



Moduł Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Instrukcja użytkownika

Spis treści

Rozdział 1	Słownik	2
Rozdział 2	Rozpoczęcie pracy z modułem	3
2.1	Migracja załączników i danych	4
2.1.1	Migracja załączników przechowywanych poza bazą	4
2.1.2	Migracja danych do EDM	6
Rozdział 3	Tworzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej	8
3.1	Nowe funkcjonalności wizyty w Gabinetce	8
3.1.1	Podstawowe dane wizyty	8
3.1.2	Dodanie Rejestrującego wizytę	9
3.1.3	Miejsce realizacji i inne dane podstawowe, na pasku wizyty	9
3.1.4	Dane medyczne ewidencjonowane poza wizytą a zapisywane w wizycie	10
3.1.5	Aktualizacja danych w Gabinetce	11
Rozdział 4	Tworzenie dokumentów w EDM	12
4.1	Dokumenty w postaci elektronicznej	12
4.1.1	e-Dokument wizyty i edycja danych	12
4.1.2	Autoryzacja e-dokumentu	13
4.1.3	Dokumenty utworzone poza systemem (załączniki)	13
4.1.4	Modyfikacja dokumentów EDM	14
4.1.5	Prezentacja różnic	15
4.2	Dokumenty elektroniczne w formacie HL7 CDA	17
4.2.1	Informacja dla lekarza kierującego	18
4.2.2	Karta informacyjna z leczenia szpitalnego	20
4.2.3	Zapis i udostępnianie dokumentów HL7 CDA	21
Rozdział 5	Przegląd dokumentacji medycznej pacjenta podczas wizyty w Gabinetce	22
5.1	Historia zdrowia i choroby	23
5.2	Raport historii wizyt	24
5.3	Przegląd EDM	25
5.4	Dokumentacja archiwalna	25
5.5	Historia zmian czynników ryzyka	27
Rozdział 6	Elektroniczna Dokumentacja Medyczna	29
6.1	Udostępnianie dokumentacji	29
6.1.1	Zapis dokumentacji w formacie HL7 CDA	31
6.1.2	Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej	32
6.1.3	Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej	37
6.2	Zbiorcza dokumentacja elektroniczna	38
6.2.1	Księgi	39

6.2.2	Harmonogram przyjęć.....	40
6.3	Uzupełnianie.....	40
6.4	Weryfikacja.....	42
6.5	Migracja.....	43
Rozdział 7	Uprawnienia	44
7.1	Dane medyczne wizyty.....	44
7.2	Dane rozliczeniowe wizyty.....	45
7.3	Dane wspólne.....	45
7.4	Uprawnienie do modyfikacji danych wspólnych.....	45
7.5	Uprawnienia do funkcjonalności związanych z rozliczeniem wizyty.....	46
7.6	Uprawnienia do danych.....	46

Wstęp

Moduł Elektroniczna Dokumentacja Medyczna pozwala prowadzić wewnętrzną i zewnętrzną dokumentację elektroniczną dla lecznictwa otwartego.

Głównym zadaniem modułu Elektroniczna Dokumentacja Medyczna jest tworzenie dokumentów elektronicznych w formacie XML na podstawie danych ewidencjonowanych w programie mMedica. E-dokumenty powstają po zatwierdzeniu danych z zakresu dokumentacji medycznej, w procesie "autoryzacji" (zapisywania) zaewidencjonowanych danych wizyty. Oznacza to, że praca z modułem EDM nie wymaga od użytkownika wykonywania żadnych dodatkowych czynności, oprócz standardowego zapisywania wprowadzanych danych.

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

Słownik

W instrukcji zostały użyte następujące pojęcia:

- **EDM, e-dokumentacja** – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna.
- **e-dokument** – dokument elektroniczny zapisany w formacie XML.
- **Autoryzacja wizyty** – (wcześniej Zakończenie wizyty) zakończenie edycji medycznych danych wizyty wraz z utworzeniem dokumentu XML zapisywanego w EDM.
- **Dane wspólne** – dane występujące w obszarze danych medycznych i danych rozliczeniowych wizyty. Zmiana tych danych w jednym obszarze ma wpływ na drugi obszar i wymaga ich ponownej autoryzacji.

Rozdział

2

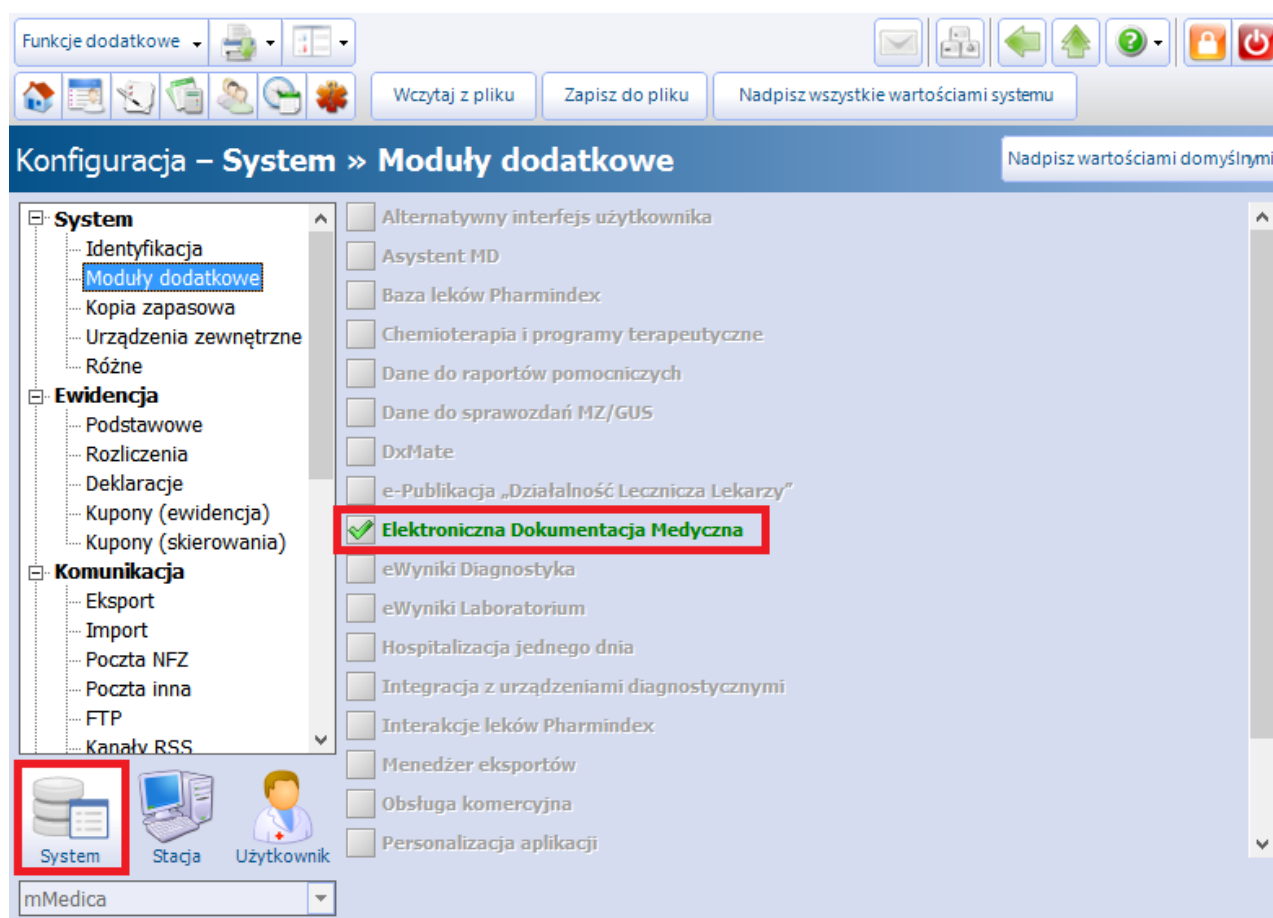
Rozpoczęcie pracy z modulem

Aby rozpocząć pracę z Modułem "Elektroniczna Dokumentacja Medyczna" należy:

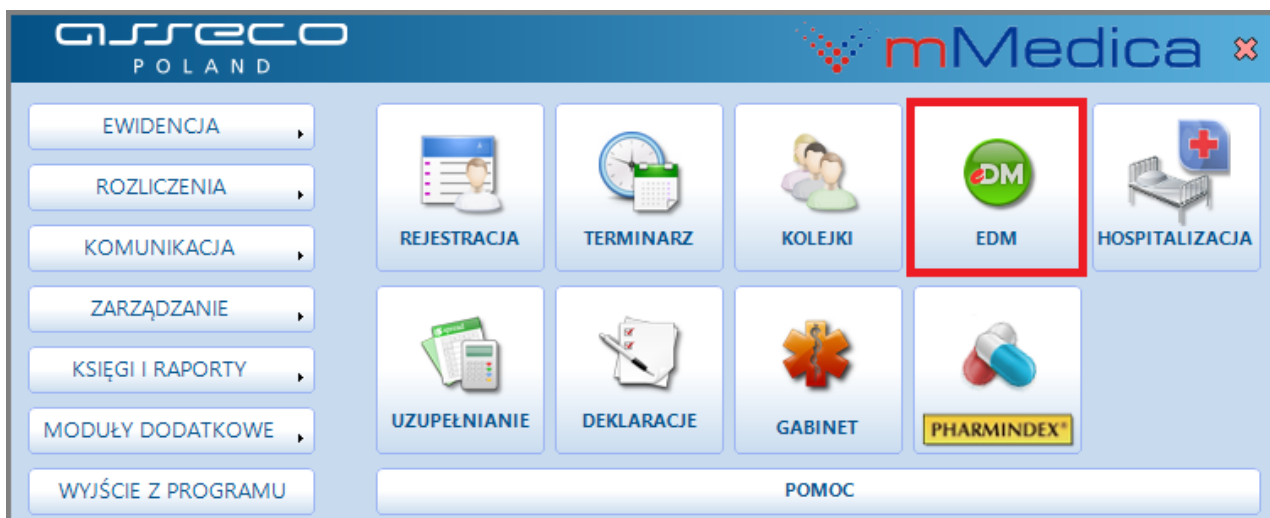
- dokonać zakupu modułu na stronie Centrum Zarządzania Licencjami
- pobrać nowy klucz licencyjny i wczytać go do programu mMedica w [Zarządzanie > Operacje techniczne > Aktywacja systemu mMedica](#)
- włączyć moduł w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [System > Moduły dodatkowe](#),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

Szczegółowa instrukcja włączenia modułu:

1. Przejdź do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [System > Moduły dodatkowe](#).
2. Wybrać ikonę **System**, znajdującą się w lewym dolnym rogu ekranu.
3. Na liście modułów dodatkowych zaznaczyć moduł **Elektroniczna Dokumentacja Medyczna**.
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 Modułu EDM jest dostępna z poziomu okna startowego programu mMedica.



2.1 Migracja załączników i danych

Przed rozpoczęciem pracy z modułem EDM użytkownicy, którzy korzystali z wcześniej dostępnej funkcjonalności gromadzenia załączników poza bazą mMedica, muszą wykonać proces migracji załączników do bazy mMedica. Operacja ta ma na celu przeniesienie pełnej dokumentacji medycznej, przechowywanej dotychczas poza bazą, do postaci elektronicznej. Ponadto z danych medycznych przechowywanych w bazie można stworzyć dokumenty, które zostaną zapisane w formie plików XML. Sposób wykonania tych czynności opisany został poniżej.

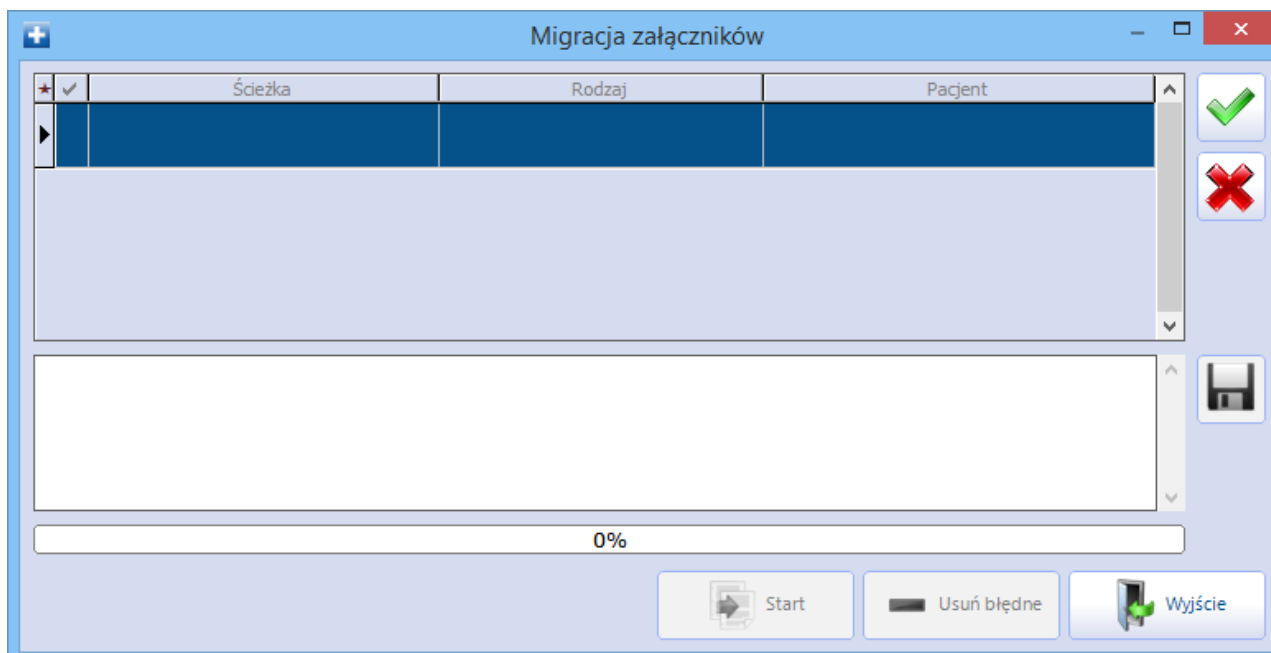
2.1.1 Migracja załączników przechowywanych poza bazą

Migrację załączników zobowiązani są wykonać użytkownicy, którzy załączniki dołączane do programu mMedica zapisywali i przechowywali w postaci plików na dysku twardym komputera, tzn. poza bazą mMedica.

W wersji 4.0.0. aplikacji mMedica usunięto parametr "Załączniki do wyników badań: Kopiuj zawartość plików do bazy danych", co jest równoznaczne z zablokowaniem funkcjonalności przechowywania załączników poza bazą.

Uwaga! Migrację załączników należy wykonać przed rozpoczęciem pracy z modułem EDM.

W celu uruchomienia funkcji migracji należy przejść do menu głównego aplikacji i uruchomić: [Zarządzanie > Operacje techniczne > Migracja załączników](#). Jeśli w systemie znajdują się odwołania do załączników zapisanych poza bazą mMedica, zostaną wyświetlone w prezentowanym oknie.



Użytkownik ma dwie możliwości: zmigrować wszystkie załączniki jednocześnie lub tylko wybrane z listy.

Aby wskazać wszystkie załączniki do migracji należy wybrać przycisk  **Wybierz wszystkie**, znajdujący się w prawym górnym rogu okna. Po użyciu przycisku, przy każdej pozycji na liście załączników pojawi się taki sam znak wyboru. W razie konieczności usunięcia zaznaczenia dla wybranego załącznika, należy

podświetlić go na liście i kliknąć przycisk  **Usuń wybór**.

Indywidualny wybór załącznika do zmigrowania dokonuje się poprzez zaznaczenie lewym przyciskiem myszy pozycji na liście załączników. Z lewej strony pozycji na liście pojawi się znaczek wyboru .

Proces migracji załączników do bazy mMedica rozpoczyna się przyciskiem **Start**, zamieszczonym w dolnej części okna. Poniżej tabeli z załącznikami znajduje okno komunikatów z migracji, a z prawej strony ikona



umożliwiająca zapis raportu z migracji do pliku.

Proces migracji może zostać przerwany w dowolnym momencie, a następnie uruchomiony ponownie.

2.1.2 Migracja danych do EDM

Użytkownicy aplikacji mMedica, którzy przed uruchomieniem EDM-u wykorzystywali moduł Gabinet do prowadzenia całej dokumentacji medycznej, mogą zaewidencjonowane dane włączyć do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. W tym celu należy wykorzystać funkcjonalność migracji, która może być wykonana w każdej chwili, również po rozpoczęciu pracy w module EDM.



Funkcjonalność migracji dostępna jest poprzez wybór ikony  w głównym oknie aplikacji. Otwarte zostanie okno *Dokumentacja medyczna*, gdzie w lewym panelu należy wybrać zakładkę **Migracja**.

W przypadku danych gabinetowych proces migracji polega na utworzeniu dokumentów XML w Elektronicznej Dokumentacji Medycznej dla informacji wprowadzonych do aplikacji przed uruchomieniem modułu EDM. Użytkownik posiadający uprawnienia, może jednocześnie utworzyć dokumenty dla całej dokumentacji, czyli zaewidencjonowanych wizyt, danych medycznych i wszystkich zgromadzonych danych pacjentów, które wchodzi w skład dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem o dokumentacji medycznej.

Dokumenty zostaną utworzone z datą bieżącą utworzenia oraz danymi użytkownika zalogowanego do aplikacji, wykonującego migrację.

