciśnienie itd., uwidocznią się w oknie *Antropometrii* i *Badań wstępnych*.

7.1 Patronaż noworodka

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Patronaż i bilanse](#) > [Patronaż noworodka](#)

Porady patronażowe obejmują badanie podmiotowe i przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczki, podstawowej oceny stanu neurologicznego dziecka itd. W aplikacji mMedica dane te wprowadza się na zakładkach dostępnych po wybraniu ikony **Patronaż noworodka**.

Aby aktywować pola do wpisania danych należy wybrać przycisk  **Dodaj patronaż**. Dane matki i ojca zostaną podpowiedziane automatycznie, jeśli dziecko posiada w bazie podpiętego opiekuna. Pozostałe dane na zakładce uzupełnia się ręcznie na podstawie przeprowadzonego badania.

Wraz z utworzeniem patronażu dodawana jest zakładka *Wizyta...*, na której lekarz lub pielęgniarka opisują stan ogólny noworodka. W ramach każdej kolejnej wizyty istnieje możliwość dopisywania bieżących danych

do karty patronażowej, do czego służy przycisk **Dodaj bieżącą wizytę do patronażu** . Po jego wybraniu zostanie utworzona zakładka z kolejnym numerem wizyty realizowanej w ramach karty (zjd. poniżej), umożliwiającą wprowadzenie danych.

Na zakładce bieżącej wizyty istnieje możliwość dodania załącznika. Dokonuje się tego w sekcji Załączniki, znajdującej się w dolnej części formatki.

W przypadku pomyłki istnieje możliwość usunięcia wizyty z karty. Służy do tego przycisk , który usuwa wyłącznie bieżącą wizytę. Jeśli powstała konieczność odłączenia od karty patronażowej wizyty z przeszłości, należy ją otworzyć i wtedy skorzystać z przycisku.

Zamknięcia patronażu dokonuje się za pomocą przycisku  **Zamknij patronaż**. Po zamknięciu jego

edycja będzie możliwa poprzez wybranie przycisku  **Otwórz do edycji**.

Istnieje możliwość kopiowania danych z poprzedniej wizyty, przypisanej do patronażu. Służy do tego przycisk  **Kopiuje z poprzedniej wizyty** umieszczony w prawej górnej części okna na zakładce bieżącej wizyty.

Aby wydrukować kartę patronażową, należy wybrać zamieszczony na dole ekranu przycisk **Drukuj**.

7.2 Patronaż pielęgniarki środowiskowej

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Patronaż i bilanse](#) > [Patronaż pielęgniarki środowiskowej](#)

Na wizycie, realizowanej w module Gabinet Pielęgniarki, istnieje możliwość ewidencji danych patronażu pielęgniarki środowiskowej.

Dane te wprowadza się na zakładkach dostępnych po wybraniu ikony **Patronaż piel. środ.**.

Otwarcie patronażu, dodanie do niego kolejnej wizyty (lub jej usunięcie), kopiowanie danych z poprzedniej wizyty, dodanie załącznika oraz zamknięcie patronażu działa analogicznie jak w przypadku opisanego we wcześniejszym rozdziale patronażu noworodka.

Aby wydrukować kartę patronażową, należy wybrać zamieszczony na dole ekranu przycisk **Drukuj**.

7.3 Bilanse zdrowia dziecka

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Patronaż i bilanse](#)

W górnym panelu formatki Gabinetu znajduje się 12 ikon odpowiadających bilansom zdrowia dzieci z rozróżnieniem na wiek, w którym powinny zostać wykonane. Zakres danych znajdujących się po otwarciu wybranych bilansów, różni się w zależności od wieku i fazy rozwoju dziecka.

Po wybraniu ikony **Patronaż i bilanse** w lewym panelu Gabinetu, program domyślnie otworzy bilans, który jest najbardziej zgodny z wiekiem dziecka. Np. w przypadku realizacji wizyty pacjentowi w wieku 3 lat, zostanie otwarty bilans dla drugiego roku życia. W razie konieczności istnieje możliwość uzupełnienia danych bilansu wstecznie - po jego otwarciu system wyświetli jedynie ostrzeżenie o treści "Wiek pacjenta jest niezgodny z rodzajem bilansu. Czy kontynuować?".

Aby rozpocząć ewidencję bilansu dziecka należy wybrać przycisk  **Utwórz bilans**, który aktywuje pola do wprowadzania danych.

W ramach każdego bilansu uzupełniane są dane, znajdujące się na 2 zakładkach:

- **Pomiary i testy przesiewowe** - ewidencja pomiarów oraz wyników testów przesiewowych koniecznych do wykonania dla danego wieku.
- **Wywiad rodzica/opiekuna** - spisanie wywiadu przeprowadzonego z opiekunem dziecka na temat jego zdrowia, problemów zdrowotnych występujących w rodzinie, przebytych chorób i urazów z przeszłości.

Trzecia zakładka **Badanie lekarskie** służy do poglądu danych [badania lekarskiego](#) przeprowadzonego przez lekarza POZ.

Na podstawie wykonanych pomiarów wprowadzonych do programu, obliczane są centyle, prezentowane w polu "Centyl". Następnie, centyle są automatycznie przenoszone na poszczególne wykresy [siatek centylowych](#).

Na zakładce **Załączniki** istnieje możliwość dodania załączników.

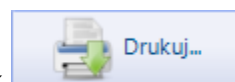
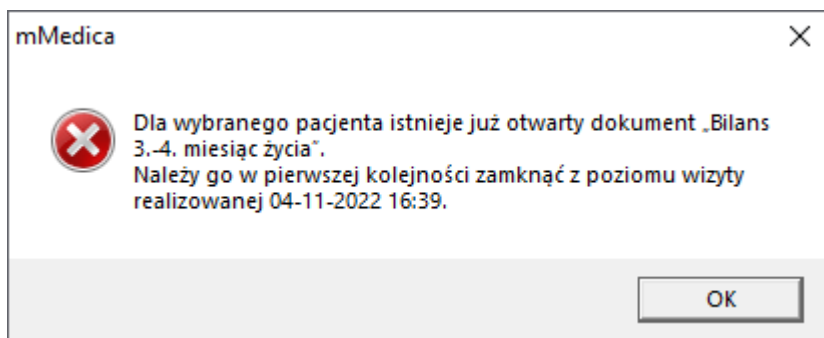
Uwaga! Jeśli dane na bilansie zostały już wcześniej uzupełnione przez lekarza, będą podpowiadane w Gabinecie pielęgniarki.

Na realizowanej wizycie pacjenta można dodać tylko jeden bilans. Dopóki bilans widnieje w programie jako otwarty, niezakończony, nie ma możliwości otwarcia nowego bilansu w ramach pacjenta. Jeśli istnieje konieczność usunięcia wprowadzonych danych, można usunąć bieżącą wizytę z bilansu za pomocą przycisku . Należy pamiętać o tym, że jeśli usunięciu podlega ostatnia wizyta w ramach bilansu, z programu zostanie usunięty cały bilans.

Po zakończeniu bilansu należy go zamknąć za pomocą przycisku  **Zamknij bilans**. Dopóki bilans widnieje w systemie jako otwarty, nie można zrealizować pacjentowi kolejnego bilansu. Po zamknięciu jego

edycja będzie możliwa poprzez wybranie przycisku  **Otwórz do edycji**.

Od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica przy próbie utworzenia patronażu/bilansu, w przypadku gdy na wcześniejszej wizycie pacjenta istnieje otwarty tego typu dokument, wyświetlany jest komunikat informujący o konieczności zamknięcia tego dokumentu wraz ze wskazaniem wizyty, na której należy to wykonać. Przykładowa treść komunikatu zaprezentowana jest poniżej.



