



Instrukcja obsługi programu

Spis treści

Rozdział 1 Wstęp

Rozdział 2 Korzystanie z instrukcji obsługi

- 2.1 Legenda..... 2
- 2.2 Słownik pojęć..... 3

Rozdział 3 Omówienie interfejsu programu mMedica

- 3.1 Strona startowa programu..... 5
- 3.2 Strona startowa wersji mMedica Komercja/+..... 6
- 3.3 Omówienie okna programu..... 9
 - 3.3.1 Znaczenie przycisków..... 10
 - 3.3.2 Wyszukiwanie danych..... 12
 - 3.3.3 Eksportowanie danych z tabel..... 12
- 3.4 Pomoc kontekstowa dla użytkowników..... 13

Rozdział 4 Logowanie do programu

- 4.1 Logowanie za pomocą Active Directory..... 15
 - 4.1.1 Konfiguracja Active Directory w mMedica..... 15
 - 4.1.2 Logowanie AD w oknie programu..... 16
 - 4.1.3 Logowanie AD przez parametr..... 17
- 4.2 Powiadomienia programu mMedica..... 18

Rozdział 5 Kartoteka pacjentów

- 5.1 Konfiguracja Kartoteki pacjentów..... 21
- 5.2 Omówienie okna Kartoteki pacjentów..... 21
- 5.3 Wyszukiwanie danych w Kartotece..... 24
- 5.4 Dodanie pacjenta..... 25
 - 5.4.1 Dodanie noworodka..... 28
 - 5.4.2 Dodanie pacjenta z UE..... 30
 - 5.4.3 Dodanie pacjenta z Ukrainy (bez numeru PESEL, zatrudnionego)..... 33
 - 5.4.3.1 Pacjent z Kartą pobytu..... 35
 - 5.4.3.2 Pacjent ze zgodą na pobyt czasowy..... 36
 - 5.4.4 Dodanie pacjenta z Ukrainy (ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy)..... 36
 - 5.4.5 Dodanie pacjenta z Kartą Polaka..... 38
 - 5.4.6 Dodanie pacjenta z decyzją wójta/burmistrza/prezydenta..... 40
 - 5.4.7 Dodanie pacjenta NN..... 41
 - 5.4.8 Dodanie pacjenta finansowanego z budżetu państwa..... 41
 - 5.4.9 Dodanie pacjenta spoza UE..... 43

5.5	Uprawnienia dodatkowe pacjentów	44
5.6	Zgody pacjentów, uprawnienia, oświadczenia.....	47
5.6.1	Wysyłanie zgody pacjenta na udzielenie świadczenia do P1.....	49
5.6.2	Wyszukiwanie i pobieranie z P1 zgód na realizację świadczenia medycznego.....	51
5.7	Usunięcie pacjenta.....	52
5.7.1	Archiwizacja pacjenta.....	53
5.8	Dane medyczne pacjenta.....	54
5.8.1	Dodawanie danych medycznych.....	54
5.8.2	Rodzaje dokumentacji medycznej.....	56
5.8.2.1	Rozpoznania.....	56
5.8.2.2	Badania laboratoryjne i diagnostyczne.....	56
5.8.2.2.1	Dodanie wyniku badania.....	57
5.8.2.3	Czynniki ryzyka i wywiady.....	62
5.8.2.4	Konsultacje.....	63
5.8.2.5	Skierowania.....	64
5.8.2.6	Rehabilitacje.....	64
5.8.2.7	Sanatoria.....	66
5.8.2.8	Hospitalizacje.....	66
5.8.2.9	Szczepienia.....	67
5.8.2.9.1	Planowanie szczepień z kalendarza.....	70
5.8.2.9.2	Zbiorcze wykonanie szczepień.....	72
5.8.2.9.3	Indywidualny Kalendarz Szczepień (IKSz).....	73
5.8.2.9.4	Zaświadczenie o przeprowadzonych szczepieniach.....	74
5.8.2.10	Antropometria.....	75
5.8.2.11	Badania wstępne.....	76
5.8.2.12	Badania wstępne do karty ciąży.....	77
5.8.2.13	Zabiegi	77
5.8.2.13.1	Zrealizowanie zleconego zabiegu.....	78
5.8.2.13.2	Dodanie informacji o zabiegu.....	79
5.8.2.14	Karta ciąży.....	79
5.8.2.15	Karta opieki pielęgniarskiej.....	80
5.8.2.16	Karta DiLO.....	81
5.8.2.17	Karta ChUK.....	81
5.8.2.18	Dane medyczne powiązane z modułem Gabinet Pielęgniarki.....	81
5.8.2.19	Statystyka.....	82
5.9	Kupony RUM - woj. śląskie.....	83
5.9.1	Konfiguracja kuponów RUM.....	83
5.9.2	Wydruk kuponów RUM.....	84
5.9.2.1	Wydruk wolnych kuponów.....	84
5.9.2.2	Wydruk kuponów spersonalizowanych.....	85

5.9.3	Generacja numerów kuponów.....	86
5.9.4	Rejestracja wolnych kuponów.....	86
5.9.5	Anulowanie kuponów.....	87
5.9.6	Przywracanie anulowanych kuponów.....	87
5.9.7	Informacje o wolnych kuponach.....	88
5.10	Listy negatywne - woj. śląskie.....	89
5.10.1	Zaczytanie pliku listy negatywnej.....	90
5.11	Zgody z systemu P1.....	91
5.12	Funkcje dodatkowe Kartoteki.....	92
5.12.1	Rejestr wizyt receptowych.....	93
5.12.2	Zbiorcza archiwizacja pacjentów.....	95
5.12.3	Scalanie pacjentów.....	96

Rozdział 6 eWUŚ

6.1	Konfiguracja konta eWUŚ.....	99
6.2	Dane logowania do serwera eWUŚ.....	100
6.3	Zmiana hasła do systemu eWUŚ w programie mMedica.....	101
6.3.1	Z poziomu Użytkowników systemu.....	101
6.3.2	Poprzez okno z komunikatem.....	102
6.3.3	Zbiorcza zmiana hasła.....	103
6.4	Sposoby weryfikacji pacjenta w eWUŚ.....	104
6.4.1	Ręczne sprawdzenie eWUŚ.....	105
6.4.2	Ręczne sprawdzenie eWUŚ kilku pacjentom.....	107
6.4.3	Ręczne dodanie eWUŚ.....	108
6.4.4	Automatyczne sprawdzenie eWUŚ.....	109
6.4.5	Automatyczne sprawdzenie eWUŚ kilku pacjentom.....	109
6.5	Pozostałe funkcje eWUŚ w mMedica.....	109
6.5.1	Dodanie pacjenta do zbiorczej weryfikacji.....	110
6.5.2	Zaplanowane weryfikacje pacjenta.....	111
6.5.3	Rejestr potwierdzeń pacjenta.....	111
6.5.4	Import plików potwierdzeń.....	113
6.5.5	Aktualizacja danych pacjenta na podstawie komunikatu eWUŚ.....	113
6.6	Komunikaty z systemu eWUŚ.....	115

Rozdział 7 Wystawianie recept

7.1	Wydruk recept.....	117
7.1.1	Konfiguracja wydruku recept.....	117
7.1.2	Przegląd pul numerów recept.....	119
7.1.3	Zaczytanie puli numerów recept.....	121
7.1.3.1	Zaczytanie puli z pliku xml.....	121
7.1.3.2	Podanie zakresu numerów.....	121
7.1.4	Wydruk recept w Kartotece pacjentów.....	122

7.1.4.1	Wydruk pustych recept.....	123
7.1.4.2	Wydruk recept z lekami.....	125
7.1.4.2.1	.Recepty drukowane przez lekarza.....	126
7.1.4.2.2	.Recepty drukowane przez pielęgniarkę/położną.....	127
7.1.4.2.3	.Recepty drukowane przez rejestratorkę.....	129
7.1.4.3	Recepta transgraniczna.....	130
7.1.5	Wydruk recept w Gabinetce.....	131
7.1.5.1	Omówienie formatki wydruku recept.....	132
7.1.5.2	Wydruk recept z Bazy leków Pharmindex.....	138
7.1.5.3	Duplikowanie recepty.....	139
7.1.5.4	Leki dla seniorów.....	140
7.1.5.5	Bezpłatne leki dla kobiet w ciąży.....	142
7.1.5.6	Bezpłatne leki dla dzieci do ukończenia 18 roku życia.....	144
7.2	Wystawienie e-Recepty.....	146
7.2.1	Konfiguracja e-Recepty.....	147
7.2.2	Sposób wystawiania e-Recepty.....	148
7.2.2.1	Wystawienie e-Recepty z dawkowaniem złożonym.....	154
7.2.2.2	Wystawienie e-Recepty na import docelowy.....	156
7.2.3	Podgląd e-Recept pacjenta w P1.....	157
7.2.4	Pobieranie i realizacja zamówień leków z IKP.....	161
7.3	Rejestr recept.....	163

Rozdział 8 Harmonogramy przyjęć

8.1	Konfiguracja harmonogramu przyjęć.....	166
8.2	Dodanie nowego harmonogramu przyjęć.....	167
8.2.1	Dodanie harmonogramu przyjęć do komórki organizacyjnej.....	168
8.2.2	Dodanie harmonogramu przyjęć do procedury.....	169
8.3	Usunięcie harmonogramu przyjęć z programu.....	171
8.4	Przywrócenie usuniętego harmonogramu przyjęć.....	171
8.5	Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć.....	172
8.5.1	Szczegółowe dane pozycji.....	174
8.5.2	Zmiana planowanego terminu.....	178
8.5.3	Zmiana kategorii świadczeniobiorcy lub kategorii medycznej.....	181
8.6	Wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć.....	183
8.6.1	Z powodu realizacji świadczenia.....	183
8.6.1.1	Wykreślanie automatyczne.....	183
8.6.1.2	Wykreślanie ręczne.....	184
8.6.2	Z innych przyczyn.....	185
8.6.3	Zmiana przyczyny skreślenia.....	186
8.7	Przywrócenie pacjenta do harmonogramu przyjęć.....	187
8.8	Funkcje dodatkowe harmonogramów przyjęć.....	188

8.8.1	Przenoszenie pacjentów między harmonogramami.....	188
8.8.2	Plan przyjęć.....	189
8.9	Statystyki harmonogramów przyjęć.....	190
8.9.1	Dodanie nowej statystyki.....	190
8.9.2	Zbiorcze uzupełnianie statystyk.....	191
8.9.3	Eksport statystyk.....	192
8.9.4	Aktualizacja danych w statystyce.....	193
8.9.5	Usunięcie statystyki.....	194
8.10	Pierwszy wolny termin.....	194
8.10.1	Wyznaczanie pierwszego wolnego terminu.....	194
8.10.1.1	Wyznaczanie automatyczne.....	195
8.10.1.2	Wyznaczanie ręczne.....	196
8.10.2	Przegląd pierwszych wolnych terminów.....	196
8.10.3	Eksport pierwszych wolnych terminów.....	197
8.11	Ocena harmonogramu przyjęć.....	197
8.11.1	Dodanie oceny harmonogramu przyjęć.....	198
8.12	Integracja z systemem AP-KOLCE.....	199
8.12.1	Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć - wpis do AP-KOLCE.....	202
8.12.2	Pierwszy wolny termin - AP-KOLCE.....	202
8.12.3	Usunięcie harmonogramu przyjęć - AP-KOLCE.....	203
8.12.4	Ręczna synchronizacja danych.....	204

Rozdział 9 Deklaracje POZ

9.1	Konfiguracja deklaracji.....	206
9.2	Dodanie deklaracji.....	207
9.2.1	Deklaracja pacjenta z UE.....	209
9.2.2	Deklaracja pacjenta z Ukrainy.....	210
9.2.3	Deklaracja noworodka po nadaniu PESEL.....	211
9.3	Deklaracje medycyny szkolnej.....	212
9.3.1	Import deklaracji z pliku XLS.....	213
9.3.2	Import słownika szkół.....	214
9.3.3	Zmiana roku szkolnego.....	214
9.4	Wycofanie deklaracji.....	216
9.5	Rozliczenie sprawozdań POZ.....	218
9.5.1	Rozliczenie deklaracji POZ.....	218
9.5.1.1	Utworzenie sprawozdania dla deklaracji.....	218
9.5.1.2	Eksport listy deklaracji POZ.....	220
9.5.1.3	Potwierdzenia deklaracji POZ.....	221
9.5.1.4	Wyniki weryfikacji deklaracji POZ.....	222
9.5.1.5	Rachunki deklaracji POZ.....	224
9.5.2	Rozliczenie sprawozdania zbiorczego POZ.....	224

9.5.2.1	Utworzenie sprawozdania zbiorczego.....	224
9.5.2.2	Eksport sprawozdania zbiorczego.....	226
9.5.3	Rozliczenie załącznika 3c.....	226
9.5.3.1	Utworzenie załącznika 3c.....	226
9.5.3.2	Eksport załącznika 3c.....	228
9.5.4	Zestawienie wykonanych badań POZ.....	228
9.5.4.1	Dodanie zestawu badań.....	230
9.5.5	Raport personalny deklaracji POZ.....	231
9.6	Funkcje dodatkowe deklaracji.....	231
9.6.1	Zestawienie deklaracji.....	232
9.6.2	Zbiorcze kopiowanie deklaracji.....	233
9.6.3	Zbiorcze uzupełnienie danych w deklaracjach.....	234
9.7	Migracja pacjentów i deklaracji między instalacjami.....	236
9.7.1	Migracja poprzez plik .mme (mM +).....	236
9.7.2	Migracja poprzez pocztę elektroniczną.....	238
9.8	Import e-Deklaracji.....	240
9.9	Limity osób objętych opieką.....	244

Rozdział 10 Rozliczenia świadczeń

10.1	Etapy rozliczenia wybranych zakresów.....	246
10.1.1	Deklaracje POZ.....	246
10.1.2	Porady POZ.....	246
10.1.3	Sprawozdanie zbiorcze POZ.....	247
10.1.4	Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych.....	247
10.1.5	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.....	248
10.1.6	Lecznictwo stacjonarne.....	248
10.1.7	Tworzenie korekty do sprawozdania.....	248
10.2	Informacje szczegółowe.....	250
10.2.1	Import umów z NFZ.....	251
10.2.2	Przegląd danych umowy.....	252
10.2.3	Przegląd wizyt.....	254
10.2.4	Weryfikacja wizyt.....	257
10.2.5	Przegląd danych o rozliczeniach.....	258
10.2.6	Przypisanie świadczeń do umowy-ugody.....	260
10.2.7	Przegląd realizacji planu umowy.....	261
10.2.8	Raport z wykonanych świadczeń.....	263
10.2.9	Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych.....	264
10.2.10	Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych.....	266
10.3	Wprowadzanie danych o rozliczeniach.....	267
10.3.1	Import słownika ICD9.....	267
10.3.2	Ewidencja danych z wyznaczeniem JGP.....	269

10.3.3	Rozliczanie JGP w AOS.....	272
10.3.4	Przekodowanie procedur ICD-9.....	274
10.3.5	Powiązania dla procedur ICD-9.....	275
10.3.6	Ewidencja zbiorcza.....	279
10.3.7	Zbiorcze dodawanie wizyt.....	281
10.3.8	Wydanie Karty DiLO w POZ.....	283
10.3.9	Ewidencja porad pierwszorazowych.....	284
10.3.10	Schematy wizyt.....	287
10.4	Sprawozdawczość rozliczeniowa.....	290
10.4.1	Eksport danych ewidencyjnych do NFZ (I faza).....	293
10.4.2	Import danych.....	294
10.4.3	Dzienniki importów i eksportów.....	295
10.4.4	Tworzenie sprawozdań rozliczeniowych dla NFZ.....	296
10.4.5	Szablony rachunków.....	298
10.4.5.1	Usunięcie szablonu.....	299
10.4.6	Wystawianie rachunków.....	300
10.4.6.1	Utworzenie rachunku na podstawie szablonu.....	300
10.4.6.2	Rachunek podwyżkowy dla pielęgniarek.....	301
10.4.6.3	Konfiguracja e-Faktury/e-Rachunku.....	302
10.4.6.4	Eksport e-Faktury/e-Rachunku.....	303
10.4.6.5	Wycofanie zatwierdzonego rachunku.....	304
10.4.6.6	Korekta rachunku.....	305
10.4.7	Menedżer eksportów.....	306
10.4.8	Wydruk sprawozdania finansowego i inne wydruki.....	307

Rozdział 11 Uzupełnianie świadczeń

11.1	Realizacja.....	310
11.2	Procedury ICD-9.....	315
11.3	Rozpoznanie współistniejące.....	318
11.4	Świadczenia POZ.....	320
11.5	Badania POZ.....	322
11.5.1	Ewidencja badań w programie POZ PLUS.....	324
11.6	Sesja/Cykl.....	325
11.7	Ratownictwo.....	327
11.8	Skierowanie.....	328
11.9	Dodatkowe.....	331
11.10	Rozliczenia.....	334
11.10.1	Dodanie pozycji rozliczeniowej.....	335
11.10.2	Karta informacyjna UE.....	339
11.11	Ubezpieczenie.....	340
11.12	Dane techniczne.....	341

11.13	Wystawione zlecenia.....	342
Rozdział 12 Wsparcie rozliczeń		
12.1	Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia.....	344
12.2	Zbiorcze uzupełnienie modyfikatorów.....	346
12.3	Algorytmy automatycznego dodawania rozliczeń.....	348
12.4	Przegląd wyników badań.....	350
12.5	Symulator JGP.....	351
12.6	Kopiowanie rachunków.....	353
Rozdział 13 Funkcjonalności uzupełniające		
13.1	Ewidencja świadczeń COVID-19 (WYK-BAD).....	356
13.2	Edycja wskaźnika WRN (Karta DiLO).....	357
13.3	Edycja wskaźników e-Skierowań.....	359
13.4	Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej.....	360
13.4.1	Profilaktyka ChUK.....	362
13.4.2	Profilaktyka cytologii/mammografii.....	362
13.5	Pozycje preferowane w słownikach.....	363
13.6	Przegląd dokumentów UE.....	365
13.7	Przegląd zwolnień lekarskich.....	365
13.8	Wnioski FZLA.....	367
13.9	Rejestr przechowywanych kart uodpornienia.....	368
13.10	Rejestr wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP.....	369
13.11	Rejestr zgód na udzielenie świadczenia medycznego.....	370
13.12	Rejestr wypełnionych kart badania ChUK.....	371
13.13	Rejestr wystawionych kart DiLO.....	372
13.14	Rejestr kart zgonu.....	373
13.15	Poczta wewnętrzna.....	374
13.15.1	Konfiguracja poczty wewnętrznej w programie.....	375
13.15.2	Tworzenie grup odbiorców poczty.....	376
13.15.3	Wysłanie wiadomości.....	377
13.15.4	Wiadomość pilna.....	379
13.15.5	Odebranie wiadomości.....	380
13.16	Notatki.....	381
13.17	Powiadomienia e-mailowe.....	383
13.18	Teksty standardowe w polach opisowych.....	383
13.18.1	Dodanie nowego tekstu.....	385
13.18.2	Dodanie znacznika w tekście standardowym.....	386
13.18.3	Zarządzanie szablonami tekstów standardowych.....	388
13.19	Aktualizacja słownika kodów terytorialnych/miejscowości/ulic.....	389
13.20	Zamiana kodów terytorialnych.....	390
13.21	Eksport Jednolitego Pliku Kontrolnego.....	391

13.22	Obsługa eRejestracja w mMedica.....	393
13.22.1	Konfiguracja połączenia.....	393
13.22.2	Dodanie pacjenta do eRejestracja.....	394
13.22.3	Reset hasła pacjenta.....	395
13.22.4	Lista eRezerwacji.....	395
13.23	Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP.....	397

Rozdział 14 Wielozakładowość

14.1	Konfiguracja wielozakładowości.....	399
14.1.1	Domyślny zakład leczniczy.....	399
14.2	Dodanie zakładu leczniczego.....	401
14.2.1	Powiązanie komórki z zakładem.....	403
14.2.2	Powiązanie komórki z księgą medyczną.....	404
14.3	Dane zakładu na dokumentach.....	404

Rozdział 15 Podpis elektroniczny

15.1	Porównanie podpisów elektronicznych w mMedica.....	406
15.2	Wybór rodzaju podpisu elektronicznego dla użytkownika.....	408
15.3	Konfiguracja podpisu SimplySign.....	409
15.4	Instalacja podpisu cyfrowego.....	410
15.5	Konfiguracja podpisu elektronicznego.....	410
15.6	Logowanie do mMedica za pomocą podpisu.....	412
15.6.1	Powiązanie użytkownika z podpisem.....	414
15.7	Autoryzacja dokumentów podpisem.....	415
15.7.1	Podpisywanie dokumentacji EDM.....	416
15.7.2	Podpisywanie eFaktury.....	417
15.8	Zapamiętywanie kodu PIN do certyfikatu podpisu kwalifikowanego.....	418
15.9	Autoryzacja e-dowodem.....	418
15.9.1	Logowanie za pomocą e-dowodu.....	419
15.9.2	Podpisywanie dokumentów e-dowodem.....	420

Rozdział 16 Terminarz

16.1	Aktualizacja Terminarza do wersji 5.7.0.....	422
16.1.1	Poprawa błędów aktualizacji.....	423
16.2	Omówienie okna Terminarza.....	424
16.3	Konfiguracja Terminarza.....	429
16.3.1	Definicja kolorów w Terminarzu.....	432
16.4	Kalendarz pracy.....	433
16.4.1	Kalendarz dla przychodni.....	434
16.4.2	Kalendarz dla komórki.....	436
16.5	Zasoby miejsca.....	438
16.5.1	Dodanie nowego zasobu.....	439

16.6	Szablony harmonogramu pracy.....	440
16.6.1	Tworzenie szablonu.....	440
16.6.2	Kopiowanie grafika z innego szablonu.....	443
16.6.3	Usunięcie szablonu.....	444
16.7	Harmonogramy pracy.....	444
16.7.1	Tworzenie harmonogramu pracy.....	445
16.7.1.1	Generowanie ręczne.....	446
16.7.1.2	Generowanie na podstawie szablonu.....	447
16.7.1.3	Konflikty harmonogramu.....	449
16.7.2	Udostępnianie terminów w eRejestracji.....	450
16.7.3	Edycja harmonogramu.....	451
16.7.4	Powtarzanie harmonogramu.....	452
16.7.5	Blokady harmonogramu.....	454
16.7.6	Usunięcie harmonogramu.....	456

Rozdział 17 Planowanie wizyt w Terminarzu

17.1	Rezerwacja wizyty.....	458
17.1.1	Dodanie rezerwacji.....	459
17.1.2	Dodanie rezerwacji bez określenia personelu.....	461
17.1.3	Rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjeść.....	463
17.1.4	Rezerwacja wizyty ze skierowaniem.....	464
17.1.5	Rezerwacja wizyty dla pacjenta pierwszorazowego.....	466
17.1.6	Rezerwacja wizyty receptowej.....	467
17.1.7	Rezerwacja wizyty prywatnej.....	469
17.1.8	Kopiowanie rezerwacji.....	470
17.2	Wyszukiwanie rezerwacji pacjenta.....	472
17.3	Rejestracja wizyty.....	473
17.3.1	Dodanie rejestracji.....	474
17.3.2	Rejestracja wizyty prywatnej.....	477
17.4	Zmiana terminu wizyty.....	478
17.5	Odwołanie wizyty.....	478
17.6	Umówienie następnej wizyty.....	480
17.7	Rozliczenie wizyty w Terminarzu.....	480
17.7.1	Rozliczenie wizyty prywatnej.....	481
17.8	Funkcje dodatkowe Terminarza.....	481
17.8.1	Sprawdzanie potwierdzenia eWUŚ.....	483
17.8.2	Rejestr rezerwacji ze skierowaniem.....	483
17.8.3	Lista wszystkich rezerwacji.....	485
17.8.4	Zbiorcza modyfikacja rezerwacji.....	486
17.8.5	Zbiorcze odwołanie rezerwacji.....	487
17.8.6	Historia zmian rezerwacji.....	487

17.8.7	Lista rezerwowa.....	488
17.8.8	Wydruki.....	489
17.8.8.1	Plan wizyt.....	490
17.8.8.2	Wydruk harmonogramu pracy.....	491
17.8.8.3	Dane terminu (wydruk na paragonie fiskalnym).....	492
17.8.9	System kolejkowy - numerki.....	492

Rozdział 18 Obsługa gabinetu lekarskiego

18.1	Konfiguracja Gabinetu.....	494
18.1.1	Wygląd Gabinetu.....	494
18.1.2	Ekran wizyty.....	496
18.1.3	Wyświetlanie historii wizyt.....	496
18.1.4	Wydruki w Gabinetecie.....	498
18.1.5	Inne ustawienia.....	498
18.2	Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu.....	501
18.3	Omówienie formatki Gabinetu.....	504
18.4	Funkcje dodatkowe Gabinetu.....	508
18.5	Omówienie okna wizyty lekarskiej.....	509
18.5.1	Wielochorobowość.....	514
18.6	Wizyta lekarska.....	515
18.6.1	Utworzenie karty ChUK.....	515
18.6.1.1	Eksport kart ChUK.....	518
18.6.2	Skale ocen.....	519
18.6.2.1	Skala Barthel.....	519
18.6.2.2	Skala Becka.....	521
18.6.2.3	Skala HAS-BLED.....	522
18.6.3	Wizyta receptowa.....	522
18.6.4	Ewidencja badań POZ.....	525
18.6.5	Okno: Zabieg.....	529
18.6.6	Okno: Soczewki okularowe/ Diagnozy psychologiczne/ Zaawansowanie choroby nowotworowej.....	531
18.6.7	Badania diagnostyczne.....	534
18.6.8	Karta DiLO.....	535
18.6.8.1	Diagnostyka podstawowa.....	536
18.6.8.2	Diagnostyka wstępna.....	538
18.6.8.3	Diagnostyka pogłębiona.....	540
18.6.8.4	Historia komunikacji.....	541
18.7	Dane medyczne.....	542
18.7.1	Badania wstępne do karty ciąży.....	542
18.7.2	Karta ciąży.....	544
18.7.3	Karta opieki pielęgniarskiej.....	547

18.8	Skierowania.....	549
18.8.1	Konfiguracja skierowań.....	549
18.8.2	Kopiowanie skierowań.....	551
18.8.3	Badania laboratoryjne.....	552
18.8.4	Badania diagnostyczne.....	555
18.8.5	Do specjalisty.....	557
18.8.6	Na rehabilitację.....	560
18.8.7	Do sanatorium.....	562
18.8.8	Druk PR-4.....	565
18.8.9	Informacja dla lekarza kierującego.....	566
18.8.10	Badanie cytologiczne.....	568
18.8.11	Badania prenatalne.....	570
18.8.12	Badanie histopatologiczne.....	571
18.8.13	Obsługa e-Skierowań.....	572
18.8.13.1	Wystawienie e-Skierowania.....	573
18.8.13.2	Anulowanie e-Skierowania.....	578
18.8.13.3	Realizacja e-Skierowania.....	579
18.8.13.4	Wycofanie realizacji e-Skierowania.....	584
18.8.13.5	Rejestr wystawionych e-Skierowań.....	586
18.8.14	Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne.....	587
18.9	Druki.....	590
18.9.1	Różne.....	591
18.9.2	Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia/choroby zakaźnej (ZLK-1).....	592
18.9.3	Zgłoszenie NOP.....	594
18.9.4	Karta zgonu.....	596
18.10	Recepty.....	597
18.10.1	Stale podawane leki.....	598
18.10.1.1	Dodanie leku do stale podawanych.....	599
18.10.1.2	Historia przepisanych leków stale podawanych.....	602
18.10.2	Leki preferowane.....	603
18.10.3	Słownik leków Pharmindex.....	606
18.10.4	Leki recepturowe.....	607
18.10.4.1	Dodanie leku recepturowego do słownika.....	610
18.10.5	Historia leków.....	614
18.10.6	Historia recept.....	615
18.11	Zwolnienia lekarskie eZLA.....	616
18.12	Leczenie bólu.....	616
18.12.1	Utworzenie karty leczenia bólu.....	617
18.12.2	Kolejna wizyta pacjenta - kontrola bólu.....	619
18.12.3	Podsumowanie leczenia.....	621

18.13	Okulistyka.....	621
18.13.1	Badania okulistyczne.....	622
18.13.2	Recepta okularowa.....	624
18.13.3	Historia badań.....	625
18.14	Diabetologia.....	625
18.15	Historia wizyt.....	627
18.16	Archiwum.....	628
18.17	Ankieta kwalifikacji wstępnej.....	629
18.18	Kwestionariusz przed szczepieniem przeciw COVID-19.....	633
18.19	Wydruk Unijnego Certyfikatu COVID.....	634

Rozdział 19 Zdarzenia medyczne

19.1	Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych - Harmonogram zadań.....	639
19.2	Rejestr logów zdarzeń medycznych.....	640
19.3	Profilaktyka 40 PLUS - raport szczegółowy dla administratora.....	641
19.4	Przegląd zdarzeń medycznych wytworzonych przez podmioty zewnętrzne.....	642

Rozdział 20 Obsługa hospitalizacji

20.1	Konfiguracja obsługi hospitalizacji.....	645
20.2	Import algorytmu dla JGP.....	645
20.3	Omówienie formatki hospitalizacji.....	646
20.3.1	Przyjęcie/Wypis.....	646
20.3.2	Hospitalizacja.....	647
20.3.3	Procedury.....	648
20.3.4	Rehabilitacja/Kardiologia.....	649
20.3.5	Dodatkowe.....	650
20.3.6	Rozliczenia.....	651
20.3.7	Ubezpieczenie.....	652
20.3.8	Podział na pobyty.....	652
20.4	Eksport danych hospitalizacji.....	654
20.4.1	Eksport świadczeń leczenia stacjonarnego.....	654
20.4.2	Eksport karty statystycznej.....	654

Rozdział 21 Konfiguracja programu

21.1	Dane świadczeniodawcy.....	657
21.2	Struktura organizacyjna.....	659
21.3	Rejestr personelu.....	663
21.3.1	Dodanie personelu.....	664
21.3.2	Dodanie personelu o różnych kwalifikacjach.....	668
21.3.3	Asystent medyczny.....	669
21.3.4	Pracownik administracyjny.....	671
21.4	Użytkownicy systemu.....	671

21.4.1	Dodanie użytkownika.....	673
21.4.2	eRejestracja / Systemy NFZ.....	674
21.4.3	Uprawnienia do danych.....	676
21.4.4	Uprawnienia funkcjonalne.....	677
21.4.5	Uprawnienia do raportów i formularzy.....	680
21.4.6	Uprawnienia do słowników.....	680
21.4.7	Zmiana hasła do programu.....	682
21.4.8	Reset hasła użytkownika.....	683
21.4.9	Ustawienia dotyczące bezpieczeństwa haseł.....	685
21.4.10	Statystyka działań użytkownika.....	686
21.4.11	Historia zmian uprawnień.....	687
21.4.12	Usunięcie użytkownika.....	688
21.5	Rejestr ksiąg.....	689
21.6	Rejestr instytucji.....	691
21.7	Słownik szkół.....	693
21.8	Konfigurator.....	694
21.8.1	Pozycja: System.....	697
21.8.2	Pozycja: Ewidencja.....	700
21.8.3	Pozycja: Komunikacja.....	705
21.8.4	Pozycja: Moduły dodatkowe.....	711
21.8.5	Pozycja: Gabinet.....	713
21.9	Parametry konfiguracyjne.....	713
21.10	Ustawienia domyślne personelu.....	715
21.11	Walidacje definiowane.....	716

Rozdział 22 Księgi i raporty

22.1	Księgi.....	720
22.1.1	Księga główna przyjęć i wypisów.....	721
22.1.2	Księga NiŚOLiP.....	723
22.1.3	Księga przyjęć.....	724
22.1.4	Księga ratownictwa medycznego.....	725
22.1.5	Księga zabiegów.....	727
22.2	Raporty/zestawienia.....	728
22.3	Raporty definiowane.....	728
22.3.1	Dostępne wykazy.....	728
22.3.2	Wygenerowanie wykazu.....	730
22.3.3	Utworzenie definicji wykazu.....	730
22.4	Definicja szablonów wydruku.....	733
22.4.1	Nowy szablon wydruku.....	734
22.4.2	Edytor szablonów.....	735
22.4.3	Utworzenie szablonu na podstawie szablonu systemowego.....	739

22.5	Definicja widoków danych.....	745
Rozdział 23 Ochrona danych osobowych		
23.1	Rejestr danych osobowych.....	747
23.2	Rejestr wniosków.....	748
23.3	Rejestr udostępnień.....	752
23.4	Rejestr sprzeciwów.....	753
23.5	Rejestr błędów przesłanych do Centrum Serwisowego.....	754
Rozdział 24 Współpraca z urządzeniami zewnętrznymi		
24.1	Drukarki do wydruku raportów.....	756
24.2	Drukarki do wydruku kuponów RUM.....	757
24.2.1	Zmiana ustawień wewnętrznych drukarek.....	758
24.2.2	OKI ML3390 - programowanie ustawień.....	758
24.2.3	Panasonic KX-P2130 - programowanie ustawień.....	761
24.2.4	Epson LQ-580 - programowanie ustawień.....	763
24.3	Czytniki kart chipowych.....	764
24.3.1	Sinake, SCR-3310/3311.....	765
24.3.2	Identive CLOUD 2700F.....	769
24.3.3	Instalacja Identive CLOUD w systemach Win. 8 i 10.....	773
24.4	Czytniki kodów kreskowych.....	777
24.4.1	Czytnik Pharmascaan II.....	778
24.4.2	Czytnik DLC7070.....	779
24.4.3	Czytnik IT3800 LR.....	782
24.4.4	Czytnik IT3400 LR.....	783
24.4.5	Czytnik HHP 3800G.....	785
24.4.6	Czytnik NUMA BC-2000.....	789
24.5	Skanowanie dokumentów.....	791
Rozdział 25 Kopia zapasowa programu i wczytanie licencji		
25.1	Automatyczne wykonywanie kopii.....	795
25.2	Ręczne wykonywanie kopii.....	797
25.3	Kopia bez załączników.....	798
25.4	Kopia z poziomu mmBackup.....	799
25.5	Procedury serwisowe.....	799
25.6	Wczytanie licencji.....	801

Rozdział



1

Wstęp

Ilustracje i "zrzuty" ekranowe zamieszczone w niniejszej publikacji mają charakter instruktażowy i mogą odbiegać od rzeczywistego wyglądu ekranów.

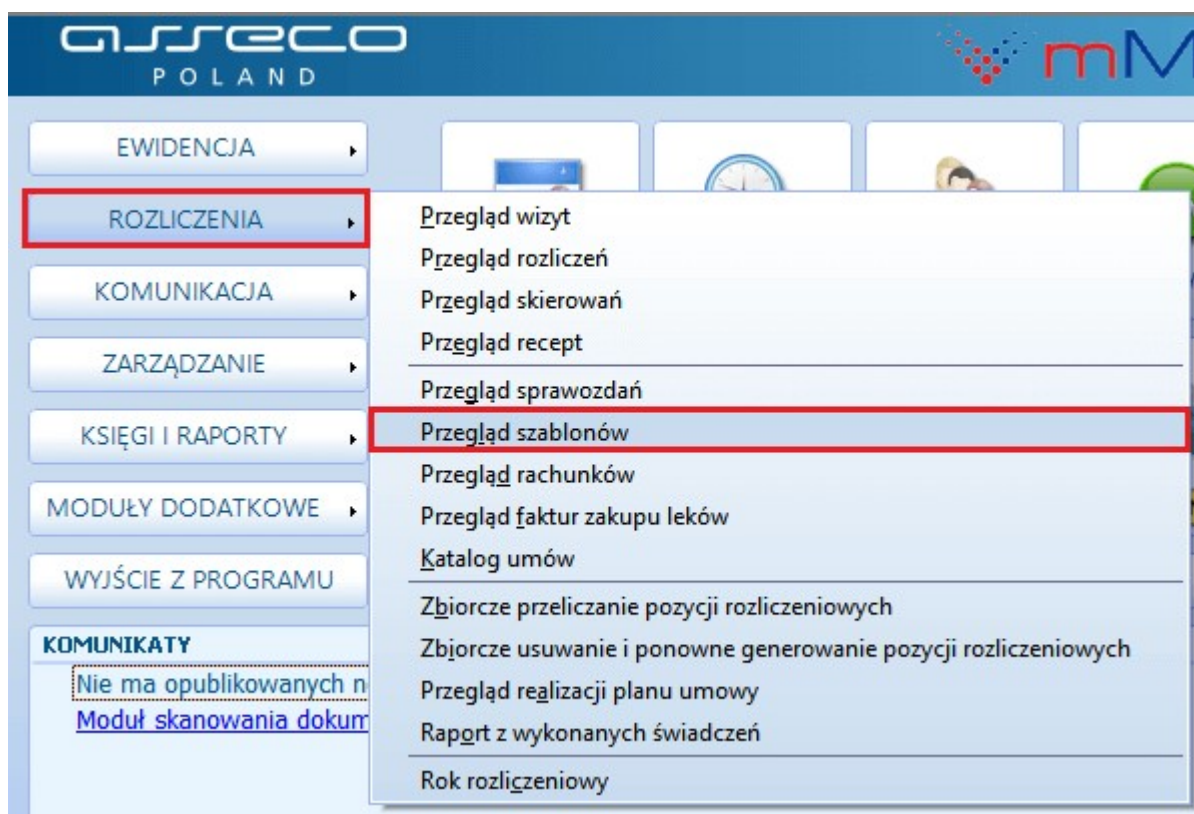
Rzeczywisty wygląd ekranów zależy od posiadanej wersji aplikacji, aktywnych modułów dodatkowych oraz numeru wydania. Większość zrzutów ekranowych zamieszczonych w dokumencie została wykonana podczas użytkowania wersji Standard+ z aktywnymi wszystkimi modułami dodatkowymi.

Korzystanie z instrukcji obsługi

2.1 Legenda

W dokumencie zastosowano następujące formatowanie tekstu i odnośniki:

- **Zieloną czcionką** wyróżniono informacje o nowych funkcjonalnościach i o numerze wersji aplikacji, w której zostały wprowadzone.
- **Czerwoną czcionką** i dopiskiem **Uwaga!** wyróżniono ważne informacje, na które użytkownik powinien zwrócić szczególną uwagę.
- **Niebieskim aktywnym podkreśleniem** oznaczane są odwołania do dokumentów zewnętrznych lub innego rozdziału w tym dokumencie. Kliknięcie w link (tzw. hiperłącze) powoduje otwarcie dokumentu docelowego lub danego rozdziału, do którego się odnosi.
- **Kursywą** wyróżniono nazwy formatek, okien i zakładek np.: "Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładkach *1. Dane podstawowe* oraz *2. Adres*."
- **Niebieską czcionką** wyróżniono ścieżki do miejsc w programie. Ścieżki wymieniane są na początku każdego rozdziału, ułatwiając użytkownikowi zlokalizowanie omawianej funkcjonalności w programie mMedica. Odnoszą się one do przycisków panelowych ze strony startowej, np.: "Ścieżka: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#)".



2.2 Słownik pojęć

W dokumencie zostały użyte następujące pojęcia:

- **Checkbox** - pole wyboru pozwalające na wprowadzenie zaznaczenia: Zaznaczony checkbox rozumiany jest jako włączenie danej opcji/parametru.

Automatycznie aktualizuj aplikację

- **Rekord** - inaczej wiersz, wpis w tabeli.

* Id. rozliczenia	Id rozliczenia korygowanego	Numer umowy	Rok	Miesiąc	Produkt	Wyr.	Krotność
▶ 35579			2016	Grudzień	07.0000.218.02	1	
35578			2016	Grudzień	07.0000.218.02	1	

- **Sekcja** - wyodrębniony obszar okna zawierający elementy o jednolitej tematyce.

Przegląd i edycja

Domyślna miejscowość dla nowych pacjentów:

Wyświetlaj dane medycyny szkolnej

Drukuj podczas zatwierdzania

Obsługiwane listy aktywne

Lekarz

Numer umowy:

Rozdział

3

Omówienie interfejsu programu mMedica

Przed rozpoczęciem pracy z programem mMedica zaleca się zaznajomienie z niniejszym rozdziałem, celem poznania interfejsu aplikacji i narzędzi wpływających na efektywność pracy.

3.1 Strona startowa programu

Strona startowa programu mMedica składa się z trzech głównych elementów:

- 1) Przycisków panelowych.
- 2) Ikonek szybkiego dostępu.
- 3) Okna z komunikatami.

Dzięki ikonom szybkiego dostępu (2) można od razu przejść do wybranych, najczęściej używanych

funkcjonalności:



REJESTRACJA - obsługa elektronicznej kartoteki pacjentów i dostęp do podstawowych czynności wykonywanych przez osobę obsługującą rejestrację.



TERMINARZ - umawianie wizyt pacjentów z wyprzedzeniem czasowym.



KOLEJKI - obsługa list oczekujących.



EDM - obsługa Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.



HOSPITALIZACJA - ewidencja świadczeń hospitalizacji.



UZUPEŁNIANIE - ewidencja udzielonych świadczeń w celu rozliczenia.



DEKLARACJE - obsługa deklaracji POZ.



GABINET - wybrane podstawowe czynności wykonywane przez lekarza w gabinecie.



PHARMINDEX - dostęp do elektronicznej bazy leków Pharmindex.

Za pomocą przycisków panelowych **(1)** uzyskuje się dostęp do pozostałych funkcjonalności jakie oferuje program, zarówno tych związanych z częścią rozliczeniową, jak i częścią techniczną samej aplikacji.

W oknie z komunikatami **(3)** wyświetlane są ważne informacje, dotyczące dostępności nowej wersji programu mMedica, kończącego się okresu aktywacji i inne.

3.2 Strona startowa wersji mMedica Komercja/ +

mMedica Komercja to specjalna wersja aplikacji przeznaczona dla lekarzy i przychodni nie posiadających kontraktu z NFZ i realizujących wyłącznie świadczenia komercyjne, finansowane przez pacjentów lub na podstawie umów komercyjnych.

Wersja mMedica Komercja łączy funkcje Terminarza i Gabinetu znane z wersji Standard z możliwościami oferowanymi przez Moduł Komercyjny.

W związku z tym, że wersja mMedica Komercja i Komercja+ nie obsługują rozliczeń z NFZ, wygląd strony startowej programu różni się od standardowego widoku. Ukryto elementy odpowiadające części rozliczeniowej, dodając z kolei ikony dotyczące realizacji usług prywatnych. Wygląd strony startowej programu i rozmieszczenie funkcjonalności w menu startowym różnią się od ścieżek i screen'ów zaprezentowanych w instrukcji Modułu Komercyjnego. Wszystkie funkcjonalności rozwiązania komercyjnego,

które w module zostały umieszczone w ścieżce: Moduły dodatkowe > Komercyjny, zostały przeniesione do menu, rozwijanego po wybraniu przycisku w panelu głównym (1).

Strona startowa programu mMedica Komercja i Komercja+ składa się z trzech głównych elementów:

- 1) Przycisków panelowych.
- 2) Ikonek szybkiego dostępu
- 3) Okna z komunikatami.



Dzięki ikonom szybkiego dostępu (2) można od razu przejść do wybranych, najczęściej używanych funkcjonalności:



REJESTRACJA - obsługa elektronicznej kartoteki pacjentów i dostęp do podstawowych czynności wykonywanych przez osobę obsługującą rejestrację.



TERMINARZ - umawianie wizyt pacjentów z wyprzedzeniem czasowym.



GABINET - wybrane podstawowe czynności wykonywane przez lekarza w gabinecie.



EDM - obsługa Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.



PHARMINDEX - dostęp do elektronicznej bazy leków Pharmindex.

Omówienie interfejsu programu mMedica



WIZYTY - podgląd zrealizowanych wizyt prywatnych.



ZOBOWIĄZANIA - podgląd nieuregulowanych płatności pacjentów za udzielone świadczenia.



RACHUNKI - przegląd rachunków/faktur wystawionych pacjentom.



REALIZACJA - dostęp do informacji o usługach, jakie zostały zrealizowane poszczególnym pacjentom w ramach wizyt prywatnych.

Za pomocą przycisków panelowych **(1)** uzyskuje się dostęp do pozostałych funkcjonalności jakie oferuje program, zarówno tych związanych z częścią rozliczeniową, jak i częścią techniczną samej aplikacji.

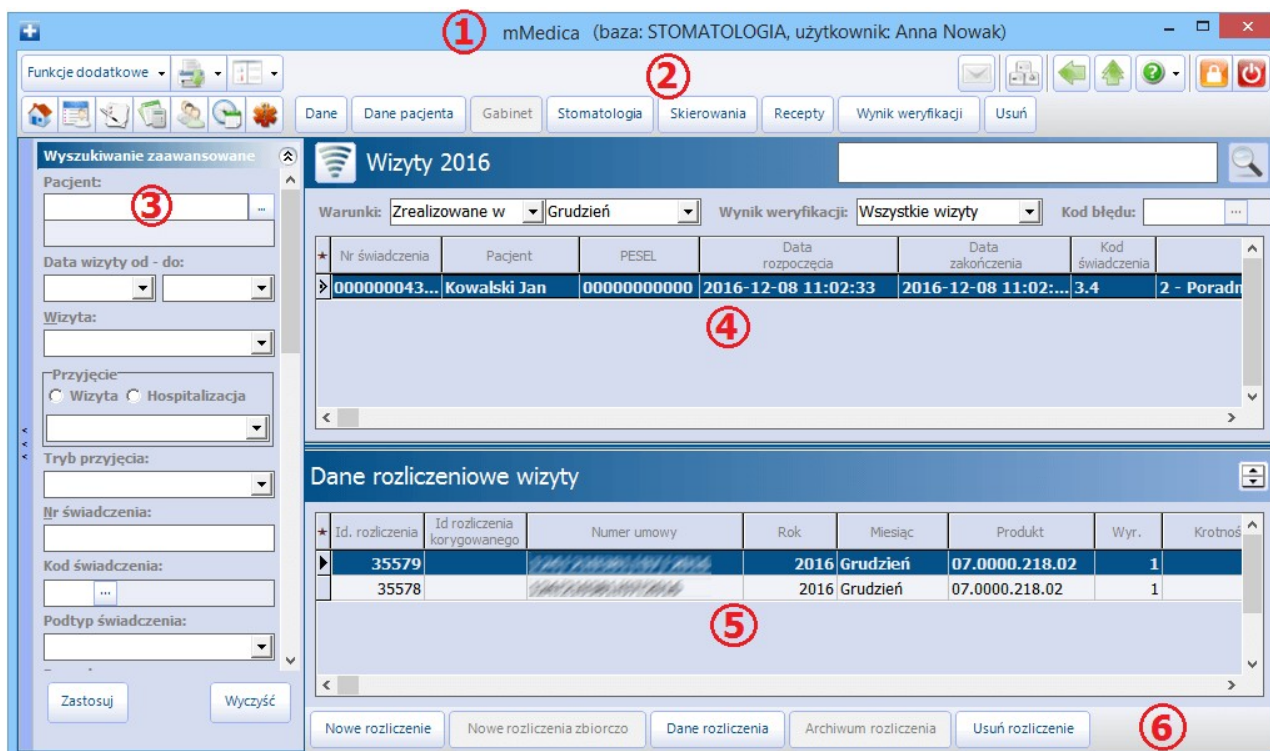
W oknie z komunikatami **(3)** wyświetlane są ważne informacje, dotyczące dostępności nowej wersji programu mMedica, kończącego się okresu aktywacji i inne.

mMedica Komercka łączy funkcje [Gabinetu](#) i Terminarza znane z wersji Standard z możliwościami oferowanymi przez Moduł Komercyjny. Szczegółowa instrukcja Modułu Komercyjnego znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.

3.3 Omówienie okna programu

Okna w programie mMedica składają się ze stałych elementów, omówionych poniżej.

Większość formatek w aplikacji podzielona jest na dwa okna - górne (4) i dolne (5). Dane wyświetlane w górnym oknie mają szerszy i bardziej ogólny zakres, natomiast dane w dolnym oknie są uszczegółowieniem rekordu zaznaczonego w górnym oknie. Jak na zaprezentowanym przykładzie: w górnym oknie została zaznaczona wizyta, a w dolnym oknie prezentowane są jej dane rozliczeniowe (pozycje rozliczeniowe).




- 1) **Pasek tytułu** - w pasku wyświetlana jest nazwa bazy danych i dane użytkownika aktualnie zalogowanego do programu.
- 2) **Górny panel** - zawiera przyciski wywołujące konkretne działania aplikacji.
- 3) **Panel nawigacji** - składa się z filtrów umożliwiających sortowanie i wyświetlanie danych według zadanych warunków.
- 4) **Górne okno formatki** - prezentuje dane o szerszym zakresie/znaczeniu.
- 5) **Dolne okno formatki** - prezentuje szczegółowe dane zakresu zaznaczonego w górnym oknie.
- 6) **Dolny panel** - zawiera przyciski wywołujące konkretne działania aplikacji.


3.3.1 Znaczenie przycisków



W górnym panelu każdego okna programu znajdują się przyciski, których wybranie wywołuje konkretne działania aplikacji.

W lewym górnym rogu okna znajdują się następujące przyciski:


 w większości przypadków kliknięcie lewym przyciskiem myszy spowoduje rozwinięcie menu z dodatkowymi funkcjonalnościami.


 umożliwia wydruk dokumentów pustych lub z uzupełnionych danymi pacjenta. Wydruki znajdują się na wybranych formatkach programu np. *Kartoteka pacjentów*, *Lista deklaracji*.


 umożliwia zdefiniowanie własnych skrótów klawiszowych dla poszczególnych funkcji formatki. Przycisk dostępny po aktywacji dodatkowego Modułu Personalizacyjnego.


 ikony szybkiego dostępu umożliwiające sprawne przemieszczanie się pomiędzy głównymi formatkami aplikacji (w kolejności): *Kartoteka pacjentów*, *Lista deklaracji*, *Uzupełnianie świadczeń*, *Harmonogram przyjęć*, *Gabinet*. Wybranie ikony  powoduje powrót na stronę startową oprogramowania.

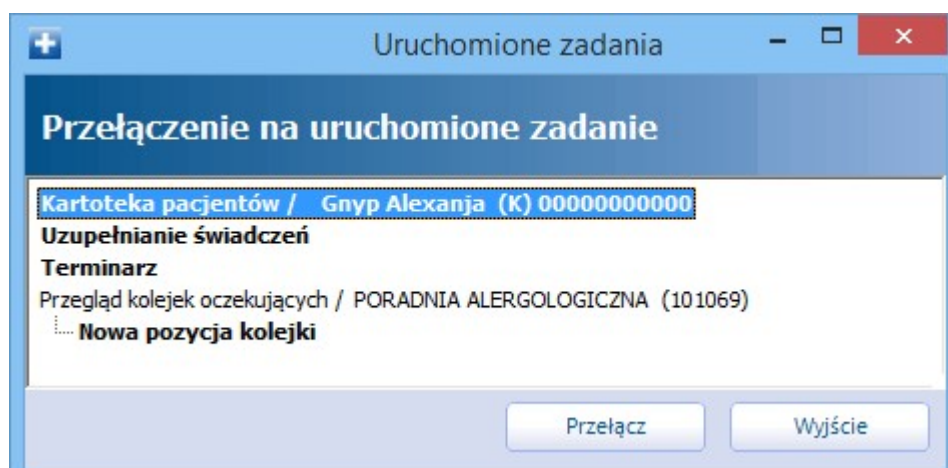
Z kolei w prawym górnym rogu okna znajdują się przyciski:

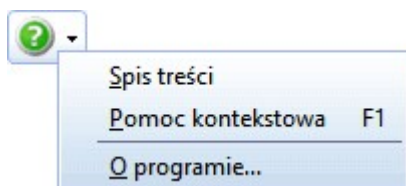
 dostęp do [poczty wewnętrznej](#) umożliwiającej przesyłanie wiadomości tekstowych między użytkownikami programu. Przycisk dostępny w wersjach mMedica +.

 uwidocznienie skrótów klawiszowych domyślnie przypisanych wybranym funkcjom formatki.

 powrót do poprzedniej czynności/okna.

 otwiera okno dialogowe z aktualnie uruchomionymi zadaniami i pozwala w łatwy sposób przechodzić pomiędzy nimi. Analogicznie działa przycisk **F11** na klawiaturze komputera.






otwiera menu umożliwiając przejście do [pomocy kontekstowej](#) programu i uzyskanie szczegółowej informacji o programie (wersja aplikacji, numer licencji).



zablokowanie programu mMedica poprzez wylogowanie użytkownika. W celu odblokowania programu należy wpisać hasło. Zaleca się korzystać z funkcji każdorazowo przed opuszczeniem stanowiska komputerowego, aby chronić dane.



wylogowanie z programu mMedica aktualnie zalogowanego użytkownika. Użytkownik zostanie przekierowany do okna *Logowanie do systemu*, gdzie należy wpisać hasło w celu ponownego zalogowania.

Dodatkowo, niektórzy użytkownicy mogą spotkać się z ikonami, np. , na formatkach zawierających listy z danymi. Ich istnienie jest zależne od włączenia/wyłączenia parametru **"Włącz podział stron na listach"**, znajdującego się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [System > Różne](#). Włączenie parametru stronicowania i określenie liczby wierszy pobieranych na pierwszej stronie, wpływa na znaczne przyspieszenie otwierania okien z listami danych np. w *Kartotece pacjentów*, *Przeglądzie wizyt* itd. Wtedy poruszanie się pomiędzy listami możliwe jest za pomocą przedstawionych poniżej ikon:



- pokazuje poprzednią stronę



- pokazuje następną stronę



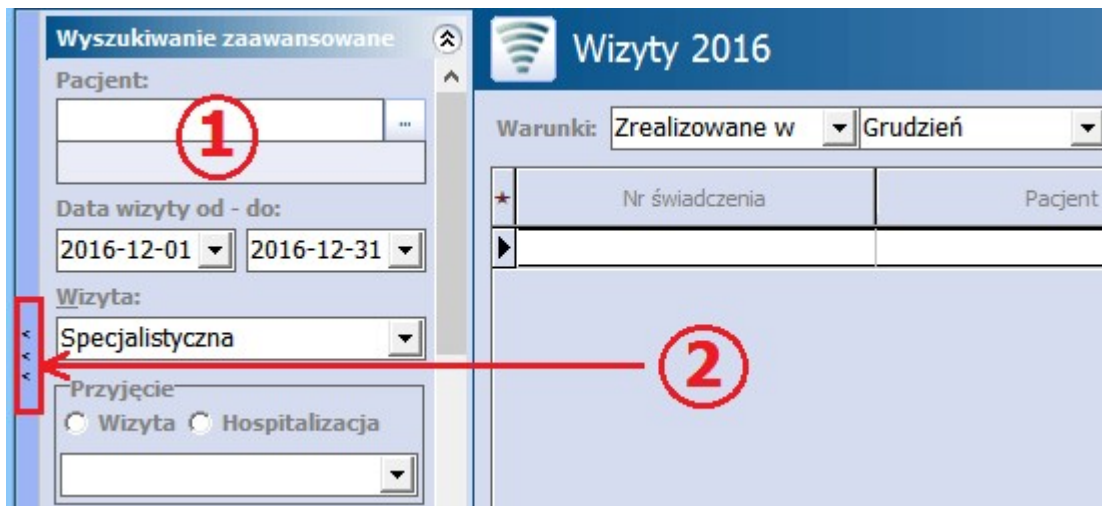
- wczytuje całą listę danych


Kartoteka pacjentów										
+	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres	Nr karty	Dodatko...	ID	E-mail	Numer telefonu
▶	ADAMCZYK	AGNIESZ...	██████/██/██	██████████	██████████	██████		1992	██████████	111-111-111
	ADAMCZYK	ALEKSAN...	██████/██/██	██████████	██████████	██████		3393		
	ADAMCZYK	ALEKSAN...	██████/██/██	██████████	██████████	██████		1863		

3.3.2 Wyszukiwanie danych

Większość okien w programie posiada tzw. panel nawigacji **(1)**, pozwalający na filtrowanie danych i zawężanie warunków wyszukiwania. Czasami panel nawigacji składa się z dwóch części: górnej "Wyszukiwanie zaawansowane" i dolnej "Wyszukiwanie podrzędnych". Wtedy górna część panelu odpowiada górnej części ekranu, a dolna – dolnej.

W razie potrzeby panel nawigacji można ukryć i pracować na pełnym ekranie, klikając kursorem myszy w miejscu oznaczonym na rysunku **(2)**.



Aby rozpocząć wyszukiwanie danych należy wypełnić co najmniej jedno pole w panelu nawigacji i zatwierdzić przyciskiem **Zastosuj**. Wówczas na pasku tytułowym pojawi się ikona , sygnalizująca włączenie filtra, a dane widoczne w tabelce zostaną zawężone do określonych warunków wyszukiwania.

Ponowne kliknięcie w ikonę  spowoduje wyłączenie filtrów.

Aby wyczyścić wszystkie pola wyszukiwania należy wybrać przycisk **Wyczyść**.

3.3.3 Eksportowanie danych z tabel

Dane ze wszystkich tabel znajdujących się w programie można wydrukować lub wyeksportować do pliku z rozszerzeniem .XLS, po kliknięciu w ★ znajdującą się w lewym górnym rogu tabeli. Samo najechanie kursorem myszy w tym miejscu wyświetla "hinta", zliczającego liczbę rekordów znajdujących się w tabeli.

★	Nr	Rok	Data wpisu	Dokł. plan.
			09:24	Dzień
			14:04	Dzień
			15:28	Dzień
			18:44	Dzień

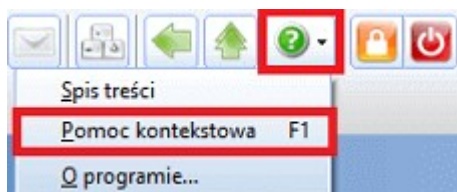
★	Nr	Rok	Data wpisu	Dokł. plan.	Planowana data real.
	114	2014	2014-08-28 09:24	Dzień	2015-01-09 17:30
	115	2014	2014-08-29 14:04	Dzień	2015-01-09 18:00
	128	2014	2014-09-04 15:28	Dzień	2015-01-13 18:00

Aby zaznaczyć wszystkie rekordy tabeli wystarczy za pomocą lewego przycisku myszy zaznaczyć jeden rekord (zostanie podświetlony granatowym kolorem), a następnie na klawiaturze przycisnąć równocześnie klawisze CTRL oraz "A".

3.4 Pomoc kontekstowa dla użytkowników

W aplikacji mMedica znajduje się pomoc kontekstowa, dostępna po wybraniu ikony znajdującej się w każdym prawym górnym rogu ekranu (zdej. poniżej) lub przycisku **F1** na klawiaturze komputera. Pomoc otwiera się zawsze na rozdziale odpowiadającym obszarowi, w którym aktualnie znajduje się użytkownik. Np. po wybraniu przycisku F1 w oknie *Kartoteka pacjentów*, zostanie otwarta pomoc na rozdziale opisującym kartotekę.

Do każdego instalatora programu mMedica dołączana jest **uproszczona wersja** pomocy kontekstowej, obejmująca tematykę konfiguracji programu oraz kartoteki pacjentów. Pobranie pełnej wersji pomocy kontekstowej następuje po zaakceptowaniu komunikatu, który wyświetlany jest tuż po zalogowaniu do aplikacji.



W razie wątpliwości i problemów zachęcamy do kontaktu z **Centrum Obsługi Klienta**, w którym od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 16.00 pod numerem tel. 801-400-253 lub 32-789-65-55 konsultanci oczekują na Państwa zapytania.

Program mMedica posiada oficjalną stronę internetową mmedica.asseco.pl, na której znajdują się m.in.:

- odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania użytkowników (zakładka *Usługi i wsparcie* > *FAQ*),
- formularz zgłoszenia problemu (zakładka *Usługi i wsparcie* > *Obsługa zgłoszeń*),
- lista Autoryzowanych Partnerów firmy Asseco w zakresie mMedica (zakładka *Usługi i wsparcie* > *Partnerzy*).

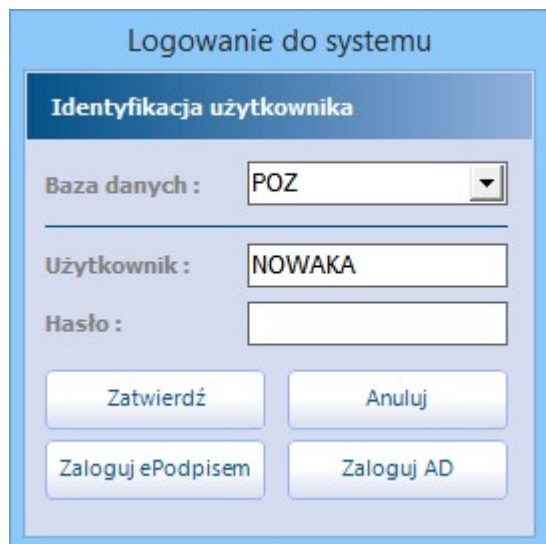
Logowanie do programu

W celu rozpoczęcia pracy w aplikacji mMedica należy zalogować się do programu przy użyciu jednej z dostępnych metod logowania:

- Logowanie tradycyjne
- Logowanie za pomocą [ePodpisu](#)
- Logowanie za pomocą usługi [Active Directory](#)

Uruchomienie programu mMedica otwiera okno *Logowanie do systemu*, w którym należy wybrać jedną z metod logowania i dokonać zalogowania do aplikacji. Logowanie tradycyjne polega na ręcznym wpisaniu loginu i hasła w przygotowane pola według poniżej instrukcji:

1. W polu "Baza danych" z listy rozwijanej wybrać nazwę bazy danych, do której ma nastąpić zalogowanie. Jeśli użytkownik posiada tylko 1 bazę danych, jej nazwa będzie podpowiadać się automatycznie.
2. W polu "Użytkownik" wpisać login użytkownika systemu mMedica. Program domyślnie podpowiada login użytkownika, który ostatni raz był zalogowany do programu.
3. W polu "Hasło" wpisać hasło użytkownika systemu.
4. Dokonać zalogowania za pomocą przycisku **Zatwierdź**.



W przypadku błędnie wprowadzonych danych logowania zostanie wyświetlony poniższy komunikat błędu. W tym wypadku należy zweryfikować poprawność wprowadzanego loginu i/lub hasła, w tym zwrócić szczególną uwagę na wielkość liter w hasle.

Nieprawidłowy użytkownik lub hasło.

Tematyka pierwszego logowania do aplikacji, którego dokonuje się po zainstalowaniu programu mMedica, została szczegółowo opisana w instrukcji: [Samouczek mMedica](#).

4.1 Logowanie za pomocą Active Directory


Wykorzystywanie usługi Active Directory w procesie logowania do programu mMedica znacznie upraszcza tę czynność. Zastosowana funkcjonalność opiera się na powiązaniu użytkownika domenowego z użytkownikiem mMedica. Uwierzytelnienie polega na poświadczeniu użytkownika za pomocą hasła domenowego. Zszyty algorytm wyszukuje dane po nazwie domeny i nazwie użytkownika domenowego w użytkownikach programu mMedica.

Aby móc korzystać z funkcjonalności należy spełnić następujące warunki:

- Komputer, z którego następuje logowanie do aplikacji mMedica znajduje się w domenie.
- Użytkownik programu mMedica posiada konto i hasło w domenie.
- W aplikacji mMedica włączono funkcjonalność i wprowadzono dane do logowania.

4.1.1 Konfiguracja Active Directory w mMedica

W celu konfiguracji usługi Active Directory w mMedica należy dokonać włączenia funkcjonalności:

1. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Autoryzacja](#).
2. Zaznaczyć parametr  "Dozwolone logowanie za pomocą Active Directory".
3. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Następnie należy uzupełnić dane dotyczące nazwy domeny i użytkownika:

1. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#).
2. Zaznaczyć na liście użytkownika, który posiada konto w domenie.
3. Na zakładce 3. *Autoryzacja* w sekcji *Active Directory* wprowadzić nast. dane:
 - a) W polu "Domena" wpisać nazwę domeny, w której użytkownik posiada konto.
 - b) W polu "Nazwa użytkownika" wpisać nazwę użytkownika domenowego.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Nowak Anna (NOWAKA)

1. Dane użytkownika 2. eRejestracja / eWUŚ 3. Autoryzacja 4. Uprawnienia do danych 5. Uprav

Active Directory

Domena: ACF Nazwa użytkownika: ANNA.NOWAK

ePodpis

Logowanie za pomocą certyfikatu kwalifikowanego

Certyfikat ZUS

4.1.2 Logowanie AD w oknie programu

W celu zalogowania do programu przy wykorzystaniu usługi Active Directory w oknie *Logowanie do systemu* należy:

1. [Skonfigurować](#) program mMedica według zaleceń.
2. Dokonać zalogowania do systemu Windows przy użyciu konta domenowego.
3. Uruchomić program mMedica i w oknie *Logowanie do systemu*:
 - a) W polu "Baza danych" z listy rozwijanej wybrać nazwę bazy danych, do której ma nastąpić zalogowanie. Jeśli użytkownik posiada tylko 1 bazę danych, jej nazwa będzie podpowiadać się automatycznie.
 - b) Wybrać przycisk **Zaloguj AD**.

Uwaga! Logowanie przy użyciu usługi Active Directory nie wymaga wprowadzania hasła i loginu w polu "Użytkownik" - pola te mogą pozostać niewypełnione lub wypełnione innymi danymi.

Logowanie do systemu

Identyfikacja użytkownika

Baza danych: POZ

Użytkownik:

Hasło:

Zatwierdź Anuluj

Zaloguj ePodpisem **Zaloguj AD**

W przypadku nieprawidłowej konfiguracji programu zostanie wyświetlony nast. komunikat błędu:

Nie znaleziono powiązanego użytkownika w systemie mMedica.

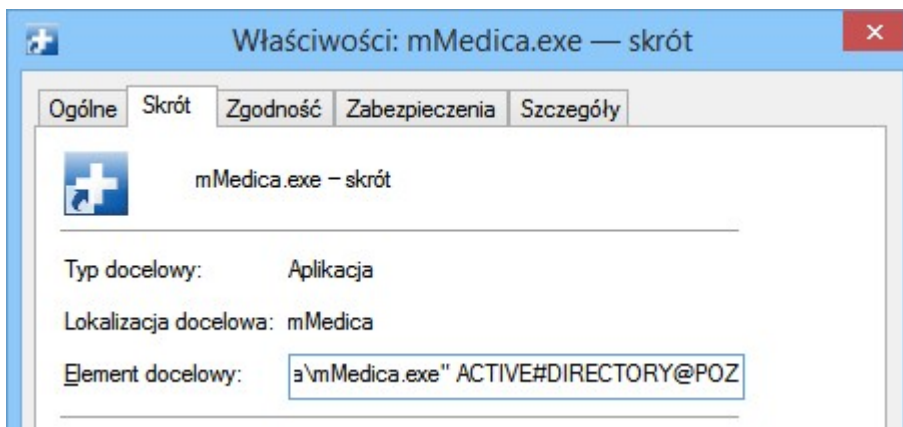
4.1.3 Logowanie AD przez parametr

Innym sposobem wykorzystania usługi Active Directory jest logowanie do aplikacji za pomocą parametru: ACTIVE#DIRECTORY@<nazwa bazy, do której ma nastąpić logowanie>

Ww. skrót wpisuje się w skrótce aplikacji, a po jego otwarciu następuje automatyczne logowanie do bazy danych, której nazwa została podana w skrótce.

W celu konfiguracji programu do logowania AD za pomocą parametru należy:

1. Kliknąć PPM na skrót aplikacji znajdujący się na pulpicie komputera i wybrać wartość "Właściwości".
2. Na zakładce *Skrót* do wartości znajdującej się w polu "Element docelowy" dopisać po spacji: **ACTIVE#DIRECTORY@<nazwa bazy, do której ma nastąpić logowanie>**
Przykład: Użytkowana baza nosi nazwę "POZ". W polu "Element docelowy" należy wpisać: ACTIVE#DIRECTORY@POZ
3. Zapisać zmiany przyciskiem **Zastosuj**.

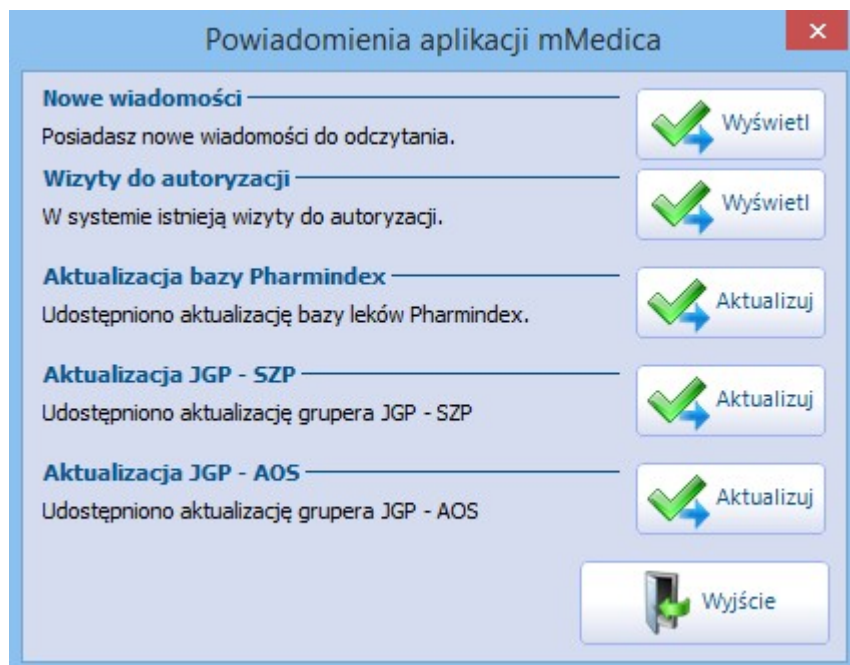


Po wykonaniu tych operacji każdorazowe otwarcie skrótu mMedica.exe spowoduje otwarcie programu, bez konieczności wprowadzania danych do logowania. Osobą zalogowaną do programu będzie użytkownik, na którego nastąpiło zalogowanie do domeny.

4.2 Powiadomienia programu mMedica

Po zalogowaniu do programu może zostać wyświetlone okno *Powiadomienia aplikacji mMedica*, w którym prezentowane są powiadomienia istotne dla użytkownika lub prawidłowego funkcjonowania aplikacji.

W celu wykonania jakiejś czynności należy wybrać przycisk **Wyświetl** lub **Aktualizuj**. Aby pominąć ten proces i przejść do pracy w aplikacji, należy wybrać przycisk **Wyjście**.



Funkcjonalność powiadomienia użytkownika programu o następujących czynnościach koniecznych do wykonania:

- **Wizyty do autoryzacji** - wybranie spowoduje otwarcie listy nieautoryzowanych wizyt zalogowanego użytkownika w celu zapisania ich w EDM.
- **Aktualizacja bazy Pharmindex** - wybranie spowoduje pobranie najnowszej dostępnej wersji bazy leków Pharmindex.
Aby wyświetlało się powiadomienie należy włączyć opcję "Automatycznie aktualizuj bazę leków Pharmindex" w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator, sekcja: System > Różne](#).
- **Aktualizacja JGP** - wybranie spowoduje pobranie plików parametryzujących koniecznych do prawidłowego rozliczenia grup JGP. Dla każdego rodzaju grup JGP wyświetlane są odrębne powiadomienia tj. AOS, SZP, REH zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń (na podstawie umowy elektronicznej).
Aby wyświetlało się powiadomienie należy włączyć opcję "Automatycznie aktualizuj JGP" w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator, sekcja: System > Różne](#).
- **Nowa wersja aplikacji** - wybranie spowoduje podmianę udostępnionego pliku mMedica.exe w katalogu instalacyjnym programu, umożliwiając pracę na najnowszej wersji aplikacji (nie mylić z pobraniem aktualizacji systemu za pomocą instalatora, czego dokonuje się poprzez zalogowanie do Centrum Zarządzania Licencjami mMedica).
- **Nowa wersja pliku pomocy** - wybranie spowoduje pobranie najnowszej uproszczonej wersji pomocy kontekstowej, obejmującej tematykę konfiguracji programu oraz kartoteki pacjentów.
Aby poprawnie pobrać plik pomocy należy posiadać uprawnienia administratora, np. logując się do aplikacji mMedica poprzez kliknięcie na ikonie programu prawym przyciskiem myszki, wybranie opcji "Uruchom jako administrator" i zaakceptowanie komunikatu o podmianie pliku.
- **Nowe wiadomości** - wybranie spowoduje otwarcie nieodczytanej wiadomości wysłanej w trybie pilnym za pomocą funkcjonalności [poczty wewnętrznej mMedica](#).
- **Zwolnienia do elektronicznej** - wybranie spowoduje otwarcie listy zwolnień lekarskich eZLA

wymagających elektronizacji.

- **Zdarzenia medyczne do wysyłki** - dokładniejsze informacje na temat tego rodzaju powiadomienia zawiera rozdział [Raportowanie zdarzeń medycznych](#).
- **Certyfikaty** - informacja o zakończeniu okresu ważności, lub zbliżającym się terminie jego zakończenia, dla certyfikatów systemu P1: WSSE/TLS, certyfikatu systemu KOWAL, a także certyfikatów: aPUAP, ZUS, SimplySign. Informacja ta wyświetlana jest również w odniesieniu do certyfikatu Chmury dla zdrowia (u świadczeniodawców korzystających z Modułu Integracji eRepozytorium w Chmurze).
- **eRepozytorium w Chmurze** - informacja o kończącym się miejscu na zakupionym zasobie dla eRepozytorium w Chmurze. Wyświetla się u świadczeniodawców korzystających z [Modułu Integracji eRepozytorium w Chmurze](#).
- **Dokumenty w hospitalizacji do autoryzacji** - informacja o nieautoryzowanych dokumentach otwartych przez użytkownika do edycji w module "Hospitalizacje". Po wybraniu przycisku **Wyświetl** użytkownik zostanie przeniesiony do okna *Nieautoryzowane dokumenty w hospitalizacji*, z wyświetloną listą dokumentów. Aby przejść do dokumentu w celu jego autoryzacji, należy dwukrotnie kliknąć w odpowiednią pozycję na liście lewym przyciskiem myszy lub podświetlić ją i wybrać dostępny na górze ekranu przycisk **Pokaż dane**.
- **Dokumenty w opiece dziennej do autoryzacji** - **powiadomienie dodane w wersji 9.12.0 aplikacji mMedica**. Informuje o nieautoryzowanych dokumentach otwartych przez użytkownika do edycji w module "Opieka dzienna". Po wybraniu przycisku **Wyświetl** użytkownik zostanie przeniesiony do okna *Nieautoryzowane dokumenty w opiece dziennej*, z wyświetloną listą dokumentów. Aby przejść do dokumentu w celu jego autoryzacji, należy dwukrotnie kliknąć w odpowiednią pozycję na liście lewym przyciskiem myszy lub podświetlić ją i wybrać dostępny na górze ekranu przycisk **Pokaż dane**.
- **Obrót produktami leczniczymi - ZSMOPL** - informacja o niewysłanych transakcjach, wprowadzonych w module [Obrót produktami leczniczymi](#), których data jest wcześniejsza od bieżącej. Dodatkowym warunkiem jest posiadanie przez zalogowanego użytkownika uprawnienia funkcjonalnego do ewidencji leków w ramach modułu. Po wyborze znajdującego się po prawej stronie przycisku **Wyświetl** użytkownik zostanie przekierowany do okna przeglądu transakcji z wyfiltrowanymi pozycjami o statusach "Wprowadzona" i "Zatwierdzona".
- **Wyniki badań do autoryzacji** - powiadomienie związane z zaimportowaniem dokumentów anulujących wyniki badań. Dokładne informacje dotyczące tej funkcjonalności znajdują się w instrukcji obsługi modułu [eWyniki](#), w rozdziale "Obsługa dokumentów anulujących wyniki badań".

Kartoteka pacjentów

Do *Kartoteki pacjentów* można wejść z każdego miejsca w programie poprzez ikonę szybkiego dostępu, znajdującą się w lewym górnym rogu ekranu  lub ze strony startowej



programu poprzez ikonę **REJESTRACJA**.

Od wersji 8.2.0 aplikacji mMedica użytkownik ma dostęp do *Kartoteki pacjentów* ze strony startowej programu również poprzez ścieżkę: [Ewidencja](#) > [Rejestracja](#).

W oknie kartoteki prezentowana jest lista wszystkich pacjentów wprowadzonych do programu mMedica. Z tego poziomu można wykonać następujące czynności:

- Dopisywać nowych pacjentów
- Przeglądać, modyfikować i aktualizować dane pacjentów
- Usuwać/archiwizować informacje o pacjentach
- Ewidencjonować informacje o ubezpieczeniu pacjenta poprzez sprawdzenie eWUSia lub złożenie oświadczenia
- Przeglądać, składać i wycofywać deklaracje
- Przeglądać i ewidencjonować wizyty
- Przeglądać i dodawać dane medyczne pacjenta
- Utworzyć nową rezerwację lub rejestrację na wizytę
- Dodawać pacjentów do harmonogramu przyjęć
- Drukować puste recepty i recepty z lekami
- Drukować i rejestrować kupony (tylko użytkownicy rozliczający się w śląskim OW NFZ, mający włączoną obsługę kuponów RUM)

Wszystkie powyższe czynności można wykonać za pomocą przycisków znajdujących się w górnym i dolnym panelu okna. Ich działanie zostało opisane w dalszej części tej instrukcji.



5.1 Konfiguracja Kartoteki pacjentów

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator, pozycja: Ewidencja > Podstawowe

Przed rozpoczęciem pracy z funkcjonalnością Kartoteki pacjentów zalecane jest odpowiednie skonfigurowanie programu. Parametry odpowiadające za wykonywanie działań w tym obrębie, znajdują się w powyższej ścieżce w sekcji *Kartoteka pacjentów*. Z tego poziomu można włączyć autonumerację ewidencjonowanych oświadczeń, włączyć komunikaty ostrzegawcze np. o braku danych przedstawiciela ustawowego dla pacjentów niepełnoletnich i wiele innych.

W wersji 5.13.0 aplikacji mMedica zmieniono sposób działania parametru "Włącz automatyczną numerację dodatkowych identyfikatorów pacjentów". Dotychczas, jeśli parametr został włączony, pole "Dodatkowy ID", znajdujące się w danych pacjenta, było blokowane do edycji dla tych pacjentów, którzy istnieli już w bazie programu. Od wersji 5.13.0 wspomniane pole zostanie odblokowane, umożliwiając wprowadzenie w nim wartości liczbowej mniejszej od tej, która została wprowadzona w polu "Numer początkowy".

Od wersji 5.15.0 autonumeracji podlegają również pacjenci, którzy dodawani są do bazy mMedica na podstawie założonego konta w eRejestracji.

5.2 Omówienie okna Kartoteki pacjentów

Formatka Kartoteki podzielona jest na dwa okna.

The screenshot displays the 'Kartoteka pacjentów' interface. At the top, there is a navigation bar with buttons for 'Nowy', 'Dane', 'Uwagi', 'Dokumenty ubezpieczenia', 'Statusy kart', 'eWUŚ', 'Oświadczenie', 'Notatki', 'Fiskalizacja', 'Wnioski', and 'Zgody w P1'. Below this is a search bar and a table of patients. The table has columns: Nazwisko, Imię, Data urodzenia, PESEL, Adres, Nr karty Dod..., ID, E-mail, Numer tel..., and Powiadomienia. A red circle with the number '1' is placed over the row for 'Kowalska Barbara'. Below the table, the detailed view for 'Kowalska Barbara (K)' is shown, with a red circle with the number '2' over the 'Zaplanowane szczepienia' section. The detailed view is divided into three panels: 'INFORMACJE O PACJENCIE', 'LECZENIE', and 'INNE'.

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres	Nr karty Dod...	ID	E-mail	Numer tel...	Powiadomienia
KOWALCZYK OLIWIA...		2000-10-31	██████████	██████████	1291...	2554			Brak powiadomienia
KOWALCZYK PATRYC...		1983-09-03	██████████	██████████	1204...	2559			Brak powiadomienia
KOWALCZYK WIKTO...		2005-07-10	██████████	██████████	1207...	3395			Brak powiadomienia
KOWALIK SONIA ...		1994-10-13	██████████	██████████	1204...	2383			Brak powiadomienia
KOWALIK ZUZANN...		1984-11-21	██████████	██████████	1204...	2109			Brak powiadomienia
Kowalska Barbara		1988-12-04	88 ██████████	Katowice, ul. W...		3653		123-45...	Powiadomienie e...
KOWALSKA DANIEL...		1951-02-12	██████████	██████████	1203...	1671			Brak powiadomienia
Kowalski Jan		1968-09-16	00000000000			3650			Brak powiadomienia

INFORMACJE O PACJENCIE

Data ur.: 1988-12-04 (28 lat)
 PESEL: 88 ██████████
 Adres: 41-100 Katowice ul. Wojewódzka 1/1
 Telefon: 123-456-789
 Upow.: stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU dokumentacja – Kowalski Jan odbiór recept – Kowalski Jan

LECZENIE

Deklaracje:
 L: Grzegorz Nowak (2013-06-19)
 Ostatnie wizyty:
 2016-12-20: A. Nowak
 2016-12-19: A. Nowak; K02
 2016-10-12: G. Nowak; B83.2
 Zaplanowane szczepienia:
 2017-01-13: p. Grypie
 Kolejka oczekujących:
 2017-01-10 - PORADNIA STOMATOLOGICZNA

INNE

OW NFZ:
 12 – Śląski
 eWUŚ:
[Pobierz status uprawnień...](#)
 Recepty:
 0
 Kupony:
 1 - Poradnia ortopedyczna
 1 - Poradnia stomatologiczna
 Uwagi:
 Pacjent zapomniał karty chipowej - do odbioru w rejestracji

1) Lista pacjentów

W górnym oknie formatki wyświetlana jest lista pacjentów wprowadzonych do programu mMedica, uporządkowana alfabetycznie. Domyślnie wyświetlane są osoby, które aktualnie są pacjentami danej przychodni - odpowiada za to filtr "Pokaż pacjentów: Tylko aktualnych", znajdujący się w panelu

Wyszukiwanie zaawansowane. W celu wyświetlenia pacjentów oznaczonych jako [archiwalnych](#) lub wszystkich pacjentów (aktywnych i archiwalnych), należy wybrać odpowiednią opcję w ww. filtrze.

2) Podgląd danych pacjenta

W dolnym oknie formatki wyświetlane są podstawowe dane o pacjencie, który został zaznaczony przez użytkownika na prezentowanej liście pacjentów.

W górnym pasku okna **(A)** wyświetlane jest nazwisko i imię zaznaczonego pacjenta, oznaczenie płci (K - kobieta, M - mężczyzna), numer PESEL oraz ikony informujące o złożonych, aktywnych deklaracjach pacjenta w programie mMedica:



- deklaracja lekarza POZ



- deklaracja pielęgniarki POZ



- deklaracja położnej POZ



- pacjent bez aktywnej deklaracji POZ

Poniżej znajdują się 3 okna **(B, C, D)**, w których wyświetlane są informacje podstawowe o pacjencie, o jego leczeniu, ubezpieczeniu i inne.