Zasady wykonania migracji:

- Istnieje możliwość wykonania migracji częściowej, tzn. tylko wybranej (w filtrach) komórki organizacyjnej, personelu i/lub danych wprowadzonych w konkretnym okresie czasu.
- System nie migruje historycznych wyników badań laboratoryjnych, diagnostycznych i konsultacji, gdyż brak jest powiązania ich z wizytami. W EDM-ie wyniki badań zapisywane są wraz z dokumentem wizyty, zgodnie z wymaganiem rozporządzenia.
- Migracja obejmuje tylko te dane, które nie były zmigrowane wcześniej.

W celu wyświetlenia danych podlegających migracji, należy wskazać/zaznaczyć na dostępnych listach (filtrach) zakres i rodzaj danych, komórki organizacyjne lub/i osoby personelu i okres za jaki dane mają

zostać zmigrowane. Następnie należy wybrać przycisk **Odświeżanie** , który wyświetli informacje o ilości danych znalezionych w bazie, które można zmigrować do e-dokumentacji. Przycisk **Rozpocznij**

migrację  uruchamia proces migracji, której wynik można zapisać do pliku za pomocą przycisku .

Rozdział

3

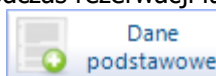
Tworzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

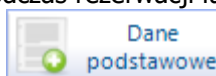
3.1 Nowe funkcjonalności wizyty w Gabinetce

W celu usprawnienia pracy z aplikacją oraz spełnienia wymagań narzuconych przez rozporządzenia, do modułu Gabinet wprowadzono dwie nowe funkcjonalności: formatkę *Dane podstawowe* i *Dane medyczne*.

3.1.1 Podstawowe dane wizyty

Aby umożliwić modyfikację podstawowych danych otwartej już wizyty w Gabinetce dodano nową formatkę *Dane wizyty*. Użytkownik z uprawnieniami może, korzystając z dostępnych tam funkcjonalności, zmienić lub uzupełnić dane typu: data ewidencjonowanej wizyty, realizujący wizytę, komórka org., miejsce realizacji, sposób przyjęcia (np. ze skierowaniem) oraz szczegółowe dane skierowania. Na zakładce 2. *Skierowanie* można dokonać edycji danych skierowania wprowadzonych podczas rezerwacji lub rejestracji wizyty.



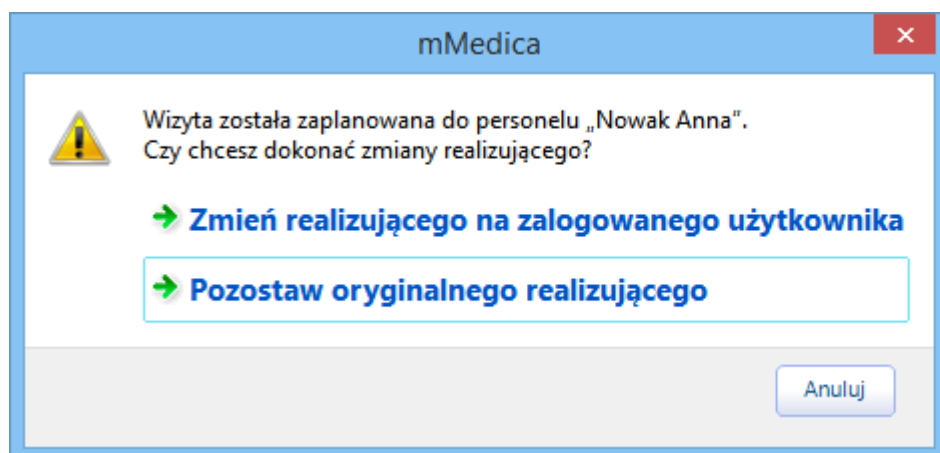
W celu zmiany omawianych danych należy kliknąć przycisk , znajdujący się w dolnym panelu okna wizyty gabinetowej.

Uwaga! Należy pamiętać, że zmiana takich danych jak: data i godzina wizyty, realizujący, komórka org., w której realizowana jest wizyta, mają wpływ na wystawiane w trakcie wizyty dokumenty, jak np. skierowania i druki, podsumowanie wizyty, 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.

3.1.2 Dodanie Rejestrującego wizytę

Uwaga! Każdy użytkownik systemu powinien logować się na swojego, unikalnego użytkownika i hasło. Nigdy nie powinien korzystać z loginu i hasła innego użytkownika.

Użytkownik zalogowany do programu mMedica jest domyślnie zarówno Realizującym wizytę (lekarz wykonujący świadczenie) oraz Rejestrującym (osoba wprowadzająca dane wizyty do systemu). Jeśli wizytę zarejestrowaną do lekarza otwiera w Gabinetce inna osoba personelu (np. pielęgniarka, która pomaga w pracy lekarza ewidencjonując dane wizyty), pojawi się następujący komunikat:



W takim przypadku należy wybrać drugą opcję "Pozostaw oryginalnego realizującego". Realizującym wizytę pozostanie lekarz, do którego wizyta została zarejestrowana. Natomiast osobą rejestrującą dane w systemie będzie zalogowany użytkownik.

W przypadku wybrania pierwszej opcji, czyli "Zmień realizującego na zalogowanego użytkownika" realizujący, do którego zarejestrowano wizytę, zostanie zmieniony na zalogowanego użytkownika.

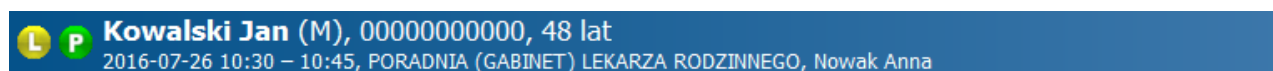
W wizycie utworzonej przez wybór przycisku **Nowa wizyta**, personelem rejestrującym i realizującym jest ta sama osoba, a więc użytkownik zalogowany do aplikacji.

Za pomocą przycisku [Dane podstawowe](#) można zmienić realizującego wizytę. Rejestrującego można zmienić jedynie poprzez wylogowanie i ponowne zalogowanie do aplikacji na innego użytkownika.

3.1.3 Miejsce realizacji i inne dane podstawowe, na pasku wizyty

Na pasku gdzie dotychczas wyświetlane były tylko dane pacjenta (okno wizyty w Gabinetce), takie jak: imię i nazwisko, PESEL, płeć i wiek, dodano w drugiej linii informację z datą i godziną wizyty, komórką org., realizującym wizytę.

Po zmianie którejkolwiek danej poprzez przycisk Dane podstawowe efekt będzie widoczny na pasku, jak poniżej.



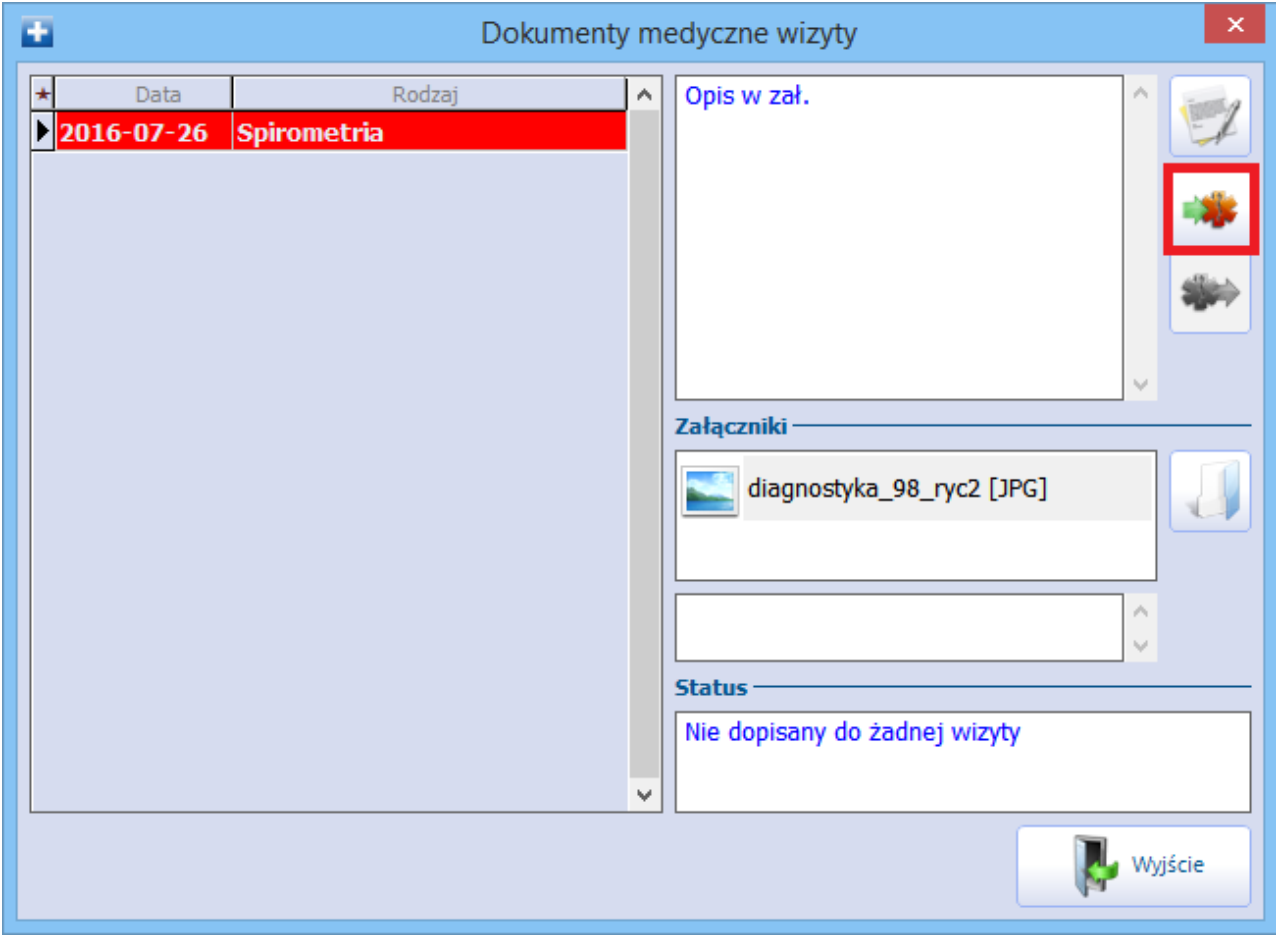
3.1.4 Dane medyczne ewidencjonowane poza wizytą a zapisywane w wizycie

Wprowadzenie przed wizytą danych typu: wyniki badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji, skierowanie na wizytę, badania wstępne, powoduje, że przy otwarciu nowej wizyty jako pierwsze otwarte zostanie okno *Dokumenty medyczne*, gdzie wyświetlone będą wcześniej wprowadzone dane.

Uwaga! Wyniki badań wymagają jawnego dopisania do wizyty poprzez osobę realizującą lub rejestrującą wizytę, gdyż razem z danymi wizyty są zapisywane do e-dokumentacji.

Funkcjonalność prezentacji danych w oknie *Dokumenty medyczne wizyty* ma na celu powiadomienie lekarza o nowych istotnych danych medycznych dla realizowanego świadczenia, które lekarz powinien obejrzeć oraz

dopisać do e-dokumentacji. Wyniki dopisuje się do wizyty, używając przycisku **Dopisz do wizyty** . Nowe wyniki z wykonanych badań, dopóki nie zostaną wpisane do e-dokumentacji wyświetlane są na czerwono, rys. poniżej.



Data	Rodzaj
2016-07-26	Spirometria

Opis w zał.

Załączniki

diagnostyka_98_ryc2 [JPG]

Status

Nie dopisany do żadnej wizyty

Wyjście

Informacja o wizycie, do której dopisano wynik badania wyświetlana będzie na formatkach z listami wyników badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji i hospitalizacji z poziomu *Danych medycznych* w Kartotece i z poziomu zakładki *Wizyta* w Gabinetce. W przypadku niedopisania wyniku do wizyty, w polu tekstowym "Status" wyświetlana będzie informacja "Nie dopisany do żadnej wizyty".

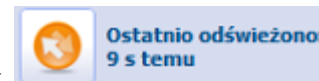
Sposób działania funkcjonalności powiadamiania o nowych wynikach badań zależy od realizującego wizytę, a zatem:

1. Personel (lekarz), który zlecił wykonanie badania - przy otwarciu kolejnej wizyty pacjenta otrzyma informację o wprowadzonych do systemu wynikach. Informacja ta będzie wyświetlana za każdym razem, dopóki lekarz nie dopisze wyniku do wizyty.
2. Personel inny niż zlecający, realizujący nową wizytę w JOS-ie gdzie zlecono badanie - otrzyma informację o wynikach badania, jeśli nikt wcześniej w tym JOS-ie nie dopisał ich do wizyty.

3. Personel inny niż zlecający, realizujący wizytę w innym JOS-ie - otrzyma informację o wynikach badania, jeśli nie zostały jeszcze wpisane do e-dokumentacji.

Po zapisaniu wyników do e-dokumentacji, modyfikacja danych jest możliwa tylko z poziomu wizyty, z którą został wpisany do EDM.

3.1.5 Aktualizacja danych w Gabinecie

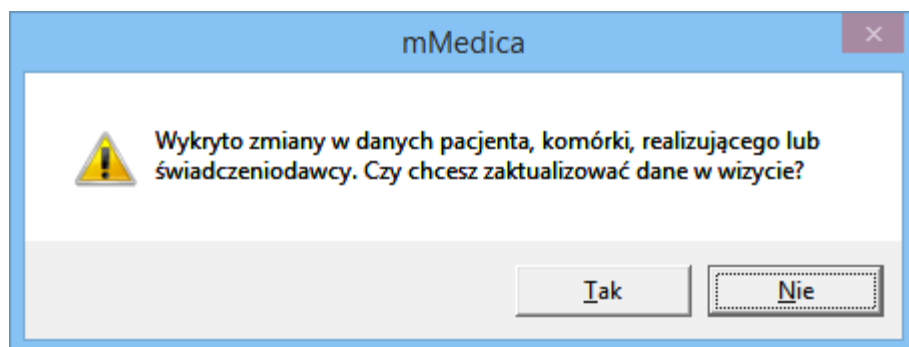


Na formatce "Lista pacjentów do Gabinetu" w lewym panelu dodano przycisk , umożliwiający "odświeżenie" bieżącej listy zarejestrowanych pacjentów. Dodatkowo, obok przycisku wyświetlany jest czas, jaki upłynął od ostatniego odświeżenia listy.

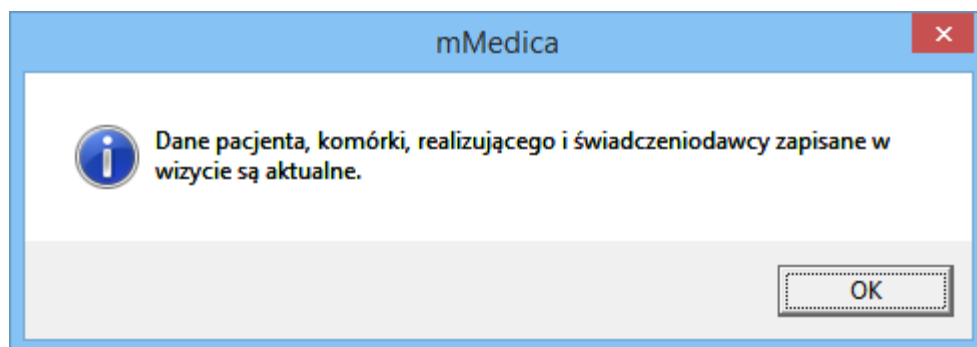
Jeśli po zrealizowaniu wizyty w Gabinecie dokonano zmian w danych pacjenta, to po ponownym otwarciu wizyty, istnieje konieczność zaktualizowania danych. Dane na wizycie autoryzowanej i ponownie otwartej do edycji nie są nigdy automatycznie modyfikowane, więc w razie potrzeby użytkownik musi sam dokonać ich

Aktualizuj dane

odświeżenia za pomocą przycisku , znajdującego się w górnym panelu wizyty gabinetowej. W przypadku wykrycia zmian przez system, wyświetlony zostanie poniższy komunikat:



W celu aktualizacji danych należy wybrać przycisk "Tak", a następnie dokonać ponownej autoryzacji wizyty. Jeśli aplikacja mMedica nie wykryje zmian, wyświetlony zostanie komunikat:



Rozdział

4

Tworzenie dokumentów w EDM

Na podstawie danych ewidencjonowanych w programie mMedica, tworzone są dokumenty elektroniczne w formacie XML. Dokumenty elektroniczne powstają po jawnym zatwierdzeniu danych z zakresu dokumentacji medycznej, wprowadzonych przez uprawnionego użytkownika oraz w procesie autoryzacji zaewidencjonowanych danych wizyty.

4.1 Dokumenty w postaci elektronicznej

W EDM mMedica tworzone są następujące dokumenty:

- Dokument porady lub wizyty
- Dokument uprawnień dostępu do dokumentacji medycznej i uprawnień do informacji o stanie zdrowia
- Dodatkowe dokumenty uprawniające do świadczeń
- Dokument zgody na udzielenie świadczenia
- Dokument uprawnień odbioru recept/zleceń
- Dokument z przebytych hospitalizacji
- Dokument z pobytów sanatoryjnych
- Dokument z wykonanych zabiegów
- Dokument z wykonanych szczepień
- Dokument Karta ciąży
- Dokument Karta Opieki Pielęgniarskiej w POZ
- Dokument Karty ChUK
- Dokument informujący o ogólnym stanie zdrowia pacjenta (czynniki ryzyka, choroby przewlekłe)
- Dokument z wystawionych zwolnień lekarskich na opiekę
- Dokument z wystawionych recept bez wizyty
- Dokument z wystawionych druków na wizycie (prezentowany za pomocą hiperłącza odnoszącego się do druku)
- Dokument diagramu stomatologicznego

4.1.1 e-Dokument wizyty i edycja danych

Dokument wizyty powstaje po wybraniu przycisku



w prawym dolnym rogu formatki wizyty gabinetowej.