W celu wydrukowania wprowadzonego bilansu należy wybrać przycisk

7.3.1 Bilans lekarza POZ

Ścieżka: [Gabinet lekarza](#) > [Patronaż i bilanse](#)

W ramach uruchomionego Modułu Pielęgniarka z poziomu Gabinetu lekarza istnieje możliwość ewidencji danych o przeprowadzonym patronażu i bilansach pacjenta. Informacje wprowadza się po wybraniu ikony **Patronaż i bilanse** w panelu po lewej stronie.

Formatka *Patronaż i bilanse* zawiera dokumenty, które są wspólne dla lekarza i pielęgniarki POZ. Oznacza to, że dane wprowadzone w ramach patronażu lub otwartego bilansu np. 5-latka, dostępne są zarówno dla lekarza i pielęgniarki oraz, że podlegają modyfikacji do czasu jego zamknięcia.

Zawartość danych znajdujących się na formatce oraz sposób ewidencji są dokładnie takie same jak w [Gabinecie pielęgniarki](#). Wyjątkiem jest zakładka *Badania lekarskie*, która występuje wyłącznie w Gabinecie lekarskim. Lekarz opisuje na niej przeprowadzone badanie lekarskie.

Przygotowanie słowników do opisanego badania lekarskiego:

Przed rozpoczęciem ewidencji bilansów dziecka zaleca się uzupełnienie słowników badania lekarskiego o dane, które będą wykorzystywane do ewidencji przebiegu badania. Przygotowanie słowników w znaczący sposób wpłynie na przyspieszenie pracy lekarza. W tym celu należy utworzyć [bilans](#) dla wieku i przejść na zakładkę *Badanie lekarskie*. W sekcji o tej samej nazwie znajdują się pola do opisanego badania np. skóra, szyja, uszy, serce. Aby do słownika opisującego np. skórę dodać pozycję, należy kliknąć w przycisk , otwierający okno dialogowe. W oknie należy wprowadzić pozycję słownika. Jeśli pozycje zostaną wprowadzone od nowej linii (oddzielone znakiem Enter), po rozwinięciu listy rozwijanej będą prezentowane

jako osobne pozycje.

7.4 Siatki centylowe

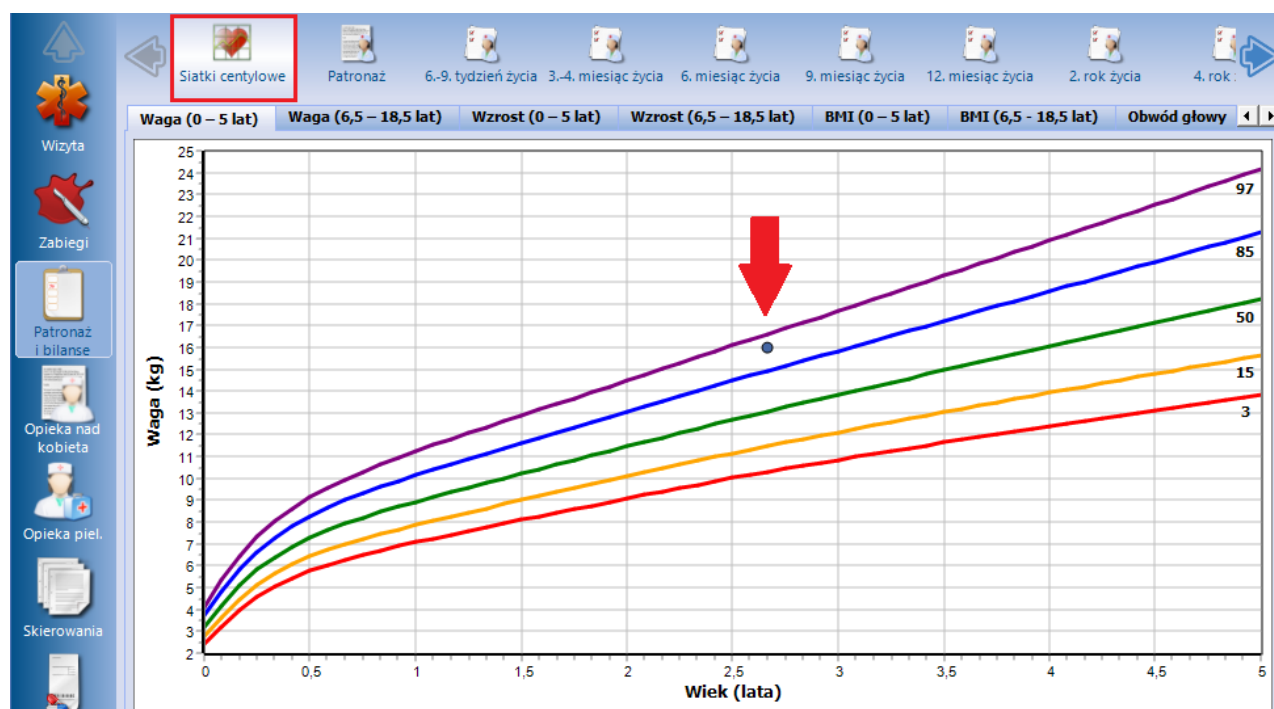
Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Patronaż i bilanse](#) > [Siatki centylowe](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki prezentowane są siatki centylowe oceny rozwoju fizycznego dzieci do 18 roku życia. Formatka składa się z kilku zakładek odnoszących się do wagi, wzrostu i BMI dla dwóch grup wiekowych: 0-5 lat i 6,5-18,5 lat oraz do obwodu głowy, ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.

Na podstawie pomiarów ewidencjonowanych w ramach przeprowadzonego [bilansu](#), na siatkę nanoszone są dane na dwie osie:

- oś poziomą - określającą wiek dziecka
- oś pionową - odnoszącą się do ocenianego parametru (na podstawie wybranej zakładki).

Miejsce, w którym na osi zbiegają się dwie dane, oznaczone zostaje niebieskim punktem. Z biegiem czasu i wypełnianiem kolejnych bilansów pacjenta, na siatce centylowej będą zapisywane kolejne punkty, co pozwoli śledzić rozwój dziecka i ocenić czy przebiega on prawidłowo.



Wyświetlane są również pomiary na podstawie danych wprowadzonych w *Antropometrii*. Są one oznaczane kolorem pomarańczowym.

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość wydruku siatek centylowych. W celu wydrukowania danego wykresu należy po przejściu na odpowiednią zakładkę wybrać przycisk **Drukuj**, zamieszczony na dole ekranu.