Kowalska Barbara (K) 88		
INFORMACJE O PACJENCIE	LECZENIE	INNE
<p>Data ur.: 1988-12-04 (28 lat)</p> <p>PESEL: 88</p> <p>Adres: 41-100 Katowice ul. Wojewódzka 1/1</p> <p>Telefon: 123-456-789</p> <p>Upow.: stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU dokumentacja – Kowalski Jan odbior recept – Kowalski Jan</p>	<p>Deklaracje: L: Grzegorz Nowak (2013-06-19)</p> <p>Ostatnie wizyty: 2016-12-20: A. Nowak 2016-12-19: A. Nowak; K02 2016-10-12: G. Nowak; B83.2</p> <p>Zaplanowane szczepienia: 2017-01-13: p. Grypie</p> <p>Kolejka oczekujących: 2017-01-10 - PORADNIA STOMATOLOGICZNA</p>	<p>OW NFZ: 12 – Śląski</p> <p>eWUŚ: Pobierz status uprawnienia...</p> <p>Recepty: 0</p> <p>Kupony: 1 - Poradnia ortopedyczna 1 - Poradnia stomatologiczna</p> <p>Uwagi: Pacjent zapomniał karty chipowej - do odbioru w rejestracji</p>

B) Informacje o pacjencie - w oknie prezentowane są podstawowe dane osobowe i kontaktowe pacjenta:

- **Data urodzenia** – data urodzenia i wiek pacjenta wyświetlony w nawiasie np. (28 lat).
- **PESEL** – numer PESEL pacjenta. W przypadku jego braku wyświetlany będzie pesel zerowy, np. w przypadku pacjentów zagranicznych i noworodków.
- **Adres** – adres zamieszkania pacjenta.
- **Telefon** – numer telefonu pacjenta. W przypadku jest braku w polu wyświetlony zostanie napis: (brak).
- **Upoważnienia** – w polu wyświetlone będą nazwiska oraz numery PESEL osób, które zostały upoważnione przez pacjenta do:
 - a) Uzyskania informacji o stanie zdrowia
 - b) Uzyskania dokumentacji
 - c) Odbioru recept i zleceń

W przypadku braku złożenia ww. [dokumentów](#) obok nazwy upoważnienia wyświetlony zostanie napis "BRAK DOKUMENTU".

C) Leczenie - w oknie prezentowane są podstawowe informacje dotyczące leczenia pacjenta:

- **Deklaracje** – informacje o złożonych i aktywnych [deklaracjach](#) pacjenta, tj.:
 - Rodzaj deklaracji: L – Lekarz, P – Pielęgniarka, O – Położna
 - Imię i nazwisko osoby personelu, do której została złożona deklaracja
 - Data złożenia deklaracji wyświetlana w nawiasie

W przypadku braku złożonych deklaracji wyświetlony zostanie napis "(brak)".

Informacje o deklaracjach wyróżniane są trzema kolorami:

- a) **Czarnym** – złożone i aktywne deklaracje pacjenta.
- b) **Czerwonym** – deklaracje wycofane. Oprócz czerwonego napisu „wycofana” wyświetlana jest również data wycofania i przyczyna odrzucenia deklaracji przez NFZ, w przypadku otrzymania negatywnej weryfikacji.
- c) **Fioletowym** – złożone, aktywne deklaracje pacjenta w programie mMedica, odrzucone przez NFZ w procesie weryfikacji. Oprócz fioletowego napisu „odrzucona” wyświetlany jest również kod i opis problemu.

LECZENIE	LECZENIE
Deklaracje: L: Anna Nowak (2015-06-17) O: 5766 Położna (2007-12-17) P: 5761 Pielęgniarka (2007-12-17)	Deklaracje: L: wycofana (2013-03-07; 1001 - Deklaracja odrzucona - istnieje inna; rozwiń...) O: wycofana (2013-03-07; 1001 - Deklaracja odrzucona - istnieje inna; rozwiń...)
LECZENIE	
Deklaracje: L: odrzucona 5800 Lekarz (2008-01-17); 2333 - Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpieczona P: odrzucona 5761 Pielęgniarka (2008-01-17); 2333 - Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpieczona	

- **Ostatnie wizyty** – informacje dot. 3 ostatnich wizyt zrealizowanych pacjentowi, tj. data wizyty, nazwisko osoby realizującej wizytę i kod rozpoznania. Wizyty komercyjne oznaczane są zielonym kolorem.
- **Zaplanowane szczepienia** – data i rodzaj zaplanowanego szczepienia. Nazwy szczepień, których realizacja została zaplanowana w najbliższych 30 dniach wyróżnione są zielonym kolorem. Z kolei czerwonym kolorem oznaczane są szczepienia, dla których minął zaplanowany termin (zdz. poniżej).
- **Pozycje harmonogramu przyjęć** – planowana data realizacji świadczenia i nazwa harmonogramu przyjęć, do którego pacjent został zapisany.

LECZENIE
Zaplanowane szczepienia: 2019-02-04: p. Grypie 2019-02-13: WZW typu B

D) Inne - w oknie prezentowane są inne istotne informacje dotyczące np. ubezpieczenia pacjenta, wolnych kuponów, uwagi rejestracji:

- **OW NFZ** – właściwy numer i nazwa OW NFZ, w którym pacjent jest ubezpieczony. W przypadku braku ubezpieczenia powszechnego w polu wyświetlany będzie napis "nieubezpieczony". W przypadku posiadania przez pacjenta dokumentu unijnego, w polu wyświetlany będzie napis "Kraje UE".

- **eWUŚ** – wybranie opcji "**Pobierz status uprawnienia**" dokonuje weryfikacji uprawnienia pacjenta do świadczeń w systemie eWUŚ. Jeśli eWUŚ został już odpytany, w polu zostanie wyświetlony napis "Uprawniony do świadczeń" lub "Brak uprawnienia do świadczeń" – w zależności od wyniku weryfikacji.
- **Nr karty** - dla użytkowników rozliczających się w śląskim OW NFZ. Numer Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, jeśli pacjent został dodany do bazy przy jej użyciu.
- **Kupony** – j.w. Liczba wolnych kuponów pacjenta i nazwa poradni, dla której zostały wygenerowane.
- **Recepty** – j.w. Liczba wolnych recept (niepowiązanych z żadnym kuponem) i nazwa poradni, dla której zostały wydrukowane.
- **Uwagi** – uwagi, jeśli wprowadzone zostały w: [Kartoteka pacjentów > Dane > 8. Uwagi](#).
- **Grupy** - nazwa grupy marketingowej, do której przypisano pacjenta.
- **Zgody** - na przetwarzanie danych w [celach marketingowych](#) oraz na świadczenie usług drogą elektroniczną, jeśli zostały wprowadzone do systemu.
- **Upr. dodatkowe** - kody uprawnień dodatkowych, dla których dodano dokument potwierdzający uprawnienie w danych pacjenta na zakładce *5. Upoważn./oświadcz./uprawn.*

W lewym górnym rogu *Kartoteki pacjentów* znajduje się menu "Funkcje dodatkowe", po rozwinięciu którego można uzyskać informacje o zaplanowanych szczepieniach pacjenta, jego historii wizyt, podejrzeć diagram zębowy w przypadku udzielania świadczeń stomatologicznych i wiele innych. Szczegółowy opis opcji dostępnych w menu znajduje się w rozdziale: [Funkcje dodatkowe Kartoteki](#).

5.3 Wyszukiwanie danych w Kartotece

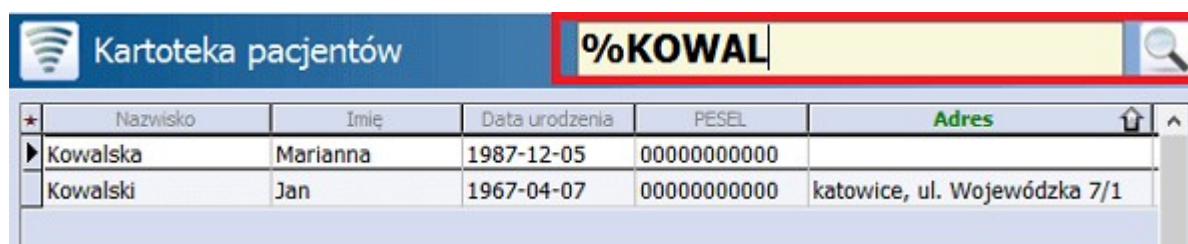
Aby wyszukać pacjenta na liście można zastosować:

- Wyszukiwanie proste.
- Wyszukiwanie zaawansowane.
- Wyszukiwanie za pomocą czytnika Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (woj. śląskie).

Wyszukiwanie proste

W polu wyszukiwania (zdz. poniżej) należy wpisać nazwisko lub numer PESEL danego pacjenta lub ich fragmenty. Przykład: po wpisaniu słowa „KOWAL” system wyświetli wszystkich pacjentów o nazwisku Kowal oraz tych, których nazwisko zaczyna się od słowa „Kowal”, np. Kowalski.

W przypadku wpisania fragmentu nazwiska poprzedzonego znakiem % (np. %OWALSKI), system wyświetli wszystkich pacjentów, których nazwisko kończy się lub zawiera ciąg liter „OWALSKI”.



Wyszukiwanie zaawansowane

Za pomocą panelu nawigacji *Wyszukiwanie zaawansowane* można wyszukać pacjenta/ów zgodnie z zadanymi warunkami wyszukiwania.

Znaczenie poszczególnych filtrów:

- **Dodatkowy ID pacjenta** - dodatkowe ID pacjenta w bazie nadane przez użytkownika ręcznie lub automatycznie przez program, jeśli włączono parametr "Włącz automatyczną numerację dodatkowych identyfikatorów pacjentów" w ścieżce: [Konfigurator > Ewidencja > Podstawowe](#). Jeśli zostanie zaznaczony checkbox "Szukaj fragmentu tekstu" system wyświetli wszystkich pacjentów, których ID dodatkowe rozpoczyna się od wpisanej cyfry/litery.

- **Numer karty ubezpieczenia** – z filtra mogą korzystać użytkownicy rozliczający się w śląskim OW NFZ.
- **Numer dowolnego kuponu** - jw.
- **Wiek pacjenta (w latach)** – filtr umożliwi wyszukiwanie pacjentów w określonym wieku (np. 3 lata) a także w określonym przedziale wieku - w tym celu należy wprowadzić przedział wiekowy oddzielony myślnikiem, np. 3-10.

Wyszukiwanie zaawansowane
⌵

ID pacjenta:

Dodatkowy ID pacjenta:

Szukaj fragmentu tekstu

Numer karty ubezpieczenia:

Numer dowolnego kuponu:

Poprzednie nazwisko:

Data urodzenia:

Wiek pacjenta (w latach):

Pokaż pacjentów:

Wyszukiwanie za pomocą Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego

Z funkcjonalności mogą korzystać użytkownicy rozliczający się w śląskim OW NFZ, którzy mają włączoną obsługę kuponów RUM. Po umieszczeniu karty pacjenta w czytniku, system wyświetli właściwą osobę na liście.

5.4 Dodanie pacjenta

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Nowy](#)

Przed wprowadzeniem nowego pacjenta należy upewnić się, czy jego dane nie znajdują się już w *Kartotece pacjentów*. Jeśli nie, dodania pacjenta dokonuje się poprzez użycie przycisku **Nowy**, znajdującego się w górnym panelu okna.

Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić wymagane pola, które zostały oznaczone (*). Zakres wymaganych danych zależy od tego, czy jest to pacjent:

- posiadający powszechne ubezpieczenie zdrowotne
- z krajów [Unii Europejskiej](#)
- cudzoziemiec [spoza Unii Europejskiej](#)

Kartoteka pacjentów

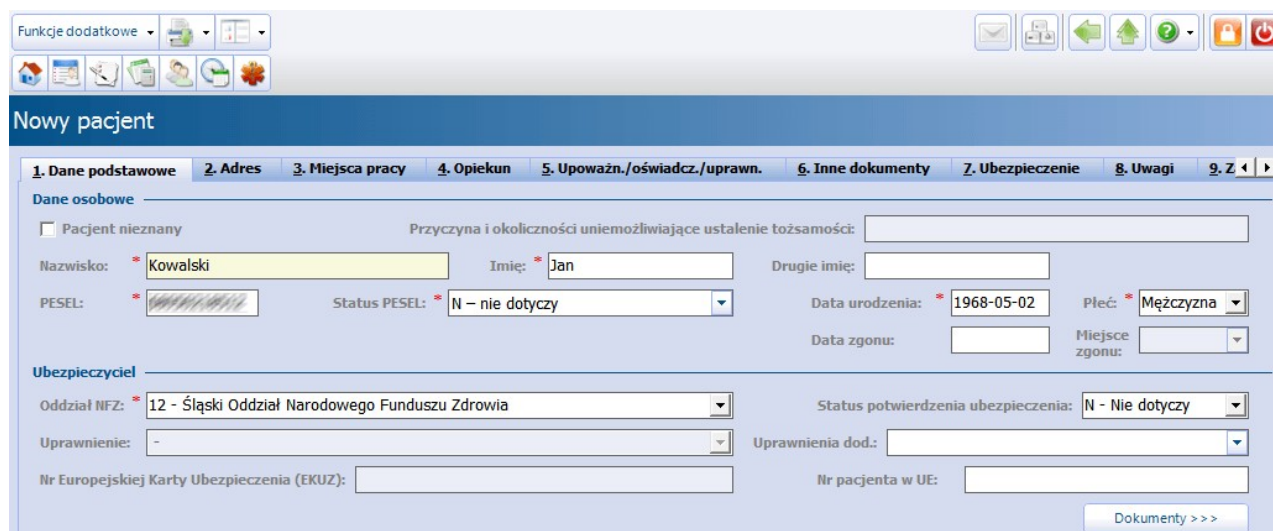
- posiadający decyzję [Wójta/Burmistrza/Prezydenta](#)
- o nieustalonej tożsamości ([NN](#))
- nieubezpieczony, a posiadający prawo do świadczeń finansowanych z [budżetu państwa](#)

Niniejszy opis dotyczy dodania pacjenta posiadającego powszechne ubezpieczenie zdrowotne:


Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładce 1. *Dane podstawowe*. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

- **PESEL** – należy uważnie wprowadzić nr PESEL, gdyż po zatwierdzeniu zmian pole to jest nieedytowalne. Po wprowadzeniu nr PESEL system na jego podstawie automatycznie uzupełni następujące pola: status PESEL, data urodzenia, płeć.
- **Status PESEL** – pole zostanie automatycznie uzupełnione wartością **N - nie dotyczy** po wprowadzeniu numeru PESEL pacjenta.
- **Oddział NFZ** – z listy rozwijanej należy wybrać właściwy oddział NFZ, w którym pacjent jest ubezpieczony.

W sekcji Informacje dodatkowe zostało dodane pole "Student", po zaznaczeniu którego informacja ta zostaje przeniesiona na pozycję rozliczeniową na zakładkę 4. *Dane AOS* dla zakresów świadczeń 04 i 08 udzielanych w poradni psychiatrycznej.



Następnie należy przejść na zakładkę 2. *Adres* i uzupełnić dane adresowe pacjenta.

Przy uzupełnianiu kodów terytorialnego lub miejscowości istnieje możliwość skorzystania z dedykowanych słowników (poprzez wybór przycisku .

Po wprowadzeniu kodu terytorialnego zostanie automatycznie uzupełnione pole "Województwo".

W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica zostało dodane pole "Kod ulicy", z dostępnym słownikiem kodów ulic, aktywne do edycji po uzupełnieniu pól "Kod terytorialny" oraz "Kod miejscowości". W oknie słownika prezentowane są ulice znajdujące się we wskazanej miejscowości. Po wyborze odpowiedniej pozycji jej nazwa wyświetli się w polu "Ulica".

Szczegółowe informacje dotyczące aktualizacji powyższych słowników w programie mMedica zawiera rozdział [Aktualizacja słownika kodów terytorialnych/miejscowości/ulic](#).

Nowy pacjent

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie 8. Uwagi 9. < >

Adres zamieszkania

Ten sam adres zameldowania

Kod pocztowy: * 41-902 Miasto:

Kod terytorialny: * 2462011 ... Bytom (miasto) (miasto)

Kod miejscowości:

Województwo: Śląskie

Kod ulicy:

Ulica:

Nr domu: Nr lokalu:

Teł. komórkowy: Teł. dodatkowy:

e-mail:

Powiadamianie:

Marketing

Adres zameldowania

Kod pocztowy: 41-902 Miasto:

Kod terytorialny: 2462011 ... Bytom (miasto) (miasto)

Kod miejscowości:

Województwo: Śląskie

Kod ulicy:

Ulica:

Nr domu: Nr lokalu:

Telefon:

Na pozostałych zakładkach można wprowadzić dodatkowe dane pacjenta, takie jak:

- dane dotyczące miejsca pracy oraz instytucji ubezpieczającej (przydatne przy wypisywaniu [druków L4](#) w Gabiniecie),
- dane opiekuna i przedstawiciela ustawowego,
- upoważnienia/oświadczenia/uprawnienia,
- inne dokumenty,
- dokumenty potwierdzające uprawnienie do świadczeń (ubezpieczenie),

Poniżej zostało zaprezentowane okno ewidencji danych oświadczenia. W oknie dodano parametr "**Bez prawa do refundacji leków**". Jego zaznaczenie spowoduje, że przy wystawianiu recept dla pacjenta podpowie się odpłatność leku 100%.

✕

Oświadczenie

Identyfikator: *

Podstawa: * Objęty ubezpieczeniem zdrowotnym

Bez prawa do refundacji leków

Typ oświadczenia: Pacjenta Opiekuna

Data złożenia: * 23-09-2020 **Sposób złożenia:** Papierowo

Potwierdzenie tożsamości:

Okres obowiązywania:

Od: do:

Załącznik: (brak)

Wprowadzający(a): **Data wprowadzenia:**

Modyfikujący(a): **Data modyfikacji:**

Status: Aktualny

Zatwierdź
 Zamknij

- uwagi (np. "Oryginał historii choroby wypożyczono pacjentowi" lub "Pacjent zapomniał karty chipowej - do odbioru w rejestracji").

5.4.1 Dodanie noworodka

Poniższa instrukcja przedstawia sposób ewidencji noworodka bez nadanego numeru PESEL do 6 miesiąca życia. Próba ewidencji pacjenta powyżej 6 miesiąca życia zgodnie z poniższymi zaleceniami zakończy się komunikatem:

Błędny status numeru PESEL dla osoby powyżej 6-ego miesiąca życia.

Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładkach 1. Dane podstawowe, 2. Adres oraz 4. Opiekun. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

- PESEL** – należy wprowadzić pesel zerowy.
- Status PESEL** – należy wybrać wartość: **D - noworodek**.
- Oddział NFZ** – z listy rozwijanej należy wybrać właściwy oddział NFZ, w którym pacjent jest ubezpieczony.

Nowy pacjent

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ubez

Dane osobowe

Pacjent niezany Przcyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: * Kowalski Imię: * Jan Drugie imię:

PESEL: * 0000000000 Status PESEL: * D – noworodek Nr dziecka: * Data urodzenia: * 15-07-2021 Płeć: * Mężczyzna

Ubezpieczyciel


Oddział NFZ: * 12 - Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia Status potwierdzenia ubezpieczenia: N - Nie dotyczy



Uprawnienie: - Uprawnienia dod.:

Dla potrzeb raportowania [zdarzeń medycznych](#) na zakładce dodano pole "Nr dziecka" (zaznaczone na powyższym zdjęciu), które należy uzupełnić w przypadku noworodka bez nadanego numeru PESEL. Jeżeli dziecko pochodzi z ciąży pojedynczej, w polu tym należy wybrać z listy rozwijalnej wartość "1". W przypadku dzieci pochodzących z ciąży mnogiej, należy nadać im numery według kolejności urodzenia.

Po uzupełnieniu danych podstawowych i danych adresowych należy przejść na zakładkę 4. *Opiekun*, gdzie uzupełnia się dane opiekuna dziecka. Powiązanie noworodka z opiekunem jest bardzo ważne z uwagi na sposób weryfikacji ubezpieczenia w systemie eWUŚ. Dla noworodków z peselem zerowym status eWUŚ weryfikowany jest poprzez PESEL opiekuna.

W wersji 9.9.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość wprowadzenia wielu opiekunów pacjenta. Zmieniono też sposób ewidencji danych na zakładce.

Obecnie w celu dodania opiekuna należy wybrać przycisk , zamieszczony w prawej części formatki. Wskazywany opiekun musi znajdować się w bazie programu mMedica i wybiera się go ze słownika pacjentów. Po jego dodaniu będzie on prezentowany jako odrębna pozycja na liście. Pierwszy wprowadzony opiekun jest oznaczany automatycznie jako domyślny i główny. Ustawienia te można zmienić, klikając w odpowiednie pola w kolumnach "Domyślny" i "Główny" lewym przyciskiem myszy. Opiekun oznaczony jako główny zostanie zawarty w eksporcie [I fazy](#) świadczeń pacjenta (komunikat SWIAD). Opiekun domyślny będzie uwzględniany w dokumentacji medycznej.

Wybór przycisku  powoduje otwarcie danych opiekuna w kartotece pacjentów. Przycisk  usuwa zaznaczonego opiekuna z danych pacjenta.

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ubr

* Id	Imię	Nazwisko	PESEL	Domyślny	Główny
1	Alina	Kowalska		✓	✓
2	Adam	Kowalski			

Dane opiekuna

Pokrewieństwo pacjenta względem opiekuna (do L4): 1 – Dziecko Przedstawiciel ustawowy Matka pacjenta

Uwagi:

Dane matki (wypełnić, jeśli inne niż dane opiekuna)

PESEL: Seria i numer dok. tożsamości:

Dane przedstawiciela ustawowego

Pacjent całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody

Nazwisko i imię: Kowalska Alina Adres:

W sekcji **Dane opiekuna** dla wskazanego na liście opiekuna istnieje możliwość uzupełnienia informacji o pokrewieństwie pacjenta względem niego (istotne dla zwolnień lekarskich) oraz zaznaczenia, czy jest on przedstawicielem ustawowym bądź matką pacjenta, a także zamieszczenia dodatkowych uwag.

W sekcji Dane matki podpowiedzą się dane opiekuna oznaczonego jako matka pacjenta. Jeżeli żaden z opiekunów nie jest matką pacjenta, należy dane w tej sekcji uzupełnić odrębnie.

W sekcji Dane przedstawiciela ustawowego istnieje możliwość zaznaczenia, że pacjent jest całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażania zgody. Można też wprowadzić imię, nazwisko oraz adres przedstawiciela ustawowego. Dane te podpowiedzą się, jeżeli dla któregoś z opiekunów zostało zaznaczone pole "Przedstawiciel ustawowy".

Jeśli dziecku zostanie nadany numer PESEL, należy dokonać modyfikacji danych pacjenta, zmieniając następujące dane:

- **PESEL** – należy skasować pesel zerowy i wpisać nadany numer PESEL.
- **Status PESEL** – należy zmienić wartość na: **N - nie dotyczy**.

Dane pacjenta: **Kowalski Jan (M)** 00000000000

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ube

Dane osobowe

Pacjent nieznan

Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: * Kowalski Imię: * Jan Drugie imię:

PESEL: * 163105 Status PESEL: * N - nie dotyczy Data urodzenia: * 2016-11-05 Płeć: * Mężczyzna

Data zgonu: Miejsce zgonu:

5.4.2 Dodanie pacjenta z UE

Pacjent posiadający ubezpieczenie unijne ma prawo do korzystania na koszt NFZ z niezbędnych świadczeń zdrowotnych w czasie tymczasowego pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Poniższa instrukcja opisuje sposób ewidencji takiego pacjenta.

Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładkach 1. *Dane podstawowe* oraz 2. *Adres*. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

- **PESEL** – jeśli pacjent ma nadany nr PESEL, należy uważnie go wprowadzić, gdyż po zatwierdzeniu zmian pole to jest nieedytowalne. W przypadku jego braku należy wpisać PESEL zerowy.
- **Status PESEL** – należy wybrać wartość: **U - cudzoziemiec z UE**.
- **Oddział NFZ** – należy wybrać wartość: **099 - Kraje Unii Europejskiej**. Pole uzupełni się automatycznie, jeśli wcześniej uzupełnione zostanie pole "Status PESEL".
- **Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ)** - należy wprowadzić numer karty EKUZ w przypadku, gdy pacjent legitymuje się tą kartą.
- **Nr pacjenta w UE** - należy wprowadzić numer identyfikacyjny pacjenta w UE widniejący na dokumencie, którym legitymuje się pacjent.
- **Kraj UE** - pole dodane w wersji 10.1.0 aplikacji mMedica. W przypadku pacjenta unijnego jego uzupełnienie jest wymagane.

Przykład uzupełnienia danych na podstawie Karty EKUZ:

EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Kod kraju instytucji właściwej ▶

Nazwisko: Nazwisko

Imię lub imiona: Imię lub imiona

Data urodzenia: Data urodzenia

Nr ewidencyjny w UE: Osobisty numer identyfikacyjny

Kod instytucji właściwej i jej skrócona nazwa: Numer identyfikacyjny instytucji

Numer formularza (karty): Numer identyfikacyjny karty

Data ważności karty: Data ważności

Numery z pól oznaczonych cyframi na powyższym wzorze karty EKUZ należy wpisać na formatkę *Nowy pacjent* w oznaczone pola:

Nowy pacjent

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ubr...

Dane osobowe

Pacjent nieznany Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: * Kowalski Imię: * Jan Drugie imię:

PESEL: * 0000000000 Status PESEL: * U – cudzoziemiec z UE Nr dziecka: Data urodzenia: * Płeć: *

Ubezpieczyciel

Oddział NFZ: * 099 - Kraje Unii Europejskiej Status potwierdzenia ubezpieczenia: N - Nie dotyczy

Uprawnienie: - Uprawnienia dod:

Nr EKUZ: 2 Nr pacjenta w UE: 1 Kraj UE:

Wprowadzone dane należy zatwierdzić, następnie przejść do uzupełnienia dokumentu ubezpieczeniowego poprzez wybranie przycisku **Dokumenty >>>** lub zakładki *7. Ubezpieczenie*.

Na zakładce *Ubezpieczenie* należy wybrać przycisk **Dokument UE** i w nowo otwartym oknie uzupełnić wymagane pola (oznaczone *) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie. W przypadku dokumentu unijnego należy uzupełnić dane znajdujące się na zakładce *1. Dokument UE* oraz *2. Dane upoważnionego*.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami:

- dla karty EKUZ należy wpisać tylko datę obowiązywania do
- dla dokumentu formularz typu E (tj. E106, E120...) oraz poświadczenie formularza typu E należy wpisać datę wystawienia i datę obowiązywania od
- dla dokumentu certyfikat zastępczy należy wpisać datę obowiązywania od-do

W wersji 10.1.0 aplikacji mMedica w danych dokumentu dodano pole "Komórka org." (zaznaczone na zdj. powyżej), aktywne dla dokumentu w rodzaju "F - formularz typu E" lub "P - poświadczenie formularza typu E". Ma ono zastosowanie w przypadku posiadania przez pacjenta dwóch lub więcej tego rodzaju dokumentów, których okresy obowiązywania pokrywają się. W takiej sytuacji dodanie kolejnego dokumentu będzie możliwe po wskazaniu komórki (lub komórek) organizacyjnej, dla której ten dokument ma obowiązywać, poprzez jej zaznaczenie na liście rozwijalnej we wspomnianym w polu. Dana komórka może być przypisana tylko do jednego ze wspomnianych dokumentów.

Dokument z wybraną komórką będzie pobierany do rozliczenia świadczeń w niej realizowanych. W przypadku świadczeń wykonywanych w innych miejscach realizacji uwzględniony zostanie dokument bez wskazanej komórki organizacyjnej.

Aby usunąć wprowadzony już dokument należy go otworzyć i wybrać przycisk **Usuń**, znajdujący się w lewym dolnym rogu okna.

Do słownika dokumentów UE można również wejść z poziomu: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Przegląd dokumentów UE](#). W lokalizacji tej istnieje możliwość edycji i usunięcia wybranego dokumentu.

5.4.3 Dodanie pacjenta z Ukrainy (bez numeru PESEL, zatrudnionego)

Poniższa instrukcja przedstawia sposób postępowania w przypadku ewidencji pacjenta z Ukrainy, nieposiadającego numeru PESEL, posiadającego prawo do świadczeń z tytułu zatrudnienia lub zgłoszonego do ubezpieczenia. Niżej przytoczony przykład omawia ewidencję pacjenta legitymującego się dokumentem IMIR.

Pacjentowi wprowadzonemu według poniższych zaleceń można dodać deklarację POZ.

Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładkach 1. Dane podstawowe oraz 2. Adres. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

- **PESEL** – wprowadzić pesel zerowy.
- **Status PESEL** – wybrać wartość: **C - cudzoziemiec spoza UE**.
- **Oddział NFZ** – z listy rozwijanej wybrać właściwy oddział NFZ, w którym pacjent jest ubezpieczony.
- **Paszport** - wpisać serię i numer paszportu, którym legitymuje się pacjent. Jeżeli pacjent legitymuje się **dowodem osobistym**, wybrać taki rodzaj dokumentu i wprowadzić jego serię i numer.
- **Kraj wydania paszportu** - z listy rozwijanej wybrać kraj wydania paszportu - Ukraina.
- **Uchodźca** - jeżeli pacjent jest uchodźcą, zaznaczyć pole. Podstawą zaznaczenia powinno być okazanie przez pacjenta decyzji wydanej przez Szefa Urzędu ds Cudzoziemców.

Uwaga! W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica został zmieniony sposób wprowadzania informacji o dokumencie potwierdzającym tożsamość pacjenta. Obecnie w sekcji Dokument tożsamości należy wybrać odpowiedni rodzaj dokumentu w polu "Rodzaj" oraz wpisać jego serię i numer w polu "Seria i numer". **Dodatkowo w wersji 8.2.0 zakres możliwych do wprowadzenia dokumentów rozszerzono o: prawo jazdy, legitymację szkolną oraz polski dokument tożsamości cudzoziemca.**

Wprowadzone dane pacjenta należy zatwierdzić, następnie przejść do uzupełnienia informacji o miejscu pracy pacjenta na zakładce 3. *Miejsca pracy*. W przypadku gdy pacjent:

- **ma prawo do świadczeń z tytułu zatrudnienia** - należy dodać informację o jego pracodawcy.
- **został zgłoszony do ubezpieczenia** - należy dodać informację o oddziale ZUS.

W każdym przypadku należy bezwzględnie uzupełnić NIP płatnika składek, który jest elementem wymaganym podczas eksportu deklaracji.

Po wybraniu przycisku **Dodaj**, w oknie dialogowym *Miejsca pracy* należy wybrać odpowiedni rekord. Słownik miejsc pracy jest tworzony przez użytkownika samodzielnie. W przypadku braku oczekiwanego miejsca pracy na liście, należy dodać je ręcznie za pomocą przycisku **Dodaj pozycję do słownika**, znajdującego się w lewym dolnym rogu okna. **Uzupełnienie pola NIP jest obowiązkowe!**

Kartoteka pacjentów

*	Nazwa	NIP	Główne	Aktualne
▶	ZUS Chorzów	5220105028	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

W oknie definicji danych miejsca pracy został dodany przycisk **Pobierz z bazy GUS**. Staje się on aktywny po wpisaniu numeru NIP. Jego wybór powoduje pobranie z bazy Głównego Urzędu Statystycznego pozostałych danych podmiotu, takich jak nazwa i adres.

Wprowadzone dane należy zatwierdzić, następnie przejść na zakładkę *Ubezpieczenie* i wybrać odpowiedni dokument ubezpieczeniowy (w omawianym przypadku jest to IMIR). W owo otwartym oknie uzupełnić wymagane pola (oznaczone *) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie.

Imienny raport miesięczny (IMIR)

NIP wystawiającego: 123456789
Rok: 2016
Miesiąc: Październik
Załącznik: (brak)
Wprowadził(a): NOWAKA
Data modyfikacji: 2016-09-12
Status: Aktualny

Dodaj dokument

Dokument UE Decyzja wójta/burm. Uprawniający **IMIR** Legitymacja ubez. Legitymacja renc./emer. Zgłoszenie do ubezpieczenia Zaświadczenie Oświadczenie Inny Brak ubezpieczenia Karta pobytu

Tak zaewidencjonowanemu pacjentowi można dodać deklarację, według instrukcji znajdującej się w rozdziale: [Dodanie deklaracji](#).

5.4.3.1 Pacjent z Kartą pobytu

Poniższa instrukcja przedstawia sposób postępowania w przypadku ewidencji pacjenta z Ukrainy, nieposiadającego numeru PESEL, legitymującego się kartą pobytu.

Pacjentowi wprowadzonemu według poniższych zaleceń można dodać deklarację POZ, po dodatkowym wprowadzeniu poniższych danych na zakładce 1. Dane podstawowe:

- seria i numer paszportu lub dowodu osobistego
- seria i numer karty stałego pobytu

Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładkach 1. Dane podstawowe oraz 2. Adres. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

- **PESEL** – wprowadzić pesel zerowy.
- **Status PESEL** – wybrać wartość: **C - cudzoziemiec spoza UE**.
- **Oddział NFZ** – z listy rozwijanej wybrać właściwy oddział NFZ, w którym pacjent jest ubezpieczony.
- W sekcji Dokument tożsamości wybrać dokument **Inny** - wpisać serię i numer karty pobytu.

Uwaga! W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica został zmieniony sposób wprowadzania informacji o dokumencie potwierdzającym tożsamość pacjenta. Obecnie w sekcji Dokument tożsamości należy wybrać odpowiedni rodzaj dokumentu w polu "Rodzaj" oraz wpisać jego serię i numer w polu "Seria i numer". Dodatkowo w wersji 8.2.0 zakres możliwych do wprowadzenia dokumentów rozszerzono o: prawo jazdy, legitymację szkolną oraz polski dokument tożsamości cudzoziemca.

The screenshot shows the '1. Dane podstawowe' tab of the patient registration form. The form is divided into several sections:

- Dane osobowe:** Includes a checkbox for 'Pacjent nieznan', a text field for 'Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości', and fields for 'Nazwisko', 'Imię', 'Drugie imię', 'PESEL' (with a value of 00000000000), 'Status PESEL' (set to 'C - cudzoziemiec spoza UE'), 'Nr dziecka', 'Data urodzenia' (16-02-1969), and 'Płeć' (Kobieta).
- Ubezpieczyciel:** Includes a dropdown for 'Oddział NFZ' (12 - Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia), a dropdown for 'Status potwierdzenia ubezpieczenia' (N - Nie dotyczy), a dropdown for 'Uprawnienie', a dropdown for 'Uprawnienia dod.', a text field for 'Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ)', and a text field for 'Nr pacjenta w UE'.
- Dokument tożsamości:** Includes a dropdown for 'Rodzaj' (Inny), a text field for 'Seria i numer' (ASD123456), a dropdown for 'Kraj wydania', and a checkbox for 'Uchodźca'.

At the bottom right of the form, there is a button labeled 'Dokumenty >>>'.

Wprowadzone dane pacjenta należy zatwierdzić, następnie przejść na zakładkę *Ubezpieczenie* i wybrać przycisk **Karta pobytu**. W owo otwartym oknie uzupełnić wymagane pola (oznaczone *) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie.

The screenshot shows the 'Karta pobytu' form in the mMedica application. The form is titled 'Karta pobytu' and has a blue header. It contains fields for 'Typ' (Type), 'Numer' (Number), 'Nazwa' (Name), 'Rodzaj' (Type), 'Data wydania' (Issue Date), and 'Data ważności do' (Valid Until). The 'Typ' field is set to 'Karta pobytu'. The 'Data wydania' is set to '2017-02-16'. Below the form are buttons for 'Zatwierdź i drukuj', 'Zatwierdź', and 'Zamknij'. At the bottom of the application window, there is a 'Dodaj dokument' (Add document) section with various document types, including 'Karta pobytu' which is highlighted with a red box.

5.4.3.2 Pacjent ze zgodą na pobyt czasowy

Instrukcja przedstawiająca sposób postępowania w przypadku ewidencji pacjenta spoza UE, bez nadanego numeru PESEL, posiadającego zgodę na pobyt czasowy znajduje się w rozdziale: [Deklaracja pacjenta z Ukrainy](#).

Uwaga! Dokument zgody na pobyt czasowy uprawnia pacjenta jedynie do złożenia deklaracji POZ i korzystania ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

5.4.4 Dodanie pacjenta z Ukrainy (ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy)

W wersji 8.1.2 aplikacji mMedica została dodana możliwość ewidencji dokumentów potwierdzających uprawnienie do świadczeń dla pacjentów posiadających takie uprawnienie na mocy ustawy z dnia 12 marca 2022 r., o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Dokumentami tymi są:

- **potwierdzenie eWUŚ** - pobierane dla pacjenta posiadającego numer PESEL. Potwierdzenie eWUŚ dla pacjenta z Ukrainy, uprawnionego na mocy wyżej wspomnianej ustawy, będzie posiadało dodatkową adnotację:

Pacjent posiada uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy Ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa

Dokładny opis sposobu pobierania potwierdzeń z systemu eWUŚ zawiera rozdział [Sposoby weryfikacji pacjenta w eWUŚ](#).

- **oświadczenie** (o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń) - generowane w danych pacjenta na zakładce **Ubezpieczenie** lub po zaznaczeniu pacjenta na liście w kartotece pacjentów, poprzez wybór przycisku **Oświadczenie**.

W oknie dodawania oświadczenia w polu "Podstawa" należy z listy rozwijalnej wybrać pozycję zaznaczoną na poniższym zdjęciu.

Oświadczenie

Identyfikator: * OSW-2/2022





Podstawa: * Objęty ubezpieczeniem zdrowotnym

Typ oświadczenia: Objęty ubezpieczeniem zdrowotnym
Z tytułu uzyskania decyzji wójta/burm./prezyd.
Obywatel Polski w okresie ciąży, porodu lub połogu

Data złożenia: * Osoba, która uzyskała w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy
Prawo do świadczeń, po wygaśnięciu obowiązku ubez...

Potwierdzenie tożsamości: Art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy

Okres obowiązywania:
Od: do:

Załącznik:    

Wprowadzający(a): Data wprowadzenia:

Modyfikujący(a): Data modyfikacji:

Status:

Wydruk takiego oświadczenia będzie zgodny z opublikowanym wzorem.

Sposoby ewidencji w kartotece pacjentów danych obywatela Ukrainy, uprawnionego do świadczeń na mocy ustawy:

1. Jeżeli pacjent posiada numer PESEL, należy wprowadzić jego dane w sposób analogiczny jak w przypadku pacjenta posiadającego powszechne ubezpieczenie zdrowotne, według wytycznych zawartych w rozdziale [Dodanie pacjenta](#). Dokumentem potwierdzającym jego uprawnienie do świadczeń będzie potwierdzenie pobrane z systemu eWUŚ lub oświadczenie wprowadzone z podstawą: "Art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy".

2. Jeżeli pacjent nie ma nadanego numeru PESEL, należy na zakładce **1. Dane podstawowe** w polu "PESEL" wpisać nr PESEL złożony z samych zer, w polu "Status PESEL" wybrać wartość: **C - cudzoziemiec spoza UE**. W omawianym przypadku obowiązkowe jest uzupełnienie sekcji Dokument tożsamości, gdzie należy wprowadzić informację o dokumencie tożsamości pacjenta oraz w polu "Kraj wydania" wybrać pozycję: **Ukraina**.

Dokumentem potwierdzającym uprawnienie do świadczeń w przypadku takiego pacjenta będzie oświadczenie wprowadzone zgodnie z wcześniejszymi wytycznymi.

W związku z komunikatem NFZ z dnia 17.05.2022 r., dotyczącym deklaracji medycyny szkolnej dzieci z Ukrainy, które przybyły na terytorium RP po dniu 24.02.2022 r. w związku z konfliktem zbrojnym, w wersji 8.1.4 aplikacji mMedica wprowadzono możliwość sprawozdawania [deklaracji medycyny szkolnej](#) składanych uczniom bez nadanego numeru PESEL, których dane zostały wprowadzone do programu w wyżej opisanym sposobie. Aby w omawianym przypadku deklaracja mogła zostać poprawnie wyeksportowana, pacjent musi posiadać wprowadzone oświadczenie z podstawą: "Art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy" i z datą złożenia równą lub większą od daty złożenia deklaracji. Zgodnie z wytycznymi NFZ w takiej sytuacji w ramach deklaracji powinien zostać sprawozdany nr NIP szkoły/placówki oświatowej. Dlatego też wybrana w jej danych szkoła musi mieć uzupełniony nr NIP.

Uwaga! Pacjenci uprawnieni do świadczeń na mocy ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy z dnia 12 marca 2022 r. (o których mowa w niniejszym rozdziale), dla których składane są w programie deklaracje, nie

powinni posiadać w swoich danych w kartotece pacjentów zaznaczonego pola "**Uchodźca**". Informacja ta jest przekazywana do NFZ przy eksporcie deklaracji, co w przypadku tego rodzaju pacjentów byłoby niezgodne z aktualnymi wytycznymi.

Uwaga! Na receptach wystawianych pacjentom z Ukrainy, uprawnionym do świadczeń na mocy ustawy z dnia 12 marca 2022 r., dla których pobrano potwierdzenie eWUŚ lub dodano oświadczenie z podstawą: "Art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy", będzie się domyślnie podpowiadać uprawnienie "**IN**".

5.4.5 Dodanie pacjenta z Kartą Polaka

Cudzoziemcy posiadający Kartę Polaka są uprawnieni do korzystania na terenie Polski z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Poniższa instrukcja opisuje sposób ewidencji takiego pacjenta bez nadanego numeru PESEL.

Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładkach 1. Dane podstawowe oraz 2. Adres. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

- **PESEL** – należy wprowadzić pesel zerowy.
- **Status PESEL** – należy wybrać wartość: **C - cudzoziemiec spoza UE**.
- **Oddział NFZ** – należy wybrać wartość: **00 - (żaden z oddziałów)**. Pole uzupełni się automatycznie, jeśli wcześniej uzupełnione zostanie pole "Status PESEL"
- **Uprawnienie** - z listy rozwijanej należy wybrać uprawnienie **RP** - upr. dla repatriantów lub posiadających ważną Kartę Polaka gdzie składki opłaca uczelnia
- **Paszport/Inny - seria i numer** - należy wprowadzić serię i numer paszportu lub innego dokumentu, którym legitymuje się pacjent.

Uwaga! W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica został zmieniony sposób wprowadzania informacji o dokumencie potwierdzającym tożsamość pacjenta. Obecnie w sekcji Dokument tożsamości należy wybrać odpowiedni rodzaj dokumentu w polu "Rodzaj" oraz wpisać jego serię i numer w polu "Seria i numer". **Dodatkowo w wersji 8.2.0 zakres możliwych do wprowadzenia dokumentów rozszerzono o: prawo jazdy, legitymację szkolną oraz polski dokument tożsamości cudzoziemca.**

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ubezpie

Dane osobowe

Pacjent nieznan Przcyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: * Imię: Drugie imię:

PESEL: * 0000000000 Status PESEL: * C - cudzoziemiec spoza UE Nr dziecka: Data urodzenia: * 16-02-1969 Płeć: * Mężczyzna

Ubezpieczyciel

Oddział NFZ: * 00 - (żaden z oddziałów) Status potwierdzenia ubezpieczenia: N - Nie dotyczy

Uprawnienie: RP - upr. dla repatriantów lub posiadających ważną Kartę Polaka gdzie składki Uprawnienia dod.:

Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ): Nr pacjenta w UE:

Ewidencja danych pacjenta komercyjnego

Dokument tożsamości

Rodzaj: Paszport Seria i numer: 1234567890 Kraj wydania: Uchodźca

Informacje dodatkowe

Wprowadzone dane pacjenta należy zatwierdzić, następnie przejść do uzupełnienia dokumentu ubezpieczeniowego poprzez wybranie przycisku **Dokumenty >>>** lub zakładki 7. *Ubezpieczenie*.

Na zakładce *Ubezpieczenie* należy wybrać przycisk **Uprawniający** i w nowo otwartym oknie uzupełnić wymagane pola (oznaczone *) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie.

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie 8. Uwagi

Data od: 2015-07-01 do: 2015-07-31 Typ: Tylko aktualne

Dokument uprawniający

Numer dokumentu: *
Nazwa dokumentu: *
Rodzaj uprawnienia: * RP - na podstawie ustawy o Karcie Polaka (art. 6 ust. 1 Pkt 5 ustawy z c
Podmiot wystawiający:
Lekarz wystawiający: ...
Okres obowiązywania: od do *
Status:
Załącznik: (brak)

Zatwierdź (F9) Zamknij

Dodaj dokument

Dokument UE Decyzja wójta/burm. **Uprawniający** RMUA Legitymacja ubez. Legitymacja renc./emer. Zgłoszenie do ubezpieczenia Zaświadczenie Oświadczenie Inny Brak ubezpieczenia Karta pobytu

5.4.6 Dodanie pacjenta z decyzją wójta/burmistrza/prezydenta

W przypadku pacjenta posiadającego decyzję wójta (burmistrza, prezydenta) gminy o prawie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, oprócz danych podstawowych (opisanych w rozdziale [Dodanie pacjenta](#)) należy uzupełnić informacje dot. posiadanej przez niego decyzji.

Po wprowadzeniu podstawowych danych pacjenta należy przejść do uzupełnienia dokumentu ubezpieczeniowego, poprzez wybranie przycisku **Dokumenty >>>** lub zakładki **7. Ubezpieczenie**.

Na zakładce **Ubezpieczenie** należy wybrać przycisk **Decyzja wójta/burm.** i w nowo otwartym oknie uzupełnić wymagane pola (oznaczone *) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie.

The screenshot displays the 'mMedica' software interface for adding a document. At the top, there are tabs for '1. Dane podstawowe', '2. Adres', '3. Miejsca pracy', '4. Opiekun', '5. Upoważn./oświadcz./uprawn.', '6. Inne dokumenty', '7. Ubezpieczenie', and '8. Uwagi'. The '7. Ubezpieczenie' tab is active. Below the tabs, there are input fields for 'Data od:' (2015-07-01), 'do:' (2015-07-31), and 'Typ:'. A checkbox 'Tylko aktualne' is checked. A central window titled 'Decyzja' contains the following fields: 'Numer decyzji:' (yellow background), 'Organ wydający:', 'Okres obowiązywania:' (with 'do:' dropdown), 'Data obowiązywania w systemie mMedica:' (with 'do:' dropdown), 'Kod terytorialny:', 'Załącznik:' (with '(brak)' and icons for various file formats), 'Wprowadził(a):' (NOWAKA), and 'Data modyfikacji:' (2015-07-07 11:50) with a 'Status:' dropdown. At the bottom of the window are 'Zatwierdź (F9)' and 'Zamknij' buttons. Below the window, a 'Dodaj dokument' section contains a row of buttons: 'Dokument UE', 'Decyzja wójta/burm.' (highlighted with a red box), 'Uprawiający', 'RMUA', 'Legitymacja ubez.', 'Legitymacja renc./emer.', 'Zgłoszenie do ubezpieczenia', 'Zaświadczenie', 'Oświadczenie', 'Inny', 'Brak ubezpieczenia', and 'Karta pobytu'.

5.4.7 Dodanie pacjenta NN

W przypadku ewidencji pacjenta o nieustalonej tożsamości (NN) należy zaznaczyć pole **"Pacjent nieznany"**. W polach "Nazwisko" i "Imię" pojawią się wartości "NN" oraz data dokonania wpisu. Pozostałe pola również zostaną automatycznie uzupełnione przez aplikację (zdzj. poniżej). Użytkownik powinien uzupełnić jedynie pole "Płeć".

Należy pamiętać, aby w momencie uzyskania informacji nt. tożsamości pacjenta NN usunąć zaznaczenie w polu "Pacjent nieznany" i niezwłocznie wprowadzić jego dane osobowe.

The screenshot shows the 'Nowy pacjent' form with the following visible data:

- 1. Dane podstawowe** (selected tab)
- Dane osobowe** section:
 - Pacjent nieznany
 - Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości: [empty field]
 - Nazwisko: * Nn
 - Imię: * Wpis. 2015-07-07 13:39
 - Drugie imię: [empty field]
 - PESEL: * 00000000000
 - Status PESEL: * B - nie nadany / nieznany
 - Data urodzenia: [empty field]
 - Płeć: * [dropdown menu]
 - Data zgonu: [empty field]
 - Miejsce zgonu: [dropdown menu]
- Ubezpieczyciel** section:
 - Oddział NFZ: * 00 - (żaden z oddziałów)
 - Status potwierdzenia ubezpieczenia: N - Nie dotyczy
 - Uprawnienie: -
 - Uprawnienia dod.: [dropdown menu]
 - Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ): [empty field]
 - Nr pacjenta w UE: [empty field]
- Buttons: Dokumenty >>>

5.4.8 Dodanie pacjenta finansowanego z budżetu państwa

Istnieje grupa pacjentów (uprawnionych), którzy pomimo braku ubezpieczenia posiadają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na mocy ustawy. Niniejsza instrukcja dla przykładu przedstawia sposób ewidencji nieubezpieczonej kobiety ciężarnej.

Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładkach 1. *Dane podstawowe* oraz 2. *Adres*. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

- **Status PESEL** – należy wybrać wartość: **N - nie dotyczy**.
- **Oddział NFZ** – należy wybrać wartość: **00 - (żaden z oddziałów)**.
- **Uprawnienie** - z listy rozwijanej należy wybrać odpowiednie uprawnienie, z tytułu jakiego świadczeniobiorcy przysługuje prawo do świadczeń. W omawianym przypadku będzie to uprawnienie **IB** - osoby posiadające obywatelstwo polskie w okresie ciąży, porodu lub połogu

Nowy pacjent

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ubezpi

Dane osobowe

Pacjent nieznan

Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: * Kowalska Imię: * Marianna Drugie imię:

PESEL: * 88***** Status PESEL: * B - nie nadany / nieznan Data urodzenia: * 04-12-1988 Płeć: * Kobieta

Data zgonu: Miejsce zgonu:

Ubezpieczyciel

Oddział NFZ: * 00 - (żaden z oddziałów)

Uprawnienie: IB - osoby posiadające obywatelstwo polskie w okresie ciąży, porodu lub połogu

Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ):

Status potwierdzenia ubezpieczenia: N - Nie dotyczy

Uprawnienia dod.:

Nr pacjenta w UE:

Ewidencja danych pacjenta komercyjnego

Dokumenty >>>

Rozwinięcie pola "Uprawnienie" ukazuje listę tytułów prawa, na mocy których świadczeniobiorcy mogą uzyskać bezpłatne świadczenia:

- AL - leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu
- BU - prawo do świadczeń przed upływem 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego
- CH - upr. dla osób w okresie pobierania przez te osoby zasiłku
- CU - upr. dla cudzoziemca
- EM - upr. w okresie trwania postępowania o przyznanie emerytury lub renty
- IA - dzieci obywatelstwa polskiego do ukończenia 18 roku życia
- IAU - dzieci do ukończenia 18 roku życia z nadanym statusem uchodźcy
- IB - osoby posiadające obywatelstwo polskie w okresie ciąży, porodu lub połogu
- IBU - uchodźcy w okresie ciąży, porodu lub połogu
- IC - osoba niepełnoletnia z rentą rodzinną, bez obywatelstwa polskiego
- NA - upr. na podst. ust. o przeciwdziałaniu narkomanii – leczenie, rehabilitacja oraz reintegracja osoby uzależnionej
- NF - osoby posiadające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez inny podmiot niż Fundusz
- PO - osoby w służbie OC w czasie pełnienia obowiązków służbowych
- PS - upr. na podst. ust. o ochronie zdrowia psychicznego
- RM - osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego mające prawo do medycznych czynności ratunkowych
- RP - upr. dla repatriantów lub posiadających ważną Kartę Polaka gdzie składki opłaca uczelnia
- RR - upr. dla repatriantów przez okres do 90 dni od dnia przekroczenia granicy RP
- TR - obywatel Ukrainy, który odniósł obrażenia w wyniku działań wojennych na terenie Ukrainy
- UC - upr. po ukończeniu nauki: 6 miesięcy dla uczniów, 4 miesiące dla studentów i doktorantów
- UM - osoby określone w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych
- ZA - upr. w przypadku świadczeń związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych
- ZF - upr. dla zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników, na podst. umów międzynarodowych
- ZP - osoby z zaburzeniami psych. poddających się terapii w ośrodku wskazanym przez sąd

Uprawnienia **TR** oraz **IC** zostały dodane w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica w związku z Zarządzeniem nr 23/2023/DI Prezesa NFZ, zawierającym wytyczne dla komunikatu SWIAD 10;10,2.

Wprowadzone dane należy zatwierdzić, następnie przejść do uzupełnienia dokumentu ubezpieczeniowego poprzez wybranie przycisku **Dokumenty >>>** lub zakładki **7. Ubezpieczenie**.

Na zakładce **Ubezpieczenie** należy wybrać przycisk **Uprawniający** i w nowo otwartym oknie uzupełnić wymagane pola (oznaczone *) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie.

The screenshot displays the 'Dokument uprawniający' form in the mMedica application. The form is titled 'Dokument uprawniający' and contains several input fields and dropdown menus. The 'Rodzaj uprawnienia' field is set to 'IB - osoby posiadające obywatelstwo polskie w okresie ciąży, porodu lub'. Below the form, there are buttons for 'Zatwierdź' and 'Zamknij'. At the bottom of the application window, there is a 'Dodaj dokument' bar with various document types listed, including 'Uprawniający', which is highlighted with a red box.

Przykładowym dokumentem potwierdzającym uprawnienie w przypadku nieubezpieczonych kobiet w czasie ciąży, porodu, położenia może być dokument potwierdzający ten stan, np. zaświadczenie lekarskie, karta ciąży oraz dokument potwierdzający zamieszkanie na terytorium RP i obywatelstwo polskie.

5.4.9 Dodanie pacjenta spoza UE

Poniższa instrukcja przedstawia sposób postępowania w przypadku ewidencji pacjenta pochodzącego spoza Unii Europejskiej, nieposiadającego numeru PESEL a ubezpieczonego w Polsce. Niżej przytoczony przykład omawia rozliczenie pacjenta legitymującego się dokumentem IMIR.

Na otwartej formatce *Nowy pacjent* należy uzupełnić dane pacjenta znajdujące się na zakładkach 1. Dane podstawowe oraz 2. Adres. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

- **PESEL** – należy wprowadzić pesel zerowy.
- **Status PESEL** – należy wybrać wartość: **C - cudzoziemiec spoza UE**.
- **Oddział NFZ** – należy wybrać wartość: **00 - (żaden z oddziałów)**. Pole uzupełni się automatycznie, jeśli wcześniej uzupełnione zostanie pole "Status PESEL"
- **Uprawnienie** - z listy rozwijanej należy wybrać odpowiednie uprawnienie, z tytułu jakiego świadczeniobiorcy przysługuje prawo do świadczeń. W omawianym przypadku będzie to uprawnienie "UM - osoby określone w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych".
- **Dowód osobisty/Paszport - seria i numer** - należy wpisać serię i numer dowodu osobistego/paszportu, którym legitymuje się pacjent.

Uwaga! W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica został zmieniony sposób wprowadzania informacji o dokumencie potwierdzającym tożsamość pacjenta. Obecnie w sekcji Dokument tożsamości należy wybrać odpowiedni rodzaj dokumentu w polu "Rodzaj" oraz wpisać jego serię i numer w polu "Seria i numer". Dodatkowo w wersji 8.2.0 zakres możliwych do wprowadzenia dokumentów rozszerzono o: prawo jazdy, legitymację szkolną oraz polski dokument tożsamości cudzoziemca.

Kartoteka pacjentów

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ubezpieczenie

Dane osobowe

Pacjent nieznan Przyczyna i okoliczności uniemożliwiająca ustalenie tożsamości:

Nazwisko: * Imię: * Drugie imię:

PESEL: * 00000000000 Status PESEL: * C – cudzoziemiec spoza UE Nr dziecka: Data urodzenia: * 16-02-1969 Płeć: * Kobieta

Ubezpieczyciel

Oddział NFZ: * 00 - (żaden z oddziałów) Status potwierdzenia ubezpieczenia: N - Nie dotyczy

Uprawnienia: UM - osoby określone w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych Uprawnienia dod.:

Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ): Nr pacjenta w UE:

Ewidencja danych pacjenta komercyjnego

Dokument tożsamości

Rodzaj: Paszport Seria i numer: 1234567890 Kraj wydania: Uchodźca

Informacje dodatkowe

Wprowadzone dane pacjenta należy zatwierdzić, następnie przejść do uzupełnienia dokumentu ubezpieczeniowego poprzez wybranie przycisku **Dokumenty >>>** lub zakładki 7. *Ubezpieczenie*.

Na zakładce 7. *Ubezpieczenie* należy wybrać odpowiedni dokument ubezpieczeniowy (w omawianym przypadku jest to **IMIR**) i w nowo otwartym oknie uzupełnić wymagane pola (oznaczone *) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie.

Dane pacjenta: **Gnyp Alexanja (K)** 0000000000

5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ubezpieczenie 9. Uwagi 10. Zarządzanie grupami pacjentów

Data od: 2016-09-01 Tylko aktualne

Typ dokumentu

Imienny raport miesięczny (IMIR)

NIP wystawiającego: * 123456789

Rok: * 2016

Miesiąc: * Październik

Załącznik: (brak)

Wprowadził(a): NOWAKA

Data modyfikacji: 2016-09-12 Status: Aktualny

Dodaj dokument

Dokument UE Decyzja wójta/burm. Uprawniający **IMIR** Legitymacja ubez. Legitymacja renc./emer. Zgłoszenie do ubezpieczenia Zaświadczenie Oświadczenie Inny Brak ubezpieczenia Karta pobytu

5.5 Uprawnienia dodatkowe pacjentów

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [Dane](#)

Niektórym pacjentom przysługują szczególne uprawnienia niezależne od tytułu uprawnienia, jak np. korzystanie ze świadczeń bez skierowania i poza kolejnością. W poszczególnych przypadkach NFZ może wymagać sprawozdawania informacji o dodatkowym uprawnieniu pacjenta w komunikacie SWIAD (eksport danych I fazą) - wtedy należy wykonać poniższe czynności.

Jeśli pacjent jest osobą uprzywilejowaną, informacje o uprawnieniach dodatkowych można zaznaczyć w programie w nast. miejscach:

- W danych pacjenta w polu "Uprawnienie dod." - wprowadzone uprawnienie będzie domyślnie podpowiadane na każdej wizycie pacjenta (szczegóły poniżej).

- W danych pacjenta na zakładce 5. *Upoważn./oświadcz./uprawn.* poprzez dodanie dokumentu uprawniającego - uprawnienie będzie podpowiadane na wizytach pacjenta do czasu końca ważności dokumentu.
- Na formatce *Uzupełnianie świadczeń* w polu "Dodatkowe" - występuje konieczność każdorazowego, ręcznego zaznaczania uprawnienia na wizytach pacjenta.

Uzupełnianie świadczeń

Nr świadczenia: [] ID wizyty: [] Rodzaj danych: W S R Pacjent: PESEL [] NOWAK KATARZYNA

Realizacja

Rozp. główne: * [] Wizyta: * Specjalistyczna

Data od: * 2017-03-23 10:26 do: * 2017-03-23 10:26 Dni: 1 Przyjęcie: * Bez skierowania

Realizujący: * ID NOWAKA Nowak Anna Lekarz Kod świadcz.: * []

Komórka org.: * NEUR PORADNIA NEUROLOGICZNA Podtyp: []

Uprawnienie: [] **Dodatkowe: 47CC** Eksportuj Ratująca życie

Aby wprowadzić informacje o uprawnieniu dodatkowym pacjenta należy:

1. Przejść do *Kartoteki pacjentów* i zaznaczyć na liście pacjenta, któremu będą wprowadzane dane.
2. Wybrać przycisk **Dane** znajdujący się w górnym panelu okna.
3. W polu "Uprawnienia dod." rozwinąć listę zawierającą uprawnienia dodatkowe i wybrać właściwe.
4. Zatwierdzić zmiany.

Wskazanie uprawnienia dodatkowego w danych pacjenta będzie powodować jego domyślne podpowiadanie na każdej wizycie pacjenta, w polu zobrazowanym na powyższym zrzucie ekranu.

Dane pacjenta: Kowalski Jan (M) 00000000000

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. U < >

Dane osobowe

Pacjent nieznan Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości: []

Nazwisko: * Kowalski Imię: * Jan Drugie imię: []

PESEL: * [] Status PESEL: * N - nie dotyczy Data urodzenia: * 1968-09-16 Płeć: * Mężczyzna

Data zgonu: [] Miejsce zgonu: []

Ubezpieczyciel

Oddział NFZ: * 12 - Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia Status potwierdzenia ubezpieczenia: * N - Nie dotyczy

Uprawnienie: - **Uprawnienia dod.: 47B**

Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ): [] Nr pacjenta w UE: []

W przypadku, kiedy oprócz kodu uprawnienia dodatkowego należy przekazać również dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe pacjenta, należy dokonać jego ewidencji w danych pacjenta na zakładce 5. *Upoważn./oświadcz./uprawn.* W sekcji "Dokumenty uprawnień dodatkowych" wybrać przycisk "Dodaj" i uzupełnić wymagane dane na dokumencie tj. datę wystawienia, rodzaj uprawnienia oraz nazwę. Aby wskazać na dokumencie kilka kodów uprawnień, których on dotyczy, należy rozwinąć listę w polu "Uprawnienie" i zaznaczyć odpowiednie kody.

W polu "Wystawiający" istnieje możliwość wyboru lekarza wystawiającego dokument.

Dokument uprawnienia dodatkowego

Data wystawienia: 12-06-2019

Data ważności:

Uprawnienie: 47CZND, ZSN

Nazwa: Orzeczenie o niepełnosprawności

Nr dokumentu:

Wystawiający:

Załącznik

(brak)

Wprowadzający(a): NOWAKA Data wprowadzenia: 12-06-2019 09:19

Modyfikujący(a): Data modyfikacji:

Zatwierdź Wyjście

Jeśli w danych pacjenta zaewidencjonowano dokument potwierdzający uprawnienie, a jego data ważności przypada na dzień realizacji wizyty, aplikacja mMedica automatycznie oznaczy dokument na wizycie, przesyłając go następnie w komunikacie SWIAD.

Dodatkowe: 31C

Eksportuj Ratująca życie

Dokumenty uprawnień dodatkowych

Uprawnienie	Data wyst.	Data ważności	Nazwa	Numer
31C	2019-02-11	2019-02-12	Karta ciąży	

Zatwierdź Wyjście

Wprowadzone kody uprawnień dodatkowych pacjenta prezentowane są w głównym oknie Kartoteki w oknie "Inne", zgodnie z terminem ważności wskazanym na dokumencie oraz w danych pacjenta na zakładce 1. Dane podstawowe w polu "Uprawnienia dod."

Informacja o dokumentach uprawnień dodatkowych pacjenta, wraz z datami ich ważności, wyświetlana jest w oknie [Terminarza](#), po zaznaczeniu rezerwacji/rejestracji, w panelu informacji o pacjencie (po prawej stronie ekranu), w polu "Upr. dod.". Jeżeli pacjent posiada dokument, którego data ważności minęła, dane w polu będą prezentowane czerwoną czcionką.

5.6 Zgody pacjentów, uprawnienia, oświadczenia

Ścieżka: [Kartoteka pacjentów](#) > przycisk: [Dane](#) > [5. Upoważn./oświadcz./uprawn.](#)

W danych pacjenta na zakładce [5. Upoważnienia/oświadczenia/uprawnienia](#) istnieje możliwość ewidencji oraz wydruku szeregu dokumentów składanych przez pacjenta w placówce medycznej. Dokumenty zostały podzielone tematycznie i wydzielone do kilku sekcji. Jeśli w sekcji dodano co najmniej jeden dokument, okno będzie domyślnie rozwinięte. W przypadku braku dokumentów sekcja będzie zwinięta - w celu jej otwarcia należy skorzystać z przycisku znajdującego się po prawej stronie ekranu.



Poniżej znajduje się krótki opis sekcji oraz dokumentów, jakie zostały do nich przyporządkowane.

Sekcja: [Dokumenty upoważniające/oświadczenia](#)

Ewidencja następujących dokumentów:

- Upoważnienie do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta
- Upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej pacjenta
- Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń

Podczas ewidencji dokumentu wskazuje się dane osoby bądź przedstawiciela ustawowego, która została upoważniona przez pacjenta do wybranej czynności. W przypadku świadomego braku upoważnienia drugiej osoby przez pacjenta należy dodać do aplikacji stosowne oświadczenie o braku upoważnienia.

Sekcja: [Dokumenty zgody na udzielenie świadczenia](#)

Ewidencja następujących dokumentów:

- Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie badania/zabiegu
- Oświadczenie o braku zgody na wykonanie badania/zabiegu
- Zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania/zabiegu

Dodatkowo, użytkownicy wykorzystujący do pracy Moduł Stomatologiczny mają możliwość ewidencji zgód pobieranych dla tej specjalistyki np. zgoda na leczenie chirurgiczne, endodontyczne itd.

W wersji 9.7.0 aplikacji mMedica została dodana możliwość [wysyłki zgody pacjenta na udzielenie świadczenia do systemu P1](#). W wersji tej udostępniono również [Rejestr zgód na udzielenie świadczenia medycznego](#).

Sekcja: [Dokumenty zgody](#)

Ewidencja następujących dokumentów zgód:

- Przetwarzanie danych w celach marketingowych
- Świadczenie usług drogą elektroniczną

W przypadku pomyłki należy usunąć zgodę poprzez wybranie przycisku "Usuń".

Jeśli pacjent wyrazi chęć wycofania uprzednio złożonej zgody, należy otworzyć do edycji dokument i uzupełnić pole "Data wycofania". Wycofany dokument przestanie być wyświetlany na liście aktywnych dokumentów. W razie konieczności wydrukowania dokumentu wycofania należy usunąć zaznaczenie w polu

"Tylko aktualne" w sekcji *Dokumenty zgody* i wybrać przycisk drukarki.

Dokument zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych został powiązany z parametrem "Marketing", warunkującym możliwość przesyłania powiadomień o charakterze marketingowym (Dane pacjenta > 2. Adres). Dodanie lub wycofanie dokumentu zgody powoduje odpowiednio zaznaczenie bądź odznaczenie parametru.

The screenshot shows a window titled "Dokument zgody" with a close button in the top right corner. The window contains the following elements:

- Data złożenia:** A dropdown menu showing the date "2019-02-05".
- Rodzaj:** Two checked checkboxes:
 - Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych
 - Zgoda na świadczenie usług drogą elektroniczną
- Uwagi:** A large empty text input field.
- Załącznik:** A section with a button labeled "(brak)" and four icons representing different file formats (PDF, image, audio, video).
- Buttons:** Two buttons at the bottom: "Zatwierdź" (with a green checkmark icon) and "Wyjście" (with a printer icon).

Uwaga! W obliczu zmian prawnych podyktowanych unijnym rozporządzeniem dotyczącym ochrony danych osobowych (RODO) i wymogu pozyskiwania zgód dla przetwarzania danych osobowych, przygotowano 4 szablony wydruku zgód:

- Zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych,
- Wycofanie zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych,
- Zgodę na świadczenie usług drogą elektroniczną,
- Wycofanie zgody na świadczenie usług drogą elektroniczną.

Dokumenty wycofania podpowiadane są do wydruku automatycznie, jeśli użytkownik wybierze polecenie wydrukowania dokumentu zgody, na którym uzupełniono datę wycofania.

Ze względu na to, że zakres danych, jaki powinien zostać zawarty w treści zgody i treści klauzuli informacyjnej, jest uzależniony od charakteru jednostki medycznej, jej struktury oraz sposobu funkcjonowania, przygotowane wydruki zawierają wszystkie elementy zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r.

Administrator placówki medycznej zobowiązany jest do samodzielnego dostosowania treści zgody zgodnie ze specyfiką placówki medycznej. Możliwość [modyfikacji szablonu wydruku](#) dostępna jest dla użytkowników posiadających program w wersji PLUS (PS+, STD+, Komercja+). Dane, które powinny zostać uzupełnione zostały oznaczone czerwoną czcionką, z kolei akapity, które mogą zostać usunięte z powodu braku zastosowania, oznaczono czerwoną gwiazdką.

Informacja o złożonych zgodach wyświetlana jest w Kartotece pacjentów w oknie z podglądem danych pacjenta:

X Kowalski Jan (M)		0000000000
INFORMACJE O PACJENCIE	LECZENIE	INNE
Data ur.: 1967-09-16 (50 lat) PESEL: 00000000000 Adres: 41-110 Kostuchna Telefon: (brak) Upow.: Stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU Dokumentacja – BRAK DOKUMENTU Odbiór recept – BRAK DOKUMENTU	Deklaracje: (brak) Ostatnie wizyty: (brak) Zaplanowane szczepienia: (brak)	OW NFZ: Kraje UE eWUŚ: Pobierz status uprawnienia... Uwagi: KART. POZ 2015/4520 Zgody: Marketing • NZOZ sp. z o.o. Usługi elektroniczne • Nowy zakład

Jeśli w aplikacji włączono funkcjonalność wielozakładowości i zgoda zostanie złożona do wybranych zakładów leczniczych, w oknie zostaną wyświetlone nazwy zakładów.


5.6.1 Wysłanie zgody pacjenta na udzielenie świadczenia do P1

Ścieżka: [Kartoteka pacjentów](#) > przycisk: [Dane](#) > [5. Upoważn./oświadcz./uprawn.](#) > [Dokumenty zgody na udzielenie świadczenia](#)

Funkcjonalność wysyłania zgody pacjenta na udzielenie świadczenia medycznego do systemu P1, celem umożliwienia jej akceptacji poprzez konto IKP pacjenta, została dodana w wersji 9.7.0 aplikacji mMedica.

Uwaga! Sposób konfiguracji programu, w tym zczytania odpowiednich certyfikatów, umożliwiającej komunikację z systemem P1, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

W celu wygenerowania dokumentu zgody w formie elektronicznej i przesłania go do P1 należy w danych pacjenta na zakładce **5. Upoważn./oświadcz./uprawn.** wybrać w sekcji [Dokumenty zgody na udzielenie](#)

[świadczenia](#) przycisk , a następnie w oknie *Dokument zgody na udzielenie świadczenia*, które się wyświetli, uzupełnić odpowiednie dane.

Pola, których wypełnienie w przypadku zgody elektronicznej jest wymagane, to: "Data oświadczenia" (wraz z godziną), "Rodzaj", "Komórka" - należy wybrać odpowiednią komórkę organizacyjną, "Treść"- należy wprowadzić treść zgody.

W polu "Rodzaj" dostępna jest lista rozwijalna umożliwiającą wybór odpowiedniego rodzaju zgody (zdj. poniżej).

Możliwość wysłania zgody do P1 istnieje dla rodzajów innych niż "Oświadczenie o braku zgody na wykonanie badania/zabiegu" oraz "Zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania/zabiegu".

Wysłania uzupełnionej zgody dokonuje się przyciskiem **Wyślij zgodę**. Dla zgód w rodzaju "Oświadczenie o braku zgody na wykonanie badania/zabiegu" lub "Zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania/zabiegu" przycisk ten będzie nieaktywny.

Aby dodać zgodę z pominięciem jej wysyłki do systemu P1, należy wybrać przycisk **Zatwierdź**.

Statusy wysłanych zgód prezentowane są na liście wprowadzonych zgód pacjenta, w jego danych, w kolumnie "Status P1". Ich weryfikacja jest również możliwa w [Rejestrze zgód na udzielenie świadczenia medycznego](#).

5.6.2 Wyszukiwanie i pobieranie z P1 zgód na realizację świadczenia medycznego

W wersji 9.7.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość wyszukania zgód pacjenta na realizację świadczenia medycznego, które zostały przesłane do P1.

Jeżeli do systemu P1 zostały przesłane (w sposób opisany w rozdziale [Wysłanie zgody pacjenta na udzielenie świadczenia do P1](#)) zgody pacjenta na realizację świadczenia, istnieje możliwość ich wyszukania w tym systemie z wykorzystaniem dedykowanej funkcjonalności programu mMedica. W tym celu należy przejść w oknie wizyty, otwartej w [Gabiniecie](#), lub hospitalizacji, otwartej w module "Hospitalizacje", na zakładkę dokumentacji archiwalnej (przykład poniżej) i wybrać znajdujący się po prawej stronie przycisk **Weryfikacja zgody na realizację świadczenia**, wskazany na poniższym zdjęciu.

Uwaga! Funkcjonalność będzie dostępna dla użytkownika posiadającego w swoich danych w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)) na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi **Obsługa rejestru pacjentów** aktywnego uprawnienia **"Przegląd rejestru zgód w systemie P1"**.

The screenshot displays the 'Dok. powiązane z wizytą' section of the mMedica application. It features a table with the following columns: ID dokum..., Data dodania, Rodzaj, Język..., Czy pobrane z P1, and Dok. powiązane z wizytą. The table contains several rows of document records. On the right side of the interface, there is a vertical toolbar with various icons. A red arrow points to a specific icon representing document verification.

ID dokum...	Data dodania	Rodzaj	Język...	Czy pobrane z P1	Dok. powiązane z wizytą
52	14-07-20...	Załącznik	Lecz...		
51	06-07-2021...	Informacja dla ...	Lecz...		
50	06-07-2021...	Wynik badania ...	Lecz...		
49	06-07-2021...	Wynik badania ...	Lecz...		
48	06-07-2021...	Wynik badania ...	Lecz...		
47	06-07-2021...	Informacja dla ...	Lecz...		

Po wyborze przycisku wyświetlone zostanie okno *Zgody na realizację świadczenia medycznego* (zdj. poniżej).

Zgody na realizację świadczenia medycznego

Zakres zgód

Pacjent: * [input] ... Kowalski Jan Data od - do: [date range]


Komórka org.: * [dropdown] Poradnia Status: [dropdown]

Personel: [input] Numer: [input]

Zgody

* Data akceptacji	Data rejestracji	Identyfikator świadczeniodawcy	Numer	Status P1
-------------------	------------------	--------------------------------	-------	-----------

[Pobierz zgodę] [Wyjście]

Wyszukania zgód pacjenta dokonuje się przyciskiem  **Pobierz listę zgód**, znajdującym się w górnym panelu okna. Wcześniej użytkownik może skorzystać z dostępnych filtrów.

Wyszukane zgody wyświetlą się w postaci odrębnych rekordów tabeli w dolnej części okna. W odpowiednich kolumnach prezentowane będą ich dane, takie jak: daty akceptacji oraz rejestracji, identyfikator świadczeniodawcy, numer zgody, status zgody w systemie P1.

Uwaga! Zwracane wyniki dotyczą tylko dokumentów wysłanych przez świadczeniodawcę, który dokonuje weryfikacji.

Do pobrania zaznaczonej zgody służy przycisk **Pobierz zgodę**. Będzie on aktywny jedynie dla pozycji zaakceptowanych (podpisanych) przez pacjenta po stronie IKP.

5.7 Usunięcie pacjenta

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Usuń pacjenta](#)

W przypadku popełnienia pomyłki podczas wprowadzania pacjenta do programu mMedica, istnieje możliwość jego usunięcia. Warunkiem jest brak wprowadzenia jakichkolwiek danych medycznych na jego dane.

Aby usunąć pacjenta z aplikacji mMedica należy wykonać poniższe czynności:

1. W oknie *Kartotek pacjentów* zaznaczyć na liście pacjenta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. W lewym górnym rogu wybrać menu *Funkcje dodatkowe* i opcję **Usuń pacjenta**.
3. Potwierdzić komunikat o chęci usunięcia pacjenta.

Nie można usunąć z bazy pacjenta, który posiada już zaewidencjonowane dane medyczne. Podczas próby usunięcia użytkownik spotka się z komunikatem odmownym (poniżej) i jedynym rozwiązaniem będzie [zarchiwizowanie](#) pacjenta.

Nie można usunąć pacjenta, ponieważ ma zaewidencjonowane wizyty/hospitalizacje, pozycje w kolejce oczekujących, wpisy w terminarzu, deklaracje, dane w EDM.

5.7.1 Archiwizacja pacjenta

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: **Dane**

W *Kartotece pacjentów* domyślnie wyświetlani są pacjenci aktualni, czyli tacy, którzy są obecnie pacjentami placówki. Odpowiada za to filtr "Pokaż pacjentów: Tylko aktualnych", znajdujący się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.

Pacjentów, którzy zrezygnowali z usług placówki, zmarli lub zostali omyłkowo wpisani można oznaczyć jako nieaktualnych. Dzięki temu nie będą oni wyświetlani na głównej liście pacjentów w *Kartotece*.

Istnieją trzy możliwości archiwizacji pacjenta:

- Poprzez zaznaczenie opcji "Pacjent archiwalny".
- Poprzez wprowadzenie daty zgonu.
- [Zbiorczo](#), na podstawie weryfikacji deklaracji.

Aby dokonać archiwizacji pacjenta należy wykonać poniższe czynności:

- W oknie *Kartotek pacjentów* zaznaczyć na liście pacjenta i wybrać przycisk **Dane**, znajdujący się w górnym panelu okna.
- W sekcji *Informacje dodatkowe* zaznaczyć checkbox "Pacjent archiwalny".
- Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

The screenshot shows a web form for patient data. At the top, there are tabs for different sections: 1. Dane podstawowe, 2. Adres, 3. Miejsca pracy, 4. Opiekun, 5. Upoważn./oświadc./uprawn., 6. Inne dokumenty, 7. Ubezpieczenie komercyjne, 8. ... The main section is 'Dane osobowe'. It contains a checkbox 'Pacjent nieznany' and a text field for 'Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:'. Below are fields for 'Nazwisko: * Kowalski', 'Imię: * Jan', 'Drugie imię:', 'PESEL: * 0000000000', 'Status PESEL: * U – cudzoziemiec z UE', 'Nr dziecka:', 'Data urodzenia: * 16-02-1969', 'Płeć: * Mężczyzna', and 'Data zgonu:'. The 'Ubezpieczyciel' section has 'Oddział NFZ: * 099 - Kraje Unii Europejskiej', 'Status potwierdzenia ubezpieczenia: N - Nie dotyczy', 'Uprawnienie:', 'Uprawnienia dod.:', 'Nr EKUZ:', 'Nr pacjenta w UE:', and 'Kraj UE:'. There is a checkbox 'Ewidencja danych pacjenta komercyjnego' and a 'Dokumenty >>>' button. The 'Dokument tożsamości' section has 'Rodzaj:', 'Seria i numer:', 'Kraj wydania:', and a checkbox 'Uchodźca'. The 'Informacje dodatkowe' section has 'Nazwisko rodowe:', 'Imię ojca:', 'Imię matki:', 'Wykształcenie:', 'NIP:', 'Dodatkowy ID:', 'Zawód:', 'Pacjent archiwalny: ', 'Student: ', 'Login eRejestracja:', 'Miejsce urodzenia:', and 'Zaświadczenie o szczepieniu COVID-19:'. The 'Pacjent archiwalny' checkbox is highlighted with a red box.

W przypadku zgonu pacjenta należy wpisać datę zgonu w polu "Data zgonu", dostępnym w górnej części okna ([miejsce wprowadzenia daty zgonu zmienione w wersji 10.7.0 aplikacji mMedica](#)), i zatwierdzić zmiany. Wprowadzona data zostanie uwzględniona na karcie zgonu pacjenta po jej dodaniu w *Gabinecie* ([Gabinet > Wizyta pacjenta > Druki > Karta zgonu](#)).

Jeżeli pacjentowi wystawiono już kartę zgonu, w polu "Data zgonu" wyświetlana będzie odpowiednia data bez możliwości jej edycji.

W celu wyświetlenia pacjentów archiwalnych należy we filtrze "Pokaż pacjentów" wybrać wartość "Tylko archiwalnych".

Dezaktywacja pacjenta nie oznacza jego usunięcia. Jego dane medyczne pozostają nadal w bazie, a użytkownik może go ponownie aktywować, poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Pacjent archiwalny".

5.8 Dane medyczne pacjenta

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Pacjent](#) > [Dane medyczne](#)

Wybranie przycisku w dolnym panelu formatki *Kartoteka pacjentów*, daje dostęp do wszystkich danych medycznych pacjenta zgromadzonych w programie mMedica. Z tego poziomu oprócz przeglądania danych, można wprowadzić nowe informacje dotyczące danych medycznych. Funkcjonalność danych medycznych dostępna jest od wersji Standard programu mMedica.

U góry ekranu prezentowana jest lista wszystkich dostępnych zakładek tj. Rozpoznanie, Badania laboratoryjne, Badania diagnostyczne, Czynniki ryzyka, Konsultacje, Skierowania, Rehabilitacje, Sanatoria, Hospitalizacje, Szczepienia, Antropometria (tylko w wersji **Standard+**), Badania wstępne, Badania wstępne ciąży, Zabiegi, Karta ciąży, Karta opieki pielęgniarskiej, Karta DiLO.

Wybranie jednej z zakładek spowoduje wyświetlenie formatki z wybranym rodzajem danych medycznych.

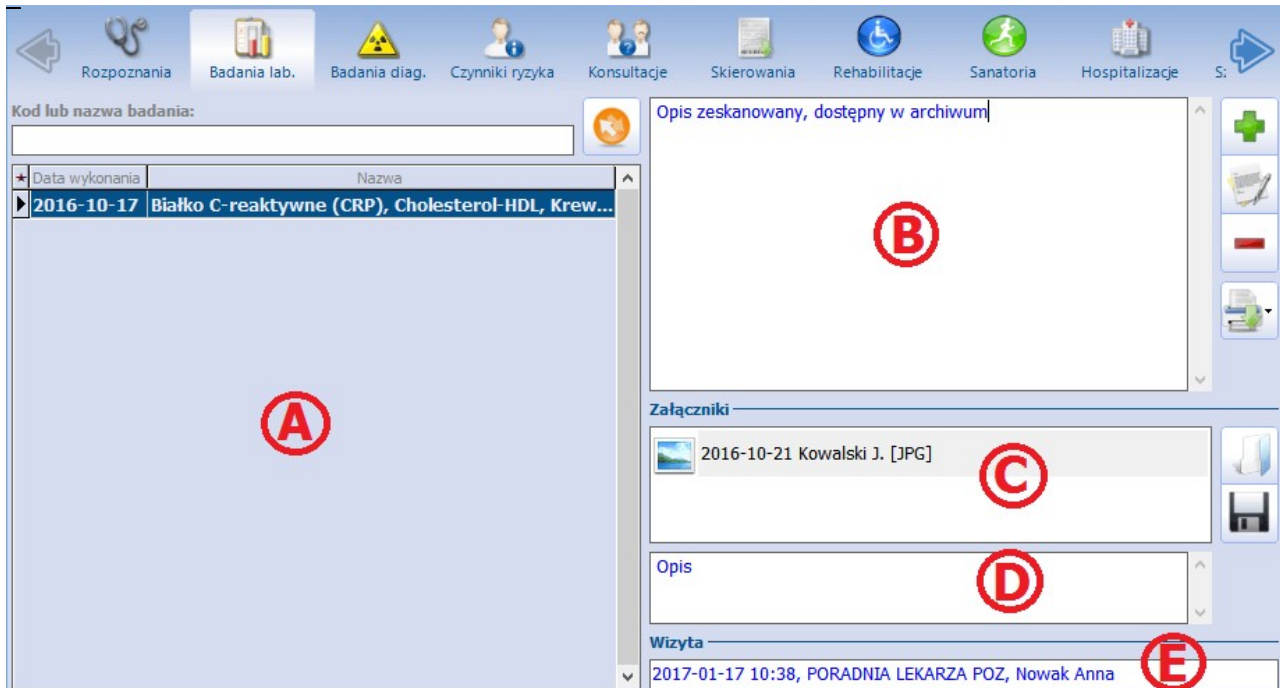
The screenshot displays the 'Kartoteka pacjentów' interface. At the top, there is a navigation bar with icons for various medical categories: Rozpoznanie, Badania lab., Badania diag., Czynniki ryzyka, Konsultacje, Skierowania, Rehabilitacje, Sanatoria, and Hospita. Below this is a table with two columns: 'Kod' and 'Nazwa'. The table contains two entries: K02 (Próchnica zębów) and K06 (Inne zaburzenia dziąsła i bezzębny wyrostek zębodołowy). Below the table, there is a section titled 'Historia rozpoznania K02' which shows a timeline from 2007 to 2015. The timeline has markers for specific dates: 2007-02-02, 2010-07-06, 2012-02-14, and 2014-12-09.