Uwaga! Realizacja wizyty w Gabinetce powinna zawsze zostać zakończona przez lekarza autoryzacją danych. Kliknięcie przycisku **Autoryzuj** jest warunkiem utworzenia e-dokumentu wizyty.

Część danych wchodzących w skład dokumentu "Ogólny stan zdrowia" (o którym mówi rozporządzenie o Dokumentacji Medycznej) może zostać wprowadzonych poza wizytą i do niej dopisanych. Do danych tych należą np. wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych, konsultacje, antropometria, które do programu mMedica może wprowadzić osoba rejestrująca dane medyczne. Po rozpoczęciu wizyty w Gabinetce i dopisaniu [dokumentów medycznych](#), dane te zostaną zapisane do e-dokumentu w procesie autoryzacji wizyty.

Natomiast pozostałe dane typu choroby przewlekłe, leki stale podawane ewidencjonowane są przez lekarza bezpośrednio na wizycie w Gabinetce i również zapisywane są do e-dokumentacji w trakcie autoryzacji

wizyty.

Osoba rejestrująca, która wprowadza dane do systemu mMedica, może równocześnie edytować dane, które nie są zapisywane w e-dokumencie wizyty. Do danych tych należą dane medyczne jak np. czynniki ryzyka, hospitalizacje, rehabilitacje, zabiegi, sanatoria. Jeśli dane w tych dokumentach edytowane są z poziomu otwartej wizyty gabinetowej, dokumenty i wszelkie zmiany zapisywane są w procesie autoryzacji wizyty. Natomiast zmiany w dokumentach dokonane z poziomu [Kartoteka pacjentów > Dane medyczne](#) zapisane zostaną do e-dokumentacji po ich zapisaniu przyciskiem **Zatwierdź** (zdj. poniżej).

4.1.2 Autoryzacja e-dokumentu

Każdy dokument wpisany do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej jest opatrzony oznaczeniem osoby dokonującej wpisu (jest nim zalogowany użytkownik) oraz datą wpisu, którą jest data utworzenia dokumentu XML.

Ponadto każdy dokument XML opatrzony jest elementem autoryzacji, wygenerowanym przez system, w postaci sumy kontrolnej zapisanej w tabeli autoryzacji.

4.1.3 Dokumenty utworzone poza systemem (załączniki)

Dokumenty powstałe poza systemem mMedica, są dołączane do dokumentacji jako:

- Odwzorowanie cyfrowe postaci papierowej, zdjęć radiologicznych, innych dokumentów.
- Import dokumentów elektronicznych utworzonych poza systemem.

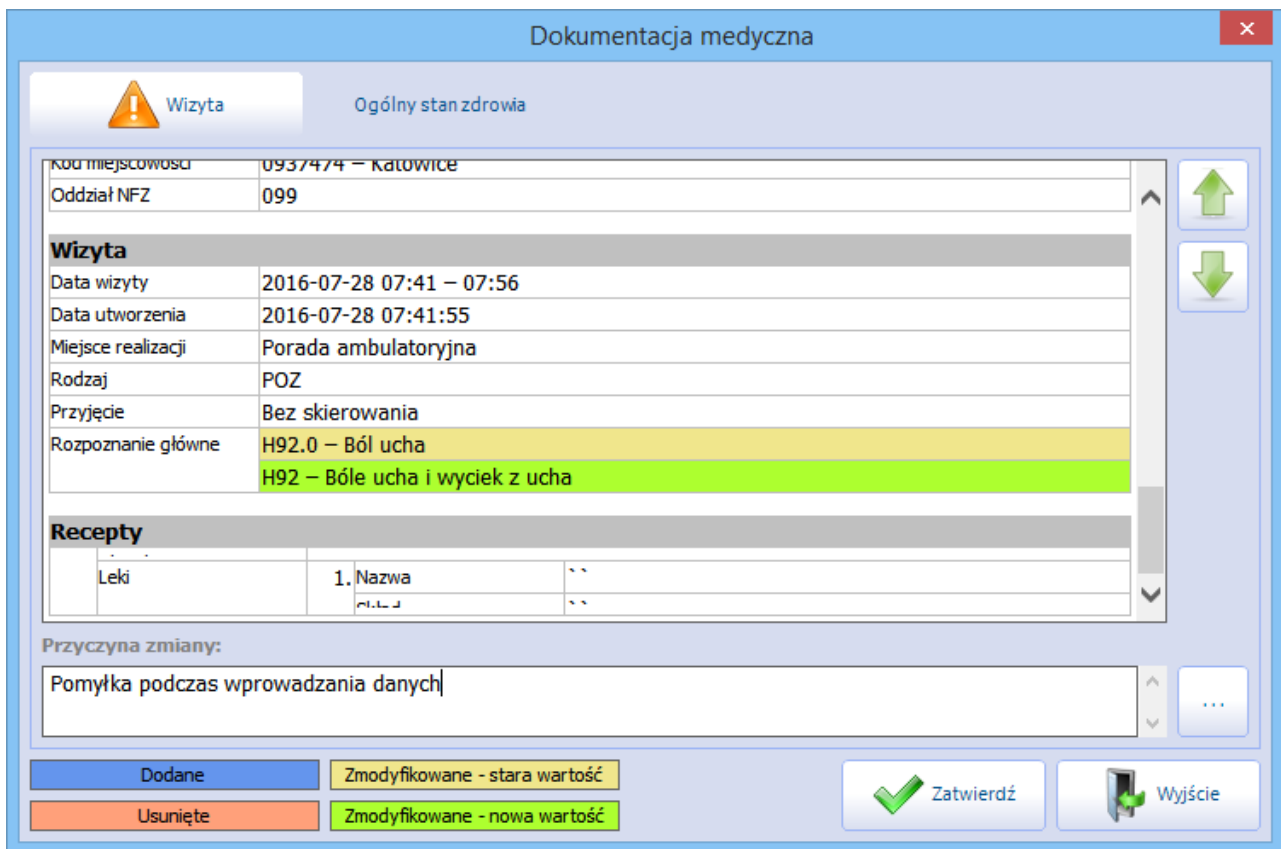
Dokumenty te są zapisywane w tej samej bazie co Elektroniczna Dokumentacja Medyczna. System zapamiętuje nazwę i rozmiar pliku dokumentu. Tak jak w przypadku pozostałych e-dokumentów system wylicza sumę kontrolną dołączonego dokumentu i zapisuje te dane w tabeli autoryzacji.

4.1.4 Modyfikacja dokumentów EDM

Dokumentów zapisanych do EDM-u nie można trwale usunąć, jednak podlegają one modyfikacji. Każda zmiana danych, w tym usunięcie części danych lub załączników zapisanych w e-dokumentacji wymaga podania przyczyny zmiany.

Zmiana danych, które zostały już zapisane w e-dokumentacji (poprzez zatwierdzenie lub autoryzację), spowoduje otwarcie dodatkowego okna *Dokumentacja medyczna*. W przypadku wystąpienia różnic pomiędzy danymi zapisanymi w bazie danych i dokumencie XML, system prezentuje różnice poprzez zaznaczenie odpowiednimi kolorami wartości starych i nowych. Znaczenie kolorów zostało wyjaśnione w legendzie, znajdującej się w dolnej części okna *Dokumentacja medyczna*.

W polu "Przyczyna zmiany" wymagane jest podanie przyczyny modyfikacji, poprzez ręczne wpisanie wyjaśnienia. Można również skorzystać ze słownika, dostępnego po wybraniu przycisku wyboru , po jego poprzednim utworzeniu.



The screenshot shows the 'Dokumentacja medyczna' window. At the top, there are tabs for 'Wizyta' (selected) and 'Ogólny stan zdrowia'. Below the tabs, there are fields for 'Kod miejscowości' (0937474 - Katowice) and 'Oddział NFZ' (099). The 'Wizyta' section contains a table with the following data:

Data wizyty	2016-07-28 07:41 - 07:56
Data utworzenia	2016-07-28 07:41:55
Miejsce realizacji	Porada ambulatoryjna
Rodzaj	POZ
Przyjęcie	Bez skierowania
Rozpoznanie główne	H92.0 - Ból ucha
	H92 - Bóle ucha i wyciek z ucha

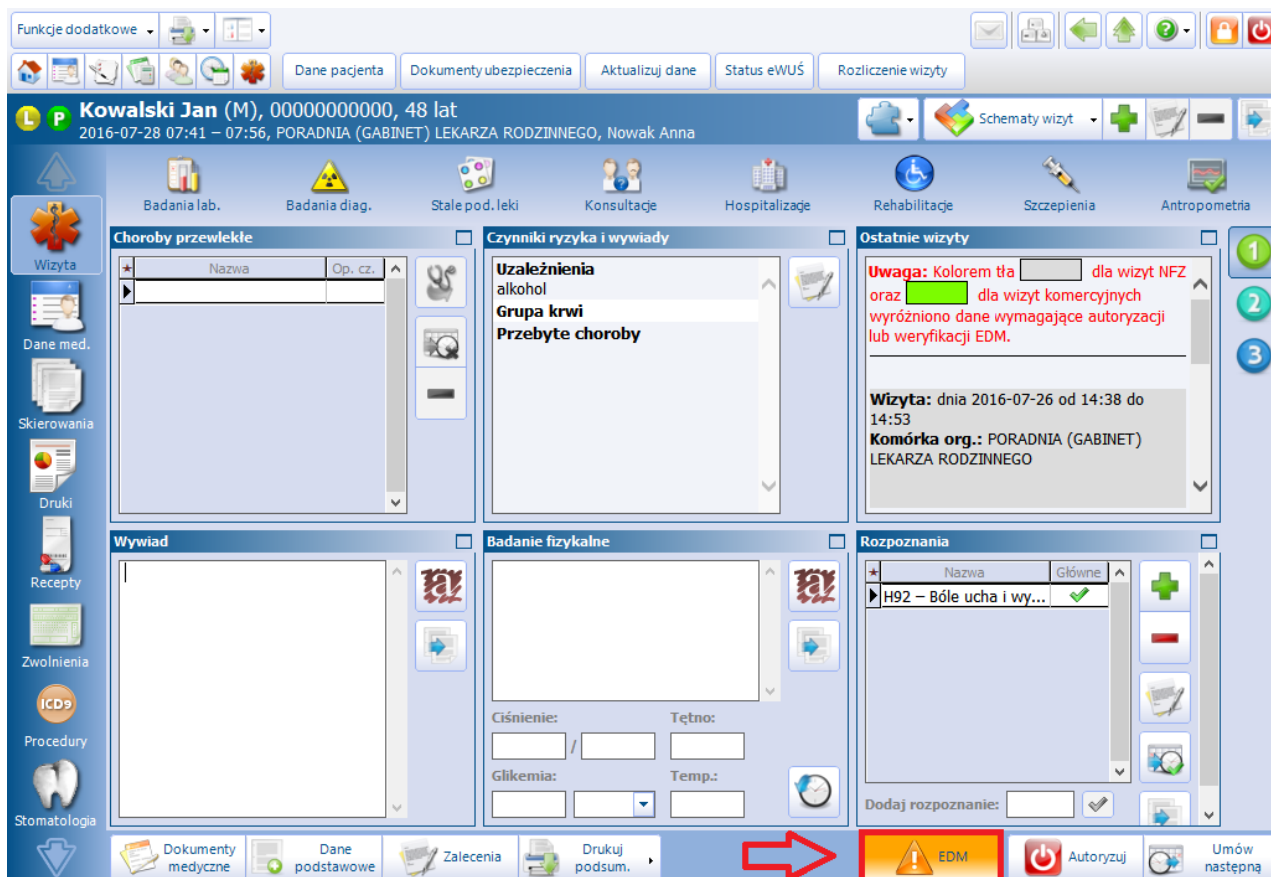
Below the 'Wizyta' section is the 'Recepty' section, which is currently empty. At the bottom, there is a 'Przyczyna zmiany:' label and a text input field containing 'Pomyłka podczas wprowadzania danych'. To the right of the input field is a dropdown arrow icon. At the bottom of the window, there are several buttons: 'Dodane' (blue), 'Usunięte' (orange), 'Zmodyfikowane - stara wartość' (yellow), 'Zmodyfikowane - nowa wartość' (green), 'Zatwierdź' (green checkmark), and 'Wyjście' (green exit icon).

Wprowadzone zmiany wraz z danymi osoby modyfikującej i datą zmiany są zapisywane w dokumencie XML wraz z dotychczasową historią zmian.

4.1.5 Prezentacja różnic

Na wszystkich formatkach gdzie powstają dokumenty XML, umieszczono przycisk wywołujący okno

prezentacji różnic. Przycisk ten  znajduje się zazwyczaj w dolnym rogu formatki i w zależności od statusu dokumentu może mieć różne kolory. Wybranie przycisku otwiera okno *Dokumentacja medyczna*, w którym prezentowane są dokumenty utworzone na wizycie.



W procesie autoryzacji wizyty, w zależności od rodzaju zaewidencjonowanych danych, oprócz dokumentu wizyty mogą równocześnie zostać utworzone jeszcze inne dokumenty. Przykładowo, dodanie choroby przewlekłej powoduje dodanie informacji na dokumencie "Ogólny stan zdrowia", a oznaczenie leku jako stale podawanego zostanie zapisane na wizycie w dokumencie "Stale podawane leki".

Jeśli na wizycie powstaje więcej dokumentów, dane każdego dokumentu prezentowane są w oknie różnic na osobnej zakładce. Na poszczególnych zakładkach prezentowane są wszystkie dane, jakie zostały zapisane w dokumentach, z wyróżnieniem kolorem wartości dodanych, usuniętych, zmodyfikowanych starych i nowych (zdj. poniżej).

Dokumentacja medyczna

Wizyta  Ogólny stan zdrowia Stale podawane leki

Czynniki ryzyka i wywiady

Grupa krwi	0 Rh+
Uczulenia	trawy
Uzależnienia	Alkohol

Grupy dyspenseryjne

	Nazwa	Data wpisu	Data wypisu
1.	Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	2016-07-29	

Choroby przewlekłe

	Kod	Nazwa	Opis	Data rozpoznania	Data wyleczenia
1.	J46	Stan astmatyczny		2016-07-29	

Opieka czynna

	Kod	Nazwa	Opis	Data od	Data do
1.	J46	Stan astmatyczny		2016-07-29	

Dodane Zmodyfikowane - stara wartość Wyjście
Usunięte Zmodyfikowane - nowa wartość

Kolor przycisku różnic na formatce wizyty określa status dokumentu XML w bazie programu mMedica. Znaczenie kolorów:



Nowy dokument - po zatwierdzeniu danych powstanie nowy dokument.



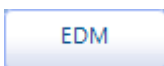
Brak dokumentu - istnieją dane, ale nie został jeszcze utworzony dokument.



Wystąpiły różnice pomiędzy danymi w bazie a danymi w dokumencie. Istnieje potrzeba utworzenia nowej wersji dokumentu.



Uszkodzony dokument. Należy utworzyć nowy dokument, a system umieści informację o uszkodzeniu dokumentu pierwotnego i utracie ewentualnej historii zmian.



Dokument jest poprawny.

4.2 Dokumenty elektroniczne w formacie HL7 CDA

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej od dnia 1 stycznia 2019 r. wprowadza się obowiązek stosowania trzech wystandaryzowanych dokumentów PIK HL7 CDA: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, karty odmowy przyjęcia do szpitala, informacji pisemnej lekarza specjalisty dla lekarza kierującego.

W wersji 5.16.3 aplikacji mMedica dodano mechanizm generowania i gromadzenia dokumentów "Informacja dla lekarza kierującego" oraz "Karta informacyjna z leczenia szpitalnego" w standardzie PIK HL7 CDA. Rozwiązanie dostępne jest dla użytkowników posiadających Moduł EDM w zakresie tworzenia dokumentów oraz [Moduł eArchiwum](#), w którym dokumenty te są przechowywane i skąd też będą udostępniane. Moduł eArchiwum ma swoją bazę do przechowywania dokumentów.

Dokumenty „Informacja dla lekarza kierującego” oraz „Karta informacyjna z leczenia szpitalnego” zostały zakwalifikowane przez CeZ do tzw. grupy drugiej, jeśli chodzi o reguły tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Są to dokumenty wytwarzane na podstawie jednostkowych danych medycznych przetwarzanych w systemach informatycznych Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, indeksowane na platformie P1. Oznacza to, że po utworzeniu jednego z tych dokumentów system świadczeniodawcy będzie zapisywał go w mMedica i eArchiwum, a następnie będzie wysyłał do P1 w postaci indeksu dokumentacji medycznej informację o przechowywanym dokumencie medycznym.

Po uruchomieniu funkcjonalności przyjmowania i przechowywania indeksów wytworzonej dokumentacji medycznej w P1, dokumenty z eArchiwum będą udostępniane innym świadczeniodawcom z zachowaniem zasad bezpieczeństwa, bez dostępu do bazy mMedica.