Rozdział

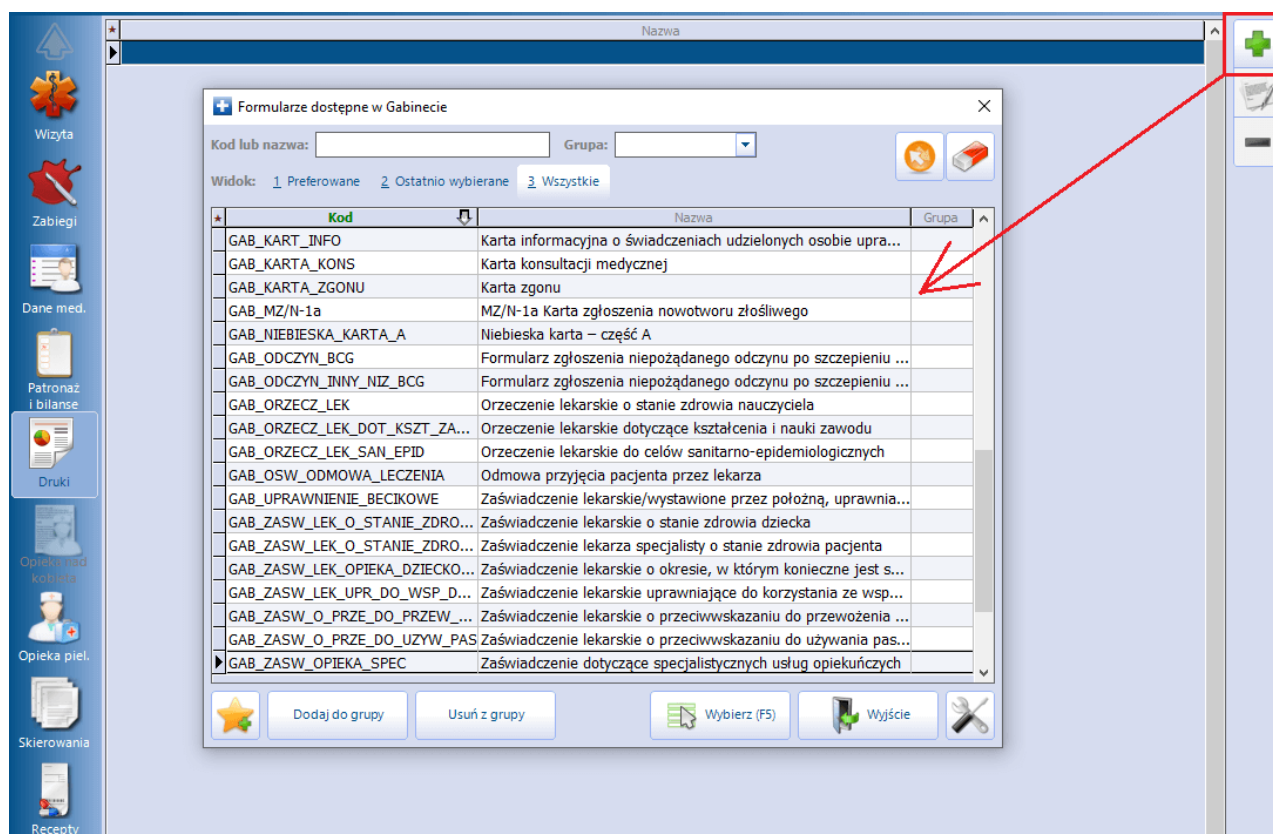
8

Druki

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Druki](#)

Poprzez ikonę **Druki** użytkownik ma dostęp do funkcjonalności wystawiania i wydruku dla pacjenta wybranych dokumentów medycznych.

Po naciśnięciu powyższej ikony i wybraniu przycisku , umiejscowionego po prawej stronie okna, wyświetli się lista dostępnych rodzajów dokumentów.



Powyższa funkcjonalność działa analogicznie jak w Gabinetce lekarza. Jej dokładny opis znajduje się [instrukcji obsługi](#) programu mMedica w rozdziale "Druki".

Rozdział

9

Opieka nad kobietą

W głównym oknie oknie Gabinetu znajduje się ikona **Opieka nad kobietą**, która aktywuje się wyłącznie na wizytach realizowanych kobietom. Z tego poziomu położna może dokumentować realizację zadań w ramach sprawowania opieki nad kobietą w każdym okresie jej życia, nad kobietą ciężarną oraz kobietą w połogu. W tym celu w programie udostępniono następujące dokumenty:

- Indywidualna karta środowiskowa
- Karta środowiskowa ciężarnej
- Karta położnicy

Ewidencja danych na wyżej wymienionych kartach następuje w ten sam sposób. W ramach pacjentki funkcjonuje jedna karta, która podlega ewentualnej edycji i modyfikacjom. Dezaktywacji karty dokonuje się



za pomocą przycisku **Zamknij kartę**. Dane nieaktywnej karty są zapisywane w danych medycznych pacjenta i tam dostępne do przeglądu. Z kolei możliwość utworzenia nowej karty w ramach opieki nad kobietą istnieje dopiero na kolejnej wizycie.

Wraz z założeniem karty pacjentce, automatycznie tworzona jest zakładka *Wizyta...*, na której położna opisuje bieżący stan zdrowia, na podstawie przeprowadzonego wywiadu i wykonanych badań fizykalnych. W ramach każdej kolejnej wizyty istnieje możliwość dopisywania bieżących danych do karty, do czego służy



przycisk **Dodaj bieżącą wizytę do karty**. Po jego wybraniu zostanie utworzona zakładka z kolejnym numerem wizyty realizowanej w ramach karty (zdz. poniżej), umożliwiającą wprowadzenie danych. Rodzaj dostępnych do uzupełnienia danych różni się w zależności od rodzaju karty.

W przypadku pomyłki istnieje możliwość usunięcia wizyty z karty. Służy do tego przycisk , który usuwa wyłącznie bieżącą wizytę. Jeśli powstała konieczność odłączenia od karty wizyty z przeszłości, należy ją otworzyć i wtedy skorzystać z przycisku.

Dane ogólne / Wywiad		Wizyta 1 (17-09-2019)		Wizyta 2 (bieżąca)	
Stan pacjenta					
Waga (kg):		Wzrost (cm):		Ciepłota: /	Tętno: Temperatura:
Upławy:			Obrzęki:		
Bóle:			Żyłaki:		
Krwawienia:					

Istnieje możliwość kopiowania danych z poprzedniej wizyty, przypisanej do karty. Służy do tego przycisk



Kopiuje z poprzedniej wizyty, zamieszczony w prawej górnej części okna dodawania bieżącej wizyty do karty.

Karty medyczne funkcjonujące w ramach opieki nad kobietą są dostępne wyłącznie z poziomu Gabinetu pielęgniarstwa.

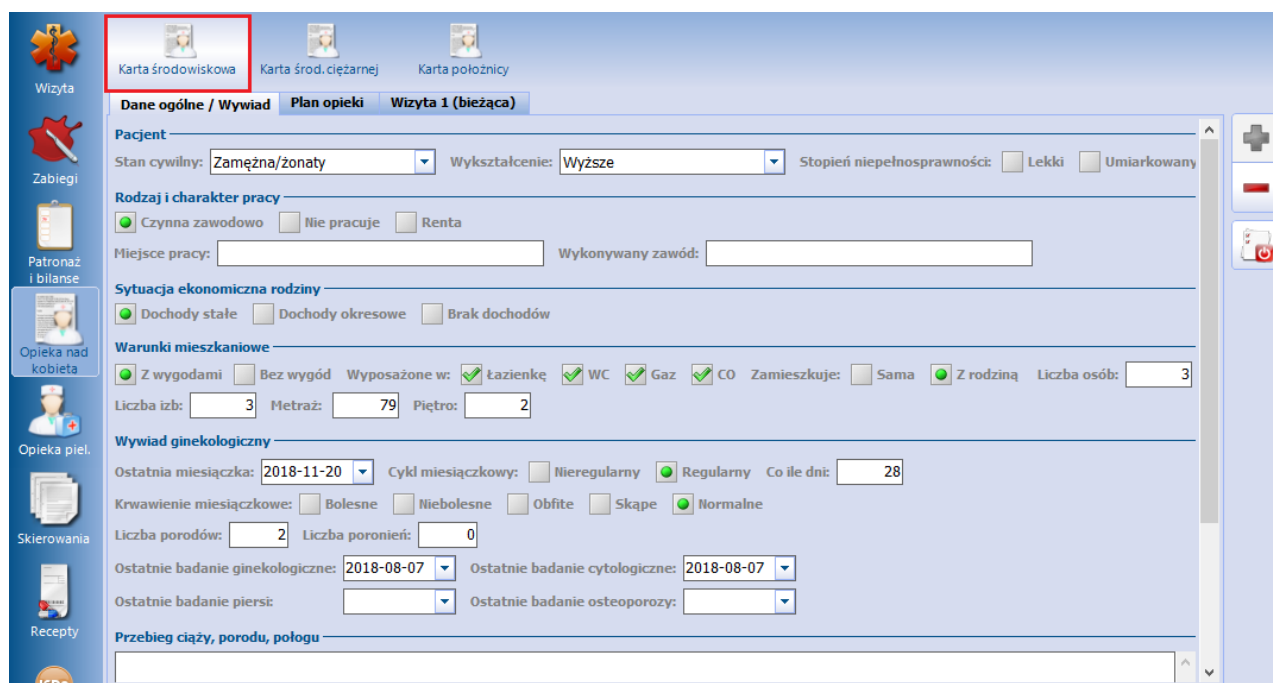
9.1 Karta środowiskowa

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Opieka nad kobietą](#) > [Karta środowiskowa](#)

Jednym z dokumentów prowadzonych przez położną w ramach sprawowania opieki nad kobietą, jest indywidualna karta środowiskowa, dostępna w górnym panelu formatki Gabinetu.