Część dokumentów znajdujących się w danych medycznych, tworzona jest przez lekarza w *Gabiniecie* (np. Karta DiLO, Karta ciąży). Szczegółowy opis tych dokumentów w kontekście wizyty gabinetowej znajduje się w rozdziale: [Dane medyczne](#).

5.8.1 Dodawanie danych medycznych

Zakładki prezentujące wybrany rodzaj danych medycznych składają się z jednakowych elementów.

W głównym oknie prezentowana jest lista dodanych rekordów wraz ze szczegółowymi informacjami jak data, nazwa dokumentu itd. **(A)**. Zaznaczenie na liście wybranego rekordu, powoduje wyświetlenie jego opisu (o ile został wprowadzony) w oknie po prawej stronie formatki **(B)**. Jeśli do opisu dołączono załączniki w formie np. zeskanowanych plików .jpg, .png to będą one wyświetlane w sekcji *Załączniki* **(C)**, a opis do załącznika wyświetli się w polu poniżej **(D)**. Z kolei w sekcji *Wizyta* prezentowane są dane wizyty (data i godzina, komórka organizacyjna, lekarz realizujący), do której zostały przypisane dane medyczne, bądź na której zaewidencjonowano dane medyczne pacjenta **(E)**. Modyfikacja danych medycznych dopisanych do wizyty jest możliwa tylko z poziomu wizyty, do której dane te zostały dopisane.



Na większości zakładek istnieje możliwość wprowadzenia informacji o danych medycznych pacjenta. Dodania, edycji i usunięcia danych medycznych dokonuje się za pomocą przycisków, znajdujących się po prawej stronie formatki.

Opis przycisków znajdujących się po prawej stronie ekranu:



umożliwia dodanie informacji o wybranym rodzaju dokumentacji medycznej. Otwiera okno dialogowe, w którym wprowadza się szczegółowe dane, dołącza załączniki.



otwiera okno z danymi w celu ich podglądu. W przypadku danych medycznych niepowiązanych z wizytą można również dokonać ich modyfikacji.



usuwa rekord, który został zaznaczony na liście. Jeśli dane medyczne zostały dopisane do wizyty, ich usunięcie z tego poziomu jest niemożliwe.



drukuje zaznaczony rekord w formacie wybranym przez użytkownika.

Opis przycisków znajdujących się w sekcji Załączniki:



otwiera dodany załącznik w celu jego podejrzenia.



zapisuje załącznik na dysku komputera w miejscu wskazanym przez użytkownika.

5.8.2 Rodzaje dokumentacji medycznej

5.8.2.1 Rozpoznanie

Po wybraniu zakładki *Rozpoznanie* użytkownik uzyska na ekranie listę wszystkich rozpoznań z historii leczenia pacjenta - z podaniem kodu choroby wg słownika ICD-10 oraz jej nazwy.

Użytkownicy posiadający wersję **Standard+** otrzymają dodatkowo listę rozpoznań z historii pacjenta, wraz z graficznym przedstawieniem wybranego rozpoznania na osi czasu, prezentowanej w dolnej części okna.

The screenshot shows the 'Rozpoznanie' (Diagnoses) section of the medical software. At the top, there is a navigation bar with icons for 'Rozpoznanie', 'Badania lab.', 'Badania diag.', 'Czynniki ryzyka', 'Konsultacje', 'Skierowania', 'Rehabilitacje', 'Sanatoria', 'Hospitalizacje', and 'Szczepie'. Below this is a table listing diagnoses with their ICD-10 codes and names. A red box highlights the 'Rozpoznanie' icon in the navigation bar. Below the table is a timeline view titled 'Historia rozpoznania J00' showing dates from 2013 to 2017. A red arrow points to a date box '2013-04-08' on the timeline.

Kod	Nazwa
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)
J02	Ostre zapalenie gardła
J03	Ostre zapalenie migdałków
J05	Ostre krupowe zapalenie krtani i nagłośni
J06	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym
K30	Dyspepsja
K52	Inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego
K52.9	Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nie określone
R69	Nieznane i niedokładnie określone przyczyny chorobowości

Historia rozpoznania J00

2013 mar maj lip wrz lis 2014 mar maj lip wrz lis 2015 mar maj lip wrz lis 2016 mar maj lip wrz lis 2017

2013-04-08

2014-03-05

2014-04-14

2015-03-27

2015-04-02

2015-10-12

2015-12-04

2015-12-23

2016-03-08

2016-05-27

● = rozpoznanie główne ◆ = rozpoznanie dodatkowe ■ = choroba przewlekła

Kliknięcie myszką na zielonym prostokącie z datą (zdz. powyżej) spowoduje wyświetlenie danych wizyty ze wszystkimi szczegółowymi informacjami, jak np. komórka organizacyjna, realizujący, rozpoznania, procedury, dokumenty ubezpieczeniowe, informacje o pozycji rozliczeniowej.

5.8.2.2 Badania laboratoryjne i diagnostyczne

Badania laboratoryjne i diagnostyczne to funkcjonalność służąca do podglądu wprowadzonych wyników badań i dodawania nowych.

W głównym oknie prezentowana jest lista wszystkich badań wraz z datą wykonania i nazwą badania. Do wyszukiwania określonych badań spośród listy można posłużyć się polem "Kod lub nazwa badania", w którym należy wpisać jego nazwę lub jej część poprzedzoną znakiem %.

Wprowadzone wyniki badań można podejrzeć lub wydrukować. Aby wydrukować kilka wyników badań jednocześnie należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL, zaznaczyć lewym przyciskiem myszki wybrane badania i następnie wybrać przycisk drukarki. Jeśli do wyniku badania dodano załącznik np. w postaci obrazu, zostanie on wydrukowany wraz z wynikiem. Załączniki w formacie np. png, jpg, jpeg, bmp, ico, emf, wmf... zawsze są drukowane na osobnej stronie, ze zmniejszeniem do wielkości strony (z zachowaniem proporcji).

Kod lub nazwa badania:

* Data wykonania	Nazwa	Wiz.
21-10-2024	Albumina	✓
21-10-2024	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	
21-10-2024	Bilirubina całkowita, Cholesterol-LDL	✓

Opis

Załączniki

Skierowanie

07-05-2024 13:02, Poradnia, Nowak Jan

Wizyta

21-10-2024 12:14, Poradnia, Nowak Jan

W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica w tabeli z listą badań dodano kolumnę "Wiz.", w której dla badań dopisanych do wizyty wyświetlany jest znaczek

Uwaga! Użytkownik nieposiadający uprawnień do danych w komórce organizacyjnej, w której wystawiono skierowanie na badania bądź do której dopisano wynik badania, nie będzie miał wglądu do wyników badań.

5.8.2.2.1 Dodanie wyniku badania

W celu dodania wyniku badania należy wybrać przycisk **Dodaj wynik**, znajdujący się po prawej stronie formatki. W oknie *Wynik badania laboratoryjnego/diagnostycznego* należy wprowadzić datę wykonania badania, jego nazwę oraz nazwę laboratorium, które przesłało wynik. W przygotowanym polu tekstowym można wprowadzić opis wyniku badania lub dołączyć zeskanowany dokument na zakładce *Załączniki*.

Wynik badania laboratoryjnego

Data wykonania: 2016-12-20

Nazwa: Pasożyty

Laboratorium: 932382 ... Laboratorium testowe

Opis


Załączniki

Opis badania w załączniku

Zatwierdź

Wyjście

Uwaga! Wprowadzane wyniki z wykonanych badań można powiązać ze skierowaniem - warunkiem jest jego wcześniejsze wystawienie w *Gabinecie*.


Może zdarzyć się, że po wybraniu przycisku  **Dodaj wynik** zostanie otwarte okno modalne *Wybierz skierowanie*, prezentujące listę skierowań wystawionych pacjentowi w programie mMedica. Dzięki tej funkcji można wskazać skierowanie, z którym zostanie powiązany wynik badania, a większość danych koniecznych do jego zapisania tj., data wykonania badania, nazwa, laboratorium/pracownia diagnostyczna, zostaną przepisane z danych skierowania. Użytkownik zobowiązany jest jedynie wprowadzić opis badania lub dodać załącznik.

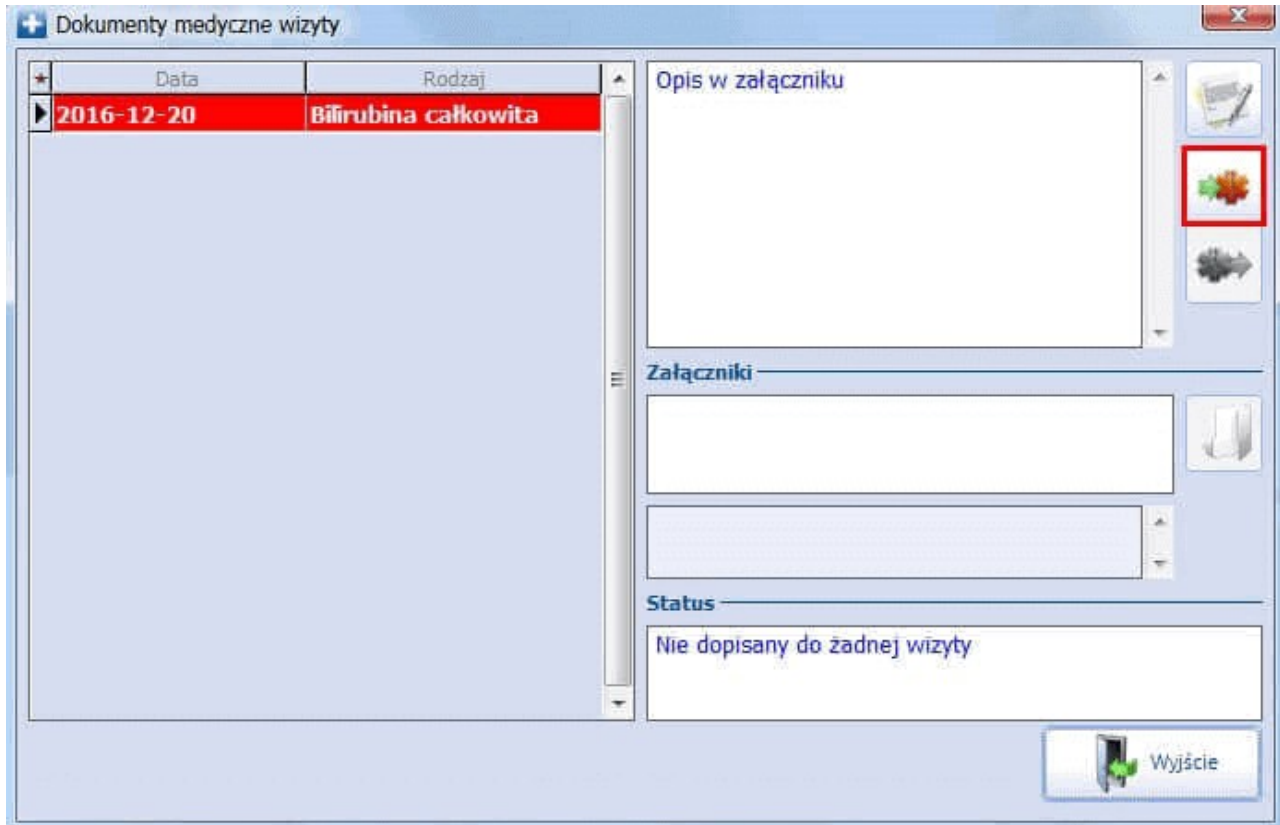
W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica we wspomnianym oknie został dodany przycisk **Pokaż dane**. Umożliwia on podgląd danych podświetlonego na liście skierowania, co pozwala zniwelować ryzyko pomyłkowego przypisania wyniku do błędnej pozycji.

Aby dodać wyniki badań bez powiązania ze skierowaniem, należy wybrać przycisk **Bez skierowania**. Natomiast przycisk **Oznacz jako nieaktualne** powoduje oznaczenie wybranego skierowania jako nieaktualnego. Przycisk ten jest nieaktywny, w przypadku skierowań wystawionych przy użyciu dodatkowego Modułu eWyniki.



Jeśli wyniki badań zostaną wprowadzone w ww. sposób i powiązane ze skierowaniem, to po wejściu do wizyty gabinetowej tego pacjenta w wersji **Standard+**, użytkownik otrzyma powiadomienie:

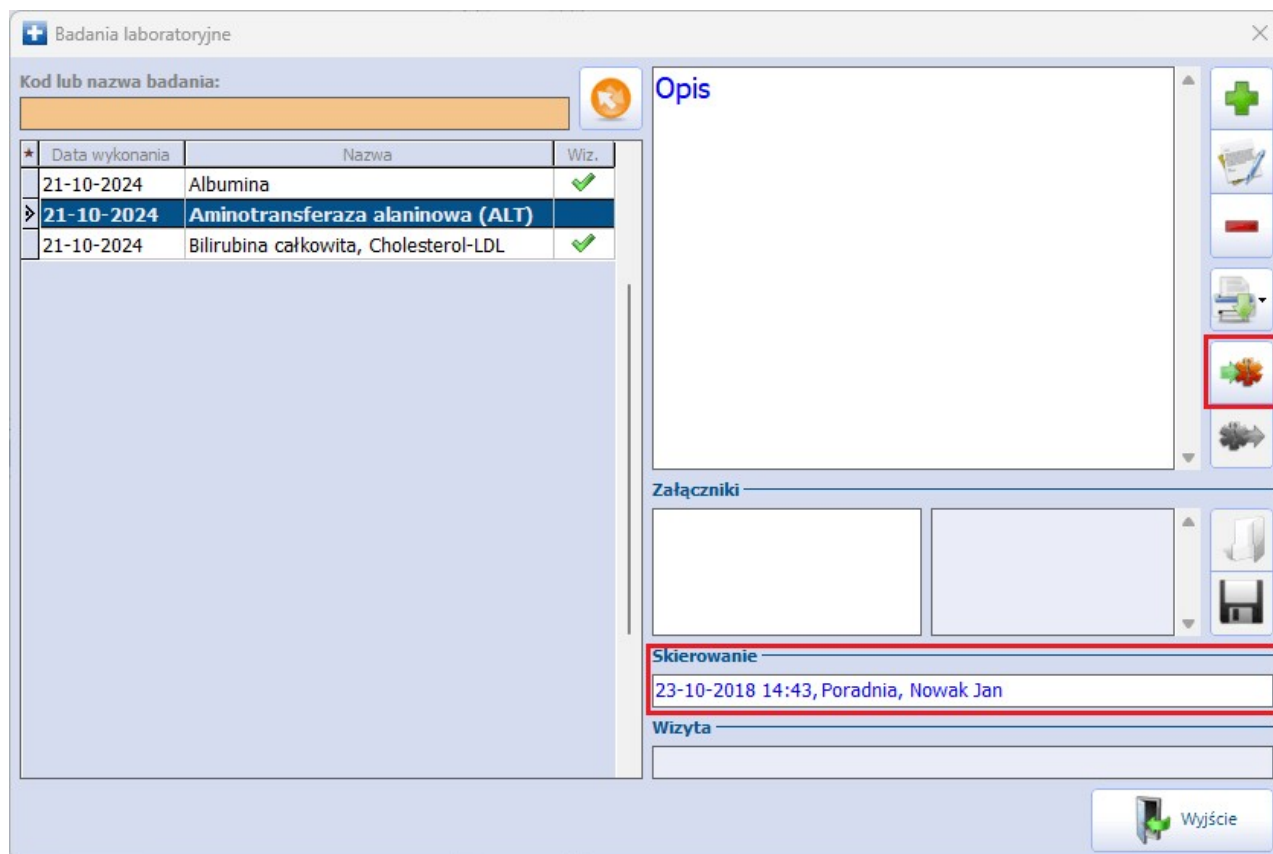
1. Personel (lekarz), który zlecił wykonanie badania, zawsze otrzyma informację o wprowadzonych do systemu wynikach przy otwarciu nowej wizyty pacjenta (zdz. poniżej). Informacja o wynikach będzie ukazywać się każdorazowo, do momentu dopisania wyniku do wizyty, poprzez użycie przycisku  **Dopisz do wizyty**.
2. Personel inny niż zlecający, realizujący nową wizytę w komórce, gdzie zlecono badania, otrzyma informację o wynikach, jeśli nikt wcześniej w tej komórce ich nie przeglądał.




Istnieje również możliwość dopisania takiego wyniku badania, niepowiązanego wcześniej z żadną wizytą, do wizyty realizowanej w komórce organizacyjnej innej niż ta, w której wystawiono skierowanie. W tym celu należy w oknie wizyty wybrać przycisk odpowiednio: **Badania lab.** lub **Badania diag.**

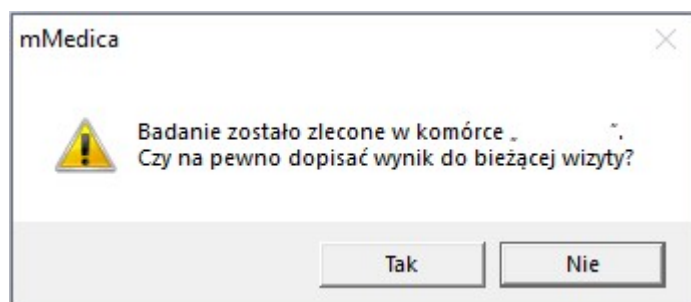


Wówczas otworzy się okno z wynikami badań pacjenta.



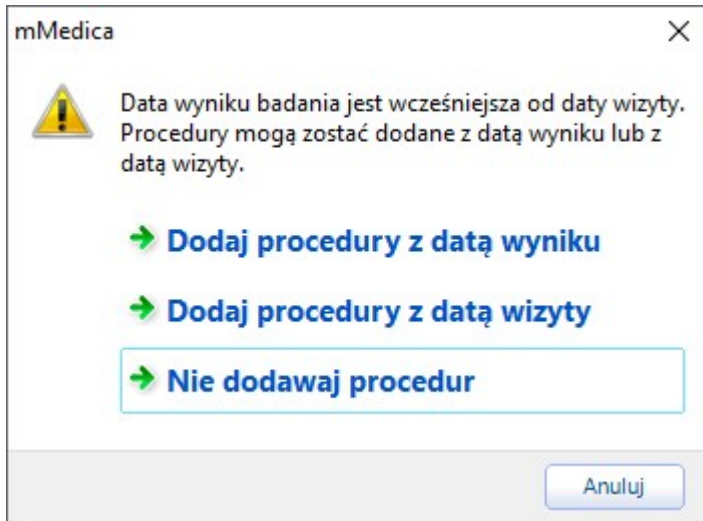
W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica w powyższym oknie dodano kolumnę "Wiz.", w której dla pozycji dopisanych do wizyty wyświetlany jest znaczek .

W polu "Skierowanie" dla badań powiązanych ze skierowaniem wyświetla się informacja o dacie wystawienia skierowania oraz personelu i komórce wystawiającej. Po zaznaczeniu przez użytkownika wyniku badania powiązanego ze skierowaniem wystawionym w innej komórce i wybraniu przycisku dopisania do wizyty, pojawi się następujący komunikat:



Wybranie przycisku **Tak** spowoduje dopisanie wyniku badania do wizyty.

W przypadku gdy dopisywany wynik posiada datę wcześniejszą niż data wizyty, wyświetli się okno komunikatu, w którym będzie można wskazać, czy powiązane z wynikiem procedury ICD-9 mają zostać dopisane do wizyty z datą wyniku, z datą wizyty, czy też nie mają być w ogóle dodane.



W Konfiguratorze programu znajduje się parametr pozwalający na ustawienie domyślnego sposobu dopisywania procedur do wizyty, z pominięciem wyświetlania powyższego okna. Jego opis zawarty jest w rozdziale [Inne ustawienia](#).


Jeżeli wizyta jest typu POZ, a wynik dotyczy badań z listy badań refundowanych POZ, wraz z procedurami ICD-9 w oknie danych rozliczenia wizyty (*Uzupełnianie świadczeń*) zostaną dodane z odpowiednią datą badania na zakładce "Badania POZ".

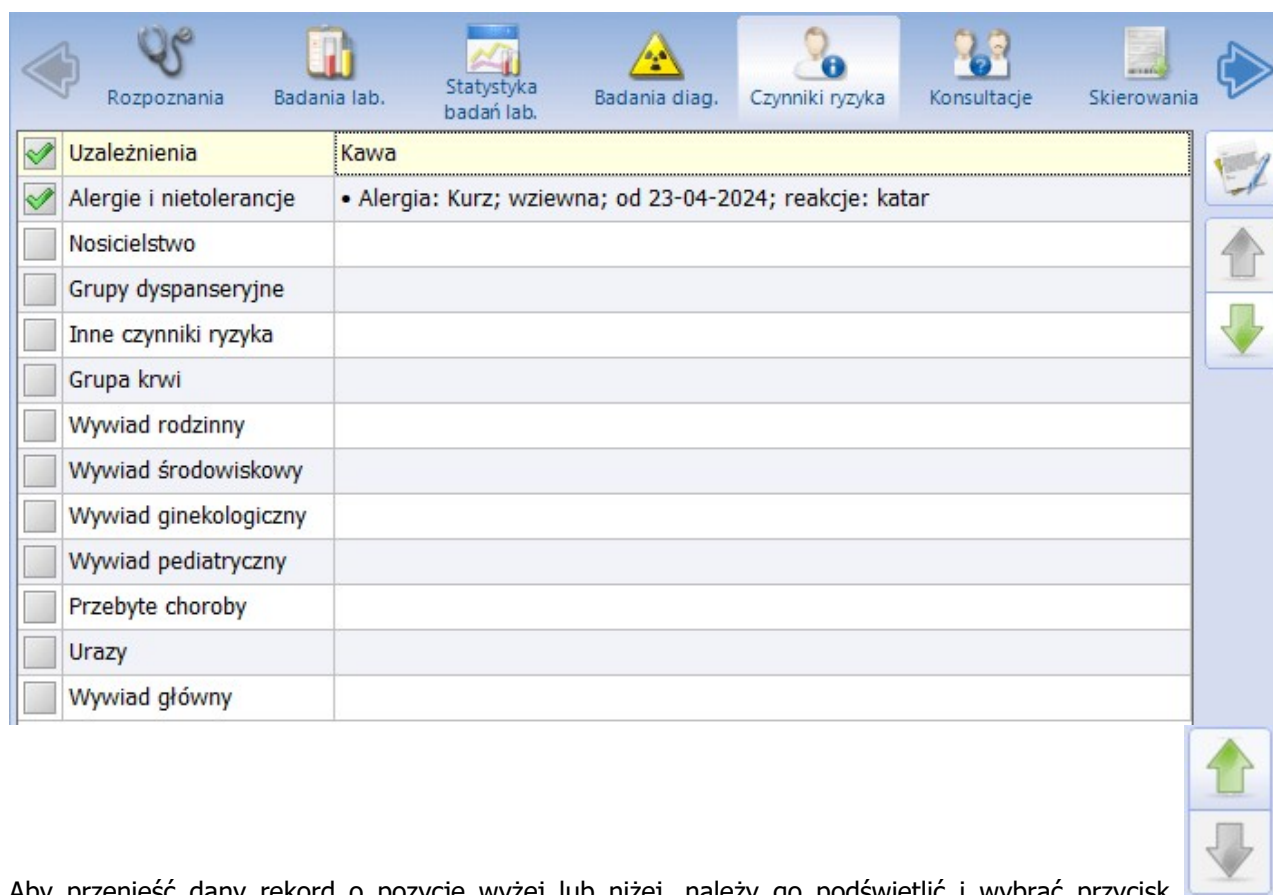
Więcej informacji na temat funkcjonalności okna wizyty w Gabinetecie znajduje się w rozdziale [Obsługa gabinetu lekarskiego](#) niniejszej instrukcji.

Uwaga! W programie mMedica istnieje funkcjonalność automatycznego dodawania wyniku badania laboratoryjnego lub diagnostycznego do [zestawienia wykonanych badań POZ](#). Oznacza to, że ręczne dodanie wyniku badań w danych medycznych pacjenta lub zaimportowanie z laboratorium przy użyciu modułu eWyniki, spowodować będzie dodanie odpowiednich pozycji do zestawienia wykonanych badań POZ.


5.8.2.3 Czynniki ryzyka i wywiady

Na formatce *Czynniki ryzyka* wprowadza się istotne informacje uzyskane po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem dotyczące m.in.: grupy krwi, przebytych chorób, uczuleń, uzależnień (w tym szczegółowe informacje dot. uzależnienia od papierosów), urazów z przeszłości. Z kolei w przypadku przeprowadzania wywiadu ginekologicznego istnieje możliwość oznaczenia kobiety karmiącej.

Lekarz podczas wprowadzania danych na wizycie gabinetowej może zdecydować, które z czynników ryzyka są najistotniejsze i oznaczyć je klikając lewym przyciskiem myszki w pole . Czynniki oznaczone w ten sposób, będą prezentowane na formatce [wizyty](#) w oknie *Czynniki ryzyka i wywiady*.



<input checked="" type="checkbox"/>	Uzależnienia	Kawa
<input checked="" type="checkbox"/>	Alergie i nietolerancje	• Alergia: Kurz; wziewna; od 23-04-2024; reakcje: katar
<input type="checkbox"/>	Nosicielstwo	
<input type="checkbox"/>	Grupy dyspenseryjne	
<input type="checkbox"/>	Inne czynniki ryzyka	
<input type="checkbox"/>	Grupa krwi	
<input type="checkbox"/>	Wywiad rodzinny	
<input type="checkbox"/>	Wywiad środowiskowy	
<input type="checkbox"/>	Wywiad ginekologiczny	
<input type="checkbox"/>	Wywiad pediatryczny	
<input type="checkbox"/>	Przebyte choroby	
<input type="checkbox"/>	Urazy	
<input type="checkbox"/>	Wywiad główny	

Aby przenieść dany rekord o pozycję wyżej lub niżej, należy go podświetlić i wybrać przycisk , wskazujący odpowiedni kierunek zmiany.

Powyższa funkcjonalność dostępna tylko dla użytkownika z uprawnieniami funkcjonalnymi: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne > Dane medyczne > Modyfikacja danych medycznych pacjenta i Dane medyczne > Modyfikacja danych wizyty/hospitalizacji](#)”.

Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy w dany rekord spowoduje otwarcie okna *Czynniki ryzyka i wywiady* na właściwej zakładce (przykład poniżej). Można również podświetlić na liście wybrany czynnik i



wybrać przycisk **Edytuj** w prawym górnym rogu okna. Otwarte okno zawiera 5 zakładek, na których można zaewidencjonować istotne informacje:

1. Alergie i nietolerancje
2. Uzależnienia / czynniki ryzyka / grupa krwi
3. Choroby / urazy
4. Wywiady
5. Wywiad główny - **zakładka dodana w wersji 10.4.0 aplikacji mMedica.**

Czynniki ryzyka i wywiady

1. Alergie i nietolerancje 2. Uzależnienia / czynniki ryzyka / grupa krwi 3. Choroby / urazy 4. Wywiady 5

Uzależnienia

Papierosy Alkohol Narkotyki Leki Kawa

Papierosy

Palenie:

Rok rozpoczęcia: Rok zakończenia:

Lat palenia: Miesiące palenia:

Średnio na dzień: Maksymalnie na dzień:

Inne uzależnienia

Inne czynniki ryzyka

Grupa krwi

Zatwierdź Wyjście

5.8.2.4 Konsultacje

Formatka *Konsultacje* umożliwia przeglądanie oraz wprowadzanie danych z przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych z pacjentem. W głównym oknie prezentowana jest lista przeprowadzonych konsultacji z podaniem daty i poradni, w której zostały wykonane.

Rozpoznania Badania lab. Badania diag. Czynniki ryzyka **Konsultacje** Skierowania Rehabilitacje Sanatoria

Data konsultacji	Poradnia
2016-12-21	Poradnia alergologiczna

Opis w załączniku

Załączniki

2016-10-21 Kowalski J. [JPG]

Uwaga! Użytkownik nieposiadający uprawnień do danych w komórce organizacyjnej, w której wystawiono zlecenie na konsultacje bądź do której dopisano wynik przeprowadzonych konsultacji, nie będzie miał wglądu do ich treści.

5.8.2.5 Skierowania

Na formatce *Skierowania* prezentowana jest lista wszystkich skierowań dotychczas wystawionych pacjentowi w Gabinetce. Informacje o wystawionych skierowaniach dodawane są do listy automatycznie. Skierowania z województwa śląskiego, które zostały wystawione i zaewidencjonowane na kuponie-skierowanie nie będą posiadały uzupełnionych informacji w kolumnie "Rodzaj" oraz "Dane". Takie skierowania wyświetlane są również w ścieżce: [Rozliczenia](#) > [Przegląd skierowań](#).

Rodzaj	Dane	Data wyst.	Wystawił
Badanie laboratoryjne	Pakiet	2016-10-12	Nowak Anna
Badanie laboratoryjne	Amylaza, Cholesterol-HDL, Mocznik	2016-09-16	Nowak Anna

Wystawione skierowania można wyfiltrować korzystając z dostępnych pól wyszukiwania danych: data od-do, rodzaj skierowania itd.

Aby podejrzeć dane szczegółowe wybranego skierowania należy zaznaczyć je na liście i wybrać przycisk




Pokaż dane skierowania.

5.8.2.6 Rehabilitacje



Na formatce *Rehabilitacje* prezentowana jest lista wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych wykonanych pacjentowi z informacją o dacie trwania zabiegu, jego nazwie, liczbie powtórzeń, parametrach, okolicach ciała.

Od	Do	Nazwa	Liczba powt. / czas zabiegu	Parametry	Okolica ciała
2017-01-05	2017-01-05	Ultradźwięki	15		Kręgosłup - lędźwiowo-krzy...





Aby dodać informacje o zabiegach rehabilitacyjnych należy wybrać przycisk  **Dodaj**. W otwartym oknie dialogowym wybrać zabieg z dostępnego słownika. Jeśli na liście w słowniku nie ma danego zabiegu, należy


go dodać do słownika ręcznie.

Zabiegi rehabilitacyjne - wielowybór

Nazwa: Grupa: Tylko aktualne  

*	Nazwa	Liczba powt.	Czas trwania	Parametry	Okolica ciała
	Elektrolecznictwo - prądy diadynamic...			MF CP LP każdy p...	
	Elektrolecznictwo - prądy interferenc...			90 - 100 Hz	
	Elektrolecznictwo - prądy TENS		15		
	Elektrolecznictwo - ultradźwięki miej...			0,6 W / cm2	
	Elektrolecznictwo - ultrafonoforeza				
	Gimnastyka lecznicza				
	Hydroterapia - kąpiel wirowa kończyn		15		
	Kinezyterapia - ćwiczenia czynne w o...		15		
	Kinezyterapia - ćwiczenia izometryczne		15		
	Masaż - masaż suchy - częściowy			20 min.	
	Światłolecznictwo i termoterapia - la...			6J / cm2	
	Światłolecznictwo i termoterapia - S...			15 min.	
	Światłolecznictwo i termoterapia - S...			15 min.	

   Wybierz (F5)  Wyjście

Po wyborze zabiegu zostanie otwarte okno *Rehabilitacje*, w którym wprowadza się dane szczegółowe zabiegu, takie jak: data wykonania, liczba powtórzeń, parametry, okolica ciała. Aby dodać więcej zabiegów wystarczy w kolejnym rekordzie skorzystać z przycisku wyboru , który otwiera okno *Zabiegi rehabilitacyjne - wielowybór* w celu wskazania kolejnego zabiegu.

Rehabilitacje

Data od: Data do: Nazwa: Liczba powt. / czas zabiegu: Parametry: Okolica ciała:

1  

 Zatwierdź  Wyjście

W dostępnym polu tekstowym można wprowadzić opis rehabilitacji. Tekst można wprowadzić ręcznie lub za pomocą [szablonów tekstów](#) standardowych.

5.8.2.7 Sanatoria

Na formatce *Sanatoria* prezentowana jest lista wszystkich zaewidencjonowanych pobytów pacjenta w sanatoriach z informacją o dacie trwania pobytu, rodzaju świadczenia i rodzaju uzdrowiska.

Od	Do	Nazwa	Rodzaj świadczenia	Uzdrowisko
2016-10-...	2016-10-14	ustronie M...	Leczenie sana...	Iładmorskie


5.8.2.8 Hospitalizacje

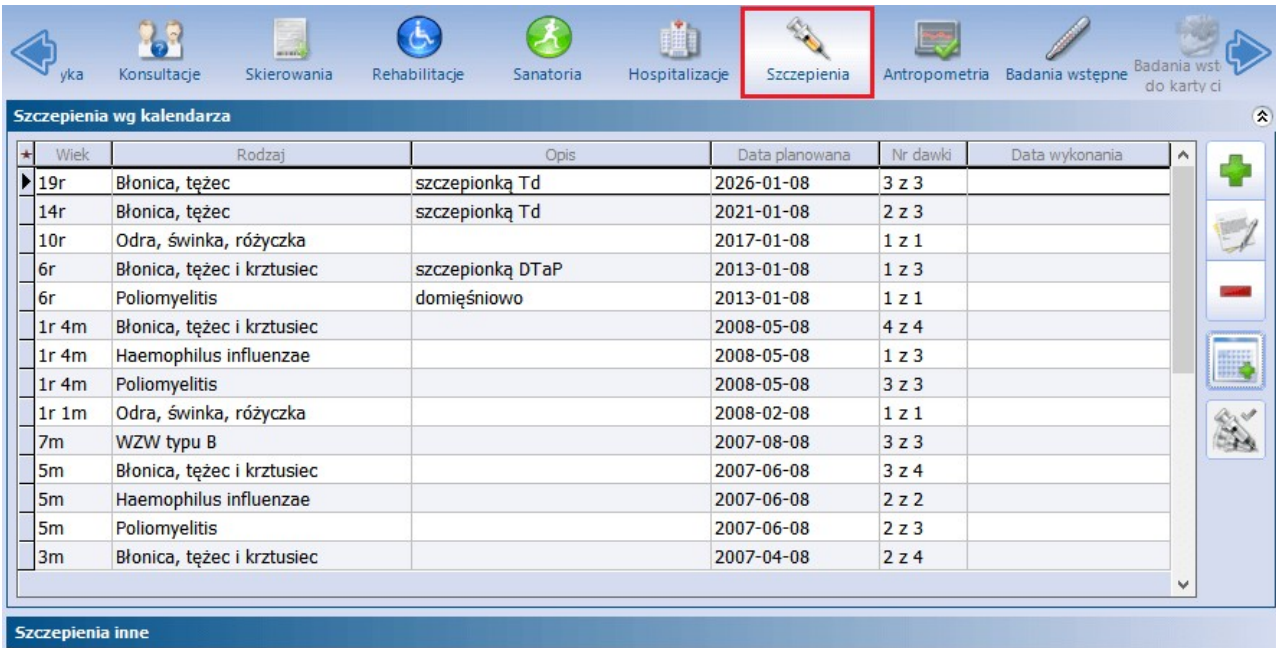
Na formatce *Hospitalizacje* wprowadza się informacje o pobytach pacjenta w szpitalu. W głównym oknie prezentowana jest lista pobytów z podaniem informacji o dacie trwania pobytu i oddziale, na którym pacjent przebywał.

Od	Do	Oddział
2017-01-...	2017-01-20	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycz...

5.8.2.9 Szczepienia

Na formatce *Szczepienia* wprowadza się informacje o szczepieniach wykonanych pacjentowi, a także planuje się szczepienia do wykonania w przyszłości.


Formatka podzielona jest na dwie części. W górnej części ekranu znajduje się okno *Szczepienia wg kalendarza* otwarte u pacjentów, których dotyczy kalendarz szczepień, a więc pacjentów poniżej 20 roku życia. W przypadku starszych pacjentów okno jest domyślnie zwinięte. W celu jego otwarcia należy skorzystać z przycisku  znajdującego się po prawej stronie okna.



Szczepienia wg kalendarza

Wiek	Rodzaj	Opis	Data planowana	Nr dawki	Data wykonania
19r	Błonica, tężec	szczepionką Td	2026-01-08	3 z 3	
14r	Błonica, tężec	szczepionką Td	2021-01-08	2 z 3	
10r	Odra, świnka, różyczka		2017-01-08	1 z 1	
6r	Błonica, tężec i krztusiec	szczepionką DTaP	2013-01-08	1 z 3	
6r	Poliomyelitis	domięśniowo	2013-01-08	1 z 1	
1r 4m	Błonica, tężec i krztusiec		2008-05-08	4 z 4	
1r 4m	Haemophilus influenzae		2008-05-08	1 z 3	
1r 4m	Poliomyelitis		2008-05-08	3 z 3	
1r 1m	Odra, świnka, różyczka		2008-02-08	1 z 1	
7m	WZW typu B		2007-08-08	3 z 3	
5m	Błonica, tężec i krztusiec		2007-06-08	3 z 4	
5m	Haemophilus influenzae		2007-06-08	2 z 2	
5m	Poliomyelitis		2007-06-08	2 z 3	
3m	Błonica, tężec i krztusiec		2007-04-08	2 z 4	

Szczepienia inne

Aby dodać informacje o pojedynczym szczepieniu należy wybrać przycisk  **Dodaj**. W otwartym oknie dialogowym uzupełnić szczegółowe dane szczepienia tj. status, wprowadzić datę planowaną lub wykonania, wskazać rodzaj lub lek i dane dotyczące podania leku.

Szczepienie

Status: Wykonane

Data wykonania: 21-03-2022

Rodzaj: 8 ... Błonica, tężec

Lek/szczepionka: ...

Opis:

Nr serii:




Nr dawki:


Dawka:


Termin ważności:


Pacjent / opiekun ustawy / opiekun faktyczny został poinformowany o obowiązku poddania się szczepieniu


Uwagi:


 EDM  Zatwierdź  Wyjście

Aby określić rodzaj szczepienia, należy w polu "Rodzaj" wybrać przycisk  i w słowniku, który się wyświetli, wskazać odpowiednią pozycję.

Przy dodawaniu nowego rodzaju szczepienia do słownika rodzajów szczepień (przycisk  na dole okna słownika) istnieje możliwość określenia, czy dodawana pozycja jest szczepieniem z kalendarza lub szczepionką skojarzoną. Służą do tego parametry dostępne w oknie definicji rodzaju szczepienia (patrz zdjęcie poniżej).

W przypadku zaznaczenia parametru "Czy skojarzony" oprócz podania kodu i nazwy należy wybrać rodzaje szczepień wchodzących w skład szczepienia skojarzonego. Służy do tego przycisk  (zaznaczony na powyższym zdjęciu). Dla każdej dodanej w ten sposób pozycji w dedykowanej kolumnie istnieje możliwość wpisania numeru dawki startowej.

W danych szczepienia wg kalendarza istnieje możliwość wyboru leku ze słownika leków. Po wybraniu w polu "Lek/szczepionka" przycisku  wyświetli się okno z dostępnymi słownikami leków. W wersji 9.5.0 aplikacji mMedica umożliwiono korzystanie dodatkowo ze słownika leków preferowanych. Zawiera on pozycje leków

ze słownika leków własnych lub z bazy leków Pharmindex, dla których zastosowano przycisk  **Dodaj do preferowanych**.



Po otwarciu danego słownika i zaznaczeniu w nim leku należy skorzystać z przycisku **Wybierz**.

W aplikacji wprowadzono powiązanie rodzaju szczepienia z procedurą ICD-9. Na liście szczepień pacjenta dodano również kolumnę "Procedura", w której wyświetla się procedura zgodna z rodzajem dodanego szczepienia.

W drugim oknie formatki *Szczepienia inne* wprowadza się informacje dotyczące innych szczepień, np. nie finansowanych ze środków publicznych. Użytkownik ma tu dodatkowo możliwość definicji własnego rodzaju szczepienia, a także powiązania go z procedurą ICD-9.

Informacje o szczepieniach, które zostały zaplanowane pacjentowi wyświetlane są w [Kartotece pacjentów](#) w dolnej części formatki, prezentującej podstawowe informacje o pacjencie. W oknie "Leczenie" wyświetlana jest data i rodzaj zaplanowanego szczepienia. Nazwy szczepień, których realizacja została zaplanowana w najbliższych 30 dniach wyróżnione są zielonym kolorem. Z kolei czerwonym kolorem oznaczane są szczepienia, dla których minął już zaplanowany termin.

LECZENIE

Zaplanowane szczepienia:

2019-02-04: p. Grypie

2019-02-13: WZW typu B

5.8.2.9.1 Planowanie szczepień z kalendarza

Funkcjonalność dostępna jest w wersji **mMedica Standard+** i umożliwia zbiorcze zaplanowanie szczepień obowiązkowych zgodnie z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych według kalendarza u pacjentów do 19. roku życia.



Służy do tego przycisk **Zaplanuj szczepienia wg kalendarza**, znajdujący się po prawej stronie okna. Jego wybranie spowoduje zaplanowanie szczepień obowiązkowych dzieci i młodzieży według wieku i z podaniem daty planowanej, wyliczanej na podstawie daty urodzenia pacjenta.

W przypadku gdy szczepienia wg kalendarza planowane są pacjentowi w wieku od 1 do 19 r.ż., wyświetlony zostanie następujący komunikat:

Pacjent jest starszy niż rok.
Czy zaplanować wstecz?

TAK NIE

Wybranie jednego z przycisków, spowoduje:

- **Tak** - zaplanowanie obowiązkowych szczepień wstecz, tj. od urodzenia pacjenta do osiągnięcia 19. roku życia.
- **Nie** - zaplanowanie obowiązkowych szczepień na przyszłość, tj. od daty bieżącej do osiągnięcia 19. roku życia.

Zaplanowane szczepienia zostaną wyświetlone w oknie *Szczepienia wg kalendarza*. Aby wprowadzić do systemu informacje o wykonaniu danego szczepienia, należy zaznaczyć je na liście i otworzyć poprzez



dwuklik lub przycisk **Pokaż dane szczepienia**. W otwartym oknie zmienić status na "Wykonane", wprowadzić datę wykonania i opcjonalnie uzupełnić pozostałe informacje.

Szczepienie ✕

Status: Wykonane ▼

Data wykonania: 19-08-2019 ▼ Data planowana: 21-08-2019

Rodzaj: 2 ... Błonica, tężec i krztusiec

Lek/szczepionka: ...

Opis: DTaP

Nr serii:

Nr dawki: 1 z 3 ▼

Dawka:



Termin ważności: ▼

Pacjent / opiekun ustawowy / opiekun faktyczny został poinformowany o obowiązku poddania się szczepieniu

Uwagi:

Wprowadził/zmodyfikował

Data 19-08-2019 10:05 Użytkownik Nowak Anna

EDM  Zatwierdź  Wyjście

Od wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w ramach modułu dodatkowego [Gabinet pielęgniarstwa](#) istnieje możliwość korzystania przy planowaniu szczepień wg kalendarza z tworzonych przez użytkowników szablonów. Dokładne informacje na ten temat zawarte są w instrukcji obsługi wspomnianego modułu, w rozdziale "Szablony kalendarza szczepień".

5.8.2.9.2 Zbiorcze wykonanie szczepień

Funkcjonalność zbiorczego wykonania szczepień jest bardzo przydatna w przypadku podawania szczepionek skumulowanych np. 6 w 1.

Aby zaewidencjonować zbiorcze wykonanie szczepień należy w oknie *Szczepienia wg kalendarza* zaznaczyć na liście co najmniej dwa szczepienia. W tym celu należy przytrzymać klawisz CTRL na klawiaturze i lewym przyciskiem myszki zaznaczyć szczepienia znajdujące się na liście. Po prawej stronie ekranu zostanie



aktywowany przycisk **Zbiorcze wykonanie szczepień**, który należy wybrać.

★	Wiek	Rodzaj	Opis	Data planowana	Nr dawki	Data wykonania
	5m	Haemophilus influenzae		2016-08-13	2 z 2	
	5m	Poliomyelitis		2016-08-13	2 z 3	
•	3m	Błonica, tężec i krztusiec		2016-06-13	2 z 4	
»	3m	Haemophilus influenzae		2016-06-13	1 z 2	
•	3m	Poliomyelitis	szczepionką interaktywną IPV	2016-06-13	1 z 3	
	2m	Błonica, tężec i krztusiec		2016-05-13	1 z 4	
	2m	Haemophilus influenzae		2016-05-13	1 z 1	
•	2m	WZW typu B		2016-05-13	2 z 3	
	0m	BCG		2016-03-13	1 z 3	
	0m	WZW typu B		2016-03-13	1 z 3	

W otwartym oknie *Zbiorcze wykonanie szczepień* można w sposób zbiorczy uzupełnić szczegółowe dane dotyczące podanych leków. W tym celu w sekcji *Szczepienia* należy zaznaczyć rodzaj szczepienia i uzupełnić jego dane w sekcji *Dane wykonania*.

Zbiorcze wykonanie szczepień

Szczepienia

Wiek	Data planowana	Rodzaj	Nr dawki	Opis
2m	21-09-2009	WZW typu B	2 z 3	
3m	21-10-2009	Błonica, tężec i krztusiec	2 z 4	
3m	21-10-2009	Poliomyelitis	1 z 3	szczepionką interaktywną IPV
3m	21-10-2009	Haemophilus influenzae	1 z 2	

Dane wykonania

Data wykonania: 08-04-2016

Lek/szczepionka:

Nr serii:

Dawka:

Termin ważności:

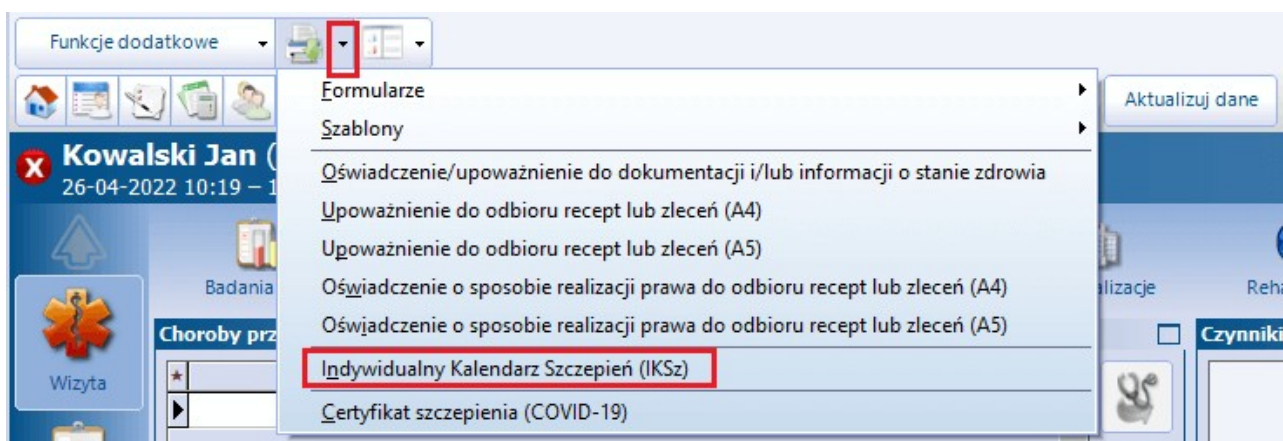
Pacjent / opiekun ustawy / opiekun faktyczny został poinformowany o obowiązku poddania się szczepieniu

Uwagi:

5.8.2.9.3 Indywidualny Kalendarz Szczepień (IKSz)

W aplikacji mMedica została dodana możliwość wydruku Indywidualnego Kalendarza Szczepień (IKSz), zgodnie z wymaganiami zarządzenia 38/2022/DSOZ.

Powyższy wydruk jest dostępny dla pacjentów, którym wprowadzono pozycje szczepień wg kalendarza (ścieżka: [Dane medyczne](#) > [Szczepienia](#) > okno: [Szczepienia wg kalendarza](#)). Aby go wykonać, należy w oknie wizyty otwartej w [Gabiniecie](#) wybrać ikonę drukarki, zamieszczoną u góry ekranu, a następnie z dostępnej listy rozwijalnej wybrać opcję "**Indywidualny Kalendarz Szczepień (IKSz)**".



Wygenerowany wydruk będzie zgodny ze wzorem zawartym w zarządzeniu. Pierwsza z widniejących na nim tabel - "**Zalecone szczepienia ochronne**" - będzie zawierać pozycje szczepień oraz informację o

planowanej dacie ich wykonania, pobrane z danych medycznych pacjenta, z okna *Szczepienia wg kalendarza*. W przypadku braku pozycji w tym oknie opcja wydruku Indywidualnego Kalendarza Szczepień będzie dla pacjenta nieaktywna.

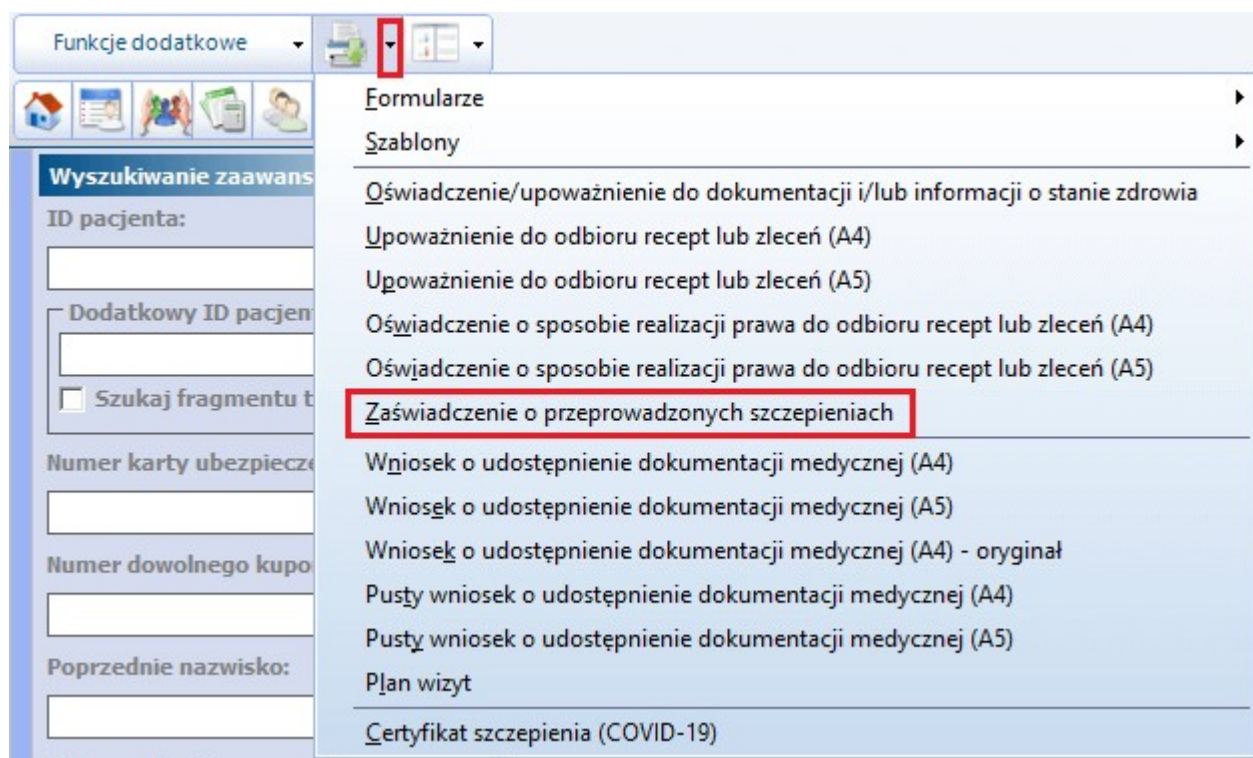
5.8.2.9.4 Zaświadczenie o przeprowadzonych szczepieniach

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość wydruku zaświadczenia o szczepieniach wykonanych pacjentowi.

Wydruku takiego można dokonać:

- w [Kartotece pacjentów](#) - po zaznaczeniu pacjenta na liście,
- w [Gabinecie](#) lekarza - po zaznaczeniu pacjenta na liście lub otwarciu jego wizyty,
- w Gabinecie pielęgniarki (dostępnym w module "Gabinet Pielęgniarki") - po zaznaczeniu pacjenta na liście lub otwarciu jego wizyty,

poprzez rozwinięcie menu na przycisku drukarki, znajdującym się u góry okna, a następnie wybór pozycji **"Zaświadczenie o przeprowadzonych szczepieniach"**.



Przykładowy wydruk został zaprezentowany poniżej.

Zaświadczenie o wykonanych szczepieniach

Pacjent: Kowalski Jan

PESEL:


Adres:

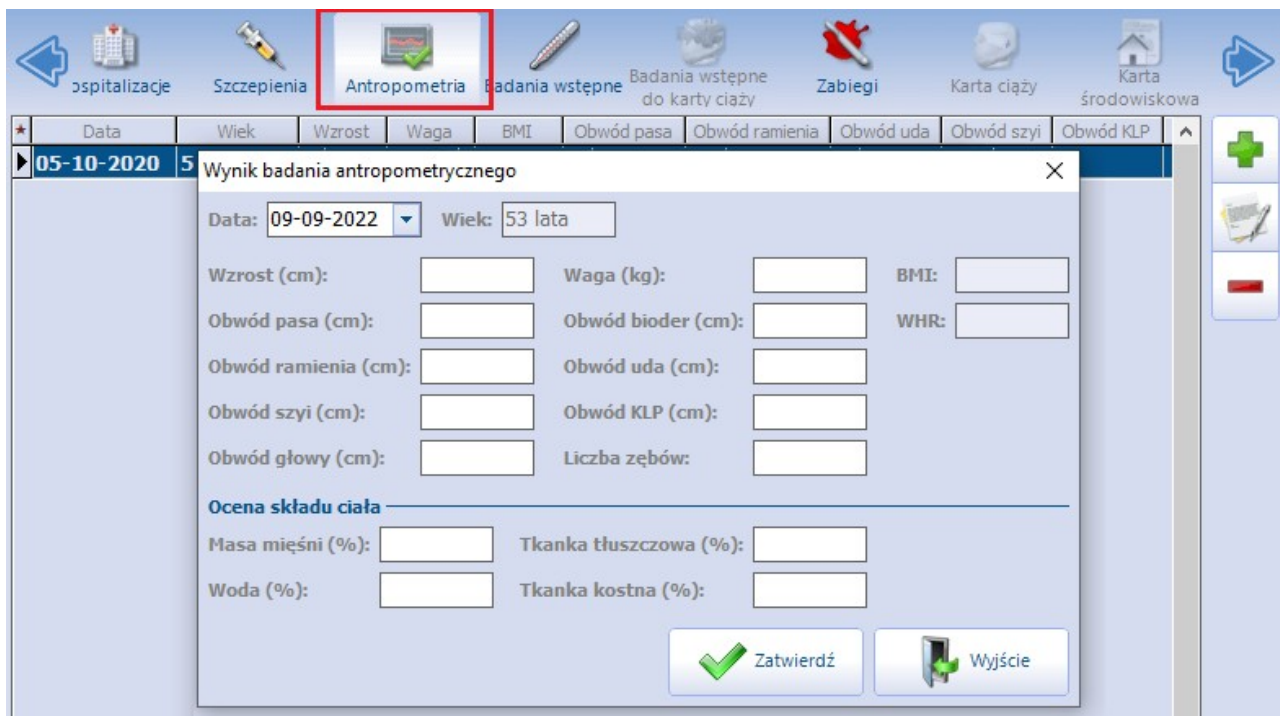
Dane	Opis	Procedura	Nr dawki	Data planowana	Data wykonania
WZW typu B, Engerix B zaw. do wstrz. 20 µg/ml		99.492 - Szczepienie przeciw WZW typu B	1 z 3	03.06.2024	27.05.2024
p. Grypie, VaxigripTetra zaw. do wstrz.			1 z 1	19.03.2024	19.03.2024

Podpis drukującego

5.8.2.10 Antropometria

Funkcjonalność dostępna jest w wersji programu **mMedica Standard+** i umożliwia ewidencję danych antropometrycznych pacjenta oraz automatyczne wyliczenie wskaźnika BMI na podstawie wprowadzonych informacji.

Aby dodać informacje o pomiarze antropometrycznym, należy wybrać przycisk  **Dodaj** i uzupełnić dane w oknie *Wyniki badania antropometrycznego*.



Wykres przedstawia zrzutek ekranu interfejsu programu mMedica Standard+. W górnej części widoczny jest pasek menu z ikonami i etykietami: Hospitalizacje, Szczepienia, Antropometria (zaznaczona czerwonym prostokątem), Badania wstępne, Badania wstępne do karty ciąży, Zabiegi, Karta ciąży, Karta środowiskowa. Poniżej znajduje się tabela z kolumnami: Data, Wiek, Wzrost, Waga, BMI, Obwód pasa, Obwód ramienia, Obwód uda, Obwód szyi, Obwód KLP. Wybrana data to 05-10-2020. Otworzone okno dialogowe 'Wynik badania antropometrycznego' zawiera pola do wprowadzenia danych: Data (09-09-2022), Wiek (53 lata), Wzrost (cm), Waga (kg), BMI, Obwód pasa (cm), Obwód bioder (cm), WHR, Obwód ramienia (cm), Obwód uda (cm), Obwód szyi (cm), Obwód KLP (cm), Obwód głowy (cm), Liczba zębów. Dział 'Ocena składu ciała' zawiera pola: Masa mięśni (%), Tkanka tłuszczowa (%), Woda (%), Tkanka kostna (%). Na dole okna znajdują się przyciski 'Zatwierdź' i 'Wyjście'.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w powyższym oknie dodano pole "Obwód bioder" oraz pole "WHR". Wartość współczynnika WHR wyznaczana jest automatycznie jako wynik dzielenia obwodu pasa przez obwód bioder.

W tabeli wyników badania antropometrycznego w odpowiednich kolumnach wyświetlają się wprowadzone wyniki pomiarów. Dostępne są również dodatkowe kolumny takie jak: "Opis BMI" oraz "Należna waga".

*	Data	Wiek	Wzrost	Waga	BMI	Opis BMI	Należna waga	Obwód pasa
▶	11-08-2021	47 lat	170	80	27,7	Nadwaga	65	
	15-07-2020	46 lat	170	68	23,5	Waga prawidłowa	65	
	11-08-2019	45 lat	170	50	17,3	Niedowaga	65	

W pierwszej z nich prezentowany jest opis wskazujący na prawidłowość/nieprawidłowość wagi pacjenta, podpowiadany na podstawie wyznaczonego wskaźnika BMI. Druga uzupełnia się dla pacjentów, których wzrost mieści się w przedziale 155 - 190 cm. Wyświetlany jest w niej wynik szacowanej prawidłowej wagi, obliczonej wg wzoru Broca-Brugsha.

Dodatkowo wprowadzono oznaczenie wyświetlanych opisów BMI kolorami:

- pomarańczowym - jeżeli pacjent ma wagę poniżej normy (możliwe opisy: "Niedowaga", "Wychudzenie" lub "Wygłodzenie")
- czerwonym - w przypadku wagi powyżej normy (możliwe opisy: "Nadwaga", "I stopień otyłości", "II stopień otyłości", "Otyłość skrajna").


5.8.2.11 Badania wstępne

Na formatce *Badania wstępne* prezentowane są dane z pomiaru ciśnienia, tętna, glikemii i temperatury ciała pacjenta. Dodatkowo dostępne są informacje o dacie badania i użytkowniku, który wprowadził je do systemu lub dokonał późniejszej modyfikacji. Za pomocą przycisków znajdujących się po prawej stronie okna można dodać, usunąć lub wyświetlić i zmodyfikować wynik badania oraz dopisać lub usunąć powiązanie z wizytą.

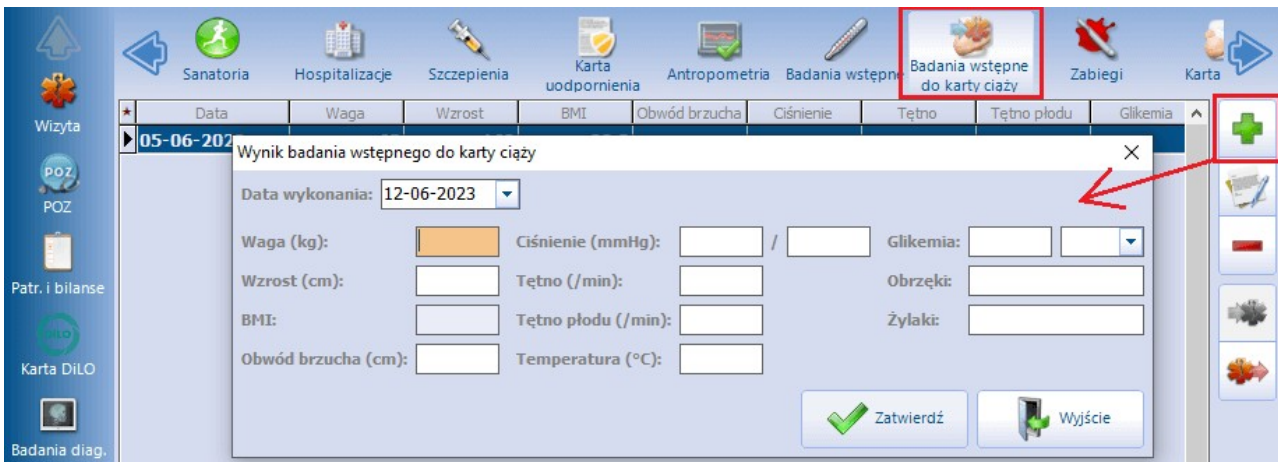
*	Data	Ciśnienie	Tętno	Temperatura	Glikemia	Saturacja	Wprowadził/zmodyfikował
▶	25-04-2019 14:...	120/80	90	36,7	88 mg/dl	97	Nowak Anna

Widoczne na tym poziomie informacje wyświetlane są również w głównym oknie wizyty gabinetowej w oknie *Badania fizykalne*.

5.8.2.12 Badania wstępne do karty ciąży

Formatka *Badania wstępne do karty ciąży* jest dostępna i edytowalna tylko dla pacjentek płci żeńskiej. Aby dodać informacje o wykonanych badaniach wstępnych jak np. waga, wzrost, obwód brzucha, ciśnienie, tętno płodu, należy wybrać przycisk  **Dodaj** i uzupełnić dane w oknie *Wynik badania wstępnego do karty ciąży*.

W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica w oknie ewidencji wyniku badania zostały dodane pola umożliwiające zamieszczenie informacji o występowaniu obrzęków i żylaków ("Obrzęki", "Żylaki").




Szczegółowy opis omawianej funkcjonalności w kontekście wizyty gabinetowej znajduje się w: [Badania wstępne do karty ciąży](#) i [Karta ciąży](#).

5.8.2.13 Zabiegi

Oprogramowanie mMedica posiada dwie funkcjonalności ewidencji zabiegów:

1. Wykonywanych przez pielęgniarkę i ewidencjonowanych w danych medycznych pacjenta:
 - zabiegi na zlecenie lekarza
 - zabiegi bez zlecenia, np. szczepienie, podanie leku, pobranie materiału, opatrunki i inne
2. Wykonywanych przez lekarza podczas wizyty w [Gabinecie](#).

Formatka *Zabiegi* umożliwia ewidencję danych o zabiegach wykonanych w przeszłości lub w innej placówce. Jest wykorzystywana również przez pielęgniarki do ewidencji wykonanych szczepień, podań leków, opatrunków i innych czynności przeprowadzanych w gabinecie zabiegowym pielęgniarki, umożliwiając wpis do księgi zabiegów.

Formatka podzielona jest na dwie części. W górnej części ekranu znajduje się okno *Zabiegi zlecone*, które domyślnie jest zwinięte. W celu jego otwarcia należy skorzystać z przycisku , znajdującego się po prawej stronie okna. W oknie wyświetlane są zabiegi zlecone pielęgniarce przez lekarza. Oznacza to, że w kolumnach będą prezentowane dane zgodnie ze skierowaniem wystawionym przez lekarza (ścieżka: [Gabinet > Skierowania > Pielęgniarka/Położna](#)).

Z kolei w dolnej części ekranu znajduje się okno *Zabiegi wykonane*, w którym wyświetlane są:

- zabiegi wykonane na zlecenie lekarza
- zabiegi wykonane bez wcześniejszego zlecenia, dodane za pomocą przycisku **Dodaj** w tym oknie

Zabiegi zlecone

Data zlecenia	Rodzaj	Wystawił	Komórka org.
2017-03-09	opatrunek	Nowak Anna	PORADNIA LEKARZA POZ

Zabiegi wykonane

Data wykonania	Rodzaj	Wykonał	Komórka org.
2017-03-09	Założenie szwów	Nowak Anna	Oddział urazowo-ortopedyczny

5.8.2.13.1 Zrealizowanie zleconego zabiegu

Po wykonaniu zabiegu, którego podstawą było zlecenie wystawione przez lekarza w Gabinetce, należy odnotować ten fakt.

W tym celu w oknie *Zabiegi zlecone* należy zaznaczyć na liście odpowiednie zlecenie, następnie wybrać przycisk **Zrealizuj zlecenie**. W otwartym oknie *Zlecenie* należy oznaczyć osobę realizującą zabieg, komórkę org. i przebieg zabiegu. Dodatkowo można wprowadzić krótki opis wykonanego zabiegu i na zakładce *Załączniki* dodać załączniki. Po zatwierdzeniu danych informacje o zabiegu zostaną przeniesione do okna *Zabiegi wykonane*.


Zabiegi zlecone

Data zlecenia	Rodzaj	Wystawił	Komórka org.
2017-03-09	szczenienie	Nowak Anna	PORADNIA LEKARZA POZ

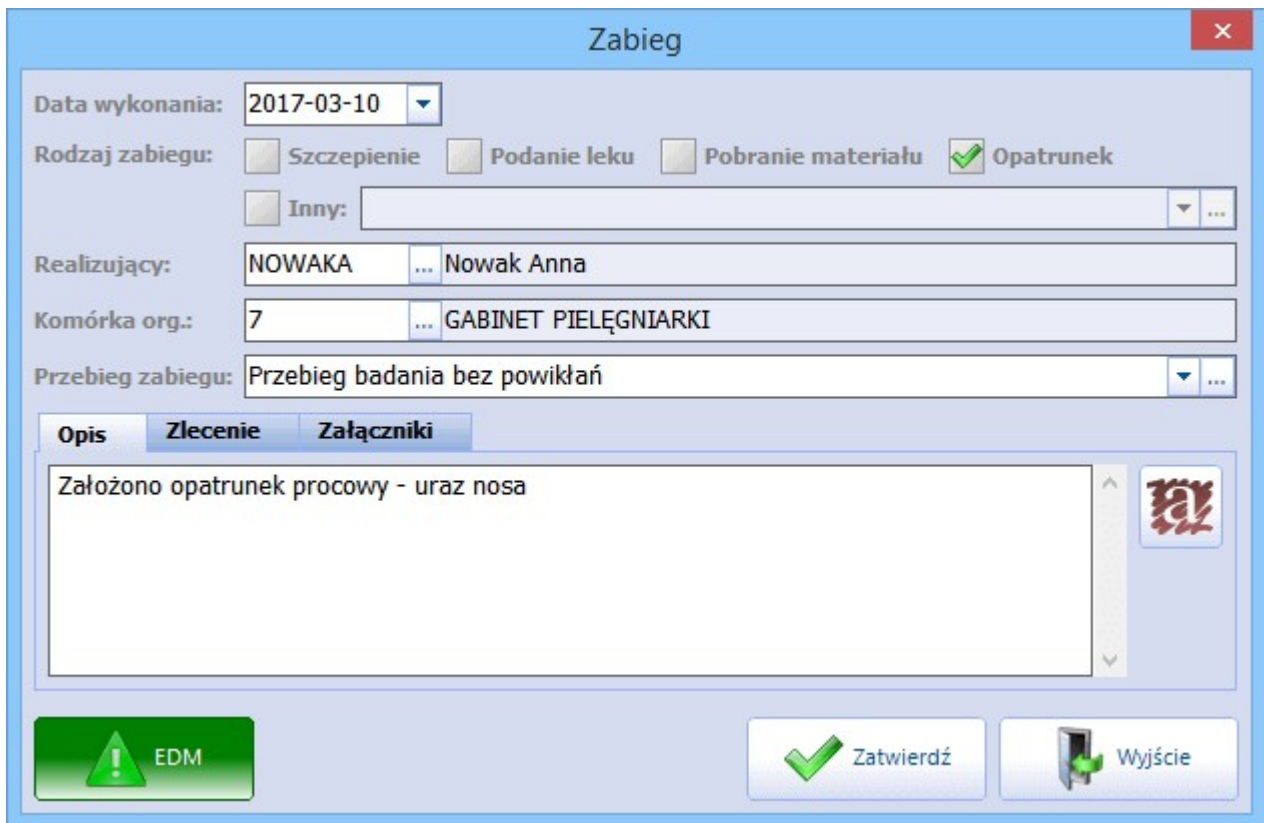
Uwaga! Informacja o wykonaniu zabiegu zostanie odnotowana w [księdze zabiegów](#), jeśli w programie zdefiniowano księgę dla komórki organizacyjnej ewidencjonowanej w polu "Komórka org."

Tak zaewidencjonowane zabiegi w EDM zapisywane są w dokumencie o nazwie "Ogólny stan zdrowia".

5.8.2.13.2 Dodanie informacji o zabiegu

W celu dodania informacji o zabiegu wykonanym bez zlecenia należy wybrać przycisk  **Dodaj zabieg**, znajdujący się po prawej stronie okna *Zabiegi wykonane*. W otwartym oknie *Zlecenie* należy wprowadzić szczegółowe dane zabiegu, tj. datę wykonania, rodzaj zabiegu, osobę realizującą, komórkę organizacyjną i przebieg zabiegu. Dodatkowo można wprowadzić krótki opis wykonanego zabiegu i na zakładce *Załączniki* dodać załączniki.

Tak zaewidencjonowane zabiegi w EDM zapisywane są w dokumencie o nazwie "Ogólny stan zdrowia".



Formularz "Zabieg" zawiera następujące pola i elementy:


- Data wykonania:** 2017-03-10
- Rodzaj zabiegu:**
 - Szczepienie
 - Podanie leku
 - Pobranie materiału
 - Opatrunek
 - Inny: [pole tekstowe]
- Realizujący:** NOWAKA [dropdown] Nowak Anna
- Komórka org.:** 7 [dropdown] GABINET PIEŁĘGNIARKI
- Przebieg zabiegu:** Przebieg badania bez powikłań [dropdown]
- Zakładki:** Opis, Zlecenie, Załączniki
- Opis:** Założono opatrunek procowy - uraz nosa
- Przyciski:** EDM (z wyjątkiem), Zatwierdź, Wyjście

Uwaga! Informacja o wykonaniu zabiegu zostanie odnotowana w [księdze zabiegów](#), jeśli w programie zdefiniowano księgę dla komórki organizacyjnej ewidencjonowanej w polu "Komórka org."

5.8.2.14 Karta ciąży

Formatka *Karta ciąży* umożliwia wprowadzenie do systemu karty ciąży - dokumentu informującego o przebiegu ciąży i stanie zdrowia pacjentki. Kartę dodaje się na wizycie realizowanej w Gabinetce. Karta ciąży dostępna z poziomu *Kartoteki pacjentów* służy tylko do odczytu.

Jeśli karta ciąży została założona przez lekarza w Gabinetce, to jej dane podstawowe jak: data utworzenia, numer ciąży (która ciąża z kolei), przewidywany termin porodu, przewidywany termin porodu wg USG i data porodu (jeśli nastąpiło już rozwiązanie), będą wyświetlane w górnym oknie.

Aby podejrzeć dane szczegółowe karty ciąży należy wybrać przycisk  **Dane karty**.

The screenshot shows the 'Karta ciąży' (Pregnancy Card) tab selected in the patient record interface. The interface includes a navigation bar with icons for various medical functions and two data tables below.

Data utworzenia	Nr ciąży	Przewidywany termin porodu	Przewidywany termin porodu wg USG	Data porodu	Akt.
2016-03-30	1	2016-08-10			✓

Wizyty w trakcie ciąży

Data	Tydzień ciąży	Tydzień ciąży wg USG	Realizujący	Wydane skierowania
2015-12-29	21		Anna Nowak	

Szczegółowy opis tej funkcjonalności w kontekście wizyty gabinetowej znajduje się w rozdziale: [Karta ciąży](#) i [Badania wstępne do karty ciąży](#).

5.8.2.15 Karta opieki pielęgniarskiej

Formatka *Karta opieki pielęgniarskiej* umożliwia wprowadzenie do systemu karty opieki pielęgniarskiej - dokumentu, w którym pielęgniarka określa stan pacjenta w zakresie funkcjonalnym i układowym. Kartę dodaje się na wizycie realizowanej w Gabinetce.

Karta dostępna z poziomu *Kartoteki pacjentów* służy tylko do odczytu.

The screenshot shows the 'Karta opieki piel.' (Nurse Care Card) tab selected in the patient record interface. The interface includes a navigation bar with icons for various medical functions and two data tables below.

Data utworzenia	Lekarz POZ	Pielęgniarka POZ	Akt.
2016-03-30			✓

Udzielone świadczenia

Data	Realizujący	Opis
2016-03-30	Anna Nowak	

Szczegółowy opis tej funkcjonalności w kontekście wizyty gabinetowej znajduje się w rozdziale: [Karta opieki pielęgniarskiej](#).

5.8.2.16 Karta DiLO

Formatka *Karta DiLO* umożliwia jedynie przegląd oraz wydruk wprowadzonej do systemu Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Kartę DiLO ewidencjonuje się na wizycie realizowanej w Gabinetce. Szczegółowy opis ewidencji karty DiLO znajduje się w rozdziale: [Karta DiLO](#).

5.8.2.17 Karta ChUK

Formatka *Karta ChUK* umożliwia wprowadzenie do systemu karty profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) - kartę dodaje się na wizycie realizowanej w Gabinetce. Karta dostępna z poziomu *Kartoteki pacjentów* służy tylko do odczytu, dodatkowo można dokonać jej wydruku.



Szczegółowy opis tej funkcjonalności w kontekście wizyty gabinetowej znajduje się w rozdziale: [Utworzenie karty ChUK](#).


5.8.2.18 Dane medyczne powiązane z modułem Gabinet Pielęgniarki

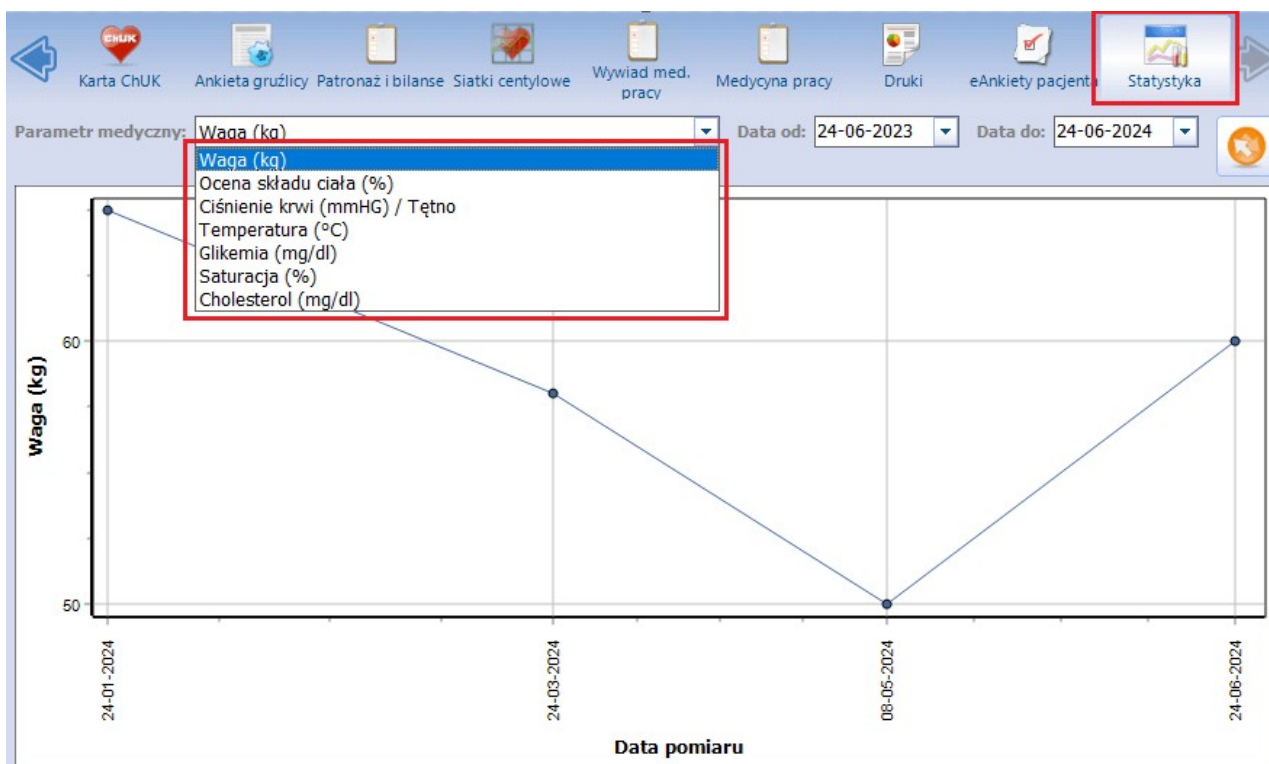
W aplikacji mMedica w oknie danych medycznych zostały udostępnione do podglądu dane wprowadzane w module dodatkowym [Gabinet pielęgniarki](#). Są to dokumenty takie jak:

- karta środowiskowa,
- karta środowiskowa ciężarnej,
- karta położnicy,
- karta opieki pielęgniarskiej,
- ankieta gruźlicy,
- patronaże i bilanse
- siatki centylowe
- karta uodpornienia

Opis wyświetlania powyższych danych w oknie *Dane medyczne* znajduje się w [instrukcji obsługi modułu "Gabinet pielęgniarki"](#), w rozdziale "Dane medyczne".

5.8.2.19 Statystyka

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica w oknie danych medycznych została udostępniona zakładka *Statystyka*. Istnieje na niej możliwość wyświetlenia graficznej prezentacji (w postaci wykresu) wartości wybranego parametru medycznego dla wskazanego zakresu dat, na podstawie zaewidencjonowanych danych medycznych pacjenta (przykład poniżej). W tym celu w polu "Parametr medyczny" należy wybrać z listy rozwijalnej właściwą pozycję oraz w polach "Data od/do" wskazać odpowiedni zakres dat (podpowiadany jest ostatni rok), a następnie wybrać przycisk  **Odśwież**.



Istnieje możliwość generacji wykresu dla następujących parametrów:

- **Waga (kg)** - wartości pobierane z wyników badania antropometrycznego,
- **Ocena składu ciała (%)** - dane oceny składu ciała (masa mięśni, woda, tkanka tłuszczowa, tkanka kostna) pobierane z wyników badania antropometrycznego, wyświetlane w postaci wykresów słupkowych,
- **Ciśnienie krwi (mmHG) / Tętno** - dane pobierane z wyników badania fizykalnego,
- **Temperatura** - dane pobierane z okna badania fizykalnego w Gabinetce lub zakładki obserwacji w hospitalizacji (wprowadzonej w module Hospitalizacje),
- **Glikemia (mg/dl)** - dane pobierane z okna badania fizykalnego w Gabinetce lub zakładki obserwacji w hospitalizacji (wprowadzonej w module Hospitalizacje),
- **Saturacja (%)** - dane pobierane z okna badania fizykalnego w Gabinetce lub zakładki obserwacji w hospitalizacji (wprowadzonej w module Hospitalizacje),
- **Cholesterol (mg/dl)** - wartości pobierane z zacytanych wyników badań laboratoryjnych.

Po najechaniu kursorem myszy na wybrany element wykresu wyświetlona zostanie informacja dotycząca wskazanego pomiaru/wyniku.

5.9 Kupony RUM - woj. śląskie

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Pacjent](#) > menu [Funkcje dodatkowe](#) > [Wydruk wolnych kuponów](#)
[Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Kupony](#) > [Wydruk wolnych kuponów](#)

W Śląskim OW NFZ wizyty, recepty i skierowania dla pacjentów ubezpieczonych realizowane są na kuponach (numerach) wygenerowanych przy użyciu karty ubezpieczenia zdrowotnego (KUZ). Parametr umożliwiający wydruk/generację kuponów włączany jest automatycznie, po zacytaniu licencji przygotowanej dla podmiotu zarejestrowanego w śląskim OW NFZ.

W razie konieczności ręcznego włączenia ww. parametru należy:

1. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Parametry konfiguracyjne](#).
2. W polu "Kod parametru" wprowadzić wartość: %RODZ_AUTOR_SWIADCZ i wybrać przycisk **Zastosuj**.
3. W sekcji *Wartość dla systemu* wybrać przycisk wyboru [...].
4. W otwartym oknie *Rodzaj autoryzacji świadczeń* wybrać wartość: **1 – Kupony**. Zmiany zatwierdzić.

Program umożliwia wydruk następujących kuponów:

- [Wolnych](#) – nieprzypisanych do konkretnego pacjenta. Kupon będzie zawierał tylko dane poradni i lekarza.
- [Spersonalizowanych](#) – przypisanych do pacjenta. Kupon będzie zawierał dane pacjenta, poradni i lekarza.

5.9.1 Konfiguracja kuponów RUM

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Kupony \(ewidencja\)](#)
[Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Kupony \(skierowania\)](#) - w wersji mMedica+

Przed rozpoczęciem pracy z funkcjonalnością kuponów RUM zalecane jest odpowiednie skonfigurowanie programu. Przejście do powyższej ścieżki umożliwia konfigurację następujących elementów:

- drukarki wykorzystywanej do wydruku kuponów
- przesunięcia wydruku względem strony
- rozmiaru tekstu nanoszonego na kupon
- danych umieszczanych na kuponie (dane świadczeniodawcy, numer umowy itd.)