Dokumenty elektroniczne tworzone są w momencie podpisania wypisu pacjenta z hospitalizacji lub autoryzacji wizyty gabinetowej, w ramach której wystawiono dokument "Informacja dla lekarza kierującego". Po podpisaniu dokumentu przy pomocy certyfikatu elektronicznego (podpis kwalifikowany, podpis SimplySign, certyfikat ePUAP lub certyfikat ZUS) zostaje on zapisany w bazie.

Uwaga! Informujemy, że do prawidłowego generowania tych dokumentów podmiot medyczny musi zaopatrzyć się w unikalny w skali kraju identyfikator tzw. OID. Dystrybucją OID-ów zajmuje się Centrum e-Zdrowia (CeZ). Świadczeniodawca po złożeniu wniosku o założenie konta w P1 na stronie rpwdl.csioz.gov.pl, otrzyma wiadomość e-mail potwierdzającą nadanie dostępu do systemu P1. W wiadomości zostanie również przekazany przydzielony węzeł OID podmiotu leczniczego.

Otrzymany identyfikator OID należy wprowadzić do programu mMedica. W tym celu należy przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Identyfikacja](#) i wpisać otrzymany numer w polu **"Identyfikator (OID) w systemie HL7"**.

W celu usprawnienia procesu rejestracji podmiotu na platformie P1, zalecamy zapoznać się z instrukcjami udostępnianymi na stronie internetowej CeZ.

4.2.1 Informacja dla lekarza kierującego

Dokument "Informacja dla lekarza kierującego" w formacie dokumentu HL7 CDA tworzony jest w ramach wizyty realizowanej w Gabinetce.

W celu wystawienia dokumentu należy w głównym panelu wizyty gabinetowej wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie zakładkę **Informacja dla lekarza kier.**, znajdującą się w górnym panelu. System wyświetli formatkę, na której należy uzupełnić dane.

Do prawidłowego utworzenia dokumentu w postaci elektronicznej wymagane jest wskazanie rozpoznania oraz określenie dalszego postępowania w leczeniu pacjenta, poprzez uzupełnienie pola "Wytyczne" i wybranie poradni specjalistycznej. Dodatkowo, w sekcji *Opis udzielonego świadczenia* należy zaewidencjonować odpowiednią procedurę ICD-9. Program domyślnie podpowiada procedurę na podstawie kodu resortowego cz. VIII komórki org., w której realizowana jest wizyta. Np. dla kodu resortowego 1200, 1201 podpowiadana będzie procedura 89.0010 Konsultacja dermatologiczna. Użytkownik może zmienić sugerowaną procedurę na inną.

Kolejną czynnością konieczną do wykonania jest wpisanie w poniższym polu tekstowym dodatkowych informacji o udzielonym świadczeniu. Jeśli na wizycie wprowadzony został wywiad lub badania fizykalne

treść z tych pól można skopiować w prosty sposób za pomocą przycisków .

Dokument w formacie HL7 CDA tworzony jest w momencie zapisywania wizyty. Po wybraniu przycisku **Autoryzuj** w prawym dolnym rogu formatki, zostanie otwarte okno dialogowe *Podaj hasło do certyfikatu*, w którym należy wprowadzić hasło do wykorzystywanego certyfikatu. Wybranie przycisku **OK** finalizuje proces utworzenia i zapisania dokumentu w bazie.

The screenshot shows the mMedica application interface for patient Jan Kowalski (M), 51 years old, dated 2018-12-28 07:37 - 07:52, at the OKULISTYCZNA, NOWAK DARIUSZ clinic. The interface includes a top toolbar with various icons and buttons like 'Dane pacjenta', 'Dokumenty ubezpieczenia', 'Status eWUŚ', 'Dodaj notatkę', 'Aktualizuj dane', and 'Rozliczenie wizyty'. A sidebar on the left contains icons for 'Wizyta', 'Dane med.', 'Skierowania', 'Druki', 'Recepty', 'Zwolnienia', 'ICD9', 'Procedury', 'Stomatologia', and 'Historia wizyt'. The main area displays patient details, including 'Dane ogólne' (Nr umowy), 'Dalsze postępowanie' (Wytyczne: Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej), 'Rozpoznanie' (H40.0 - Podejrzenie jaskry), 'Opis udzielonego świadczenia' (Procedura: 89.08 - Inna konsultacja), and 'Wykonane badania laboratoryjne'. A red box highlights the 'Informacja dla lekarza kier.' button in the top right area. Another red box highlights the 'Skierowania' icon in the sidebar. At the bottom, there are buttons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj informację', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Warunkiem koniecznym do utworzenia dokumentu informacji dla lekarza kierującego w formacie HL7 CDA jest posiadanie przez personel realizujący numeru prawa wykonywania zawodu.

Od wersji 6.3.0 aplikacji mMedica, w przypadku realizacji wizyty przez personel nieposiadający powyższego numeru, przy autoryzacji wizyty wyświetla się informacja:

The dialog box contains a warning icon and the following text: "Na wizycie wystawiono informację dla lekarza kierującego/POZ, ale personel realizujący nie ma numeru prawa wykonywania zawodu. Dokument elektroniczny informacji w formacie PIK HL7 CDA (wymagany od 1 stycznia 2019 r.) nie zostanie utworzony. Kontynuować?". At the bottom, there are two buttons: 'Tak' and 'Nie'.

Po wybraniu przycisku **Tak** autoryzacja wykonuje się bez generacji dokumentu w formacie HL7 CDA i tym samym bez konieczności podania hasła do certyfikatu.

Uwaga! Należy pamiętać, że każda modyfikacja wygenerowanego już dokumentu spowoduje utworzenie nowej wersji dokumentu informacji dla lekarza kierującego. Natomiast usunięcie wygenerowanego

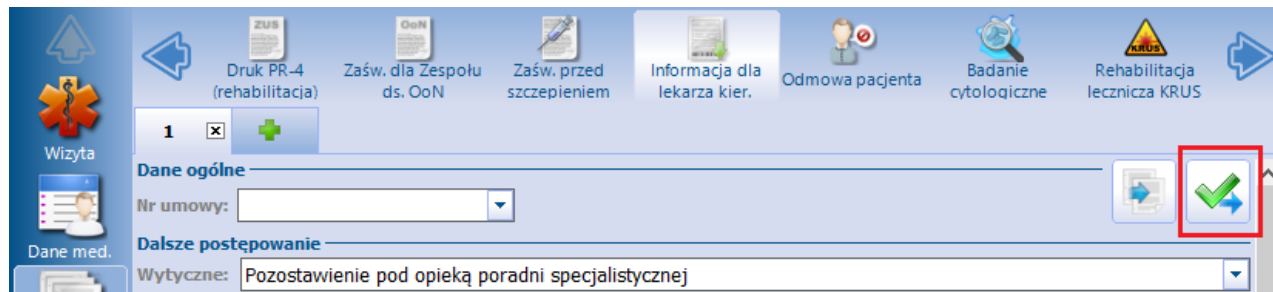
dokumentu będzie skutkować generacją dokumentu anulującego.

W wersji 6.3.0 programu dodano możliwość utworzenia nowej wersji powyższego dokumentu bez

modyfikacji jego danych. Służy do tego przycisk



(**Wymuś utworzenie nowej wersji dokumentu HL7 CDA**) umiejscowiony po prawej stronie okna.



4.2.2 Karta informacyjna z leczenia szpitalnego

Dokument "Karta informacyjna z leczenia szpitalnego" w formacie dokumentu HL7 CDA tworzony jest w ramach hospitalizacji ewidencjonowanych w module dodatkowym Hospitalizacje.

Omawiany dokument, zawierający opis choroby i przebieg leczenia pacjenta, dostępny jest na etapie wypisu pacjenta z hospitalizacji. Generacja dokumentu w formacie HL7 CDA następuje w momencie podpisania wypisu przez kierownika oddziału. Jeśli hospitalizacja znajduje się w statusie "Do podpisu", to w prawym dolnym rogu formatki *Wypis* zostanie wyświetlony przycisk **Podpisz i zakończ**. Po jego wybraniu zostanie otwarte okno dialogowe *Podaj hasło do certyfikatu*, w którym należy wprowadzić hasło do wykorzystywanego certyfikatu. Wybranie przycisku **OK** finalizuje proces utworzenia i zapisania dokumentu w bazie.

Funkcje dodatkowe

Dane pacjenta

Dokumenty ubezpieczenia

Status eWUŚ

Odśwież dane

Rozliczenie

Przyjęcie

Hospitalizacja

Wypis

BOŻENNA BARBARA (K), 67 lat
 ODDZIAŁ/ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA, PAWEŁ, przyj. 2018-09-14 09:30, wyp. 2018-12-13 12:00, nr w księdze 666/2018
 Rozpoznanie: G56.0

Wypis

Podsumowanie

Recepty

Skierowania

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego

Data wystawienia 2019-01-03
Pacjent
 BOŻENNA BARBARA
 PESEL:
 Data ur.:
 Wiek: 66 lat Płeć: K
 Adres:
Hospitalizacja nr 666/2018
 Specjalność komórki org.
 Oddział leczenia jednego dnia, kod re
 ODDZIAŁ/ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNE
 Kod res. cz. V: 01
Data hospitalizacji
 Przyjęcie: 2018-09-14 09:30
 Wypis: 2018-12-13 12:00
Tryb wypisu
 Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego

Wystawca dokumentu
 NOWAK DARIUSZ
 NPWZ:
Miejsce wystawienia
 "Główny Med. B. Główny" z ograniczoną odpowiedzialnością

Podaj hasło do certyfikatu:

OK Anuluj

Rozpoznanie

Nazwa	Kod
Zespół cieśni nadgarstka	G56.0

NOWAK DARIUSZ
 NPWZ:
Wystawiający

Data podpisania wypisu
Ordynator/Kierownik oddziału/Upoważniony

Wyniki badań, konsult, skier.

Drukuj kartę informacyjną

Otwórz do edycji

Podpisz i zakończ

Należy pamiętać, że usunięcie bądź modyfikacja zamkniętej hospitalizacji będzie powodować generację odpowiednio: dokumentu anulującego lub nowej wersji dokumentu karty informacyjnej.

4.2.3 Zapis i udostępnianie dokumentów HL7 CDA

W przypadku posiadania modułu dodatkowego eArchiwum, utworzone dokumenty elektroniczne w formacie HL7 CDA można zapisać i udostępnić pacjentowi. W tym celu należy przejść do ścieżki: [Moduły dodatkowe > Przegląd archiwum](#) i skorzystać ze znajdujących się tam funkcji.

Szczegółowy opis funkcjonalności modułu eArchiwum znajduje się w instrukcji obsługi opublikowanej na stronie internetowej produktu.

Rozdział

5

Przegląd dokumentacji medycznej pacjenta podczas wizyty w Gabinetce

Podczas realizacji wizyty pacjenta w Gabinetce, istnieje możliwość podejrzenia i wydrukowania następujących dokumentów:

1. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, problemów zdrowotnych lub urazów (Stan zdrowia).
2. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych (Podsumowanie wizyty).
3. Historia wizyt.
4. Przegląd Elektronicznej Dokumentacji Medycznej pacjenta (Przegląd EDM).

Pierwsze trzy raporty dotyczą danych zapisanych w bazie programu mMedica. Przed ich wyświetleniem system dokonuje wstępnej weryfikacji zgodności danych zapisanych w bazie z danymi w dokumentach XML. W przypadku wykrycia niezgodności lub braku dokumentów, dane wyświetlane są na szarym tle (zdz. poniżej). Raport dostępny po wybraniu przycisku **Przegląd EDM** prezentuje dane zapisane w e-dokumentach XML.

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
2016-08-01 09:35 – 09:50, PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO, Nowak Anna

Choroby przewlekłe

Nazwa	Op. cz.

Czynniki ryzyka i wywiady

Uzależnienia
alkohol

Uczulenia
trawy

Grupy dyspenseryjne
Przewlekły nieżyt oskrzeli,
dychawica oskrzelowa

Grupa krwi
0 Rh+

Przebyte choroby

Ostatnie wizyty

Uwaga: Kolorem tła wyróżniono dane wymagające autoryzacji lub weryfikacji EDM.

Wizyta: dnia 2016-07-28 od 07:41 do 07:56
Komórka org.: PORADNIA (GABINET)
LEKARZA RODZINNEGO
Realizujący: Nowak Anna; Lekarz; NPWZ:

Rozpoznanie:
• H92 - Bóle ucha i wyciek z ucha

Wywiad

Badanie fizykalne

Ciśnienie: / Tętno:
Glikemia: Temp.:

Rozpoznanie

Nazwa	Główne

Dodaj rozpoznanie:

Przegląd EDM (wyświetlony)

Drukuj podsum. (wyświetlony)

W programie mMedica zastosowano funkcjonalność dwupoziomowej weryfikacji e-dokumentacji. Pierwszy etap polega na sprawdzeniu czy uległy zmianie dane, na podstawie których wygenerowano e-dokument

(XML). Funkcjonalność oparta jest na wartości licznika, która zostaje zmieniona przy każdej edycji danych, na podstawie których utworzono e-dokument. Każdorazowa generacja nowego dokumentu powoduje wyzerowanie licznika.

Funkcjonalność zastosowano w raportach z Historii wizyt, Stanu zdrowia i udostępniania EDM. Dane, które nie zostały zmigrowane do e-dokumentacji, będą zawsze wyświetlane w omawianych formatkach na szarym tle.

Drugi etap polega na całkowitym porównaniu danych zapisanych w bazie z danymi w e-dokumentzie (XML). Funkcjonalność zastosowano w przypadku modyfikacji dokumentów i weryfikacji EDM.

5.1 Historia zdrowia i choroby



Wybranie przycisku **Stan zdrowia** z lewego panelu okna otwiera formatkę *Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów*, prezentując dane zapisane w dokumencie "Ogólny stan zdrowia" pacjenta, o którym mówi rozporządzenie o Dokumentacji Medycznej.

W dokumencie "Historia zdrowia i choroby..." prezentowane są dane, jakie zostały zaewidencjonowane w Czynniki ryzyka na wizycie gabinetowej lub w *Kartotece pacjentów* ([Kartoteka pacjentów](#) > [Dane medyczne](#) > [Czynniki ryzyka](#)) oraz informacje o chorobach przewlekłych i stale podawanych lekach, których ewidencja dokonywana jest tylko w Gabinetce.

The screenshot displays the 'Historia zdrowia i choroby' (Medical History) window for patient Jan Kowalski. The window is divided into several sections: patient information, current medications, medical groups, and allergies. A right-hand panel allows for selecting or deselecting various medical conditions and symptoms. The bottom bar contains navigation and action buttons.

NZOSZ "Eksulap"
NZOSZ "Eksulap"
40-001 Katowice, ul. Wojewódzka
REGON: 000111222
Kod res. cz. I: 0000000

Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów

Kowalski Jan (M) Data ur.: 1967-09-16 PESEL: 00000000000
Adres: 40-001 Katowice, nr 1

Stale podawane leki

Nazwa	Dawkowanie
Pulmicort zawiesina do nebulizacji 0,5 mg/ml	

Grupy dyspersyjne

Nazwa	Data wpisu	Data wypisu
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	2016-07-29	

Uzależnienia

alkohol

Wybierz wszystkie Usuń wybór

- ☒ Antropometria
- ☒ Choroby przewlekłe
- ☒ Grupa krwi
- ☒ Grupy dyspersyjne
- ☒ Hospitalizacje
- ☒ Inne czynniki ryzyka
- ☒ Nosicielstwo
- ☒ Opieka czynna
- ☒ Przebyte choroby
- ☒ Rehabilitacje
- ☒ Sanatoria
- ☒ Stale podawane leki
- ☒ Szczepienia
- ☒ Uczulenia
- ☒ Urazy z przeszłości
- ☒ Uzależnienia
- ☒ Wywiad ginekologiczny
- ☒ Wywiad pediatryczny
- ☒ Wywiad rodzinny
- ☒ Wywiad środowiskowy
- ☒ Zabiegi

Dokumenty medyczne Dane podstawowe Zalecenia Drukuj historię EDM Autoryzuj Umów następną

W celu zaktualizowania informacji na dokumencie należy skorzystać z przycisku **Odśwież** . Przycisk



Rodzaje danych rozwija listę z kategoriami czynników ryzyka, których wyświetlanie można ograniczyć lub rozszerzyć poprzez zaznaczenie/usunięcie zaznaczenia ☒ w odpowiednim polu. Historię zdrowia i choroby pacjenta można wydrukować, do czego służy przycisk **Drukuj historię**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

5.2 Raport historii wizyt



Wybranie przycisku **Historia wizyt** z lewego panelu okna otwiera formatkę *Historia wizyt*, gdzie prezentowane są wszystkie dane, jakie zostały zaewidencjonowane podczas wizyty w Gabiniecie. Przed wyświetleniem wizyt na formatce, system dokonuje wstępnej weryfikacji zgodności danych zapisanych w bazie z danymi w dokumentach XML. W przypadku wykrycia niezgodności lub braku dokumentów, dane wyświetlane są na szarym tle.

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

Realizujący: Nowak Anna Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO

NZOSZ "Eskulap"
NZOSZ "Eskulap"
40-001 Katowice, ul. Wojewódzka
REGON: 00011222
Kod res. cz. I: 000000020735

2016-08-08

Historia wizyt

Kowalski Jan (M)
Data urodzenia: 1967-09-16
Adres: 1, 40-001 Katowice

PESEL: 000000000000
Ubezpieczyciel: 099

Stale podawane leki:
Pulmicort zawiesina do nebulizacji 0,5 mg/ml

Uwaga: Kolorem tła [] dla wizyt NFZ oraz [] dla wizyt komercyjnych wyróżniono dane wymagające autoryzacji lub weryfikacji EDM.