W celu utworzenia karty pacjentce należy wybrać przycisk  **Dodaj kartę**, który aktywuje pola do wprowadzania danych. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu, położna uzupełnia pola dostępne na karcie, wprowadzając informacje o sytuacji ekonomicznej, warunkach mieszkaniowych, wywiadzie ginekologicznym, przebiegu ciąży itd.

Wraz z założeniem karty tworzona jest zakładka *Wizyta...*, na której położna może opisać bieżący stan zdrowia pacjentki, na podstawie przeprowadzonego wywiadu i wykonanych badań fizykalnych m.in. waga, tętno, temperatura. Istnieje również możliwość dodania załącznika.



Na karcie dostępna jest zakładka **Plan opieki**. Dokładny opis sposobu wprowadzenia planu opieki zawiera rozdział dotyczący funkcjonalności [karty opieki pielęgniarskiej](#), w ramach której również istnieje możliwość takiej ewidencji.

Wprowadzone w planie opieki interwencje wyświetlą się na zakładce bieżącej wizyty w sekcji **Wykonanie planu opieki**. Dla tych, które zostały wykonane na bieżącej wizycie, należy wprowadzić zaznaczenie w kolumnie "Wykonano".

Wykonanie planu opieki:

Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji
☒	201	Interw1
☐	202	Interw2



Do zbiorczego oznaczenia wszystkich pozycji jako wykonanych służy przycisk , znajdujący się po prawej stronie sekcji.

W celu wydrukowania indywidualnej karty środowiskowej kobiety należy wybrać przycisk **Drukuj**, znajdujący się w dolnej części formatki.

9.2 Karta środowiskowa ciężarnej

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Opieka nad kobietą](#) > [Karta środowiskowa ciężarnej](#)

Pacjentce będącej w ciąży zakłada się kartę środowiskową ciężarnej. W celu utworzenia karty należy wybrać



przycisk **Dodaj kartę**, który aktywuje pola do wprowadzania danych. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentką, położna uzupełnia pola dostępne na karcie, wprowadzając informacje o sytuacji ekonomicznej, warunkach mieszkaniowych, charakterze wykonywanej pracy, stanie ogólnym ciężarnej itd.

Wraz z założeniem karty tworzona jest zakładka *Wizyta...*, na której położna może opisać bieżący stan zdrowia pacjentki na podstawie wywiadu przeprowadzonego w dniu wizyty m.in. ciśnienie, tętno płodu, wysokość dna miednicy, czy występują bóle. Na zakładce bieżącej wizyty istnieje również możliwość dodania załącznika.

Na karcie dostępna jest zakładka **Plan opieki**. Dokładny opis sposobu wprowadzenia planu opieki zawiera rozdział dotyczący funkcjonalności [karty opieki pielęgniarskiej](#), w ramach której również istnieje możliwość takiej ewidencji.

Wprowadzone w planie opieki interwencje wyświetlą się na zakładce bieżącej wizyty w sekcji Wykonanie planu opieki. Dla tych, które zostały wykonane na bieżącej wizycie, należy wprowadzić zaznaczenie w kolumnie "Wykonano".

Wykonanie planu opieki:

Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji
☒	201	Interw1
☐	202	Interw2



Do zbiorczego oznaczenia wszystkich pozycji jako wykonanych służy przycisk , znajdujący się po prawej stronie sekcji.

W celu wydrukowania indywidualnej karty środowiskowej kobiety należy wybrać przycisk **Drukuj**, znajdujący się w dolnej części formatki.

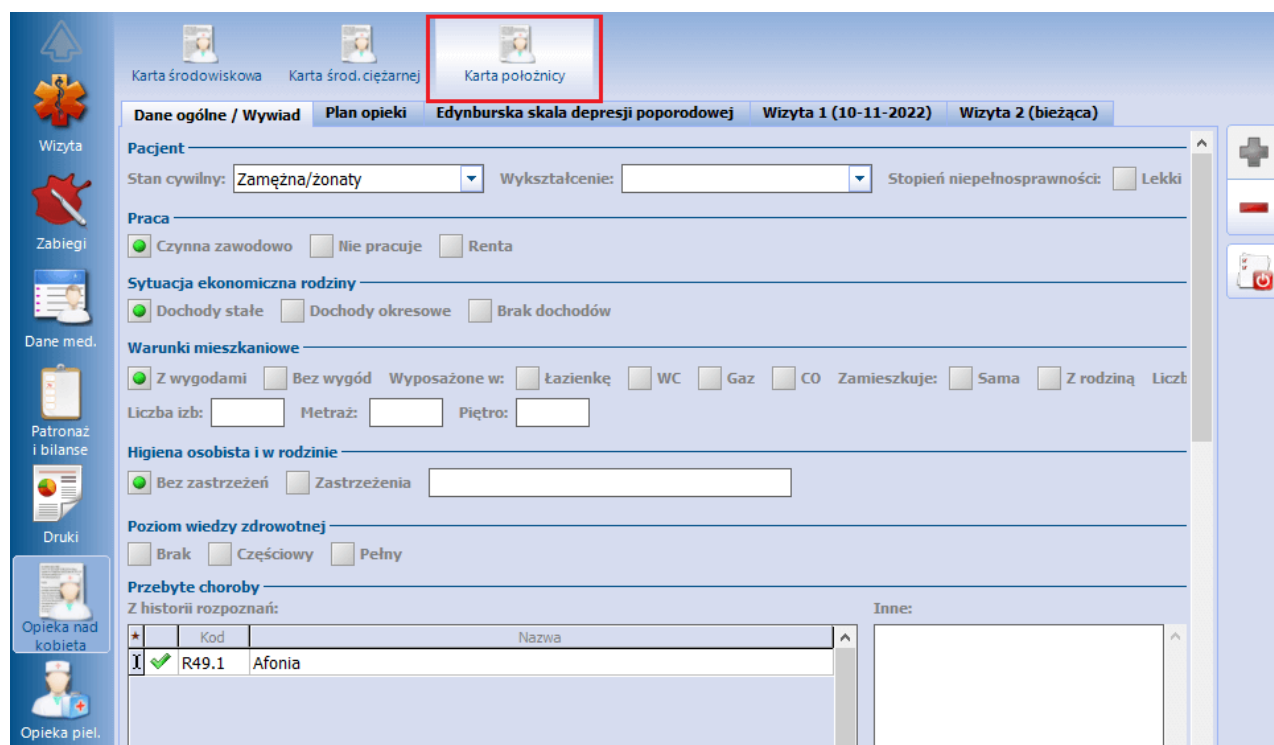
9.3 Karta położnicy

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Opieka nad kobietą](#) > [Karta położnicy](#)

Podczas wizyt patronażowych położna środowiskowo-rodzinna prowadzi dokumentację, w której opisuje przebieg porodu u matki. W aplikacji mMedica informacje te wprowadza się na formatce **Karta położnicy**,

po wybraniu przycisku  **Dodaj kartę**, który aktywuje pola do wprowadzania danych. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentką, położna uzupełnia pola dostępne na karcie, wprowadzając informacje o sytuacji ekonomicznej, stanie higieny osobistej, poziomie wiedzy zdrowotnej, sprawności fizycznej, uzależnieniach itd.