Parametry odpowiadające za sposób wydruku kuponów RUM, znajdują się w sekcji *Inne*. Poniżej omówiono działanie parametrów, jeśli zostaną włączone:

- **Generuj numery kuponów bez wykonywania wydruku** - domyślne włączenie generacji numerów kuponów podczas wykonywania ich [wydruku](#). Skutkuje to koniecznością wprowadzenia numeru kuponu w polu "Nr świadczenia" na formatce *Uzupełnianie świadczeń* podczas ewidencji danych wizyty. Numer kuponu wprowadza się ręcznie lub za pomocą czytnika kodów kreskowych.
- **Bezpośredni wydruk na kuponie** - parametr dostępny w programie do wersji 8.7.0. Jego włączenie powoduje, że podczas zatwierdzania wizyty na formatce *Uzupełniania świadczeń* wykonywany jest automatyczny wydruk kuponu z danymi wizyty. **Funkcjonalność została wycofana w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica.**

Uwaga! Pozycja [Ewidencja](#) > [Kupony \(skierowania\)](#) dostępna jest dla użytkowników posiadających program w wersji PLUS i umożliwia szczegółową konfigurację kuponów do skierowań. Kupony (skierowania) wykorzystywane są do ewidencji skierowań zewnętrznych, z którymi pacjent stawia się na leczenie do placówki medycznej.

Jeśli wydruk kuponów-skierowań ma być taki sam jak wydruk kuponów-recept, należy zaznaczyć opcję **"Użyj ustawień z sekcji "Kupony (ewidencja)""**.

5.9.2 Wydruk kuponów RUM

Program mMedica umożliwia wydruk następujących kuponów:

- [Wolnych](#) – nieprzypisanych do konkretnego pacjenta. Kupon będzie zawierał tylko dane poradni i lekarza.
- [Spersonalizowanych](#) – przypisanych do pacjenta. Kupon będzie zawierał dane pacjenta, poradni i lekarza.

5.9.2.1 Wydruk wolnych kuponów

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu [Funkcje dodatkowe](#) > [Wydruk wolnych kuponów](#)
[Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Kupony](#) > [Wydruk wolnych kuponów](#)

Wolne kupony to kupony nieprzypisane do konkretnego pacjenta, zawierające tylko dane poradni i lekarza. Aby wydrukować zapas wolnych kuponów należy przejść do jednej z powyższych ścieżek i wybrać opcję **Wydruk wolnych kuponów**. W otwartym oknie dialogowym określić poradnię i podać liczbę kuponów do wydruku.

Opis pól znajdujących się w oknie *Wydruk wolnych kuponów*:

- **Poradnia** – poradnia, dla której zostaną wydrukowane kupony. Zaznaczenie checkboxa wyświetla tylko poradnie, posiadające kod wg NFZ na bieżący rok.
- **Umowa, lekarz** – numer umowy/dane lekarza, które zostaną wydrukowane na kuponach.
- **Liczba kuponów do wydruku** – liczba kuponów, które mają zostać wydrukowane.
- **Tylko generacja numerów kuponów (bez wydruku)** – zaznaczenie pola spowoduje

[wygenerowanie](#) numeru kuponu bez konieczności drukowania.

Po wydrukowaniu kuponu należy potwierdzić, czy wszystkie kupony zostały prawidłowo wydrukowane:

Czy wszystkie kupony zostały prawidłowo wydrukowane?	
TAK	NIE

5.9.2.2 Wydruk kuponów spersonalizowanych

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk [Drukuj kupon](#)

Program mMedica umożliwia wydruk kuponów spersonalizowanych, zawierających dane pacjenta, poradni i lekarza.

Aby wydrukować kupony należy przejść do formatki *Rejestracji pacjentów* i zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będą drukowane kupony. Następnie wybrać przycisk **Drukuj kupon**, znajdujący się w dolnym panelu okna. W otwartym oknie dialogowym określić poradnię i podać liczbę kuponów do wydruku. Wybranie przycisku **Drukuj** spowoduje wydrukowanie kuponów na fizycznej drukarce.

The screenshot shows the 'Kartoteka pacjentów' (Patient Card) interface for 'KOWALSKI JAN'. A dialog box titled 'Wydruk kuponów wolnych pacjenta' (Print coupons of the patient) is open, displaying the patient's name 'Kowalski Jan (M)'. The dialog includes the following fields and options:

- Poradnia:** Poradnia stomatologiczna
- Umowa:** 124/
- Lekarz:** Nowak Grzegorz
- Kupony (ewidencja):**
 - Liczba kuponów do wydruku: 2
 - Tylko generacja numerów kuponów (bez wydruku):

Buttons for 'Drukuj' (Print) and 'Wyjście (Alt-F4)' (Exit) are visible at the bottom of the dialog. The background interface shows patient information for Jan Kowalski, including birth date (1968-09-16), PESEL (0000000000), and address (40-001). The bottom navigation bar contains buttons for 'Deklaracje', 'Wizyty', 'Dane medyczne', 'Rezerwacje', 'Rejestruj', 'Dodaj do kolejki', 'Drukuj kupon' (highlighted with a red box), 'Rejestruj kupon', and 'Drukuj receptę'.

5.9.3 Generacja numerów kuponów

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu [Funkcje dodatkowe](#) > [Wydruk wolnych kuponów](#)
[Rejestracja](#) > [Drukuj kupon](#)
[Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Kupony](#) > [Wydruk wolnych kuponów](#)

W związku ze zmianami wprowadzonymi w śląskim OW NFZ, dotyczącymi zaniechania obowiązku drukowania kuponów, istnieje możliwość utworzenia kuponu bez konieczności jego drukowania. W związku z tym dodano parametr "**Tylko generacja kuponów (bez wydruku)**", który znajduje się w każdym oknie dialogowym *Wydruk kuponów...* Zaznaczenie parametru będzie powodować utworzenie wirtualnego kuponu (wygenerowanie jego numeru), wykorzystywanego podczas ewidencjonowania świadczeń (pole "Nr świadczenia").

5.9.4 Rejestracja wolnych kuponów

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Rejestruj kupon](#)

Funkcjonalność rejestracji kuponu pozwala na powiązanie wolnego kuponu z konkretnym pacjentem. Aby tego dokonać należy przejść do formatki *Kartoteki pacjentów* i zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego ma zostać zarejestrowany kupon. Następnie wybrać przycisk **Rejestruj kupon** znajdujący się w dolnym panelu okna.

The screenshot displays the 'Kartoteka pacjentów' interface for patient 'KOWALSKI JAN'. A modal dialog titled 'Rejestracja kuponów' is open, showing the patient's name 'Kowalski Jan (M)'. The dialog includes a dropdown menu for 'Poradnia:' (currently set to 'Poradnia neurologiczna') and a text input field for 'Nr kuponu:'. Below the input field are buttons for 'Zatwierdź (F9)' and 'Wyjście (Alt-F4)'. The background interface shows patient information: 'Data ur.: 1968-09-16 (48 lat)', 'PESEL: 00000000000', 'Adres: 40-001', and 'Telefon: (brak)'. There are also sections for 'Ostatnie wizyty' and 'Zaplanowane szczepienia'. At the bottom of the interface, a row of buttons includes 'Deklaracje', 'Wizyty', 'Dane medyczne', 'Rezerwacje', 'Rejestruj', 'Dodaj do kolejki', 'Drukuj kupon', 'Rejestruj kupon' (highlighted with a red box), and 'Drukuj receptę'.

W otwartym oknie dialogowym *Rejestracja kuponów* należy określić poradnię, do której zostanie przypisany kupon. Następnie wprowadzić numer kuponu: ręcznie lub przy użyciu czytnika kodów kreskowych.

Zatwierdzenie danych spowoduje powiązanie pacjenta z pustym kuponem.

5.9.5 Anulowanie kuponów

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu [Funkcje dodatkowe](#) > [Anulowanie kuponów](#)
[Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Kupony](#) > [Anulowanie kuponów](#)

W sytuacji kiedy część kuponów została prawidłowo wydrukowana, a część została wydrukowana błędnie (np. uległa zniszczeniu w trakcie drukowania, nie nadaje się do użycia) istnieje możliwość ich anulowania. Gdy po zakończeniu wydruku kuponów pojawi się komunikat o treści: „Czy wszystkie kupony zostały prawidłowo wydrukowane?” należy wybrać przycisk **Tak** i przystąpić do anulowania tych kuponów, które nie nadają się do użycia.

W celu anulowania kuponu należy przejść do *Kartoteki pacjentów* i w lewym górnym rogu ekranu wybrać menu [Funkcje dodatkowe](#) > [Anulowanie kuponów](#). W otwartym oknie *Anulowanie kuponów* wprowadzić numer kuponu ręcznie lub przy użyciu czytnika kodów kreskowych, sczytując go z wydrukowanego kuponu. Wybranie przycisku **Zatwierdź** spowoduje anulowanie kuponu. Poprawne wykonanie operacji zostanie potwierdzone komunikatem "Anulowano kupon".

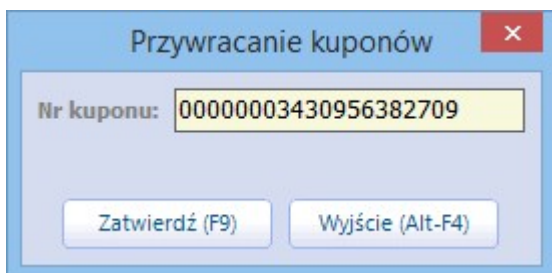
5.9.6 Przywracanie anulowanych kuponów

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu [Funkcje dodatkowe](#) > [Przywracanie anulowanych kuponów](#)
[Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Kupony](#) > [Przywracanie anulowanych kuponów](#)

W sytuacji kiedy część kuponów została prawidłowo wydrukowana, a część została wydrukowana błędnie (np. uległa zniszczeniu w trakcie drukowania, nie nadaje się do użycia) istnieje możliwość anulowania wszystkich kuponów, a następnie przywrócenia tylko tych, które zostały wydrukowane prawidłowo. Gdy po zakończeniu wydruku kuponów pojawi się komunikat o treści: „Czy wszystkie kupony zostały prawidłowo wydrukowane?” należy wybrać przycisk **Nie** i przystąpić do przywracania tych kuponów, które nadają się do użycia.

W celu przywrócenia anulowanego kuponu należy przejść do *Kartoteki pacjentów* i w lewym górnym rogu

ekranu wybrać menu [Funkcje dodatkowe > Przywracanie anulowanych kuponów](#). W otwartym oknie *Przywracanie kuponów* wprowadzić numer kuponu ręcznie lub przy użyciu czytnika kodów kreskowych, sczytując go z wydrukowanego kuponu. Wybranie przycisku **Zatwierdź** spowoduje przywrócenie kuponu. Poprawne wykonanie operacji zostanie potwierdzone komunikatem "Przywrócono kupon".



5.9.7 Informacje o wolnych kuponach

Ścieżka: [Rejestracja > Wizyty > Puste kupony](#)

Informacje o pustych kuponach przypisanych do pacjenta, uzyskuje się po przejściu do powyższej ścieżki. W oknie *Kartoteki pacjentów* należy zaznaczyć na liście pacjenta, następnie wybrać przycisk **Wizyty**, znajdujący się w dolnym panelu okna. Kolejnym krokiem jest wybranie przycisku **Puste kupony** w górnym panelu okna.

W dolnym oknie formatki prezentowana jest lista wolnych kuponów wydrukowanych lub wygenerowanych pacjentowi z określeniem typu, z jakim zostały utworzone: kupon (ewidencja) lub kupon (skierowanie). Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu okna można dokonać wydruku dodatkowego kuponu lub jego [rejestracji](#). Z kolei przyciski znajdujące się w dolnym panelu okna służą do usunięcia wybranego kuponu lub do jego ewidencji.

Numer kuponu RUM wykorzystywany jest do ewidencji danych wizyty (podpowiadany jest w polu "Nr świadczenia"). Aby wprowadzić dane dotyczące udzielonego świadczenia należy w dolnym oknie zaznaczyć numer kuponu, następnie wybrać przycisk **Wybierz**.

Typ	Nr pustego kuponu/recepty	Placówka	Data wydruku
Kupon	00000004710521182709	Poradnia stomatologiczna	2017-03-13 11:19:39
Kupon	00000004720221182709	Poradnia stomatologiczna	2017-03-13 11:19:39
Kupon	00000004730921182709	Poradnia stomatologiczna	2017-03-13 11:19:39
Kupon	00000004740621182709	Poradnia stomatologiczna	2017-03-13 11:38:58
Skierowanie	00000004780421182709	Poradnia stomatologiczna	2017-03-13 13:37:05

Dodatkowo, informacje o ilości wolnych kuponów wygenerowanych w ramach poradni wyświetlane są w na formacie *Kartoteki pacjentów* w podglądzie danych pacjenta:

Kowalski Jan (M) 0000000000

INFORMACJE O PACJENCIE	LECZENIE	INNE
Data ur.: 1968-09-16 (48 lat) PESEL: 00000000000 Adres: 40-001 Telefon: (brak) Upow.: stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU dokumentacja – BRAK DOKUMENTU odbiór recept – BRAK DOKUMENTU	Deklaracje: (brak) Ostatnie wizyty: 2016-12-06: A. Nowak 2016-12-01: A. Nowak 2016-11-30: A. Nowak Zaplanowane szczepienia: (brak)	Pobierz status uprawnienia... Ubezpieczenie: Dokument UE Recepty: 0 Kupony: 6 - Poradnia stomatologiczna Uwagi: (brak)

[Deklaracje](#)
[Wizyty](#)
[Dane medyczne](#)
[Rezerwacje](#)
[Rejestruj](#)
[Dodaj do kolejki](#)
[Drukuj kupon](#)
[Rejestruj kupon](#)
[Drukuj receptę](#)

5.10 Listy negatywne - woj. śląskie

Użytkownicy programu mMedica z obszaru woj. śląskiego mają dostęp do funkcjonalności pozwalającej sprawdzić, czy dany pacjent posiada aktywną kartę ubezpieczenia zdrowotnego. Aktywacja funkcjonalności następuje w momencie załadowania przez użytkownika plików, które są na bieżąco udostępniane na Portalu Świadczeniodawcy przez Śląski Oddział NFZ.

Jeśli placówka aktualizuje na bieżąco listę negatywną, wówczas po włożeniu karty do czytnika, dostępna jest informacja o tym, czy dana osoba jest uprawniona do bezpłatnych świadczeń, czy nie.

Status karty ubezpieczenia można sprawdzić w *Kartotece pacjentów* w kolumnie "Status karty". Aby kolumna pojawiła się na formatce, należy uprzednio wybrać przycisk **Statusy kart**, znajdujący się w górnym panelu formatki.

Nowy Dane Uwagi Dokumenty ubezpieczenia **Statusy kart** eWUŚ Oświadczenie

Kartoteka pacjentów

Nazwisko	Imię	Data ...	PE...	Adres	Nr karty	Status karty w NFZ	Dodatkowy ID	ID	E-mail	Numer telefonu	Powiadomienia
ADAM...	AGNI...	199...	9...	UCHY...	1204...			1992		111-111-111 /	Powiadomienie SMS
ADA...	ALEK...	198...	8...	ŁAZI...	1291...	Zmiana danych		3393			Brak powiadomienia
ADAM...	ALEK...	199...	9...	UCHY...	1291...			1863			Brak powiadomienia
ADAM...	ANIELA	193...	3...	GORZ...	1204...			958			Brak powiadomienia
ADAM...	ANNA	194...	4...	UCHY...	1204...			1037			Brak powiadomienia
ADAM...	ANT...	196...	6...	UCHY...	1201...			1993			Brak powiadomienia
ADAM...	BART...	201...	1...	GORZ...	1210...			3479			Brak powiadomienia
ADAM...	BEAT...	198...	8...	ŁAZI...	1291...	Inne		701		111-111-111 /	Brak powiadomienia

5.10.1 Zaczytanie pliku listy negatywnej

W celu zczytania pliku listy negatywnej należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejść do: **Komunikacja > Import danych** i wybrać przycisk **Import z pliku**.
2. W oknie *Otwieranie* w polu "Pliki typu" wybrać wartość **Pliki LKZ**.
3. Wskazać plik **.lkz** zawierający identyfikatory zablokowanych kart, pobrany ze strony Portalu i zapisany na dysku komputera.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zczytywania listy do programu.

Pliki należy zczytywać w odpowiedniej kolejności, zgodnie z numeracją znajdującą się w nazwie pliku. Przykład: rozpocząć zczytywanie od pierwszego pliku, który jest plikiem przyrostowym: P_20100423_00000001.LKZ

Istnieje też możliwość zczytania pliku całościowego (ostatniego), zawierającego łączne dane z plików od 1 do 108: C_20100422_00000108.LKZ.

Należy jednak pamiętać o tym, że plik całościowy zawiera ogromną ilość danych i czas jego zczytania do bazy jest zależny od parametrów stacji roboczej, na której jest dokonywane zczytanie. Minimalny czas importowania pliku do bazy to 20 min i może ulec wydłużeniu. Jeżeli użytkownik rozpocznie import danych od pliku całościowego to następny plik, który należy zczytać to plik o nazwie: P_20100423_00000109.LKZ

Uwaga! W przypadku, gdy użytkownik nie zczytywał jeszcze list negatywnych należy wykonać następujące czynności:

1. Zczytać plik całościowy listy negatywnej LKZ zamieszczony na Portalu Świadczeniodawcy.
2. Dokonać restartu aplikacji mMedica.
3. Dokonać importu pliku: P_20100423_00000109.LKZ i wyższych, jakie zostały zamieszczone na Portalu Świadczeniodawców.

Informacja o dacie generacji ostatnio zaimportowanej listy negatywnej wyświetlana jest na formacie *Kartoteka pacjentów* w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*:

Funkcje dodatkowe

Wyszukiwanie zaawansowane

Poprzednie nazwisko:

Ulica:

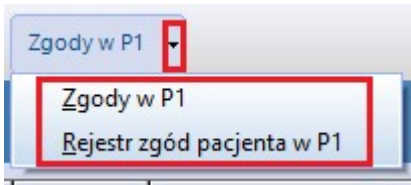
Grupa marketingowa:

UWAGA! Ostatnia importowana lista negatywna pochodzi z dnia 2015-11-02

Zastosuj Wyczyść

5.11 Zgody z systemu P1

W aplikacji mMedica istnieje możliwość weryfikacji zarejestrowanych przez pacjenta w IKP zgód na uzyskanie przez inną, wskazaną przez niego osobę dostępu do informacji o jego stanie zdrowia lub do jego dokumentacji medycznej. Aby dokonać takiej weryfikacji, należy w oknie [Kartoteka pacjentów](#) zaznaczyć pacjenta na liście, a następnie wybrać znajdujący się w panelu górnym przycisk **Zgody w P1**.



Wówczas rozwinięta zostanie lista z dwiema pozycjami do wyboru. Wybór pozycji **"Zgody w P1"** spowoduje wyświetlenie okna *Weryfikacja zgody z systemu P1*.

 A screenshot of a dialog box titled 'Weryfikacja zgody z systemu P1 – Kowalski Jan ()'. The dialog is divided into several sections:

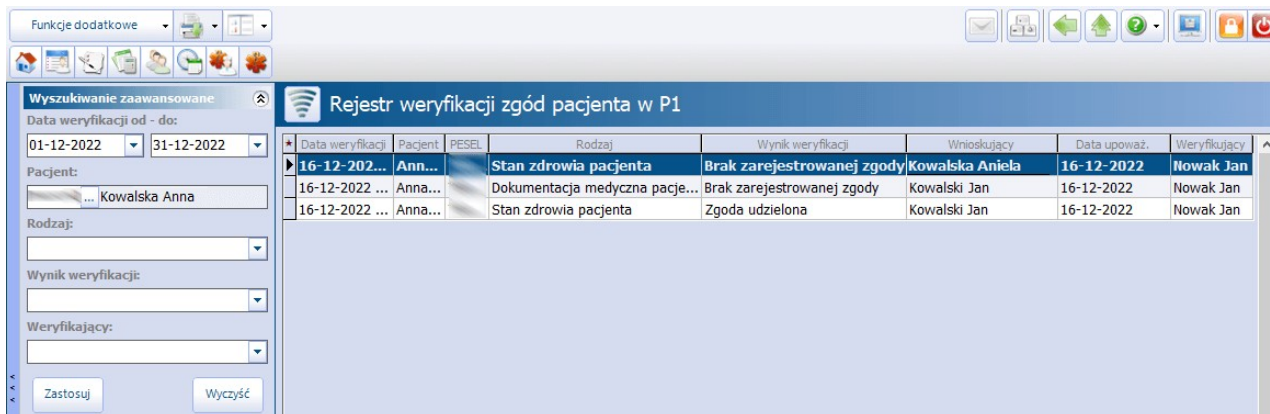
- Dane wniosku:** Includes a date field 'Data upoważnienia:' set to '16-12-2022', a 'Komórka org.:' dropdown menu, and two checkboxes: 'Odczyt zgody na dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta' (checked) and 'Odczyt zgody na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta' (unchecked).
- Wnioskujący:** Includes input fields for 'Imię:', 'Nazwisko:', 'Rodzaj:', 'Wartość:', and 'Kraj:'. There is also a small icon of a USB drive next to the 'Rodzaj:' field.
- At the bottom, there are two buttons: 'Weryfikuj' (with a play icon) and 'Wyjście' (with a door icon).

Należy uzupełnić w nim komórkę organizacyjną, zaznaczyć rodzaj weryfikowanej zgody (mogą być wskazane równocześnie dwa rodzaje), uzupełnić dane osoby wnioskującej, wybierając ją z listy pacjentów (przycisk [...] po prawej stronie okna) lub wpisując jej dane w dedykowanych polach.

Po naciśnięciu **Weryfikuj** nastąpi weryfikacja istnienia zgody/zgód w systemie P1 dla wskazanych danych. Po jej zakończeniu wyświetli się komunikat informujący o jej wyniku.

W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica udostępniono mechanizm automatycznego dodawania dokumentu upoważniającego na podstawie pozytywnej weryfikacji zgody. Jeżeli w danych pacjenta na zakładce [5. Upoważn./Oświadcz./Uprawn.](#) nie zostało wprowadzone upoważnienie dla danego wnioskującego i zostanie wykonana w wyżej opisany sposób weryfikacja zgody dla tego wnioskującego, która zakończy się pozytywnie, w końcowym komunikacie oprócz informacji o udzieleniu zgody wyświetli się zapytanie o to, czy ma zostać automatycznie dodany dokument upoważniający. Po jego zatwierdzeniu dokument taki zostanie dodany w danych pacjenta na wspomnianej zakładce.

Również w wersji 8.5.0 programu został udostępniony rejestr weryfikacji zgód pacjenta w systemie P1. Aby go wyświetlić, należy w oknie kartoteki pacjentów zaznaczyć odpowiednią osobę, a następnie wybrać przycisk **Zgody P1** i po rozwinięciu listy wskazać drugą dostępną na niej pozycję **"Rejestr zgód pacjenta w P1"**. Po tej czynności nastąpi przejście do okna rejestru, w którym domyślnie zostaną wyszukane pozycje dotyczące wskazanego pacjenta.



Aby wyświetlić pozycje dla innego pacjenta lub dla wszystkich pacjentów, należy zmienić ustawienie pola "Pacjent" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Za pomocą dostępnych filtrów istnieje również możliwość wyszukania pozycji według dat, rodzaju zgody, wyniku weryfikacji lub personelu weryfikującego. Oprócz weryfikacji zgód dokonywanych z poziomu kartoteki pacjentów rejestr obejmuje również weryfikacje zgód na dostęp do dokumentacji dla pracowników podmiotu (funkcjonalność dostępna w oknie wizyty w *Gabinecie*, na zakładce *Dokumentacja archiwalna*, opisana w instrukcji [Modułu eArchiwum i Modułu Integracji eRepozytorium w Chmurze](#)).

5.12 Funkcje dodatkowe Kartoteki

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

W lewym górnym rogu *Kartoteki pacjentów* znajduje się menu *Funkcje dodatkowe*, po rozwinięciu którego można skorzystać m.in. z następujących funkcji:

- [Dodanie pacjenta](#) do serwisu eRejestracji - funkcja dostępna w dodatkowym Module eRejestracja.
- [Zresetowanie](#) hasła pacjenta w serwisie eRejestracja
- Wysłanie powiadomienia/przypomnienia w formie wiadomości SMS, email lub powiadomienia w aplikacji mobilnej Informacje Medyczne - funkcja wysyłania wiadomości [email](#) do pacjentów jest w każdej wersji programu mMedica. Wysyłanie pozostałych rodzajów wiadomości wymaga posiadania odpowiednich modułów dodatkowych.
- [Usunięcie](#) pacjenta z bazy programu mMedica.
- Wydrukowanie danych pacjenta - możliwość wydrukowania danych teleadresowych pacjenta, koperty z danymi pacjenta lub listy pacjentów, którzy zostali zaznaczeni na liście w *Kartotece*.
- Uzyskanie informacji o wykonanych i zaplanowanych [szczepieniach](#) pacjenta.
- Uzyskanie informacji o [historii](#) wizyt pacjenta.
- Podgląd diagramu zębowego pacjenta i jego historii leczenia - funkcja dostępna w Module Stomatologicznym.
- [Scalenie](#) pacjentów podwójnie wprowadzonych do programu.
- Przypisanie pacjentów do grup marketingowych - informacje o grupach marketingowych znajdują się w [instrukcji obsługi](#) Modułu mPowiadomienia.
- Przegląd rejestru odpytań o recepty, wykonanych zgodnie z opisem zawartym w rozdziale [Podgląd e-Recept pacjenta w P1](#) - [dostępny od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica](#).
- Uzyskanie informacji o wystawionych [receptach](#).

Ponadto poprzez *Funkcje dodatkowe* można dokonać wydruku [recept](#) i szeregu operacji na [kuponach](#) użytkowanych w woj. śląskim.

Data urodzenia	PESEL	Adres
-09-16	00000000000	Katowice, ul. Wojewódzka
-04-18	██████████	██████████
-07-28	██████████	██████████

Wybrane funkcje zostały opisane w dalszej części niniejszego rozdziału. O pozostałych można przeczytać po kliknięciu w podlinkowany odnośnik w tekście.

5.12.1 Rejestr wizyt receptowych

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr wizyt receptowych](#)

Na formatce *Rejestr wizyt receptowych* prezentowane są informacje o wizytach receptowych zrealizowanych w Gabinetach - finansowanych ze środków publicznych i komercyjnych/prywatnych. Formatka podzielona jest na dwie części. W górnym oknie wyświetlane są dane dotyczące wizyt receptowych zrealizowanych w danym miesiącu. Jeśli wizyta receptowa została zrealizowana komercyjnie/prywatnie, w kolumnie "Kom." zostanie wyświetlone zaznaczenie .

Natomiast dolne okno *Wystawione recepty i zlecenia* zawiera informacje o wystawionych receptach i zleceniach w kontekście danej wizyty.

W panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* znajdują się filtry, dzięki którym można zawęzić warunki wyszukiwania. Filtr "Status" umożliwi wyszukanie zleceń/recept na podstawie ich statusu odbioru, są nimi:

- **Do odbioru** – recepty/zlecenia, które nie zostały jeszcze odebrane przez pacjenta/osobę uprawnioną.
- **Odebrane** – recepty/zlecenia odebrane przez pacjenta/osobę uprawnioną.
- **Puste pole** – zostaną wyświetlone wszystkie wizyty receptowe.

Wyszukiwanie zaawansowane

Data od - do:

Pacjent:

Komórka org.:

Płatnik:

Status:

Rejestr wizyt receptowych

Data	Pacjent	PESEL	Realizujący	Komórka org.	Kom.
2017-04-05 09:36	Kowalski Jan	0000000000	Nowak Anna	PORADNIA LEKARZA	

Wystawione recepty i zlecenia

Rodzaj	Numer	Data wydruku	Wydrukował	Data odbioru	Odebrał	Wydał
Zlecenie		2017-04-05 09:38	Nowak Anna	2017-04-05 09:40	Kowalski Jan	Nowak Anna

Za pomocą przycisku **Nowe potwierdzenie odbioru** dodaje się potwierdzenie odbioru recepty/zlecenia przez pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. W tym celu należy:

1. W górnym oknie formatki zaznaczyć wizytę receptową pacjenta.
2. W dolnym oknie *Wystawione recepty i zlecenia* zaznaczyć rekord (zlecenie lub receptę), dla którego zostanie oznaczone potwierdzenie odbioru.
3. Wybrać przycisk **Nowe potwierdzenie odbioru**.
4. W oknie dialogowym *Potwierdzenie odbioru recept/zleceń* wprowadzić:
 - a) Datę odbioru recepty/zlecenia przez pacjenta lub osobę upoważnioną. Datę wprowadza się ręcznie lub za pomocą kalendarza.
 - b) W sekcji *Dane odbierającego* zaznaczyć sposób odbioru:
 - **Odbiór osobisty** - jeśli osobą odbierającą jest pacjent, któremu została zrealizowana wizyta. Po zaznaczeniu uzupełnione zostaną pola "Nazwisko i imię" oraz "PESEL" na podstawie danych z wizyty.
 - **Odbiór przez osobę upoważnioną** - jeśli osobą odbierającą jest osoba upoważniona wcześniej przez pacjenta. Po zaznaczeniu aktywowane zostaną pola "Nazwisko i imię" oraz "PESEL", które należy uzupełnić.

Jeśli w bazie został wcześniej dodany dokument upoważniający, należy za pomocą przycisku wybrać stosowny dokument.

W razie konieczności ponownego wydrukowania recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, należy w dolnym oknie *Wystawione recepty i zlecenia* zaznaczyć na liście odpowiedni rekord i wybrać przycisk **Drukuj**.

Potwierdzenie odbioru recept / zleceń ✕

Data odbioru: 2017-04-05 09:40 ▾

Wydający: Nowak Anna

Dane odbierającego

Sposób odbioru: Odbiór osobisty Odbiór przez osobę upoważnioną

Nazwisko i imię: KOWALSKA ⋮

PESEL: ⋮

Odebrane dokumenty

+	✓	Rodzaj	Numer
I	✓	Zlecenie	

Załącznik

(brak)

EDM Zatwierdź Wyjście

W przypadku konieczności wydrukowania oświadczenia o odebraniu recept bez wcześniejszego dodania potwierdzenia odbioru, należy w lewym górnym rogu wybrać przycisk drukarki i opcję "Oświadczenie o odebraniu recept lub zleceń". System wydrukuje puste oświadczenie, jeśli pacjent nie wskazał osób upoważnionych do odbioru recept w jego imieniu. Z kolei jeśli pacjent wskazał więcej niż jedną upoważnioną osobę, program wyświetli okno dialogowe prezentujące listę osób upoważnionych. Po wskazaniu jednej z nich, jej dane zostaną podpowiedziane na wydruku oświadczenia, jako dane osoby odbierającej.

5.12.2 Zbiorcza archiwizacja pacjentów

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Przenieś pacjentów do archiwum](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki można dokonać zbiorczej archiwizacji pacjentów na podstawie otrzymanych [weryfikacji deklaracji](#), a także na podstawie wskazanej ostatniej daty wizyty.

Dostępne kryteria archiwizacji pacjentów na podstawie weryfikacji deklaracji:

- 1007 – zgon
- 2032 – numer PESEL nieaktualny
- 2335 – wer. centralna (34) – osoba nie żyje

Przykład: po zaznaczeniu opcji „Archiwizuj po weryfikacji deklaracji: wer. centralna (34) – osoba nie żyje” zostaną zarchiwizowani wszyscy pacjenci, których deklaracja została odrzucona po weryfikacji NFZ z powodu zgonu.

Archiwizacja pacjentów

Kryteria weryfikacji deklaracji

- Archiwizuj po weryfikacji deklaracji: 1007 - zgon
- Archiwizuj po weryfikacji deklaracji: 2032 - numer PESEL nieaktualny
- Archiwizuj po weryfikacji deklaracji: 2335 - Wer. centralna (34) - osoba nie żyje

Kryteria wizyt

- Archiwizuj pacjentów, których ostatnia wizyta była przed 2014-01-01
- Nie wycofuj pacjentów z aktywną deklaracją.

Zatwierdź (F9) Wyjście (Alt-F4)

Po wybraniu przycisku **Zatwierdź**, pojawi się komunikat informujący o liczbie pacjentów zarchiwizowanych. Wybranie przycisku **Tak** powoduje zatwierdzenie zmian i archiwizację tychże pacjentów.

Liczba pacjentów zarchiwizowanych: 383.
Czy zatwierdzić zmiany?

TAK NIE

Uwaga! Dezaktywacja pacjenta nie oznacza jego usunięcia. Jego dane medyczne pozostają nadal w bazie, a użytkownik w dowolnym momencie może go ponownie aktywować.

5.12.3 Scalanie pacjentów

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Scalanie pacjentów](#)
[Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Scalanie pacjentów](#)

Z funkcjonalności należy korzystać wówczas, gdy wprowadzono do *Kartoteki pacjentów* dane osobowe pacjenta, który już wcześniej znajdował się w bazie. Omawiana sytuacja może zaistnieć, gdy np. noworodkowi lub pacjentowi unijnemu nadany zostanie numer PESEL i pracownik wprowadzi takiego pacjenta ponownie do bazy danych, zamiast dokonać edycji jego danych.

Scalania można dokonać dla:

- noworodka
- pacjenta unijnego (status PESEL: U - Cudzoziemiec z UE nadany dla obydwu pacjentów)

Uwaga! W sytuacji, gdy świadczenia ewidencjonowane są na błędnym numerze PESEL, należy pomyłkowo wprowadzonego pacjenta [zarchiwizować](#) i wprowadzić do bazy nowego pacjenta z prawidłowym numerem PESEL.

Aby scalać dwóch pacjentów należy wykonać poniższe czynności:

- Wyszukać zdublowane wpisy dotyczącego tego samego pacjenta, poprzez skorzystanie z jednej z nast. opcji:
 - Wybrać przycisk **Wyszukaj wszystkich do scalenia po nazwisku**, który wyfiltruje pacjentów posiadających różne numery PESEL (tj. nadany i zerowy), takie samo nazwisko i datę urodzenia.
 - Wybrać przycisk **Wyszukaj wszystkich do scalenia po PESELu**, który wyfiltruje pacjentów posiadających taki sam numer PESEL.

- c) Skorzystać z pola do wyszukiwania znajdującego się w prawym górnym rogu okna. W polu należy wpisać nazwisko lub numer PESEL osoby, której dane wprowadzono dwukrotnie.

2. Przytrzymując klawisz CTRL zaznaczyć na liście lewym przyciskiem myszki pacjentów, których dane mają zostać scalone.

Ich wybór spowoduje uzupełnienie pól danymi pacjentów w dolnym oknie w sekcjach *Pacjent 1*, *Pacjent 2*. Dane różniące się między pacjentami zostaną zaznaczone żółtym kolorem.

*	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Nr karty
	BARTOSZ PIOTR		1984-01-24		
•	Noworodek	Jan	2017-02-05	0000000000	
▶	Noworodek	Jan	2017-02-05	172205	
	Joanna		1983-11-28	0000000000	
	JOANNA IWONA		1983-11-28		

3. W celu scalenia pacjentów wybrać przycisk >> lub <<, który określa kierunek scalania. Program domyślnie wskazuje prawidłowy kierunek.
4. Zatwierdzić komunikat o przepisaniu danych z jednego pacjenta na drugiego, poprzez wybór przycisku **Tak**.

Świadczenia, deklaracje i inne dane przypisane do pacjenta 1 zostaną przepisane do pacjenta 2. Pacjent 1 zostanie następnie usunięty.
Kontynuować?

TAK NIE

Uwaga! Przy scalaniu danych noworodka, dane opiekuna będą kopiowane tylko wtedy, gdy pacjent pozostający w bazie danych nie ma ich uzupełnionych.

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność scalania dwóch pacjentów z nadanym numerem PESEL. Jest ona przeznaczona do użycia wyłącznie w wyjątkowych przypadkach, jak np. sądowe orzeczenie o zmianie numeru PESEL wynikające ze zmiany daty urodzenia, płci lub adopcji dziecka. Opcja scalania dowolnych pacjentów dostępna jest po wybraniu przycisku **Funkcje dodatkowe** w lewym górnym rogu formatki *Scalanie pacjentów* tylko dla pacjentów posiadających tę samą datę urodzenia.

Aby scalić dwóch pacjentów posiadających numer PESEL należy wykonać poniższe czynności:

1. Na formatce *Scalanie pacjentów* wybrać przycisk [Funkcje dodatkowe > Scalanie dowolnych pacjentów](#).
2. Uważnie zapoznać się z poniższym komunikatem i wybrać przycisk "Tak", aby przejść dalej.

UWAGA! Funkcjonalność jest przeznaczona do użycia wyłącznie w wyjątkowych przypadkach.
Scalenie niewłaściwych pacjentów spowoduje TRWAŁĄ MODYFIKACJĄ lub UTRATĘ danych.
Przed wykonanie scalenia zalecane jest utworzenie kopii zapasowej bazy danych. Kontynuować?

TAK NIE

3. Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu okna (**Wybierz pacjenta 1, Wybierz pacjenta 2**) wybrać pacjentów, którzy zostaną scaleni.
4. Określić właściwy kierunek scalania za pomocą przycisku >> lub <<.
5. Zatwierdzić komunikat o przepisaniu danych z jednego pacjenta na drugiego, poprzez wybór przycisku **Tak**.

Rozdział

6

eWUŚ

eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców) to system umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Aplikacja mMedica jest przystosowana do korzystania z funkcjonalności eWUŚ, po dokonaniu wcześniejszej konfiguracji, opisanej w dalszej części niniejszego rozdziału.

Uwaga!

Przed rozpoczęciem korzystania z usługi eWUŚ należy zapoznać się z zasadami korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Świadczeniobiorców, znajdującymi się na stronie NFZ pod adresem: <http://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/ewus/zasady-korzystania-z-ewus/>

Należy pamiętać, że funkcjonalność pozwala uzyskać informacje o aktualnym (na dzień sprawdzenia) statusie uprawnień pacjenta do realizacji świadczeń.

6.1 Konfiguracja konta eWUŚ

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Inne](#)

Przed rozpoczęciem pracy z funkcjonalnością eWUŚ zalecane jest odpowiednie skonfigurowanie programu. Parametry wpływające na sposób działania systemu eWUŚ, znajdują się w powyższej ścieżce w sekcji eWUŚ.

W polu "Wersja komunikatu" określa się wersję komunikatu, w której aplikacja mMedica ma dokonywać weryfikacji uprawnień pacjenta w Systemie Centralnym. Zalecana wersja komunikatu to **5.0**, którą wybiera się po rozwinięciu listy w omawianym polu.

Komunikaty informujące o konieczności zmiany hasła, wyświetlane są w aplikacji automatycznie tuż po zalogowaniu do programu, kilka dni przed upływem ważności hasła. Parametr "**Wymuś zmianę hasła w ostatnim dniu**" określa sposób zmiany hasła do systemu eWUŚ w ostatnim dniu jego obowiązywania.

Sposób działania parametru:

- w oknie informującym o konieczności zmiany hasła będzie dostępny przycisk **OK**, umożliwiający kontynuację pracy w programie i odkładający proces zmiany hasła na później.
- w oknie informującym o konieczności zmiany hasła będą dostępne przyciski, wymuszające zmianę hasła w celu kontynuacji pracy w programie.

Więcej informacji w rozdziale: [Zmiana hasła do systemu eWUŚ w programie mMedica](#).

W celu poprawnego weryfikowania czasów ważności tokenów przekazywanych przez systemy CNFZ, w systemie komputera należy ustawić strefę czasową obowiązującą w Polsce (GMT+1:00).

6.2 Dane logowania do serwera eWUŚ

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 2. eRejestracja / Systemy NFZ

Aby móc korzystać z usługi eWUŚ w programie mMedica, należy wprowadzić w systemie dane umożliwiające autoryzację. W tym celu należy przejść do rejestru użytkowników i na formatce *Zarządzanie użytkownikami systemu* zaznaczyć na liście użytkownika, któremu będą wprowadzane dane. Dane dotyczące logowania w systemie eWUŚ uzupełnia się w dolnym oknie formatki na zakładce *2. eRejestracja / Systemy NFZ*, w sekcji *Systemy NFZ*, gdzie po rozwinięciu listy w polu "Dostępne systemy" należy zaznaczyć pozycję "eWUŚ".

Następnie w przypadku konta typu świadczeniodawca należy uzupełnić pola:

- **Login** - login otrzymany na podstawie złożonego wniosku o uzyskanie prawa do korzystania z systemu eWUŚ.
- **Hasło** - hasło otrzymane na podstawie złożonego wniosku o uzyskanie prawa do korzystania z systemu eWUŚ.
- **Powtórz hasło** - powtórnie wpisać otrzymane hasło.
- **Typ świadczeniodawca** - włączyć parametr poprzez zaznaczenie pola.

W przypadku konta typu lekarz należy uzupełnić nast. pola:

- **Login** - login otrzymany na podstawie złożonego wniosku o uzyskanie prawa do korzystania z systemu eWUŚ.
- **Hasło** - hasło otrzymane na podstawie złożonego wniosku o uzyskanie prawa do korzystania z systemu eWUŚ.
- **Powtórz hasło** - powtórnie wpisać otrzymane hasło.
- **Typ świadczeniodawca** - wyłączyć parametr poprzez usunięcie zaznaczenia w polu.
- **Id lekarza** - wprowadzić Id lekarza.

W celu zapisania zmian należy wybrać przycisk **Zatwierdź**. Dodatkowo można upewnić się, czy użytkownik posiada poprawne połączenie z systemem eWUŚ - służy do tego przycisk **Sprawdź połączenie**. Prawidłowe nawiązanie połączenia z systemem eWUŚ zostanie potwierdzone komunikatem:

Połączono prawidłowo.

6.3 Zmiana hasła do systemu eWUŚ w programie mMedica

Co 30 dni istnieje konieczność zmiany hasła do systemu eWUŚ. Zmiany hasła do eWUŚ można dokonać w programie mMedica w jeden z następujących sposobów:

- 1) Poprzez zmianę hasła po stronie lokalnego systemu OW NFZ (Portal Świadczeniodawcy) i wprowadzenie nowego hasła do aplikacji.
- 2) Poprzez zmianę hasła bezpośrednio w programie mMedica (niewymagane jest już dokonywanie zmiany hasła po stronie Portalu Świadczeniodawcy).

Uwaga! W niniejszej instrukcji opisano zmianę hasła do systemu eWUŚ poprzez aplikację mMedica. Jeśli użytkownik zmienia hasło do eWUŚ po stronie lokalnego systemu OW NFZ, zobowiązany jest wprowadzić nowe hasło do programu mMedica i zaznaczyć parametr "**Nie aktualizuj danych konta na serwerze**". Zmiana hasła w serwisie eWUŚ działa w czasie rzeczywistym zarówno w aplikacji mMedica jak i lokalnym portalu OW NFZ. W momencie zmiany hasła należy zadbać o to, aby w aplikacji mMedica użytkownik ten nie był wykorzystywany, tj. nie pobierał w tym czasie ubezpieczenia. W innym przypadku może wystąpić blokada konta, w związku z odpytywaniem na nieaktualnym hasle.

6.3.1 Z poziomu Użytkowników systemu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [2. eRejestracja / Systemy NFZ](#)

Zmiany hasła do serwera eWUŚ można dokonać z poziomu *Użytkowników systemu*. W tym celu należy przejść do powyższej ścieżki i wykonać następujące czynności:

1. Zaznaczyć na liście użytkownika, któremu będzie zmieniane hasło.
2. W dolnym oknie formatki w sekcji Systemy NFZ wpisać dane w nast. polach:
 - Hasło** - wpisać nowe hasło do systemu eWUŚ zgodne z wymaganym formatem.
 - Powtórz hasło** - powtórzyć hasło.
3. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**. Spowoduje to wysłanie danych w celu ich aktualizacji w centralnym serwisie eWUŚ.
4. Sprawdzić poprawność połączenia z systemem eWUŚ poprzez wybranie przycisku **Sprawdź połączenie**.
Prawidłowe nawiązanie połączenia z systemem eWUŚ zostanie potwierdzone komunikatem:

Połączono prawidłowo.

Uwaga! Hasło do systemu eWUŚ powinno składać się z minimum 8 znaków i zawierać co najmniej:

- 1 dużą literę
- 1 cyfrę
- 1 znak specjalny (tj. !, @, #, \$, &, *, -, _)

Uwaga! Zaznaczenie parametru **"Nie aktualizuj danych konta na serwerze"** powoduje, że dane autoryzacyjne eWUŚ zostaną zapisane tylko w lokalnej bazie danych. Do systemu NFZ nie zostanie wysłane żądanie zmiany danych autoryzacyjnych eWUŚ. Zaleca się zaznaczenie ww. parametru w przypadku zmiany hasła użytkownikom, pracującym pod jednym numerem umowy NFZ, ale na różnych instalacjach systemu. Zapobiega to blokowaniu konta użytkownikom, posiadającym to samo hasło w różnych instalacjach.

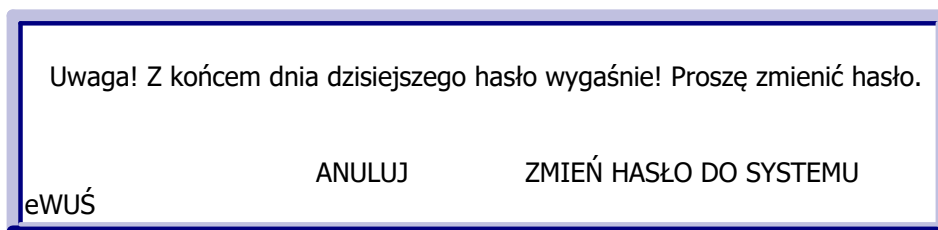
6.3.2 Poprzez okno z komunikatem

Zmiany hasła do serwera eWUŚ można dokonać z poziomu okna z komunikatem, informującym o konieczności zmiany hasła.

Kilka dni przed upływem ważności hasła do systemu eWUŚ, użytkownik informowany jest o tym fakcie poprzez komunikaty, wyświetlane po zalogowaniu do programu. W tej sytuacji użytkownik może dokonać wcześniejszej zmiany hasła, przed upłynięciem ostatecznej daty jego ważności, poprzez skorzystanie z przycisku **Zmień hasło do systemu eWUŚ**.

Użytkownik może również wstrzymać się ze zmianą hasła do ostatniego dnia jego ważności. Wtedy, po zalogowaniu do aplikacji mMedica, zostanie wyświetlony komunikat, informujący użytkownika o konieczności zmiany hasła. Wybranie przycisku **OK** umożliwia kontynuację pracy w programie, odkładając proces zmiany hasła na później.

W przypadku włączonego parametru "**Wymuś zmianę hasła w ostatnim dniu**", opisanego w rozdziale "[Konfiguracja konta eWUŚ](#)", aplikacja wymusza na użytkowniku zmianę hasła. Wybranie przycisku **Anuluj** spowoduje wyłączenie programu mMedica, uniemożliwiając dalszą pracę.



6.3.3 Zbiorcza zmiana hasła

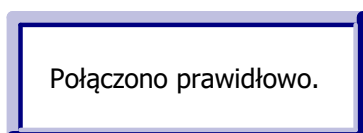
Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#)

W programie mMedica istnieje możliwość zbiorczej zmiany hasła do systemu eWUŚ wszystkim użytkownikom, posiadającym ten sam login do autoryzacji w eWUŚ. Funkcjonalność polega na zmianie hasła tylko jednemu użytkownikowi, a aplikacja automatycznie odświeży hasło pozostałym użytkownikom, posiadającym ten sam login.

W celu zbiorczej zmiany hasła należy wykonać poniższe czynności:

1. W panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* w polu "Login systemu OW NFZ" wpisać login do systemu eWUŚ, używany przez kilka osób i zatwierdzić przyciskiem **Zastosuj**.
2. Zaznaczyć na liście dowolnego użytkownika (zostaną wyfiltrowani wszyscy użytkownicy posiadający login wpisany w pkt 1).
3. W dolnym oknie formatki w danych użytkownika nadać nowe hasło do systemu eWUŚ:
Hasło - wpisać nowe hasło do systemu eWUŚ zgodne z wymaganym formatem.
Powtórz hasło - powtórzyć hasło.
4. Sprawdzić poprawność połączenia z systemem eWUŚ poprzez wybranie przycisku **Sprawdź połączenie**.

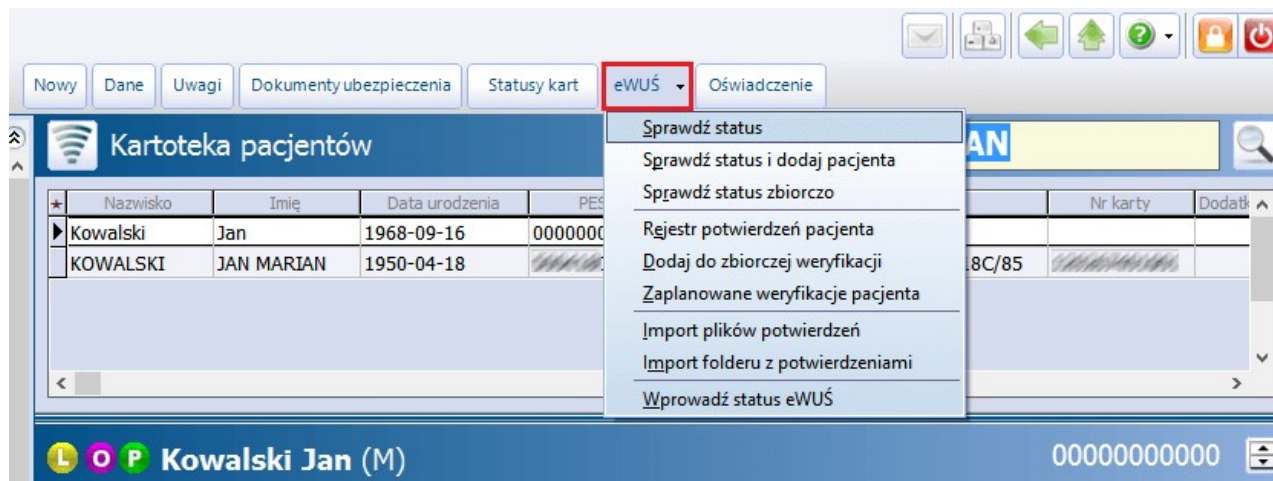
Prawidłowe nawiązanie połączenia z systemem eWUŚ zostanie potwierdzone komunikatem:



Uwaga! Zaznaczenie parametru "**Nie aktualizuj danych konta na serwerze eWUŚ**" powoduje, że dane autoryzacyjne eWUŚ zostaną zapisane tylko w lokalnej bazie danych. Do systemu NFZ nie zostanie wysłane żądanie zmiany danych autoryzacyjnych eWUŚ. Zaleca się zaznaczenie ww. parametru w przypadku zmiany hasła użytkownikom, pracującym pod jednym numerem umowy NFZ, ale na różnych instalacjach systemu. Zapobiega to blokowaniu konta użytkownikom, posiadającym to samo hasło w różnych instalacjach.

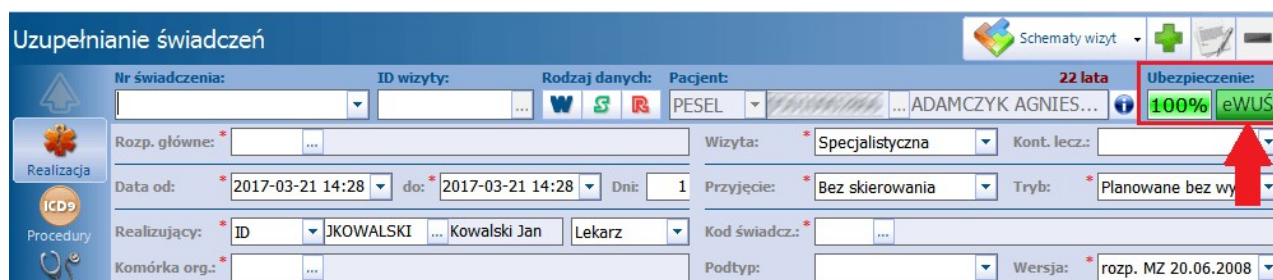
6.4 Sposoby weryfikacji pacjenta w eWUŚ

Aplikacja mMedica posiada kilka różnych funkcjonalności weryfikacji ubezpieczenia pacjenta poprzez system eWUŚ. Większość z nich znajduje się w Kartotece pacjentów, po rozwinięciu listy z przycisku **eWUŚ**:



Program posiada również dodatkowe opcje, sprawdzające uprawnienie dla pacjenta w systemie eWUŚ. Należą do nich:

- Weryfikacja uprawnienia do świadczeń przy wykorzystaniu karty chipowej po włożeniu jej do czytnika (woj. śląskie)
- Weryfikacja statusu uprawnienia do świadczeń w trakcie dodawania wizyty:



Dla pozytywnej weryfikacji uprawnień do świadczeń przycisk „eWUŚ”, znajdujący się na wizycie, będzie miał kolor zielony. W przypadku weryfikacji negatywnej, przycisk będzie w kolorze czerwonym.

Uwaga! Aplikacja mMedica weryfikuje uprawnienie pacjenta na dzień wprowadzania wizyty. Oznacza to, że użytkownik wprowadzając wizytę w dniu 06-06-2015 dla świadczeń udzielonych w dniu 01-06-2015, uzyskuje weryfikację uprawnienia na dzień 06-06-2015.

6.4.1 Ręczne sprawdzenie eWUŚ

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Sprawdź status](#)
[Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Sprawdź status i dodaj pacjenta](#)

W celu pobrania statusu uprawnienia należy odszukać pacjenta na liście w *Kartotece pacjentów* następnie wybrać przycisk [eWUŚ](#) i opcję **Sprawdź status**. Wynikiem pozytywnie przeprowadzonej weryfikacji jest poniższy komunikat:

The dialog box displays the following information:

Status uprawnienia pacjenta	
Uprawniony do świadczeń	
Pesel:	██████████
Imię:	ANDRZEJ
Nazwisko:	NOWAK
Data ważności:	21.03.2017 r.
Kod autoryzacji:	██████████
Zapisz potwierdzenie	
OK	

W przypadku negatywnej weryfikacji górny pasek komunikatu posiada czerwony kolor i nagłówek o treści "Brak uprawnienia do świadczeń".

Wynik weryfikacji do świadczeń można dodatkowo zapisać na dysku komputera, do czego służy opcja **Zapisz potwierdzenie** widniejąca w oknie *Status uprawnienia pacjenta*.

Pobrania statusu eWUŚ można również dokonać, poprzez kliknięcie w opcję **Pobierz status uprawnienia**, znajdującą się w [podglądzie danych pacjenta](#) w oknie *Inne*.

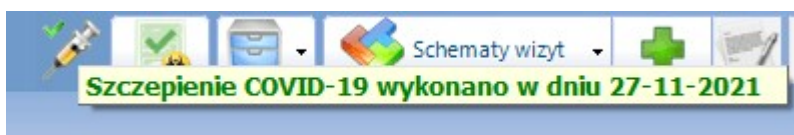
The screenshot shows the patient record for **Kowalski Jan (M)**. The interface is divided into three main sections:

- INFORMACJE O PACJENCIE:**
 - Data ur.: 1968-09-16 (48 lat)
 - PESEL: 00000000000
 - Adres: 41-110 Katowice, ul. Wojewódzka 1
 - Telefon: 100-000-000
 - Upow.: stan zdrowia – KOWALSKA, BEATA ROZALIA, dokumentacja – KOWALSKA
- LECZENIE:**
 - Deklaracje:**
 - L: Anna Nowak (2016-08-01)
 - O: HALINA ████████ (2017-03-15)
 - P: BEATA ████████ (2016-08-01)
 - Ostatnie wizyty:**
 - 2016-01-01: A. Nowak; B81.3
 - 2017-01-17: A. Nowak
 - 2016-10-18: A. Nowak
- INNE:**
 - OW NFZ: Kraje UE
 - eWUŚ:** [Pobierz status uprawnienia...](#) (highlighted with a red box)
 - Ubezpieczenie: Dokument UE
 - Recepty:

Po skorzystaniu z tej opcji, w oknie *Inne* zostanie wyświetlona informacja o statusie uprawnienia pacjenta:



Z systemu eWUŚ pobierana jest informacja o zaszczepieniu pacjenta przeciw COVID-19 (wraz z datą wykonania szczepienia). Pobrana data szczepienia będzie się wyświetlać w danych pacjenta w *Kartotece pacjentów* na zakładce **1.Dane podstawowe** w sekcji Informacje dodatkowe, w polu "Zaświadczenie o szczepieniu Covid-19". Ponadto w prawym górnym rogu okna wizyty pacjenta otwartej w *Gabinecie* lub okna jego hospitalizacji, otwartej w module Hospitalizacje, uwidoczni się ikonka strzykawki. Po najechaniu na nią kursorem myszy wyświetli się informacja o dacie szczepienia (przykład poniżej).



Ikonka strzykawki będzie widoczna także na rezerwacji/rejestracji tego pacjenta w Terminarzu.

Pobrana z systemu eWUŚ informacja o zaszczepieniu pacjenta przeciw COVID-19 będzie wyświetlać się także w [podglądzie danych pacjenta](#) w *Kartotece pacjentów*, w oknie *Inne*.

Z systemu eWUŚ pobierana jest również informacja o uprawnieniu do świadczeń obywatela Ukrainy, posiadającego nr PESEL, na mocy Ustawy z dnia 12 marca 2022 roku. W takim wypadku w oknie *Status uprawnienia pacjenta* wyświetlana jest dodatkowo następująca treść:

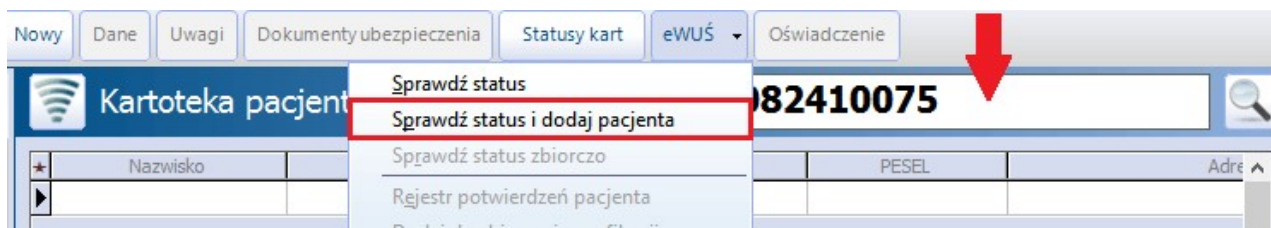
Pacjent posiada uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy Ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa

Podobna informacja wyświetli się również w podglądzie danych tego pacjenta w *Kartotece pacjentów* oraz na liście deklaracji, w oknie *Inne*, a także na liście pacjentów oczekujących do Gabinetu w oknie *Deklaracja i ubezpieczenie*.

W sytuacji, gdy w bazie programu mMedica nie ma jeszcze wprowadzonego pacjenta, dla którego ma zostać pobrany eWUŚ, należy skorzystać z opcji **Sprawdź status i dodaj pacjenta** według poniższych kroków:

1. W polu wyszukiwania, w prawym górnym rogu *Kartoteki pacjentów* wpisać PESEL pacjenta.
2. Wybrać przycisk **eWUŚ** i opcję **Sprawdź status i dodaj pacjenta**.

Dla podanego numeru PESEL zostanie pobrany status eWUŚ, a następnie otwarta formatka umożliwiająca uzupełnienie danych pacjenta - niezależnie od wyniku uprawnienia pacjenta do świadczeń.



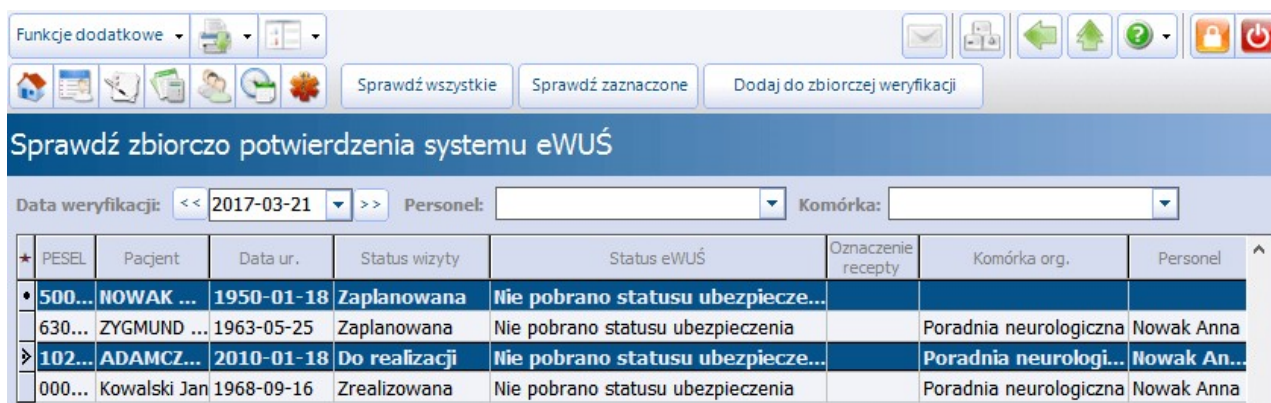
6.4.2 Ręczne sprawdzenie eWUŚ kilku pacjentom

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Sprawdź status zbiorczo](#)
 Terminarz > przycisk: [eWUŚ zbiorczo](#)
 Deklaracje > przycisk: [eWUŚ](#) > [Sprawdź status zbiorczo](#)

Aplikacja mMedica umożliwia sprawdzanie potwierdzeń uprawnień do świadczeń dla pacjentów, którzy zostali zaplanowani na dzień bieżący. W celu ręcznego pobrania potwierdzenia eWUS kilku pacjentom należy:

1. Przejść do jednej z wyżej przedstawionych ścieżek.
2. W górnym panelu formatki wybrać przycisk **eWUŚ** i opcję **Sprawdź status zbiorczo**.
3. W nowym oknie zostanie wyświetlona lista pacjentów do weryfikacji. Pobrania statusu eWUŚ można dokonać:
 - a) Wszystkim pacjentom wyświetlonym na liście za pomocą przycisku **Sprawdź wszystkie**.
 - b) Wybranym pacjentom z listy poprzez zaznaczenie ich na liście i wybranie przycisku **Sprawdź zaznaczone**. W celu zaznaczenia pacjentów należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL i lewym przyciskiem myszki zaznaczać kolejne rekordy na liście.

Wybranie ww. przycisków spowoduje weryfikację pacjentów, którzy nie posiadają jeszcze pobranego ewusia na dzień bieżący. Pacjenci posiadający już pozytywne lub negatywne potwierdzenie nie są ponownie odpytywani.



Pacjenci do zbiorczej weryfikacji eWUŚ są dodawani w następujący sposób:

- **Automatycznie** - przez aplikację mMedica w przypadku spełnienia określonych warunków (np. trwająca hospitalizacja, rejestracja wizyty w Terminarzu)
- **Ręcznie** - przez użytkownika.

Szczegółowy opis znajduje się w: [Dodanie pacjenta do zbiorczej weryfikacji](#).

Szczegółowe informacje o pobranych potwierdzeniach eWUŚ pacjent-a/ów znajdują się na formatce [Rejestr potwierdzeń uprawnień pacjenta](#).

6.4.3 Ręczne dodanie eWUŚ

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Wprowadź status eWUŚ](#)

Funkcjonalność umożliwia ręczne dodanie potwierdzenia eWUŚ, poprzez wprowadzenie jego ID, pobranego poprzez inny system niż mMedica (np. poprzez witrynę <https://ewus.nfz.gov.pl/ap-ewus/>).

Uwaga! Zaleca się szczególną uwagę podczas korzystania z omawianej funkcjonalności, gdyż wpisanie niepoprawnych danych będzie skutkowało odrzuceniem danych przez system OW NFZ.

W celu ręcznego dodania potwierdzenia eWUŚ należy:

1. Na formatce *Kartoteki pacjentów* wyszukać i zaznaczyć pacjenta, któremu będzie wprowadzane potwierdzenie eWUŚ.
2. W górnym panelu formatki wybrać przycisk **eWUŚ** i opcję **Wprowadź status eWUŚ**.
3. W otwartym oknie dialogowym uzupełnić nast. pola: data ważności, oznaczenie recepty, ID operacji. Dane wprowadza się na podstawie informacji udostępnionych poprzez Portal Świadczeniodawcy/Portal SZOI

The screenshot shows a dialog box titled "Wprowadź potwierdzenie eWUŚ". It contains the following fields and controls:

- Nazwisko:** Text input field containing "Kowalski".
- Imię:** Text input field containing "Jan".
- PESEL:** Text input field containing "0000000000".
- Data ważności:** Date picker dropdown menu showing "2017-03-21".
- Oznaczenie recepty:** Dropdown menu, currently empty.
- Id operacji:** Text input field, currently empty.
- Wprowadził:** Text input field containing "MARIOLA" and "Nowak Anna" with a small "..." button between them.
- Buttons:** "Zatwierdź" (with a green checkmark icon) and "Anuluj" (with a red X icon).

Do wykonania operacji konieczne jest posiadanie uprawnienia "Ręczne wczytywanie potwierdzeń eWUŚ" nadawanego w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Obsługa rejestru pacjentów](#).

6.4.4 Automatyczne sprawdzenie eWUŚ

Aplikacja mMedica posiada dodatkowe opcje, automatycznie sprawdzające uprawnienie dla pacjenta w systemie eWUŚ. Weryfikacja uprawnienia do świadczeń następuje w momencie:

- Włożenia karty chipowej pacjenta do czytnika (woj. śląskie).
- Otwarcia wizyty wprowadzanej w Gabinetce.
- Otwarcia wizyty wprowadzanej na formacie *Uzupełniania świadczeń* z uzupełnioną informacją o pacjencie (wypełnione pole "Pacjent").

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' form. Key fields include: 'Nr świadczenia:', 'ID wizyty:', 'Rodzaj danych:', 'Pacjent: ADAMCZYK AGNIES...', '22 lata', 'Ubezpieczenie: 100% eWUŚ', 'Rozp. główne:', 'Wizyta: Specjalistyczna', 'Kont. lecz.:', 'Data od: 2017-03-21 14:28', 'do: 2017-03-21 14:28', 'Dni: 1', 'Przyjęcie: Bez skierowania', 'Tryb: Planowane bez wy...', 'Realizujący: JKOWALSKI Kowalski Jan Lekarz', 'Kod świadcz.:', 'Komórka org.:', 'Podtyp:', and 'Wersja: rozp. MZ 20.06.2008'. A red box highlights the 'Ubezpieczenie:' field, and a red arrow points to it.

Dla pozytywnej weryfikacji uprawnień do świadczeń przycisk "eWUŚ", znajdujący się na wizycie, będzie miał kolor zielony.

Uwaga! Należy pamiętać, że mMedica weryfikuje uprawnienie pacjenta na dzień wprowadzania wizyty. Oznacza to, że użytkownik wprowadzając wizytę w dniu 20-04-2017 dla świadczeń udzielonych w dniu 01-04-2017, uzyskuje weryfikację uprawnienia na dzień 20-04-2017.

6.4.5 Automatyczne sprawdzenie eWUŚ kilku pacjentom

Funkcjonalność *Harmonogramu zadań* dostępna w dodatkowym Module Menedżer eksportów umożliwi automatyczne odpytanie eWUŚ pacjentów, którzy zostali dodani do [zbiorczej weryfikacji](#). Do poprawnego działania funkcjonalności konieczne jest ustawienie częstotliwości wykonywania odpytania i wskazania użytkownika programu, posiadającego aktualne dane do logowania.

Szczegółowy opis znajduje się w instrukcji Modułu Menedżer eksportów, zamieszczonej na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.

6.5 Pozostałe funkcje eWUŚ w mMedica

Oprócz funkcji sprawdzających uprawnienia pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, aplikacja mMedica posiada dodatkowe opcje, umożliwiające importowanie plików potwierdzeń eWUŚ, planowanie pobrania pacjentowi potwierdzenia eWUŚ w zadanych dniach, wgląd do rejestru pobranych potwierdzeń.

6.5.1 Dodanie pacjenta do zbiorczej weryfikacji

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Dodaj do zbiorczej weryfikacji](#)

Pacjenci do zbiorczej weryfikacji eWUŚ dodawani są w następujący sposób:

- **Automatycznie** - przez aplikację mMedica w przypadku spełnienia określonych warunków (np. trwająca hospitalizacja, rejestracja wizyty w Terminarzu)
- **Ręcznie** - przez użytkownika.

Automatyczne dodanie pacjenta do [zbiorczej weryfikacji](#) eWUŚ następuje gdy:

- a) Data zaplanowanej wizyty przypada na dzień bieżący (istnienie rezerwacji/rejestracji w Terminarzu).
- b) Wizyta rozpoczęła się w przeszłości, a jej data zakończenia jest datą bieżącą lub datą z przyszłości (wizyta wielodniowa).
- c) Istnieją rozpoczęte hospitalizacje, które nadal trwają lub kończą się w dniu bieżącym.
- d) Istnieją pozycje w kolejce oczekujących, których planowana data realizacji przypada na dzień bieżący.

W celu ręcznego dodania pacjenta do zbiorczej weryfikacji należy:

1. Na formatce *Kartotek pacjentów* wyszukać i zaznaczyć pacjenta, dla którego zostanie zaplanowana weryfikacja eWUŚ.
2. W górnym panelu formatki wybrać przycisk **eWUŚ** i opcję **Dodaj do zbiorczej weryfikacji**.
3. Na wyświetlonym kalendarzu wskazać dni, w których pacjent ma zostać odpytany. Aby zaznaczyć kilka dni należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL i lewym przyciskiem myszki zaznaczać kolejne dni na kalendarzu. Można również, po kliknięciu w wybrany dzień, przytrzymać lewy przycisk myszki i przeciągnąć granatowy obszar zaznaczenia do danej daty.
Zaznaczenie pola "Tylko dni robocze" ukrywa na kalendarzu dni wolne.



Daty wszystkich zaplanowanych weryfikacji eWUŚ pacjenta można podejrzeć na formatce [Zaplanowane weryfikacje pacjenta](#). Z tego poziomu można również usunąć zaplanowanych weryfikacji.

6.5.2 Zaplanowane weryfikacje pacjenta

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Zaplanowane weryfikacje pacjenta](#)

Przejdźcie do powyższej ścieżki i wybranie opcji **Zaplanowane weryfikacje pacjenta** pozwala uzyskać informacje na temat zaplanowanych weryfikacji eWUŚ na dzień bieżący dla pacjenta wskazanego w Kartotece.

W celu usunięcia zaplanowanej weryfikacji należy wybrać przycisk **Usuń**, znajdujący się w górnym panelu formatki.

Imiona	Nazwisko	PESEL	Data Od	Data Do
Jan	Kowalski	0000000000	2017-03-22	2017-03-24
Jan	Kowalski	0000000000	2017-03-27	2017-03-28

W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica na liście zaplanowanych weryfikacji zostały odblokowane do edycji pola w kolumnie "Data Do". Daje to możliwość zmiany, w przypadku zaistnienia takiej konieczności, zakresu dat, w których ma odbyć się weryfikacja.

Aby otrzymać listę wszystkich pacjentów, którzy zostali zaplanowani na dany dzień, należy w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* usunąć dane pacjenta w polu "Pacjent" i zatwierdzić zmiany przyciskiem **Zatwierdź**. Można również rozszerzyć lub zawęzić zakres dat, dla których zaplanowano weryfikację eWUŚ, poprzez modyfikację danych w polu "Data ważności".

6.5.3 Rejestr potwierdzeń pacjenta

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Rejestr potwierdzeń pacjenta](#)

Aby uzyskać szczegółowe informacje o dotychczas pobranych wynikach weryfikacji eWUŚ danego pacjenta, należy przejść do powyższej ścieżki, zaznaczyć na liście pacjenta i wybrać opcję **Rejestr potwierdzeń pacjenta**.

Na formatce *Rejestr potwierdzeń uprawnienia pacjenta* wyświetlane są pobrane ewusie dla wskazanego pacjenta w odniesieniu do bieżącego miesiąca. Aby wyszukać potwierdzenia eWUŚ za wcześniejszy okres czasu, należy dokonać modyfikacji daty w polu "Data ważności" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Ponadto, po usunięciu danych pacjenta w polu "Pacjent", zostaną wyświetlone wszystkie potwierdzenia eWUŚ dla zadanego okresu czasu, jakie zostały zapisane w bazie mMedica.

Wyszukiwanie zaawansowane

Data ważności:

od 2016-03-01

do 2017-03-31

Pacjent:

1550

NOWAK ADRIAN

Tylko aktywne

Zastosuj Wyczyść

Usuń Importuj potwierdzenia Zapisz potwierdzenia

Rejestr potwierdzeń uprawnienia pacjenta

* Akt.	Data wazn.	Pesel	Imię i Nazwisko	Kod autoryzacji	Status	Data weryf.	Użytkownik	Działanie recepty
<input checked="" type="checkbox"/>	2016-03-08		ADRIAN NOWAK	L	Uprawniony	2016-03-08		
<input checked="" type="checkbox"/>	2016-03-30		ADRIAN NOWAK	L	Uprawniony	2016-03-30		
<input checked="" type="checkbox"/>	2016-04-26		ADRIAN NOWAK	L	Uprawniony	2016-04-26		
<input checked="" type="checkbox"/>	2016-04-27		ADRIAN NOWAK	L	Uprawniony	2016-04-27		

W górnym panelu okna znajdują się nast. przyciski:

- **Usuń** - usuwa potwierdzenie eWUŚ zaznaczone przez użytkownika.
- **Importuj potwierdzenia** - [zaczytanie plików](#) potwierdzeń wygenerowanych przez Portal eWUŚ bezpośrednio do aplikacji mMedica.
- **Zapisz potwierdzenia** - zapisanie na dysku komputera potwierdzeń przechowywanych w bazie programu.

Funkcjonalność umożliwia zapisanie pojedynczego potwierdzenia lub kilku, wskazanych przez użytkownika. Aby zaznaczyć kilka potwierdzeń należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL i zaznaczyć myszką dowolną ilość rekordów do zapisania.

W przypadku konieczności przywrócenia usuniętego potwierdzenia eWUŚ należy je wyszukać, wyłączając wcześniej parametr "Tylko aktywne", znajdujący się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Następnie, po zaznaczeniu potwierdzenia na liście należy skorzystać z opcji **Przywróć potwierdzenie**, dostępnej w rozwijanym menu "Funkcje dodatkowe".

Uwaga! Nie można dokonać przywrócenia usuniętego potwierdzenia eWUŚ, samodzielnie wprowadzonego przez użytkownika za pomocą opcji "[Wprowadź status eWUŚ](#)".

Funkcje dodatkowe

Przywróć potwierdzenie

Usuń Importuj potwierdzenia Zapisz potwierdzenia

Rejestr potwierdzeń uprawnienia pacjenta

* Akt.	Data wazn.	Pesel	Imię i Nazwisko	Kod autoryzacji	Status	Data weryf.	Użytkownik	Działanie recepty
<input type="checkbox"/>	2016-03-08		ADRIAN NOWAK	L	Uprawniony	2016-03-08		
<input checked="" type="checkbox"/>	2016-03-30		ADRIAN NOWAK	L	Uprawniony	2016-03-30		
<input checked="" type="checkbox"/>	2016-04-26		ADRIAN NOWAK	L	Uprawniony	2016-04-26		
<input checked="" type="checkbox"/>	2016-04-27		ADRIAN NOWAK	L	Uprawniony	2016-04-27		

6.5.4 Import plików potwierdzeń

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Import plików potwierdzeń](#)
[Rejestracja](#) > przycisk: [eWUŚ](#) > [Import folderu z potwierdzeniami](#)

Funkcjonalność umożliwia zacytowanie do programu plików potwierdzeń eWUŚ (tzw. tokenów), pobranych bezpośrednio z Portalu eWUŚ/udostępnionych przez OW NFZ, w przypadku gdy weryfikacja odbyła się poza systemem mMedica.

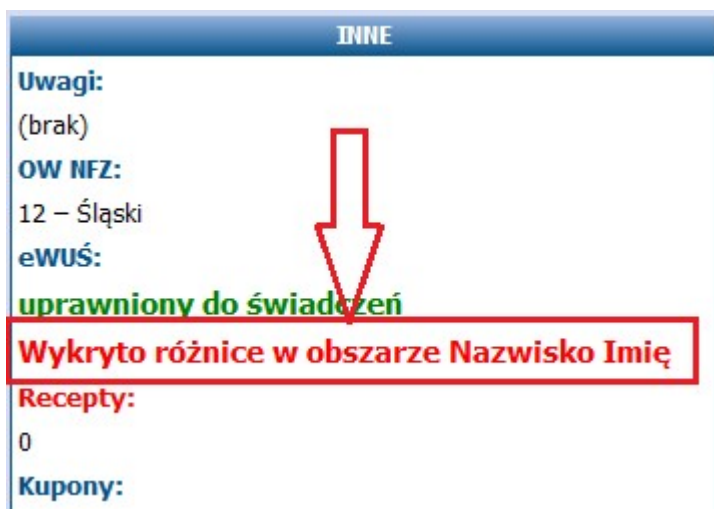
W zależności od sposobu pogrupowania posiadanych potwierdzeń eWUŚ, można skorzystać z następujących opcji:

- **Import plików potwierdzeń** - zacytowanie pojedynczych plików potwierdzeń weryfikacji pacjenta w formacie .xml.
- **Import folderu z potwierdzeniami** - zacytowanie folderu zawierającego pliki potwierdzeń weryfikacji pacjenta w formacie .xml.

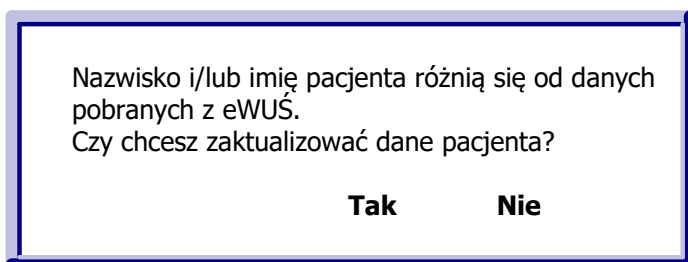
Pliki potwierdzeń eWUŚ zostaną domyślnie przyporządkowane właściwym pacjentom, na podstawie danych zawartych w tokenie.

6.5.5 Aktualizacja danych pacjenta na podstawie komunikatu eWUŚ

W aplikacji mMedica istnieje mechanizm weryfikacji imienia i nazwiska pacjenta z danymi pobranymi z systemu eWUŚ. Jeżeli przy sprawdzaniu statusu uprawnienia pacjenta zostanie wykryta rozbieżność pomiędzy jego danymi w programie a danymi zwracanymi przez system eWUŚ, w [podglądzie danych pacjenta](#) w *Kartotece pacjentów*, w oknie *Inne* wyświetli się stosowna informacja:



Natomiast po otwarciu danych pacjenta pojawi się komunikat:



Po wyborze przycisku **Tak** dane pacjenta zostaną zmienione. Aby zapisać zmiany, należy wybrać przycisk

Zatwierdź, znajdujący się w prawym dolnym rogu ekranu.

Od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica omawiany mechanizmu obejmuje również okno weryfikacji danych pacjenta, wyświetlane podczas jego [rezerwacji](#) lub [rejestracji](#) w Terminarzu. Warunkiem wyświetlenia tego okna jest włączenie parametru "**Wyświetlaj okno weryfikacji danych pacjenta podczas dodawania rezerwacji lub rejestracji**", znajdującego się w Konfiguratorze ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)), w pozycji [Terminarz](#) > [Podstawowe](#).

Jeżeli pobrane z systemu eWUŚ dane różnią się od tych, które zawiera okno weryfikacji, pojawi się wspomniany wcześniej komunikat.

Wybór przycisku **Tak** spowoduje aktualizację nazwiska i/lub imienia pacjenta w powyższym oknie. Istnieje możliwość modyfikacji przez użytkownika innych danych w przypadku ich niezgodności ze stanem faktycznym. Aby zatwierdzić zmianę danych pacjenta w programie, należy wybrać przycisk **Aktualizuj**.

Uwaga! Omówiona w niniejszym rozdziale funkcjonalność wymaga posiadania przez zalogowanego użytkownika aktywnego uprawnienia "**Dodawanie i modyfikacja danych osobowych pacjentów**" (ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > zakładka [Uprawnienia funkcjonalne](#), gałąź "Obsługa rejestru pacjentów").

6.6 Komunikaty z systemu eWUŚ

Podczas pracy z systemem eWUŚ w programie mMedica użytkownik może zetknąć się z różnymi komunikatami, wyświetlanymi w dodatkowych oknach dialogowych. Poniżej przedstawiono kilka najbardziej popularnych komunikatów wraz z krótkim wyjaśnieniem.

Brak połączenia!
Komunikat błędu: "Komunikat z systemu eWUŚ: Brak dostępu - nieznany operator lub hasło. Brak identyfikacji operatora. Podane parametry logowania są nieprawidłowe."

Występuje w przypadku, gdy dane logowania wprowadzane do programu mMedica różnią się od danych obowiązujących po stronie Portalu Świadczeniodawcy. W celu rozwiązania problemu należy:

- Zweryfikować poprawność danych wpisywanych w sekcji *Autoryzacja w systemie eWUŚ*.
- W przypadku dokonywania zmiany hasła do systemu eWUŚ z poziomu aplikacji mMedica zweryfikować poprawność loginu i zaznaczenie/uzupełnienie pozostałych pól (szczegóły w: [Dane logowania do serwera eWUŚ](#)).

Jeśli pomimo spełnienia ww. warunków, problem nadal występuje należy dokonać zmiany hasła do systemu eWUŚ z poziomu Portalu Świadczeniodawcy. Nowe hasło wprowadzić do programu mMedica z zaznaczeniem parametru "Nie aktualizuj danych konta na serwerze eWUŚ".

Brak połączenia!
Komunikat błędu: "Komunikat z systemu eWUŚ: Brak dostępu - konto zostało czasowo zablokowane. Zalogowanie do systemu będzie możliwe za 15 minut."

W przypadku 5-krotnej nieudanej próby logowania się do systemu eWUŚ następuje 15 minutowa blokada konta użytkownika. Po tym czasie można ponownie logować się do systemu.

W przypadku pojawienia się komunikatu, zaleca się zaprzestanie weryfikacji ubezpieczenia pacjenta na czas trwania blokady, gdyż każda kolejna próba połączenia z systemem eWUŚ będzie wydłużać czas niedostępności konta.

Z powodu problemów z połączeniem, weryfikacja statusu eWUŚ zostanie zawieszona na określony czas.

Czas zawieszenia weryfikacji: _____ (minut)

ZAWIEŚ WERYFIKACJĘ
PONOWNIE

ANULUJ

NIE POKAZUJ

Skutek wystąpienia 3-krotnego błędu z połączeniem eWUŚ. Wpisanie wartości minutowej i zatwierdzenie przyciskiem **Zawieś weryfikację**, zablokuje odpytywanie/połączenie z ewusiem na określony czas, aby nie spowalniać pracy aplikacji.

Wystąpił nieznaną błąd systemu eWUŚ.