Wizyta: dnia 2016-08-08 od 10:28 do 10:43
Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO
Realizujący: Nowak Anna; Lekarz; NPWZ: []

Wizyta: dnia 2016-08-05 od 11:08 do 11:23
Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO
Realizujący: Nowak Anna; Lekarz; NPWZ: []

Leki:
Deslodyna tabl. powł. 5 mg **Opakowanie:** 30 szt. **Ilość:** 1 **S.** 2 x 1 **Podanie:** doustnie, rano i w południe

W dokumencie *Historia wizyt* wyświetlane są szczegółowe dane ostatnich wizyt, zrealizowanych w danej komórce organizacyjnej. Użytkownik otrzyma informacje o całym przebiegu wizyty, o wystawionych skierowaniach, przepisanych lekach, o wynikach badań dopisanych do wizyty z możliwością podglądu załącznika, a także o drukach wystawionych na wizycie.

Za pomocą filtrów znajdujących się w górnej części ekranu istnieje możliwość zmiany kolejności wyświetlania informacji np. od najnowszej do najstarszej i odwrotnie, a także wyfiltrowania wizyt według zadanego okresu czasu. Aby uzyskać dostęp do historii wizyt realizowanych w innej komórce organizacyjnej i przez innego lekarza, należy skorzystać z filtrów "Realizujący" oraz "Komórka org."

W celu zaktualizowania informacji na dokumencie należy skorzystać z przycisku **Odśwież** . Przycisk

Rodzaje danych  rozwija listę z kategoriami danych, których wyświetlanie można ograniczyć lub rozszerzyć poprzez zaznaczenie/usunięcie zaznaczenia ☒ w odpowiednim polu.

Historię wizyt pacjenta można wydrukować, do czego służy przycisk **Drukuj historię**, znajdujący się w

dolnym panelu okna lub zapisać do pliku w formacie PDF za pomocą przycisku .

5.3 Przegląd EDM



Przegląd EDM to przegląd e-dokumentacji medycznej pacjenta. Po wybraniu przycisku **Przegląd EDM** należy użyć przycisku **Odśwież** (w prawym górnym rogu ekranu), aby pobrać dane do wyświetlenia. Domyślnie wyświetlane są dokumenty elektroniczne wizyt, które zostały zrealizowane w tej samej komórce organizacyjnej, w której otwarta jest bieżąca wizyta. Zakres wyświetlanej e-dokumentacji można ograniczyć do dowolnej komórki organizacyjnej, realizującego i zakresu dat, wybierając odpowiednie dane z udostępnionych list rozwijanych.

Lista wykrytych problemów w dokumentacji medycznej pacjenta

Problem	Rodzaj danych	Dane szczegółowe
Dokument nieaktualny	Wizyta	2016-07-28 07:41 – 07:56, PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO, Nowak Anna

Data wizyty: 2016-07-29 13:45 – 14:00
Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO
Realizujący: Nowak Anna

Rozpoznanie główne
 J46 – Stan astmatyczny

Rozpoznanie współistniejące
 • H92 – Ból ucha i wyciek z ucha

Uwaga: dane wizyty mogą być nieaktualne.

Data wizyty: 2016-07-28 07:41 – 07:56
Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO
Realizujący: Nowak Anna

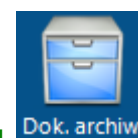
Rozpoznanie główne
 H92.0 – Ból ucha

Recepta

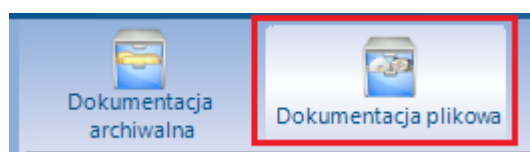
Nr recepty	Płatnik	Data realizacji od	Uprawnienia
Skład leku	DE	Odpłatność	Sposób i czas podania
			Zalecenia

W przypadku wystąpienia jakichkolwiek problemów z e-dokumentacją, wyświetlony zostanie stosowny komunikat np. "Uwaga: dane wizyty mogą być nieaktualne". W tym wypadku należy ponownie otworzyć wizytę, do której odnosi się komunikat, i dokonać jej autoryzacji.

5.4 Dokumentacja archiwalna



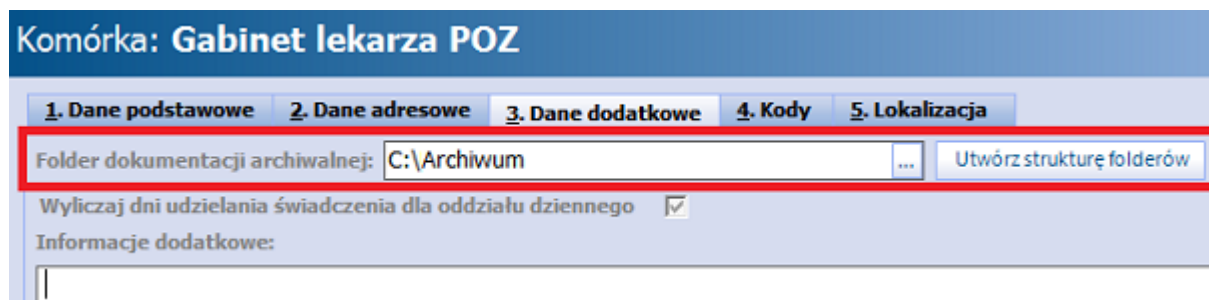
W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w oknie wyświetlanym po wyborze przycisku **Dok. archiw.**, dostępnym w Gabinetcie, wprowadzono podział na dwie zakładki:



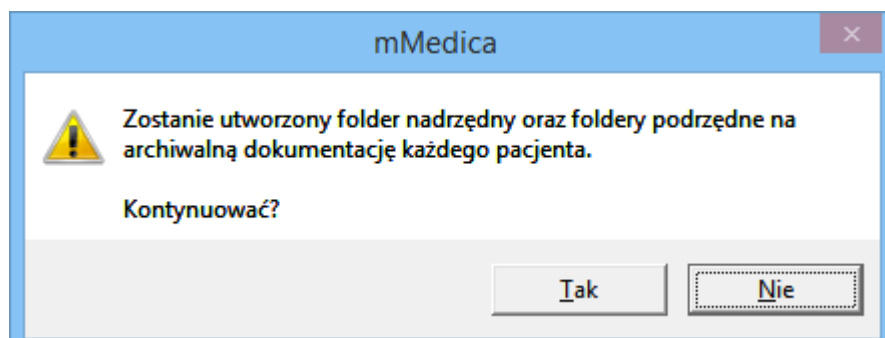
Na zakładce **Dokumentacja archiwalna** dostępne są dokumenty pacjenta znajdujące się w *Archiwum dokumentów*. Jej funkcjonalność została dokładnie opisana w instrukcji [Modułu eArchiwum i Modułu Integracji eRepozytorium w Chmurze](#).

Zakładka **Dokumentacja plikowa** umożliwia wgląd do dokumentacji archiwalnej sporządzonej w wersji papierowej i zeskanowanej przez świadczeniodawcę. Po jej wybraniu użytkownik otrzyma dostęp do listy zeskanowanych dokumentów w kontekście komórki, w której realizowana jest bieżąca wizyta pacjenta.

Aby uzyskać dostęp do zeskanowanych dokumentów, należy w strukturze organizacyjnej wskazać ścieżkę do folderu dokumentacji archiwalnej. W tym celu należy przejść do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Struktura organizacyjna](#) i na zakładce 3. *Dane dodatkowe* wpisać/wskazać nazwę ścieżki, gdzie umieszczona została zeskanowana dokumentacja.



Dodatkowo istnieje możliwość utworzenia dla każdego pacjenta, znajdującego się w *Kartotece pacjentów*, indywidualnego katalogu archiwum. W tym celu należy wybrać przycisk **Utwórz strukturę folderów**, który spowoduje utworzenie folderów (nazwą folderu będzie identyfikator pacjenta z Kartoteki). Konieczne jest utworzenie osobnych struktur folderów dla każdej komórki organizacyjnej, w której użytkownik chce mieć dostęp do archiwum.



Umieszczenie zeskanowanych dokumentów w folderze wybranego pacjenta, umożliwi osobie realizującej wizytę dostęp do tych plików.

Uwaga! Skany dokumentacji papierowej są przechowywane poza bazą programu. mMedica nie włącza zeskanowanej dokumentacji do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, ani nie zabezpiecza przed nieuprawnionymi zmianami. Dodana funkcjonalność pozwala jedynie na dostęp do dokumentów archiwalnych dokumentacji, której oryginały papierowe powinny być przechowywane zgodnie z okresem wymaganym zapisami rozporządzenia.

Istnieje możliwość wglądu do plikowej dokumentacji archiwalnej pacjenta również z poziomu kartoteki pacjentów. Po zaznaczeniu w kartotece odpowiedniej pozycji i wybraniu w górnej części okna po lewej stronie opcji: [Funkcje dodatkowe > Dokumentacja archiwalna](#), zostanie wyświetlone okno *Dokumentacja archiwalna* prezentujące dokumenty umieszczone w folderze wskazanego pacjenta.

Dokumentacja archiwalna – Kowalski Jan (M), 51 lat

Komórka org.:

	Nazwa	Typ	Data ost. modyfikacji
	Dok1	JPG	09-08-2019 09:42
	Dok2	JPG	09-08-2019 09:42

Jeżeli dokumenty zostały umieszczone w folderze pacjenta w strukturach folderów utworzonych dla różnych komórek, jest możliwość ich wyszukiwania w kontekście komórki. W tym celu należy zaznaczyć odpowiednią komórkę lub komórki na liście w polu rozwijalnym "Komórka org." i wybrać znajdujący się po prawej stronie

przycisk wyszukiwania

Aby otworzyć dokument, należy kliknąć na niego dwukrotnie lewym przyciskiem myszy lub zaznaczyć go na

liście i wybrać przycisk

5.5 Historia zmian czynników ryzyka

W wersji 5.12.0 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność zapisywania historii zmian w zakresie czynników ryzyka i wywiadów. Oznacza to, że wszystkie wpisy dokonane w danych medycznych pacjenta na zakładce **Czynniki ryzyka** zostaną odnotowane z informacją o dacie oraz użytkowniku dokonującym wpisu/ modyfikacji oraz o zmienianej wartości.

W celu otwarcia historii zmian należy wybrać przycisk

Rozpoznanie
 Badania lab.
 Badania diag.
 Czynniki ryzyka
 Konsultacje
 Skierowania
 Rehabilitacje
 Sanatoria

☐	Grupa krwi	
☒	Grupy dyspanseryjne	Alergie Choroby tarczycy
☐	Inne czynniki ryzyka	
☐	Nosicielstwo	
☐	Przebyte choroby	
☒	Uczulenia	leki Acetazolamide
☐	Urazy	
☐	Uzależnienia	
☐	Wywiad ginekologiczny	
☐	Wywiad pediatryczny	
☐	Wywiad rodzinny	
☐	Wywiad środowiskowy	

Historia zmian czynników ryzyka i wywiadów

Historia zmian od 2017-10-24 08:19

Uczulenia

Data	Użytkownik	Wartość
2018-02-15 12:43	Nowak Anna	Leki
2018-02-15 12:43	Nowak Anna	Acetazolamide

Grupy dyspenseryjne

Data	Użytkownik	Wartość
2018-02-13 13:14	Nowak Anna	Alergie

Dodane

Usunięte

Zmodyfikowane - stara wartość

Zmodyfikowane - nowa wartość

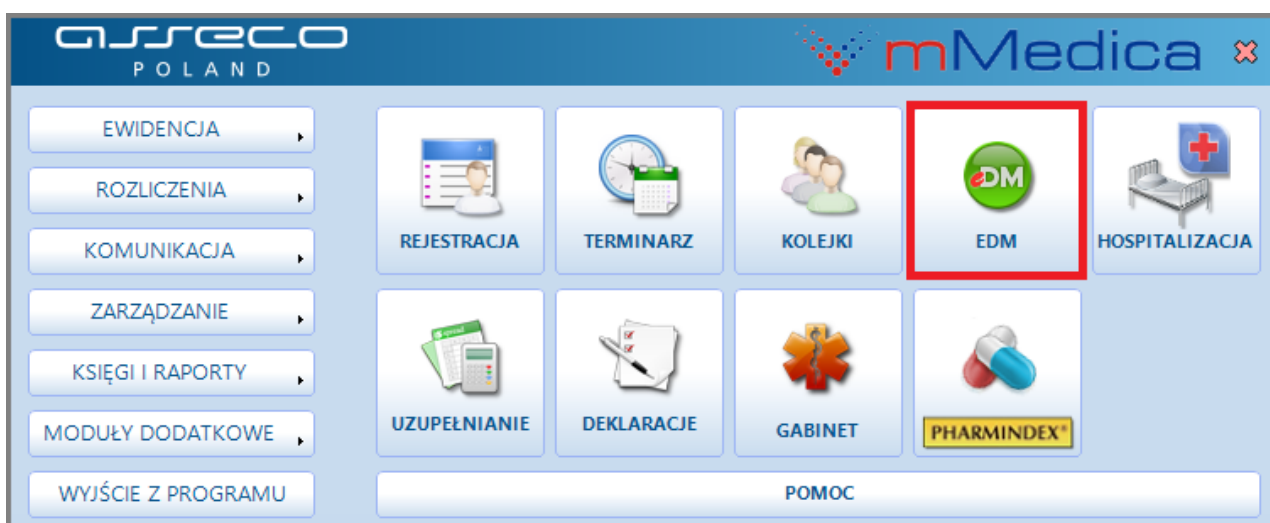
 Wyjście

Rozdział

6

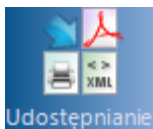
Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

W głównym oknie programu mMedica znajduje się przycisk **EDM**, który uruchamia okno obsługi Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Wszystkie funkcjonalności dostępne w omawianym oknie zostały opisane w dalszej części niniejszej instrukcji.



Od wersji 8.2.0 aplikacji mMedica użytkownik ma dostęp do okna obsługi EDM również poprzez ścieżkę: [Moduły dodatkowe > EDM](#).

6.1 Udostępnianie dokumentacji



Funkcjonalność **Udostępnianie** umożliwia udostępnianie e-dokumentacji medycznej pacjenta w jednej z następujących form:

- wydruku npapierze, do czegoa służy przycisk ,
- [zapisu do pliku XML](#) w formacie PIK HL7 CDA, po wybraniu przycisku .

W tym celu należy w pierwszej kolejności wskazać pacjenta, którego dokumentacja medyczna będzie udostępniania. W polu "Pacjent" należy kliknąć w pole wyboru  i wybrać pacjenta z dostępnego słownika. Zakres udostępnianej dokumentacji można ograniczyć do dowolnej komórki organizacyjnej, realizującego i zakresu dat, wybierając odpowiednie dane z udostępnionych list rozwijanych. Z kolei przycisk **Rodzaje**



danych rozwija listę danych, których wyświetlanie można ograniczyć lub rozszerzyć poprzez zaznaczenie/usunięcie zaznaczenia ☒ w odpowiednim polu.

Po określeniu wszystkich filtrów należy wybrać przycisk **Odśwież** , który spowoduje wyświetlenie danych w oknie.

Funkcje dodatkowe

Wnioski

Dokumentacja medyczna

Pacjent: 0000000000 ... Kowalski Jan Data od: do: Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZIN Realizujący: Kolejność: ☒ od najnowszej do najstarszej ☐ od najstarszej do najnowszej

NZO "Eskulap" 2016-08-12
ul. Wojewódzka, 40-001 Katowice
REGION: 000111222
Kod res. cz. I: 000000020735

Dokumentacja medyczna pacjenta

Uwaga: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania.

Nazwisko: Kowalski Imię (imiona): Jan PESEL: Data urodzenia: 1967-09-16 Adres miejsca zamieszkania: 1, 40-001 Katowice

Wiek: 48 lat Płeć: M

Stale podawane leki

Nr	Nazwa lub skład leku	Ost. dawkowanie	Data ost. zlecenia
1.	Pulmicort zawiesina do nebulizacji 0,5 mg/ml		2016-07-29

Historia zmian

Data	Autor
2016-07-29 13:46:43	Nowak Anna; Lekarz; NPWZ:

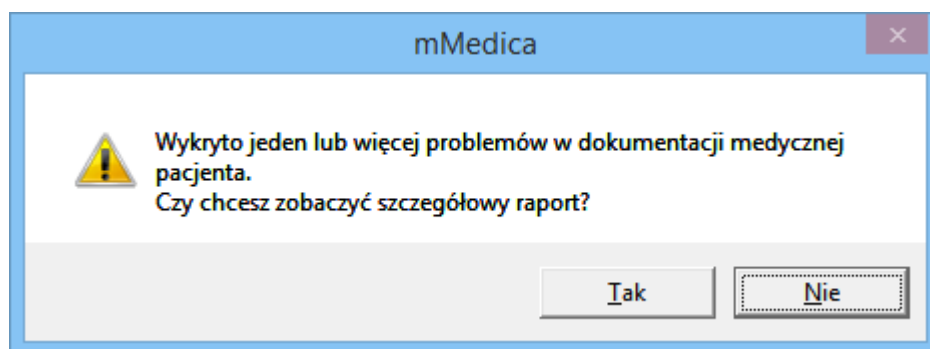
Zmiana: Utworzenie dokumentu

Ogólny stan zdrowia

Udostępnianie Księga przyjęć Księga NIŚOLIP Księga zabiegów Kolejka oczek. Uzupełnianie Weryfikacja

diagnostyka_98_ryc2 (...)