Wraz z założeniem karty tworzona jest zakładka *Wizyta...*, na której położna może opisać bieżący stan położnicy na podstawie wywiadu i badań przeprowadzonych w dniu wizyty np. samopoczucie, stan laktacji, powikłania porodu itd. Istnieje również możliwość dodania załącznika.



Na karcie dostępna jest zakładka **Plan opieki**. Dokładny opis sposobu wprowadzenia planu opieki zawiera rozdział dotyczący funkcjonalności [karty opieki pielęgniarskiej](#), w ramach której również istnieje możliwość takiej ewidencji.

Wprowadzone w planie opieki interwencje wyświetlą się na zakładce bieżącej wizyty w sekcji Wykonanie planu opieki. Dla tych, które zostały wykonane na bieżącej wizycie, należy wprowadzić zaznaczenie w kolumnie "Wykonano".

Wykonanie planu opieki:

★	Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji
I	✓	201	Interw1
		202	Interw2

Do zbiorczego oznaczenia wszystkich pozycji jako wykonanych służy przycisk , znajdujący się po prawej stronie sekcji.

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica na karcie położnicy dodano zakładkę służącą do ewidencji Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

Karta środowiskowa Karta śród. ciąży Karta położnicy

Dane ogólne / Wywiad Plan opieki **Edynburska skala depresji poporodowej** Wizyta 1 (10-11-2022) Wizyta 2 (bieżąca)

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

☐ 0 – tak często jak zazwyczaj

☒ 1 – trochę rzadziej niż zwykle

☐ 2 – zdecydowanie rzadziej niż zwykle

☐ 3 – zupełnie nie byłam zdolna do radości

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

☒ 0 – tak jak zawsze

☐ 1 – rzadziej niż zawsze

☐ 2 – zdecydowanie rzadziej niż zwykle

☐ 3 – nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją

3. Obwinałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

☐ 3 – tak, w większości przypadków

☐ 2 – tak, czasami

☐ 1 – rzadko

☐ 0 – wcale

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiliłam się

☐ 0 – zupełnie nie

☐ 1 – raczej nie

☐ 2 – czasami

☐ 3 – tak, bardzo często

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi na zakładce bieżącej wizyty zostanie uzupełniona odpowiednia wartość w polu "Wynik oceny ryzyka depresji poporodowej w Skali Edynburskiej" oraz zaznaczone odpowiednie pole: "Wymaga pomocy" lub "Nie wymaga pomocy" (przykład poniżej).

Wynik oceny ryzyka depresji poporodowej w Skali Edynburskiej: ☐ Wymaga pomocy ☒ Nie wymaga pomocy

W celu wydrukowania karty opieki nad położnicą należy wybrać przycisk **Drukuj**, znajdujący się w dolnej części ekranu.

Rozdział

10

Opieka pielęgniarska

W ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem, w programie mMedica istnieje możliwość prowadzenia karty opieki pielęgniarskiej oraz przeprowadzenia ankiety gruźlicy, a także uzupełnienia skali Barthel.

10.1 Karta opieki pielęgniarskiej

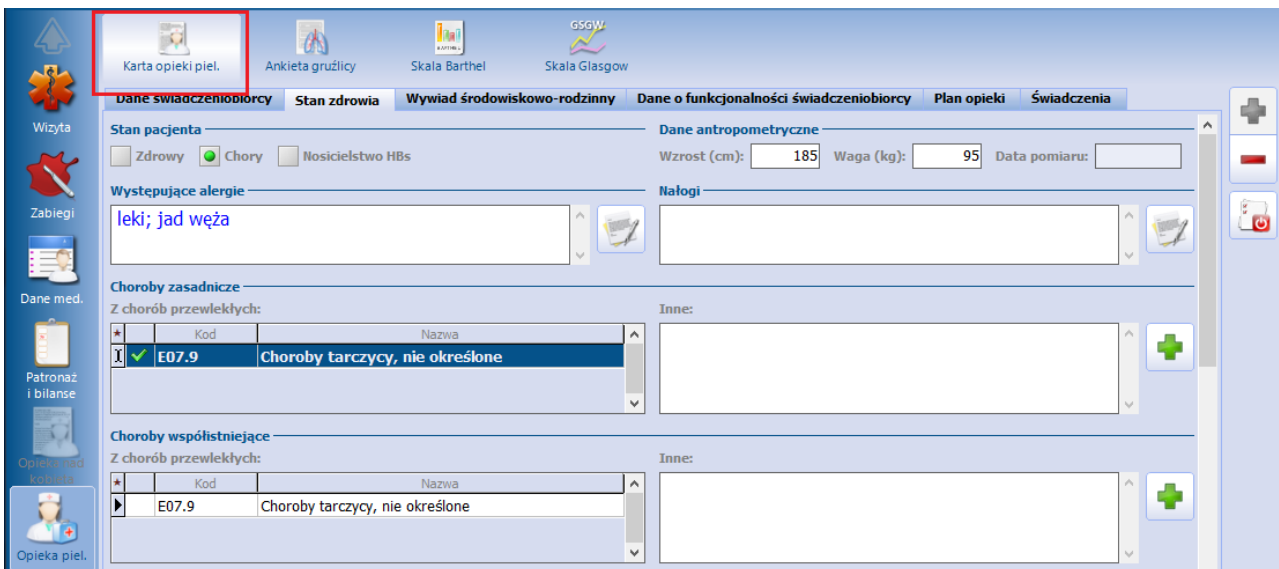
Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Opieka piel.](#) > [Karta opieki piel.](#)

Formatka umożliwia wprowadzenie do systemu karty opieki pielęgniarskiej - dokumentu, w którym pielęgniarka określa stan pacjenta w zakresie funkcjonalnym i układowym.

Aby założyć pacjentowi kartę należy wybrać przycisk  **Dodaj kartę**, który aktywuje pola do wprowadzania danych. W ramach pacjenta cały czas funkcjonuje jedna karta, zapisywana w momencie autoryzacji wizyty wraz z informacją o dacie udzielenia świadczenia.

Karta obejmuje informacje zgromadzone na 5 zakładkach:

- Dane świadczeniobiorcy
- Stan zdrowia
- Wywiad środowiskowo-rodzinny
- Dane o funkcjonalności świadczeniobiorcy
- Plan opieki
- Świadczenia



Część danych znajdujących się na zakładkach *Dane świadczeniobiorcy* oraz *Stan zdrowia* podpowiadanych jest przez program automatycznie na podstawie danych, które zostały wcześniej zaewidencjonowane np. z

uzupełnionych czynników ryzyka, złożonych deklaracji POZ czy stale podawanych leków:

Sekcja: Występujące alergie / Nałogi

Dane podpowiadane z czynników ryzyka z danych medycznych pacjenta, jeśli zostały uzupełnione.

Sekcja: Lekarz POZ / Pielęgniarka POZ

Dane o personelu, do którego pacjenta posiada złożoną i aktywną deklarację POZ.

Sekcja: Przebyte choroby

Rozpoznanie podpowiadane z historii rozpoznań dotychczas zaewidencjonowanych w Gabinetce lekarskiej.

Sekcja: Przyjmowane leki

Informacje o lekach stale podawanych z ostatnich 3 miesięcy.

Pozostałe dane uzupełnia się ręcznie, na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentem.

Na karcie dostępna jest zakładka **Plan opieki**, służąca do ewidencji planu opieki pielęgniarskiej.