Działanie usługi eWUŚ w programie mMedica jest ściśle powiązane z usługami, jakie działają w tle przeglądarki Internet Explorer. Na stacji roboczej, na której pojawia się komunikat błędu, należy zweryfikować:

1. Czy przeglądarka IE nie została przestawiona w tryb "Pracuj w trybie offline". Zalecany tryb pracy przeglądarki to "Pracuj w trybie online".
2. Czy jest włączona obsługa protokołu TLS w ustawieniach systemowych. W tym celu należy:
 - a) Przejść do Panelu sterowania w systemie Windows i wybrać opcję "Opcje internetowe".
 - b) Przejść w zakładkę Zaawansowane.
 - c) W sekcji *Zabezpieczenia* powinny być zaznaczone nast. pozycje:
 - Użyj szyfrowania TLS 1.1
 - Użyj szyfrowania TLS 1.2
 - Użyj TLS 1.0

Rozdział

7

Wystawianie recept

7.1 Wydruk recept

Od wersji programu mMedica PS+ istnieje możliwość wydruku i wystawiania recept, po uprzednim [zaczytaniu puli](#) numerów recept do aplikacji. Funkcjonalność wydruku recept dostępna jest z poziomu [Gabinetu](#), gdzie osobą wystawiającą receptę jest lekarz realizujący wizytę oraz z poziomu Kartoteki pacjentów.

Na formatce [Kartoteki pacjentów](#) można wydrukować następujące recepty:

- [Recepty puste](#) - niezawierające informacji o lekach.
- [Recepty z lekami](#) - zawierające informacje o lekach wybranych ze słowników udostępnianych w programie.

Uwaga! Aby na recepcie w sekcji "Dane i podpis osoby uprawnionej" drukowała się **specjalizacja lekarza**, należy w Rejestrze personelu uzupełnić dane o specjalizacji na zakładce 3. *Dane dodatkowe*.

W przypadku gdy lekarz posiada np. 2 specjalizacje i ich pełna nazwa nie jest nanoszona na receptę, należy przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#) > pozycja: [Gabinet](#) > [Recepty](#) i w sekcji *Rozmiar tekstu* w polu "Dane osoby uprawnionej" wprowadzić wartość mniejszą niż domyślnie podpowiadana tj. 8.

7.1.1 Konfiguracja wydruku recept

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Recepty](#)

Przed pierwszym wydrukiem recept z programu mMedica zalecane jest odpowiednie skonfigurowanie programu. Po przejściu do powyższej ścieżki użytkownik może ustawić drukarkę i zasobnik do wydruku recept oraz określić indywidualne ustawienia wydruku, poprzez skonfigurowanie wielkości poszczególnych pól oraz położenie wydruku względem kartki. Formatka umożliwia również indywidualną konfigurację parametrów związanych z opcjami wydruku oraz z zawartością recepty. Po skonfigurowaniu recepty można dokonać jej testowego wydruku za pomocą przycisku **Wydruk testowy**. Szczegółowy opis dotyczący poszczególnych sekcji, znajduje się poniżej.

Funkcje dodatkowe

Wczytaj z pliku Zapisz do pliku Nadpisz wszystkie wartościami systemu

Konfiguracja – Gabinet » Recepty Wydruk testowy Nadpisz wartościami domyślnymi

Drukarka
 Nazwa: \\GLI01-PRN01\Xerox Phaser 3435 - p301 Zasobnik papieru: Printer Auto Select

Papier
 Formularz: Pojedynczy Rozmiar/położenie: A4 pionowy, wyrównanie do lewej

Ustawienia strony

Szerokość ramki (1):	100,0 (mm)
Wysokość ramki (2):	206,0 (mm)
Szerokość marginesów (3):	5,0 (mm)
Szerokość pól z datami (4):	30,0 (mm)
Szerokość pól z kodami (5):	20,0 (mm)
Wysokość sekcji „Świadczeniodawca” (6):	32,0 (mm)
Wysokość sekcji „Pacjent” (7):	39,0 (mm)
Wysokość sekcji „Dane i podpis lekarza” (8):	35,0 (mm)
Wysokość recepty (wysokość ramki z marginesami):	216,0 (mm)
Szerokość recepty (szerokość ramki z marginesami):	110,0 (mm)

Rozmiar tekstu
 Dane świadczeniodawcy: 8 Dane pacjenta: 8 Dane leków: 9 Dane osoby uprawnionej: 8

Elementy umieszczane na wydruku
 Domyślne elementy dla wydruku Domyślne elementy dla nadruku

Sekcja „Świadczeniodawca”
 Dane zakładu leczniczego Nazwa podmiotu leczniczego Kod świadczeniodawcy
 I, V i VII cz. kodu resortowego VIII cz. kodu resortowego Numer umowy

Sekcja „Dane i podpis lekarza”
 Dane lekarza Dane podmiotu drukującego

Sekcja: Elementy umieszczane na wydruku

Poprzez dodanie/usunięcie zaznaczenia w polach określa się elementy, które będą drukowane na receptach. Przygotowano dwa domyślne ustawienia, które odpowiadają się po wybraniu jednego z przycisków:

- **Domyślne elementy dla wydruku** - elementy przygotowane do wydruku recepty na czystej kartce papieru.
- **Domyślne elementy dla nadruku** - elementy przygotowane do wydruku recepty na wcześniej przygotowanym bloczku recept (np. zakupionym w drukarni).

Uwaga! Należy pamiętać, iż wszystkie pola na receptce posiadają ograniczoną wielkość (np. wysokość sekcji "Świadczeniodawca" wynosi domyślnie 3,2 cm). Zaznaczenie dużej ilości elementów może skutkować brakiem ich wydruku na receptce - jest to związane z ograniczeniami miejsca w danej sekcji. W tej sytuacji należy zrezygnować z drukowania elementów, które nie są prawnie wymagane lub zmniejszyć rozmiar czcionki w sekcji *Rozmiar tekstu*.

Sekcja: Recepty z lekami

- **Pełna odpłatność dla recept komercyjnych** - zaznaczenie powoduje domyślne ustawienie pełnej odpłatności leku (100%) na receptach wystawianych na wizytach komercyjnych. Jeżeli parametr jest aktywny, program nie weryfikuje w przypadku wizyty komercyjnej, czy pacjent posiada dokument potwierdzający uprawnienie do świadczeń.
- **Zablokuj możliwość ponownego wydruku recepty z numerem** - zaznaczenie powoduje dezaktywację przycisku **Drukuj receptę** po wydrukowaniu recepty na wizycie gabinetowej.

- **Podpowiadaj odpłatność na podstawie ostatnio przepisanego leku** (okna *Stale podawane leki*, *Historia leków*, *Historia recept*) - parametr określa, czy odpłatność ma być wyznaczana na podstawie ostatnio przepisanego leku, czy z bazy leków Pharmindex.
 - Zaznaczony parametr [✓] - odpłatność za leki wybierane z formatki [Stale podawane leki](#), [Historia leków](#) oraz [Historia recept](#) będzie podpowiadana na podstawie ostatnio przepisanego leku.
 - Niezaznaczony parametr [] - odpłatność za leki będzie podpowiadana na podstawie aktualnej listy refundacyjnej. Oznacza to, że po przejściu na formatkę *Stale podawane leki*, *Historia leków* lub *Historia recept*, wybrany lek będzie wyświetlany z ostatnio zapamiętaną odpłatnością. W momencie dodania leku na receptę, system mMedica weryfikuje czy odpłatność jest aktualna z obecnie obowiązującą listą refundacyjną. Jeśli nie, w oknie podglądu recepty odpłatność zostanie zmieniona na aktualną.
- **Podpowiadaj pełną odpłatność dla wskazań "We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji"**

W przypadku zaznaczenia parametru [✓], dla leków ze wskazaniem "We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji" będzie podpowiadana odpłatność 100%. Jeśli w rozpoznaniu na wizycie lub w chorobach przewlekłych zaewidencjonowano rozpoznanie zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leku, to na receptce podpowie się odpowiednia odpłatność z listy refundacyjnej.

7.1.2 Przegląd pul numerów recept

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Pule numerów recept](#)

Przejdzie do powyższej ścieżki otwiera formatkę *Pule numerów recept*, prezentującą listę pul numerów recept zacytanych do aplikacji mMedica.

W górnym oknie wyświetlana jest lista wszystkich osób personelu, które należą do grupy personelu wewnętrznego. Z kolei, w dolnym oknie prezentowane są pule numerów recept dla wybranego personelu.

Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki można dokonać:

- [Dodania](#) nowej puli, poprzez podanie zakresu numerów,
- Podejrzenia szczegółów zacytanej puli numerów recept (opis poniżej),
- Usunięcia puli.

The screenshot shows the 'Pule numerów recept' configuration window. On the left, there are search filters for 'Wyszukiwanie zaawansowane' (Advanced search) and 'Wyszukiwanie podrzędnych' (Subordinate search). The main area contains two tables. The top table lists personnel, with 'Nowak Anna' selected. The bottom table shows the prescription number ranges for 'Nowak Anna', with three entries for the range 02120.

Nazwisko i imię	Użytkownik	PESEL	NPWZ	Rodzaj	Min. liczba Rp	Min. liczba Rpw
Nowak Anna	NOWAKA			Lekarz	0	

Numer początkowy	Numer końcowy	Pro a/f	Rodzaj	Wolnych numerów	Komórka org.
02120	02120		Rp	62	PORADNIA NEUR...
02120	02120		Rp	100	PORADNIA NEURO...
02120	02120	✓	Rp	100	PORADNIA NEURO...

W celu usunięcia wybranej, zaznaczonej puli należy skorzystać z przycisku **Usuń**. Zalecane jest rozważne

Wystawianie recept

korzystanie z tej funkcji, gdyż nie ma możliwości ponownego zaczytania usuniętej puli, która była już wcześniej wykorzystywana w programie. Podczas próby jej wprowadzenia, zostanie wyświetlony komunikat:

Zakres numerów był już wczytywany.

Wybranie przycisku **Dane** otwiera okno dialogowe, prezentujące szczegółowe dane wskazanej puli recept.

Opis wybranych pól znajdujących się w oknie *Pule numerów recept*:

- **Komórka org.** - nazwa komórki, do której przypisano pulę. Po jej wyborze do wydrukowania recepty będzie pobierany numer ze wskazanej puli. Jeśli komórka nie zostanie wybrana, podczas wydruku recept system będzie podpowiadał komórkę z [ustawień domyślnych](#) personelu, jeśli została tam wskazana. Na podstawie komórki organizacyjnej system będzie podpowiadał właściwy numer umowy w oknie wydruku recept, jeśli w Konfiguratorze programu włączono wydruk umowy na recepcie.
- **Miejsce** - określenie miejsca praktyki, gdzie będą wystawiane recepty, a także rodzaju danych, które będą drukowane w nagłówku recepty. Na liście rozwijanej są dostępne wartości:
 - a) **Praktyka/zatrudnienie** - w nagłówku recepty drukowane będą dane poradni/przychodni.
 - b) **Pro auctore/pro familia** - do wydruku recept z adnotacją "Pro auctore/pro familia". W nagłówku recepty drukowane będą dane lekarza.
- **Płatnik** - służy do rozróżnienia pul recept, które mogą być osobno wykorzystywane na wizytach realizowanych komercyjnie/prywatnie i/lub refundowanych. Na liście rozwijanej są dostępne wartości:
 - a) **Komercyjny/prywatny** - jeśli realizowane są wizyty komercyjne i użytkownik posiada dodatkowy Moduł Komercyjny. Oznacza to, że na wizycie utworzonej w Gabinetce przy użyciu przycisku "Nowa wizyta komercyjna", numery do wydruku recept będą pobierane z puli, która została oznaczona jako komercyjna. Szczegółowy opis w [instrukcji](#) dedykowanej modułowi.
 - b) **NFZ** - jeśli realizowane są wizyty refundowane na podstawie umowy zawartej z NFZ.
- **Rodzaj** - rodzaj charakteryzujący pulę. Wyróżniamy nast. rodzaje pul: Lekarska - rp, Lekarska - rpw, Pielęgniarska – samodzielna ordynacja, Pielęgniarska - ordynacja.
- **Liczba wolnych numerów** - liczba wolnych numerów w puli jaka pozostała jeszcze do wykorzystania.
- **Minimalna liczba wolnych numerów** - określa minimalną liczbę wolnych numerów. Jeśli liczba ta zostanie przekroczona, przy każdym następnym wydruku recepty użytkownik będzie informowany o

tym fakcie odpowiednim komunikatem.

Tematyka recept wystawianych na wizytach komercyjnych/prywatnych została szczegółowo opisana w [instrukcji Modułu Komercyjnego](#).

7.1.3 Zacytowanie puli numerów recept

Przed rozpoczęciem korzystania z funkcji wydruku recept należy zacytować do programu pulę numerów recept, które mogą być przekazane w postaci:

- pliku w formacie xml,
- podania zakresu numerów, poprzez określenie numeru początkowego i końcowego puli.

Uwaga! Możliwość definiowania puli numerów recept jest dostępna jedynie dla użytkowników należących do grupy [personelu](#) wewnętrznego.

7.1.3.1 Zacytowanie puli z pliku xml

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) > przycisk: [Import z pliku](#)

W celu zacytowania puli numerów recept w formie pliku XML należy wykonać poniższe czynności:

1. Pobrać numery recept w formacie XML bezpośrednio ze strony Portalu OW NFZ i zapisać na dysku komputera.
2. Przejść do: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) i wybrać przycisk **Import z pliku**.
3. W oknie *Otwieranie* wskazać plik pobrany zgodnie z pkt. 1.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zacytywania puli numerów recept do programu.

Na podstawie danych zawartych w pliku XML, zacytowana pula zostanie przypisana do właściwej osoby personelu. Zacytowana pula widnieje w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Pule numerów recept](#).

7.1.3.2 Podanie zakresu numerów

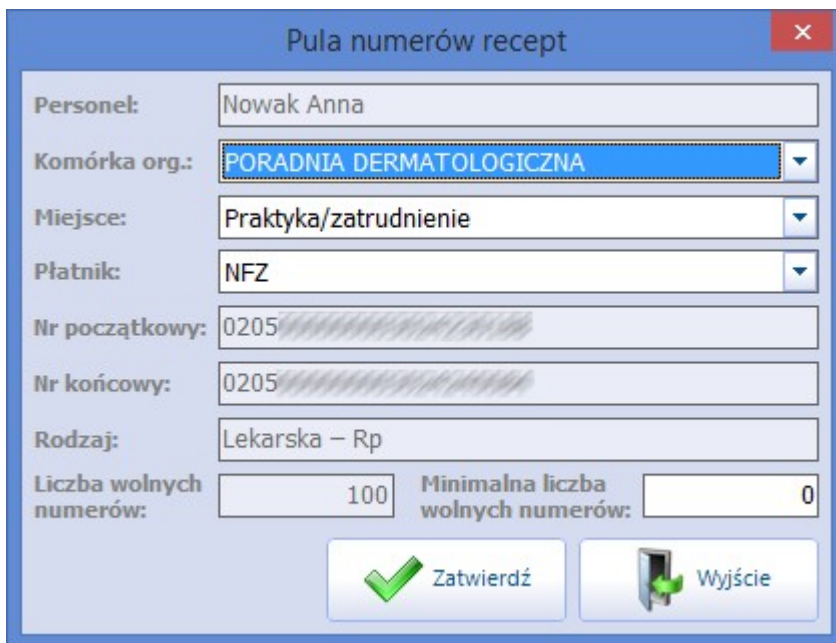
Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Pule numerów recept](#) > przycisk: [Nowa](#)

Zakresy numerów recept pobiera się na Portalu Świadczeniodawcy/Portalu Personelu i ręcznie wprowadza do aplikacji mMedica. Dokonuje się tego w nast. sposób:

1. Ze strony Portalu OW NFZ należy pobrać udostępnione zakresy numerów recept.
2. W aplikacji mMedica przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Pule numerów recept](#).
3. Zaznaczyć na liście osobę personelu, dla której będzie wprowadzana pula numerów. Aby sprawnie odszukać właściwy personel można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
4. Wybrać przycisk **Nowa** znajdujący się w górnym panelu formatki.
5. W otwartym oknie dialogowym *Pula numerów recept* uzupełnić:
 - a) W polu "Miejsce" wybrać wartość "Praktyka/zatrudnienie".
 - b) W polu "Płatnik" można dokonać rozróżnienia puli, która będzie wykorzystywana do realizacji wizyt komercyjnych lub refundowanych, w przypadku użytkownika Modułu Komercyjnego.
 - c) W polach "Nr początkowy" i "Nr końcowy" wpisać otrzymane zakresy numerów recept.
6. Zapisać dane przyciskiem **Zatwierdź**.

Na podstawie wprowadzonego zakresu numerów zostanie określony rodzaj puli i liczba wolnych numerów do

wykorzystania.



Dodatkowo, użytkownik może ograniczyć dostępność puli do wybranej komórki organizacyjnej i określić minimalną liczbę wolnych numerów w puli. Służą do tego nast. pola:

- **Komórka org.** - z listy rozwijanej można wskazać komórkę organizacyjną, do której zostanie przypisana pula. Taką konfigurację zaleca się w sytuacji, gdy personel pracuje w kilku komórkach (gabinetach) i chce pomiędzy nie rozdzielić pule. Na podstawie komórki organizacyjnej system będzie podpowiadał właściwy numer umowy w oknie wydruku recept, jeśli w Konfiguratorze programu włączono wydruk umowy na recepcie. Jeśli komórka nie zostanie wybrana, podczas wydruku recept system będzie podpowiadał komórkę z [ustawień domyślnych](#) personelu, jeśli została tam wskazana.
- **Minimalna liczba wolnych numerów** - określa minimalną liczbę wolnych numerów. Jeśli liczba ta zostanie przekroczona, przy każdym następnym wydruku recepty użytkownik będzie informowany o tym fakcie poniższym komunikatem:

Liczba wolnych numerów w puli (11) jest mniejsza od zdefiniowanej wartości minimalnej (20).

7.1.4 Wydruk recept w Kartotece pacjentów

7.1.4.1 Wydruk pustych recept

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [Drukuj receptę](#)
 Rejestracja > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Wydruk pustych recept](#)

W programie mMedica istnieje możliwość wydrukowania pustej recepty niezawierającej informacji o lekach. Do wydruku pustych recept jest konieczne posiadanie uprawnienia "Wydruk pustych recept dla dowolnego lekarza", które nadaje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. [Uprawnienia funkcjonalne](#). Użytkownik nieposiadający tego uprawnienia będzie mógł drukować tylko własne recepty.

Wydruku pustych recept dokonuje się z poziomu *Kartoteki pacjentów* poprzez:

- wybranie przycisku **Drukuj receptę**, znajdującego się w dolnym panelu formatki
- rozwinięcie menu *Funkcje dodatkowe* w lewym górnym rogu formatki i wybranie opcji **Wydruk pustych recept**

The screenshot shows the 'Kartoteka pacjentów' (Patient Card) for 'KOWALSKI JAN'. The 'Funkcje dodatkowe' (Additional Functions) menu is open, with 'Wydruk pustych recept' (Print empty receipts) highlighted in red. The patient card displays personal information, medical history, and treatment details. The 'Drukuj receptę' (Print receipt) button is also highlighted in red at the bottom right of the interface.

W celu wydrukowania pustej recepty należy wykonać poniższe czynności:

1. Zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będzie drukowana recepta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Wybrać jeden z przycisków zaznaczonych na powyższym zrzucie ekranu.
3. W otwartym oknie *Wydruk pustych recept* wybrać:
 - a) Osobę personelu,
 - b) Komórkę organizacyjną,
 - c) Numer umowy z NFZ.

Powyższe dane mogą podpowiadać się domyślnie, na podstawie wcześniej zdefiniowanych [ustawień domyślnych](#) personelu. Szczegółowy opis ww. pól znajduje się poniżej.

4. W polu "Liczba" określić liczbę recept, które mają zostać wydrukowane.
5. Wybrać przycisk **Drukuj**, który rozpocznie wydruk recepty.

Wydruk pustych recept

Pacjent

KOWALSKI JAN Drukuj dane Oddział NFZ: 12

Parametry

Personel: Nowak Anna

Komórka: PORADNIA DERMATOLOGICZNA

Nr umowy: 121/

Adnotacja: pro familia Rodzaj: Rpw Transgraniczna Kontynuacja

Liczba: 1

Pula numerów recept

Płatnik: Wolnych numerów: 94 Bez numeru

Drukuj Wyjście

Opis wybranych pól znajdujących się w oknie *Wydruk pustych recept*:

Sekcja: Pacjent

- **Drukuj dane** – brak zaznaczenia w polu spowoduje wydrukowanie recepty bez danych pacjenta, a zawierającą dane świadczeniodawcy, kod resortowy poradni, dane lekarza oraz numer umowy. Aby pole było domyślnie zaznaczone, należy włączyć parametr "Drukuj dane pacjenta", znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Recepty](#).
- **Oddział NFZ** – identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta, np. 01, 12 itd. (w przypadku osoby ubezpieczonej). W przypadku pacjentów nie posiadających dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w polu będzie wyświetlany znak "X".
Pole jest nieaktywne w przypadku wydruku recepty bez danych pacjenta.

Sekcja: Parametry

- **Personel, Komórka, Nr umowy** – dane podpowiadają się domyślnie, jeśli zostały zdefiniowane w [ustawieniach domyślnych](#) personelu dla wybranej osoby personelu.
- **Adnotacja** - aby na receptce została wydrukowana dodatkowa adnotacja "pro auctore" lub "pro familia", należy wybrać odpowiednią wartość z listy rozwijanej. Do wydruku recept w tym rodzaju konieczne jest posiadanie puli numerów recept z zaznaczonym miejscem jako "Pro auctore/pro familia".
- **Rodzaj: RPW** – zaznaczenie pola spowoduje wydruk recepty z oznaczeniem "Rpw". Do jej wydruku konieczne jest zacytowanie do programu puli w rodzaju "Lekarska - rpw". W przypadku braku takiej puli podczas próby wydruku zostanie wyświetlony komunikat:

Brak wolnych numerów w puli dla wybranych parametrów recepty.

- **Rodzaj: Transgraniczna** – zaznaczenie pola spowoduje wydruk [recepty transgranicznej](#), którą pacjent może zrealizować na terenie Unii Europejskiej.

- **Rodzaj: Kontynuacja** - pole aktywuje się, jeśli wybranym personelem jest pielęgniarka/położna. Pole należy zaznaczyć, jeśli na wydrukowanej receptce będzie ordynowany lek, który jest kontynuacją zlecenia lekarza. Szczegóły w: [Recepty drukowane przez pielęgniarkę/położną](#).

Sekcja: [Pula numerów recept](#)

- **Płatnik** - określa, czy numery do wydruku recepty mają zostać pobrane z puli oznaczonej jako komercyjna lub refundowana. Na liście rozwijanej są dostępne dwie wartości: Komercyjny/prywatny i NFZ. Jeśli nie zostanie wybrana żadna wartość, aplikacja domyślnie będzie pobierała numery z puli refundowanej.
- **Wolnych numerów** – liczba wolnych numerów w puli wybranej osoby personelu jaka pozostała jeszcze do wykorzystania.
- **Bez numeru** – zaznaczenie pola spowoduje wydruk recepty bez numeru. Aby pole było domyślnie zaznaczone należy włączyć parametr "Bez numeru", znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Recepty](#).

7.1.4.2 Wydruk recept z lekami

Ścieżka: [Rejestracja >](#) przycisk: [Wydruk recept z lekami](#)
[Rejestracja >](#) menu: [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#)

Z poziomu *Kartoteki pacjentów* dostępna jest opcja wydruku recept z lekami, bez konieczności tworzenia wizyty w Gabinetcie, dostępna w wersji **STD/+** i **Komercja/+** programu mMedica. Skorzystać z niej mogą:

- lekarze
- pielęgniarki/położne
- rejestratorki medyczne

posiadający odpowiednie uprawnienia.

Uprawnienia, które muszą posiadać poszczególni pracownicy placówki medycznej do wydruku recept z lekami, zostały opisane w dalszej części niniejszego rozdziału.

Wydruku recept z lekami dokonuje się z poziomu *Kartoteki pacjentów* poprzez:

- wybranie przycisku **Drukuj receptę z lekami**, znajdującą się w dolnym panelu formatki (przycisk nie występuje w bazach z woj. śląskiego ze względu na ograniczenie miejsca),
- rozwinięcie menu *Funkcje dodatkowe* w lewym górnym rogu formatki i wybranie opcji **Wydruk recept z lekami**.

The screenshot shows the 'Kartoteka pacjentów' (Patient Card) for Jan Kowalski. The patient's details are as follows:

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres	Nr karty	Dodat
Kowalski	Jan	1968-09-16	0000000000	Katowice, ul. Wojewódzka 1		
KOWALSKI	JAN MARIAN	1950-04-18	#####	#####	#####	#####

The patient's PESEL is 0000000000. The address is Katowice, ul. Wojewódzka 1. The patient's name is Kowalski Jan (M).

The 'INFORMACJE O PACJENCIE' section shows: Data ur.: 1968-09-16 (48 lat), PESEL: 0000000000, Adres: 41-110 Katowice, ul. Wojewódzka 1, Telefon: 100-000-000, Upow.: stan zdrowia – KOWALSKA BEATA ROZALIA, dokumentacja – KOWALSKA BEATA ROZALIA.

The 'LECZENIE' section shows: Deklaracje: L: Anna Nowak (2016-08-01), O: HALINA (2017-03-15), P: BEATA (2016-08-01); Ostatnie wizyty: 2016-01-01: A. Nowak; B81.3, 2017-01-17: A. Nowak, 2016-10-18: A. Nowak; Zaplanowane szczepienia: (brak).

The 'INNE' section shows: OW NFZ: Kraje UE, eWUŚ: Pobierz status uprawnień..., Ubezpieczenie: Dokument UE, Recepty: 0, Kupony: 0.


The 'Funkcje dodatkowe' menu is open, and 'Wydruk recept z lekami' is highlighted. Other options include: 'Dodaj pacjenta do serwisu eRejestracja', 'Wyślij powiadomienie', 'Wyślij przypomnienie', 'Usuń pacjenta', 'Drukuj dane pacjenta', 'Szczepienia', 'Historia wizyt', 'Diagram zębowy', 'Sgłanianie pacjentów', 'Przenieś pacjentów do archiwum', 'Przypisz grupy marketingowe', 'Wydruk pustych recept', 'Rejestr wydrukowanych recept Rpw', 'Rejestr wizyt receptowych', 'Wydruk wolnych kuponów', 'Anulowanie kuponów', 'Przywracanie anulowanych kuponów', 'Rejestr skierowań'.

Uwaga! Recepta wygenerowana pacjentowi poprzez powyższą opcję nie będzie możliwa do usunięcia. W programie jest możliwość usunięcia tylko recepty wystawionej na wizycie otwartej w *Gabiniecie* (rozdział [Wydruk recept w Gabiniecie](#)). W tym celu należy wejść do danych wizyty, na której była wystawiona.

7.1.4.2.1 Recepty drukowane przez lekarza

Lekarz do wydruku recept z lekami z poziomu *Kartoteki pacjentów* musi posiadać uprawnienie "Wystawianie recept bez wizyty", które nadaje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#).

Aby wydrukować recepty z lekami bez konieczności tworzenia wizyty należy:

1. W oknie *Kartoteki pacjentów* zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będzie drukowana recepta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Wybrać przycisk **Drukuj receptę z lekami** lub menu [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#).
3. Na formatce *Recepty bez wizyty z dnia...*:
 - a) Wybrać jedną z dostępnych zakładki zawierającą informacje o lekach, np. *Stale podawane leki*, *Lek. preferowane*, *Baza leków Pharmindex* itd.
 - b) Odszukać lek i wybrać go poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki.
 - c) Określić szczegóły dawkowania/podania leku w oknie służącym do przygotowania leku do wypisania. Zapisać zmiany przyciskiem **Dodaj na receptę**.
 - d) Wydrukować receptę za pomocą przycisku .

Funkcje dodatkowe

Drukuj recepty Drukuj zalecenia

Recepty bez wizyty z dnia 2017-04-04 – Kowalski Jan (M), 0000000000, 48 lat

Stale podawane leki Lekii preferowane PHARM INDEX Baza leków Lekii recepturowe Historia leków

Szukaj: Wszystkie aktualne

Nazwa	Opakowanie	Odpl.	Wskazania
<20 - EMULSJA DO DEMA...	200 ML		
<20 - KREM NAWILŻAJĄCY K...	50 ML		
<20 - MASECZKA PRZECIWT...	75 ML		
<20 - MIEDZIOWO-CYNKOW...	30 ML		
<20 - PUDER ANTYBAKTERY...	30 ML		
Abaktal roztw. do inf. 400 m...	10 amp...		
Abaktal tabl. powł. 400 mg	10 szt.		
Abasaglar roztw. do wstrz. 1...	10 wkł. ... 30% / ... E10 / E10...		
ABE płyn na skórę 111,25 m...	but. 8 g		
Abelcet konc. do sporz. zaw...	10 fiole...		
Abilify roztw. do wstrz. 7,5 ...	fiołka 1,...		
Abilify tabl. 10 mg	28 szt.		
Abra test paskowy	50 szt. 30% / R	E13, O24...	
Abseamed roztw. do wstrz. ...	6 amp.-...		
Acenocumarol WZF tabl. 1 mg	60 szt.		
Adamon SR kaps. o przedł. ...	50 szt. B / 30% C / We w...		
Anzolin tabl. uleg. rozpad. w...	28 szt. R / R	F20 / F31	
Biofenac tabl. powł. 100 mg	20 szt.		
Bioxetin tabl. 20 mg	30 szt. 30% / ... F / Lek w...		
Ceftriaxon-MIP i.v./i.m. 1 g p...	10 fiolek		
Crohnax czopki doodbytnicze...	30 szt. R	K51	
Cyclaid kaps. miękkie 100 mg	50 szt. R / R / ... We wszy...		
Cyclaid kaps. miękkie 25 mg	50 szt. R / R / ... We wszy...		

Nazwa handlowa: Pentasa tabl. o przedł. uwalnianiu 500 mg

Opakowanie: 100 szt. Upr.: 100% Odpl.: 100%

Wystawiający: Nowak Anna

Komórka org.: PORADNIA LEKARZA POZ

Ilość: 1 opak. po 100 tabl.

Słownie: Wstaw

Dawkowanie: 2 x po 1 Użyte

Liczba dni stosowania leku: 50

Niestandardowe:

Sposób i czas podania: doustnie po posiłku Użyte

Uwagi/zalecenia:

Interakcje Dodaj do leków stałych Dodaj na receptę

Opis leku Słownik leków własnych Usuń z preferowanych EDM Zakończ wystawianie

Aby anulować proces wystawiania recepty bez wizyty i powrócić do okna *Kartoteki pacjentów* należy skorzystać z przycisku **Zakończ wystawianie**.

Szczegółowe informacje dotyczące wystawiania recept w mMedica znajdują się w rozdziale: [Recepty](#).

7.1.4.2.2 Recepty drukowane przez pielęgniarkę/położną

Od 1 stycznia 2017 r. pielęgniarki i położne mają uprawnienia do samodzielnego wystawiania recept w ramach wykazu substancji czynnych zawartych w lekach oraz do kontynuacji zlecenia lekarskiego. Należy pamiętać, iż pielęgniarka/położna nie posiada uprawnień do ordynacji leków psychotropowych/opioidowych, posiadających oznaczenie "Rpw" oraz do przepisywania leków recepturowych.

Aby pielęgniarka/położna mogła wystawiać recepty w programie mMedica, musi posiadać:

- Odpowiednie uprawnienia funkcjonalne nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#):
 - "Wystawianie recept bez wizyty" - do samodzielnego wydruku recept z lekami,
 - "Wystawianie recept bez wizyty" oraz "Drukowanie recept stale podawanych leków" - do wydruku recept będących kontynuacją zlecenia lekarskiego.
- Zaczytaną pulę numerów recept w rodzaju: Pielęgniarska – samodzielna ordynacja, Pielęgniarska - ordynacja.
- Uprawnienie do wystawiania recept nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu > 3. Dane dodatkowe](#), nadane zgodnie z kompetencjami:
 - "Wystawianie recept w ramach samodzielnej ordynacji"
 - "Wystawianie recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich"

Pielęgniarka/położna w czasie ordynowania leku ma możliwość wyboru puli, z której zostanie wypisana recepta, w zależności od tego czy samodzielnie przepisuje lek pacjentowi, czy wykonuje kontynuację


Wystawianie recept

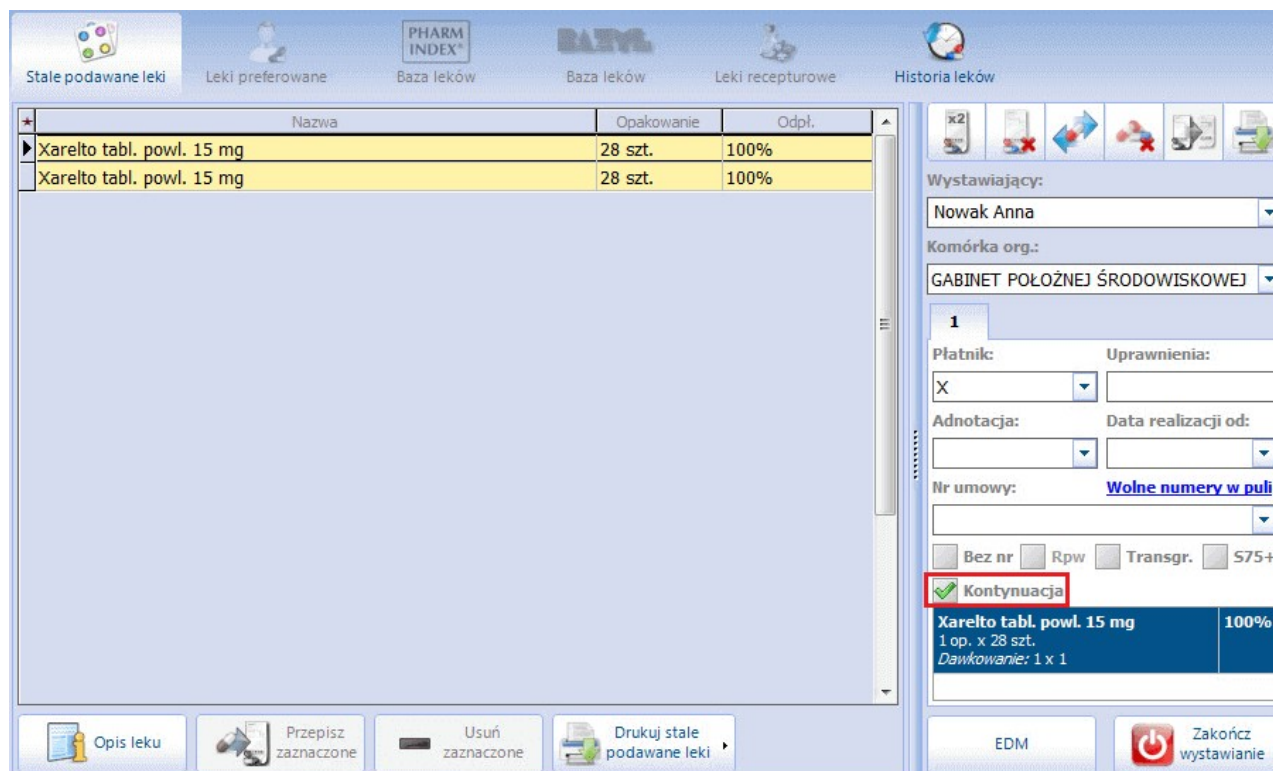
wcześniej przepisanego leku przez lekarza. Służy do tego przycisk checkbox "Kontynuacja" widniejący na poglądzie dodanej recepty. Checkbox aktywuje się, jeśli personelem wskazanym w polu "Personel" jest pielęgniarka/położna.

Jego zaznaczenie oznacza kontynuację wcześniej przepisanego leku przez lekarza, co spowoduje pobranie numeru z puli o rodzaju "kontynuacja". W przypadku gdy pielęgniarka/położna nie posiada zacytanej puli w rodzaju "kontynuacja", po zaznaczeniu checkboxa i przy próbie wydruku recepty, zostanie wyświetlony stosowny komunikat:

Brak wolnych numerów w puli dla wybranych parametrów recepty.

Aby wydrukować recepty z lekami będące kontynuacją zlecenia lekarskiego należy:

1. W oknie *Kartoteki pacjentów* zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będzie drukowana recepta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Wybrać przycisk **Drukuj receptę z lekami** lub menu **Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami**.
3. Na formatce *Recepty bez wizyty z dnia...*:
 - a) Na zakładce *Stale podawane leki* odszukać lek i wybrać go poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki.
 - b) Określić ilość opakowań leku w sekcji *Ilość* w oknie służącym do przygotowania leku do wypisania. Zapisać zmiany przyciskiem **Dodaj na receptę**.
 - c) Zaznaczyć checkbox "Kontynuacja".
 - d) Wydrukować receptę za pomocą przycisku .



The screenshot shows the 'Stale podawane leki' (Stably administered medicines) section of the software. A table lists two items: 'Xarelto tabl. powł. 15 mg' with a quantity of 28 pieces and 100% coverage. The right-hand panel contains a form for issuing a prescription, including fields for the issuer's name (Nowak Anna), the department (GABINET POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ), and the patient's name (1). The 'Kontynuacja' (Continuation) checkbox is checked and highlighted with a red box. Below the table, there are buttons for 'Opis leku', 'Przepisz zaznaczone', 'Usuń zaznaczone', and 'Drukuj stale podawane leki'. At the bottom right, there are buttons for 'EDM' and 'Zakończ wystawianie'.

Aby wydrukować "samodzielną" receptę z lekami należy posłużyć się instrukcją przedstawioną w rozdziale: [Recepty drukowane przez lekarza](#).

Uwaga! W przypadku samodzielnego wypisywania recept przez uprawnione pielęgniarki i położne ustawodawca wskazał grupę leków, które mogą być wypisywane. Aby w słowniku leków Pharmindex wyświetlały się tylko te leki, do wystawiania których pielęgniarka posiada uprawnienie, należy zaznaczyć checkbox "Pielęgniarka". Jeśli osobą zalogowaną do aplikacji jest pielęgniarka, checkbox zostanie zaznaczony automatycznie.

The screenshot shows the Pharmindex application interface. At the top, there are navigation icons for 'Stale podawane leki', 'Leki preferowane', 'Baza leków', 'Leki recepturowe', and 'Historia leków'. Below these is a search bar with the text 'Szukaj:' and a dropdown menu set to 'Pielęgniarka'. Under the search bar are three buttons: 'ATC', 'Wskazania ref.', and 'Substancje czynne'. Below these buttons is a table with the following data:


Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność	Producen
Abra test paskowy	50 szt.	O24, E11, E10, E13,	30% / R	Diagnosis
Accu-Chek® Active test paskowy	50 szt.	E11, O24, E10, E13,	30% / R	Roche Di

7.1.4.2.3 Recepty drukowane przez rejestratorkę

Rejestrator/ka medyczny/a lub inny użytkownik programu niebędący personelem medycznym może dokonać wydruku recepty z lekami oznaczonymi jako [stale podawane](#). Aby tego dokonać musi posiadać 2 uprawnienia nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#):

- Drukowanie recept stale podawanych leków
- Wystawianie recept bez wizyty

Aby wydrukować recepty z lekami stale podawanymi bez konieczności tworzenia wizyty należy:

1. W oknie *Kartoteki pacjentów* zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będzie drukowana recepta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Wybrać przycisk **Drukuj receptę z lekami** lub menu [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#).
3. Na formatce *Recepty bez wizyty z dnia...*:
 - a) W polu "Wystawiający" wskazać lekarza wystawiającego receptę, a w polu "Komórka org." komórkę organizacyjną. Na podstawie tych danych zostanie pobrana odpowiednia pula numerów recept.
 - b) Na zakładce *Stale podawane leki* odszukać lek i wybrać go poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki.
 - c) Określić ilość opakowań leku w sekcji *Ilość* w oknie służącym do przygotowania leku do wypisania. Zapisać zmiany przyciskiem **Dodaj na receptę**.
 - d) Wydrukować receptę za pomocą przycisku .

Po wydrukowaniu recepty należy przekazać ją lekarzowi do podpisu.

Nazwa	Opakowanie
Pentasa tabl. o przedł. uwalnianiu 500 mg	100 szt.

W przypadku przepisywania przez pielęgniarkę/położną leku, który jest oznaczony jako RPW, użytkownik spotka się z nast. komunikatem:

Lek kategorii RPW, brak możliwości wypisania leku na receptce pielęgniarskiej.

Aby anulować proces wystawiania recepty bez wizyty i powrócić do okna *Kartoteki pacjentów* należy skorzystać z przycisku **Zakończ wystawianie**.

7.1.4.3 Recepta transgraniczna

W przypadku gdy pacjent zgłosi wolę realizacji recepty w innym niż Polska kraju członkowskim Unii Europejskiej, wówczas lekarz może wypisać receptę transgraniczną.

Uwaga!

- W celu wystawienia recepty transgranicznej konieczne jest uzupełnienie numeru telefonu lub adresu email w danych personelu wystawiającego, co dokonuje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu > 2. Dane adresowe](#).
- Recepta transgraniczna drukowana jest zawsze z oznaczeniami łańciskimi, a nazwa leku wybranego ze słownika w postaci nazwy międzynarodowej.
- Przy oznaczeniu recepty jako transgranicznej nie ma możliwości zaznaczenia wzoru recepty Rpw.

Aby wydrukować receptę transgraniczną należy wykonać czynności opisane w rozdziale [Wydruk pustych recept](#). Dodatkowo należy zaznaczyć pole "Transgraniczna", znajdujące się w sekcji *Parametry*.

Wydruk pustych recept ✕

Pacjent

Kowalski Jan Drukuj dane Oddział NFZ: DE ▾

Parametry

Personel: Nowak Anna ▾

Komórka: PORADNIA LEKARZA POZ ▾

Nr umowy: 125/▯▯▯▯ ▾

Liczba: 1 Rpw **Transgraniczna** Kontynuacja

Pula numerów recept

Liczba wolnych numerów w puli: 24 Bez numeru

Drukuj Wyjście

7.1.5 Wydruk recept w Gabinetcie

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#)

Od wersji mMedica Standard użytkownik otrzymuje dostęp do Gabinetu, z poziomu którego może wystawiać

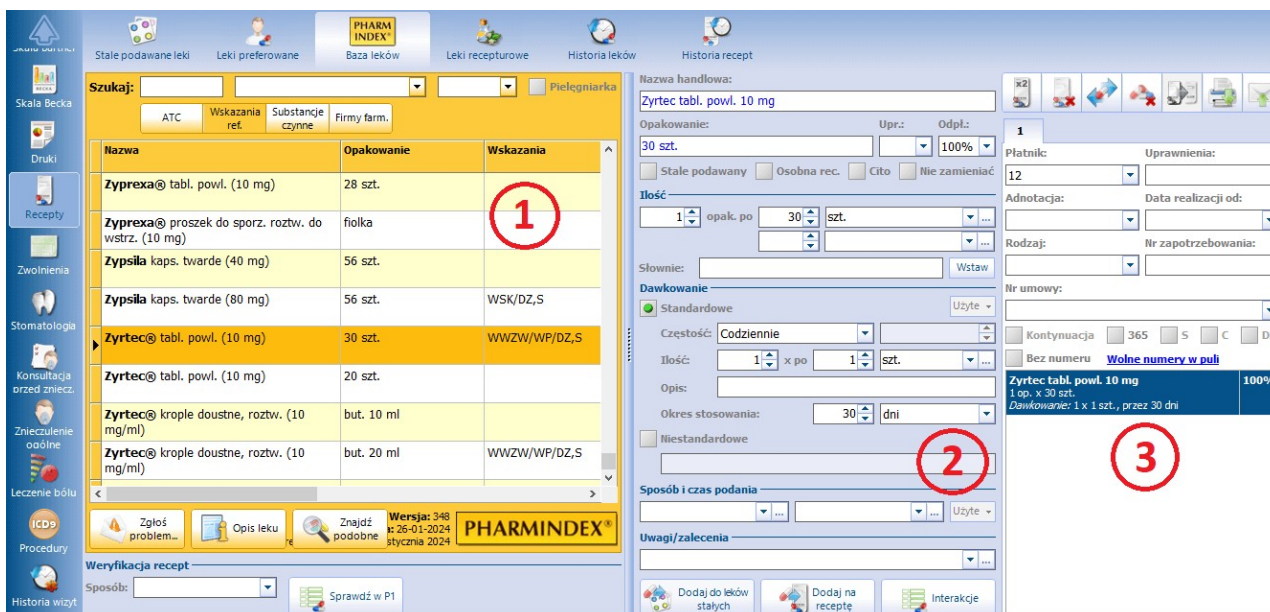


recepty z lekami. Okno funkcjonalności wystawiania recept otwiera się po wybraniu ikony **Recepty** w lewym panelu formatki.

W celu zoptymalizowania procesu wystawiania recept, przygotowano następujące słowniki dostępne w górnym panelu:

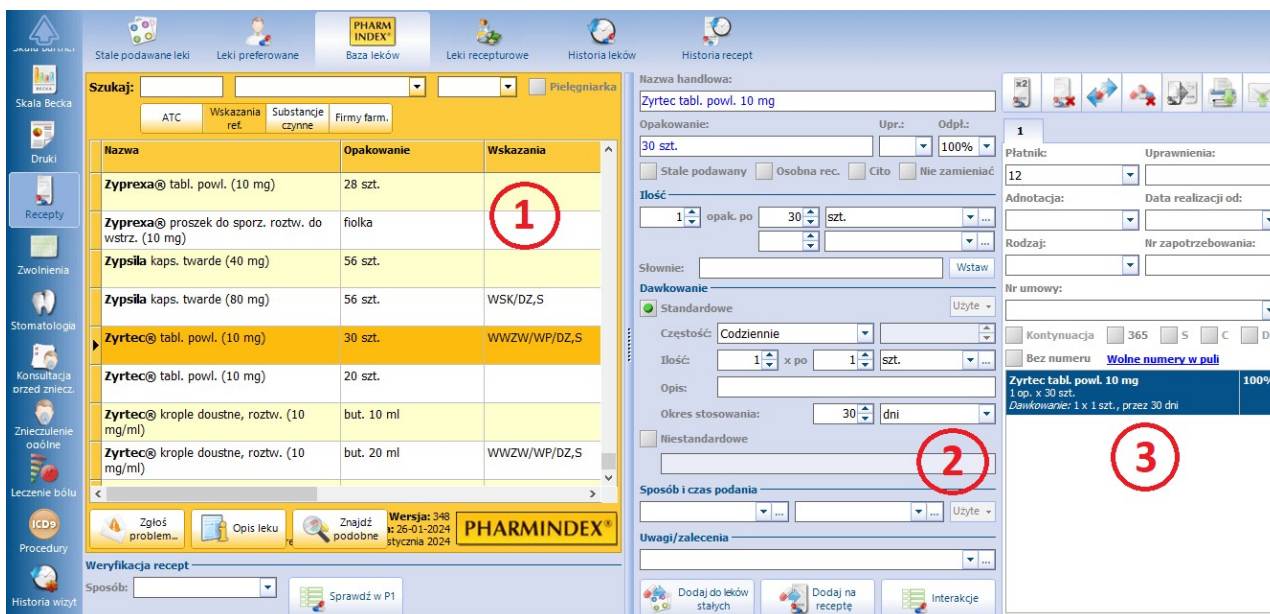
- [Stale podawane leki](#) pacjenta
- [Leki preferowane](#) - zapamiętywane w kontekście lekarza
- Słownik leków Pharmindex
- [Leki recepturowe](#)
- [Historia leków](#) przepisywanych pacjentowi

Formatka wspomagająca wystawianie recept została podzielona na **3 części** (zdz. poniżej). W pierwszym oknie **(1)** prezentowane są dane z wybranego słownika leków, w drugim oknie **(2)** szczegółowe dane dotyczące leku, a w trzecim oknie **(3)** leki, które zostały już dodane na receptę.



7.1.5.1 Omówienie formatki wydruku recept

Formatka wspomagająca wystawianie recept została podzielona na 3 części (zdj. poniżej). W pierwszym oknie prezentowane są dane z wybranego słownika leków (1), w drugim oknie szczegółowe dane dotyczące leku (2), a w trzecim oknie leki, które zostały już dodane na receptę (3).



1) Słownik leków

W oknie prezentowana jest lista leków, znajdujących się w słowniku wskazanym przez użytkownika. Formatka służąca do wystawiania recept otwierana jest domyślnie na słowniku [Stale podawane leki](#). Za pomocą ikon znajdujących się w górnym panelu formatki można dokonać wyboru innego słownika leków.

Wyboru leku ze słownika dokonuje się poprzez:

- Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki na wybranej pozycji.
- Skorzystanie z pola do wyszukiwania "Szukaj", w którym wpisuje się:
 - Pełną nazwę szukanego leku.

- Pierwsze litery nazwy leku. Aplikacja rozpoczyna filtrowanie słownika już po wpisaniu 1 znaku.
- Fragment tekstu, na podstawie którego zostaną wyświetlone wszystkie pozycje, zawierające w swojej nazwie tenże parametr. Aby móc korzystać z tej opcji, należy włączyć parametr "Wyszukuj po fragmencie tekstu" znajdujący się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Różne](#).

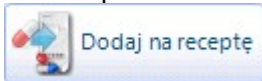
Po odnalezieniu pożądanego leku należy wybrać go poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki.

Wybrany lek zostaje przeniesiony do okna, służącego do przygotowania leku do wypisania **(2)**.

2) Okno przygotowania leku do wypisania

W oknie określa się szczegółowe dane wypisywanego leku - jego ilość, dawkowanie, sposób i czas podania. Dodatkowo, przy użyciu dostępnych pól, można zamieścić na receptce dodatkowe informacje, istotne dla pacjenta podczas realizacji recepty w aptece, np. informacje o uprawnieniu dodatkowym przysługującym pacjentowi, pilny sposób realizacji recepty.

Po uzupełnieniu wszystkich danych, lek przenosi się na receptę, poprzez wybranie przycisku



Opis poszczególnych pól znajdujących się na w oknie przygotowania leku do wypisania:

- **Upr.** - kod [uprawnień dodatkowych](#) pacjenta, jeśli przysługują. Uprawnienie będzie podpowiadać się automatycznie, jeśli zostanie wcześniej wybrane w danych pacjenta lub jeśli zostanie dodany odpowiedni dokument ubezpieczeniowy. Możliwe wartości do wyboru:
 - **AZ** - art. 7a ustawy o stosowaniu wyrobów azbestowych. Uprawnienie podpowiadane automatycznie na podstawie dokumentu uprawniającego, zaewidencjonowanego w: [Kartoteka pacjentów](#) > [Dane](#) > [5. Upoważn./oświadcz./uprawn.](#)
 - **BW** - art. 2 ust. 1 pkt 2 i art. 54 ustawy (decyzja wójta/burmistrza/prezydenta).
 - **CN** - nieubezpieczone kobiety podczas ciąży, porodu i połogu. Uprawnienie podpowiadane automatycznie na podstawie [uprawnienia](#) dodanego w danych pacjenta.
 - **DN** - osoby nieubezpieczone do 18 roku życia. Uprawnienie podpowiadane automatycznie, w przypadku wystawiania recepty nieubezpieczonemu pacjentowi do 18 r.ż.
 - **IB** - art. 46 ustawy (inwalidzi wojenni, osoby represjonowane i ich małżonkowie).
 - **IW** - art. 45 ustawy (inwalidzi wojskowi, wojenni).
 - **PO** - art. 44 ustawy (żołnierze zasadniczej służby wojskowej).
 - **IN** - pacjenci inni niż ubezpieczeni, którzy posiadają uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Uprawnienie podpowiadane automatycznie na podstawie [uprawnienia](#) dodanego w Kartotece pacjentów np. AL, NA, PS.
 - **WP** - art. 133 pkt. 1 i inne ustawy o powszechnym obowiązku obrony RP.
 - **ZK** - art. 43 ustawy (Honorowi Dawcy Krwi, Dawcy Przeszczepu).
 - **X** - brak uprawnień dodatkowych przysługujących pacjentowi.
- **Odpl.** - Odpłatność uzależniona jest od statusu ubezpieczenia pacjenta, posiadanych uprawnień, wskazań refundacyjnych. Odpłatność można zmienić ręcznie, poprzez wybranie odpowiedniej wartości z listy rozwijanej, np. bezpłatny, ryczałt, 30%, 50%, 100%.

Uwaga! W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica automatyczne wyznaczanie odpłatności leku na podstawie rozpoznania przy wyborze leku z bazy leków Pharmindex zostało przeniesione do modułu "Pharmindex Refundacje". W przypadku braku aktywnego modułu w górnej części okna bazy Pharmindex będzie widoczne stosowne ostrzeżenie, natomiast odpłatność będzie miała zawsze domyślną wartość "100%", która dla leku ze wskazaniami refundacyjnymi zostanie wyświetlona na czerwonym tle (przykład poniżej).

Wystawianie recept

W takim wypadku należy wskazać właściwą odpłatność, wybierając odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej.

Z uwagi na bardzo dużą liczbę leków, dla których uzyskanie refundacji wymaga spełnienia szeregu dodatkowych specyficznych warunków, takich jak wiek, poziom hemoglobiny i inne, lekarz powinien zapoznać się z pełnym opisem wskazań refundacyjnych, który znajduje się w słowniku Pharmindex w opisie danego leku (przycisk **Opis leku** - dostępny w ramach modułu dodatkowego "Pharmindex Baza leków"). Forma tekstowa opisu zamieszczona w słowniku, opisująca inne czynniki wpływające na wyznaczenie odpłatności dodatkowych u pacjenta, nie daje możliwości jednoznacznego wyznaczenia odpłatności w sposób automatyczny. W każdym przypadku przepisywania leku pacjentowi pełną odpowiedzialność za prawidłowość wyznaczenia poziomu odpłatności ponosi osoba przepisująca lek.

- **Stale podawany** - oznaczenie leku jako stale podawany. Od tej pory lek będzie wyświetlany na formacie *Stale podawane leki*.
- **Osobna rec.** - wybrany lek zostanie dodany na osobną receptę. Pole zaznaczane jest automatycznie, jeśli na receptę dodawany jest lek opioidowy i psychotropowy.
- **Cito** - wydrukowanie na receptce dopisku "cito", obok nazwy leku.
- **Nie zamieniać** - wydrukowanie na receptce dopisku "nie zamieniać", obok nazwy leku.

Sekcja: Ilość

Ilość oraz jednostka leku w opakowaniu uzupełniane są automatycznie, na podstawie danych zawartych w słowniku leków.


Od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica dostępne jest pojedyncze pole służące do prezentowania jednostki wybranego leku, uzupełniane na podstawie definicji opakowania leku w słowniku. Pole te nie podlega edycji.


- **Słownie** - ilość leku słownie jest uzupełniana automatycznie, w przypadku przepisywania na receptę leku opioidowego lub psychotropowego. Aby wstawić słowną ilość wybranego leku, należy wybrać przycisk **Wstaw**.

Sekcja: Dawkowanie

W celu określenia sposobu dawkowania należy zaznaczyć odpowiednie pole.

> Standardowe

Informacje dotyczące dawkowania standardowego uzupełnia się w odpowiednich polach, między innymi poprzez wprowadzenie cyfry za pomocą klawiatury lub za pomocą przycisku  oraz wybór odpowiednich wartości z list rozwijalnych.

Od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica, jeżeli w definicji leku w słowniku występują jednostki dawkowania, będą one możliwe do wyboru z listy rozwijalnej dostępnej w pozycji "Ilość". W takiej sytuacji listy tej nie będzie można zmodyfikować (brak przycisku ) , a w przypadku wpisania w polu innej jednostki wyświetlone zostanie stosowne ostrzeżenie.

Natomiast jeśli w definicji leku w słowniku nie ma określonych jednostek dawkowania, a przygotowana w

pozycji "Ilość" lista rozwijalna nie zawiera pożądaných pozycji, będzie można ją dowolnie zmodyfikować/rozszerzyć. W tym celu należy wybrać przycisk wyboru [...] i w nowo otwartym oknie *Jednostki dawkowania leku* ręcznie dopisać brakujące pozycje.

Uzupełnienie danych dotyczących okresu stosowania jest wymagane w przypadku recept z ważnością 365 dni.

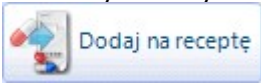
Od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica okres stosowania jest automatycznie wyznaczany tylko w przypadku leku ze zdefiniowaną w słowniku przynajmniej jedną jednostką dawkowania, dla którego w danych dawkowania wybrano jednostkę z listy.

- **Niestandardowe** - w polu tekstowym można wpisać niestandardowe dawkowanie leku. Wtedy na receptce zostanie wydrukowany dopisek "Dawkowanie:".
- **Złożone** (dodane w wersji 10.6.0 aplikacji mMedica) - ten rodzaj dawkowania został dokładnie opisany w rozdziale [Wystawienie e-Recepty z dawkowaniem złożonym](#).
- **Opakowania** (dodane w wersji 10.8.0 aplikacji mMedica) - w dawkowaniu można wprowadzić liczbę opakowań oraz okres ich stosowania. Dawkowanie opakowaniami jest dostępne dla wybranych leków (po wykonaniu aktualizacji programu należy pobrać najnowszą wersję bazy leków Pharmindex).

Sekcja: Sposób i czas podania

Sekcja służy do określenia informacji o sposobie i czasie podania leku, które wybiera się z dostępnych list rozwijanych. Jeśli przygotowane słowniki nie są wystarczające, można je dowolnie zmodyfikować/rozszerzyć. W tym celu należy wybrać przycisk wyboru [...] i w nowo otwartym oknie, np. *Sposoby podania leku* dopisać brakujące wartości.


Po uzupełnieniu wszystkich dodatkowych danych dotyczących wybranego leku, należy przenieść go na

receptę za pomocą przycisku  . Wtedy lek zostanie wyświetlony w trzecim oknie na tzw. "wirtualnej" receptce (3).

3) Okno podglądu recepty

Okno podglądu recepty jest ostatnim elementem procesu wystawiania recepty i obrazuje jej ostateczny "wygląd". W oknie tym wyświetlane są leki, które zostały dodane na receptę i dane określające rodzaj recepty oraz uprawnienia pacjenta.

Wystawianie recept

Na jednej receptce można dodać maksymalnie 5 leków. Maksymalną liczbę leków na pojedynczej receptce definiuje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Recepty](#). Po przekroczeniu tej liczby, kolejny lek zostanie automatycznie dodany na nową receptę. Jeśli utworzono na wizycie więcej niż jedną receptę, w oknie podglądu recepty zostaną wyświetlone zakładki z numerami recept. Wybranie jednego z przycisków zakładek wyświetli dane wystawionej recepty: .

W górnej części okna podglądu recepty znajduje się panel przycisków do zarządzania danymi na receptce. Przyciski te pozwalają dokonywać zmian w lekach, które są już umieszczone na receptce, ale nie zostały jeszcze wydrukowane.



Duplikuj receptę - funkcjonalność pozwala [skopiować](#) zaznaczoną receptę z datą realizacji w przyszłości.



Usuń receptę - usuwa wybraną receptę.



Zmień dane leku - otwiera okno *Dane przepisanego leku* w celu poprawy danych leku, np. zmiany liczby przepisanych opakowań, ilości w opakowaniu, dawkowania. Przycisk jest dostępny tylko w wersji **Standard+**.



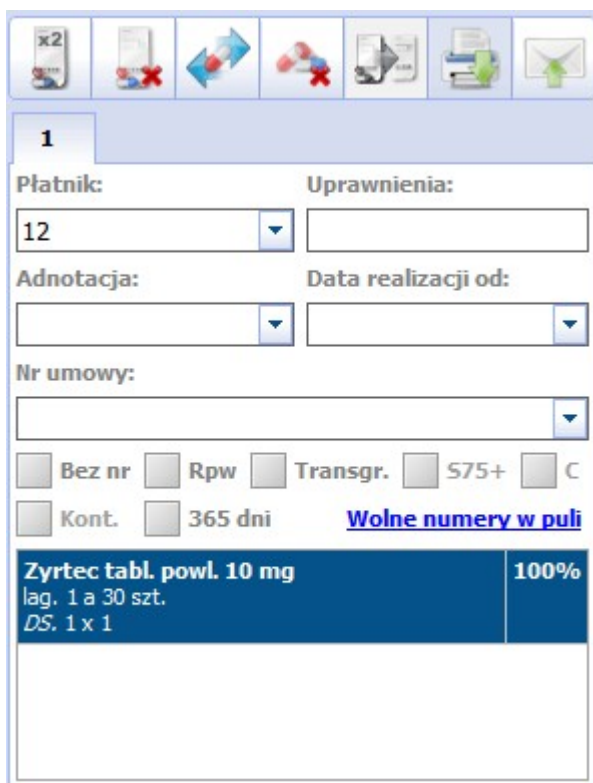
Usuń lek - usuwa wybrany lek (podświetlony na liście) z recepty.










Przenieś lek na nową receptę - przenosi wybrany lek (podświetlony na liście) na nowo utworzoną receptę. Przycisk aktywuje się, jeśli na receptce znajdują się co najmniej 2 leki.



Drukuj receptę - wydruk wybranej recepty.



Panel narzędzi:       

1

Płatnik: 12 **Uprawnienia:**

Adnotacja: **Data realizacji od:**

Nr umowy:

Bez nr Rpw Transgr. S75+ C

Kont. 365 dni [Wolne numery w puli](#)

Zyrtec tabl. powł. 10 mg lag. 1 a 30 szt. DS. 1 x 1	100%
--	-------------

Opis pól znajdujących się w oknie podglądu recepty:

- **Płatnik** - podpowiadany na podstawie adresu zamieszkania pacjenta oraz bieżącego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń. Na receptach pacjentów posiadających zerowy numer PESEL i powszechne ubezpieczenie zdrowotne, będzie drukowany numer oddziału NFZ. W przypadku pacjentów posiadających ubezpieczenie unijne, będzie drukowany kod kraju (np. Niemcy - DE).
- **Uprawnienia** - kod [uprawnień dodatkowych](#) pacjenta, jeśli przysługują. Szczegółowy opis znajduje się powyżej.
- **Adnotacja** - aby na recepcie została wydrukowana dodatkowa adnotacja "pro auctore" lub "pro familia", należy wybrać odpowiednią wartość z listy rozwijanej.
- **Data realizacji od** - po wprowadzeniu daty w polu, system wydrukuje receptę z opóźnionym terminem realizacji (tzw. odnawialną). Pole uzupełnianie jest automatycznie, jeśli wystawiono [duplikat](#) recepty.
- **Nr umowy** - podpowiadany domyślnie na podstawie [puli numerów recept](#) lekarza zczytanej do programu. Jeśli lekarz posiada kilka pul numerów recept dla różnych umów, z listy rozwijanej należy wybrać właściwy numer umowy.

Znaczenie checkbox-ów znajdujących się w oknie podglądu recepty:

- **Bez numeru** - na recepcie nie zostanie umieszczony unikalny numer identyfikujący receptę (pobierany z puli numerów recept). Parametr należy zaznaczyć np. w przypadku korzystania z gotowych bloczków recept zawierających już numer recepty (wydrukowanych przez drukarnię).
- **Rpw** - pole zaznaczane automatycznie w przypadku dodania na receptę leku opioidowego lub psychotropowego. Do wydruku recepty "Rpw" konieczne jest posiadanie przez lekarza puli numerów recept z oznaczeniem "Rpw".

W przypadku braku takiej puli, przy próbie wydruku recepty z lekami psychotropowymi, zostanie wyświetlony komunikat:

Brak wolnych numerów w puli dla wybranych parametrów umowy.

- **Transgraniczna** - zaznacza się, gdy pacjent zgłosi wolę realizacji recepty w innym niż Polska kraju członkowskim Unii Europejskiej. Szczegóły w rozdziale: [Recepta transgraniczna](#).
- **S75+** - zaznaczany domyślnie, jeśli pacjent posiada uprawnienie "S", które umożliwia uzyskanie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [seniora](#).
- **C** - dodaje na recepcie uprawnienie "C" umożliwiające uzyskanie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [kobiet w ciąży](#).
- **Kontynuacja** - pole aktywuje się, jeśli osobą wystawiającą receptę jest pielęgniarka/położna. Należy zaznaczyć, jeśli na wydrukowanej recepcie ordynowany będzie lek, który jest kontynuacją zlecenia lekarza.

Ponadto w oknie podglądu recepty podpowiadana jest odpłatność, np. 100%, 30%, R, w zależności od:

- posiadania przez pacjenta ubezpieczenia zdrowotnego,
- wskazań refundacyjnych leku,
- parametru włączonego w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Recepta](#). Szczegółowy opis w: [Konfiguracja wydruku recept](#).

Wybranie przycisku **Wolne numery w puli** pozwala podejrzeć liczbę wolnych numerów dla wszystkich pul, jakie pozostały jeszcze do wykorzystania lekarzowi:

Liczba wolnych numerów w puli: 290.

W przypadku braku wolnych numerów w puli, wyświetlony zostanie poniższy komunikat. W tej sytuacji należy zacytać do programu nową pulę numerów recept pobraną z Portalu Świadczeniodawcy.

Brak wolnych numerów w puli.

7.1.5.2 Wydruk recept z Bazy leków Pharmindex


Personel medyczny ma do dyspozycji kilka słowników leków, które może wykorzystać w procesie wystawiania recepty w Gabinetce. Z uwagi na popularność słownika leków Pharmindex, udostępnianego w wersji podstawowej od wersji mMedica Standard, użyto go jako przykładu, do omówienia tematu wydruku recept. Funkcjonalność pozostałych słowników została opisana w rozdziale: [Recepty](#).

W celu wystawienia recepty ze słownika leków Pharmindex należy:

1. Na otwartej wizycie gabinetowej wybrać ikonę Recepty, znajdującą się w lewym panelu formatki.
2. W górnym panelu wybrać zakładkę Baza leków Pharmindex.
3. Dokonać wyszukania leku przy użyciu pola "Szukaj" poprzez:
 - a) wpisanie pełnej nazwy leku,
 - b) wpisanie początkowego fragmentu nazwy leku,
 - c) wpisanie dowolnego fragmentu nazwy leku.

Dodatkowo można wyszukiwać leki na podstawie klasyfikacji anatomiczno-terapeutycznej (ATC), wskazań refundacyjnych, nazwy międzynarodowej, substancji czynnej oraz producenta, do czego służą przyciski znajdujące się w górnej części okna bazy leków.

4. Wyszukany lek należy wybrać z listy poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki, dzięki czemu zostanie wyświetlony w oknie przygotowania leku do wypisania.
5. W oknie przygotowania leku do wypisania określić szczegółowe dane leku - jego ilość, dawkowanie,

sposób i czas podania i inne. Zatwierdzić zmiany przyciskiem , dzięki czemu lek zostanie przeniesiony do okna podglądu recepty.

W razie konieczności przepisania innych leków na receptę, wykonać czynności z pkt. 3-5.

6. Po zweryfikowaniu poprawności danych dokonać wydruku recepty za pomocą przycisku  lub



(7).



Po rozwinięciu przycisku zostaną wyświetlone dodatkowe opcje, za pomocą których można dokonać wydruku: wszystkich recept; recept, które nie zostały jeszcze wydrukowane; zalecenia dotyczące dawkowania w formacie A5 i formacie recepty.

Na screenie poniżej zamieszczono numery, odpowiadające punktom (krokom postępowania) z powyższej instrukcji:

The screenshot shows the 'PHARMINDEX' database search results for 'Euthyrox'. The search results table is as follows:

Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność	Producent
Euthyrox® N 25 tabl. (25 µg)	50 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 25 tabl. (25 µg)	100 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 50 tabl. (50 µg)	100 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 50 tabl. (50 µg)	50 szt.	E03, E01	R	Merck
Euthyrox® N 75 tabl. (75 µg)	50 szt.	E03, E01	R	Merck
Euthyrox® N 75 tabl. (75 µg)	100 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 88 tabl. (88 µg)	100 szt.			Merck
Euthyrox® N 88 tabl. (88 µg)	50 szt.	E03, E01	R	Merck
Euthyrox® N 100 tabl. (100 µg)	100 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 100 tabl. (100 µg)	50 szt.	E03, E01	R	Merck

The interface also shows a detailed view of the selected medication, including dosage, frequency, and other parameters. Red boxes and numbers 1-7 highlight specific UI elements: 1 (Recepty button), 2 (PHARMINDEX button), 3 (Szukaj: euthyrox search bar), 4 (selected row in table), 5 (Dodaj na receptę button), 6 (Print button), and 7 (Drukuj recepty button).

Sposób wyszukiwania pozycji w słownikach leków dostępnych w Gabinetach zależy od parametru "Wyszukuj po fragmencie tekstu" znajdującego się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Różne](#). Zaznaczenie parametru włącza wyszukiwanie po fragmencie tekstu. Oznacza to, że wpisanie fragmentu nazwy leku w polu wyszukiwania spowoduje wyświetlenie wszystkich pozycji, zawierających w swojej nazwie tenże fragment. Parametr jest domyślnie wyłączony.

Szczegółowa instrukcja Modułu Baza Leków Pahrmindeks znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.

7.1.5.3 Duplikowanie recepty

Opcja duplikowania recepty umożliwia kopiowanie wybranej recepty z datą realizacji duplikatu w przyszłości.

W celu zduplikowania recepty należy w oknie podglądu recepty wybrać przycisk **Duplikuj receptę**. W otwartym oknie *Duplikuj receptę* należy określić ilość duplikatów recepty oraz ilość dni, z jaką mają zostać wystawione.

The 'Duplikuj receptę' dialog box contains the following fields and options:

- Pojedynczy duplikat
- Wiele duplikatów
- Data: 2017-08-11
- Liczba: 2
- Co ile dni: 120
- Ile dni wcześniej wykupić receptę: 0
- Daty realizacji od duplikatów: 2017-08-11, 2017-12-09
- Zatwierdź (green checkmark button)
- Wyjście (exit button)

Opis pól znajdujących się w oknie dialogowym:

- **Pojedynczy duplikat** - w przypadku zaznaczenia, oprócz bieżącej recepty zostanie wystawiony jej duplikat, z datą realizacji wskazaną przez użytkownika. Datę realizacji określa się w polu "Data" ręcznie lub za pomocą kalendarza.
- **Wiele duplikatów** - program domyślnie podpowiada liczbę 2 duplikatów ze 120 dniowym okresem realizacji. Użytkownik może dowolnie modyfikować te wartości - maksymalnie może wystawić 12 duplikatów na okres 99 dni.
Zmieniona przez użytkownika wartość w polu "Co ile dni" będzie zapamiętywana przez system i podpowiadana przy wystawianiu następnego duplikatu (jeśli nie określono dawkowania). W przypadku określenia dawkowania leku, system automatycznie wyliczy na ile dni wystarczy danego leku i na tej podstawie podpowie wartość w polu "Co ile dni".
- **Ile dni wcześniej wykupić receptę** - w celu umożliwienia pacjentowi wykupienia duplikatu recepty z datą wcześniejszą, należy z listy rozwijanej wybrać odpowiednią wartość (zawsze zmieniana jest data realizacji pierwszego duplikatu).

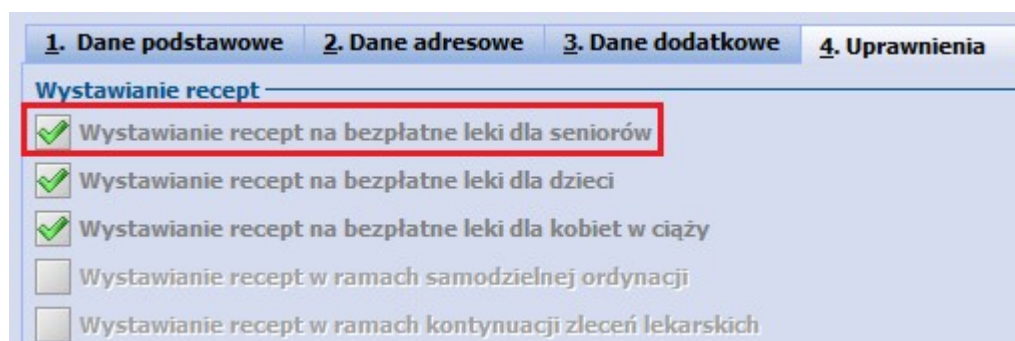
7.1.5.4 Leki dla seniorów

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność podpowiadania na receptach uprawnienia "S", które umożliwia uzyskanie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla seniora.

W związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. w programie mMedica wprowadzono możliwość wystawiania recept na bezpłatne leki dla seniorów od 65 roku życia.

W oknie wystawiania recepty dostępny jest checkbox "**S**", którego zaznaczenie skutkuje umieszczeniem uprawnienia "S" na recepcie (w polu "Uprawnienia"). Jest on zaznaczany domyślnie w przypadku spełnienia poniższych warunków:

1. Pacjent, dla którego wystawiana jest recepta, ma ukończone 65 lat.
2. Lekarz/Pielęgniarka/Felczer/Lekarz dentysta wystawiający receptę posiada uprawnienie do wystawiania recept z uprawnieniem "S". W tym celu należy przejść do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr Personelu](#) i na zakładce [4. Uprawnienia](#) zaznaczyć parametr "**Wystawianie recept na bezpłatne leki dla seniorów**".



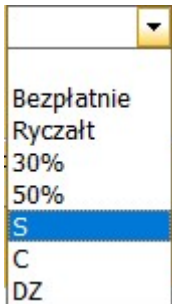
3. W przypadku wystawiania recept "pro autore" oraz "pro familia" program mMedica weryfikuje tylko wiek pacjenta na recepcie.
4. W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Gabinet > Recepty](#), w sekcji [Domyślne dane dla recept](#) jest włączony parametr "**Podpowiadaj uprawnienia dodatkowe DZ, S i C**". W przypadku jego wyłączenia uprawnienie "S" nie będzie podpowiadane automatycznie, natomiast będzie można je wprowadzić (zaznaczyć checkbox "S"), o ile zostały spełnione pozostałe warunki.

Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica personel ma możliwość zaznaczenia uprawnienia "S" dla recepty

wystawianej na wizycie komercyjnej (realizowanej w ramach Komeracji/Modułu Komercyjnego), pod warunkiem, że posiada on uprawnienie do wystawiania recept na bezpłatne leki dla seniorów (szczegóły w punkcie 2.). W przypadku recept wystawianych na wizytach komercyjnych uprawnienie "S" nie jest zaznaczane automatycznie.

Wprowadzenie uprawnienia "S" na receptce zostało przedstawione na poniższym przykładzie.

Aby wyfiltrować leki przysługujące świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 65 rok życia, można skorzystać z listy rozwijanej, znajdującej się po prawej stronie pola "Szukaj". Wybranie wartości **S** spowoduje wyświetlenie leków z listy leków refundowanych dla seniora. Dla poprawnego działania funkcjonalności konieczne jest posiadanie zaktualizowanej [bazy leków Pharmindex](#).



Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność	Wiek - wpl na refunda
Abasaglar roztw. do wstrz. (100 j.m./ml)	10 wkł. 3 ml	WSK/C,DZ,S	30%/C,DZ,S	✓
Abilify tabl. (10 mg)	56 szt.	WSK/DZ,S	R/DZ,S	
Abilify tabl. (15 mg)	28 szt.	WSK/DZ,S	R/DZ,S	
Abilify tabl. (15 mg)	56 szt.	WSK/DZ,S	R/DZ,S	
Abilify tabl. (30 mg)	56 szt.	WSK/DZ,S	R/DZ,S	
Abilify tabl. (15 mg)	56 szt.	WSK/DZ,S	R/DZ,S	
Abilify tabl. (15 mg)	28 szt.	WSK/DZ,S	R/DZ,S	
Abilify tabl. (15 mg)	56 szt.	WSK/S	R/S	

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie recept lekarskich, uprawnienie "S" może wystąpić jednocześnie z jednym z następujących uprawnień dodatkowych: AZ, BW, IB, IN, IW, PO, ZK. W związku z tym w polu "Uprawnienia" na receptce wpisane zostaną 2 uprawnienia.

Uwaga! Uprawnienie "S" nie jest uwzględniane w poziomie odpłatności drukowanym na receptce. Bezpłatny lek jest wydawany przez farmaceutę w przypadku, gdy na receptce odpłatność jest różna od 100% (pełnopłatny) oraz występuje oznaczenie "S".

Uprawnienie "S" jest niezależne od przepisanych leków, tzn. wybranie leku spoza listy leków bezpłatnych nie wpływa na występowanie oznaczenia "S" na receptce.

7.1.5.5 Bezpłatne leki dla kobiet w ciąży

W związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2020 roku, w aplikacji mMedica została dodana możliwość wystawiania recept z uprawnieniem "C", umożliwiającym uzyskanie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla kobiety w ciąży.

Uprawnienie "C" podpowie się na recepcie, jeżeli spełnione są następujące warunki:

1. Pacjentka, dla której wystawiana jest recepta, ma w swoich danych, w kartotece pacjentów, dodane aktualne uprawnienie "C – Art. 43b ust. 1 ustawy (kobieta w ciąży)". Uprawnienie takie wprowadza się na zakładce **5.Upoważn./Oświadcz./Upraw.** w sekcji Dokumenty upoważniające (świadczenia dodatkowe z art. 43-46 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Data wys...	Rodzaj	Numer	Akt.	Załącznik
05-10-...	Art. 43b ust. 1 ustawy (kobieta w ciąży)		<input checked="" type="checkbox"/>	

2. Osoba wystawiająca receptę ma w swoich danych w rejestrze personelu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr Personelu](#)) na zakładce **4. Uprawnienia** zaznaczoną opcję **"Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży"**.

Wystawianie recept

- Wystawianie recept na bezpłatne leki dla seniorów
- Wystawianie recept na bezpłatne leki dla dzieci
- Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży**
- Wystawianie recept w ramach samodzielnej ordynacji
- Wystawianie recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich

3. W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Gabinet > Recepty](#), w sekcji Domyślne dane dla recept jest włączony parametr **"Podpowiadaj uprawnienia dodatkowe DZ, S i C"**. Parametr ten został dodany w wersji 9.9.0 aplikacji mMedica. W przypadku jego wyłączenia uprawnienie "C" nie będzie podpowiadane automatycznie.

Wprowadzenie uprawnienia "C" na recepcie przedstawia poniższy przykład.

W razie konieczności uprawnienie można z recepty usunąć poprzez odznaczenie pola "C".

Personel z aktywnym uprawnieniem "Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży" będzie miał możliwość także zaznaczenia powyższego pola (i tym samym dodania uprawnienia), w sytuacji gdy nie podpowie się ono domyślnie na recepcie.

Uprawnienie "C" może występować łącznie z innym uprawnieniem pacjentki. Wtedy w polu "Uprawnienia" wyświetlą się symbole obu uprawnień.

Uwaga! Podobnie jak w przypadku recept dla seniorów uprawnienie "C" jest niezależne od przepisanych leków. Podczas realizacji takiej recepty farmaceuta określa, które leki może wydać bezpłatnie.

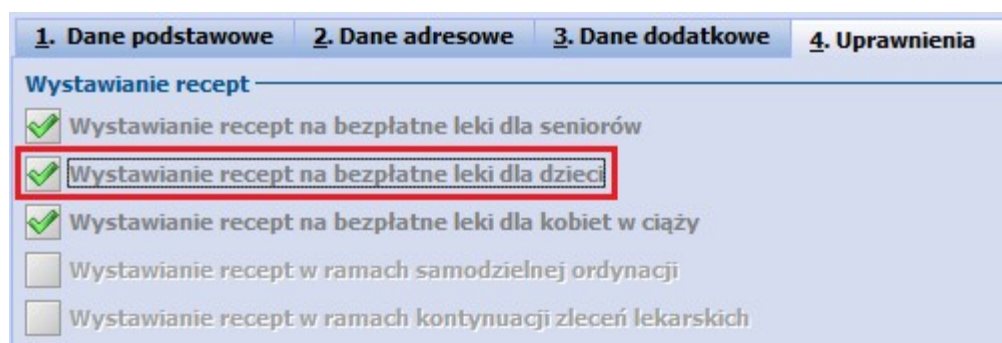
W oknie bazy leków Pharmidex istnieje możliwość wyszukania wszystkich leków przysługujących bezpłatnie kobietom w ciąży. W tym celu należy wybrać pozycję "C" z listy rozwijanej znajdującej się po prawej stronie pola "Szukaj". Dla poprawnego działania funkcjonalności konieczne jest posiadanie zaktualizowanej [bazy leków Pharmindex](#).

7.1.5.6 Bezpłatne leki dla dzieci do ukończenia 18 roku życia

W związku ze zmianami wynikającymi z art. 43a ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach udostępniono możliwość wystawiania recept z uprawnieniem "DZ", które należy wskazać w celu wystawienia recepty na bezpłatne leki dzieciom przed ukończeniem 18 roku życia.

W oknie wystawiania recepty dostępny jest checkbox "**DZ**", którego zaznaczenie skutkuje umieszczeniem uprawnienia "DZ" na recepcie (w polu "Uprawnienia"). Jest on zaznaczany domyślnie w przypadku spełnienia poniższych warunków:

1. Pacjent, dla którego wystawiana jest recepta, nie ukończył 18 lat.
2. Lekarz/Pielęgniarka/Felczer/Lekarz dentyista wystawiający receptę posiada uprawnienie do wystawiania recept z uprawnieniem "DZ". W tym celu należy przejść do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr Personelu](#) i na zakładce [4. Uprawnienia](#) zaznaczyć parametr "**Wystawianie recept na bezpłatne leki dla dzieci**".



3. W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Gabinet > Recepty](#), w sekcji [Domyślne dane dla recept](#) jest włączony parametr "**Podpowiadaj uprawnienia dodatkowe DZ, S i C**". W przypadku jego wyłączenia uprawnienie "DZ" nie będzie podpowiadane automatycznie, natomiast będzie można je wprowadzić (zaznaczyć checkbox "DZ"), o ile zostały spełnione pozostałe warunki.
4. Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica przy wystawianiu recept "pro familia" program mMedica weryfikuje tylko wiek pacjenta na recepcie. Ponadto dla takich recept uprawnienie "DZ" podpowiadane jest również w przypadku wizyt komercyjnych.

Uprawnienie "DZ" nie jest uzupełniane automatycznie w przypadku dziecka uprawnionego do świadczeń na podstawie dokumentu UE (dodanego w danych pacjenta na zakładce [Ubezpieczenie](#)).

Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica personel ma możliwość zaznaczenia uprawnienia "DZ" dla recepty wystawianej na wizycie komercyjnej (realizowanej w ramach Komercji/Modułu Komercyjnego), pod warunkiem, że posiada on uprawnienie do wystawiania recept na bezpłatne leki dla dzieci (szczegóły w punkcie 2.). W przypadku recept (innych niż "pro familia") wystawianych na wizytach komercyjnych uprawnienie "DZ" nie jest zaznaczane automatycznie.

Wprowadzenie uprawnienia "DZ" na recepcie przedstawia poniższy przykład.

Uprawnienie "DZ" może występować łącznie z innym uprawnieniem pacjenta. Wtedy w polu "Uprawnienia" wyświetlą się symbole obu uprawnień.

Uwaga! Podobnie jak w przypadku recept dla seniorów uprawnienie "DZ" jest niezależne od przepisanych leków. Podczas realizacji takiej recepty farmaceuta określa, które leki może wydać bezpłatnie.