System mMedica przed wyświetleniem danych do udostępnienia uruchamia proces weryfikacji dokumentacji, porównując dane w bazie z danymi zapisanymi w dokumentach XML. W przypadku wykrycia przez program nieścisłości, wyświetlony zostaje następujący komunikat:



Raport z przeprowadzonej weryfikacji można odczytać od razu lub w dowolnym momencie, klikając w ikonę



w prawym górnym rogu ekranu.

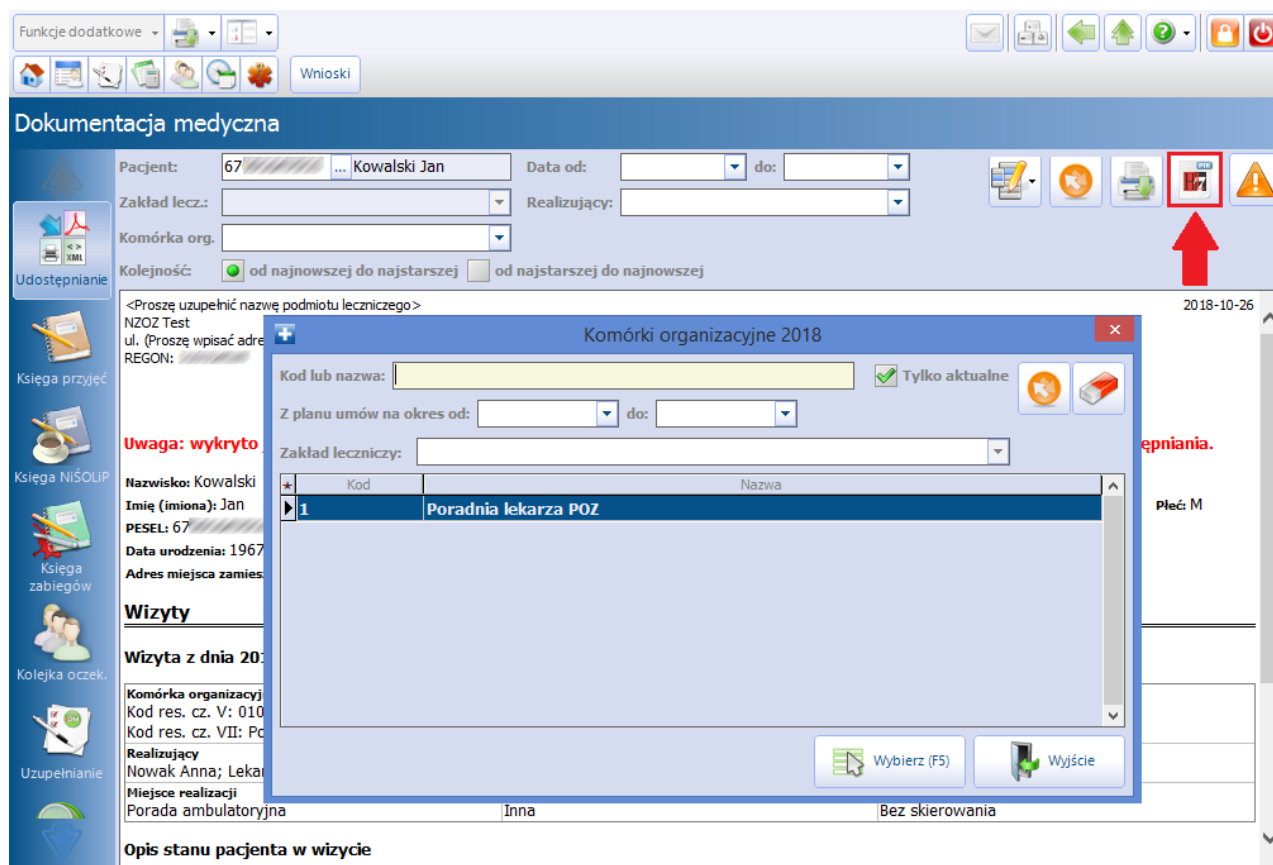
Od wersji 9.11.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość określenia kolejności wyświetlania danych w omawianym oknie. Służy do tego parametr "Kolejność danych", znajdujący się w Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji: Moduły dodatkowe > EDM, w sekcji Udostępnianie.

Można w nim wskazać jedną z pozycji: "Od najnowszej do najstarszej", "Od najstarszej do najnowszej".

6.1.1 Zapis dokumentacji w formacie HL7 CDA

W wersji 5.15.0 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność zapisu dokumentacji medycznej pacjenta w formacie PIK HL7 CDA.

Aby udostępnić dokumentację pacjenta prowadzoną w programie w sposób elektroniczny w postaci dokumentu HL7 CDA, należy po wybraniu wszystkich interesujących warunków kliknąć w przycisk **Zapisz dokumentację jako XML HL7 CDA**, zaznaczony na rysunku. Po jego wybraniu zostanie otwarte okno, zawierające listę komórek organizacyjnych istniejących w programie. Należy wybrać poradnię, w której następuje udostępnienie dokumentacji i zatwierdzić zmiany. We wskazanym przez użytkownika miejscu na komputerze zostanie zapisany utworzony plik.



Do prawidłowego wygenerowania dokumentu HL7 CDA wymagane jest posiadanie uzupełnionych, następujących danych w aplikacji:

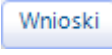
- identyfikator OID w systemie HL7
- I, V, VII, VIII cz. kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której następuje udostępnienie dokumentacji
- NPWZ oraz specjalizacja osoby generującej dokument
- 14 cyfrowy REGON zakładu leczniczego

W innym wypadku, podczas próby wygenerowania dokumentu, zostanie wyświetlony stosowny komunikat.

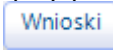
6.1.2 Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

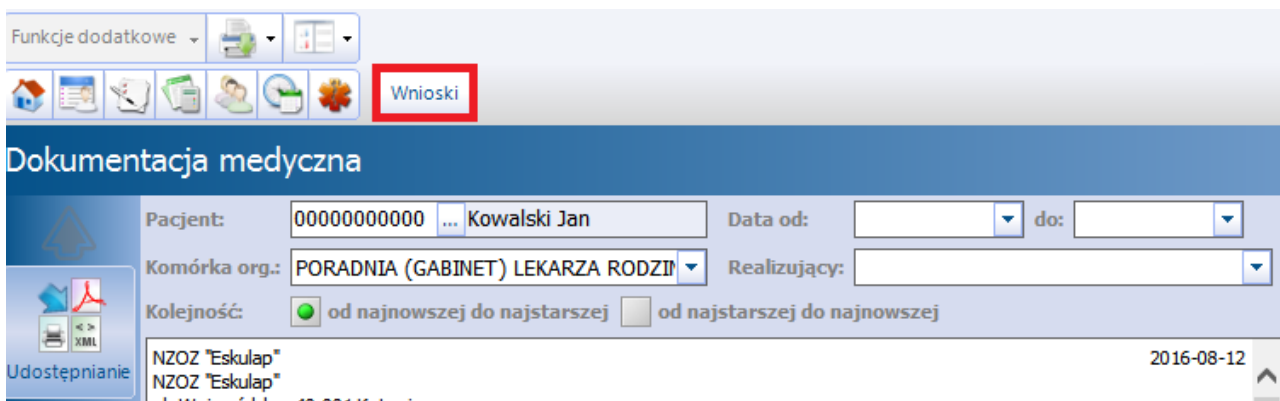
Pacjent oraz osoby przez niego uprawnione ma dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja medyczna wydawana jest na podstawie stosownego wniosku.

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej można wydrukować w:

- [Kartoteka pacjentów](#) > ikona  w lewym górnym rogu ekranu
- [EDM > Udostępnianie](#) > przycisk  u góry ekranu > **Nowy**

Z poziomu *Kartoteki pacjenta* można wydrukować puste wnioski niezawierające żadnych danych, a także wnioski z danymi pacjenta zaznaczonego na liście, wnioskującego o wydanie swojej dokumentacji lub dla osoby przez niego upoważnionej. Ponadto można wydrukować wniosek o wydanie oryginału dokumentacji medycznej dla wybranego pacjenta.

Z poziomu [EDM > Udostępnianie](#) drukowany jest wniosek z danymi pacjenta, o którego dokumentację wnioskuje się. W pierwszej kolejności za pomocą przycisku  przy polu "Pacjent" należy wybrać pacjenta, dla którego będzie drukowany wniosek, a następnie przycisk , znajdujący się w górnym panelu okna.



Otwarte zostanie okno *Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej* prezentujące listę wniosków złożonych przez pacjenta, z możliwością ich edycji oraz usunięcia. W celu dodania nowego wniosku należy skorzystać z przycisku , który wyświetli formatkę do uzupełnienia:

Wniosek – Kowalski Jan ()

1. Wniosek **2. Realizacja** **3. Załączniki**

Dane przyjęcia

Data złożenia: 10-03-2021

Przyjmujący: NOWAKA ... Nowak Anna

Wnioskujący

☒ Pacjent ☐ Osoba bliska ☐ Przedstawiciel ustawowy (opiekun) ☐ Upoważniony przez pacjenta ☐ Instytucja

Nazwisko i imię: Kowalski Jan ... Instytucja – nazwa: ...

Adres: ... Instytucja – adres: ...

PESEL: ... Instytucja – telefon: ...

Dowód tożsamości: ... Instytucja – email: ...

Zakres danych

Rodzaj danych: 

Komórka org.: ... Realizujący: ...

Za okres od: ... do: ... Cel wydania: ...

Sposób odbioru

☒ Odbiór osobisty ☐ Odbiór przez osobę upoważnioną ☐ Wysłane pocztą ☐ Wysłane drogą elektroniczną

Nazwisko i imię: ... Dowód tożsamości: ...

e-mail: ...

W sekcji *Wnioskujący* należy wybrać wnioskującego o wydanie dokumentacji medycznej - może nim być pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona lub instytucja. **Od wersji 7.0.0 aplikacji mMedica może to być również osoba bliska.**

Jeżeli wnioskującym jest inna osoba niż pacjent, należy zaznaczyć odpowiednią opcję i za pomocą przycisku wyboru  wybrać upoważnionego, jeśli znajduje się w bazie mMedica. W przypadku braku danych osoby w aplikacji, informacje o niej można wprowadzić ręcznie w odpowiednich polach. W przypadku instytucji należy postąpić analogicznie, ewentualnie podać dane osoby występującej w imieniu instytucji, która będzie odbierała dokumentację.

W sekcji *Zakres danych* określa się, jakie dane zostaną udostępnione. **Od wersji 7.0.0 aplikacji mMedica**

okno ich wyboru jest wywoływane przyciskiem  zamieszczonym po prawej stronie sekcji. Po jego wybraniu użytkownik ma możliwość zaznaczenia rodzajów udostępnianych dokumentów.

Rodzaj danych

Wybierz wszystkie Usuń wybór

Wizyty, dokumenty medyczne i inne **Hospitalizacje**

☒ Dokumenty upoważniające / oświadczenia ☒ Dokumenty zgody na udzielenie świadczenia ☒ Dokumenty uprawniające (św. dod. z art. 43-46 u.s.o.z.f.ś.p.) ☒ Ogólny stan zdrowia ☒ Przebyte choroby ☒ Grupy dyspenseryjne ☒ Grupa krwi ☒ Wywiad pediatryczny ☒ Wywiad ginekologiczny ☒ Wywiad środowiskowy ☒ Wywiad rodzinny ☒ Recepty bez wizyty ☒ Zwolnienia lekarskie na opiekę ☒ Potwierdzenia odbioru recept/zleceń ☒ Z historią zmian	☒ Wizyty ☒ Wyniki badań laboratoryjnych ☒ Wyniki badań diagnostycznych ☒ Skierowania ☒ Informacje dla lekarza kierującego ☒ Zlecenia ☒ Zaopatrzenie rehabilitacyjne ☒ Zaświadczenia ☒ Wnioski ☒ Druki ☒ Diagram zębowy ☒ Karty ciąży ☒ Karty opieki pielęgniarstwa ☒ Karty ChUK
---	--

Zatwierdź Wyjście

Do zbiorczego oznaczenia wszystkich pozycji służy przycisk **Wybierz wszystkie**. Przycisk **Usuń wybór** usuwa wszystkie zaznaczenia.

W związku z dodaniem w wersji 7.1.0 funkcjonalności udostępniania EDM dla hospitalizacji, dla dokumentów dotyczących hospitalizacji ewidencjonowanych w module dodatkowym Hospitalizacje została wyodrębniona dodatkowa zakładka (patrz zdjęcie poniżej).

Rodzaj danych

Wybierz wszystkie Usuń wybór

Wizyty, dokumenty medyczne i inne **Hospitalizacje**

☒ Hospitalizacje jednego dnia ☒ Tryaż ☒ Wywiad pielęgniarstwa ☒ Osoba bliska ☒ Zgoda na zabieg ☒ Zgody na leczenie ☒ Ocena ryzyka zakażenia ☒ Skala Glasgow ☒ Przyjęcie ☒ Procedury ☒ Wypis ☒ Wypis pielęgniarstwa ☒ Informacje pielęgniarstwa ☒ Sprawdzenie przed wypisem ☒ Kwalifikacje do zabiegu ☒ Konsultacje anestezjologiczne ☒ Z historią zmian	☒ Hospitalizacje planowane ☒ Przebieg leczenia ☒ Oceny wyników leczenia ☒ Zdarzenia niepożądane ☒ Oceny skutków znieczulenia ☒ Przepustki ☒ Ocena ryzyka NRS ☒ Kwalifikacja do leczenia żywieniowego ☒ Leczenie żywieniowe ☒ Sesje terapii ☒ Profilaktyka ŻChZZ ☒ Zlecenie leków ☒ Podanie leków	☒ Hospitalizacje długoterminowe ☒ Przetoczenie krwi ☒ Zgłoszenie zakażenia ☒ Skala Barthel ☒ Zmodyfikowana skala Barthel ☒ Skala Glasgow ☒ Skala VES-13 ☒ Obserwacje ☒ Oceny natężenia bólu ☒ Plan opieki ☒ Wykonanie planu opieki ☒ Raporty z przebiegu leczenia ☒ Skierowania	☒ Hospitalizacje planowane bez zabiegu ☒ Kwalifikacja chirurgiczna/do zabiegu ☒ Kwalifikacja/konsultacja anestezjologiczna ☒ Sprawdzenie przed zabiegiem ☒ Znieczulenie ☒ Okołooperacyjna karta kontrolna ☒ Operacja/zabieg ☒ Protokół pielęgniarstwa anestezjologicznego ☒ Protokół pielęgniarstwa operacyjnego ☒ Sala wybudzeń/OIOM ☒ Protokół przekazania ☒ Wyniki badań, konsultacji
---	--	---	---

Zatwierdź Wyjście

Po zaznaczeniu w górnej części zakładki rodzaju obsługiwanych hospitalizacji, uaktywnią się do wyboru odpowiednie pola z nim związane.

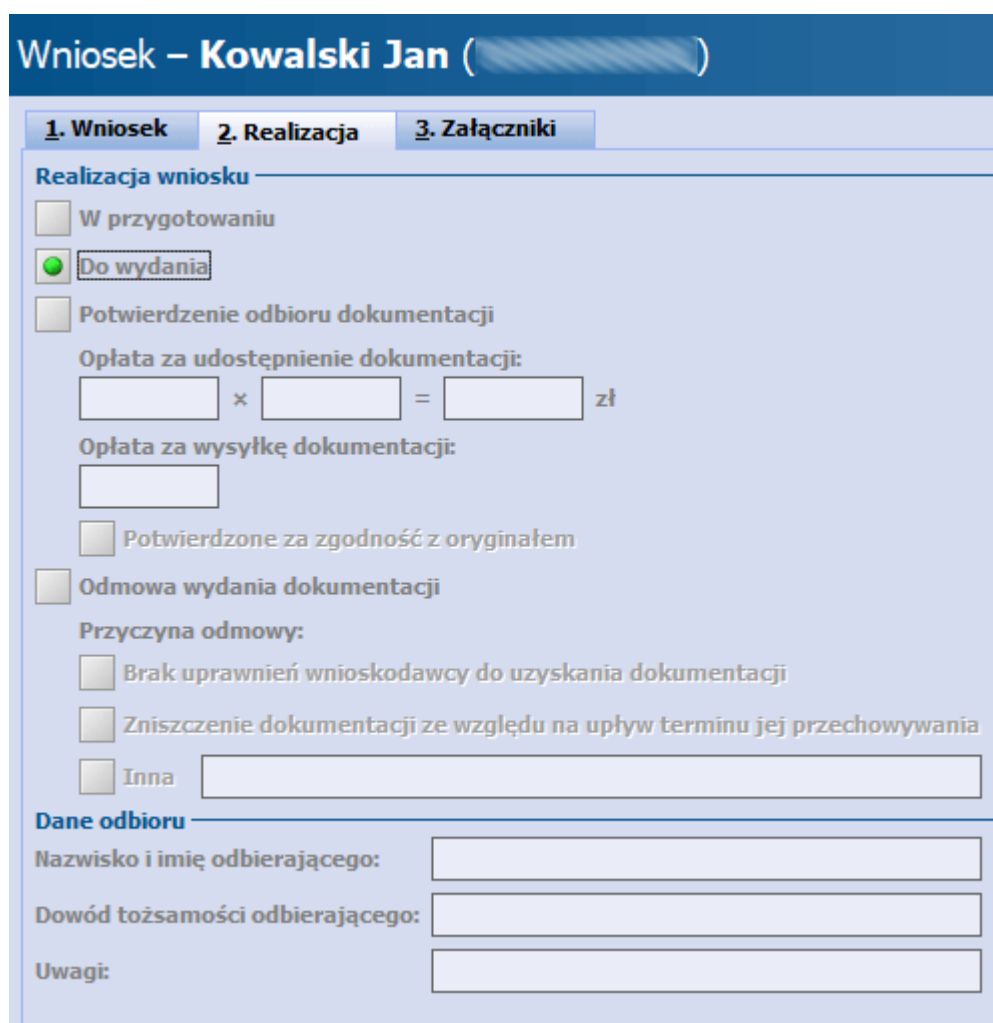
Po wskazaniu i zatwierdzeniu rodzajów dokumentów informacja o nich wyświetli się w polu sekcji *Zakres danych*. Pole to jest nieedycyjne. W celu wprowadzenia zmian należy ponownie wybrać przycisk .