Po wyborze przycisku , zamieszczonego po prawej stronie każdej z sekcji (Diagnozy, Interwencje, Środki), istnieje możliwość skorzystania ze słownika "Klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej". Użytkownik samodzielnie uzupełnia w nim brakujące pozycje.

Istnieje również możliwość skorzystania z wcześniej zdefiniowanych schematów planu opieki. W tym celu

należy wybrać przycisk , w wyniku czego zostanie otwarty słownik "Schematy planu opieki pielęgniarskiej".

Schemat planu opieki pielęgniarskiej

Nazwa: Dostępność: **Prywatny** ☒ Aktualny

Diagnoza: Lokalizacja:

Interwencje

Kod	Nazwa

Środki

Kod	Nazwa

Zatwierdź Wyjście

Wybierz (F5) Wyjście

Aby dodać do powyższego słownika nowy schemat, należy wybrać przycisk , zamieszczony na dole słownika. W oknie definicji schematu, przy uzupełnianiu pól "Diagnoza" i "Lokalizacja" oraz sekcji Interwencje i Środki użytkownik korzysta ze słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej. Pole "Dostępność" służy do określenia, czy i w jakim zakresie dodawany schemat ma być dostępny dla innych użytkowników.

Do słownika schematów opieki pielęgniarskiej można również przejść, w celu jego edycji, z poziomu okna *Gabinetu pielęgniarki*, wybierając w lewym górnym rogu ekranu opcję: [Funkcje dodatkowe > Słownik schematów planu opieki pielęgniarskiej](#).

Wprowadzone w planie opieki interwencje wyświetlą się na zakładce **Świadczenia**, w sekcji Wykonanie planu opieki. Dla tych, które zostały wykonane na bieżącej wizycie, należy wprowadzić zaznaczenie w kolumnie "Wykonano".

Wykonanie planu opieki:

Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji
☒	201	Interw1
☐	202	Interw2



Do zbiorczego oznaczenia wszystkich pozycji jako wykonanych służy przycisk , znajdujący się po prawej stronie sekcji.

Ze względu na to, że karta opieki pielęgniarskiej jest dokumentem dostępnym zarówno w Gabinetu lekarza i pielęgniarki, może być przez nich wspólnie modyfikowana. Jeśli istnieje potrzeba uzupełnienia danych na

karcie o kolejne informacje, należy dopisać do niej kolejną wizytę przy użyciu przycisku .

Dezaktywacji karty dokonuje się za pomocą przycisku  **Zamknij kartę**. Dane nieaktywnej karty są zapisywane w danych medycznych pacjenta i tam dostępne do przeglądu. Z kolei możliwość utworzenia nowej karty opieki pielęgniarskiej istnieje na kolejnej wizycie pacjenta.

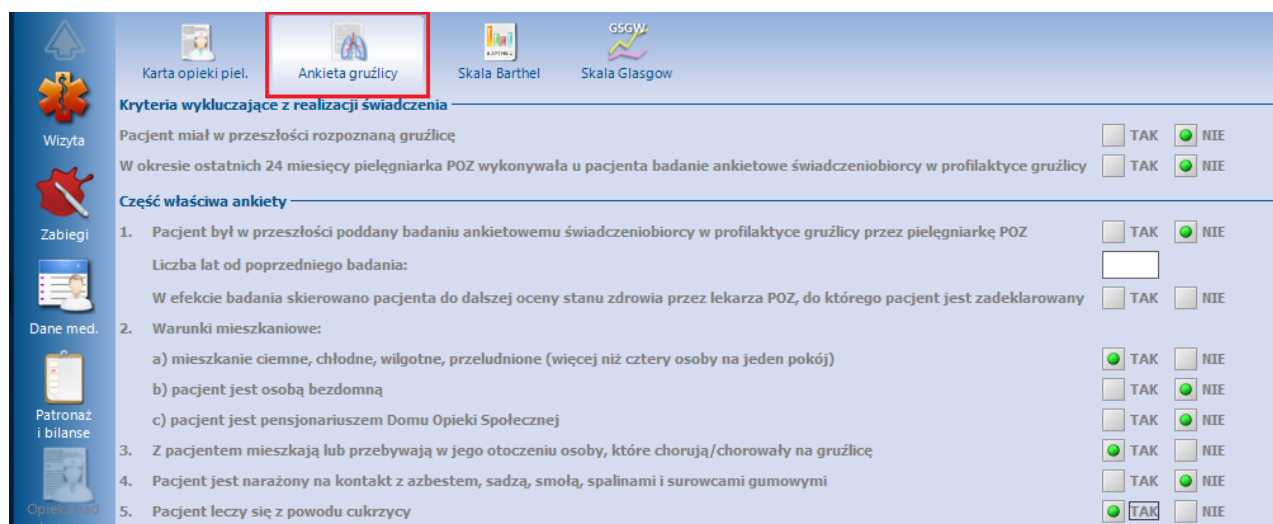
W celu wydrukowania indywidualnej karty opieki pielęgniarskiej POZ należy wybrać przycisk **Drukuj**, znajdujący się w dolnej części formatki.

10.2 Ankieta gruźlicy

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Opieka piel.](#) > [Ankieta gruźlicy](#)

W ramach programu profilaktyki gruźlicy pielęgniarka POZ przeprowadza wywiad w kierunku gruźlicy. Wybranie ikony **Ankieta gruźlicy** w górnym panelu formatki Gabinetu oferuje możliwość wypełnienia ankiety świadczeniobiorcy w programie profilaktyki gruźlicy.

Na załączonej liście pytań zaznacza się odpowiedzi pacjenta, poprzez kliknięcie w odpowiedni checkbox: "Tak" lub "Nie". Dane w sekcji *Część właściwa ankiety* aktywują się, jeśli zaznaczono, że pacjent nie chorował w przeszłości na gruźlicę oraz w przeciągu ostatniego roku nie przeprowadzono z nim badania ankietowego.



Karta opieki piel. **Ankieta gruźlicy** Skala Barthel Skala Glasgow

Kryteria wykluczające z realizacji świadczenia

Pacjent miał w przeszłości rozpoznaną gruźlicę ☐ TAK ☒ NIE

W okresie ostatnich 24 miesięcy pielęgniarka POZ wykonywała u pacjenta badanie ankietowe świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy ☐ TAK ☒ NIE

Część właściwa ankiety

1. Pacjent był w przeszłości poddany badaniu ankietowemu świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy przez pielęgniarkę POZ ☐ TAK ☒ NIE

Liczba lat od poprzedniego badania:

W efekcie badania skierowano pacjenta do dalszej oceny stanu zdrowia przez lekarza POZ, do którego pacjent jest zadeklarowany ☐ TAK ☐ NIE

2. Warunki mieszkaniowe:

a) mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (więcej niż cztery osoby na jeden pokój) ☒ TAK ☐ NIE

b) pacjent jest osobą bezdomną ☐ TAK ☒ NIE

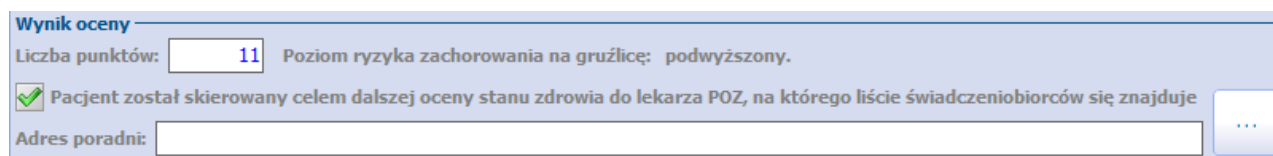
c) pacjent jest pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej ☐ TAK ☒ NIE

3. Z pacjentem mieszkają lub przebywają w jego otoczeniu osoby, które chorują/chorowały na gruźlicę ☒ TAK ☐ NIE

4. Pacjent jest narażony na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi ☐ TAK ☒ NIE

5. Pacjent leczy się z powodu cukrzycy ☒ TAK ☐ NIE

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi, aplikacja podsumuje liczbę punktów i wyznaczy poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w sekcji *Wynik oceny*. Jeśli pacjent został skierowany do lekarza POZ celem dalszej oceny stanu zdrowia, należy zaznaczyć poniższy checkbox.