W oknie bazy leków Pharmindex istnieje możliwość wyszukania wszystkich leków przysługujących bezpłatnie dzieciom. W tym celu należy wybrać pozycję "DZ" z listy rozwijanej znajdującej się po prawej stronie pola "Szukaj" (zdj. poniżej). Dla poprawnego działania funkcjonalności konieczne jest posiadanie zaktualizowanej bazy leków Pharmindex.

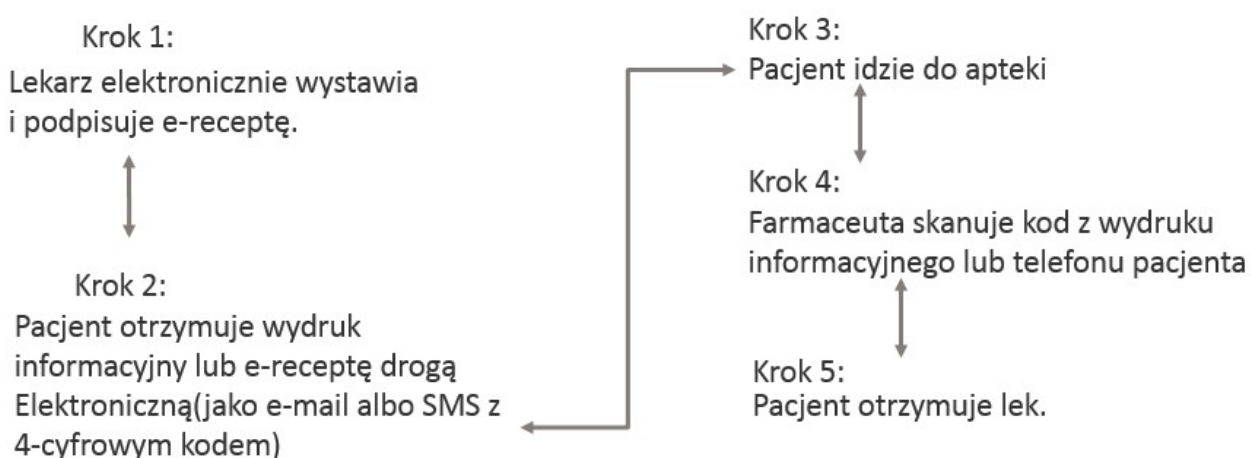
Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność
Abasaglar roztw. do wstrz. (100 j.m./ml)	10 wkł. 3 ml	WSK/C,DZ,S	30%/C,DZ,S
Abilify tabl. (10 mg)	56 szt.	WSK/DZ,S	R/DZ,S

7.2 Wystawienie e-Recepty

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność wystawiania recept elektronicznych (tzw. e-Recept). Dzięki temu użytkownicy programu mogą dostosować się do wymogów prawnych, które wprowadzają obowiązek wystawiania recept wyłącznie w postaci elektronicznej od 1 stycznia 2020 r.

Aby móc realizować obowiązek wystawiania e-Recept, podmioty lecznicze muszą podłączyć się do systemu P1. W tym celu należy złożyć wniosek udostępniony na stronie internetowej [Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą](#). Więcej informacji o uzyskaniu dostępu do Systemu P1 znajduje się na stronie internetowej CeZ.

Jak działa e-Recepta:



Dla poprawnego przesyłania elektronicznych recept do systemu P1 wymagane jest posiadanie:

- aktywnego konta podmiotu leczniczego w systemie P1 na potrzeby komunikacji,
- kwalifikowanego [podpisu elektronicznego](#), certyfikatu ePUAP lub certyfikatu ZUS do podpisu dokumentu elektronicznego,
- aktywnego połączenia z Internetem.

Elektroniczna recepta nie jest generowana w przypadku wystawiania recept dla osób o nieustalonej tożsamości. Dla takiego przypadku program umożliwi wystawienie recepty wyłącznie w sposób tradycyjny i jej wydruk.

Od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość wystawienia również e-Recepty transgranicznej. Warunkiem wygenerowania takiej recepty jest uzupełnienie w danych personelu wystawiającego numeru telefonu i adresu e-mail.

7.2.1 Konfiguracja e-Recepty

Przed rozpoczęciem wystawiania e-Recept z programu mMedica zalecane jest odpowiednie skonfigurowanie programu według poniższych kroków:

1. Uzupełnienie danych świadczeniodawcy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Dane świadczeniodawcy](#)

Po przejściu do [powyższej ścieżki](#) należy zweryfikować, czy uzupełniono następujące, wymagane dane:

- a) W przypadku podmiotu prowadzącego działalność leczniczą:
 - kod resortowy części I (numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)
 - 14-to cyfrowy numeru REGON zakładu leczniczego, gdzie pierwszych 9 cyfr jest tożsame z numerem REGON podmiotu
 - numer telefonu podmiotu oraz zakładu leczniczego
- b) W przypadku prywatnych praktyk lekarskich lub pielęgniarских:
 - kod resortowy cz. I (numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)
 - kod właściwej izby okręgowej (pole "Kod izby")
 - numer telefonu praktyki
 - wyróżnik dla miejsca udzielania świadczeń - pole dostępne w aplikacji w danych komórki organizacyjnej (Zarządzanie > Konfiguracja > Struktura organizacyjna) na zakładce "3.Dane dodatkowe"

2. Wprowadzenie numeru OID świadczeniodawcy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Identyfikacja](#)

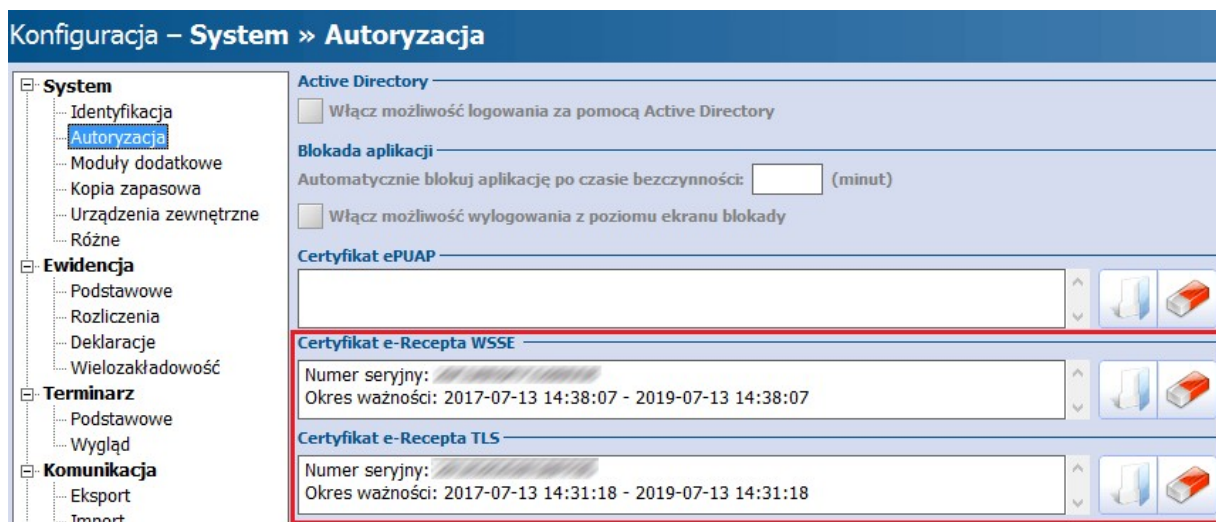
W polu "Identyfikator (OID) w systemie HL7" należy wprowadzić OID Usługodawcy otrzymany z CeZ na potrzeby komunikacji w procesie podłączenia placówki do systemu P1. Wprowadzany numer OID składa się wyłącznie z cyfr i powinien być zgodny z następującym formatem: X.XX.XXX.X.XXXXXX.X.XXXX.X.X.XXXXX

3. Zaczytanie certyfikatów i kluczy prywatnych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Autoryzacja](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki należy dokonać zacytowania certyfikatów WSSE oraz TLS otrzymanych z CeZ na potrzeby komunikacji. W sekcji *Certyfikat e-Recepta WSSE* należy wybrać przycisk **Wczytaj...** i w otwartym oknie *Wybierz załącznik* wskazać certyfikat WSSE, który został zapisany na dysku komputera lub nośniku danych. Następnie zostanie otwarte okno dialogowe *Podaj hasło do certyfikatu*, w którym należy wpisać otrzymane hasło do certyfikatu i zatwierdzić zmiany.

Po poprawnym zacytowaniu certyfikatu do systemu, w oknie "Certyfikat..." zostanie wyświetlony jego numer seryjny oraz okres ważności. Analogicznie należy zacytować certyfikat TLS.



4. Zaczytanie/installacja certyfikatów elektronicznych do podpisu e-Recepty

Ostatnim etapem konfiguracji aplikacji jest zacytowanie lub instalacja w aplikacji mMedica odpowiedniego certyfikatu elektronicznego, który będzie wykorzystywany przez użytkownika do autoryzacji dokumentu elektronicznej recepty. Program obsługuje następujące certyfikaty elektroniczne:

- certyfikat ZUS - zacytywany w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)
- [podpis SimplySign](#) - konfigurowany w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)
- certyfikat ePUAP - zacytywany w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [System > Autoryzacja](#)
- [podpis kwalifikowany](#)

Szczegółowy opis zacytowania do aplikacji certyfikatu ZUS i ePUAP został zamieszczony w [instrukcji obsługi](#) Modułu e-ZLA+.

7.2.2 Sposób wystawiania e-Recepty

Proces wystawiania recepty elektronicznej jest bardzo zbliżony do procesu wystawiania recepty papierowej. Różnica występuje dopiero na końcowym etapie wypisywania recepty, gdzie dotychczasowy wydruk zastępowany jest przez generację recepty w formie elektronicznej i wysłanie jej do systemu P1.

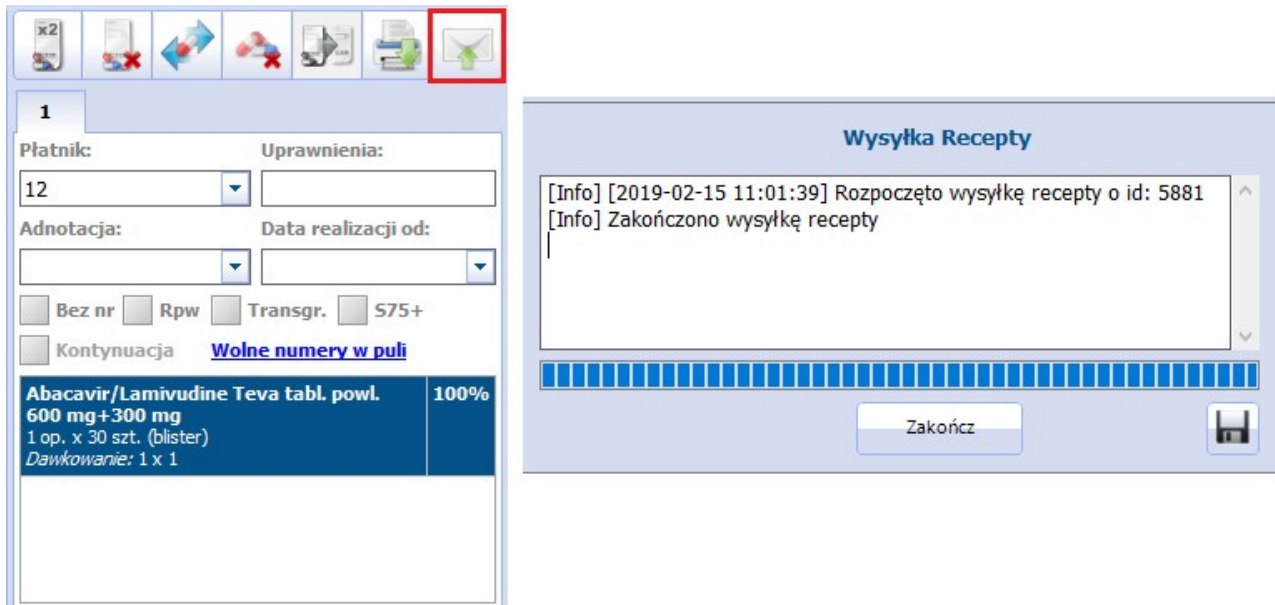
e-Receptę można wystawić z programu mMedica w następujących miejscach:

- w Gabinetach
- w Kartotece pacjentów poprzez wystawienie [recepty z lekami](#)


Na potrzeby niniejszego rozdziału opisano przypadek wystawienia recepty elektronicznej z poziomu Gabinetu.




Aby wystawić receptę elektroniczną należy utworzyć wizytę w Gabinetach i wykonać czynności polegające na wybraniu leku z dowolnego słownika i dodaniu go na receptę (zgodnie z punktami 1-5 opisanymi w rozdziale [Wydruk recepty](#)).

Wszystkie leki, które zostały wybrane ze słownika wyświetlane są w oknie podglądu recepty. Aby rozpocząć proces generacji elektronicznej recepty należy kliknąć w przycisk **Wyślij receptę**, oznaczony na poniższym rysunku. Zostanie otwarte okno dialogowe *Podaj hasło do certyfikatu*, w którym należy wprowadzić hasło do wykorzystywanego certyfikatu. Wybranie przycisku **OK** finalizuje proces wysłania e-Recepty do systemu P1.



Poprawne wysłanie e-Recepty do P1 zostanie potwierdzone komunikatem "Zakończono wysyłkę recepty" (zdz. powyżej), a system automatycznie wyświetli wydruk informacyjny (wizualizację e-Recepty), zawierający informacje o lekach przepisanych pacjentowi wraz z kodem dostępowym, wymaganym do realizacji recepty w aptece. Wydruk informacyjny można od razu wydrukować i wręczyć pacjentowi. W razie konieczności

ponownego wydrukowania dokumentu, należy wybrać ikonkę  zlokalizowaną nad danymi wystawionej recepty lub skorzystać z przycisku **Drukuj recepty** umiejscowionego na dole ekranu. Wydruk taki jest również możliwy z poziomu zakładki [Historia recept](#) poprzez zaznaczenie recepty i wybór przycisku **Wizualizacja e-Recepty**. Wywołanie wizualizacji e-Recepty jest możliwe również w [rejestrze recept](#) dostępnym z poziomu kartoteki pacjentów.

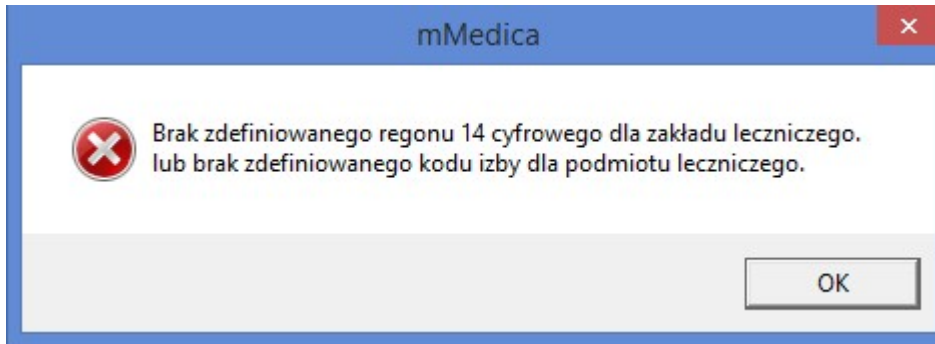
Informacje o receptach w pakiecie	
 10503001891838775272282498787469327932292830 Informacja umożliwia realizację recept elektronicznych, nie zastępując jednak ich treści.	
Kod dostępowy	885170032816894
Pacjent	Pacjent Pacjent
Wystawiono	11 grudzień 2018 r.
Wystawca	lek. Tomasz Lecznicy 1383799 tel: 555-555-666
Recepta 1 z 2 ogółem ID 0000000000000000006700  10012553409694551395672518339745572976339310 Przepisano Abaktal roztw. do inf. (400 mg/5 ml) 10 amp. 5 ml 1 op. po 10 amp. 5 ml Odpłatność: 50% limitu	
Recepta 2 z 2 ogółem ID 0000000000000000006701  10011022850000225789217195008593531904695700 Przepisano Abacavir/Lamivudine Teva tabl. powł. (800 mg+300 mg) 30 szt. (blister) 1 op. po 30 szt. 1 x 1 Odpłatność: ryczałt	

Jeśli pacjent posiada założone konto w IKP (Internetowe Konto Pacjenta), to po wystawieniu e-Recepty otrzyma 4-cyfrowy kod do realizacji recepty na podany adres e-mail lub SMS, zgodnie z preferencjami.

Istnieje również funkcjonalność automatycznego wysyłania powiadomień do pacjentów o wystawionej e-Recepcie, zawierających 4-cyfrowy kod dostępu, z programu. Aby była ona aktywna, w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Komunikacja > Powiadomienia](#), w sekcji: [Powiadamianie automatyczne](#), musi być włączony parametr "**O wystawieniu eRecepty**". Warunkiem automatycznego wysyłania powiadomień do pacjenta jest wskazanie w jego danych w [kartotece pacjentów](#) na zakładce **2.Adres** w polu "Powiadamianie" sposobu powiadamiania oraz wypełnienie odpowiednich danych kontaktowych, a także w przypadku sposobów powiadamiania: SMS, Aplikacja IM - posiadanie licencji na odpowiednie moduły dodatkowe i ich konfiguracja. Sposób konfiguracji dla poszczególnych rodzajów powiadomień jest opisany w instrukcji obsługi [Modułu mPowiadomienia](#).

Uwaga! Jeżeli, pomimo spełnienia powyższych warunków, po poprawnym wysłaniu e-Recept powiadomienia automatyczne się nie generują, należy zweryfikować, czy w przeglądzie [struktury organizacyjnej](#) w danych komórki, w której są one wystawiane, na zakładce **3.Dane dodatkowe** nie jest przypadkiem wyłączona opcja "Czy aktywne powiadomienia".

Wysyłka e-Recepty może zakończyć się niepowodzeniem z powodu błędów połączenia, błędów walidacji dokumentu przez system P1 lub niepoprawnego skonfigurowania programu. W takiej sytuacji zostanie wyświetlony stosowny komunikat, a generacja e-Recepty zostanie przerwana (przykład poniżej).



Jeżeli użytkownik otrzyma komunikat błędu o treści **"Brak zgodności identyfikatora podmiotu z danymi w systemie centralnym P1"**, powinien zweryfikować poprawność wprowadzonych danych w programie mMedica z danymi zarejestrowanymi w systemie P1 tj. kod resortowy I i V, numer izby lekarskiej/pielęgniarskiej, certyfikat WSSE i TLS, numer OID, zgodność NPWZ lekarza wystawiającego receptę z danymi zapisanymi w wykorzystywanym certyfikacie.

Po wysłaniu e-Recepty jej status w systemie P1 prezentowany jest w dolnej części okna podglądu recepty. Jeżeli system P1 zwróci komunikat błędu lub ostrzeżenia, w celu jego wyświetlenia należy kliknąć w status lewym przyciskiem myszy.

W oknie wystawiania recepty zostało dodane pole "365" (patrz zdjęcie powyżej), które należy zaznaczyć, jeżeli wysyłana e-Recepta ma być możliwa do realizacji przez 365 dni od daty wystawienia. Domyślne zaznaczenie tej opcji można ustawić w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Gabinet > Recepty](#), włączając parametr **"Podpowiadaj okres ważności recepty 365 dni"**.

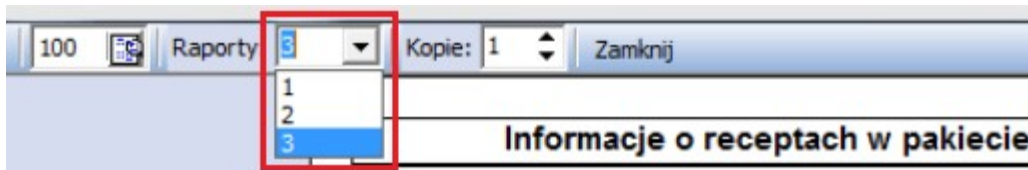
Uwaga! W aplikacji mMedica wprowadzono mechanizm blokujący wystawienie recepty z ważnością 365 dni na lek będący antybiotykiem, wybierany z bazy leków Pharmindex. Jeżeli przy dodawaniu kolejnego leku na receptę zostanie wybrany antybiotyk, a istniejąca recepta jest oznaczona jako "365 dni", zostanie dla tego leku utworzona osobna recepta, bez ważności 365 dni. Z kolei próba zaznaczenia pola "365" na receptce z dodanym antybiotykiem zakończy się komunikatem informującym, iż nie może on być wypisany z takim okresem ważności. **Od wersji 10.3.0 programu dla nowo tworzonej recepty z antybiotykiem pole "365" jest domyślnie puste również w przypadku aktywnego parametru "Podpowiadaj okres ważności recepty 365 dni".**

Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica powyższa zasada nie obowiązuje dla antybiotyków stosowanych miejscowo (droga podania określona jako "Miejscowo"). Aby możliwe było wystawianie recept dla tego typu leków z ważnością 365 dni, po dokonaniu aktualizacji programu mMedica należy pobrać najnowszą wersję bazy leków Pharmindex.

Jeżeli na wizycie zostanie dodanych kilka recept, to w celu ich zbiorczego wyeksportowania do systemu P1 należy wybrać przycisk **Wyślij recepty**, znajdujący się w dolnej części okna. Podczas wysyłki zbiorczej użytkownik zostanie tylko raz poproszony o podanie hasła od certyfikatu. Przy eksporcie zostaną pominięte recepty, które wcześniej zostały przesłane oraz te, dla których elektroniczna recepta nie może być generowana (zgodnie z wytycznymi zawartymi w rozdziale [Wystawienie e-Recepty](#)).

The screenshot shows the mMedica application interface. At the top, there are navigation tabs: 'PHARM INDEX', 'Baza leków', 'Baza leków', 'Leki recepturowe', 'Historia leków', and 'Historia recept'. Below these is a search bar with the text 'Szukaj:' and several filter buttons: 'ATC', 'Wskazania ref.', 'Substancje czynne', and 'Firmy farm.'. A table lists various medicines with columns for 'Nazwa', 'Opakowanie', and 'Wskazania'. The table includes entries like '4Flex proszek do sporz. roztw. doustnego (smak neutralny)', 'Abacavir + Lamivudine Mylan tabl. powl. (600 mg+300 mg)', and 'Abakta@ tabl. powl. (400 mg)'. Below the table is a section for 'Wskazania:'. At the bottom of the interface, there is a toolbar with several icons, including 'Wyślij recepty', which is highlighted with a red arrow. Other icons include 'Zgłoś problem...', 'Opis leku', 'Znajdź podobne', 'AsystentID', 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj recepty', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Po rozpoczęciu zbiorczego eksportu zostanie otwarte okno *Wysyłanie e-Recept*, w którym wyświetli się informacja o statusach wysyłki poszczególnych recept. Na końcu, przy włączonym w Konfiguratorze programu podglądzie wydruku, dla poprawnie przesłanych recept pojawi się zbiorcze okno podglądu wydruku ich wizualizacji. Aby wyświetlić podgląd wydruku wizualizacji danej recepty, należy w górnej części okna rozwinąć pole "Raporty" i wybrać pozycję z danym numerem. Numery na liście odpowiadają poszczególnym przesłanym receptom.



Uwaga! Aby było możliwe poprawne przesłanie e-Recepty z refundacją w przypadku wizyt realizowanych w ramach NFZ, w Konfiguratorze programu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w: [Gabinet > Recepty](#), w sekcji "Świadczeniodawca", powinien być zaznaczony parametr **Numer umowy** oraz każdorazowo w oknie wystawiania recepty w polu "Numer umowy" wskazana prawidłowa wartość. Wynika to z aktualnego wymogu przekazywania numeru umowy zawartej z NFZ wraz z e-Receptą refundowaną.

W przypadku wizyt prywatnych wystawianie e-Recept refundowanych nie wymaga przekazywania numeru umowy. Aby było możliwe przesłanie takiej e-Recepty w oknie wizyty otwartej w Gabinetcie, wizyta ta musi być utworzona jako komercyjna (funkcjonalność dostępna w Module Komercyjnym lub w wariantcie Komercja programu podstawowego).

Przy wystawianiu e-Recepty poza wizytą poprzez opcję: [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#), dostępną z poziomu kartoteki pacjentów, numer umowy nie jest wymagany w przypadku wyboru komórki organizacyjnej posiadającej w swoich danych w strukturze organizacyjnej kod centralny wg NFZ: 00000 - Komercja.

Uwaga! Wygenerowanie e-Recepty jednoznaczne jest z zablokowaniem możliwości wydruku recepty w formie tradycyjnej. Przyciski dot. wydruku recepty oraz zmiany danych leku zostaną zablokowane na formatce.

W przypadku pomyłki należy dokonać usunięcia recepty, poprzez wybranie przycisku **Usuń receptę** w oknie podglądu recepty. Usunięcie e-Recepty jednoznaczne jest z wystawieniem elektronicznego dokumentu anulującego, co ze strony użytkownika wymaga autoryzacji za pomocą wykorzystywanego certyfikatu.



Do usunięcia z recepty wybranego leku służy przycisk **Usuń lek**. Podobnie, jak w przypadku usunięcia całej recepty, operacja ta skutkuje przesłaniem dokumentu anulującego.

Uwaga! Recepta wygenerowana pacjentowi poza wizytą, poprzez kartotekę pacjentów (rozdział: [Wydruk recept z lekami](#)), oraz znajdujące się na niej leki nie będą możliwe do usunięcia. Usunięcia można dokonać tylko w przypadku recepty wystawionej na wizycie otwartej w *Gabinetcie* (rozdział: [Wydruk recept w Gabinetcie](#)). W tym celu należy wejść do danych wizyty, na której była ona wystawiona.

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wystawiania e-Recept przez asystenta medycznego. Dokładny opis konfiguracji danych asystenta medycznego znajduje się w rozdziale [Asystent medyczny](#).

Asystent medyczny, po zalogowaniu na swojego użytkownika i wejściu w *Gabinetcie* do wizyty realizowanej przez lekarza, który upoważnił go do wystawiania dokumentów w swoim imieniu, może dokonać wystawienia w jego imieniu recepty elektronicznej, wykorzystując swój indywidualny certyfikat podpisu elektronicznego.

Uwaga! W powyższym przypadku nie należy zmieniać realizującego wizytę. Osobą realizującą powinien pozostać lekarz.

W przypadku gdy recepta wystawiana jest poza wizytą, poprzez opcję [Wydruk recept z lekami](#) dostępną w *Kartotece pacjentów*, asystent w oknie wystawiania recepty w polu "Wystawiający" powinien wybrać lekarza, w imieniu którego będzie wysyłał receptę.

7.2.2.1 Wystawienie e-Recepty z dawkowaniem złożonym

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica, w ramach dostosowania programu do aktualnych wymogów dotyczących e-Recept, została dodana możliwość przesyłania informacji o złożonym dawkowaniu leku w sposób ustrukturyzowany.

W związku z powyższym w oknie uzupełniania informacji o leku dodawanym na receptę w sekcji Dawkowanie udostępniono parametr **"Złożone"** (zdj. poniżej). W celu wprowadzenia informacji o

dawkowaniu złożonym należy go zaznaczyć, a następnie wybrać przycisk



The screenshot shows the 'Dawkowanie' (Dosing) section of the mMedica application. The 'Złożone' (Complex) option is selected, and a red box highlights the 'Złożone' section with a red arrow pointing to it. The interface includes a search bar, a table of medicines, and various dosing parameters.

Nazwa	Opakowanie	Wskazania
4Flex proszek do sporz. zaw. doustnej (10 g+20 mg)	30 saszetek 10,02 g	
Abagat kaps. twarde (110 mg)	60 szt.	
Abagat kaps. twarde (150 mg)	60 szt.	
Abasaglar roztw. do wstrz. (100 j.m./ml)	10 wkł. 3 ml	WSK/C,DZ,S
Abelcet konc. do sporz. zaw. do inf. (5 mg/ml)	10 fiolek 20 ml	
ABE płyn na skórę ((89 mg+89 mg)/g)	but. 8 g	
Abevmy konc. do sporz. roztw. do inf. (25 mg/ml)	fiołka 16 ml	
Abevmy konc. do sporz. roztw. do inf. (25 mg/ml)	fiołka 4 ml	
Abilify tabl. (10 mg)	56 szt.	WSK/DZ,S
Abilify tabl. (15 mg)	56 szt.	WSK/DZ,S
Abilify tabl. (15 mg)	14 szt.	

Dawkowanie

Standardowe Niestandardowe

Częstość: [] x po [] []

Ilość: [] x po [] []

Opis: []

Okres stosowania: [] []

Złożone

1. 1 x 10,02 g, przez 10 dni
 1.1. Warunek 1: 2 x 5,01 g
 1.2. Warunek 2: 10,02 g rano po śniadaniu,

Sposób i czas podania: [] [] []

Uwagi/zalecenia: []

Dodaj do leków stałych Dodaj na receptę Interakcje

Spowoduje to otwarcie okna *Dawkowanie złożone*, zaprezentowanego na poniższym przykładzie.

Dawkowanie złożone

Jednostka: g

Sekwencje

Nr	Okres stos.	Dane
1	10 d.	1 x 10,02 g
1.1	10 d.	2 x 5,01 g
1.2	10 d.	10,02 g rano po śniadaniu, 10,02 g wieczorem...
I 2	5 d.	10,02 g rano po śniadaniu, 10,02 g wiecz...

Sekwencja nr 2

Okres stosowania: 5 dni Warunek:

Standardowa

Częstość: Ilość: x po

Złożona


Nr	Ilość	Pora dnia	Moment podania
1	10,02	rano	po śniadaniu
2		w południe	
3		po południu	
I 4	10,02	wieczorem	przed porą snu
5	g		
6	g		



Przerwa

Cykl dawkowania

Liczba powtórzeń: 1 Całkowity okres stosowania: 15 d.

Zatwierdź Wyjście

Za pomocą przycisku  **Dodaj sekwencję** użytkownik tworzy nową sekwencję dawkowania leku. Do uzupełnienia jej danych służą pola dostępne w dolnej części okna. Należy w nich wprowadzić informację o okresie stosowania leku w ramach sekwencji, a także określić jej rodzaj poprzez zaznaczenie jednego z parametrów: **"Standardowa"**, **"Złożona"** lub **"Przerwa"**. Dla rodzaju "Standardowa" konieczne jest uzupełnienie pól "Częstość" oraz "Ilość", natomiast w przypadku rodzaju "Złożona" określa się sposób podania leku w różnych porach dnia (uwzględnione zostaną tylko pozycje tabeli z uzupełnioną ilością oraz porą dnia lub momentem podania).


Od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica informacja o jednostce dawkowania uzupełniana jest w górnej części okna, w polu "Jednostka". Jeżeli w definicji leku w słowniku występują jednostki dawkowane, będą one możliwe do wyboru z dostępnej listy rozwijalnej. W takiej sytuacji listy tej nie będzie można zmodyfikować (brak przycisku ), a w przypadku wpisania w polu innej jednostki przy zatwierdzaniu zmian wyświetlone zostanie stosowne ostrzeżenie. Natomiast jeśli w definicji leku w słowniku nie ma określonych jednostek dawkowania, a lista rozwijalna w polu "Jednostka" nie zawiera pożądanych pozycji, będzie można ją dowolnie zmodyfikować/rozszerzyć. W tym celu należy wybrać przycisk wyboru  i w nowo otwartym oknie

Wystawianie recept

Jednostki dawkowania leku ręcznie dopisać brakujące pozycje.


Wszystkie dodane sekwencje prezentowane będą w postaci rekordów w górnej części okna.

Dla sekwencji w rodzaju innym niż "Przerwa" mogą zostać utworzone sekwencje alternatywne, umożliwiające wprowadzenie informacji o zmianie dawkowania leku w przypadku spełnienia określonego

warunku. Dokonuje się tego, zaznaczając odpowiednią sekwencję na liście i wybierając przycisk  **Dodaj sekwencję alternatywną**.

Dla sekwencji alternatywnej okres stosowania będzie taki sam jak dla sekwencji podstawowej (brak możliwości edycji). Dla tego rodzaju sekwencji obligatoryjne jest podanie warunku zmiany dawkowania (w polu "Warunek"). Ponadto, podobnie jak w przypadku sekwencji podstawowej, należy określić rodzaj sekwencji ("Standardowa" lub "Złożona") i uzupełnić wymagane dla wskazanego rodzaju dane.

Pozycje wprowadzonych sekwencji alternatywnych będą widoczne na liście pod pozycją sekwencji podstawowej, dla której zostały utworzone. Ich numery będą składały się z numeru sekwencji podstawowej oraz kolejnych numerów nadanych przy ich tworzeniu (np. 1.1., 1.2 itd.).

W celu usunięcia sekwencji należy zaznaczyć ją na liście i wybrać przycisk . Wraz z sekwencją podstawową usuwane są automatycznie wszystkie utworzone dla niej sekwencje alternatywne.

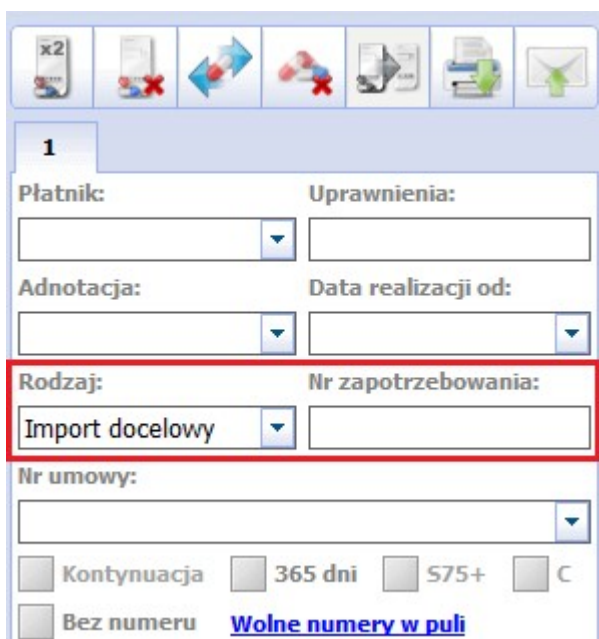
W sekcji Cykl dawkowania, znajdującej się na dole okna, możliwie jest określenie liczby powtórzeń cyklu dawkowania (podpowiada się wartość "1"). W polu "Całkowity okres stosowania" wyświetli się wartość będąca sumą okresów stosowania wszystkich sekwencji podstawowych przemnożoną przez liczbę powtórzeń.

Po zatwierdzeniu zmian wprowadzone dawkowanie złożone wyświetli się w formie tekstowej w oknie danych leku dodawanego na receptę w polu zaznaczonym na zdjęciu pierwszym.

Uwaga! Możliwość wprowadzenia dawkowania złożonego będzie niedostępna dla leku bez zdefiniowanej pojemności opakowania.

7.2.2.2 Wystawienie e-Recepty na import docelowy

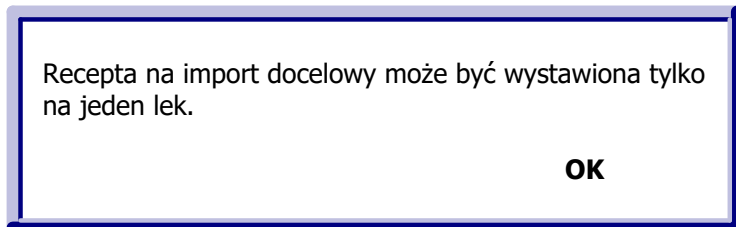
Aby wystawić receptę na lek sprowadzany w ramach importu docelowego, należy w oknie jej danych, po dodaniu leku, w polu "Rodzaj" wybrać z listy rozwijalnej pozycję "Import docelowy".



Zrzutek ekranu formularza recepty. W górnej części znajdują się ikony: x2, usuwanie, przemieszczanie, dodawanie, drukowanie, wysyłanie. Formularz zawiera pola: Płatnik, Uprawnienia, Adnotacja, Data realizacji od, Rodzaj (zaznaczone "Import docelowy"), Nr zapotrzebowania, Nr umowy. Na dole znajdują się przyciski: Kontynuacja, 365 dni, 575+, C, Bez numeru, Wolne numery w puli.

Dodatkowo w polu "Nr zapotrzebowania" należy wprowadzić kod pozwolenia na import leku, nadany przez Ministerstwo Zdrowia po złożeniu stosownego wniosku.

Recepta na import docelowy może zawierać tylko jeden lek, dlatego po wskazaniu pozycji "Import docelowy" dla recepty zawierającej więcej niż jeden lek wyświetli się komunikat informujący o niemożności wyboru takiego rodzaju:



Natomiast po utworzeniu recepty na import docelowy, kolejny wybrany lek zostanie dodany na nowej receptce.

Pole odpłatności leku, wybranego na omawianym typie recepty, pozostaje puste i zablokowane do edycji. Farmaceuta przy jej realizacji może zastosować odpłatność "R", o ile zostanie przez pacjenta przedstawiona decyzja refundacyjna uzyskana z Ministerstwa Zdrowia.

W zależności od tego, czy recepta ma być wystawiona w formie papierowej, czy też elektronicznej (e-Recepta), po uzupełnieniu jej danych należy wybrać przycisk odpowiednio: wydruku (Drukarka) lub wysyłki (Koperta).

7.2.3 Podgląd e-Recept pacjenta w P1

W aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność podglądu elektronicznych recept wystawionych pacjentowi i przekazanych do systemu P1, co daje możliwość uzyskania pełnych informacji dotyczących listy recept oraz dokumentów realizacji na podstawie wprowadzonych parametrów wyszukiwania.

Uwaga! Domyślnie lekarz uzyskuje informacje o lekach, które sam przepisał pacjentowi w ramach e-Recepty. Aby otrzymać pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie recept należy uzyskać jego zgodę - szczegóły poniżej.

Funkcja podglądu e-Recept pacjenta w P1 dostępna jest następujących miejscach w programie:

- Recepty > [Historia recept](#)
- Na [wizycie receptowej](#) w oknie *Do przepisania/zlecenia*
- Recepty - po wybraniu przycisku **Sprawdź w P1**, dostępnego w sekcji [Weryfikacja recept](#) (zaznaczonej na zdjęciu poniżej).

Wystawianie recept

The screenshot shows the PHARMINDEX software interface. At the top, there are navigation tabs: 'Stale podawane leki', 'Leki preferowane', 'Baza leków', 'Leki recepturowe', 'Historia leków', and 'Historia recept'. The search bar contains 'Ibuprofen'. Below it, there are filters for 'ATC', 'Wskazania ref.', 'Substancje czynne', and 'Firmy farm.'. A table lists various ibuprofen formulations:

Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność
Ibuprofen AFL tabl. drażowane (200 mg)	60 szt.		
Ibuprofen Aflofarm tabl. drażowane (200 mg)	10 szt.		
Ibuprofen Aflofarm tabl. drażowane (200 mg)	20 szt.		
Ibuprofen Aflofarm tabl. drażowane (400 mg)	20 szt.		
Ibuprofen Forte DOZ tabl. powł. (400 mg)	20 szt.		
Ibuprofen Forte DOZ tabl. powł. (400 mg)	60 szt.		
Ibuprofen Hasco kaps. miękkie (200 mg)	60 szt.	WWZW/DZ,S	R/DZ,S
Ibuprofen Polfarmex tabl. powł. (200 mg)	60 szt. (6 blistrów x 10)		
Laboratoria PolfaŁódź IBUPROFEN MAX tabl.	10 szt.		


At the bottom of the interface, there is a 'Weryfikacja recept' section with a 'Sposób:' dropdown and a 'Sprawdź w P1' button. A red box highlights the 'Sprawdź w P1' button, and a red arrow points to it from the right. The bottom navigation bar includes 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Wyślij recepty', and 'Drukuj recepty'.

Wybranie przycisku **Sprawdź w P1** powoduje otwarcie okna *Pobranie recept pacjenta* i nawiązanie połączenia z systemem P1 na podstawie danych dostępowych osoby personelu wykonującej tą czynność. Lek, który został wybrany i znajduje się w oknie przygotowania leku do wypisania, zostanie domyślnie podpowiedziany w polu "Lek", a program rozpocznie wyszukiwanie w systemie P1 e-Recepty zawierającej ten lek. W przypadku braku znalezienia pozycji spełniającej warunki wyszukiwania pojawi się komunikat: "Nie znaleziono żadnych recept w systemie P1 dla zadanych parametrów wyszukiwania".

Aby uzyskać informacje o konkretnym leku, jaki został przepisany pacjentowi, należy wpisać jego nazwę w polu "Lek" w oknie *Pobranie recept pacjenta*. Z kolei aby wyświetlić wszystkie e-Recepty pacjenta należy usunąć wartość w polu "Lek".

Na podstawie otrzymanych wyników wyszukiwania użytkownik uzyska informacje o dacie wystawienia recepty, nazwie leku, ilości przepisanej leku, wielkości opakowania, statusie e-Recepty, dacie realizacji recepty, wysokości refundacji, informacje dot. dokumentu realizacji recepty, a także przyczyny zablokowania recepty (np. w realizacji).

W oknie *Pobranie recept pacjenta* domyślnie wyświetlanych jest 20 pozycji recept. Informacja o ilości pobranych stron prezentowana jest na dole okna, np. "Pobrano 1 z 3 stron". Aby pobrać kolejną stronę

zawierającą informacje o receptach, należy wybrać przycisk **Pobierz kolejną stronę** .

Pobranie recept pacjenta – Kowalski Jan ()

Lek: Status: Tryb:

Recepty

* Data wyst.	Lek	Ilość	Opakowanie	Odpłatność	Upr. dod.
▶ 24-10-2023	Lek recepturowy	1		B	
24-10-2023	Lek recepturowy	1		B	
23-10-2023	Zyrtec 10 mg/ml Krople doustne, roztwór	1		100%	
23-10-2023	Diazepam Genoptim 5 mg Tabletki	1		100%	

Realizacja

* Data real.	Lek	Ilość	Opakowanie	Odpłatność	Upr. dod.
▶					

Opiekun:

Wniosek o dostęp do danych pacjenta

Wyjście

W dolnej części okna, w sekcji Realizacja, wyświetlana jest tabela z danymi dokumentów realizacji podświetlonej na liście recepty.

Pole "Status" (u góry okna) umożliwia wyszukiwanie wg statusu recepty. Zawiera ono listę rozwijalną z następującymi pozycjami do wyboru: wartość pusta, "Anulowana", "Częściowo zrealizowana", "Wystawiona", "Zablokowana", "Zrealizowana".

W oknie wprowadzono automatyczne oznaczanie na liście kolorem zielonym recept w statusie "Zrealizowana", a kolorem szarym - recept posiadających status "Anulowana".

U góry okna dostępne jest pole "Tryb", pozwalające na ustawienie trybu wyszukiwania recept pacjenta w P1. Zawiera ono listę rozwijalną z następującymi pozycjami do wyboru: "Kobieta w ciąży i połogu" (opcja dostępna tylko, gdy pacjentem jest kobieta), "Specjalista dzieci i senior", "Zagrożenie życia". Pole te jest domyślnie puste, jeżeli wizyta jest typu: "POZ", "Receptowa (POZ)", "NiŚOLiP" lub "Inna". W przypadku pozostałych typów wizyt jest ono domyślnie uzupełniane wartością "Specjalista dzieci i senior" dla pacjenta spełniającego kryterium wiekowe (do 18 roku życia lub od 65 roku życia). Przy trybie tym wyszukiwane są recepty wystawione z uprawnieniami dotyczącymi bezpłatnych leków dla seniora lub dziecka.

W przypadku trybu "Zagrożenie życia" nie jest wymagana zgoda pacjenta. Trzeba jednak mieć na uwadze to, że system centralny monitoruje odpytania związane z tym trybem, w związku z tym nie należy ich nadużywać.

Uwaga! Z poziomu formatki [historii recept](#) można podejrzeć jedynie tę receptę pacjenta, która znajduje się na liście i została wskazana przez użytkownika. Jeśli istnieje potrzeba uzyskania informacji na temat elektronicznych recept wystawionych w innych placówkach medycznych i wysłanych do P1, należy skorzystać z opcji **Sprawdź w P1**.

Warunkiem otrzymania informacji o pełnej dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie recept (tj. o lekach przepisanych przez innych lekarzy w innych placówkach) jest wyrażenie przez niego zgody w systemie IKP.


Lekarz może otrzymać uprawnienie do danych, jeśli pacjent:

- z poziomu swojego konta w IKP wyraził zgodę i wskazał komu chce udostępnić swoje dokumenty recept - wybranemu lekarzowi lub całej placówce medycznej,
- poda lekarzowi 4-cyfrowy PIN otrzymany sms-em. Kod generowany jest, jeśli lekarz złoży wniosek o dostęp do danych pacjenta za pośrednictwem mMedica.

W programie dodano funkcję wnioskowania o dostęp do danych pacjenta w zakresie jego recept, do czego służy przycisk **Wniosek o dostęp do danych pacjenta** znajdujący się w oknie *Pobranie recept pacjenta*.

W przypadku gdy pacjent na swoim koncie IKP nie wskazał lekarzy bądź placówek medycznych, które upoważnia do wglądu do swojej dokumentacji medycznej, lekarz w trakcie wizyty może wnioskować o taki dostęp. Warunkiem otrzymania autoryzacji jest posiadanie konta w systemie P1 pacjenta wraz z podaniem numeru telefonu.

Aby otrzymać dostęp do wszystkich recept pacjenta należy wybrać przycisk **Wniosek o dostęp do danych pacjenta**, który spowoduje otwarcie okna dialogowego *Podaj pin do wniosku*. Jeśli pacjent posiada konto w systemie P1 w odpowiedzi otrzyma na swój numer telefonu SMS'a z czterocyfrowym kodem PIN, który przekazuje lekarzowi. Po wpisaniu kodu PIN w oknie poniżej i naciśnięciu **OK** aplikacja pobierze wszystkie recepty pacjenta.



Jeśli pacjent nie zarejestrował numeru telefonu w systemie P1, użytkownik otrzyma nast. komunikat "System zidentyfikował błąd podczas autoryzacji wniosku" i pobranie recept pacjenta nie będzie możliwe.

Obok wspomnianego wyżej przycisku znajduje się pole "Opiekun". Jeżeli pacjentowi, w jego danych w kartotece pacjentów, zostali przypisani opiekunowie, będą oni widoczni na znajdującej się w polu liście. Aby wnioskowanie o dostęp do recept pacjenta odbyło się w kontekście opiekuna (opiekun będzie osobą autoryzującą wniosek), należy wybrać go z listy przed wyborem przycisku **Wniosek o dostęp do danych pacjenta**.

Na zakładce *Recepty* w sekcji Weryfikacja recept (u dołu ekranu) dostępne jest pole "Sposób", umożliwiające wprowadzenie informacji o sposobie weryfikacji recept pacjenta. Zawiera ono listę rozwijalną z następującymi wartościami do wyboru: wartość pusta, "Sprawdzenie w P1", "Wywiad z pacjentem". Pole te uzupełni się automatycznie wartością "Sprawdzenie w P1", jeżeli zostanie użyty przycisk **Sprawdź w P1** i w oknie *Pobranie recept pacjenta* wyświetli się przynajmniej jedna pozycja.

Informacja o sposobie weryfikacji recept jest uwzględniana na wydruku podsumowania wizyty oraz w *Historii wizyt*.

Możliwość podglądu e-Recept pacjenta w P1 ma również [asystent medyczny](#).

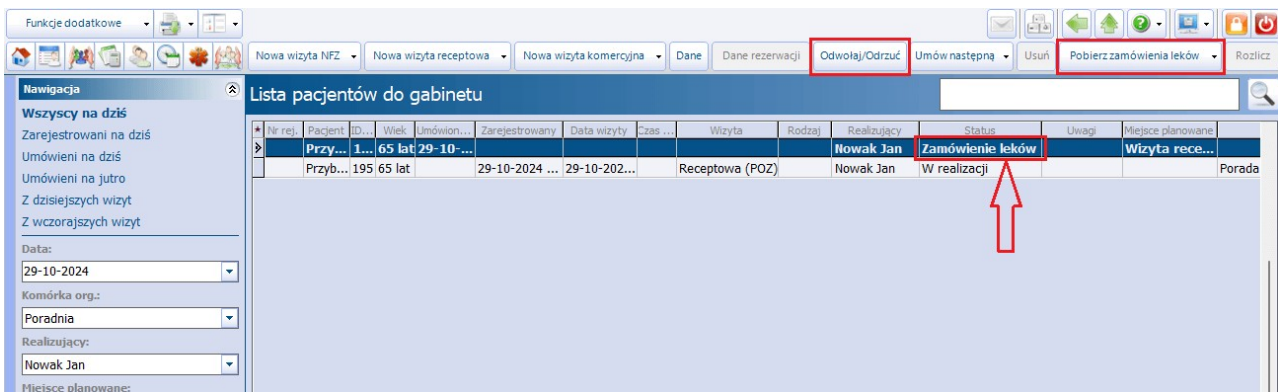
W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica został udostępniony *Rejestr odpytań o recepty*. Aby do niego przejść, należy w [funkcjach dodatkowych kartoteki pacjentów](#) (Ścieżka: *Rejestracja* > menu: *Funkcje dodatkowe*) wybrać opcję **"Rejestr odpytań o recepty"**. W rejestrze dla poszczególnych odpytań, wykonanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym rozdziale, prezentowane są dane m.in. takie jak: data, personel, pacjent, wyszukiwany lek, liczba recept.

7.2.4 Pobieranie i realizacja zamówień leków z IKP

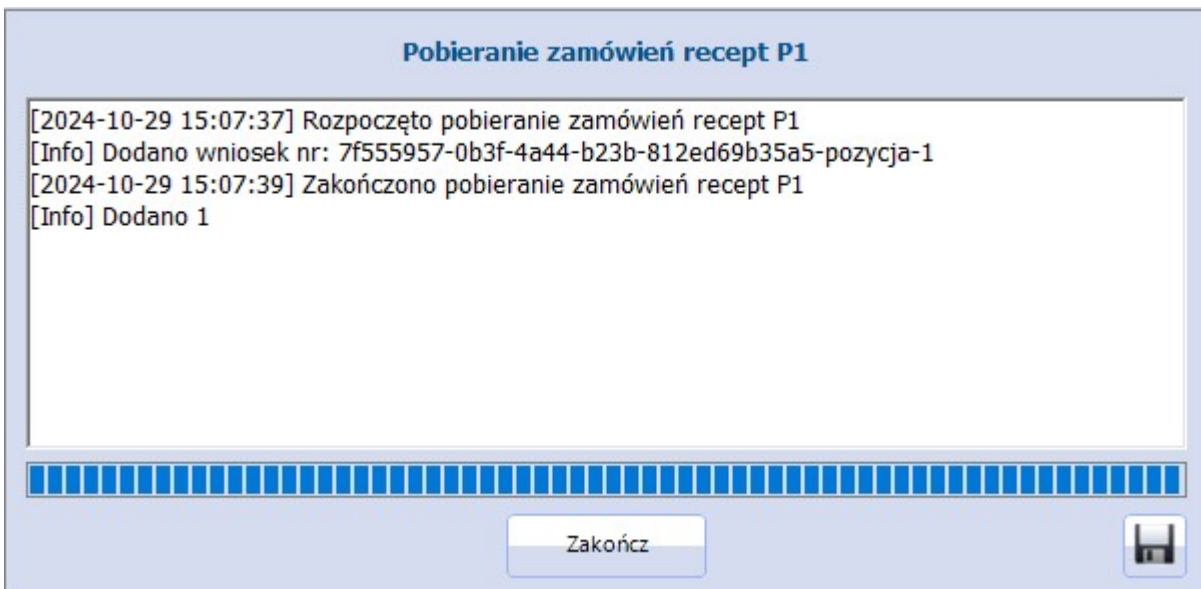
W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość pobierania i realizacji zamówień leków, które pacjenci wystawiają w IKP na podstawie swoich wcześniejszych recept.

Uwaga! Sposób konfiguracji programu, w tym zacytowania odpowiednich certyfikatów, umożliwiającej korzystanie z funkcjonalności, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

W celu pobrania zamówień recept, wystawionych przez pacjentów dla placówki, należy w oknie *Gabinetu* lekarza ustawić w panelu nawigacji (po lewej stronie) komórkę organizacyjną i wybrać zamieszczony u góry ekranu przycisk **Pobierz zamówienia leków** (zaznaczony na zdj. poniżej).



Informacja o pobieranych zamówieniach (lub ich braku) zostanie wyświetlona w dedykowanym oknie, przedstawionym na poniższym przykładzie.



Efektom tej operacji będzie utworzenie dla pacjentów, zamawiających recepty, pozycji ze statusem **"Zamówienie leków"**, wyświetlanym w kolumnie "Status". Dla tego rodzaju pozycji po wyborze w panelu nawigacji odpowiedniej komórki organizacyjnej możliwe będzie otwarcie wizyty w rodzaju "Receptowa", poprzez podwójne kliknięcie w pozycję lewym przyciskiem myszy (status zmieni się na **"W realizacji"**).

Uwaga! Program nie będzie tworzył nowego rekordu w przypadku pobrania zamówienia od pacjenta, dla którego istnieje już pozycja w statusie **"Zamówienia leków"**. Pobrane zamówienie zostanie do niej

Wystawianie recept

dołączone.

Dla pozycji, dla której wizyta nie została jeszcze utworzona, istnieje możliwość odrzucenia zamówienia. W tym celu po jej zaznaczeniu należy wybrać u góry ekranu przycisk **Odwołaj/Odrzuć**. Wyświetlone zostanie wówczas okno *Odrzucenie zamówienia leków* (przykład poniżej).

*	✓	Lek	Liczba opak.	Uwagi pacjenta
▶	✓	Zyrtec tabl. powł. (10 mg)		
	✓	4Flex proszek do sporz. zaw. ...		

Przyczyna odrzucenia:

Zatwierdź Wyjście

Należy pozostawić w nim zaznaczone te leki, które mają zostać odrzucone, wpisać przyczynę odrzucenia, a następnie nacisnąć **Zatwierdź**. W wyniku tych czynności do systemu P1 zostanie przesłana odpowiednia informacja, a odrzucone pozycje nie będą widoczne przy realizacji zamówienia.

Po rozpoczęciu realizacji zamówione przez pacjenta leki będą prezentowane w oknie otwartej wizyty receptowej na zakładce **Wizyta** w tabeli **Do przepisania/zlecenia**. Dla leków zamówionych na podstawie recepty, która była wystawiona w tej samej bazie danych, zostaną automatycznie uzupełnione kolumny "Ilość" i "Odpł.". W przypadku takich leków recepta utworzy się automatycznie po dwukrotnym kliknięciu w odpowiednią pozycję lewym przyciskiem myszy lub po zaznaczeniu pozycji i wyborze przycisku . Dane dawkowania leku w tym wypadku podpowiedzą się na podstawie poprzedniej recepty.

Przycisk służy do odrzucenia zamówienia zaznaczonego leku.

*	✓	Nazwa	Ilość	Odpł.
▶	✓	Clatra tabl. 20 mg	1 op. x 30 szt.	100%
		Milurit tabl. (200 mg)		
		Pronasal aerozol do nosa, zaw. 50 µg/dawkę	1 op. x 2 but. (2 x ...	100%

Dla leków, dla których poprzednia recepta była wystawiona w innej bazie danych, wspomniane wcześniej kolumny będą puste, a przy próbie utworzenia dla nich recepty z poziomu powyższego okna wyświetlony zostanie komunikat:

Nie można przepisać wybranego leku z tego miejsca.
Lek należy przepisać z poziomu zakładki "Recepty".

Ok

Jeżeli przy składaniu zamówienia pacjent zamieścił komentarz, jego treść wyświetli się w sekcji **Uwagi z rezerwacji/rejestracji**.

Utworzone recepty będą widoczne w prawej części ekranu po przejściu na zakładkę **Recepty**. Natomiast u góry okna dostępna będzie lista zamówionych leków, które nie zostały jeszcze przepisane. Wybranie z niej pozycji do realizacji spowoduje wyszukanie leków w otwartym aktualnie słowniku wg wskazanej nazwy. Należy wybrać odpowiedni w celu dodania na receptę.

Kolejnym krokiem jest przesłanie utworzonych recept do systemu P1 (e-Recepta).

Na koniec należy dokonać autoryzacji wizyty (przyciskiem **Autoryzuj**). Spowoduje to wysłanie do P1 informacji o realizacji zamówienia.

7.3 Rejestr recept

Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr recept](#)

Przejdźcie do powyższej ścieżki uruchamia rejestr, w którym prezentowane są informacje o wszystkich receptach, które zostały wystawione z programu mMedica. Ewidencja dotyczy recept, które zostały wydrukowane i wystawione w sposób elektroniczny (eRecepta).

W oknie wyświetlane są, między innymi, szczegółowe informacje o dacie wydruku/przesłania recepty, pacjencie, poradni, umowie, personelu wystawiającym receptę, liczbie wydrukowanych recept, użytkownikowi drukującym/wysyłającym.

Po wejściu na formatkę domyślnie prezentowane są recepty, które zostały wydrukowane w miesiącu bieżącym. Zakres dat, dla których mają być pokazywane wyniki wyszukiwania, modyfikuje się we filtrze "Data wydruku od-do". Za pomocą filtra "Format" można dokonać wyszukiwania wyłącznie recept wydrukowanych lub wystawionych w sposób elektroniczny.

Wystawianie recept

Data wydruku/przesłania	Pacjent	PESEL	Tel. kom...	Komórka org.	Personel	Nr umowy	Liczba recept	Rpw	Nr recepty	PIN	Drukujący/wys...	Usunięta	eRecepta
28-09-2020 12:20		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
28-09-2020 12:19		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
11-08-2020 10:09		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
10-08-2020 15:31		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
21-02-2020 11:44		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
21-02-2020 11:44		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
12-02-2020 14:19		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
12-02-2020 14:18		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
31-01-2020 09:21		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
28-01-2020 09:03		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
28-01-2020 08:33		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
27-01-2020 09:35		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓

Opis poszczególnych kolumn:

- **Pacjent** - imię i nazwisko pacjenta, dla którego wystawiono receptę. Wartość w kolumnie będzie pusta, jeśli dokonano wydruku [pustych recept](#) bez danych pacjenta (odznaczony checkbox "Drukuj dane").
- **PESEL** - numer PESEL pacjenta.
- **Liczba recept** - w kolumnie będzie występować cyfra 1, nawet jeśli jednemu pacjentowi zostanie wydrukowana większa liczba recept z numerem. Związane jest to z nadawaniem każdej recepty unikalnego numeru i koniecznością prezentowania tych danych w odrębnym rekordzie. W przypadku wydruku kilku recept bez numeru, w kolumnie będzie widnieć właściwa liczba wydrukowanych recept.
- **Rpw** - wyróżnienie recept z oznaczeniem "Rpw", na których zlecono leki opioidowe lub psychotropowe.
- **Nr recepty** - unikalny numer recepty. Wartość w kolumnie będzie pusta, jeśli dokonano wydruku recepty bez numeru (checkbox "Bez numeru") lub wystawiono e-Receptę.
- **PIN** - zawiera zaszyfrowane numery PIN poszczególnych e-Recept. W celu wyświetlenia właściwego numeru należy zaznaczyć dany rekord (lub rekordy), a następnie wybrać przycisk **Pokaż PIN**.
- **Usunięta** - znacznik, jeśli recepta została wystawiona, a następnie usunięta lub anulowana, w przypadku e-Recepty.
- **eRecepta** - znacznik, jeśli recepta została wystawiona w sposób elektroniczny i przekazana do P1.
- **Status** - wyświetla status wysyłki e-Recepty.

Aby wyfiltrować usunięte recepty, należy we filtrze "Usunięta" wybrać wartość "Tak" i zatwierdzić przyciskiem **Zastosuj**.

W oknie rejestru recept został udostępniony przycisk **Wizualizacja eRecepty**, który uaktywnia się po zaznaczeniu e-Recepty. Dla recept, które nie zostały wystawione elektronicznie, będzie on nieaktywny.

Rozdział

8

Harmonogramy przyjęć

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Harmonogramy przyjęć](#) > [Harmonogram przyjęć](#)

lub przycisk  w oknie startowym programu

Uwaga!

W myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26. czerwca 2019 roku w wersji 6.3.0 aplikacji mMedica w powyższym obszarze wprowadzono zmiany dotyczące nazewnictwa oraz sposobu ewidencji. Nazwę "Kolejka oczekujących" zastąpiono sformułowaniem "Harmonogram przyjęć". Zostały również uwzględnione nowe wytyczne dotyczące wprowadzania pacjentów.

Zgodnie z założeniami powyższego rozporządzenia:

- Harmonogram przyjęć prowadzony jest przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej.
- Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia, co najmniej w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę. Zgłoszenia świadczeniobiorców drogą elektroniczną dokonywane są w dowolnym czasie.
- Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Na formatce *Harmonogram przyjęć* prezentowana jest lista wszystkich aktywnych harmonogramów prowadzonych przez świadczeniodawcę. Funkcjonalność służy do:

1. Wykonywania działań na harmonogramach:
 - dodanie harmonogramu,
 - usunięcie harmonogramu,
 - przywrócenie harmonogramu.
2. Wykonywania działań na pozycjach harmonogramu:
 - dodanie pacjenta do harmonogramu,
 - zmiana terminu lub kategorii,
 - wykreślanie pacjentów z harmonogramu,
 - przywracanie do harmonogramu pacjentów błędnie wykreślonych.
3. Wykonywanie działań dotyczących sprawozdawczości w zakresie harmonogramów przyjęć:
 - tworzenie statystyk za dany okres,
 - wyznaczanie pierwszego wolnego terminu,
 - eksport danych o harmonogramach do OW NFZ.

Aby prawidłowo przekazać do NFZ informacje o harmonogramie przyjęć należy kolejno:

1. [Utworzyć](#) harmonogram przyjęć.

2. [Wprowadzić](#) do harmonogramu przyjęć pacjentów z odpowiednimi kategoriami świadczeniobiorcy.
3. [Wykreślać](#) na bieżąco pacjentów z harmonogramu.
4. [Wyznaczać](#) i [sprawozdawać](#) informacje o pierwszym wolnym terminie.
5. Co miesiąc tworzyć [statystykę](#) i [sprawozdawać](#) ją do OW NFZ.

8.1 Konfiguracja harmonogramu przyjęć

Przed rozpoczęciem pracy z funkcjonalnością harmonogramu przyjęć zalecane jest odpowiednie skonfigurowanie aplikacji.

W celu umożliwienia poprawnej ewidencji należy w kalendarzu pracy ([Zarządzanie > Terminarz > Kalendarz pracy](#)) dla komórek, dla których ma być prowadzony harmonogram przyjęć, ustawić odpowiednio wymagalność wpisu do harmonogramu.

The screenshot displays the 'Kalendarz pracy' application. On the left, there is a list of service providers (Świadczeniodawca) with columns for 'Kod' and 'Nazwa'. Two providers are listed: '101 Poradnia endokrynologiczna' and '100 Poradnia stomatologiczna'. Below this list, there are settings for 'Typowe długości wizyty (min)' (Default visit lengths) with input fields for 15, 5, 10, 20, and 30. There is also a section for 'Dane wymagane podczas tworzenia rezerwacji' (Data required during reservation) with a dropdown for 'Skierowanie' set to 'Tylko dla pacjentów pierwszorazowych'. The 'Wpis do harmonogramu przyjęć' dropdown is set to 'Zawsze'. Below this, there are 'Parametry dodatkowe' (Additional parameters) with a dropdown set to 'Zawsze'. At the bottom left, there is a field for 'Dzienny limit wizyt pierwszorazowych' (Daily limit of first-time visits). On the right, there is a grid of monthly calendars for the year 2010, showing days of the week and dates. The 'Zawsze' option is highlighted in the dropdown menu.

Wybór opcji "Zawsze" spowoduje domyślne zaznaczenie wymagalności wpisu do harmonogramu przyjęć w każdej rezerwacji/rejestracji tworzonej do tej komórki organizacyjnej w *Terminarzu*, a także automatyczne dodawanie wpisu pacjenta do harmonogramu przyjęć z kategorią świadczeniobiorcy "Przyjęty na bieżąco" przy otwarciu wizyty bez rezerwacji/rejestracji w *Gabiniecie*.

Uwaga!

Wybór opcji "Zawsze" zalecany jest w przypadku, kiedy wszystkie wpisy do harmonogramów przyjęć zaplanowanych pozycji oraz ich realizacja odbywają się w powiązaniu z [Terminarzem](#).

Natomiast jeżeli pozycje dodawane są bezpośrednio do harmonogramu przyjęć z pominięciem Terminarza, a wizyty wprowadzane są poprzez *Gabinet* również bez powiązania z wpisami w Terminarzu, to aby było możliwe wykreślanie zrealizowanych pozycji harmonogramu w powiązaniu z takimi wizytami, w powyższym polu powinna być wybrana opcja "Nigdy". W przeciwnym wypadku wprowadzanie wizyt poprzez *Gabinet* będzie skutkowało automatycznym tworzeniem powiązanych z nimi wpisów w harmonogramie przyjęć z kategorią świadczeniobiorcy "Przyjęty na bieżąco", blokując tym samym możliwość wykreślenia z przyczyną

"zrealizowane świadczenie" wpisów wcześniejszych.

W wersji 6.6.0 w aplikacji mMedica wprowadzono zmianę polegającą na tym, że w wyżej opisanej sytuacji, jeżeli zostanie ustawiona wymagalność wpisu do harmonogramu "Zawsze" i dany pacjent jest wprowadzony do harmonogramu przyjęć dla tej komórki z planowanym terminem realizacji równym dacie bieżącej, po wprowadzeniu wizyty tego pacjenta w *Gabiniecie* nie zostanie dodany odrębny wpis w harmonogramie przyjęć, tylko powinno nastąpić wykreślenie istniejącej pozycji jako zrealizowanej w powiązaniu z tą wizytą.

W Konfiguratorze programu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Ewidencja > Podstawowe](#), w sekcji *Harmonogram przyjęć* znajduje się parametr "Pozwalaj dodać lub wykreślić pozycję harmonogramu z datą starszą niż 3 miesiące od bieżącej", który warunkuje dodanie lub wykreślenie pacjenta z datą powyżej trzech miesięcy wstecz. Brak włączonego parametru skutkować będzie następującym komunikatem:

Data wpisu/skreślenia poza dozwolonym okresem sprawozdawczym.

Uwaga!

W wersji 6.3.0 z aplikacji mMedica został usunięty parametr "Pozwalaj wpisać pacjenta do kolejki oczekujących więcej niż jeden raz". W celu dostosowania ewidencji do aktualnych wytycznych dodane zostały domyślne walidacje działające w zależności od wprowadzanych danych.

8.2 Dodanie nowego harmonogramu przyjęć

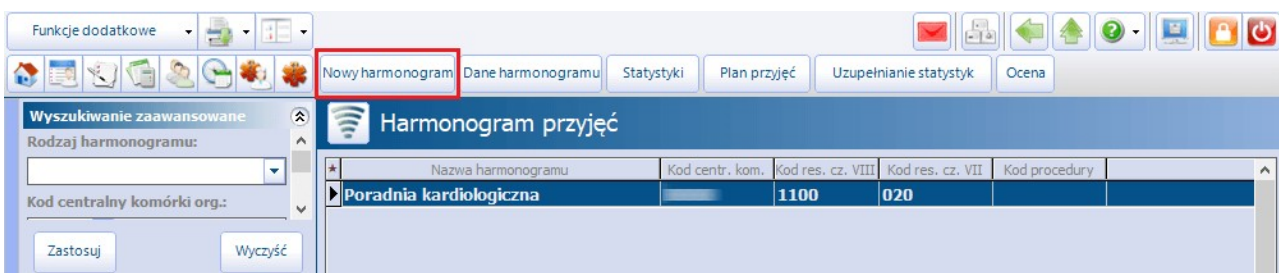
Ścieżka: [Harmonogram przyjęć > Nowy harmonogram](#)

Aby dodać harmonogram przyjęć należy wybrać przycisk **Nowy harmonogram**, znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*.

W programie mMedica istnieje możliwość dodania harmonogramów w dwóch rodzajach:

K - harmonogram przyjęć do [komórek](#) organizacyjnych.

P - harmonogram przyjęć do [procedur](#) medycznych i programów terapeutycznych.



8.2.1 Dodanie harmonogramu przyjęć do komórki organizacyjnej

Aby dodać w programie nowy harmonogram przyjęć do komórki organizacyjnej, należy uzupełnić następujące pola:

- **Nazwa** - nazwa harmonogramu, która będzie funkcjonowała w programie.
- **Rodzaj** - z listy rozwijanej należy wybrać wartość: "Dla komórek organizacyjnych".
- **Centralny kod komórki** - za pomocą przycisku [...] wybrać komórkę organizacyjną, do której prowadzony będzie harmonogram przyjęć.
Wybranie komórki org. spowoduje automatyczne uzupełnienie kodów resortowych cz. VII i VIII.

Uwaga! Jeśli dane harmonogramu przyjęć nie mają być eksportowane do Funduszu, należy usunąć zaznaczenie w polu "Eksportuj do OW NFZ".

Wprowadzone dane należy zapisać za pomocą przycisku **Zatwierdź**.

Omówienie pozostałych parametrów znajdujących się w oknie:

- **Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii "Kontynuujący leczenie" po realizacji pozycji w kategorii "Oczekujący"** - pole dostępne do zaznaczenia dla komórek o VIII cz. kodu resortowego równej: 2140-2142, 2180, 2181, 2184, 5160, 5161, 5170, 5171. W przypadku zaznaczenia parametru,

jeśli w harmonogramie przyjęć zostanie dodana pozycja w kategorii "Oczekujący", po realizacji wizyty program automatycznie doda nowy wpis do harmonogramu przyjęć w kategorii "Kontynuujący leczenie".

- **Harmonogram podlega/nie podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących** - informacja dla użytkownika o tym, czy harmonogram przyjęć wysyłany jest komunikatem danych o listach oczekujących (LIOCZ). Informacja wyświetlana jest na podstawie sprawdzenia czy kod resortowy cz. VIII wskazany w definicji harmonogramu występuje w słowniku komórek i świadczeń podlegających sprawozdawczości z kolejek oczekujących publikowanym przez NFZ.
- **W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci** - parametr zaznacza się, jeśli komórka organizacyjna, w której prowadzony jest harmonogram przyjęć wskazuje na udzielanie świadczeń osobom dorosłym, a komórka udziela świadczeń także dzieciom.

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. w wersji 9.12.0 aplikacji mMedica zostało dodane pole, w którym w przypadku zaznaczenia wspomnianego wyżej parametru wymagane jest wskazanie odpowiednich przedziałów wiekowych. Dane te są uwzględniane w sprawozdawczości od wersji 7;3.2 komunikatu LIOCZ (ustawionej w Konfiguratorze), a w przypadku harmonogramów sprawozdawanych do AP-KOLCE - w komunikacji od dnia 1 stycznia 2024 roku.

8.2.2 Dodanie harmonogramu przyjęć do procedury

Świadczeniodawcy zobowiązani do prowadzenia harmonogramów przyjęć z zakresu procedur medycznych lub programów terapeutycznych wymienionych w publikowanych przez NFZ słownikach powinni mieć w programie utworzony harmonogram przejęć w rodzaju "Dla procedur medycznych i programów terapeutycznych".

Aby dodać w programie tego typu harmonogram, należy uzupełnić następujące pola:

- **Nazwa** - nazwa harmonogramu, która będzie funkcjonowała w programie.
- **Rodzaj** - z listy rozwijanej należy wybrać wartość: "Dla procedur medycznych i programów terapeutycznych".
- **Procedura** - wskazać odpowiedni kod procedury lub świadczenia wysokospecjalistycznego za pomocą przycisku .

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. w wersji 9.12.0 aplikacji mMedica obok wspomnianego wyżej pola dodano parametr "**Ze znieczuleniem**", aktywny dla procedur dotyczących gastrokopii (20015) i kolonoskopii (20016). Należy go zaznaczyć, jeżeli dane świadczenie jest wykonywane ze znieczuleniem.

- **Centralny kod komórki** - za pomocą przycisku wybrać komórkę organizacyjną, dla której prowadzony będzie harmonogram przyjęć.
Wybranie komórki org. spowoduje automatyczne uzupełnienie kodów resortowych cz. VII i VIII.

Uwaga! Jeśli dane harmonogramu nie mają być eksportowane do Funduszu, należy usunąć zaznaczenie w polu "Eksportuj do OW NFZ".

Wprowadzone dane nowego harmonogramu przyjęć należy zapisać za pomocą przycisku **Zatwierdź**.

Harmonogram przyjęć
✕

Harmonogram

Nazwa:

Rodzaj:

Procedura: Ze znieczuleniem

Eksportuj do OW NFZ

Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii „Kontynuujący leczenie” po realizacji pozycji w kategorii „Oczekujący”

Harmonogram NIE podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących

Komórka organizacyjna

Centralny kod komórki: ...

Kod resortowy cz. VII:

Kod resortowy cz. VIII: ...

W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci

Pierwszy wolny termin

Data przygotowania:

Przypadki pilne: Status: **Nowa pozycja**

Przypadki stabilne:

Omówienie pozostałych parametrów znajdujących się w oknie:

- **Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii "Kontynuujący leczenie" po realizacji pozycji w kategorii "Oczekujący"** - pole dostępne do zaznaczenia dla komórek o VIII cz. kodu resortowego równej: 2140-2142, 2180, 2181, 2184, 5160, 5161, 5170, 5171. W przypadku zaznaczenia parametru, jeśli w harmonogramie przyjęć zostanie dodana pozycja w kategorii "Oczekujący", po realizacji wizyty program automatycznie doda nowy wpis do harmonogramu przyjęć w kategorii "Kontynuujący leczenie".
- **Harmonogram podlega/nie podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących** - informacja dla użytkownika o tym, czy harmonogram przyjęć wysyłany jest komunikatem danych o listach oczekujących (LIOCZ). Informacja wyświetlana jest na podstawie sprawdzenia czy kod resortowy cz. VIII wskazany w definicji harmonogramu występuje w słowniku komórek i świadczeń podlegających sprawozdawczości z kolejek oczekujących publikowanym przez NFZ.
- **W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci** - parametr zaznacza się, jeśli komórka organizacyjna, w której prowadzony jest harmonogram przyjęć wskazuje na udzielanie świadczeń osobom dorosłym, a komórka udziela świadczeń także dzieciom.


W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. w wersji 9.12.0 aplikacji mMedica zostało dodane pole, w którym w przypadku zaznaczenia wspomnianego wyżej parametru wymagane jest wskazanie odpowiednich przedziałów wiekowych. Dane te są uwzględniane w sprawozdawczości od wersji 7;3.2 komunikatu LIOCZ (ustawionej w Konfiguratorze), a w przypadku harmonogramów sprawozdawczanych do AP-KOLCE - w komunikacji od dnia 1 stycznia 2024 roku.

8.3 Usunięcie harmonogramu przyjęć z programu

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane Harmonogramu](#)

Wybranie przycisku **Dane harmonogramu** znajdującego się w górnym panelu [formatki](#) umożliwi podejrzenie jego szczegółowych danych i ich modyfikację, a także usunięcie harmonogramu.



W celu usunięcia harmonogramu należy wybrać przycisk . Całkowite usunięcie jest możliwe tylko w przypadku harmonogramów, które nie zostały jeszcze wyeksportowane do NFZ. Jeśli harmonogram został co najmniej raz wyeksportowany, to skorzystanie z przycisku **Usuń** spowoduje jedynie jego dezaktywację.

Uwaga! Zaleca się bardzo rozważne korzystanie z przycisku **Usuń**, gdyż po usunięciu harmonogramu i jego wyeksportowaniu nie będzie już możliwości jego przywrócenia!

8.4 Przywrócenie usuniętego harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#)

Aby przywrócić dezaktywowany harmonogram przyjęć, należy wyszukać go poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Tylko aktywne" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.

Panel wyszukiwania zaawansowanego zawiera następujące pola i przyciski:

- Rodzaj harmonogramu: [pole wyboru]
- Kod centralny komórki org.: 190275 ... Poradnia stomatologiczna
- Kod procedury: [pole wyboru]
- Tylko aktywne (zaznaczenie jest wyłączone)
- Przyciski: Zastosuj, Wyczyść

Panel główny zawiera tytuł "Harmonogram przyjęć" i tabelę z następującymi kolumnami: Nazwa harmonogramu, Kod centr. kom., Kod res.

Nazwa harmonogramu	Kod centr. kom.	Kod res
▶ Poradnia stomatologiczna	190275	1800

Dezaktywowany harmonogram należy podświetlić na liście i wybrać przycisk **Dane harmonogramu** znajdujący się w górnym panelu formatki. W otwartym oknie dialogowym wybrać przycisk **Przywróć**, który spowoduje jego aktywację.

Harmonogram przyjęć – usunięta

Harmonogram

Nazwa:

Rodzaj:

Procedura:

Eksportuj do OW NFZ

Harmonogram podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących

Komórka organizacyjna

Centralny kod komórki:

Kod resortowy cz. VII:

Kod resortowy cz. VIII:

Pierwszy wolny termin

Data przygotowania:

Przypadki pilne: Status: **Nowa pozycja**

Przypadki stabilne:

Data oceny

Data oceny:

Uwaga! Jeśli informacja o usunięciu harmonogramu przyjęć została przekazana do OW NFZ (po jego usunięciu wykonano eksport), omawiany przycisk będzie nieaktywny, uniemożliwiając użytkownikowi przywrócenie harmonogramu.


8.5 Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Nowa pozycja](#)

Wpis do harmonogramu przyjęć można wprowadzić poprzez:

- skorzystanie z przycisku **Nowa pozycja** znajdującego się na dole okna przeglądu harmonogramów przyjęć,
- przez wykonanie rezerwacji lub rejestracji w *Terminarzu*,
- poprzez wprowadzenie wizyty w *Gabiniecie*,
- w oknie obsługi eRezerwacji (w przypadku korzystania z modułu dodatkowego eRejestracja).

W celu dodania pacjenta do harmonogramu przyjęć bezpośrednio w oknie *Harmonogram przyjęć* należy podświetlić na liście wybrany harmonogram i w dolnym panelu formatki wybrać przycisk **Nowa pozycja**.

Na formatce *Nowa pozycja harmonogramu przyjęć* należy uzupełnić wszystkie niezbędne dane, w tym dane pacjenta. Pacjenta można wybrać ze słownika pacjentów, korzystając z przycisku  lub wpisując ręcznie jego dane w polu "Nazwisko i imię/PESEL".

Jeśli pacjent, którego numer PESEL wpisano w polu "Nazwisko i imię/PESEL", nie znajduje się w bazie, pojawi się komunikat o możliwości dodania go z domyślnymi danymi osobowymi:

W Kartotece pacjentów nie ma pacjenta o numerze PESEL "*****"

Czy chcesz dodać nowego pacjenta o tym numerze PESEL i domyślnych pozostałych danych osobowych?

- Wybranie przycisku **Tak** spowoduje dodanie pacjenta do bazy z domyślnymi danymi osobowymi (tzn. w *Kartotece* zostanie wprowadzony nr PESEL, data urodzenia, płeć oraz oddział NFZ). Przy najbliższej okazji użytkownik programu powinien zweryfikować poprawność tych danych i uzupełnić pozostałe informacje.
- Wybranie przycisku **Nie** spowoduje otwarcie formatki [Nowy pacjent](#) w celu dokładnego wprowadzenia danych pacjenta do systemu mMedica.

W przypadku, kiedy wybrany pacjent nie ma wypełnionych wszystkich danych, które wymagane są do ewidencji i sprawozdawczości harmonogramu przyjęć, wyświetlony zostanie stosowny komunikat. Aby uzupełnić brakujące dane, należy wybrać przycisk **Dane pacjenta** znajdujący się u góry ekranu.

Brak następujących danych pacjenta:

- nr domu w adresie zamieszkania.
- Aby uzupełnić, wejdź w dane pacjenta.

8.5.1 Szczegółowe dane pozycji

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane pozycji](#)

Aby podejrzeć szczegółowe dane wybranej pozycji harmonogramu przyjęć, należy:

- Zaznaczyć na liście harmonogram przyjęć, do którego wpisano pozycję.
- Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, którego dane będą przeglądane/modyfikowane.
- Wybrać przycisk **Dane pozycji** znajdujący się w dolnym panelu formatki.

Wykonanie powyższych czynności spowoduje otwarcie formatki *Pozycja harmonogramu przyjęć*. Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu można wykonać następujące działania:

- Usunąć pozycję - opcja dostępna dla pozycji, które nie zostały jeszcze przesłane.
- [Zmienić planowany termin](#) realizacji świadczenia.
- [Zmienić kategorię](#).
- [Wykreślić pacjenta](#) z harmonogramu przyjęć.
- [Przywrócić pacjenta](#) do harmonogramu przyjęć, jeśli został już z niej wcześniej wykreślony.
- Podejrzeć i zmodyfikować dane pacjenta.
- Podejrzeć historię zmian pozycji harmonogramu wraz ze szczegółowymi informacjami o użytkowniku dokonującym modyfikacji oraz przyczynie zmiany.

Uwaga! W przypadku, gdy pozycja w harmonogramie przyjęć jest powiązana z rezerwacją wizyty pacjenta, to usunięcie pozycji spowoduje również usunięcie rezerwacji.

Funkcje dodatkowe

Usuń Zmień termin lub kategorię Wykreśl z harmonogramu Przywróć do harmonogramu Historia zmian Dane pacjenta

Pozycja harmonogramu przyjęć – Kowalski Jan (M), 50 lat

Harmonogram przyjęć
 Harmonogram: 189760 ... Poradnia neurologiczna Procedura: 71002 – REHABILITACJA NEUROLOGICZNA

Dane świadczeniobiorcy
 Nazwisko i imię: Kowalski Jan Telefon:
 Dokument identyfikujący: Poprawny nr PESEL : Inny kontakt:
 Adres zamieszkania:

Pozycja harmonogramu
 Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący Uprawnienie dodatkowe: Kategoria medyczna: Przypadek stabilny
 Planowany termin realizacji: 09.11.2019 09:20 Dokładność planowania: Dzień
 Termin na życzenie pacjenta Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:
 Data wpisu do harmonogramu u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia:

Rozpoznanie/powód przyjęcia
 Kod rozpoznania: G60.0 Powód przyjęcia:
 Operowana strona: Okolica ciała:

Nazwa

Skierowanie
 e-Skierowanie:
 Termin dostarczenia: Dostarczone w dniu: Wysłano pocztą Zwrócono w dniu:

Wpis do harmonogramu
 Data i godzina: 21.10.2019 09:20 Użytkownik: NOWAKA ... Nowak Anna Numer pozycji na liście: 1 W roku: 2019

Ostatnia zmiana terminu i/lub kategorii
 Data i godzina: Przyczyna:

Wykreślenie z harmonogramu
 Data i godzina: Przyczyna:

Przywrócenie do harmonogramu
 Data i godzina: Przyczyna:

Uwagi

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26. czerwca 2019 roku rozszerzono możliwość ewidencji o dane takie jak:

- kategoria świadczeniobiorcy,
- uprawnienie dodatkowe – dla posiadających prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej,
- wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę – dla terminów na życzenie pacjenta,
- okolica ciała – słownik dla pozycji przekazywanych do AP-KOLCE (informacja przekazywana od 01.10.2019),
- numer skierowania / karty DiLO.