W sekcji *Zakres danych* można wybrać także komórkę organizacyjną, której dotyczy wydawana dokumentacja, oraz zakres dat. W przypadku gdy wnioskującym jest instytucja można także wpisać cel wydania dokumentacji.

W ostatniej sekcji należy podać dane osoby, która będzie odbierała dokumentację. W przypadku odbioru dokumentów przez osobę upoważnioną należy podać jej nazwisko i imię oraz serię dowodu tożsamości.

Po uzupełnieniu danych należy zapisać pracę. Tak uzupełniony wniosek można wydrukować (przycisk **Drukuj** w górnym panelu okna), a po podpisaniu go przez wnioskującego, użytkownik aplikacji może wniosek zeskanować i dołączyć w formie załącznika.

Na zakładce 2. *Realizacja* istnieje możliwość określenia statusu realizacji wniosku.



W wersji 8.1.0 aplikacji mMedica dodano parametry umożliwiające nadanie wnioskowi statusu "W przygotowaniu" lub "Do wydania".

W wersji 6.5.0 aplikacji mMedica wprowadzono możliwość rejestracji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta, którego nie ma w bazie danych świadczeniodawcy. W tym celu należy rozwinąć pole na przycisku **Nowy** i wybrać opcję "Nowy wniosek dla osoby niewystępującej w rejestrze pacjentów".

W sytuacji otrzymania przez świadczeniodawcę wniosku o wydanie dokumentacji medycznej osoby, która nigdy nie była pacjentem placówki, taki wniosek będzie można zarejestrować, wpisując jej dane w sekcji Osoba, której dotyczy wniosek. W przypadku złożenia wniosku przez instytucję należy uzupełnić sekcję Instytucja wnioskująca - wpisać dane instytucji lub wybrać ją ze słownika, korzystając z przycisku .

W tego typu wniosku na zakładce *2.Realizacja* użytkownik ma możliwość wskazania jedynie odmowy wydania dokumentacji.

Aby umożliwić wyszukiwanie wniosków dotyczących osób niezarejestrowanych w bazie pacjentów przychodni, w panelu opcji wyszukiwania zaawansowanego dodano pole "Brak osoby w rejestrze".

Wyszukiwanie zaawansowane

Pacjent:

☐ Brak osoby w rejestrze

Zastosuj Wyczyść

W wersji 7.1.0 aplikacji mMedica w oknie *Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej* (ścieżka: EDM > Udostępnianie > przycisk **Wnioski**) został dodany przycisk **Udostępni DM**.

Nowy Dane Usun **Udostępni DM**

Wyszukiwanie zaawansowane

Pacjent:

173 ... Kowalski Jan

☐ Brak osoby w rejestrze

Zastosuj Wyczyść

Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej

Data złożenia	Wnioskujący – rodzaj	Wnioskujący – nazwisko ...	Wnioskujący – Pł
14-05-2021	Pacjent	Kowalski Jan	
14-05-2021	Pacjent	Kowalski Jan	

Po zaznaczeniu na liście odpowiedniego wniosku i wybraniu powyższego przycisku otworzy się okno udostępniania dokumentacji medycznej, w którym w opcjach filtrowania podpowiedzą się dane zawarte we wniosku, takie jak: komórka organizacyjna, data od-do, realizujący, zakres udostępnianych danych. Przycisk **Udostępni DM** będzie nieaktywny dla wniosków dotyczących osób, których nie ma w rejestrze pacjentów.

6.1.3 Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

Wydanie dokumentacji medycznej pacjentowi musi zostać potwierdzone dokumentem odbioru.

W celu wydrukowania dokumentu odbioru należy wybrać ikonę  w głównym oknie aplikacji, a następnie przejść do funkcjonalności *Udostępnianie*. Za pomocą przycisku  przy polu "Pacjent" należy wybrać pacjenta, dla którego będzie drukowany wniosek, a następnie przycisk **Wnioski**, znajdujący się w górnym panelu okna. Kolejnym krokiem jest podświetlenie na liście odpowiedniego wniosku i wybranie przycisku **Dane**.

Funkcje dodatkowe

Nowy **Dane** Usun

Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej – Kowalski Jan, 0000000000

Data złożenia	Wnioskujący – rodzaj	Wnioskujący – nazwisko i imię...	Personel wpisujący	Status	Data odbioru	Odebrał	Personel wydający
2016-09-27	Pacjent	Kowalski Jan	Nowak Anna	Złożony			

Następnie na zakładce 2. *Realizacja* należy zaznaczyć pole "Potwierdzenie odbioru dokumentacji", jeśli wniosek został zaakceptowany. W przypadku odmowy zaznaczyć pole "Odmowa wydania dokumentacji" i wskazać jedną z dostępnych przyczyn odmowy lub wprowadzić ją ręcznie. Ponadto w sekcji *Realizacja*

wniosku można wpisać stawkę ustaloną za stronę udostępnianej dokumentacji i ilość stron, jaka została wydrukowana. Aplikacja mMedica przeliczy wysokość opłaty, jaka będzie pobrana od osoby pobierającej. Jeżeli pole nie zostanie uzupełnione, informacja o opłacie nie zostanie zamieszczona na wydruku.

Od wersji 6.2.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość wprowadzenia opłaty za wysyłkę dokumentacji (pole: "Opłata za wysyłkę dokumentacji").

W sekcji *Dane odbioru* należy uzupełnić dane osoby odbierającej dokumentację medyczną.

Po uzupełnieniu danych należy zapisać pracę. Tak uzupełniony wniosek można wydrukować (przycisk **Drukuj** w górnym panelu okna), a po podpisaniu go przez odbierającego, użytkownik aplikacji może potwierdzenie odbioru zeskanować i dołączyć w formie załącznika.

Wszystkie zeskanowane dokumenty związane z wydaniem dokumentacji medycznej pacjenta przechowywane są na zakładce 3. *Załączniki*. Załączniki można dowolnie dodawać, usuwać, edytować.

6.2 Zbiorcza dokumentacja elektroniczna

Zbiorczą dokumentację medyczną w programie mMedica tworzą księgi medyczne oraz kolejki oczekujących, prowadzone przez świadczeniodawcę.

6.2.1 Księgi

Funkcjonalność ksiąg służy do prezentowania wpisów dodanych do ksiąg medycznych, prowadzonych w programie mMedica. Elektroniczna Dokumentacja Medyczna obejmuje dwa rodzaje ksiąg:

- Księga przyjęć
- Księga Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej i Pielęgniarskiej

Dokumentacja medyczna

Księga: **Księga przyjęć POZ** Rok: **2023** Miesiąc: Data od: do:

Komórka org.: **PORADNIA LEKARZA POZ** Realizujący: Status: **Aktualne**

☒ **Wg numerów EDM**

Nr	Data przyjęcia	Pacjent	Komórka org.	Realizujący	Świadczenie	Wpisujący
1	2023-10-04 12:34	KORDIAN MARCIN PESEL: ul. 	Kod res. cz. V: 01 Kod res. cz. VII: 001 – PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Jan Lekarz Diagnosta laboratoryjny – specjalista laboratoryjnej toksykologii medycznej NPWZ: 		Nowak Jan Lekarz Diagnosta laboratoryjny – specjalista laboratoryjnej toksykologii medycznej NPWZ:
2	2023-10-04 12:31	ALICJA HALINA PESEL: ul. 	Kod res. cz. V: 01 Kod res. cz. VII: 001 – PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Jan Lekarz Diagnosta laboratoryjny – specjalista laboratoryjnej toksykologii medycznej NPWZ: 		Nowak Jan Lekarz Diagnosta laboratoryjny – specjalista laboratoryjnej toksykologii medycznej NPWZ:

W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica z Elektronicznej Dokumentacji Medycznej została usunięta *Księga zabiegów*.

Po wybraniu jednej z dostępnych funkcjonalności (z panelu po lewej stronie ekranu) należy zawęzić warunki wyszukiwania np. poprzez wskazanie roku, miesiąca, dat wpisów do ksiąg, statusów lub realizującego. Jeśli w aplikacji mMedica istnieje tylko jedna księga, jej nazwa i komórka organizacyjna podpowiedzą się automatycznie w odpowiednich polach. W przypadku gdy ksiąg jest więcej, należy dokonać ręcznego wyboru księgi korzystając z listy rozwijanej obok pola "Księga".

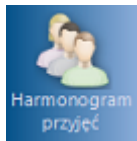
W celu wyświetlenia danych należy użyć przycisku **Odśwież** .

W momencie rozpoczęcia pracy z modułem Elektronicznej Dokumentacji Medycznej w aplikacji mMedica uruchamiana jest odrębna numeracja wpisów do ksiąg EDM. Wpis do księgi w EDM następuje w momencie autoryzacji wizyty w Gabinetce. Z uwagi na fakt, iż część użytkowników ewidencjonuje nadal świadczenia poprzez formatkę *Uzupełnianie świadczeń*, w aplikacji prowadzone są dwie równoległe numeracje ksiąg:

- Numeracja "w bazie danych" - wpis do księgi następuje w momencie zatwierdzenia danych na formatce *Uzupełniania świadczeń* (przycisk "Zatwierdź").
- Numeracja w EDM - wpis do księgi następuje w momencie autoryzacji wizyty w Gabinetce (przycisk "Autoryzuj").

W związku z powyższym udostępniono filtr **"Wg numerów EDM"**, którego zaznaczenie spowoduje wyświetlenie wpisów w księdze według numeracji EDM.

6.2.2 Harmonogram przyjęć



Funkcjonalność **Harmonogram przyjęć** służy do prezentowania elektronicznej dokumentacji medycznej w zakresie harmonogramów przyjęć, prowadzonych w programie mMedica.

Na formatce *Harmonogram przyjęć* za pomocą dostępnych filtrów można zawęzić warunki wyszukiwania, poprzez wskazanie danego harmonogramu, roku, warunków, dat oraz kategorii medycznej. W celu

wyświetlenia danych należy użyć przycisku **Odśwież** .

Dokumentacja medyczna

Harmonogram: Rok: Warunki:  

Data wpisu od: do: Data planowana od:

Data skreślenia od: do: Kategoria:

Nr	Data wpisu	Data planowana	Pacjent	Rozpoznanie	Kategoria	Wpisujący	Data skreślenia	Przyczyna skreślenia
1	2023-10-16 16:45	2023-10-17 16:46	Kowalski Jan PESEL:		Oczek. stabilny	Nowak Jan Lekarz NPWZ:		
2	2023-10-16 16:47	2023-10-17 16:46	Kowalska Anna PESEL:		Oczek. stabilny	Nowak Jan Lekarz NPWZ:		

Udostępnianie  

Księga przyjęć 

Księga NIŚOLIP 

Harmonogram przyjęć 

6.3 Uzupełnianie



Funkcjonalność **Uzupełnianie** służy do prezentowania danych, dla których nie utworzono jeszcze dokumentów XML i wymagają one autoryzacji użytkownika.

Na formatce *Uzupełnianie* wyświetlane są tylko dane z wizyt posiadających status "Do autoryzacji", a więc takich, które nie zostały autoryzowane przez użytkownika. Wynika to z tego, że tylko formatka wizyty gabinetowej umożliwia zamknięcie okna bez utworzenia autoryzowanego dokumentu XML. Pozostałe formatki edycji danych medycznych istniejące w programie mMedica takiej możliwości nie mają, stąd konieczność uzupełnienia danych dla innych dokumentów nie wystąpi.

W celu wyświetlenia danych należy wskazać komórkę organizacyjną, pacjenta lub inne warunki wyszukiwania, do czego służą przyciski wyboru  lub listy rozwijane. Następnie należy użyć przycisku

Odśwież .

Dokumentacja medyczna

Komórka org.: PORADNIA LEKARZA POZ Realizujący: Nowak Anna

Pacjent: ... Rejestrujący: ...

Data od: ... do: ... ☒ Uwzględnij zakończone wizyty

Data od	Data do	Rodzaj	Komórka org.	Realizujący	PESEL	Pacjent	Status	Rejestrujący
2016-07-18 12:34	2016-07-18 12:49	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	092...	ABR...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-07-20 12:09	2016-07-20 12:24	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	092...	ABR...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-07-21 09:29	2016-07-21 09:44	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	530...	ADA...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-07-22 07:18	2016-07-22 07:33	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	092...	ABR...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-07-26 10:30	2016-07-26 10:45	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-07-26 12:53	2016-07-26 13:08	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	530...	ADA...	Do autoryzacji	Kowalski Jan
2016-07-26 13:09	2016-07-26 13:24	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-07-26 13:09	2016-07-26 13:24	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-07-26 14:31	2016-07-26 14:46	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-07-27 08:29	2016-07-27 08:44	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	092...	ABR...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-07-27 12:23	2016-07-27 12:38	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	830...	ABR...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-07-28 12:29	2016-07-28 12:44	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	092...	ABR...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-07-29 13:45	2016-07-29 14:00	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-08-01 09:35	2016-08-01 09:50	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-08-02 10:50	2016-08-02 11:05	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	092...	ABR...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-08-03 07:19	2016-08-03 07:34	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-08-05 11:08	2016-08-05 11:23	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do autoryzacji	Nowak Anna
2016-08-08 10:28	2016-08-08 10:43	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	000...	Kowa...	Do autoryzacji	Nowak Anna

Na omawianej formatce wyświetlane są wizyty o następujących statusach:

- **Do autoryzacji** - niezakończone wizyty, które nie zostały autoryzowane przez realizującego.
- **Do weryfikacji** - wizyty, które po autoryzacji zostały otwarte do edycji i nie autoryzowano ich ponownie.

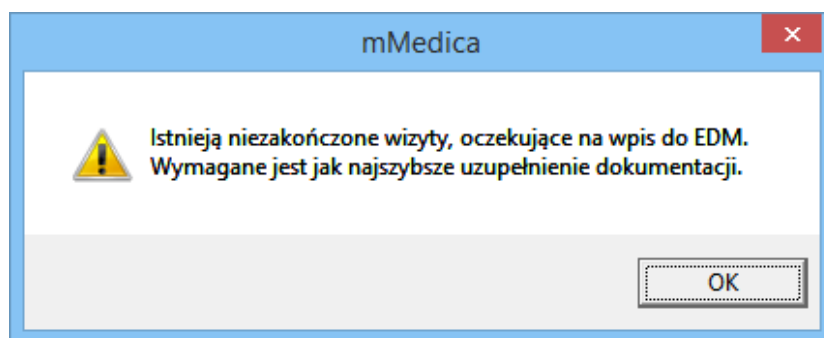
W celu uzupełnienia wpisu w EDM należy otworzyć wizytę, poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem

myszy na wybranym rekordzie lub poprzez wybranie przycisku **Dane wizyty** , a następnie dokonać jej

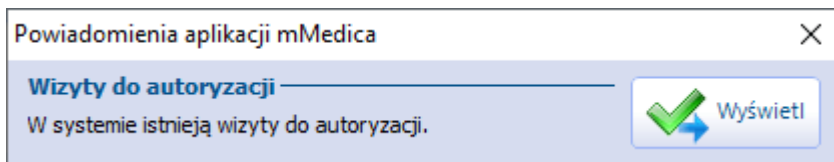
autoryzacji przyciskiem . Po wykonaniu tej czynności wizyta nie będzie wyświetlana już na formatce *Uzupełnianie*. W przypadku pomyłki można dokonać usunięcia wybranej wizyty za pomocą przycisku .

Uwaga! Nie ma możliwości zbiorczej autoryzacji wizyt prezentowanych na formatce *Uzupełnianie*. Każda wizyta wymaga indywidualnego otwarcia i zapisania danych przez personel ją realizujący.

Oprócz dostępu do danych z poziomu modułu EDM, aplikacja mMedica posiada dodatkową funkcjonalność przypominającą użytkownikom realizującym o nieautoryzowanych wizytach. Polega ona na wyświetlaniu komunikatu o nieautoryzowanych wizytach podczas wylogowywania z programu mMedica:



Dodatkowo w oknie *Powiadomienia aplikacji mMedica*, wyświetlanym po zalogowaniu do programu, również pojawi się informacja o wizytach wymagających autoryzacji:



Po wybraniu przycisku **Wyświetl** system automatycznie przeniesie użytkownika na formatkę *Uzupełniania*, prezentującą listę wizyt oczekujących na autoryzację.