Wynik oceny

Liczba punktów: Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę: podwyższony.

☒ Pacjent został skierowany celem dalszej oceny stanu zdrowia do lekarza POZ, na którego liście świadczenioborców się znajduje

Adres poradni:

W celu wydrukowania ankiety świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy należy wybrać przycisk **Drukuj**, znajdujący się w dolnej części formatki.

10.3 Skala Barthel

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Opieka piel.](#) > [Skala Barthel](#)

W module Gabinet Pielęgniarki istnieje możliwość ewidencji oceny samodzielności i sprawności ruchowej pacjenta poprzez uzupełnienie skali Barthel.

Skala Barthel pomaga określić, jakie czynności chory jest w stanie wykonywać samodzielnie i w jakim zakresie potrzebuje pomocy. Na formatce wyświetlany jest formularz do uzupełnienia, składający się z czynności wykonywanych przez pacjenta wraz z punktami określającymi samodzielność osoby badanej. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik kwalifikacji zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów. Na podstawie otrzymanego wyniku osoba personelu określa, czy pacjent wymaga skierowania do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej lub do zakładu opiekuńczego, poprzez zaznaczenie jednej z wartości.

The screenshot shows the 'Skala Barthel' form. The left sidebar contains icons for 'Wizyta', 'Zabiegi', 'Dane med.', 'Patronaż i bilanse', 'Opieka nad kobietą', 'Opieka piel.', 'Skierowania', and 'Recepty'. The main area has tabs for 'Karta opieki piel.', 'Ankieta gruźlicy', 'Skala Barthel' (highlighted with a red box), and 'Skala Glasgow'. The form includes sections for rating activities like walking, stairs, dressing, eating, and bladder/bowel control. The 'Wynik kwalifikacji' section shows a score of 60. The 'Pacjent wymaga skierowania' section has two options: 'Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej' and 'Do za'. The 'Uwagi' section is empty. The bottom bar includes buttons for 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj...', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Po określeniu skali Barthel istnieje możliwość wydrukowania dokumentu "Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel" poprzez wybranie przycisku **Drukuj**.

10.4 Skala Glasgow

Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Opieka piel.](#) > [Skala Glasgow](#)

W ramach modułu Gabinet Pielęgniarki dostępna jest funkcjonalność ewidencji oceny stanu świadomości pacjenta wg skali Glasgow.

The screenshot displays the 'Skala Glasgow' form within the 'Gabinet Pielęgniarki' module. The interface includes a top navigation bar with icons for 'Karta opieki piel.', 'Ankieta gruźlicy', 'Skala Barthel', and 'Skala Glasgow' (highlighted with a red box). The left sidebar contains icons for 'Wizyta', 'Zabiegi', 'Dane med.', 'Patronaż i bilanse', 'Druki', 'Opieka nad kotłami', 'Opieka piel.', and 'Skierowania'. The main content area is divided into three sections: 'Reakcja otwierania oczu', 'Reakcja słowna (mowa)', and 'Reakcja ruchowa (motoryczna)'. Each section contains a list of checkboxes for different clinical observations. The 'Punktacja w skali Glasgow' section at the bottom shows a score of 14 and a GCS assessment of 'Łagodne zaburzenia przytomności'. The bottom of the form features buttons for 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj...', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Punktacja w skali Glasgow zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów oraz słowna ocena zaburzenia przytomności pacjenta wg GCS. Aby wydrukować uzupełnioną skalę, należy wybrać przycisk **Drukuj**.

Rozdział

11

Program "Profilaktyka 40 PLUS"

System mMedica posiada funkcjonalność obsługi realizacji programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS".

Świadczeniodawca, korzystający z aplikacji mMedica i biorący udział w programie pilotażowym, aby zaewidencjonować dane wykonanego świadczenia, wysłać zdarzenie medyczne do P1 i zaindeksować otrzymany dokument w repozytorium, musi posiadać następujące moduły dodatkowe:

- Profilaktyka 40 +
- Gabinet pielęgniarstwa
- Elektroniczna Dokumentacja Medyczna
- eWyniki Lab
- Archiwum dokumentacji (eArchiwum lub Moduł Integracji eRepozytorium w Chmurze) - moduł wymagany, jeżeli indeksowanie wyników badań ma odbywać się po stronie świadczeniodawcy.

Uwaga! Na początku należy zczytać do programu przekazaną przez NFZ umowę elektroniczną na realizację świadczeń w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS". Konieczne jest także jej powiązanie z komórką organizacyjną, w której te świadczenia będą realizowane, poprzez wybranie w danych komórki odpowiedniego kodu centralnego (kodu wg NFZ).

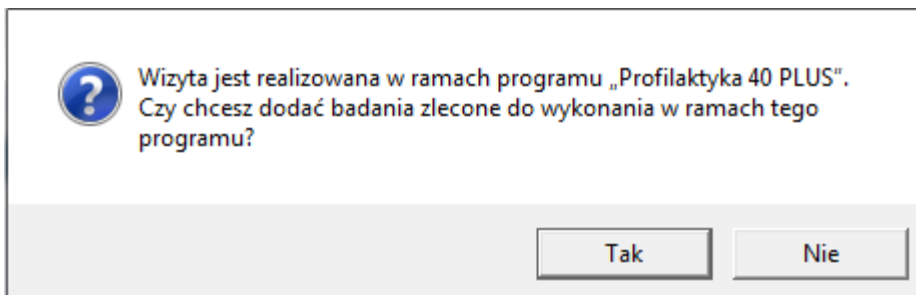
Pierwszym krokiem ewidencji danych jest zczytanie skierowania elektronicznego, wygenerowanego w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS" przez pacjenta w IKP. W tym celu należy skorzystać z opcji pobierania e-Skierowań, opisanej w ogólnej [instrukcji obsługi](#) programu, w rozdziale "Realizacja e-Skierowań". Aby możliwe było pobranie tego typu skierowania, świadczeniodawca musi posiadać licencję na moduł dodatkowy **"Profilaktyka 40+"**.

Skierowanie należy zczytać w oknie rezerwacji/rejestracji, na podstawie której realizowana będzie wizyta (w rodzaju: POZ), lub w oknie danych podstawowych takiej wizyty. Dane wymagane przy jego pobieraniu to: PESEL pacjenta oraz 4-cyfrowy kod PIN (zawsze "1111").

Uwaga! Skierowanie na "Profilaktykę 40 PLUS" różni się od standardowych e-Skierowań. Jest to skierowanie wystawione przez instytucję - Ministerstwo Zdrowia, w związku z tym brak jest w nim danych osoby zlecającej oraz informacji o kodach resortowych.