Szczegółowy opis poszczególnych pól:

- **Kategoria świadczeniobiorcy** - pole rozwijalne. Umożliwia wybór pozycji zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia.

Harmonogramy przyjęć

Pozycja harmonogramu

Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący Uprawnienie dodatkowe: Kategorie

Planowany termin realizacji: Oczekujący

Termin na życzenie pacjenta

Data wpisu do harmonogramu

Rozpoznanie/powód przyjęcia

- **Kategoria medyczna** - pole edytowalne tylko dla kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący".

Domyślnie podpowiadana kategoria to "przypadek stabilny". W razie potrzeby należy wybrać inną kategorię, dostępną po rozwinięciu listy.

- **Planowany termin realizacji** - planowana data i godzina realizacji świadczenia.

Jeśli kategoria świadczeniobiorcy ma wartość „Oczekujący”, w polu tym podpowiada się planowany termin realizacji ostatniej aktywnej pozycji w harmonogramie dla wybranej kategorii medycznej, bez uwzględnienia pozycji oznaczonych jako „Termin na życzenie”. Jeśli brak jest takiej pozycji albo jej termin dotyczy przeszłości, podpowiada się data bieżąca. W razie konieczności podpowiedziany termin może być zmieniony przez użytkownika.

Jeśli kategoria świadczeniobiorcy ma wartość inną niż „Oczekujący”, żaden termin nie zostaje podpowiedziany. Użytkownik musi go wskazać.

W przypadku harmonogramów przyjęć utworzonych dla komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu opieki długoterminowej o kodach resortowych cz. VIII:

2140, 2141, 2142, 2180, 2181, 2184, 5160, 5161, 5170, 5171

nie jest wymagane uzupełnienie planowanego terminu realizacji przy dodawaniu pozycji pacjenta.

- **Dokładność planowania** - domyślnie ustawiona wartość to "Dzień". Inną dostępną wartością jest "Tydzień".

Pole jest możliwe do edycji, jeśli wybrano kategorię świadczeniobiorcy „Oczekujący” lub „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO”.

- **Uprawnienie dodatkowe** - pole aktywne do edycji, jeśli w polu „Kategoria świadczeniobiorcy” wybrano wartość „Posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej”.

W polu są dostępne uprawnienia z części III tabeli nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia. Dla powyższej kategorii świadczeniobiorcy uprawnienie wypełni się automatycznie na podstawie danych pacjenta w kartotece, jeśli wcześniej zostało tam uzupełnione.

- **Termin na życzenie pacjenta** - do zaznaczenia, gdy termin wizyty wyznacza się na wyraźne życzenie pacjenta i jest on różny od terminu proponowanego przez placówkę.

Uwaga! Rezerwacje z zaznaczeniem tego pola będą pomijane podczas wyznaczania pierwszego wolnego terminu i jego sprawozdawania. Będą pomijane również w przypadku podpowiadania kolejnego wolnego terminu w kolejce oczekujących.

- **Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę** - pole dostępne do edycji, przy zaznaczonej opcji "Termin na życzenie pacjenta".
- **Data wpisu do harmonogramu u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia** - uzupełniana w przypadku zgłoszenia się pacjenta z zaświadczeniem od świadczeniodawcy,

który zakończył wykonywanie umowy o udzielenie świadczeń.


Pole jest dostępne do edycji tylko dla kategorii świadczeniobiorcy „Oczekujący” lub „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO”.

- **Kod rozpoznania** lub **Powód przyjęcia** - wypełnienie jednego z tych pól jest wymagane dla pozycji harmonogramu przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej (przesyłanego do AP-KOLCE).
- **Operowana strona** - pole dostępne do edycji tylko dla harmonogramów przyjęć utworzonych dla procedur wysokospecjalistycznych o kodach: 30002, 30003, 30005, 30006, 30007, 40008, 40009, 80003, 80004, 80005, 80006, 90126 oraz kategorii świadczeniobiorcy innej niż „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO”.


Pole te umożliwia wybranie wartości "Lewa" lub "Prawa".


W wersji 10.2.0 aplikacji mMedica wprowadzono podpowiadanie wartości w tym polu na podstawie powiązanego e-Skierowania.

- **Okolica ciała** - pole dostępne do edycji tylko dla harmonogramów przyjęć do procedur wysokospecjalistycznych (przesyłanych do AP-KOLCE).

Po wybraniu przycisku  następuje otwarcie słownika okolic ciała. Pozycja ze słownika może być dodana poprzez dwukrotne kliknięcie na nią lewym przyciskiem myszy lub podświetlenie jej i skorzystanie z przycisku **Wybierz**. W razie potrzeby użytkownik może wprowadzić wiele różnych okolic ciała.

W wersji 10.2.0 aplikacji mMedica wprowadzono podpowiadanie wartości w tym polu na podstawie powiązanego e-Skierowania dla harmonogramów do procedur 20005K oraz 20006K.

- **e-Skierowanie** - wyświetlony zostaje numer e-Skierowania. Wybranie przycisku  wywołuje listę przyjętych skierowań pacjenta, które są e-Skierowaniami. Dane wybranego skierowania zostaną wyświetlone w polu.

Uwaga! Dla kategorii świadczeniobiorcy „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO” pole te przyjmuje nazwę **Karta DiLO**. Wybranie przycisku  wywołuje listę przyjętych skierowań pacjenta typu „Karta DiLO”. Dane wybranej karty zostaną wyświetlone w polu.

- **Termin dostarczenia** - dotyczy wyznaczonego terminu dostarczenia skierowania.

Pole jest zablokowane do edycji. Wypełnia się ono automatycznie, jeśli w kalendarzu pracy komórki, której dotyczy harmonogram, w polu „Skierowanie” wybrano wartość „Zawsze” lub wartość „Tylko dla pacjentów pierwszorazowych”, a pacjent jest pierwszorazowy. Termin wyznacza się jako 14 dni roboczych od dnia wpisu do harmonogramu lub jako planowany termin realizacji (w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy).

- **Dostarczono w dniu** - dotyczy rzeczywistego terminu dostarczenia skierowania.

Pole jest odblokowane do edycji przy wyznaczonym wcześniej terminie dostarczenia skierowania. Po jego zaznaczeniu aktywowane jest pole wyboru daty. Domyślnie podpowiada się data bieżąca.

- **Wysłano pocztą** - pole aktywne do edycji przy wyznaczonym terminie dostarczenia skierowania. Zaznacza się je, jeśli pacjent wysłał skierowanie pocztą.
- **Zwrócono w dniu** - pole odblokowane do edycji, jeśli potwierdzono dostarczenie skierowania.

- sekcja [Wpis do harmonogramu](#) > pole **Data i godzina** - dotyczy daty i godziny wpisu pacjenta do harmonogramu.

8.5.2 Zmiana planowanego terminu

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Zmień termin lub kategorię](#)

W celu zmiany planowanego terminu realizacji świadczenia należy:

1. Zaznaczyć na liście odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, któremu będzie zmieniany termin realizacji świadczenia.
3. Wybrać przycisk **Zmień termin lub kategorię** znajdujący się w dolnym panelu formatki.

Wykonanie powyższych czynności spowoduje otwarcie formatki *Zmiana terminu lub kategorii pozycji w harmonogramie przyjęć*. W polu "Planowany termin realizacji" należy wprowadzić nową planowaną datę i godzinę realizacji świadczenia oraz wskazać odpowiednią wartość w polu "Przyczyna zmiany".

Zmiana terminu lub kategorii pozycji w harmonogramie przyjęć – Kowalski Jan

Historia zmian

* Data wpisu/zmiany	Plan. termin realizacji	Dokł. plan.	Kategoria świadczeniobiorcy
26-04-2021 09:25	27-05-2021 09:25	Dzień	Oczekujący

Przyczyna zmiany:

Pozycja harmonogramu

Skierowanie

Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący

Uprawnienie dodatkowe: Kategorie medyczna: Przypadek stabilny

Planowany termin realizacji: 27-05-2021 09:25 Dokładność planowania: Dzień

Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:

e-Skierowanie:

Termin dostarczenia: Dostarczone w dniu:

Data i przyczyna zmiany

Data i godzina: 18-05-2021 14:16

Przyczyna zmiany:

Opis:

EDM

Jeżeli w polu "Przyczyna zmiany" jest wybrana wartość "Inna przyczyna", "Przesunięcie wszystkich osób na liście oczekujących (grupowe)" lub "Z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy", wymagane jest również zamieszczenie opisu zmiany (pole "Opis").

Istnieje możliwość wprowadzenia daty i godziny zmiany. Służy do tego pole "Data i godzina" znajdujące się w sekcji Data i przyczyna zmiany. Program nie pozwoli zatwierdzić zmian, jeżeli wprowadzana w tym polu data będzie późniejsza od daty bieżącej.

Harmonogramy przyjęć

Uwaga! W przypadku gdy pozycja w harmonogramie jest powiązana z rezerwacją wizyty pacjenta, to zmiana planowanej daty spowoduje również zmianę daty rezerwacji w *Terminarzu*.

Jeżeli pozycja została wprowadzona do harmonogramu przyjęć poprzez rezerwację w *Terminarzu*, zmiany jej planowanego terminu można dokonać także za pomocą opcji zmiany terminu rezerwacji lub poprzez edycję rezerwacji.

W programie dostępna jest funkcjonalność zbiorczej zmiany planowanego terminu. Działa ona dla pozycji z kategorią świadczeniobiorcy "Oczekujący" lub "Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO" i tylko takich, które mają uzupełniony planowany termin realizacji. Aby zbiorczo zmienić planowany termin dla wielu pacjentów, posiadających którąś z powyższych kategorii, należy w oknie harmonogramów przyjęć, po wskazaniu odpowiedniego harmonogramu, zaznaczyć na liście pozycje tych pacjentów, na przykład za pomocą myszki i klawisza Ctrl. Kolejnym krokiem jest wybór przycisku **Zmień termin lub kategorię**, znajdującego się w dolnym panelu okna. Po tej czynności wyświetli się okno z informacją o liczbie pozycji ulegającej modyfikacji i równocześnie umożliwiające określenie nowego planowanego terminu.

Zbiorcza zmiana terminu 3 pozycji w harmonogramie przyjęć

Rodzaj zmiany: Przesunięcie o liczbę dni

Liczba dni: 15

Przyczyna zmiany: Przesunięcie wszystkich osób na liście oczekujących (grupowe)

Opis:

Zatwierdź Wyjście

Poprzez wybór odpowiedniej pozycji w polu "Rodzaj zmiany" użytkownik wskazuje, czy termin ma być przesunięty o daną ilość dni, czy na konkretną datę. W zależności od wybranego rodzaju zmiany uaktywni się pole odpowiednio: do wpisania liczby dni przesunięcia lub wyboru daty nowego terminu.

Zbiorcza zmiana terminu 3 pozycji w harmonogramie przyjęć

Rodzaj zmiany: Przesunięcie na dzień

Planowany dzień realizacji: 20-10-2020

Przyczyna zmiany: Przesunięcie wszystkich osób na liście oczekujących (grupowe)

Opis:

Zatwierdź Wyjście

8.5.3 Zmiana kategorii świadczeniobiorcy lub kategorii medycznej

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Zmień termin lub kategorię](#)

Aby dokonać zmiany kategorii pozycji harmonogramu przyjęć, należy:

1. Zaznaczyć na liście odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pozycję, dla której będzie zmieniana kategoria.
3. Wybrać przycisk **Zmień termin lub kategorię** znajdujący się w dolnym panelu formatki.

Wykonanie powyższych czynności spowoduje otwarcie formatki *Zmiana terminu lub kategorii pozycji w harmonogramie przyjęć*. W celu zmiany kategorii świadczeniobiorcy należy wybrać odpowiednią pozycję w polu "Kategoria świadczeniobiorcy".

Dla wybranej kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący" jest możliwość zmiany wartości pola "Kategoria medyczna". W przypadku pozostałych kategorii świadczeniobiorcy pole "Kategoria medyczna" pozostaje puste i zablokowane do edycji.

Zmiana terminu lub kategorii pozycji w harmonogramie przyjęć – Kowalski Jan ✕

Historia zmian

*	Data wpisu/zmiany	Plan. termin realizacji	Dokł. plan.	Kategoria świadczeniobiorcy
▶	26-04-2021 09:25	27-05-2021 09:25	Dzień	Oczekujący

Przyczyna zmiany:

Pozycja harmonogramu

Skierowanie

Kategoria świadczeniobiorcy:

Uprawnienie dodatkowe:

Kategoria medyczna:

Planowany termin realizacji:

Dokładność planowania:

Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:

e-Skierowanie:

Termin dostarczenia:

Dostarczone w dniu:

Data i przyczyna zmiany

Data i godzina:

Przyczyna zmiany:

Opis:

EDM

Zatwierdź

Wyjście

Istnieje możliwość wprowadzenia daty i godziny zmiany. Służy do tego pole "Data i godzina" znajdujące się w sekcji Data i przyczyna zmiany. Program nie pozwoli zatwierdzić zmian, jeżeli wprowadzana w tym polu data będzie późniejsza od daty bieżącej.

Zmiana kategorii świadczeniobiorcy oraz kategorii medycznej wymaga uzupełniania opisu zmiany w polu "Opis".

Jeżeli pozycja została wprowadzona do harmonogramu przyjęć poprzez rezerwację w *Terminarzu*, zmiany jej kategorii można dokonać także poprzez edycję tej rezerwacji.

8.6 Wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć

Wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć może nastąpić poprzez:

- ręczne wykreślenie pozycji z harmonogramu (przycisk **Wykreśl z harmonogramu**),
- realizację wizyty lub hospitalizacji,
- odwołanie rezerwacji powiązanej z pozycją w harmonogramie przyjęć,
- odmowę przyjęcia do szpitala podczas rozpoczęcia realizacji hospitalizacji w module Hospitalizacje,
- poprzez uzupełnienie daty zgonu w danych pacjenta.

8.6.1 Z powodu realizacji świadczenia

Po zrealizowaniu świadczenia świadczeniodawca zobowiązany jest wykreślić pacjenta z harmonogramu przyjęć. Pacjent może być wykreślony z harmonogramu przyjęć z powodu realizacji świadczenia na dwa sposoby:

1. [Automatycznie](#).
2. [Ręcznie](#).

8.6.1.1 Wykreślanie automatyczne

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Podstawowe](#)

Jeśli w powyższej ścieżce w sekcji *Wizyty i hospitalizacje* zostanie zaznaczony parametr "**Automatycznie wykreślaj pacjenta z harmonogramu przyjęć przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych**", to wprowadzenie danych wizyty/hospitalizacji dla pacjenta w tej samej komórce, spowoduje automatyczne wykreślenie pozycji z harmonogramu przyjęć podczas jej zatwierdzenia. Wykreślenie nastąpi automatycznie, bez dodatkowego komunikatu.

Jeśli zaś powyższy parametr jest wyłączony, to przy zatwierdzeniu wizyty/ hospitalizacji pacjenta wpisanego do harmonogramu przyjęć z odpowiednią kategorią świadczeniobiorcy pojawi się poniższy komunikat, wymagający od użytkownika podjęcia decyzji o wykreśleniu pacjenta z harmonogramu bądź nie:

Pacjent ma aktywną pozycję w harmonogramie przyjęć.
 Harmonogram: ***
 Planowana data realizacji: ***
 Czy chcesz wykreślić pacjenta z harmonogramu?

TAK NIE

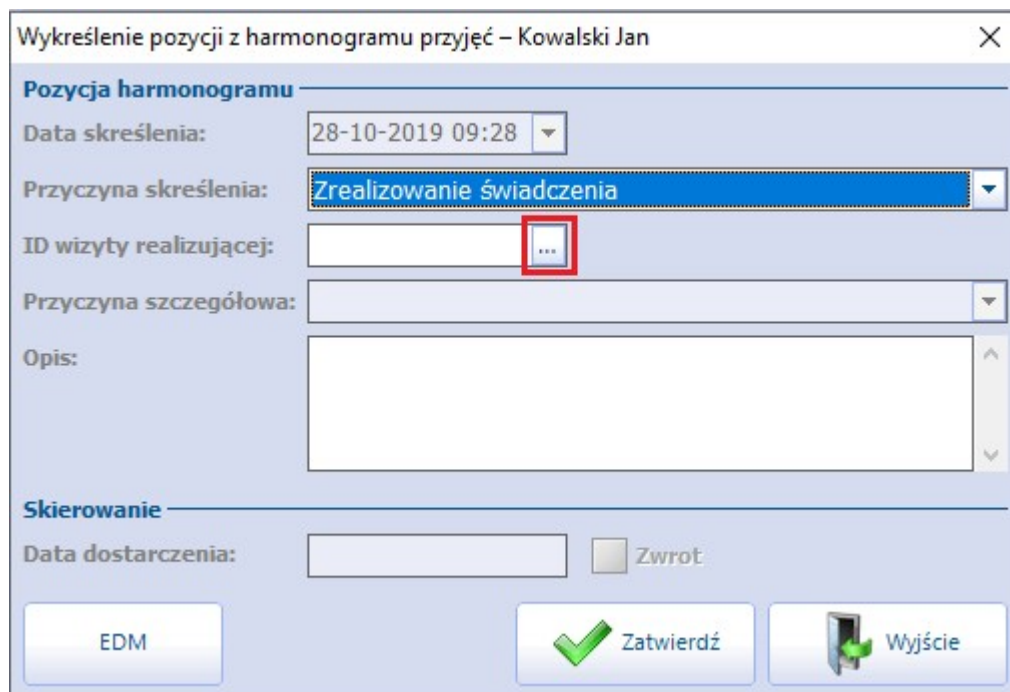
Dodatkowo, jeśli pozycja w harmonogramie powiązana jest z elektronicznym skierowaniem, wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć spowoduje przekazanie informacji o realizacji e-skierowania do P1 z odpowiednim komunikatem: "Zostanie wysłana informacja o zrealizowaniu świadczenia..." lub "Zostanie wysłana rezygnacja realizacji skierowania..."

8.6.1.2 Wykreślanie ręczne

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Wykreśl z harmonogramu](#)

Jeśli z jakichś powodów pacjent nie został wykreślony z harmonogramu przyjęć, należy dokonać jego ręcznego wykreślenia, wykonując poniższe kroki:

1. Zaznaczyć na liście odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, który ma zostać wykreślony.
3. Wybrać przycisk **Wykreśl z harmonogramu** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. W oknie dialogowym *Wykreślenie pozycji z harmonogramu przyjęć* wykonać:
 - a) W polu "Data skreślenia" wybrać datę realizacji świadczenia.
 - b) W polu "Przyczyna skreślenia" wybrać wartość **Zrealizowanie świadczenia**.
 - c) W polu "ID wizyty realizującej" wybrać przycisk [...], który otworzy okno prezentującej listę wizyt pacjenta w danej komórce organizacyjnej. Na liście należy zaznaczyć odpowiednią wizytę i zatwierdzić zmiany.



Dla przyczyny skreślenia "Zrealizowanie świadczenia" wskazanie identyfikatora wizyty (pole "ID. wizyty realizującej"), podczas której dane świadczenie zostało wykonane, jest wymagane. Identyfikator ten widoczny jest m.in. w danych wizyty w polu "ID wizyty".

8.6.2 Z innych przyczyn

Wykreślenia z harmonogramu przyjęć można dokonać również z powodu przyczyn innych niż realizacja świadczenia, np. z powodu niezgłoszenia się pacjenta w wyznaczonym terminie, niedostarczenia oryginału skierowania w ciągu 14 dni itd.

W takich sytuacjach możliwe jest dokonanie tylko ręcznego wykreślenia pacjenta według poniższych kroków:

1. Zaznaczyć na liście odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, który ma zostać wykreślony.
3. Wybrać przycisk **Wykreśl z harmonogramu** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. W oknie dialogowym *Wykreślenie pozycji z harmonogramu przyjęć* wskazać datę skreślenia.
5. W polu "Przyczyna skreślenia" rozwinąć listę i wybrać przyczynę skreślenia.

Dodatkowo w trakcie wykreślenia pacjenta z harmonogramu można zaznaczyć fakt zwrócenia mu skierowania poprzez zaznaczenie pola "Zwrot". Pole to aktywuje się dla przyczyny skreślenia innej niż realizacja świadczenia, jeśli wcześniej wprowadzono datę dostarczenia skierowania.

Informacja o zwrocie skierowania zostanie odnotowana również w [rejestrze](#) dostępnym z poziomu: [Terminarz/Rejestracja > Funkcje dodatkowe > Rejestr rezerwacji ze skierowaniem](#).

Jeżeli pacjent jest wpisany do harmonogramu przyjęć jako oczekujący na wykonanie świadczenia i zostanie w jego danych w kartotece pacjentów uzupełniona data zgonu, wyświetli się komunikat:

Pacjent ma aktywne pozycje w harmonogramie przyjęć.
Czy chcesz je teraz wykreślić?

Po wybraniu przycisku **Tak** nastąpi wykreślenie pozycji pacjenta z harmonogramu przyjęć z przyczyną: "Zgon osoby wpisanej w harmonogramie przyjęć".

8.6.3 Zmiana przyczyny skreślenia

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Zmień przyczynę skreślenia](#)

Aby zmienić przyczynę skreślenia pozycji wykreślonej z harmonogramu przyjęć, należy:

1. Zaznaczyć odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego ma zostać zmieniona przyczyna skreślenia. W tym celu należy skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie podrzędnych*:
 - a) Wprowadzić dane pacjenta korzystając z dowolnego filtra, np. ID pacjenta, Nazwisko, PESEL.
 - b) We filtrze "Warunki" wybrać jedną z wartości:
 - **Wykreślone niezrealizowane** - aby wyświetlić dane pacjenta wykreślonego z innej przyczyny niż realizacja świadczenia.
 - **Zrealizowane** - aby wyświetlić dane pacjenta wykreślonego z powodu realizacji świadczenia.
3. Wybrać przycisk **Zmień przyczynę skreślenia**, znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. W oknie dialogowym *Zmiana przyczyny skreślenia* w polu "Przyczyna skreślenia" wybrać z listy prawidłową przyczynę (patrz przykład poniżej), a następnie zatwierdzić zmianę przyciskiem **Zatwierdź**

Zmiana przyczyny skreślenia – Kowalski Jan

Pozycja harmonogramu

Data skreślenia: 06-11-2019 09:50

Przyczyna skreślenia: Rezygnacja pacjenta z oczekiwania

ID wizyty realizującej: ...

Przyczyna szczegółowa:

Opis:

Skierowanie

Data dostarczenia: Zwrot

EDM

Uwaga! W programie została wprowadzona blokada zmiany przyczyny skreślenia na "Zrealizowane świadczenie". W przypadku wyboru takiej pozycji, wyświetli się komunikat:

Przy zmianie skreślenia nie można wybrać przyczyny:
Zrealizowanie świadczenia.

Ok

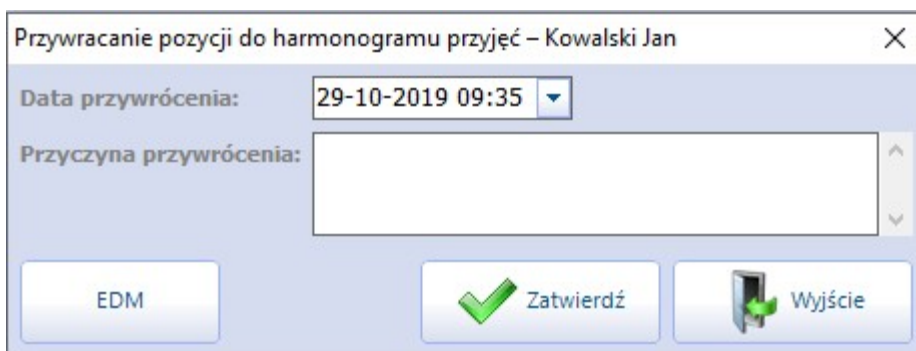
Uwaga! Aby wykonanie operacji było możliwe dla pozycji przesłanych do AP-KOLCE, zalogowany użytkownik musi posiadać dane logowania do tego systemu.

8.7 Przywrócenie pacjenta do harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Przywróć do harmonogramu](#)

Aby przywrócić do harmonogramu przyjęć pacjenta, który został omyłkowo z niego wykreślony, należy:

1. Zaznaczyć odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, który ma zostać przywrócony do harmonogramu. W tym celu należy skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie podrzędnych*:
 - a) Wprowadzić dane pacjenta korzystając z dowolnego filtra, np. ID pacjenta, Nazwisko, PESEL.
 - b) We filtrze "Warunki" wybrać jedną z wartości:
 - **Wykreślone niezrealizowane** - aby wyświetlić dane pacjenta wykreślonego z innej przyczyny niż realizacja świadczenia.
 - **Zrealizowane** - aby wyświetlić dane pacjenta wykreślonego z powodu realizacji świadczenia.
3. Wybrać przycisk **Przywróć do harmonogramu** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. W oknie dialogowym *Przywracanie pozycji do harmonogramu przyjęć* wskazać datę przywrócenia (domyślnie podpowiadana jest bieżąca data) i wpisać przyczynę przywrócenia w przygotowanym polu tekstowym.



Po zatwierdzeniu zmian zostanie wyświetlony komunikat, informujący o konieczności aktualizacji wszystkich statystyk od miesiąca, w którym nastąpiło wykreślenie pacjenta z kolejki. Aktualizacja statystyk została omówiona w rozdziale: [Aktualizacja danych w statystyce](#).

Przywrócenie pozycji wymaga aktualizacji wszystkich statystyk dla harmonogramu od miesiąca **/2019.
Kontynuować?

TAK

NIE

Uwaga! W przypadku harmonogramów przyjęć sprawozdawanych do AP-KOLCE możliwość przywrócenia do harmonogramu istnieje dla pozycji wykreślonych z przyczyną "Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć w ustalonym terminie udzielenia świadczenia". Wprowadzono także wyjątek polegający na możliwości przywrócenia pozycji wykreślonej z dowolną przyczyną, pod warunkiem, że została ona przywrócona wcześniej po stronie systemu AP-KOLCE, a przywrócenie w programie jest wykonywane

przez użytkownika posiadającego dane logowania do systemu AP-KOLCE.

8.8 Funkcje dodatkowe harmonogramów przyjęć

Harmonogramy przyjęć w programie mMedica posiadają dwie dodatkowe funkcjonalności, opisane poniżej:

- możliwość przenoszenia pacjentów między harmonogramami,
- plan przyjęć, czyli zbiorczą listę osób ze wszystkich harmonogramów prowadzonych przez świadczeniodawcę.

8.8.1 Przenoszenie pacjentów między harmonogramami

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Przenoszenie między harmonogramami](#)

W razie konieczności przeniesienia pacjentów z jednego harmonogramu przyjęć do drugiego należy skorzystać z funkcjonalności **Przenoszenie między harmonogramami**. Funkcja dostępna jest w lewym górnym rogu formatki *Harmonogram przyjęć*, po rozwinięciu menu "Funkcje dodatkowe".

Uwaga! Przed skorzystaniem z funkcjonalności zalecane jest wykonanie [kopii zapasowej](#).

Formatka *Przenoszenie pacjentów między harmonogramami* podzielona jest na dwa okna:

1. **Z harmonogramu** – w tym oknie z listy rozwijanej wybiera się harmonogram pierwotny, z którego zostaną przeniesieni pacjenci do nowego harmonogramu.
2. **Do harmonogramu** - w tym oknie z listy rozwijanej wybiera się harmonogram, do której zostaną przeniesieni pacjenci.


Po wybraniu harmonogramów przyjęć, pomiędzy którymi zostanie dokonane przeniesienie, w lewym oknie *Z harmonogramu* wyświetlona zostanie lista pacjentów wpisanych do harmonogramu.

Aby przenieść pacjenta do nowego harmonogramu należy zaznaczyć go na liście lewym przyciskiem myszki,

następnie skorzystać z przycisku  **Przenieś zaznaczone**. Aby przenieść kilku pacjentów naraz należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL i zaznaczyć na liście kilku pacjentów, następnie skorzystać z

przycisku



Wybranie przycisku  **Przenieś wszystkie** spowoduje przeniesienie wszystkich pozycji znajdujących się w oknie. Pacjenci przeniesieni do nowego harmonogramu zostaną na liście oznaczeni kolorem zielonym (okno *Do harmonogramu*).

Przenoszenie pacjentów pomiędzy harmonogramami przyjęć

Z harmonogramu


190275 ... Poradnia stomatologiczna

Nr	Rok	Pacjent	Data wpisu	Planowana data real.	Kategoria świadcze
1	2019		30-10-2019 08...	31-10-2019 00:00	Kontynuujący leczenie
2	2019		29-10-2019 08...	04-12-2019 08:33	Oczekujący
4	2019		30-10-2019 08...	04-12-2019 08:33	Oczekujący

Do harmonogramu

189507 ... Poradnia stomatologiczna 2

Nr	Rok	Pacjent	Data wpisu	Planowa



Parametry

Przenieś pozycje z datą bieżącą
 Przenieś pozycje z pierwotną datą wpisu, wykreślając je z datą bieżącą
 Przenieś pozycje z datą:
 Przenieś pozycje z pierwotną datą wpisu, wykreślając je z datą:
 Przyczyna przeniesienia:

Uwaga! Pacjenci przenoszeni są do nowego harmonogramu domyślnie z bieżącą datą wpisu i równocześnie wykreślani są w "starym" harmonogramie z podaniem daty bieżącej. Jeśli istnieje konieczność zmiany tych dat, należy skorzystać z opcji znajdujących się w sekcji Parametry:

- **Przenieś pozycje z pierwotną datą wpisu, wykreślając je z datą bieżącą** - zaznaczenie pola pozwoli przenieść pozycje z ich pierwotną datą wpisu i równocześnie wykreślić je ze źródłowego harmonogramu z datą bieżącą.
- **Przenieś pozycje z datą** - zaznaczenie pola i wybranie daty z kalendarza pozwoli przenieść pozycje z datą wpisu wskazaną przez użytkownika systemu.
- **Przenieś pozycje z pierwotną datą wpisu, wykreślając je z datą** - zaznaczenie pola i wybranie daty z kalendarza pozwoli przenieść pacjenta z pierwotną datą wpisu, a data wykreślenia pacjenta z harmonogramu pierwotnego będzie datą wskazaną przez użytkownika.

Po ewentualnym zaznaczeniu powyższych parametrów należy wprowadzić przyczynę przeniesienia. Można ją wpisać w polu "Przyczyna przeniesienia" bądź skorzystać z przycisku wyboru [...] i utworzyć słownik przyczyn zmian w dokumentacji medycznej, zawierający tę przyczynę. Zapisanie zmian przyciskiem **Zatwierdź** spowoduje przeniesienie pacjentów do wybranego harmonogramu.

8.8.2 Plan przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć > Plan przyjęć](#)
 lub [Ewidencja > Harmonogramy przyjęć > Plan przyjęć](#)

Plan przyjęć jest dodatkową funkcjonalnością, umożliwiającą podgląd listy osób ze wszystkich harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawcę.

Aby otworzyć formatkę *Plan przyjęć* należy przejść do jednej z ww. ścieżek. W otwartym oknie za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można zawęzić warunki wyszukiwania do konkretnego harmonogramu, pacjenta, planowanej daty realizacji świadczenia, kategorii itd. Natomiast przyciski znajdujące się w górnym panelu formatki umożliwiają:

- [Dodanie nowej pozycji](#) do wybranego harmonogramu przyjęć.
- [Podgląd](#) szczegółowych danych pozycji.
- Wydrukowanie zbiorczej listy osób z harmonogramów przyjęć.

8.9 Statystyki harmonogramów przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#)

Aby przeglądać statystyki poszczególnych harmonogramów przyjęć należy wybrać przycisk **Statystyki** znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*. W górnym oknie prezentowana jest lista aktualnych harmonogramów, zaś w dolnym oknie informacje statystyczne dotyczące wybranego harmonogramu.

Aby podejrzeć szczegółowe dane statystyki dla wybranego harmonogramu przyjęć, należy w górnym oknie zaznaczyć harmonogram na liście, a w dolnym oknie zaznaczyć interesującą datę sprawozdawczą. Statystykę otwiera się poprzez dwukrotne kliknięcie myszką lub wybranie przycisku **Dane statystyki**. Zostanie otwarte okno dialogowe *Dane szczegółowe statystyki* prezentujące m.in. liczbę przypadków pilnych i stabilnych, dane statystyczne poszczególnych kategorii świadczeniobiorcy oraz status potwierdzenia statystyki przez NFZ.

8.9.1 Dodanie nowej statystyki

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#) > [Nowa statystyka](#)

Statystykę można utworzyć najwcześniej w ostatnim dniu miesiąca sprawozdawczego, za który ma zostać ona przekazana. Przykład: Dopiero 31 października można utworzyć statystykę za miesiąc październik.

Aby utworzyć nową statystykę dla harmonogramu przyjęć należy wykonać poniższe czynności:

1. W górnym oknie formatki *Harmonogram przyjęć - statystyki* zaznaczyć na liście harmonogram, do którego będzie tworzona statystyka.
2. Wybrać przycisk **Nowa statystyka**, znajdujący się w górnym panelu.
3. W oknie dialogowym *Nowa statystyka* uzupełnić pole "Data oceny". Można ją wprowadzić ręcznie lub skorzystać z kalendarza widocznego po rozwinięciu listy. Data oceny musi mieścić się w granicach miesiąca sprawozdawczego.
Jeśli przed utworzeniem statystyki zostanie dokonana [ocena harmonogramu](#) przyjęć, to pole "Data oceny" zostanie automatycznie uzupełnione datą pobraną z oceny.
4. Zmiany zatwierdzić.

Miesiąc w polu "Okres spr." jest domyślnie podpowiadany i dotyczy zawsze poprzedniego miesiąca sprawozdawczego. Jeżeli istnieje konieczność utworzenia statystyki za poprzednie miesiące, należy rozwinąć listę i wybrać odpowiedni okres sprawozdawczy.

Wartości liczbowe znajdujące się w sekcji *Dane statystyk* wyliczane są na podstawie danych wprowadzonych przez użytkownika systemu.

Rzeczywisty czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących w poszczególnych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy. Grupy te wyodrębniane są ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia. Czas jest liczony na podstawie osób, które zostały skreślone z kolejki.

Oblicza się go zgodnie z następującym wzorem: $T = D/L$, gdzie:

T - średni czas oczekiwania,

D - łączna liczba dni oczekiwania, gdzie $D = d^1 + d^2 + \dots + d^n$, gdzie:

d^n - liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich sześciu miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia,

L - łączna liczba osób skreślonych w ostatnich 3 miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tak utworzoną i zatwierdzoną statystykę można sprawozdać do OW NFZ poprzez wykonanie [eksportu](#).

8.9.2 Zbiorcze uzupełnianie statystyk

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć > Uzupełnianie statystyk](#)

lub [Ewidencja > Harmonogramy przyjęć > Zbiorcze uzupełnianie statystyk](#)

Formatka *Zbiorcze uzupełnianie statystyk* umożliwia równoczesne uzupełnienie statystyk bądź pierwszych wolnych terminów dla wszystkich harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawcę.

Zbiorcze uzupełnianie danych można wykonać dla wszystkich harmonogramów lub dla wybranego harmonogramu przyjęć, wskazanego wcześniej w polu wyszukiwania "Centralny kod komórki".

Aby zbiorczo utworzyć statystyki lub wyznaczyć wolne terminy dla harmonogramów przyjęć, należy wykonać poniższe czynności:

1. Uzupełnić pole "Data oceny". Datę można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z kalendarza widocznego po rozwinięciu listy. Od wersji 10.4.0 aplikacji mMedica po zaznaczeniu opcji **Statystyki** pole te uzupełnia się automatycznie datą będącą ostatnim dniem miesiąca wybranego w polu "Data sprawozdawcza".
2. Zaznaczyć zakres, dla którego mają zostać uzupełnione dane:
 - **Statystyki** - zostaną uzupełnione statystyki na podstawie danych wprowadzonych w systemie.
 - **Wolne terminy** - zostaną uzupełnione informacje o wolnych terminach na podstawie danych wprowadzonych w systemie.

Zaznaczenie jednej z powyższych opcji (lub dwóch) spowoduje podświetlenie przycisku **Wyznacz**.
3. Wybrać przycisk **Wyznacz**, który spowoduje uzupełnienie informacji o statystykach/wolnych terminach dla przypadków pilnych i stabilnych.
4. Zmiany zatwierdzić.

Wolne terminy	Data sprawozdawcza		Rzecz. czas oczek.
	Data przygotowania	Data oceny	
19-11-2019	31-10-2019	31-10-2019	20
05-11-2019	31-10-2019	31-10-2019	0
05-12-2019	31-10-2019	31-10-2019	15

Tak utworzone statystyki i wyznaczone informacje o pierwszym wolnym terminie można sprawozdać do OW NFZ poprzez wykonanie [eksportów](#).

8.9.3 Eksport statystyk

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Harmonogramy przyjęć](#)

Poprawny eksport statystyk harmonogramów przyjęć wymaga posiadania ustawionej aktualnie obowiązującej wersji komunikatu eksportu. Jej wyboru dokonuje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Eksport](#).

Aby wysłać do NFZ informacje o statystykach należy w oknie eksportu harmonogramów przyjęć wykonać poniższe czynności:

1. W polu "Typ danych" wybrać wartość **Statystyka**.
2. W polu "Miesiąc sprawozdawczy" wybrać miesiąc, za który będzie wykonywany eksport. System domyślnie podpowiada poprzedni miesiąc sprawozdawczy.
3. Opcjonalnie w polu "Kody komórek" można rozwinąć listę i usunąć zaznaczenie dla komórek, dla których harmonogramy nie mają być eksportowane. Na liście zostały domyślnie zaznaczone wszystkie kody komórek.
4. Wybrać przycisk **Eksportuj**, który rozpocznie proces przekazywania danych.

Opis wybranych pól z formatki *Eksport harmonogramów przyjęć*:

- **Kody komórek** - po rozwinięciu listy prezentowane są kody wszystkich komórek organizacyjnych, do których utworzono w systemie harmonogramy przyjęć. Zostały one domyślnie zaznaczone, co oznacza, że wszystkie zostaną sprawozdane podczas komunikacji. Jeśli istnieje konieczność sprawozdania danych z wybranych komórek, należy usunąć zaznaczenie przy ich nazwach.
- **Eksportuj ponownie statystyki, które nie otrzymały jeszcze potwierdzenia** - zaznaczenie parametru pozwala ponownie wysłać statystyki oraz pierwsze wolne terminy, które zostały zakwestionowane przez NFZ (posiadają status: Błąd (odrzucona)) lub które zostały wysłane, ale nie zostało zaimportowane dla nich jeszcze żadne potwierdzenie.
- **Wyznacz pierwszy wolny termin na podstawie pozycji w harmonogramie** - zaznaczenie

spowoduje wysłanie pierwszych wolnych terminów na podstawie danych pobranych z harmonogramów przyjęć. Jeśli do wyznaczenia pierwszego wolnego terminu użytkownik wprowadził dane ręcznie, zostaną one zignorowane.

8.9.4 Aktualizacja danych w statystyce

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#) > [Dane statystyki](#)

Jeśli po wykonaniu eksportu statystyki zaistnieje konieczność jej ponownego sprawozdania do NFZ, należy dokonać jej aktualizacji według poniższych zaleceń.

Aktualizacja danych w statystyce zalecana jest w następujących sytuacjach:

- Jeśli statystyka zostanie odrzucona przez NFZ i otrzyma status "Błąd (odrzucona)".
- Jeśli po zatwierdzeniu statystyki przez NFZ (status "Potwierdzona bez ostrzeżeń"), użytkownik dokonywał zmian w harmonogramie przyjęć, np. dodawał, wykreślał pozycje z harmonogramu w ramach przesłanego miesiąca sprawozdawczego.
- Jeśli istnieje konieczność ponownego przesłania statystyki posiadającej jeden ze statusów: Wyeksportowana, Potwierdzona z ostrzeżeniami, Potwierdzona bez ostrzeżeń.

Aby zaktualizować dane w statystyce należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejdź do ścieżki: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#).
2. W górnym oknie formatki *Harmonogram przyjęć - statystyki* zaznaczyć na liście harmonogram, dla której będzie aktualizowana statystyka.
3. W dolnym oknie formatki zaznaczyć na liście statystykę za dany okres sprawozdawczy i otworzyć ją przyciskiem **Dane statystyki**.
4. Dla otwartego okna *Dane szczegółowe statystyki* przycisnąć na klawiaturze przycisk **F2**.
5. Zatwierdzić zmiany i dokonać ponownego [eksportu](#) statystyki, jeśli to konieczne.

Użycie przycisku F2 na klawiaturze podpowiada aktualne wartości w statystyce na podstawie danych wprowadzonych do harmonogramu przyjęć. Jeśli użytkownik dokonywał zmian na pozycjach harmonogramu, wybranie przycisku F2 powoduje ponowne przeliczenie statystyk przez aplikację i dotychczas wyświetlane dane mogą ulec zmianie. Oprócz tego zmianie ulegnie status potwierdzenia statystyki na "Do eksportu", umożliwiając jej ponowne przesłanie.

Dane szczegółowe statystyki ×

Poradnia

Okres spr.: Wrzesień 2020 30-09-2020 Data oceny: 30-09-2020

Dane statystyczne kategorii medycznej		Dane statystyczne kategorii świadczeniobiorcy				
	Przypadki pilne	Przypadki stabilne	Liczba aktywnych pozycji na ostatni dzień miesiąca	Liczba skreślonych w danym okresie rozliczeniowym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie rozliczeniowym	
Liczba oczekujących:	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="3"/>	Przyjęty na bieżąco	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Rzeczywisty czas oczekiwania:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Oczekujący	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Szacunkowy czas oczekiwania:	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="10"/>	Oczekujący dilo	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Liczba osób skreślonych w danym miesiącu:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Z prawem poza kolejnością	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Kontynuujący leczenie	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 3/6 miesiącach	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Przyjęty w stanie nagłym	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Liczba osób ze zmianą terminu na podstawie art. 20 ust. 9a ustawy	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>				

Potwierdzenia

Status: Do eksportu

F2 - podpowiadanie aktualnych wartości

Uwaga! Należy pamiętać, że statystyki są liczone narastająco. W razie aktualizacji statystyki za odległy okres sprawozdawczy (np. sprzed 4 miesięcy), konieczna jest również aktualizacja wszystkich statystyk następujących po tym miesiącu i przesłanie tych danych do NFZ.

8.9.5 Usunięcie statystyki

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#) > [Dane statystyki](#) > [Usuń](#)

W celu usunięcia statystyki należy przejść do powyższej ścieżki, otworzyć dwuklikiem wybraną [statystykę](#) i w oknie *Dane szczegółowe statystyki* wybrać przycisk **Usuń**.

Uwaga! Można dokonać usunięcia tylko statystyki, która jeszcze nie została eksportowana do NFZ (posiada status "Do eksportu"). Przy próbie usunięcia statystyki z innym statusem zostanie wyświetlony komunikat:



Nie można usunąć statystyki przesłanej do OW NFZ.

8.10 Pierwszy wolny termin

Świadczeniodawcy sprawozdający dane z zakresu list oczekujących są zobowiązani do przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

8.10.1 Wyznaczanie pierwszego wolnego terminu

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#)

Aby przygotować informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, należy podświetlić na liście harmonogram przyjęć, następnie wybrać przycisk **Dane harmonogramu** znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*.

Otwarte zostanie nowe okno dialogowe, w którego dolnej części znajduje się sekcja *Pierwszy wolny termin*, informująca o:

- dacie przygotowania danych o pierwszym wolnym terminie,
- dacie pierwszego wolnego terminu dla przypadków pilnych,
- dacie pierwszego wolnego terminu dla przypadków stabilnych,
- statusie eksportu.

Opis statusów mogących wystąpić w sekcji *Pierwszy wolny termin*:

- **Nowa pozycja** - oznacza, że żaden termin nie został jeszcze wyznaczony lub po wyznaczeniu nie został nigdy wysłany.
- **Do eksportu** – status nadawany po każdej modyfikacji danych, które wcześniej były wyeksportowane.
- **Wysłana** – status nadany po przesłaniu danych do NFZ.
- **Potwierdzona** – status nadany po odebraniu importu z systemu NFZ, potwierdzającego poprawne sprawozdanie danych.
- **Błąd** – status nadany po odebraniu importu z systemu NFZ, kwestionującego poprawne sprawozdanie danych.

Harmonogram przyjęć

Harmonogram

Nazwa: Długoterminowa opieka domowa

Rodzaj: Dla komórek organizacyjnych

Procedura: ... Ze znieczuleniem

Eksportuj do OW NFZ

Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii „Kontynuujący leczenie” po realizacji pozycji w kategorii „Oczekujący”

Harmonogram podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących

Komórka organizacyjna

Centralny kod komórki: ...

Kod resortowy cz. VII: 001

Kod resortowy cz. VIII: 2140 | ... Zespół długoterminowej opieki domowej

W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci

Pierwszy wolny termin

Data przygotowania: ... Wyznacz

Przypadki pilne: ... Status: **Nowa pozycja**

Przypadki stabilne: ... Historia Wyślij

0-3
4-9
10-15
16-18

Usun

Zatwierdź

Wyjście

Użytkownik może wyznaczyć informację o pierwszym wolnym terminie na dwa sposoby:

1. [Automatycznie](#) - za pomocą przycisku **Wyznacz**.
2. [Ręcznie](#).

W programie można również dokonać zbiorczego wyznaczenia pierwszego wolnego terminu dla wszystkich harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawcę. Funkcjonalność ta została opisana w rozdziale: [Zbiorcze uzupełnianie statystyk](#).

8.10.1.1 Wyznaczanie automatyczne

Do automatycznego wyznaczania pierwszych wolnych terminów służy przycisk **Wyznacz**, znajdujący się w oknie dialogowym *Harmonogram przyjęć*.

Program na podstawie listy osób oczekujących wprowadzonej do programu podpowiada pierwszy wolny termin dla przypadków pilnych i stabilnych. Podczas tego procesu uwzględniany jest kalendarz pracy komórki - w przypadku, gdy pierwszy wolny termin wypada w dzień, który został zdefiniowany w kalendarzu placówki jako wolny, zostanie wyznaczony najwcześniejszy dzień roboczy z [kalendarza komórki](#).

Ponadto pacjenci, którzy zostali [wpisani do harmonogramu](#) przyjęć z zaznaczeniem pola "Termin na życzenie pacjenta" będą pomijani podczas wyznaczania pierwszego wolnego terminu.

W przypadku braku osób oczekujących w harmonogramie przyjęć, daty dla przypadków pilnych i stabilnych równe będą dacie przygotowania sprawozdania. Natomiast data podpowiadana w polu "Data przygotowania" zawsze będzie datą bieżącą.

Wybranie przycisku **Zatwierdź** zapisuje zmiany. Tak wyznaczony pierwszy wolny termin można sprawozdać do OW NFZ poprzez wykonanie [eksportu](#).

Uwaga! Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, pierwsze wolne terminy wyznaczane są na podstawie pozycji harmonogramu przyjęć posiadających kategorię świadczeniobiorcy: "Oczekujący".

8.10.1.2 Wyznaczanie ręczne

Aby ręcznie wyznaczyć pierwszy wolny termin należy w sekcji *Pierwszy wolny termin* dokonać ręcznego wyboru dat w odpowiednich polach. Daty można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z kalendarza, dostępnego po rozwinięciu listy w wybranym polu.

Pierwszy wolny termin

Data przygotowania: 2017-08-08 Wyznacz

Przypadki pilne: sierpień 2017 Do eksportu

Przypadki stabilne: Pn Wt Śr Cz Pt So N Historia

Data oceny: 31 1 2 3 4 5 6

Data oceny: 7 8 9 10 11 12 13

Data oceny: 14 15 16 17 18 19 20

Data oceny: 21 22 23 24 25 26 27

Data oceny: 28 29 30 31 1 2 3

Data oceny: 4 5 6 7 8 9 10

Dziś: 2017-08-08

Usuń Zatwierdź Wyjście

Aby tak wprowadzone i zatwierdzone dane zostały przekazane do OW NFZ, zaleca się wyłączyć parametr **"Wyznacz pierwszy wolny termin na podstawie pozycji w kolejce"** w oknie [eksportu](#).

8.10.2 Przegląd pierwszych wolnych terminów

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#) > [Historia](#)

Aby otworzyć przegląd wysłanych pierwszych wolnych terminów, należy wybrać przycisk **Historia**, znajdujący się w sekcji [Pierwszy wolny termin](#).

Otwarte zostanie nowe okno dialogowe, w którym można uzyskać informacje o dacie przygotowania danych o pierwszym wolnym terminie, o wyznaczonych terminach dla przypadków pilnych i stabilnych, o statusie eksportu itd.

Data przygotowania	Przypadki pilne	Przypadki stabilne	Data eksportu	Nr eksportu	Status potwierdzenia	Kod błędu
2016-10-17	2016-10-17	2016-11-17	2016-10-18	2485		
2016-07-04	2016-07-04	2016-09-05	2016-07-04	2457	Potwierdzona	
2016-06-27	2016-06-27	2016-09-05	2016-06-27	2453	Potwierdzona	
2016-06-20	2016-06-20	2016-09-05	2016-06-20	2451	Potwierdzona	
2016-06-13	2016-06-13	2016-09-05	2016-06-13	2449	Potwierdzona	
2016-06-06	2016-06-06	2016-09-05	2016-06-06	2444	Potwierdzona	

8.10.3 Eksport pierwszych wolnych terminów

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Harmonogramy przyjęć](#)

Poprawny eksport pierwszych wolnych terminów dla harmonogramów przyjęć wymaga posiadania ustawionej aktualnie obowiązującej wersji komunikatu eksportu. Jej wyboru dokonuje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Eksport](#).

Aby wysłać do NFZ informację o pierwszym wolnym terminie, należy w oknie eksportu harmonogramów przyjęć wykonać poniższe czynności:

1. W polu "Typ danych" wybrać wartość **Terminy**. Wartość ta podpowiada się domyślnie, ze względu na konieczność częstej sprawozdawczości.
2. W polu "Miesiąc sprawozdawczy" wybrać miesiąc, za który będzie wykonywany eksport. System domyślnie podpowiada bieżący miesiąc sprawozdawczy.
3. Opcjonalnie w polu "Kody komórek" można rozwinąć listę i usunąć zaznaczenie dla komórek, dla których inf. o wolnym terminie nie mają być eksportowane. Na liście zostały domyślnie zaznaczone wszystkie kody komórek.
4. Wybrać przycisk **Eksportuj**, który rozpocznie proces przekazywania danych.

Opis wybranych pól formatki i zrzut ekranu znajdują się w rozdziale: [Eksport statystyk](#).

8.11 Ocena harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Ocena](#)

W wersji **Plus** aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność przeprowadzania oceny harmonogramów przyjęć.

Harmonogramy przyjęć podlegają okresowej ocenie (co najmniej raz w miesiącu):

- w szpitalu - przez zespół oceny przyjęć powołany przez świadczeniodawcę,
- w AOS - przez kierownika świadczeniodawcy,
- w pozostałych przypadkach - przez świadczeniodawcę.

Do zadań zespołu oceny harmonogramu przyjęć należy przeprowadzenie oceny pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

Aby przeglądać oceny poszczególnych harmonogramów, należy wybrać przycisk **Ocena**, znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*. W górnym oknie prezentowana jest lista aktualnych harmonogramów przyjęć, z kolei w dolnym oknie szczegółowe informacje o przeprowadzonych ocenach wybranego harmonogramu.

The screenshot displays the 'Harmonogram przyjęć - oceny' application. The top window, titled 'Harmonogram przyjęć - oceny', contains a search panel on the left and a table of harmonograms. The table has columns: 'Nazwa harmonogramu', 'Kod...', 'Kod res. cz. VIII', '...', 'Kod procedury', and 'Nazwa procedury'. The third row is selected, showing 'Poradnia stomatologiczna' with codes '19...', '1800', and '0..', and procedure 'REHABILITACJA NEUROLOGICZNA'. The bottom window, titled 'Poradnia stomatologiczna (190275)', shows a table for evaluation periods. The table has columns: 'Data oceny', 'Okres oceny' (with sub-columns 'od' and 'do'), 'Łączna liczba' (with sub-columns 'skreślonych' and 'zmienionych'), 'Liczba oczekujących', and 'Średni czas oczekiwania'. The first row shows data for '2019-11-06' with dates '01-10-2019' to '31-10-2019', counts of 0 and 0, 6 waiting patients, and an average wait time of 19. At the bottom of the bottom window, there are two buttons: 'Nowa ocena' and 'Dane oceny', with the latter highlighted by a red box.

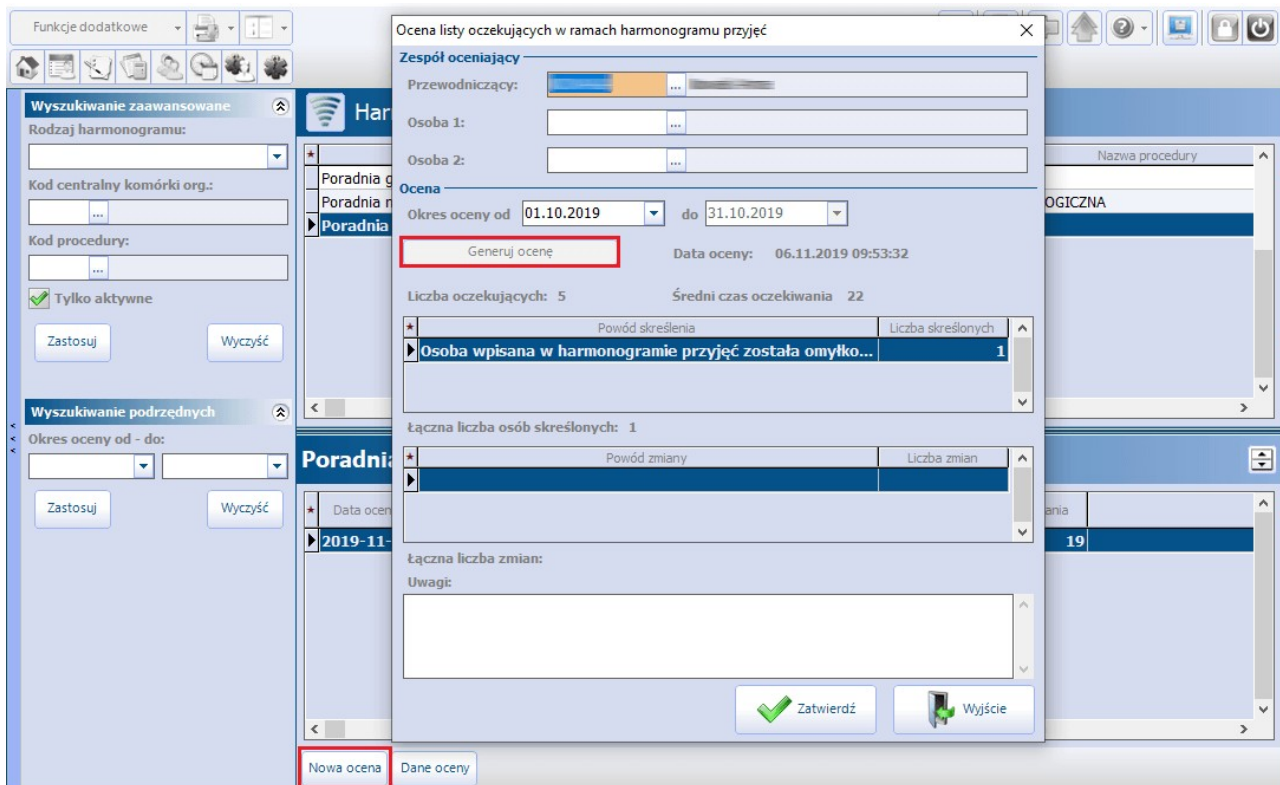
W celu podejrzenia danych oceny należy w górnym oknie zaznaczyć harmonogram przyjęć na liście, a w dolnym oknie zaznaczyć interesującą datę oceny. Dane oceny otwiera się poprzez wybranie przycisku **Dane oceny**. Zostanie otwarte okno dialogowe *Ocena listy oczekujących w ramach harmonogramu przyjęć* prezentujące dane oceny harmonogramu. Zatwierdzonych danych nie można modyfikować. W razie konieczności poprawienia oceny, należy dokonać jej usunięcia i ponownego wyznaczenia. W tym celu należy otworzyć szczegółowe dane oceny i wybrać przycisk **Usuń**.

8.11.1 Dodanie oceny harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Ocena](#) > [Nowa ocena](#)

Aby utworzyć nową ocenę dla harmonogramu przyjęć, należy wykonać poniższe czynności:

- Przejdź do powyższej ścieżki i w oknie *Harmonogram przyjęć - oceny* zaznaczyć na liście harmonogram, który będzie oceniany. Następnie wybrać przycisk **Nowa ocena**, znajdujący się w dolnym panelu okna.
- W oknie *Ocena listy oczekujących w ramach harmonogramu przyjęć* uzupełnić nast. dane:
 - Dane osób tworzących zespół oceniających kolejkę. W przygotowanych polach: **Przewodniczący, Osoba 1, Osoba 2** wybrać z dostępnego słownika osoby personelu, które tworzą zespół oceniający. Podczas dodawania kolejnej oceny dla kolejki, program będzie podpowiadał skład zespołu wybrany poprzednim razem.
 - Okres, za który będzie tworzona ocena w polu "**Okres oceny od**". Okres oceny zawsze dotyczy jednego miesiąca, dlatego system automatycznie podpowiada ostatni dzień miesiąca w polu "Okres oceny do".
- Wybrać przycisk **Generuj ocenę**. Na podstawie danych ewidencjonowanych w programie zostaną wyświetlone dane dotyczące liczby osób (szczegóły poniżej).
- W przygotowanym polu tekstowym można wprowadzić dodatkowe uwagi, następnie zapisać dane przyciskiem **Zatwierdź**.



Po wygenerowaniu oceny, w oknie zostaną wyświetlone dane statystyczne harmonogramu przyjęć za wskazany okres oceny tj.:

- Liczba oczekujących - osoby aktywne wpisane do kolejki.
- Średni czas oczekiwania - wynik algorytmu wykorzystywanego w statystykach do obliczenia średniego czasu oczekiwania.
- Łączna liczba osób skreślonych - liczba osób skreślonych w ocenianym okresie.
- Łączna liczba zmian - liczba osób, którym zmieniono termin lub kategorię.

Ponadto, w dostępnych tabelkach zostaną wyświetlone podsumowane powody skreśleń oraz zmian, jakie zostały zaewidencjonowane w ocenianym okresie.

W dostępnym polu tekstowym "Uwagi" można wprowadzić dodatkowy opis dotyczący dokonanej oceny.

Uwaga! Jeśli w pierwszej kolejności zostanie dokonana ocena harmonogramu przyjęć, to podczas [tworzenia statystyki](#) do tego harmonogramu program automatycznie uzupełni pole "Data oceny".

8.12 Integracja z systemem AP-KOLCE

W programie mMedica dostępna jest funkcjonalność obsługi systemu AP-KOLCE dla harmonogramów przyjęć do procedur wysokospecjalistycznych.

Uwaga! W celu poprawnej komunikacji programu mMedica z systemem AP-KOLCE należy nadać użytkownikom, którzy dokonują operacji na harmonogramach przyjęć (wpis, modyfikacja itd.), następujące uprawnienia:

- a) **w programie mMedica** - wprowadzić dane użytkownika z odpowiednimi uprawnieniami w systemie AP-KOLCE w sekcji [Systemy NFZ](#) w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 2. eRejestracja / Systemy NFZ](#).
- b) **na Portalu Świadczeniodawcy** - nadać pracownikowi uprawnienia do zarządzania systemem AP-KOLCE w sekcji [Edycja uprawnień użytkowników - dla systemów DILO, KOLCE](#), zaznaczając opcję "Zarządzanie modułem kolejek centralnych".

Aby włączyć funkcjonalność, należy zaznaczyć parametr "**Komunikacja z AP-KOLCE**" znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja > Inne](#). Od tego momentu wykonywanie wymienionych poniżej operacji na harmonogramach przyjęć, będzie powodować przekazywanie danych do systemu AP-KOLCE:

- a) dodanie nowej pozycji do harmonogramu przyjęć dla procedury wysokospecjalistycznej,
- b) modyfikacja pozycji tj. zmiana terminu, kategorii, wykreślenie pozycji, przywrócenie pozycji,
- c) wyznaczenie pierwszego wolnego terminu.

Jeżeli zalogowany użytkownik programu mMedica jest powiązany z użytkownikiem posiadającym uprawnienia do systemu AP-KOLCE (zgodnie z wcześniejszym opisem), wykonywanie przez niego operacji na harmonogramie przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej będzie powodować przekazywanie poprzez webservice do systemu AP-KOLCE informacji o zmianach w trybie bieżącym. W przeciwnym wypadku, a także w sytuacji wystąpienia problemu z połączeniem z systemem AP-KOLCE lub błędów blokujących komunikację, dane gromadzone są na zasadzie "kolejkowania" do późniejszej zbiorczej wysyłki poprzez usługę mmService zainstalowaną na serwerze. Zbiorcza synchronizacja danych z systemem AP-KOLCE wykonywana jest automatycznie przez usługę mmService domyślnie co 3 godziny. Użytkownicy posiadający dodatkowy moduł Menedżer eksportów mogą zaplanować częstszą automatyczną synchronizację danych poprzez modyfikację zadania "Synchronizacja z AP-KOLCE" w Harmonogramie Zadań mMedica.

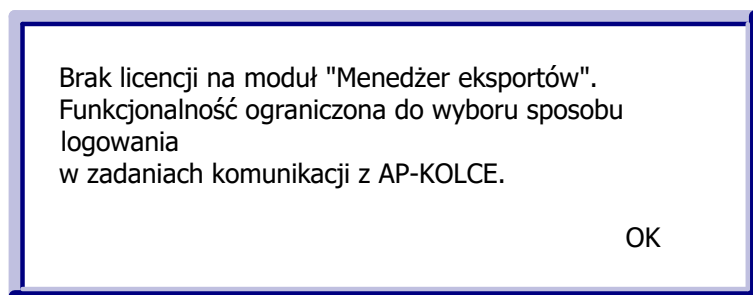
Wysyłka informacji do systemu AP-KOLCE dokonuje się "w tle". Dodatkowe komunikaty wyświetlane są tylko w przypadku wystąpienia błędów.

Uwaga!

W aplikacji mMedica istnieje wymóg powiązania zadań automatycznej synchronizacji danych z użytkownikiem posiadającym odpowiednie uprawnienia w systemie AP-KOLCE. W przypadku jego niespełnienia automatyczna synchronizacja danych przez usługę mmService nie będzie możliwa. W celu powiązania zadań z użytkownikiem należy wykonać następujące kroki:

1. Przejdź do: [Zarządzanie > Operacje techniczne > Harmonogram zadań](#).

Dostęp do powyższej opcji możliwy jest również przy braku aktywnego modułu dodatkowego "Menedżer eksportów". W takim wypadku pojawi się komunikat:



Należy zatwierdzić go przyciskiem **OK**.

2. W oknie *Harmonogram zadań* wyświetlą się zadania synchronizacji z systemem AP-KOLCE. Należy zaznaczyć odpowiednie zadanie i w oknie jego danych uzupełnić sekcję Sposób logowania do serwera NFZ.

Uwaga! W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica zadanie "Synchronizacja dat ocen z AP-Kolce" zostało domyślnie wyłączone. Obecnie nie ma możliwości jego włączenia ani utworzenia.

Harmonogram zadań

*	Typ	Data rozpoczęcia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Synchronizacja pozycji z AP-Kolce	17-08-2017 00:00	Co kilk
<input type="checkbox"/>	Synchronizacja słowników CSIOZ	27-12-2018 00:00	Co kilk
<input type="checkbox"/>	Komunikacja z ZSMOPL	27-03-2019 00:01	Co kilk
<input checked="" type="checkbox"/>	Synchronizacja pierwszych wolnych terminów z AP-Kolce	19-07-2019 00:00	W wyt
<input checked="" type="checkbox"/>	Synchronizacja dat ocen z AP-Kolce	19-07-2019 00:00	Co mie

[Wybrana pozycja]

Rodzaj: Synchronizacja pozycji z AP-Kolce

Prześlij raport na:

Wykonaj: Co kilka godzin Data rozpoczęcia: 2017-08-17 00:00

Co godzin

Sposób logowania do serwera NFZ

Użytkownik:

Login: **Hasło:** **Typ świadczeniodawca**

Id lekarza:

Sposób logowania może być uzupełniony poprzez wskazanie użytkownika aplikacji mMedica powiązanego z użytkownikiem posiadającym uprawnienia do systemu AP-KOLCE (parametr **Użytkownik**) lub poprzez bezpośrednie wypełnienie danych użytkownika z uprawnieniami w systemie AP-KOLCE (parametr **Login**).

Uwaga! W przypadku skorzystania z opcji **Użytkownik** zadanie pobiera parametry logowania do systemu AP-KOLCE wprowadzone w danych użytkownika. W takiej sytuacji wystarczająca jest aktualizacja hasła w danych wskazanego użytkownika, w rejestrze użytkowników systemu mMedica ([Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)). Natomiast jeżeli sposób logowania został uzupełniony poprzez zaznaczenie parametru **Login** i wpisanie w odpowiednich polach loginu i hasła, należy pamiętać o aktualizacji hasła bezpośrednio w tym miejscu (w danych zadania) każdorazowo po jego zmianie po stronie systemu NFZ.

Edycja innych danych powyższych zadań będzie możliwa tylko w przypadku posiadania na stacji aktywnego modułu dodatkowego "Menedżer eksportów".

Historię automatycznej synchronizacji oraz jej ewentualne błędny można podejrzeć po zaznaczeniu harmonogramu przyjęć w oknie *Harmonogram przyjęć* i wybraniu w lewym górnym rogu ekranu opcji: [Funkcje dodatkowe > Raport z synchronizacji AP-KOLCE](#).

W przypadku aktywnego modułu dodatkowego "Menedżer eksportów" historię wykonań poszczególnych zadań automatycznej synchronizacji można sprawdzić po zaznaczeniu zadania w oknie *Harmonogram zadań* ([Zarządzanie > Operacje techniczne > Harmonogram zadań](#)) i wybraniu przycisku **Historia wykonań** zlokalizowanego w górnej części okna.

8.12.1 Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć - wpis do AP-KOLCE

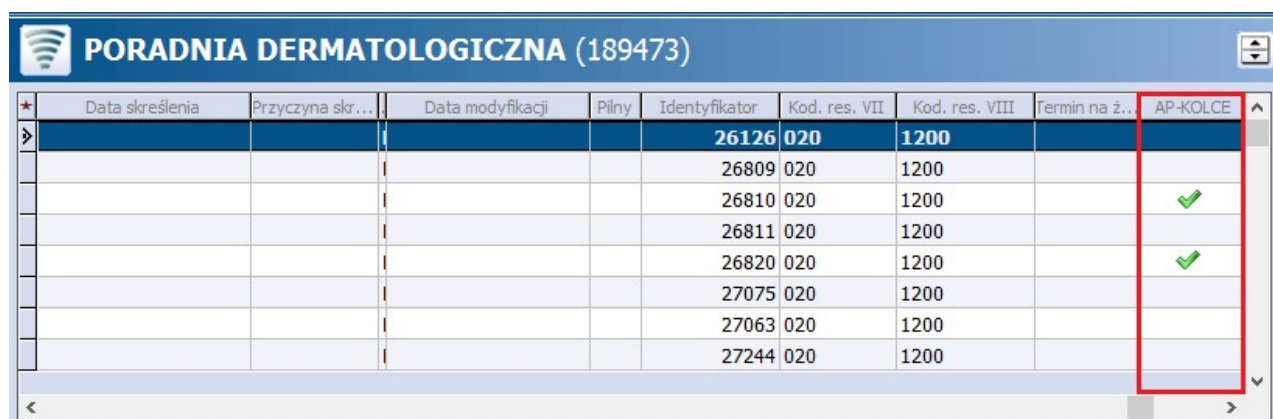
Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Nowa pozycja](#)

Aby dodać pacjenta jednocześnie do harmonogramu przyjęć w programie mMedica i do systemu AP-KOLCE należy:

1. Na Portalu Świadczeniodawcy posiadać uprawnienia do systemu KOLCE, a w programie mMedica posiadać uzupełnione dane logowania do systemu eWUŚ.
2. Wykonać czynności opisane w rozdziale: [Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć](#), w szczególności:
 - a) Wskazać harmonogram przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej.
 - b) Na formatce *Nowa pozycja harmonogramu przyjęć* wypełnić wymagane dane, a w szczególności dane wymagane przez system AP-KOLCE (rozdział [Szczegółowe dane pozycji](#)).
3. Po wprowadzeniu danych zapisać je za pomocą przycisku **Zatwierdź**.

Dodanie pozycji do harmonogramu przyjęć w programie mMedica skutkuje przekazaniem tej informacji do systemu AP-KOLCE na zasadach określonych w opisie sposobu [integracji z systemem AP-KOLCE](#).

Pozycje w harmonogramie przyjęć, które zostały powiązane/wysłane do systemu AP-KOLCE posiadają oznaczenie na liście pozycji danego harmonogramu:



Data skreślenia	Przyczyna skr...	Data modyfikacji	Pilny	Identyfikator	Kod. res. VII	Kod. res. VIII	Termin na ż...	AP-KOLCE
				26126	020	1200		
				26809	020	1200		
				26810	020	1200		✓
				26811	020	1200		✓
				26820	020	1200		
				27075	020	1200		
				27063	020	1200		
				27244	020	1200		

8.12.2 Pierwszy wolny termin - AP-KOLCE

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#)

Program mMedica posiada funkcjonalność przekazywania danych o pierwszym wolnym terminie do systemu AP-KOLCE.

Aby wyznaczyć pierwszy wolny termin dla harmonogramu przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej, należy podświetlić go na liście, następnie wybrać przycisk **Dane harmonogramu**, znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*. Otwarte zostanie nowe okno dialogowe, gdzie w sekcji *Pierwszy wolny termin* dokonuje się wyznaczenia danych. Użytkownik może wyznaczyć informację o pierwszym wolnym terminie na dwa sposoby:

1. [Automatycznie](#) - za pomocą przycisku **Wyznacz**.
2. [Ręcznie](#).

Dane, które zostaną wprowadzone w sekcji *Pierwszy wolny termin*, zostaną przesłane do systemu AP-KOLCE w trybie bieżącym po naciśnięciu przycisku **Wyślij**.

Pierwszy wolny termin jest również wyznaczany i przesyłany automatycznie poprzez usługę mmService (działającą na serwerze) codziennie od poniedziałku do piątku, domyślnie o godzinie 00:00 lub po uruchomieniu usługi mmService. Użytkownicy, posiadający dodatkowy moduł "Menedżer eksportów", mają możliwość ustawienia innych dni i godziny wykonywania tego zadania w Harmonogramie Zadań mMedica.

W oknie edycji danych powyższego zadania dostępny jest parametr **"Wyznacz pierwszy wolny termin na podstawie pozycji w harmonogramie"**.

The screenshot shows a configuration window for a task named "Synchronizacja pierwszych wolnych terminów z AP-Kolce". The task is active. The configuration includes fields for "Prześlij raport na adres:", "Prześlij raport:" (set to "Zawsze"), "Wykonaj:" (set to "W wybranych dniach"), and "Data rozpoczęcia:" (set to "2019-07-19 00:00"). The "W dniach:" field is set to "Poniedziałek, Wtorek, Środa, Czwartek, Piątek". Under "Sposób logowania do serwera NFZ", the "Użytkownik:" radio button is selected. The "Pierwszy wolny termin" section has a checked checkbox for "Wyznacz pierwszy wolny termin na podstawie pozycji w harmonogramie", which is highlighted with a red box. Below it is the "Szczegóły ostatniego wykonania" section.

Parametr ten jest domyślnie włączony. Jego wyłączenie powoduje, że podczas wykonywania zadania przez usługę mmService pierwszy wolny termin nie jest wyznaczany automatycznie, tylko przesyłane są daty wyznaczone przez użytkownika w danych harmonogramu przyjęć.

W celu zmiany ustawienia parametru należy przejść do

[Zarządzanie > Operacje techniczne > Harmonogram zadań](#)

i po zaznaczeniu zadania "Synchronizacja pierwszych wolnych terminów z AP-Kolce" na dole, w oknie jego danych, odznaczyć/zaznaczyć pole przy nazwie parametru.

Dokonanie powyższej zmiany nie wymaga posiadania modułu Menedżer Eksportów.

8.12.3 Usunięcie harmonogramu przyjęć - AP-KOLCE

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć > Dane harmonogramu](#)

Aby usunąć harmonogram przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej, należy wykonać czynności opisane w rozdziale: [Usunięcie harmonogramu przyjęć z programu](#). Dodatkowo, usunięcie takiego harmonogramu wymaga określenia przyczyny poprzez wybranie jednej z opcji, które zostaną wyświetlone w oknie dialogowym:

- **Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę** - harmonogram otrzyma status "Nieaktualny", a pacjenci zostaną wykreśleni z podaniem przyczyny "Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju". Informacja ta zostanie przekazana do AP-KOLCE.
- **Przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy** - otwarta zostanie funkcjonalność [przeniesienia pacjentów](#) między harmonogramami przyjęć. Informacja ta zostanie przekazana do AP-KOLCE.

8.12.4 Ręczna synchronizacja danych

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Synchronizacja z AP-KOLCE](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki i wybraniu opcji "Synchronizacja z AP-KOLCE", dokonuje się ręcznej synchronizacji danych pomiędzy systemami mMedica oraz AP-KOLCE. Wywołanie tej funkcji powoduje dwustronne działanie:

- pobranie danych z systemu AP-KOLCE i zapisanie ich w aplikacji (tylko aktywnych pozycji),
- powiązanie pozycji harmonogramu przyjęć dodanych w programie mMedica z odpowiadającymi im pozycjami zaewidencjonowanymi bezpośrednio w systemie AP-KOLCE,
- zakolejkowanie pozycji, które nie mają swoich odpowiedników po stronie systemu AP-KOLCE, do przekazania ich do AP-KOLCE poprzez zadanie automatycznej synchronizacji opisane w rozdziale [Integracja z systemem AP-KOLCE](#).

Od wersji 10.4.0 aplikacji mMedica przy zastosowaniu powyższej opcji w przypadku harmonogramu przesyłanego do AP-KOLCE, który nie istnieje po stronie tego systemu lub istnieje, ale w systemie tym nie posiada żadnych pozycji, wyświetlany jest komunikat o treści: **"Nie znaleziono w systemie AP-Kolce żadnej pozycji od synchronizacji"**.

Natomiast dla harmonogramu, który nie jest sprawozdawany do AP-KOLCE, omawiana opcja będzie nieaktywna.

Rozdział

9

Deklaracje POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#)



lub przycisk **DEKLARACJE** w oknie startowym programu

Na formatce *Lista deklaracji*, prezentowana jest lista wszystkich aktywnych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej środowiskowej złożonych w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. Deklaracje posortowane są w kolejności alfabetycznej, a pozycje na liście mogą się powtarzać, ponieważ jedna osoba może mieć złożone deklaracje do kilku list aktywnych.

Funkcjonalność służy do:

1. Wykonywania działań na deklaracjach:
 - Dodanie nowej deklaracji
 - Podejrzenie danych wybranej deklaracji
 - Usunięcie deklaracji, która nie została jeszcze wyeksportowana
 - Zbiorcze wycofanie wybranych deklaracji
 - Zbiorcze kopiowanie wybranych deklaracji
 - Zmiana daty wycofania deklaracji
2. Wykonywania innych działań związanych z deklaracjami:
 - Wydrukowanie formularza deklaracji wyboru, zawierającego już dane pacjenta
 - Sprawdzenie statusu eWUŚ dla wybranych osób z listy deklaracji
 - [Zbiorcze dodawanie wizyt](#) dla osób wybranych z listy - funkcjonalność dostępna w wersji **mMedica +**

Z kolei, za pomocą menu "[Funkcje dodatkowe](#)" znajdującego się w lewym górnym rogu formatki, można wykonywać dodatkowe działania na deklaracjach jak: zbiorcza zmiana roku szkolnego, zbiorcze uzupełnienie danych w deklaracjach itd.

Aby prawidłowo przekazać do NFZ informacje o złożonych deklaracjach należy kolejno:

1. Dodać nową deklarację wyboru.
2. Utworzyć osobne sprawozdanie POZ dla każdej z list aktywnych.
3. Wykonać eksport deklaracji POZ dla każdej z list aktywnych.

9.1 Konfiguracja deklaracji

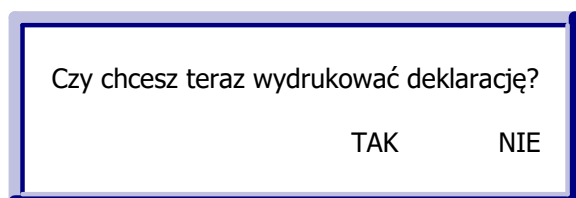
Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#)

Przed rozpoczęciem pracy zalecane jest skonfigurowanie programu, co może znacząco wpłynąć na komfort pracy.



Sekcja: [Przegląd i edycja](#)

- **Wyświetlaj dane medycyny szkolnej** - zaznaczenie parametru spowoduje wyświetlanie dodatkowych kolumn z danymi (szkoła, klasa, fluoryzacja) w oknach zawierających informacje o deklaracjach np. [Kartoteka pacjentów](#) > [Deklaracje](#) lub Deklaracje.
- **Drukuj podczas zatwierdzania** - podczas zatwierdzania wprowadzanej deklaracji (poprzez użycie przycisku **Zatwierdź**) zostanie wydrukowana deklaracja wyboru, po uprzednim zatwierdzeniu komunikatu:



Sekcja: [Obsługiwane listy aktywne](#)

W sekcji zaznacza się listy aktywne, które są obsługiwane w placówce medycznej. Na podstawie dokonanego wyboru, w oknie dodawania nowej deklaracji będą wyświetlane zakładki, odpowiadające wybranym listom aktywnym. Przykład: jeśli placówka nie realizuje świadczeń medycyny szkolnej można usunąć zaznaczenie w polu "Medycyna szkolna".

Nowa deklaracja

Pacjent

PESEL: * Status: * Data ur.: *

Nazwisko: * Nazwisko rodowe: Imię: *

Adres zamieszkania Brak danych **Adres do korespondencji**

Ulica i numer: * / Ulica i numer:

Kod poczt.: Gmina: Kod poczt.:

Miejscowość: * Tel.: Miejscowość:

Listy aktywne

1 Lekarze **2 Pielęgniarki**

Wybór świadczeniodawcy

Data wyboru: Który raz w tym roku: Pierwszy lub drugi Trzeci i kole

Powód kolejnego wyboru: Przyczyna:

9.2 Dodanie deklaracji

Ścieżka: [Deklaracje](#) > [Nowa deklaracja](#)

lub [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Przegląd deklaracji](#) > [Nowa deklaracja](#)

lub [Kartoteka pacjentów](#) > [Deklaracje](#) > [Nowa deklaracja](#)

Aby wprowadzić do programu nową deklarację należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejść do formatki *Lista deklaracji* i wybrać przycisk **Nowa deklaracja**.
2. Uzupełnić dane pacjenta, któremu będzie dodawana deklaracja wyboru:
 - a) Jeśli pacjent został już wprowadzony do programu, należy w polu "PESEL" wybrać przycisk i wskazać pacjenta ze słownika, do którego zostanie przekierowany użytkownik.
 - b) Jeśli pacjent nie został jeszcze wprowadzony do programu, należy w polu "PESEL" wpisać ręcznie jego PESEL i uzupełnić pozostałe pola jego danymi osobowymi. Zatwierdzenie danych spowoduje równoczesne dodanie pacjenta do bazy i złożenie mu deklaracji.

Od wersji 9.10.0 aplikacji mMedica w sekcji [Opiekunowie](#) podpowiadani są opiekunowie wprowadzeni w danych wskazanego pacjenta. W polu "Dane pierwszego opiekuna" podpowiadany jest opiekun ustawiony jako domyślny. Jeżeli w danych pacjenta dodano dwóch opiekunów, drugi z nich podpowie się w polu "Dane drugiego opiekuna", natomiast w przypadku istnienia większej ilości opiekunów wspomniane wcześniej pole będzie domyślnie puste. Użytkownik może w nim wybrać opiekuna z listy opiekunów pacjenta, wyświetlanej po wyborze przycisku .

Jeżeli deklaracja składana jest dla pacjenta, który jeszcze nie został wprowadzony do programu, w słowniku dostępnym w sekcji [Opiekunowie](#) widoczni będą wszyscy pacjenci z kartoteki pacjentów. Jeżeli pacjent ma mieć przypisanych opiekunów, należy wybrać właściwych (w razie konieczności wprowadzić ich wcześniej do kartoteki).

3. Następnie w sekcji *Listy aktywne* należy wybrać odpowiednią zakładkę, odpowiadającą liście aktywnej. Wypełnienie zakładek pozwoli złożyć jednocześnie kilka różnych deklaracji (dla wybranych list aktywnych) dla jednego pacjenta.
4. Uzupełnić obowiązkowe pola, które zostały oznaczone (*).

Nowa deklaracja

Pacjent

PESEL: * eWUŚ Status: * Data ur.: * Płeć: *

Nazwisko: * Nazwisko rodowe: Imię: * Drugie imię:

Dowód osobisty: Paszport:

Opiekunowie

Dane pierwszego opiekuna:

Dane drugiego opiekuna:

Adres zamieszkania Brak danych **Adres do korespondencji** Taki sam jak adres zamieszkania

Ulica i numer: * /

Kod poczt.: Gmina:

Miejscowość: * Tel.:

Ulica i numer: /

Kod poczt.: Gmina: *

Miejscowość: Tel.:

e-mail:

Opis wybranych pól znajdujących się w dolnej części okna:

- **Data wyboru** - data wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. **Od wersji 9.0.0 aplikacji mMedica pole te jest widoczne tylko w danych wcześniej wprowadzonych deklaracji, w których informacja o dacie wyboru została uzupełniona.** Natomiast nie pojawia się już w oknie nowo dodawanej deklaracji.
- **Który raz w tym roku** - ilość razy w ciągu roku, kiedy pacjent złożył deklarację wyboru świadczeniodawcy. Należy zaznaczyć właściwe pole.
- **Powód kolejnego wyboru** - pole aktywne do edycji w przypadku 3. i każdego następnego wyboru w roku. Należy wskazać odpowiednią pozycję na liście rozwijalnej.
- **Miejsce złożenia** - domyślnie podpowiadana jest wartość "N - nie dotyczy".
- **Dokument** - pole podświetla się w przypadku dodawania deklaracji pacjentowi, któremu nie nadano nr PESEL. Jeśli wraz z deklaracją wymagane jest przekazanie do NFZ dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne, należy skorzystać z przycisku wyboru . Szczegóły w rozdziale: [Deklaracja pacjenta z UE](#).
- **Data zgłoszenia** - data złożenia deklaracji przez pacjenta.
- **Powód kolejnego zgłoszenia** - działanie analogiczne jak w przypadku pola "Powód kolejnego wyboru".