Uwaga! W *Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator*, pozycja: *Moduły dodatkowe > EDM* znajduje się parametr **"Data rozpoczęcia pracy z EDM"**, który domyślnie jest pusty. Wprowadzenie daty rozpoczęcia pracy z EDM spowoduje, iż na formatce *Uzupełnianie* nie będą wyświetlane wizyty, które zostały wprowadzone do systemu z datą wcześniejszą niż ta ustalona. Natomiast brak daty będzie skutkował wyświetlaniem na formatce wszystkich wizyt, jakie zostały zaewidencjonowane w programie od początku pracy z aplikacją i nieautoryzowane przez użytkownika.

6.4 Weryfikacja



Funkcjonalność **Weryfikacja** dedykowana jest Administratorowi Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, czyli użytkownikowi odpowiedzialnemu za dokumentację medyczną placówki. Za pomocą udostępnionych funkcji administrator odpowiedzialny za EDM może uruchomić proces sprawdzenia poprawności dokumentów. W

tym celu musi wyfiltrować interesujące go dane, a następnie wybrać przycisk  **Weryfikacja zbiorcza**.

Dokumentacja medyczna

Komórka org.: GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-ROI Realizujący: Nowak Anna

Pacjent: Rejestrujący:

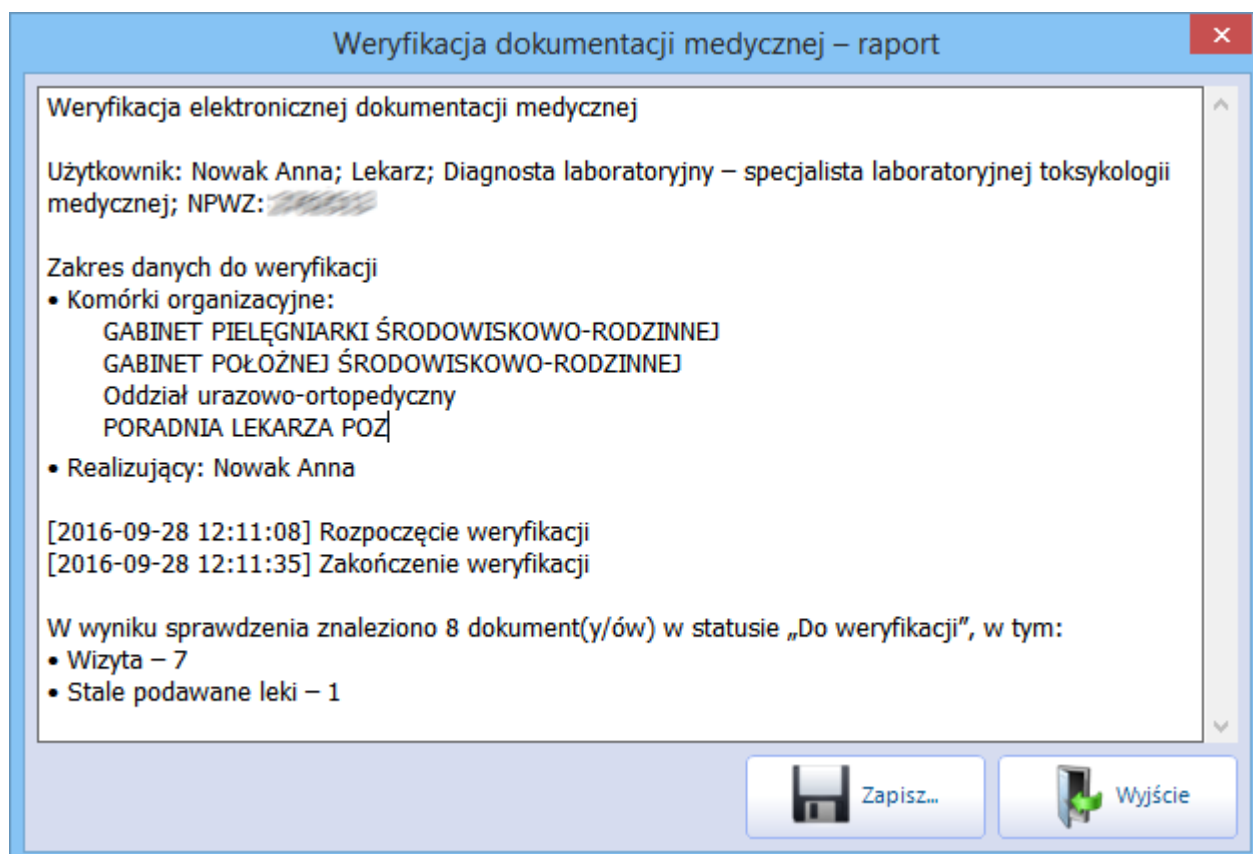
Data od: do: Rodzaj: Status:

Data / Data od	Data do	Rodzaj	Komórka org.	Realizujący	PESEL	Pacjent	Status	Rejestrujący
2016-09-27		Dokument u...			000...	Kowa...	Autoryzowany	
2016-09-19 12:...	2016-09-19 12:35	Wizyta	PORADNIA LEKARZA P...	Nowak ...	451...	BAC...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-09-19 12:20	2016-09-19 12:35	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	380...	ADA...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-09-19 12:17	2016-09-19 12:32	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	750...	ADA...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-09-19 11:44	2016-09-19 11:5					Kowa...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-09-16 07:40	2016-09-16 07:5					ABRA...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-08-08 14:23	2016-08-08 14:3					ADA...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-08-08 12:13	2016-08-08 12:2					ABRA...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-08-08	2016-08-08					ABRA...	Autoryzowany	
2016-08-08	2016-08-08					ABRA...	Autoryzowany	
2016-08-08 11:51	2016-08-08 12:0					ABRA...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-08-08		Dokument u...			830...	ABRA...	Autoryzowany	
2016-08-08		Dokument zg...			830...	ABRA...	Autoryzowany	
2016-08-04 08:57	2016-08-04 09:12	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	830...	ABRA...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-08-01 08:23	2016-08-01 08:38	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	530...	ADA...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-07-29 13:45	2016-07-29 14:00	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	000...	Kowa...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-07-29 07:48	2016-07-29 08:03	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	900...	Ada...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-07-28 12:29	2016-07-28 12:44	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	092...	ABRA...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-07-28 07:41	2016-07-28 07:56	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	000...	Kowa...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-07-27 08:29	2016-07-27 08:44	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	092...	ABRA...	Do weryfikacji	Nowak Anna
2016-07-26 10:34	2016-07-26 10:49	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	000...	Kowa...	Autoryzowany	Nowak Anna
2016-07-26 10:30	2016-07-26 10:45	Wizyta	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak A...	000...	Kowa...	Autoryzowany	Nowak Anna

Weryfikacja danych w EDM... 1233 / 4567

 Przerwij

Po zakończeniu procesu weryfikacji danych w EDM zostanie wyświetlony raport z operacji, który można zapisać do pliku (zdz. poniżej). Oprócz tego na formatce *Weryfikacja* zostaną wyświetlone wszystkie dokumenty, które zgodnie z raportem wymagają weryfikacji ze strony użytkownika (dokumenty te posiadają status "Do weryfikacji").



6.5 Migracja

Funkcjonalność migracji została opisana w rozdziale: [Migracja danych do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej](#).

Rozdział

7

Uprawnienia

Z uwagi na wymagania prawne i zasady bezpieczeństwa w aplikacji mMedica wprowadzono ograniczenia dostępu do dokumentacji medycznej dla osób nieuprawnionych, zmieniając dotychczasową funkcjonalność uprawnień. Wprowadzono hierarchię uprawnień, polegającą na tym, że np. mając uprawnienie do modyfikacji danych medycznych automatycznie nadawane jest uprawnienie do ich przeglądu.

Nadawania/odbierania uprawnień dokonuje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#), zakładka [3. Uprawnienia funkcjonalne](#) poprzez zaznaczenie/usunięcie zaznaczenia przy odpowiednim uprawnieniu.

7.1 Dane medyczne wizyty

Ścieżka: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#), zakładka [3. Uprawnienia funkcjonalne > Dane medyczne](#)

W obszarze danych medycznych dodano następujące uprawnienia:

- **Przegląd wizyt/hospitalizacji** – zezwala na dostęp do przeglądu listy wizyt wprowadzonych w gabinecie oraz do historii wizyt pacjenta.

Uwaga! Do przeglądu danych wizyty w Gabinecie konieczne jest posiadanie uprawnień do przeglądu danych medycznych. Uprawnienie to nie zezwala na dostęp do danych wizyty ewidencjonowanych na potrzeby rozliczeń z NFZ (np. w oknie *Uzupełnianie świadczeń*).

- **Modyfikacja danych wizyty/hospitalizacji** - zezwala na edycję oraz dodawanie danych medycznych w Gabinecie/hospitalizacji. Uprawnienie to zawiera w sobie uprawnienie do przeglądu danych wizyty/hospitalizacji oraz modyfikacji danych medycznych pacjenta.
- **Autoryzacja danych wizyty/hospitalizacji** - zezwala na autoryzację czyli tworzenie dokumentów EDM. Uprawnienie to zawiera w sobie uprawnienie do modyfikacji danych wizyty/hospitalizacji.
- **Modyfikacja danych autoryzowanej wizyty/hospitalizacji** - zezwala na modyfikację wizyty, która została autoryzowana. Uprawnia jednocześnie do autoryzacji, modyfikacji i przeglądu wizyty w Gabinecie/hospitalizacji.
- **Modyfikacja danych medycznych pacjenta** – zezwala na edycję i modyfikację danych medycznych dostępnych w: [Kartoteka pacjenta > Dane medyczne](#). Uprawnienie to zawiera w sobie uprawnienie do przeglądu danych medycznych pacjenta (hierarchia). Omawiane uprawnienie zawiera następujące ograniczenia:
 - brak dostępu do Skierowań
 - w zakresie Rozpoznań dostępne są tylko choroby przewlekłe
 - przegląd ogólnych danych Karty ciąży i Karty Opieki Pielęgniarskiej

7.2 Dane rozliczeniowe wizyty

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#), zakładka [3. Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Rozliczenia](#)

W obszarze danych rozliczeniowych i danych medycznych częściowo ewidencjonowane są te same dane, które w ramach tej samej wizyty muszą być spójne. Dla spełnienia tych wymagań w obszarze rozliczeń dodano następujące uprawnienia:

- **Przegląd danych rozliczeniowych** - zezwala na przegląd danych rozliczeniowych wizyty, ewidencjonowanych na potrzeby rozliczeń z NFZ.
- **Modyfikacja danych wizyty** - zezwala na edycję oraz dodawanie danych wizyty ewidencjonowanych na potrzeby rozliczeń z NFZ. Uprawnienie to zawiera w sobie uprawnienie do przeglądu danych (rozliczeniowych) wizyty.
- **Przegląd danych rozliczeniowych** – zezwala na przegląd danych pozycji rozliczeniowych wizyty.
- **Modyfikacja danych rozliczeniowych** - zezwala na dodawanie, edycję i usuwanie pozycji rozliczeniowych wizyty. Zawiera w sobie uprawnienie do przeglądu rozliczeń.

7.3 Dane wspólne

Dane wspólne to dane, które występują zarówno na wizycie w Gabinetce i na formatce *Uzupełniania świadczeń*:

1. Dane w wizycie:
 - Data od-do
 - Rozpoznanie - główne i współistniejące
 - Realizujący
 - Komórka
 - Dane skierowania - data, typ zlecającego, instytucja kierująca, personel kierujący, cz. VII i VIII kodu resortowego
 - Przyjęcie
 - Procedury ICD-9
2. Dane w pozycji rozliczeniowej:
 - Czy objęty opieką środowiskową
 - Data objęcia opieką do
 - Wynik wg skali Barthel

7.4 Uprawnienie do modyfikacji danych wspólnych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#), zakładka [3. Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Rozliczenia](#)

Uprawnienie do **Modyfikacji danych medycznych (wspólnych)** z poziomu rozliczenia wizyty pozwala na modyfikację danych wspólnych wizyty, występujących w obszarze EDM oraz rozliczeń z NFZ.

W aplikacji mMedica wprowadzono dwa takie uprawnienia:

- **Modyfikacja danych medycznych (wspólnych) wizyty gabinetowej** (status wizyty "W Realizacji")
- **Modyfikacja danych medycznych (wspólnych) autoryzowanej wizyty gabinetowej** (status wizyty "Zrealizowana" /autoryzowana wizyta/) oraz "W realizacji" /ponownie otwarta wizyta/)

7.5 Uprawnienia do funkcjonalności związanych z rozliczeniem wizyty

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#), zakładka 3. Uprawnienia funkcjonalne > [Rozliczenia](#)

Dostęp do danych wizyt na formatce *Uzupełnianie świadczeń* oraz w: [Rozliczenia](#) > [Przegląd wizyt](#) umożliwiają następujące uprawnienia:

- **Przegląd wizyt** - dostęp do danych wizyty bez możliwości edycji.
- **Modyfikacja danych wizyty** - dostęp do danych wizyty z możliwością edycji.

Dostęp do danych rozliczeniowych na formatce *Uzupełnianie świadczeń* > ikona "Rozliczenia" oraz w: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rozliczeń](#) umożliwiają następujące uprawnienia:

- **Przegląd danych rozliczeniowych** - dostęp do danych pozycji rozliczeniowych bez możliwości edycji.
- **Modyfikacja danych rozliczeniowych** - dostęp do danych pozycji rozliczeniowych z możliwością edycji i usuwania.

7.6 Uprawnienia do danych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#), zakładka 3. Uprawnienia do danych

Nowak Anna (NOWAKA)

1. Dane użytkownika 2. Uprawnienia do danych 3. Uprawnienia funkcjonalne 4. Uprawnienia do raportów 5. Uprawnienia do formularzy 6. Uprawnienia do...

☒ Realizator

Wybrany	Kod	Nazwa
☒	491	PORADNIA DIABETOLOGICZNA
☐	492	PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA
☐	493	PORADNIA NEUROLOGICZNA
☒	494	PORADNIA ALERGOLOGICZNA
☒	496	PORADNIA REHABILITACYJNA
☐	497	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII
☒	498	OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ
☒	499	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
☐	5	NAZWA KOMORKI_5
☒	50	Oddział urazowo-ortopedyczny

Wybrany	Kod	Nazwa
☒	01.0010.078.09	KWOTA ZA PORADĘ LEKARZA POZ DLA UBEZPIECZONEGO
☒	01.0010.078.09	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ DLA UBEZPIECZONEGO
☒	01.0010.089.01	KAPITACJA W OPIECE LEKARSKIEJ W P(GAB) LEK
☒	01.0010.090.01	KAPITACJA W OPIECE LEKARSKIEJ W P(GAB) LEK
☒	01.0010.091.01	KAPITACJA W OPIECE LEKARSKIEJ W P(GAB) LEK
☒	01.0010.092.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ
☒	01.0010.093.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ
☒	01.0010.093.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA W POZ W RAMACH REAL
☒	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ
☒	01.0010.096.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ UDZIELANE W STAN

Wyjątki dla danych medycznych i historii wizyt

☒ Pokazuj dane z wszystkich komórek ☒ Pokazuj dane od wszystkich realizujących

Uprawnienia do danych (statystycznych i rozliczeniowych) działają w dwóch zakresach:

- **Uprawnienia do komórek** - określają jakie komórki organizacyjne będą dostępne dla użytkownika.

Użytkownicy, którym zostaną zaznaczone komórki organizacyjne (czyli miejsca realizacji) i zakresy świadczeń, będą mieli w systemie dostęp tylko do tych danych, które dotyczą wybranych zakresów i miejsc realizacji.

W przeglądzie wizyt, przeglądzie rozliczeń, uzupełnianiu świadczeń, kartotece pacjentów (wizyty), przeglądzie realizacji planu umowy, raporcie z wykonanych świadczeń będą widzieli tylko te świadczenia, które zrealizowane zostały w zaznaczonych komórkach i zakresach.

Jeśli nie będą wprowadzone inne ograniczenia dostępu do w/w funkcjonalności, użytkownik taki będzie mógł przeglądać, ewidencjonować i modyfikować świadczenia w "przydzielonych mu" komórkach i zakresach.

- **Uprawnienia realizatora** - określają dostęp użytkownika do świadczeń realizowanych tylko przez niego.

Zaznaczenie opcji "**Realizator**" ogranicza uprawnienia wybranego użytkownika tylko do świadczeń

zrealizowanych przez niego. Wtedy użytkownik będzie mógł ewidencjonować, przeglądać i modyfikować tylko świadczenia przez siebie realizowane (w nast. miejscach: przegląd wizyt, przegląd rozliczeń, uzupełnianie świadczeń, kartoteka pacjentów > wizyty, przegląd realizacji planu umowy, raport z wykonanych świadczeń, Gabinet).

W celu uzyskania dostępu do wszystkich danych w zakresie danych medycznych i historii wizyt pacjenta należy zaznaczyć parametr **"Pokazuj dane z wszystkich komórek"** oraz **"Pokazuj dane od wszystkich realizujących"**.

Do danych, dla których następuje sprawdzanie uprawnień (czyli danych, które są powiązane z komórką i realizującym), należą:

- wizyty i dane powiązane (rozliczenia, rozpoznania, skierowania, recepty, zwolnienia – w tym zwolnienia na opiekę)
- rezerwacje wyświetlane na liście pacjentów do gabinetu
- recepty bez wizyty (w tym przypadku odpowiednikiem realizującego jest wystawiający)
- zabiegi