Po otwarciu wizyty ze skierowaniem na "Profilaktykę 40 PLUS" w module "Gabinet pielęgniarstwa" użytkownik będzie miał możliwość zbiorczego dodania na skierowaniu do laboratorium badań zleconych w pobranym e-Skierowaniu. W takim wypadku w oknie ewidencji skierowania (ikona [Skierowania](#) > zakładka [Badania lab.](#)

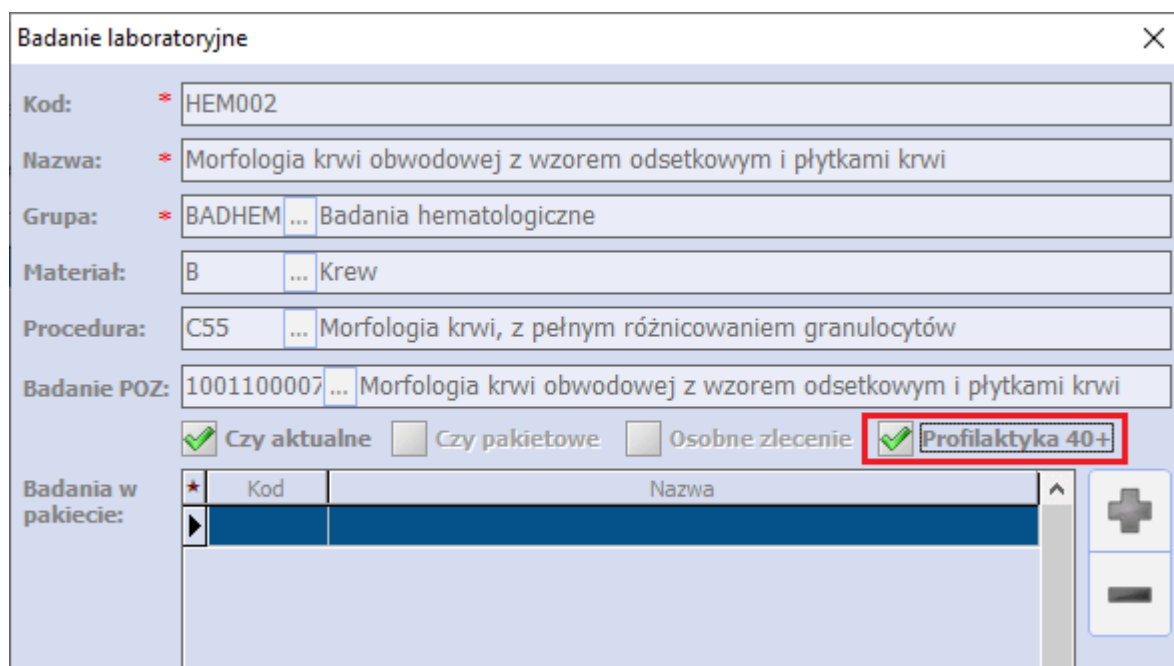
, po wybraniu przycisku **Dodaj badanie(a)**, wyświetli się komunikat:



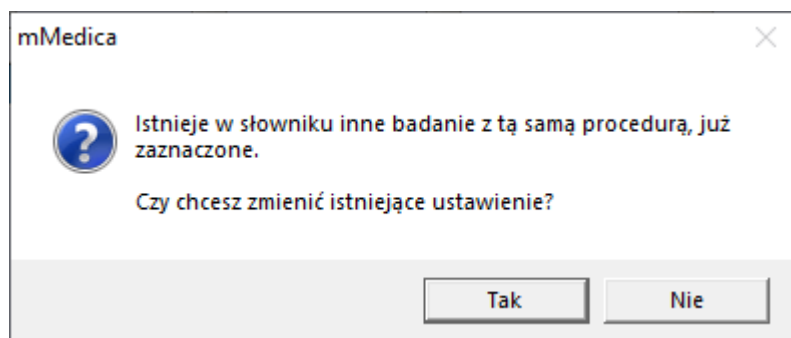
Program "Profilaktyka 40 PLUS"

Po wyborze przycisku **Tak** na skierowaniu zostanie automatycznie wygenerowana lista badań zleconych do wykonania pacjentowi w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS" (na podstawie przekazanych procedur ICD-9).

W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica w słowniku badań laboratoryjnych w oknie danych badania zostało dodane pole "**Profilaktyka 40+**", zaznaczone na poniższym przykładzie. Jeżeli w słowniku istnieje więcej niż jedna pozycja powiązana z określoną procedurą ICD-9, zlecaną w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS", należy je zaznaczyć dla tego badania, które ma być dodawane na zleceniu do laboratorium w ramach powyższego mechanizmu. W przeciwnym wypadku na zleceniu nie zostanie dodane żadne badanie powiązane z tą procedurą.



Omawiane pole może być zaznaczone tylko dla jednego badania powiązanego w słowniku z daną procedurą ICD-9. Przy próbie zaznaczenia go dla drugiego takiego badania wyświetli się komunikat:



Wybór przycisku **Tak** spowoduje usunięcia zaznaczenia w danych wspomnianego w komunikacie badania i pozostawienie go w danych badania aktualnie edytowanego.

Utworzone na zakładce **Badania lab.** zlecenie powinno być przekazane do zintegrowanego laboratorium w ramach posiadanego przez świadczeniodawcę modułu dodatkowego [eWyniki](#). Aby wygenerować zlecenie do laboratorium bez konieczności autoryzacji wizyty, należy skorzystać z przycisku **Wyślij do laboratorium/ Wyślij do punktu pobrań**, który został dodany w wersji 7.2.0 aplikacji mMedica.

Uwaga! Dokument z wynikami badań, przesłany zwrótnie przez laboratorium, musi posiadać format PIK HL7 CDA. W przeciwnym wypadku nie będzie mógł zostać zaindeksowany.

Otrzymane z laboratorium wyniki badań należy przypisać do wizyty. W tym celu, będąc w oknie wizyty, należy nacisnąć ikonę **Wizyta** lub **Dane med.**, a następnie znajdującą się u góry ikonę **Badania lab.** i w oknie, które się wyświetli, dla wskazanych wyników wybrać przycisk  **Dopisz do wizyty**.

W wyniku powyższej czynności zostaną automatycznie dodane do wizyty procedury ICD-9, odpowiadające wykonanym badaniom.

Dodatkowo, aby spełnić wytyczne dla realizacji świadczeń w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS", należy na wizycie wykonać wymagane pomiary antropometryczne, takie jak:

- wzrost
- waga
- BMI
- obwód pasa

i wpisać ich wyniki w oknie ewidencji danych antropometrycznych (okno dostępne w wersji programu **mMedica Standard+**)

oraz uzupełnić wynik pomiarów ciśnienia i rytmu serca.

Inne wymagane dane to:

- kod świadczenia: 9 - "Badanie", uzupełniany w danych podstawowych wizyty (przycisk **Dane podstawowe**, w polu "Kod")
- rozpoznanie: Z03 - "Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne", do wprowadzenia w oknie *Rozpoznania*
- odpowiednie kody z umowy wybrane w danych rozliczenia wizyty.

Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych danych należy dokonać autoryzacji wizyty (przycisk **Autoryzuj**), co umożliwi wysyłkę zdarzenia medycznego do P1.

Uwaga!

W celu poprawnego rozliczenia programu wszystkie dane należy sprawozdać jednym zdarzeniem medycznym. Należy zwrócić szczególną uwagę na to, aby autoryzować wizytę dopiero po otrzymaniu i przypisaniu do wizyty wyników badań laboratoryjnych, w przypadku gdy to świadczeniodawca raportuje wyniki. Jeśli wyniki raportuje laboratorium, to świadczeniodawca może zautoryzować wizytę już po

zaewidencjonowaniu danych antropometrycznych i zleceniu badań do zintegrowanej placówki.

Aby spełnić wymogi dotyczące przekazywania danych w ramach realizacji programu "Profilaktyka 40 PLUS", konieczna jest także odpowiednia konfiguracja programu umożliwiająca:

- eksport zdarzeń medycznych - dokładne informacje na ten temat znajdują się w ogólnej [instrukcji obsługi programu](#), w rozdziale "Raportowanie zdarzeń medycznych"
- indeksowanie dokumentów - szczegółowe wytyczne dostępne są w instrukcji obsługi [Modułu eArchiwum i Modułu Integracji eRepozytorium w Chmurze](#).