Listy aktywne

1 Lekarze **2 Pielęgniarki** **3 Położne** **4 Medycyna szkolna**

Wybór świadczeniodawcy

Data wyboru: Który raz w tym roku: Pierwszy lub drugi Trzeci i kolejny

Powód kolejnego wyboru: Przyczyna:

Dane deklaracji

Kategoria podopiecznego: Podtyp szkoły/wskaźnik:

Miejsce złożenia: * Nie dotyczy Placówka: * Poradnia

Powód kolejnego zgłoszenia: Przyczyna:

Miejsce nauki:

Dokument:

Data zgłoszenia: * Który raz w tym roku: * Pierwszy lub drugi Trzeci i kolejny

Pacjent ma aktywną deklarację na liście Lekarze

Personel: *

W przypadku kiedy pacjent ma już złożoną deklarację, w sekcji *Dane deklaracji* pojawi się komunikat, który o tym poinformuje (zdj. powyżej). Wprowadzenie nowej deklaracji spowoduje automatyczne wycofanie deklaracji pacjenta istniejącej już w systemie, co zostanie potwierdzone komunikatem:

Pacjent ma już aktywne deklaracje na wybrane listy.
Czy chcesz dodać nowe deklaracje i wycofać stare?

Tak Nie

Od wersji 9.10.0 aplikacji mMedica w sekcji [Zgłaszający](#), dostępnej na dole okna, podpowiadane są dane opiekuna domyślnego. W razie konieczności można wskazać opiekuna z dostępnego słownika, zawierającego listę wszystkich opiekunów wybranego z kartoteki pacjenta lub listę wszystkich pacjentów z kartoteki, w przypadku składania deklaracji dla pacjenta, który nie był wcześniej wprowadzony do programu.

Zgłaszający

Imię i nazwisko:

9.2.1 Deklaracja pacjenta z UE

Aby złożyć deklarację POZ pacjentowi bez nadanego numeru PESEL, uprawnionemu na podstawie przepisów o koordynacji należy dodatkowo wskazać jeden z poniższych dokumentów ubezpieczeniowych:

- Poświadczenie formularza typu **E106**
- Poświadczenie formularza typu **E109**

W tym celu należy wykonać poniższe kroki:

1. Wprowadzić do bazy pacjenta zgodnie z instrukcją ['Dodanie pacjenta z UE'](#).
2. Uzupełnić dane na deklaracji wyboru zgodnie z instrukcją ['Dodanie deklaracji'](#).
3. W sekcji *Dane deklaracji* wybrać przycisk znajdujący się w polu "Dokument". Zostanie otwarte okno *Słownik dokumentów UE*, prezentujące dokumenty ubezpieczeniowe danego pacjenta.
4. Zaznaczyć na liście odpowiedni dokument i zatwierdzić wybór przyciskiem **Wybierz**, znajdującym się w górnym panelu okna.
5. Zatwierdzić wprowadzaną deklarację.

Deklaracja: Kowalski Jan (M) 0000000000

Pacjent

PESEL: * 00000000000 Status: * U – cudzoziemiec z UE Data ur.: * 1968-09-16 Płeć: * Mężczyzna

Nazwisko: * Kowalski Nazwisko rodowe: Imię: * Jan Drugie imię:

Adres zamieszkania Brak danych **Adres do korespondencji** Takı sam jak adres zamieszkania

Ulica i numer: Wojewódzka * 1 / Ulica i numer: Wojewódzka 1 /

Kod poczt.: 41-110 Gmina: 2469011 M. Katowice (miasto) Kod poczt.: 41-110 Gmina: * 2469011 M. Katowice (miasto)

Miejscowość: * 0937474 ... Katowice Tel.: 100-000-000 Miejscowość: 0937474 ... Katowice Tel.: 100-000-000

Listy aktywne

1 Lekarze **2 Pielęgniarki** **3 Położne** **4 Medycyna szkolna**

Wybór świadczeniodawcy

Data wyboru: Który raz w tym roku: 1

Dane deklaracji

Kategoria podopiecznego: Podtyp szkoły/wskaźnik:

Miejsce złożenia: * N ... Nie dotyczy Placówka: *

Miejsce nauki:

Dokument:

Data zgłoszenia: * Który raz w tym roku: * 1

9.2.2 Deklaracja pacjenta z Ukrainy

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ 104/2015/DI z dnia 29 grudnia 2015 r. od 01 lutego 2015 r. obowiązuje wersja komunikatu eksportu DEKL 5;1.7. Umożliwia ona przekazywanie deklaracji w przypadku cudzoziemców bez nadanego numeru PESEL i posiadających prawo do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Uwaga! Warunkiem koniecznym do prawidłowego sprawozdania deklaracji POZ dla takiego pacjenta jest uzupełnienie serii i numeru dowodu osobistego lub paszportu w [danych pacjenta](#). W przypadku niewprowadzenia tych danych podczas zatwierdzania deklaracji, pojawi się komunikat:



Brak innego identyfikatora pacjenta.

Poniższa instrukcja przedstawia sposób ewidencji pacjenta spoza UE, posiadającego **zgoda na pobyt czasowy**. Pozostałe przypadki zostały opisane w następujących rozdziałach:

- [Dodanie pacjenta z Ukrainy](#)
- [Pacjent z Kartą pobytu](#)

Aby złożyć deklarację POZ pacjentowi spoza UE, bez nadanego numeru PESEL, posiadającego zgodę na pobyt czasowy należy wprowadzić go do systemu zgodnie z instrukcją: [Dodanie pacjenta z Ukrainy](#). Jediną różnicą jest rodzaj ewidencjonowanego dokumentu ubezpieczeniowego. Na zakładce *Ubezpieczenie* należy wybrać przycisk **Zgoda na pobyt czasowy**. W nowo otwartym oknie należy zaznaczyć opcję **"Zgoda na pobyt czasowy"** i uzupełnić wymagane pola (oznaczone *) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie.

Tak wprowadzonemu pacjentowi można dodać [deklarację POZ](#) dla wybranej listy aktywnej.

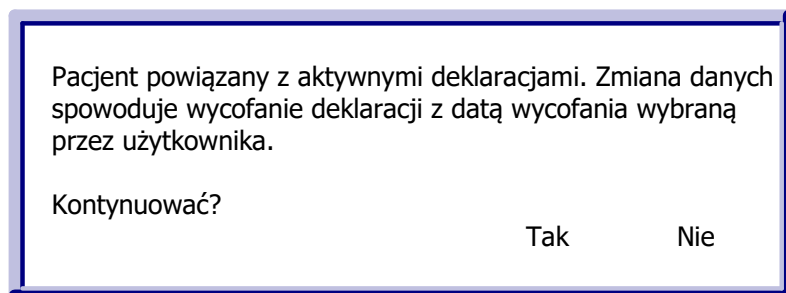
Uwaga! Dokument zgody na pobyt czasowy przekazywany jest tylko w komunikacie DEKL. Do rozliczenia świadczeń udzielonych pacjentowi z Ukrainy, konieczne jest przekazanie innych dokumentów ubezpieczeniowych, opisanych w rozdziale: [Dodanie pacjenta z Ukrainy](#).

W związku z komunikatem NFZ z dnia 17.05.2022 r., dotyczącym deklaracji medycyny szkolnej dzieci z Ukrainy, które przybyły na terytorium RP po dniu 24.02.2022 r. w związku z konfliktem zbrojnym, w wersji 8.1.4 aplikacji mMedica wprowadzono możliwość sprawozdawania [deklaracji medycyny szkolnej](#) składanych takim uczniom bez nadanego numeru PESEL. Dokładne informacje na ten temat zawiera rozdział [Dodanie pacjenta z Ukrainy \(ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy\)](#).

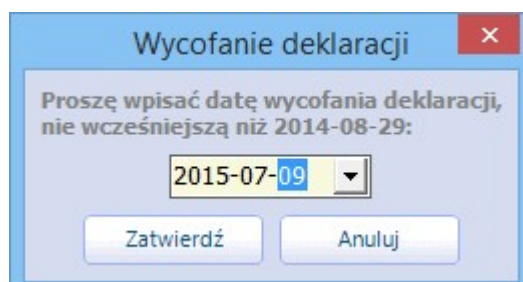
9.2.3 Deklaracja noworodka po nadaniu PESEL

Uzupełnienie nr PESEL noworodkowi spowoduje wycofanie deklaracji złożonej z peselem zerowym i złożenie nowej deklaracji z nadanym już nr PESEL. Wycofanie i dodanie nowej deklaracji następuje automatycznie w momencie wprowadzenia numeru PESEL i zatwierdzeniu zmian. Prawidłowy sposób postępowania został przedstawiony poniżej.

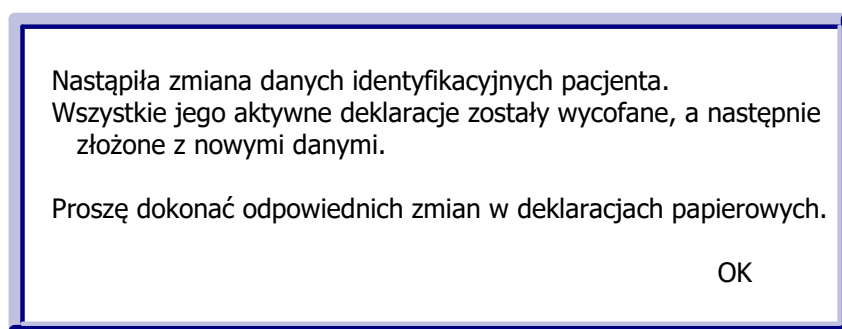
1. Przejdź do [Rejestracja > Dane pacjenta](#).
2. W polu "PESEL" skasować pesel zerowy i wprowadzić nadany numer. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**. Pojawi się komunikat:



3. Wybranie przycisku **Tak** spowoduje wywołanie okna, w którym należy wprowadzić datę wycofania deklaracji złożonej na zerowym numerze PESEL.



4. Wybranie przycisku **Zatwierdź** powoduje wycofanie starej i dodanie nowej deklaracji. Zostanie to potwierdzone komunikatem:



Nowa deklaracja zostanie złożona z datą równą dacie wycofania pierwotnej deklaracji.

Uwaga! W przypadku, gdy deklaracja noworodka z peselem zerowym została złożona, ale jeszcze nie wyeksportowana do OW NFZ, to zmiana nr PESEL w *Kartotece pacjenta* dokona jedynie zmiany danych na deklaracji. Taka deklaracja zostanie tylko zaktualizowana, system nie dokona jej wycofania.

9.3 Deklaracje medycyny szkolnej

Deklaracje medycyny szkolnej wymagają uzupełnienia dodatkowych danych, takich jak: nazwa szkoły, typ szkoły, numer klasy, objęcie profilaktyką fluorkową, rok szkolny, kategoria podopiecznego. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, zostały oznaczone: (*).

Uwaga! Zakres danych, które użytkownik wybiera w polach:

- Kategoria podopiecznego
- Typ szkoły
- Klasa

jest ściśle uzależniony od placówki wskazywanej w polu "Szkoła". W związku z tym, przed rozpoczęciem wprowadzania deklaracji do oprogramowania mMedica, należy dokonać importu [słownika szkół](#) i ewentualnej definicji wybranych placówek według poniższych zaleceń.

Aby dokonać konfiguracji wybranej szkoły należy:

1. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie > Konfiguracja > Słownik szkół](#).
2. Zaznaczyć na liście szkołę, która jest objęta opieką pielęgniarki szkolnej.
3. Przejść na zakładkę 2. *Typ szkoły* i po wybraniu przycisku **Dodaj** określić:
 - a) Typ szkoły,
 - b) Maksymalny numer klasy dla danego typu szkoły.

Jeśli szkoła składa się z kilku typów, należy dodać odpowiednią ilość rekordów i dla każdego typu określić maksymalny numer klasy.

4. Kolejnym krokiem jest przejście na zakładkę 3. *Typ podopiecznego* i określenie za pomocą przycisku **Dodaj** typów podopiecznych.

Słownik szkół

*	NIP	Regon	Nazwa szkoły	Rodzaj	Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
▶	24064...		ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W CIESZ...	Publiczna	43-400	Cieszyn	FRYSZTACKA		
	100026...		KATOLICKA SZKOŁA ZAWODOWA SPECJALNA	Niepubliczn...	42-200	Częstochowa	OKÓLNA 17/19		
	150002...		KATOLICKA SZKOŁA PRZYSPOBIENIA DO...	Niepubliczn...	42-200	Częstochowa	OKÓLNA	17	19
	150002...		GIMNAZJUM SPECJALNE KATOLICKIE	Niepubliczn...	42-200	Częstochowa	OKÓLNA	17/19	

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W CIESZYNIU

1. Dane szkoły 2. Typ szkoły 3. Typ podopiecznego

*	Kod typu szkoły	Nazwa typu szkoły	Maksymalny numer klasy	Status aktualności
▶	00009	Technikum, liceum i szkoła równorzędna na podbudowie 8-letniej szkoły podstawowej	4	Aktualna
	00014	Liceum ogólnokształcące	3	Aktualna
	00015	Liceum profilowane	3	Aktualna
	00016	Technikum	4	Aktualna
	00017	Liceum ogólnokształcące uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych	3	Aktualna
	00018	Technikum uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych	3	Aktualna
	00019	Szkoła policealna (ponadgimnazjalna)	3	Aktualna
	00073	Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy na podbudowie 8-letniej szkoły podstawowej	3	Aktualna

Dodaj
Usuń

9.3.1 Import deklaracji z pliku XLS

Ścieżka: [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Import deklaracji medycyny szkolnej](#)
lub [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Import deklaracji z pliku XLS](#)

Deklaracje medycyny szkolnej można wprowadzić do programu dwoma sposobami:



- [ręcznie](#),
- poprzez import deklaracji medycyny szkolnej z wcześniej przygotowanego pliku .XLS.

Użytkownicy, którzy korzystali wcześniej z innego oprogramowania lub posiadają dane deklaracji zapisane w pliku .xls, mogą do aplikacji mMedica zaimportować dane pacjentów i deklaracji za pomocą specjalnie przygotowanego szablonu w formacie .XLS - "**Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej**".

Szablon importu tych danych został przygotowany przez producenta oprogramowania i umieszczony jest w katalogu programu mMedica (domyślnie: dysk C:\Program Files\Asseco\mMedica\doc lub dysk C:\Pliki programów (x86)\Asseco\mMedica\doc) w folderze "**doc**", podczas instalacji aplikacji.

Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej zawiera kilkanaście kolumn, w których wkleja się poszczególne dane, dotyczące pacjentów oraz ich deklaracji. Kolumny, których wypełnienie jest obowiązkowe zostały w nagłówku oznaczone szarym kolorem. Dane dotyczące deklaracji wprowadza się w arkuszu "UCZNIOWIE", z kolei arkusz "LEGENDA" zawiera szczegółowe wyjaśnienie pól i kodów, które należy w nie wprowadzić.

Uzupełniony szablon należy zaczytać do aplikacji mMedica w nast. sposób:

1. Przejść do jednej z ww. ścieżek, np. [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Import deklaracji medycyny szkolnej](#).
2. W polu "Ścieżka do pliku XLS z danymi do importu" podać ścieżkę dostępu do uzupełnionego pliku .XLS za pomocą przycisku .
3. W polu "Data podpisania deklaracji" ręcznie lub za pomocą kalendarza wprowadzić datę podpisania deklaracji.
4. W polu "Data wycofania deklaracji" ręcznie lub za pomocą kalendarza wprowadzić datę wycofania deklaracji.
5. W polu "Placówka" za pomocą przycisku  wybrać komórkę org., do której zostaną złożone deklaracje.
6. W razie potrzeby włączyć lub wyłączyć parametry odpowiadające za import pacjentów i deklaracji.
7. Wybrać przycisk **Zatwierdź**, który rozpocznie proces zaczytywania danych do programu.

Importowane dane podlegają weryfikacji, której rezultat zostanie wyświetlony po zakończeniu importu z podaniem ewentualnego błędu.

Uwaga! Warunkiem poprawnego zaczytania szablonu jest posiadanie zainstalowanego programu MS Excel lub Open Office na stacji roboczej, na której dokonywany jest import.

Import deklaracji medycyny szkolnej z pliku XLS

Ścieżka do pliku XLS z danymi do importu:

C:\Users\...\Desktop\Kopia Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej...

Numer instalacji: 270

Importuj też pozostałe pliki XLS znajdujące się w podanym katalogu

Import pacjentów

Przy zgłaszaniu aktualizuj znalezionych pacjentów, przy aktualizacji dodaj brakujących pacjentów

Przy zgłaszaniu i aktualizacji pacjentów ustaw adres zamieszkania taki jak zameldowania

Import deklaracji

Przy zgłaszaniu aktualizuj znalezione deklaracje, przy aktualizacji dodaj brakujące deklaracje

Wycofaj i dodaj znalezione deklaracje zamiast aktualizacji

Data podpisania deklaracji: 2017-09-01 Data wycofania deklaracji: 2017-07-04

Placówka: PLR1 ... PORADNIA LEKARZA POZ

Import z pliku Kopia Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej.xls zakończony powodzeniem.

Raport importu: Zatwierdź Anuluj Zapisz raport

Import deklaracji rozpoczęty: 2017-07-04 11:35:54, wersja: 5.8.6.18498
Import z pliku: Kopia Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej.xls rozpoczęty 2017-07-04 11:35:54
Typ dokumentu: Zapisanie
Liczba wpisów: 2
Ostrzeżenie: Nie znaleziono miejscowości "BYTOM" w gminie "BYTOM" (kod woj.) z danych podopiecznego Szymon (pesel)
Zaktualizowane pole asz_kod_poczt podopiecznego: Szymon (pesel)
Zaktualizowane pole asz_miasto podopiecznego: mon (pesel 02)
Zaktualizowane pole asz_ulica podopiecznego: on (pesel 022)
Zaktualizowane pole asz_nr_domu podopiecznego: zymon (pesel)

9.3.2 Import słownika szkół

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Słownik szkół](#)

Słownik szkół wykorzystywany jest w programie podczas dodawania deklaracji medycyny szkolnej. Aplikacja mMedica umożliwia zacytywanie słownika szkół z plików CSV (format pliku obsługiwany od wersji aktualizacji 9.0.0), udostępnianych na stronie [rejestrów szkół i placówek oświatowych](#).

W celu zacytowania słownika szkół należy:

1. Ze strony internetowej MEN (link powyżej) pobrać i zapisać na dysku komputera słownik szkół w formacie CSV dla danego województwa.
2. W aplikacji mMedica przejść do: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Słownik szkół](#).
3. Wybrać przycisk **Import z pliku CSV** znajdujący się u góry ekranu.
4. W oknie *Otwieranie* wskazać plik pobrany ze strony MEN.
5. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zacytywania słownika do programu.

9.3.3 Zmiana roku szkolnego

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Zmiana roku szkolnego](#)
lub [Deklaracje](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Zmiana roku szkolnego](#)

Przed rozpoczęciem nowego roku szkolnego należy dokonać zmiany roku szkolnego w złożonych deklaracjach.

W celu zmiany roku szkolnego należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejść do formatki *Deklaracje* i w menu "Funkcje dodatkowe" wybrać opcję "Zmiana roku szkolnego".
2. W polu "Szkoła" za pomocą przycisku wskazać szkołę, dla której dokonywana będzie zmiana roku.

3. W polu "Typ szkoły" z listy rozwijanej wybrać typ szkoły. Jeśli szkoła posiada zdefiniowany jeden typ szkoły, to podpowie się on automatycznie. W przypadku kiedy jest ich więcej, należy wybrać jeden typ z listy rozwijanej.
4. W polu "Rok szkolny" wpisać rok szkolny, dla którego będą modyfikowane deklaracje. Program domyślnie podpowiada bieżący rok szkolny. Można go zmienić poprzez ręczne wykasowanie i wpisanie odpowiedniego roku w pierwszym polu.
Na podstawie danych w tym polu aplikacja podpowiada nowy rok szkolny w polu "Nowy rok szkolny".
5. W polu "Data wycofania" wprowadzić datę wycofania deklaracji uczniów będących w ostatniej klasie (kończących naukę w szkole). Data wycofania nie może być datą z przyszłości i nie może być późniejsza niż 31 sierpnia br.
6. Uruchomić proces zmiany roku szkolnego poprzez wybranie przycisku **Zatwierdź**.
Wyświetlony zostanie komunikat, proszący o ostateczne potwierdzenie zamiaru zmiany roku szkolnego dla wybranych deklaracji, a następnie komunikat podsumowujący operacje zmiany roku szkolnego:

Liczba deklaracji do zmiany roku szkolnego: 1	
Błędy przy zmianie roku szkolnego lub wycofaniu: 0	
Ogółem zmienionych deklaracji: 1	
Czy zatwierdzić zmiany?	
Tak	Nie

Uwaga! Jeżeli OW NFZ wymaga co roku zmiany daty podpisania deklaracji lub wycofania starej i złożenia nowej deklaracji, należy przed zatwierdzeniem danych zaznaczyć odpowiednie pola w sekcji *Czynności* i *Ostatnie klasy*. Znaczenie pól zostało opisane poniżej.

Sekcja: Czynności

- **Złóż nową deklarację** - wycofanie dotychczasowych deklaracji i złożenie nowych. Deklaracje zostaną wycofane z datą wskazaną w polu "Data wycofania" i dodane z datą wskazaną w polu "Data podpisania".
- **Zmień datę podpisania** - zmiana dat podpisania deklaracji zgodnie z datą wskazaną w polu "Data podpisania".

Sekcja: Ostatnie klasy

- **Data wycofania** - pole wymagane. Data wycofania deklaracji uczniów będących w ostatniej klasie (kończących naukę w szkole). Data wycofania nie może być datą z przyszłości i nie może być późniejsza niż 31 sierpnia br.

9.4 Wycofanie deklaracji

Ścieżka: [Deklaracje](#) > [Zbiorcze wycofanie deklaracji](#)

Aby wycofać wybraną deklarację lub kilka deklaracji należy skorzystać z przycisku **Zbiorcze wycofanie deklaracji**, znajdującego się w dolnym panelu okna *Lista deklaracji*.

W razie konieczności wycofania większej liczby deklaracji należy dokonać ich uprzedniego wyselekcjonowania za pomocą filtrów, znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane/Szukaj szczegółowo*. Można również zaznaczyć je bezpośrednio na liście deklaracji za pomocą myszki i przytrzymując klawisz CTRL.

Można dokonać wycofania deklaracji posiadających następujące statusy eksportu: wysłana, potwierdzona, błąd. Deklaracje, które nie zostały jeszcze wysłane do NFZ (w statusie "Do eksportu") można usunąć za pomocą przycisku **Usuń deklarację**, znajdującego się w górnym panelu okna.

Uwaga! Zaleca się ostrożne korzystanie z funkcjonalności, gdyż wycofanie deklaracji jest czynnością nieodwracalną.

The screenshot shows the 'Lista deklaracji' window in the mMedica application. On the left, there is a 'Wyszukiwanie zaawansowane' (Advanced search) panel with various filters. The main area contains a table with the following data:

Nr instalacji	ID	Data zgłoszenia	Nazwisko i imię	Status deklaracji	Lista aktywna	Personel	Status eksportu
270	19969	2016-08-01	Kowalski Jan	złożona	Lekarze	Nowak Anna	Wysłana
270	20002	2017-06-06	Ukraina Ukraina	złożona	Lekarze	Nowak Anna	Nowa pozycja
270	20001	2017-06-01	Ukraina Ukraina	wycofana	Lekarze	Nowak Anna	Nowa pozycja

Below the table, the patient details for 'Kowalski Jan (M)' are shown, including personal information, treatment history, and other data. At the bottom of the window, there are several buttons, with 'Zbiorcze Wycofanie Deklaracji' highlighted in red.

Wybranie przycisku Zbiorcze wycofanie deklaracji otworzy okno dialogowe, w którym należy uzupełnić zakres deklaracji, status oraz datę wycofania. Znaczenie poszczególnych pól zostało opisane poniżej.

Sekcja: Zakres deklaracji

Określa zakres deklaracji do wycofania. Liczby w nawiasach informują o liczbie deklaracji, które zostaną wycofane.:

- **Zaznaczone pozycje** - zostaną wycofane tylko te pozycje, które zostały zaznaczone na liście przez użytkownika.
- **Wszystkie pozycje** - zostaną wycofane wszystkie pozycje, które wyświetlają się w oknie *Lista deklaracji*.

Sekcja: Dane wycofania

- **Status deklaracji** - określić status deklaracji, który zostanie nadany po jej wycofaniu. Możliwe wartości do wyboru:
 - a) Wycofana
 - b) Wycofana w związku z pismem
- **Data wycofania** - data, z którą zostaną wycofane deklaracje. Datę wprowadza się ręcznie lub za pomocą kalendarza, dostępnego po rozwinięciu listy.
- **Usuń nowe pozycje zamiast wycofania** - zaznaczenie opcji spowoduje usunięcie deklaracji, które nie zostały jeszcze wyeksportowane do NFZ (w statusie "Do eksportu").

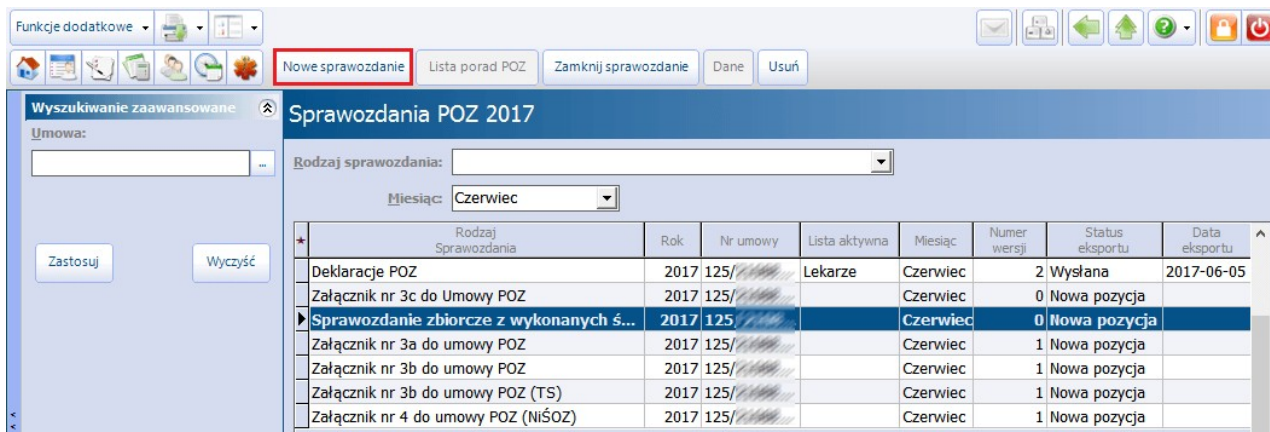
W celu rozpoczęcia procesu wycofywania deklaracji należy wybrać przycisk **Wycofaj**, następnie potwierdzić komunikat o zamiarze wycofania deklaracji. Po zakończeniu procesu zostanie wyświetlony raport, informujący o liczbie wycofanych deklaracji.

9.5 Rozliczenie sprawozdań POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#)

Do finansowego rozliczenia podstawowej opieki zdrowotnej konieczne jest utworzenie i przekazanie do OW NFZ sprawozdań POZ. Utworzenia następujących sprawozdań dokonuje się po przejściu do powyższej ścieżki:

- [Deklaracje POZ](#)
- [Sprawozdanie zbiorcze](#) z wykonanych świadczeń POZ
- [Załącznik nr 3c](#) do umowy POZ (sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych)



Sposób utworzenia i rozliczenia poszczególnych sprawozdań został przedstawiony poniżej.

9.5.1 Rozliczenie deklaracji POZ

9.5.1.1 Utworzenie sprawozdania dla deklaracji

Sprawozdanie z deklaracji POZ tworzy się w bieżącym miesiącu sprawozdawczym. W celu utworzenia sprawozdania dla deklaracji POZ należy wykonać nast. czynności:

1. Przejść do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#).
2. Wybrać przycisk **Nowe sprawozdanie**, znajdujący się w górnym panelu okna.
3. W oknie dialogowym *Nowe sprawozdanie POZ* uzupełnić nast. pola:
 - a) W polu "Rodzaj sprawozdania" z listy rozwijanej wybrać wartość: Deklaracje POZ.
 - b) W polu "Umowa" za pomocą przycisku wybrać numer umowy POZ.
 - c) Rozwinąć pole "Lista aktywna" i zaznaczyć listy aktywne, dla których zostaną utworzone sprawozdania.

W polach "Miesiąc" oraz "Data sporządzenia" podpowiadają się bieżące wartości. Jeśli istnieje konieczność zmiany tych danych, należy jej dokonać.

4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Nowe sprawozdanie POZ

Rok 2017

Rodzaj sprawozdania: Deklaracje POZ

Umowa: 125/

Lista aktywna: Lekarze, Pielęgniarka, Położna

Miesiąc:

KAOS - HIV

KAOS - Cukrzyca

Lekarze

Medycyna Szkolna

Pielęgniarka

Położna

Data sporządzenia:

Po zatwierdzeniu zmian, na formatce *Sprawozdania POZ* zostaną wyświetlone sprawozdania dla poszczególnych list aktywnych. W dostępnych kolumnach prezentowane są istotne informacje dotyczące eksportu sprawozdań. Ich znaczenie zostało opisane poniżej:

- **Numer wersji** - numer wersji sprawozdania danej listy aktywnej. Utworzone sprawozdanie posiada numer wersji 0, a każdy kolejny eksport listy aktywnej podwyższa tę wartość o 1.
- **Status eksportu** - status eksportu sprawozdania danej listy aktywnej. Wyróżniamy następujące statusy eksportu:
 - **Nowa pozycja** - status sprawozdania utworzonego, niewyeksportowanego.
 - **Wysłana** - status sprawozdania po wykonaniu eksportu.
 - **Potwierdzona** - status sprawozdania po odebraniu pozytywnego wyniku weryfikacji.
 - **Błąd** - status sprawozdania po odebraniu negatywnego wyniku weryfikacji.
- **Opis** - opis błędu przekazanego przez OW NFZ w wyniku weryfikacji.

Funkcje dodatkowe

Nowe sprawozdanie | Lista porad POZ | Zamknij sprawozdanie | Dane | Usuń

Wyszukiwanie zaawansowane

Umowa:

Rodzaj sprawozdania: Deklaracje POZ

Miesiąc: Styczeń

* Rodzaj Sprawozdania	Rok	Nr umowy	Lista aktywna	Miesiąc	Numer wersji	Status eksportu	Data eksportu
▶ Deklaracje POZ	2016	125/	Pielęgniarki środ...	Styczeń	1	Potwierdzona	2016-01-...
Deklaracje POZ	2016	125/	Położne	Styczeń	1	Potwierdzona	2016-01-07
Deklaracje POZ	2016	125/	Lekarze	Styczeń	1	Potwierdzona	2016-01-07
Deklaracje POZ	2016	125/	Lekarze	Styczeń	0	Nowa pozycja	

Po utworzeniu sprawozdań dla list aktywnych POZ należy dokonać ich [eksportu](#).

Uwaga! Jeśli po wykonaniu eksportu zaistniała konieczność modyfikacji sprawozdania, np. poprzez dopisanie nowych deklaracji, nie należy usuwać sprawozdania, gdyż dane odświeżane są dynamicznie. W takiej sytuacji należy po prostu ponownie wyeksportować daną listę aktywną.

9.5.1.2 Eksport listy deklaracji POZ

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Deklaracje POZ](#)

W celu wyeksportowania sprawozdań do OW NFZ dla list aktywnych należy:

1. Przejść do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Deklaracje POZ](#).
2. W polu "Umowa nr" za pomocą przycisku wybrać numer umowy POZ.
3. W polu "Lista aktywna" z listy rozwijanej wybrać listę aktywną, która zostanie eksportowana.
Uwaga! Dla każdej listy aktywnej POZ należy wykonać odrębny eksport (np. lekarze, położne...).
4. W polu "Miesiąc" podpowiadany jest bieżący miesiąc, za który dokonuje się sprawozdawczości. Jeśli istnieje konieczność eksportu danych za inny miesiąc, należy wybrać jego nazwę z listy rozwijanej.
5. Wybrać przycisk **Eksport** w celu rozpoczęcia eksportu danych.

W wersji 9.11.0 aplikacji mMedica w omawianym oknie dodano parametr "Nie wyświetlaj ostrzeżeń". Należy go zaznaczyć, jeżeli podczas eksportu nie mają być wyświetlane żadne ostrzeżenia (mają być widoczne jedynie ewentualne błędy).

Eksport danych można w każdym momencie przerwać za pomocą przycisku **Anuluj eksport**, a po jego wykonaniu zapisać raport na dysku komputera, do czego służy przycisk **Zapisz raport**.

Uwaga! Wyjaśnienie dotyczące ostrzeżenia, mogącego pojawiać się podczas eksportu deklaracji "[Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie":

W programie mMedica został wdrożony mechanizm eksportu dokumentów ubezpieczeniowych wraz z deklaracjami. Funkcjonalność powstała w oparciu o wytyczne opublikowane w zarządzeniu nr 8/2015/DI Prezesa NFZ z dnia 29.01.2015 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych xml dotyczących deklaracji POZ/KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS.

Aplikacja, w czasie wykonywania eksportu deklaracji, automatycznie przeszukuje bazę danych w celu weryfikacji istnienia dokumentów ubezpieczeniowych eksportowanych pacjentów. W przypadku wykrycia dokumentu, podłączany jest on pod deklarację i eksportowany do OW NFZ.

W przypadku braku dokumentów ubezpieczeniowych w bazie, aplikacja umieszczać będzie ostrzeżenia o ich braku, zdj. poniżej:

[Informacja] Liczba deklaracji do wyeksportowania: xxxxx
 [Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
 [Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
 [Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
 [Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
 [Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
 [Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
 [Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
 [Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
 [Błąd] Nie podano identyfikatora rodzica albo opiekuna dla noworodka
 Pacjent:xxxxxxxx xxxxxxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxxxx
 Nie podano identyfikatora rodzica albo opiekuna dla noworodka
 [Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
 [Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
 [Informacja] Liczba deklaracji zawierających błędy: 1
 [Informacja] Trwa aktualizacja deklaracji...
 [Informacja] Trwa zapisywanie deklaracji...
 [Informacja] Liczba deklaracji wyeksportowanych poprawnie: xxxx, niewyeksportowanych: 1
 [Informacja] Pominięto składowanie bazy danych.
 [Informacja] 2015-02-13 05:22:52 Eksport zakończony

Pozycje oznaczone ostrzeżeniem również są eksportowane do systemu OW NFZ!

Aplikacja mMedica dołącza do deklaracji nast. dokumenty ubezpieczeniowe:

- a) **Oświadczenie** – data złożenia oświadczenia nie może być późniejsza niż pierwszy dzień miesiąca, za który wykonywany jest eksport deklaracji. Program weryfikuje istnienie oświadczeń pacjenta złożonych w ostatnich 6 miesiącach.
- b) **Inne dokumenty ubezpieczeniowe** – decyzja, legitymacja, zgłoszenie, zaświadczenie itd. Program weryfikuje istnienie dokumentów pacjenta złożonych od 01.01.2015 r.

W ścieżce [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), [Komunikacja > Eksport > Deklaracje \(DEKL\)](#) dostępny jest parametr: **Wyświetlaj ostrzeżenie o braku dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie**.

Jego wyłączenie spowoduje, że program nie będzie generował powyższych ostrzeżeń podczas eksportu deklaracji.

9.5.1.3 Potwierdzenia deklaracji POZ

Ścieżka: [Ewidencja > Deklaracje > Potwierdzenie deklaracji POZ](#)

Na formatce *Potwierdzenia deklaracji POZ* prezentowane są informacje zwrotne przekazane przez OW NFZ. Poprawność deklaracji (w sensie kompletności i prawidłowości wypełnionych danych) sprawdzana jest przez NFZ na bieżąco i po wykonaniu importu z poczty, istnieje możliwość odczytania komunikatów.

Otrzymane komunikaty mogą być informacjami typu:

- Błąd
- Ostrzeżenie
- Informacja

Opis błędu wyświetlany jest w dolnym oknie formatki *Informacje o deklaracji POZ*, po podświetleniu wybranego rekordu na liście potwierdzeń deklaracji. Wybierając przycisk **Dane deklaracji**, znajdujący się w górnym panelu okna, można dokonać zmian w deklaracjach tj. uzupełnić braki, poprawić wykazane błędy.

Funkcje dodatkowe

Dane deklaracji

Potwierdzenia deklaracji POZ

Numer instalacji	Id. deklaracji	Lista aktywna	Status deklaracji	Data zgłoszenia	Nazwisko	Imię	PESEL	Data urodzenia
	16835	O	1	2013-09-27	BRYAN			2013-09-23
	11607	O	1	2010-05-21	JOANNA			1987-11-06
	12866	O	6	2010-12-30	Aleksander			2010-12-29
	2129	P	1	2007-04-25	CEZARY			1979-04-06
	3864	P	1	2007-09-11	PATRYK			2007-09-06

Informacje o deklaracji POZ 16835

Kod błędu	Opis błędu
2	Błędny pesel dla płci osoby
8	Pusta data urodzenia

Deklaracje, które zostały pozytywnie potwierdzone przez NFZ, przechodzą do kolejnego etapu, jakim jest [weryfikacja deklaracji](#).

9.5.1.4 Wyniki weryfikacji deklaracji POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Weryfikacje deklaracji POZ](#)

Weryfikacja deklaracji przez OW NFZ odbywa się raz w miesiącu, a jej wyniki zaczytywane są do programu poprzez wykonanie importu z poczty. Deklaracje, które przeszły weryfikację pozytywnie, znajdują się na szablonie rachunku.

Formatka *Weryfikacje deklaracji POZ* umożliwia:

- Podgląd zaimportowanych wyników weryfikacji deklaracji POZ
- Wydruk [raportu personalnego](#) uwzględniającego listy aktywne
- [Zbiorcze wycofanie](#) deklaracji odrzuconych przez NFZ

Aby przejrzeć wyniki weryfikacji deklaracji POZ należy przejść do powyższej ścieżki i w polu "Miesiąc weryfikacji" (w górnym oknie formatki) wybrać miesiąc. W oknie poniżej pojawi się lista weryfikacji, które w momencie importu zostały zaczytane do bazy. Zaznaczenie jakiegokolwiek pozycji spowoduje wyświetlenie wyników weryfikacji w dolnym oknie formatki *Wyniki weryfikacji deklaracji POZ*.

Przy dużej liczbie danych można skorzystać z panelu nawigacji znajdującego się po lewej stronie ekranu (*Wyszukiwanie zaawansowane/Wyszukiwanie podrzędnych*) i zawęzić warunki selekcji.

W oknie *Wyniki weryfikacji deklaracji POZ* prezentowane są nast. dane: Id deklaracji, status weryfikacji, kod problemu, opis problemu, status deklaracji, dane pacjenta...

Funkcje dodatkowe

Raport osobisty

Wyszukiwanie zaawansowane

Umowa:

Raport osobisty

Lista aktywna:

Grupuj w/g personelu
 Grupuj w/g umowy

Zastosuj Wyczyść

Wyszukiwanie podrzędnych

Status weryfikacji:

PESEL:

Lista aktywna:

Personel:

Status podopiecznego:

Miejsce realizacji:

Zastosuj Wyczyść

Weryfikacje deklaracji POZ 2016

Miesiąc weryfikacji: Czerwiec Grupuj weryfikacje

* Id weryfikacji	Miesiąc	Numer umowy	Rok weryfikacji	Zakres	Moment weryfikacji	Moment importu
22543	Czerwiec	125, [zmaskowane]	2016			2016-06-30 11:23:43
22544	Czerwiec	125, [zmaskowane]	2016			2016-06-30 11:23:43
22545	Czerwiec	125, [zmaskowane]	2016			2016-06-30 11:23:43
22689	Czerwiec	125, [zmaskowane]	2016			2016-06-30 11:23:43
22690	Czerwiec	125, [zmaskowane]	2016			2016-06-30 11:23:43
22691	Czerwiec	125, [zmaskowane]	2016			2016-06-30 11:23:43

Wyniki weryfikacji deklaracji POZ

* Id d...	Nr wersji	Status weryfikacji	Przyczyna wycofania	Data wycofania	Waga problemu	Kod problemu	Opis problemu
18511	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2335	Wer. centralna (34) - osoba nie żyje
18568	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...
18611	0	Deklaracja nie została zalic...			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubez...
18688	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2080	Wer. centralna (80) - istnieje nowsza dekla...
18841	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...
18890	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...
18974	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...
19006	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2335	Wer. centralna (34) - osoba nie żyje
19056	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...

Dane deklaracji Zbiorcze wycofanie deklaracji

Najczęściej występującymi kodami weryfikacji deklaracji są:

- 2080 - Wer. centralna (80) - istnieje nowsza deklaracja z tym samym nr PESEL
- 2335 - Wer. centralna (34) - osoba nie żyje
- 2329 - Wer. centralna (33) - brak uprawnień do świadczeń zdrowotnych

Od miesiąca lutego 2015 NFZ weryfikuje deklaracje na podstawie posiadania przez pacjenta ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z tym wprowadzone zostały nowe kody weryfikacji deklaracji, z którymi może spotkać się świadczeniodawca:

- 2331 - Wer. centralna (33)23 - składki z ZUS, brak zgłoszenia
- 2332 - Wer. centralna (33)24 - składki z KRUS, brak zgłoszenia
- 2333 - Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpieczona
- 2337 - Wer. centralna (33)7 - osoba zgłoszona przez NFZ
- 2339 - Wer. centralna (33)9 - brak informacji o ubezpieczeniu

W wersji 9.11.0 aplikacji mMedica na dole panelu *Wyszukiwanie podrzędnych* został dodany parametr **"Ukryj z błędami ubezpieczenia"**. Pozwala on na wyszukiwanie pozycji z pominięciem tych, które zostały zwrócone z kodami problemów należącymi do powyższego zakresu.

Aby podejrzeć dane wybranej deklaracji należy podświetlić ją na liście, następnie wybrać przycisk **Dane deklaracji**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

Deklaracje, które w wyniku weryfikacji nie zostały zaliczone można wycofać za pomocą przycisku **Zbiorcze wycofanie deklaracji**.

9.5.1.5 Rachunki deklaracji POZ

Od 01.01.2014 zmienił się sposób wystawiania rachunków za deklaracje POZ. Obecnie jedynym obowiązującym komunikatem jest wyłącznie R_UMX.

Aby wystawić rachunek należy pobrać z Portalu Świadczeniobiorcy plik szablonu, zapisać go na dysku komputera, a następnie wczytać do programu poprzez ścieżkę: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#). W niektórych oddziałach pliki szablonów zamieszczane są bezpośrednio na skrzynce pocztowej świadczeniodawcy. W takim wypadku wystarczy wczytać go poprzez pobranie importu z poczty: [Komunikacja > Import danych > Import z poczty](#).

Szczegółowy opis tworzenia i eksportowania rachunków znajduje się w nast. rozdziałach:

- [Szablony rachunków](#)
- [Rachunki](#)
- [Eksport eFaktury/eRachunku](#)

Korekty do rachunków za deklaracje POZ generowane są identycznie jak rachunki podstawowe, czyli poprzez utworzenie rachunku z otrzymanego szablonu korekty.

9.5.2 Rozliczenie sprawozdania zbiorczego POZ

9.5.2.1 Utworzenie sprawozdania zbiorczego

Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ tworzy się za ubiegły miesiąc sprawozdawczy, po jego zakończeniu.

W celu utworzenia sprawozdania zbiorczego z wykonanych świadczeń POZ należy:

1. Przejść do ścieżki: [Ewidencja > Deklaracje > Sprawozdania POZ](#).
2. Wybrać przycisk **Nowe sprawozdanie**, znajdujący się w górnym panelu okna.
3. W oknie dialogowym *Nowe sprawozdanie POZ* uzupełnić nast. pola:
 - a) W polu "Rodzaj sprawozdania" z listy rozwijanej wybrać wartość: Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ.
 - b) W polu "Umowa" za pomocą przycisku wybrać numer umowy POZ.
 - c) W polu "Miesiąc" z listy rozwijanej wybrać miesiąc ubiegły. Jeśli istnieje konieczność utworzenia sprawozdania za dalszy okres sprawozdawczy, należy wybrać nazwę właściwego miesiąca.
W polu "Data sporządzenia" podpowiadają się bieżące wartości. Jeśli istnieje konieczność zmiany tych danych, należy jej dokonać.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Nowe sprawozdanie POZ

Rok 2017

Rodzaj sprawozdania:

Umowa:

Miesiąc:

Data sporządzenia:

Po zatwierdzeniu zmian, na formatce *Sprawozdania POZ* zostaną wyświetlone nast. pozycje:

- **Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ** - pełni funkcję nagłówka sprawozdania, który zamyka się po zamknięciu pozostałych załączników.
- **Załącznik nr 3a do umowy POZ** - wykaz świadczeń POZ z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Załącznik ma charakter informacyjny - dane w nim zawarte przekazywane są do NFZ komunikatem SWIAD, tj. I faza.
- **Załącznik nr 3b do umowy POZ** - jw. Wartości liczbowe w załączniku zliczają się automatycznie na podstawie danych wprowadzanych w: [Uzupełnianie świadczeń > Świadczenia POZ](#). Jeśli wartości w załączniku są zerowe, należy wprowadzić je ręcznie w kolumnie "Wartość".
- **Załącznik nr 3b do umowy POZ (TS)** - wykaz świadczeń POZ z realizacji umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego. Wartości liczbowe w załączniku zliczają się automatycznie... (jw.)
- **Załącznik nr 4 do umowy POZ (NiŚOZ)** - wykaz świadczeń POZ z realizacji umów o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wartości liczbowe w załączniku zliczają się automatycznie... (jw.)

Funkcje dodatkowe

Nowe sprawozdanie Lista porad POZ **Zamknij sprawozdanie** Dane Usuń

Wyszukiwanie zaawansowane

Umowa:

Rodzaj sprawozdania:

Miesiąc:

Rodzaj Sprawozdania	Rok	Nr umowy	Miesiąc	Numer wersji	Status eksportu
* Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ	2017	125/	Czerwiec	0	Nowa pozycja
Załącznik nr 3a do umowy POZ	2017	125/	Czerwiec	1	Nowa pozycja
Załącznik nr 3b do umowy POZ	2017	125/	Czerwiec	1	Do eksportu
Załącznik nr 4 do umowy POZ (NiŚOZ)	2017	125/	Czerwiec	1	Do eksportu
Załącznik nr 3b do umowy POZ (TS)	2017	125/	Czerwiec	1	Do eksportu

Zastosuj Wyczyść

Aby podejrzeć dane w poszczególnym załączniku, należy podświetlić go na liście i wybrać przycisk **Dane**, znajdujący się w górnym panelu formatki.

Uwaga! Występowanie pozycji w poszczególnych załącznikach uzależnione jest od rodzaju umowy na udzielanie świadczeń, posiadanej przez użytkownika. Np. świadczeniodawca nie udzielający świadczeń z zakresu transportu sanitarnego będzie posiadał pusty załącznik nr 3b do umowy POZ (TS).

Po utworzeniu sprawozdania należy wykonać kolejne czynności:

5. Zweryfikować czy w załącznikach, które świadczeniodawca jest zobowiązany sprawozdawać (zał. 3b lub 4), znajdują się prawidłowe wartości. Jeśli program nie podpowiada ich automatycznie, należy wprowadzić je samodzielnie.
6. Zamknąć wszystkie załączniki znajdujące się na liście, poprzez podświetlenie załącznika i wybranie przycisku **Zamknij sprawozdanie**.

Po zamknięciu załączników do umowy POZ należy dokonać ich [eksportu](#).

9.5.2.2 Eksport sprawozdania zbiorczego

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ](#)

W celu wyeksportowania sprawozdania zbiorczego z wykonanych świadczeń POZ należy:

1. Przejść do ww. ścieżki.
2. W polu "Miesiąc" z listy rozwijanej wybrać miesiąc, za który dokonuje się sprawozdawczości.
3. W polu "Umowa nr" za pomocą przycisku wybrać numer umowy POZ.
4. W polu "Zakres" wybrać wartość: **Ankiety**.
5. Wybrać przycisk **Eksport** w celu rozpoczęcia eksportu danych.

W oknie eksportu dostępny jest parametr **"Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia"**. Po jego zaznaczeniu i naciśnięciu **Eksportuj** eksportowane są sprawozdania zbiorcze posiadające status "Wysłano" lub "Błąd potwierdzenia", spełniające jednocześnie warunki określone w wyżej wymienionych polach.

Eksport danych można w każdym momencie przerwać za pomocą przycisku **Anuluj eksport**, a po jego wykonaniu zapisać raport na dysku komputera, do czego służy przycisk **Zapisz raport**.

9.5.3 Rozliczenie załącznika 3c

9.5.3.1 Utworzenie załącznika 3c

Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych tworzy się po upływie każdego półrocza roku kalendarzowego. W celu utworzenia sprawozdania należy wykonać nast. czynności:

1. Przejść do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#).
2. Wybrać przycisk **Nowe sprawozdanie**, znajdujący się w górnym panelu okna.
3. W oknie dialogowym *Nowe sprawozdanie POZ* uzupełnić nast. pola:
 - a) W polu "Rodzaj sprawozdania" z listy rozwijanej wybrać wartość: Załącznik nr 23 (3c) do umowy POZ.
 - b) W polu "Umowa" za pomocą przycisku wybrać numer umowy POZ.
 - c) W polu "Miesiąc" wybrać miesiąc odpowiadający półroczu, tj. czerwiec lub grudzień.
 - d) W polu znajdującym się obok pola "Miesiąc" wybrać wartość: Półroczne.

W polach "Miesiąc" oraz "Data sporządzenia" podpowiadają się bieżące wartości. Jeśli istnieje konieczność zmiany tych danych, należy jej dokonać.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Nowe sprawozdanie POZ

Rok 2024

Rodzaj sprawozdania: Załącznik nr 23 (3c) do umowy PO

Umowa:

Miesiąc: Czerwiec

Data sporządzenia: 23-09-2024

Zatwierdź Wyjście

Po zatwierdzeniu zmian, na formatce *Sprawozdania POZ* zostanie wyświetlona pozycja "Załącznik nr 23 (3c) do umowy POZ" posiadający numer wersji 0. Każdy kolejny eksport załącznika będzie podwyższał tą wartość o 1.

Po otwarciu załącznika prezentowana jest lista badań diagnostycznych i liczba ich wykonania, wyświetlana w kolumnie "Wartość". Wartości liczbowe w załączniku zliczają się automatycznie na podstawie danych wprowadzanych do aplikacji i gromadzonych na formatce [Zestawienie wykonanych badań](#).

Załącznik do sprawozdania POZ

Rodzaj sprawozdania: B - Załącznik nr 23 (3c) do umowy POZ

Nr umowy POZ: Miesiąc: Czerwiec Zakres: Półroczne

Data sporządzenia: 23-09-2024 Liczba populacji zadekl. na koniec okresu rozl.: 161

*	Lp.	Kod	Nazwa	Wartość
	1.2	1001100006	Morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi	158
	1.3	1001100003	Retikulocyty	0
	1.4	1001100004	Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	0
	2.1	1001200012	Albumina	30
	2.2	1001200022	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	0
	2.3	1001200021	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	0
	2.4	1001200024	Amylaza	0
	2.5	1001200030	Antygen HBs-AgHBs	0
	2.6	1001200010	Białko całkowite	0
	2.7	1001200019	Bilirubina bezpośrednia	15
	2.8	1001200018	Bilirubina całkowita	0

Uwaga! Wartości w załączniku będą zerowe, jeśli świadczeniodawca nie ewidencjonuje inf. o wykonanych badaniach w programie mMedica. Wtedy dane te należy wprowadzić ręcznie, wpisując liczbę wykonanych badań w kolumnie "Wartość".

Przycisk **Przelicz ponownie** powoduje odświeżenie informacji o liczbie wykonanych badań. Należy z niego skorzystać, jeśli po utworzeniu załącznika dokonywano jeszcze wstecznej ewidencji badań.

W polu "Liczba populacji zadekl. na koniec okresu rozl." wyświetlany jest stan deklaracji aktywnych (wszystkie deklaracje bez rozróżnienia na rodzaj listy aktywnej) na ostatni dzień okresu sprawozdawczego - zgodnie z wymogami tworzenia załącznika 3c będzie to ostatni dzień miesiąca czerwca i grudnia.

W wersji 10.9.0 aplikacji mMedica w górnej części okna załącznika dodano pole "Zakres". Zawiera ono informację o okresie czasu, za który zostało wygenerowane sprawozdanie (wartość "Półroczne" lub "Miesięczne"). Jeżeli przy generacji wskazano miesiąc czerwiec lub grudzień, pole "Zakres" będzie możliwe

do edycji. W przypadku zmiany wartości w tym polu (poprzez wybór odpowiedniej pozycji z listy rozwijalnej) wyświetli się komunikat:

"Konieczne może być wykonanie przeliczenia danych w załączniku wg definicji zakresu poprzez przycisk "Przelicz ponownie"".

Po wyborze przycisku **Przelicz ponownie** program na podstawie danych zgromadzonych w bazie wyliczy wartości zgodnie z wybranym zakresem.

Po utworzeniu załącznika 3c należy wykonać kolejne czynności:


5. Zweryfikować czy w załączniku znajdują się prawidłowe wartości. Jeśli program nie podpowiada ich automatycznie, należy wprowadzić je samodzielnie.
6. Zamknąć załącznik 3c poprzez jego podświetlenie i wybranie przycisku **Zamknij sprawozdanie**.

Po zamknięciu załącznika należy dokonać jego [eksportu](#).

9.5.3.2 Eksport załącznika 3c

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ](#)

W celu wyeksportowania sprawozdania zbiorczego z wykonanych badań należy:

1. Przejść do ww. ścieżki.
2. W przypadku sprawozdania półrocznego polu "Miesiąc" z listy rozwijanej wybrać miesiąc odpowiadający półroczu, tj. czerwiec lub grudzień.
3. W polu "Umowa nr" za pomocą przycisku  wybrać numer umowy POZ.
4. W polu "Zakres" wybrać wartość: **Badania diagn.**
5. Wybrać przycisk **Eksport** w celu rozpoczęcia eksportu danych.

W oknie eksportu dostępny jest parametr **"Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia"**. Po jego zaznaczeniu i naciśnięciu **Eksportuj** eksportowane są sprawozdania zbiorcze posiadające status "Wysłano" lub "Błąd potwierdzenia", spełniające jednocześnie warunki określone w wyżej wymienionych polach.

Eksport danych można w każdym momencie przerwać za pomocą przycisku **Anuluj eksport**, a po jego wykonaniu zapisać raport na dysku komputera, do czego służy przycisk **Zapisz raport**.

9.5.4 Zestawienie wykonanych badań POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Zestawienie wykonanych badań POZ](#)

Formatka *Zestawienie wykonanych badań POZ* umożliwia ewidencjonowanie wykonanych badań POZ bez powiązania z wizytą. Prezentuje również informacje o badaniach wykonanych i wprowadzonych do programu w ramach danego miesiąca. Ewidencjonowania informacji o badaniach POZ dokonuje się w nast. miejscach w programie:

- Na formatce Uzupełnianie świadczeń po wybraniu przycisku [Badania POZ](#)
- W [danych medycznych](#) pacjenta w powiązaniu ze skierowaniem wystawionym w Gabinetce
- Poprzez zaimportowanie wyników badań z laboratorium (przy wykorzystaniu modułu dodatkowego eWyniki Lab)
- Na omawianej formatce poprzez wybranie przycisku **Dodaj zestaw badań**

Formatka podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie prezentowane są dane pacjentów, natomiast w dolnym oknie wyświetlana jest lista badań wykonanych danemu pacjentowi. Badania zewidencjonowane na wizycie realizowanej w Gabinetce będą posiadały numer w polu "Id świadczenia", zdj. poniżej. Edycji lub

usunięcia tych badań można dokonać jedynie z poziomu wizyty – przyciski **Edytuj badanie** oraz **Usuń badanie** w tym wypadku będą nieaktywne.

Zestawienie wykonanych badań POZ

Nazwisko	Imiona	Data ur.	PESEL	Nr umowy	Status	Id zestawu
WANDA		1934-08-20		125/		
EUGENIUSZ		1937-01-...		125/		
ARTUR		1978-06-15		125/		
ANNA MARIA		1980-10-25		125/		
Gosia ANNA		1983-01-14		125/		

EUGENIUSZ

Id świadczenia	ICD9	Kod NFZ	Nazwa	Data wykonania	Krotność	CH
00001156960426...	I99	1001200014	Cholesterol całkowity	2017-06-07	1	
0000115696042685...	G11	1001500002	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	2017-06-07	1	
0000115696042685...	K21	1001200027	Czynnik reumatoidalny (RF)	2017-06-07	1	
0000115696042685...	A23	1001400001	Badanie ogólne	2017-06-07	1	

Buttons: Dodaj badanie, Edytuj badanie, Usuń badanie, Dane wizyty

Za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można dokonać zawężenia wyników wyszukiwania. Przycisk **Drukuj zestawienie** znajdujący się w górnej części ekranu umożliwi wydruk zestawienia z wykonanych badań POZ z podziałem na: kod badania, nazwę badania, kod procedury ICD-9, wagę (pkt), sumę badań i sumę punktów. Funkcja ta jest dostępna dla użytkowników posiadających dodatkowy moduł "Raporty pomocnicze".


Opis przycisków znajdujących się w dolnym panelu okna:

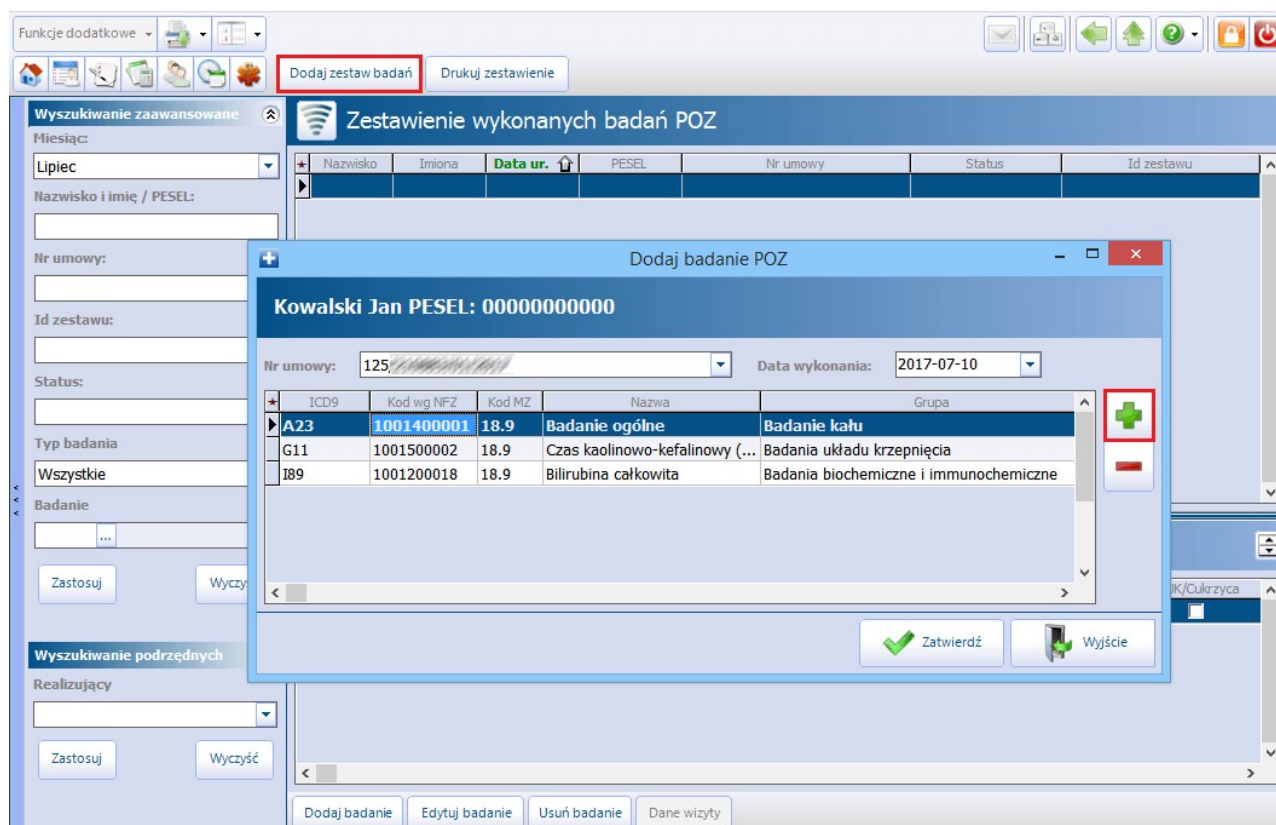
- **Dodaj badanie** – dodanie kolejnego badania dla pacjenta, który ma już zaewidencjonowany zestaw badań w danym miesiącu.
- **Edytuj badanie** – edycja wprowadzonego badania, podświetlonego na liście, tj. zmiana nr umowy, daty wykonania, krotności.
- **Usuń badanie** – usunięcie błędnie wprowadzonego badania, będącego składową zestawu badań pacjenta.
- **Dane wizyty** - otwiera okno danych wizyty pacjenta. Jeśli badanie zostało dodane bez powiązania z wizytą, przycisk będzie nieaktywny.

Uwaga! Dzięki funkcjonalności automatycznego dodawania wyniku badania laboratoryjnego lub diagnostycznego, ręczne dodanie wyniku badań w *Danych medycznych* pacjenta lub zaimportowanie z laboratorium przy użyciu modułu eWyniki, powodować będzie dodanie odpowiednich pozycji do *Zestawienia wykonanych badań POZ*.

9.5.4.1 Dodanie zestawu badań

Formatka Zestawienie wykonanych badań POZ umożliwia dodanie informacji o wykonanych badaniach POZ. W tym celu należy wykonać następujące czynności:

1. Wybrać przycisk **Dodaj zestaw badań** znajdujący się w górnym panelu formatki.
2. Z okna *Słownik pacjentów* dwuklikiem wybrać pacjenta, dla którego zostaną wprowadzone badania.
3. W otwartym oknie dialogowym *Dodaj badanie POZ* wykonać nast. czynności:
 - a) W polu "Numer umowy" wybrać numer umowy POZ z listy rozwijanej.
Jeśli placówka posiada jedną umowę na udzielanie świadczeń POZ, będzie ona podpowiadać się domyślnie. W przypadku kilku umów POZ, podpowiadany będzie numer umowy na podstawie złożonej deklaracji do lekarza POZ (numer umowy z [ustawień domyślnych personelu](#), do którego pacjent ma złożoną deklarację).
 - b) W polu "Data wykonania" wprowadzić datę wykonania badania ręcznie lub za pomocą dostępnego kalendarza.
 - c) Wybrać przycisk  **Nowy** i z okna *Badania POZ - wielowybór* wybrać badania laboratoryjne bądź diagnostyczne, które zostały wykonane pacjentowi. Jeśli pacjentowi wykonano więcej niż 1 badanie, należy przytrzymać klawisz CTRL na klawiaturze komputera i kolejno zaznaczyć badania na liście. Zatwierdzić wybór przyciskiem **Wybierz**.
4. Po dodaniu badań do okna *Dodaj badanie POZ* zapisać dane przyciskiem **Zatwierdź**.

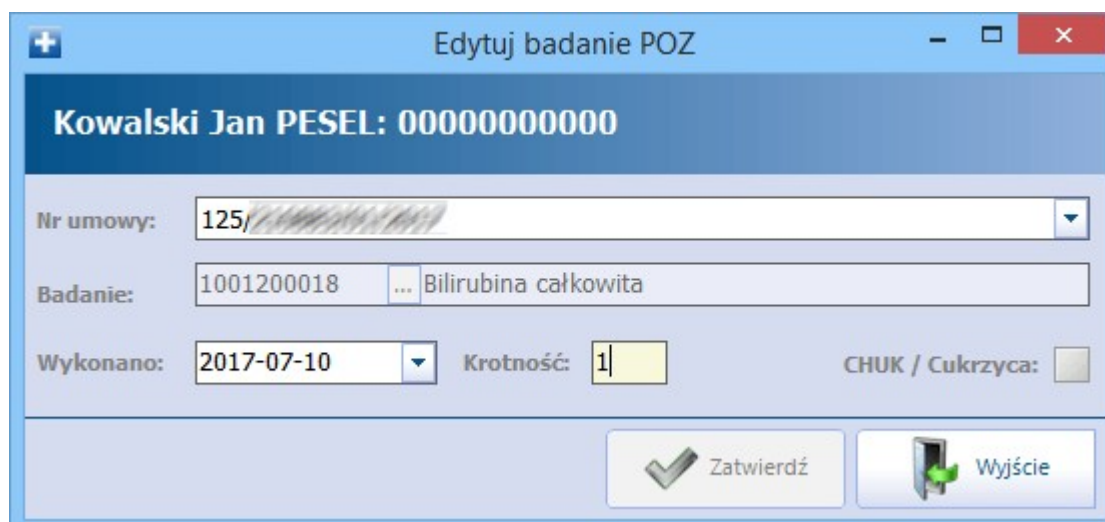


The screenshot shows the 'Dodaj badanie POZ' dialog box in a software application. The patient's name is 'Kowalski Jan' and their PESEL number is '0000000000'. The 'Nr umowy' field contains '125' and the 'Data wykonania' field contains '2017-07-10'. A table lists the following tests:

ICD9	Kod wg NFZ	Kod MZ	Nazwa	Grupa
A23	1001400001	18.9	Badanie ogólne	Badanie kału
G11	1001500002	18.9	Czas kaolinowo-kefalinowy (...)	Badania układu krzepnięcia
J89	1001200018	18.9	Bilirubina całkowita	Badania biochemiczne i immunochemiczne

Buttons for 'Zatwierdź' and 'Wyjście' are visible at the bottom right of the dialog box.

W przypadku konieczności zmiany daty wykonania badania lub zmiany krotności badania, należy w dolnym oknie formatki zaznaczyć rekord z badaniem, następnie wybrać przycisk **Edytuj badanie**. W oknie *Edytuj badanie POZ* będzie istniała możliwość modyfikacji danych.



9.5.5 Raport personalny deklaracji POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Weryfikacje deklaracji POZ](#)

Na podstawie prawidłowo zweryfikowanych deklaracji można utworzyć i wydrukować raport personalny, który przedstawia ilość deklaracji z podziałem na osoby personelu i nast. grupy wiekowe:

- Ubezpieczeni 7-19 r. ż.
- Ubezpieczeni 20-39 r. ż.
- Ubezpieczeni 40-65 r. ż.
- Ubezpieczeni powyżej 65 r. ż.

Aby przejrzeć/wydrukować raport personalny należy wybrać przycisk **Raport personalny**, znajdujący się w górnym panelu okna.

Uwaga! W module Plus (+) programu mMedica można wykonać raport z porad udzielonych osobom chorym na ChUK i cukrzycę. Raport ten wykazuje dane na dzień przeprowadzenia przez NFZ weryfikacji deklaracji (jest to pierwszy dzień miesiąca rozliczeniowego) i tylko według rozliczeń zatwierdzonych w tym dniu przez NFZ.

Aby wykonać raport należy zaznaczyć pole "Grupuj w/g wyższej grupy", następnie wybrać przycisk **Raport personalny**. Raport jest dostępny w programie do końca 2014 r., gdyż od 2015 r. NFZ zrezygnował z rozliczania wyższej grupy kapitałowej.

9.6 Funkcje dodatkowe deklaracji

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

W lewym górnym rogu *Listy deklaracji* znajduje się menu *Funkcje dodatkowe*, po rozwinięciu którego można skorzystać z następujących funkcji:

- Wygenerowanie [zestawienia deklaracji](#) według wybranych warunków.
- Zbiorcze [kopiowanie deklaracji](#) na nowe listy aktywne i dla wskazanego personelu.
- Zbiorcze [uzupełnienie danych](#) w deklaracjach.
- Wydrukowanie formularza deklaracji wyboru z naniesionymi już danymi pacjenta.
- [Zmiana roku szkolnego](#) dla deklaracji medycyny szkolnej.
- [Import deklaracji medycyny szkolnej](#) z pliku zapisanego w formacie *.xls.

Wybrane funkcje zostały opisane w dalszej części niniejszego rozdziału. O pozostałych można przeczytać po kliknięciu w podlinkowany odnośnik w tekście.

9.6.1 Zestawienie deklaracji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Zestawienie deklaracji](#)
 lub [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zestawienie deklaracji](#)

Formatka *Zestawienie deklaracji* umożliwia wygenerowanie zestawienia deklaracji POZ według dostępnych kryteriów widocznych na screenie poniżej.

W górnej części okna w sekcji *Grupowanie, sortowanie* wskazuje się kryteria, poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola , według których zostanie utworzone zestawienie deklaracji. Zaznaczenie kolejnych pozycji określa precyzyjnie warunki wyświetlania według ściśle określonych parametrów. Numeracja poszczególnych pól, pojawiająca się po jego zaznaczeniu, określa kolejność występowania kolumn w zestawieniu.

Przykład:

(1) - Wg daty podpisania, (2) - Wg statusu deklaracji, (3) - Wg typu podopiecznego. Taka numeracja oznacza, że pozycje będą zliczane i prezentowane według daty podpisania, a w jej obrębie według statusu deklaracji, a dalej zawężone zostaną do typu podopiecznego.

Po wybraniu szczegółowych warunków należy wybrać przycisk **Zlicz**, który wyświetli dane w dolnej części okna *Zestawienie deklaracji*.

Zestawienie deklaracji

Grupowanie, sortowanie

- Wg rodzaju listy aktywnej
- Wg numeru REGON szkoły (2)
- Wg statusu deklaracji
- Wg personelu
- Wg typu szkoły
- Wg statusu weryfikacji
- (1) Wg daty podpisania
- Wg roku szkolnego
- Wg miesiąca weryfikacji
- (3) Wg typu podopiecznego
- Wg klasy
- Wg roku weryfikacji
- Wg płci podopiecznego
- Wg symbolu klasy
- Wg statusu eksportu
- Wg placówki
- Wg profilaktyki fluorkowej
- Wg roku urodzenia
- Wg miejscowości zamieszkania

Zlicz

Zestawienie deklaracji

*	Data podpisania	Status deklaracji	Podopieczny	Liczba
▶	2006-08-09	złożona	-	2
	2006-08-09	wycofana	-	1
	2006-08-10	złożona	-	10
	2006-08-10	wycofana	-	1
	2006-08-11	złożona	-	3
	2006-08-12	złożona	-	2
	2006-08-14	złożona	-	18

W celu zawężenia danych koniecznych do otrzymania zestawienia, można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie podrzędnych*.

9.6.2 Zbiorcze kopiowanie deklaracji

Ścieżka: [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiorcze kopiowanie deklaracji](#)
lub [Deklaracje](#) > [Zbiorcze kopiowanie deklaracji](#)

Omawiana funkcja umożliwia zbiorcze kopiowanie deklaracji do nowej listy aktywnej lub nowej osoby personelu, bez konieczności przepisywania indywidualnych deklaracji pojedynczo.

Deklaracje, które mają zostać skopiowane, należy uprzednio wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane/Szukaj szczegółowo* lub wskazać bezpośrednio na liście deklaracji. Wybrane deklaracje zaznacza się na liście za pomocą myszki i przytrzymując klawisz CTRL na klawiaturze.

W celu zbiorczego skopiowania danych deklaracji należy:

1. Przejść do okna *Deklaracje* i dokonać wyfiltrowania danych, które mają zostać skopiowane.
2. Zaznaczyć na liście deklaracji lewym przyciskiem myszki dowolny rekord.
3. W lewym górnym rogu okna wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe** i opcję "Zbiorcze kopiowanie deklaracji".
4. W oknie *Zbiorcze kopiowanie deklaracji*:
 - a) W sekcji *Zakres kopiowania* zaznaczyć opcję "Wszystkie deklaracje" - operacji będą podlegać wszystkie deklaracje, które zostały wyfiltrowane.
 - b) W pozostałych sekcjach zaznaczyć parametry zgodnie z oczekiwanymi rezultatami.
 - c) Rozpocząć proces kopiowania deklaracji poprzez wybranie przycisku **Kopiuj**.

Uwaga! Ze względu na niemożność przedstawienia jednolitej ścieżki postępowania (odnośnie punktu b), opisano poniżej znaczenie poszczególnych parametrów, które użytkownik powinien zaznaczyć w zależności od efektów, jakie chce osiągnąć. **Jeżeli kopiowane deklaracje mają otrzymać nową datę podpisania, należy wskazać ją w polu "Data podpisania" ręcznie lub za pomocą kalendarza.**

Sekcja: [Data podpisania](#)

- **Ustaw datę z kopiowanych deklaracji** - po zaznaczeniu parametru data podpisania nowych deklaracji będzie taka sama, jak data podpisania deklaracji kopiowanych. Jeśli użytkownik chce sam wskazać datę podpisania nowych deklaracji, pole należy pozostawić puste, a datę wpisać ręcznie lub za pomocą kalendarza w polu "Data podpisania".

Sekcja: [Data wycofania](#)

- **Ustaw datę z kopiowanych deklaracji** - pole domyślnie zaznaczone. Oznacza, że data wycofania deklaracji wycofywanych będzie taka sama, jak data ich podpisania. Jeśli użytkownik chce sam wskazać datę wycofania starych deklaracji, pole należy pozostawić puste, a odpowiednią datę wpisać ręcznie lub za pomocą kalendarza w polu "Data wycofania".
- **Wycofaj tylko deklaracje kolidujące** - po zaznaczeniu tej opcji stare deklaracje nie są wycofywane przy kopiowaniu. Wycofane zostaną jedynie w przypadku, gdy deklaracje kopiowane kolidują z inną deklaracją pacjenta na tą samą listę aktywną.
- **Nowa lista aktywna** - z listy rozwijanej wskazuje się grupę personelu, do której zostaną skopiowane deklaracje (lekarze, medycyna szkolna, położne...). Spowoduje to zawężenie listy personelu w kolejnym polu "Personel".
- **Personel** - za pomocą przycisku wybiera się osobę personelu, do której zostaną skopiowane deklaracje.

9.6.3 Zbiorcze uzupełnienie danych w deklaracjach

Ścieżka: [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiorcze uzupełnienie danych w deklaracjach](#)

Funkcjonalność umożliwia zbiorcze uzupełnienie danych lub ich modyfikację w złożonych już deklaracjach, bez konieczności ich wycofywania.

W celu zbiorczego uzupełnienia danych w deklaracjach należy:

1. Przejść do okna *Deklaracje* i dokonać wyfiltrowania deklaracji, które mają zostać uzupełnione. W tym celu należy skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Zaznaczyć na liście deklaracji lewym przyciskiem myszki dowolny rekord.
3. W lewym górnym rogu okna wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe** i opcję "Zbiorcze uzupełnienie danych w deklaracjach".
4. W oknie *Uzupełnianie danych w deklaracjach*:
 - a) W sekcji *Zakres modyfikacji* zaznaczyć opcję "Wszystkie deklaracje" - operacji będą podlegać wszystkie deklaracje, które zostały wyfiltrowane.
 - b) W pozostałych sekcjach zaznaczyć zakres deklaracji, który będzie podlegał zmianie np. "Personel".
 - c) Za pomocą przycisku wybrać nową wartość, która zostanie uzupełniona w deklaracjach.
 - d) Rozpocząć proces uzupełniania danych poprzez wybranie przycisku **Zatwierdź**.

Przykład:

W razie konieczności zmiany osoby personelu, do której pierwotnie złożone zostały deklaracje, należy zaznaczyć checkbox znajdujący się pod zakresem "Personel", a następnie za pomocą przycisku wybrać z listy nową osobę personelu.

Uzupełnianie danych w deklaracjach

Numer instalacji:

Zakres modyfikacji

zaznaczone pozycje (1)

wszystkie deklaracje (5)

Data zgłoszenia

Personel

... Nowak Anna

Status PESEL

Placówka

Kapitacja

Kategoria podpiecznego

Szkoła

Typ szkoły

Podtyp szkoły

Profilaktyka fluorkowa

Tak Nie

Rok szkolny Klasa Symbol klasy

Zatwierdź Wyjście

9.7 Migracja pacjentów i deklaracji między instalacjami

Użytkownicy posiadający instalację wielostanowiskową mogą przesyłać do lokalizacji rozproszonych informacje o pacjentach i deklaracjach, a w przypadku migracji danych przy użyciu poczty elektronicznej, również informacje o wyniku weryfikacji deklaracji POZ.

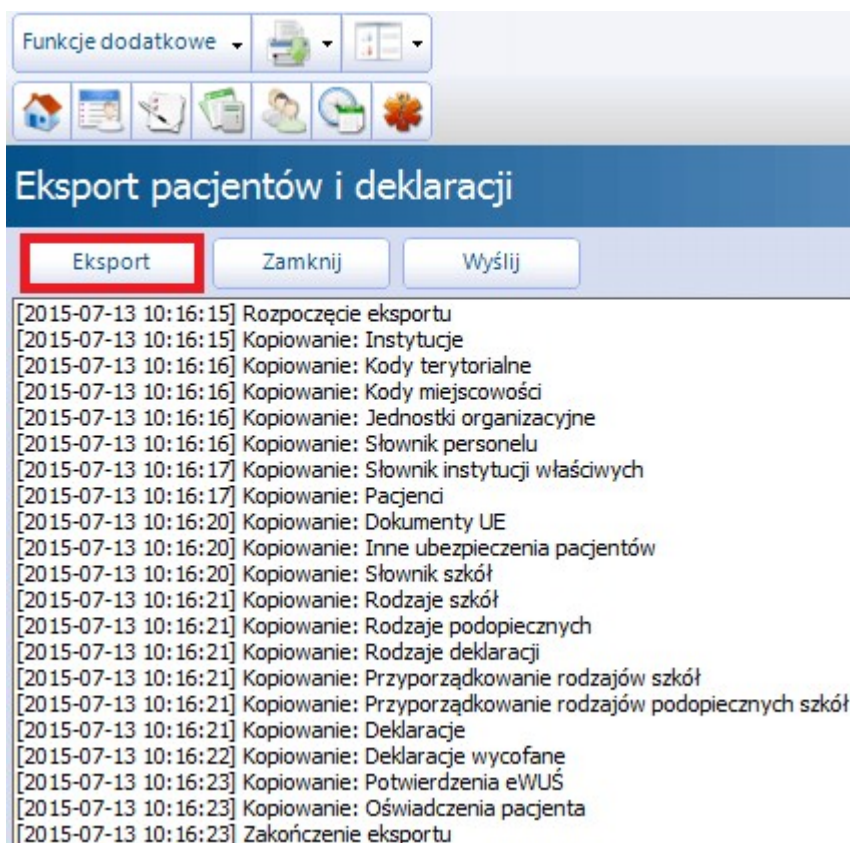
9.7.1 Migracja poprzez plik .mme (mM +)

Uwaga! Aby dokonać migracji danych pacjentów i deklaracji niezbędne jest posiadanie programu mMedica w wersji PLUS w obu bazach: tej, z której dokonywane jest przeniesienie jak i tej, do której będą importowane dane.

1. Eksport:

Należy przejść do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Migracja danych](#) > [Migracja między instalacjami mMedica](#) > [Eksport pacjentów i deklaracji](#)

W celu wyeksportowania danych należy wybrać przycisk **Eksport**, następnie określić nazwę pliku z rozszerzeniem .mme, który będzie zawierał zaszyfrowane dane pacjentów i deklaracji do przeniesienia i wczytania w innej instalacji programu mMedica.



Szacunkowy czas eksportu to kilka minut. Powyższy przykład zawiera eksport danych dla ok. 13000 deklaracji wraz z informacjami o czasie trwania eksportu. Czas eksportu uzależniony jest od konfiguracji sprzętu, na którym wykonywana jest migracja.

2. Import:

Importu danych z pliku .mme dokonuje się na bazie docelowej, w której dane mają się znaleźć, po przejściu do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Migracja danych](#) > [Migracja między instalacjami mMedica](#) > [Import pacjentów i deklaracji](#).

Poprzez zaznaczenie pól należy określić zakres danych importowanych w tabelach (wyjaśnienie poniżej), następnie wybrać przycisk **Import** i wskazać plik .mme, który powstał w trakcie eksportu z poprzedniej bazy mMedica. Po zatwierdzeniu zostanie wykonany import danych.

Zaznaczenie opcji "Migracja do nowej instalacji (cesja)" powoduje zczytanie/import deklaracji z numerem instalacji zgodnym z licencją bazy, do której zczytywane są deklaracje.

Sekcja: Dane do importu

Określa zakres danych, które mają być wczytane do aktualnej bazy danych. Część pozycji jest od siebie zależna i przykładowo, aby zaimportować deklaracje wymagany jest również import słownika szkół i deklaracji wycofanych. Właściwe zaznaczenia są uzupełniane przez aplikację automatycznie.

Sekcja: Aktualizuj znalezione pozycje

W sekcji określa się czy w przypadku znalezienia w bazie takich samych pozycji (np. pacjenta z takim samym nr PESEL), dane mają być aktualizowane na podstawie importowanych danych czy nie.

Zaznaczenie w sekcji oznacza, że znalezione pozycje będą aktualizowane.

Sekcja: Dodaj nowe niewymagane pozycje

W sekcji określa się czy dane (które są niewymagane), które nie występują w bazie, do której plik jest wczytywany, będą do niej importowane. Przykładowo, jeżeli w grupie opcji "Dane do importu" wszystkie opcje zostaną zaznaczone, to w grupie opcji "Dodaj nowe niewymagane pozycje" można określić, które spośród dostępnych danych są niezbędne i mają zostać zaimportowane do bazy.

Zaznaczenie w sekcji oznacza, że będą dodawane wszystkie pozycje, niezależnie czy są wymagane przez kolejne importowane zakresy danych.

Uwaga! Aktualnie migracja pacjentów i deklaracji przenosi personel bez powiązania z użytkownikiem systemu. Użytkownicy systemu z reguły różnią się w różnych instalacjach. W przypadku gdy w obu instalacjach jest lekarz o takim samym numerze prawa wykonywania zawodu lub nr PESEL, przy migracji personelu dane osoby personelu (ewentualnie po zaznaczeniu opcji "Aktualizuj znalezione pozycje") zostaną

uaktualnione, ale powiązanie z użytkownikiem systemu nie zostanie zmienione.

Należy pamiętać, że w przypadku pierwszej migracji możliwe jest tylko ręczne uzupełnienie personelu wewnętrznego.

9.7.2 Migracja poprzez pocztę elektroniczną

Mechanizm migracji pacjentów i deklaracji umożliwia przesyłanie do lokalizacji rozproszonych informacji o deklaracjach, ich statusie oraz wyniku weryfikacji przekazanej przez OW NFZ za pomocą poczty elektronicznej.

Aby móc przekazywać informacje o weryfikacji danych do lokalizacji odległych, należy wcześniej skonfigurować program, określając parametry skrzynek mailowych poszczególnych lokalizacji.

Użytkownik (świadczeniodawca) wykorzystuje do wymiany danych z systemami OW NFZ konta techniczne, posiadające nazewnictwo: xxxxxxxx@nfz-yyyyyyy.zz i wpisywane w pole "Adres e-mail".

Adres serwera poczty przychodzącej (POP3):	xxxxxxxx
Adres serwera poczty wychodzącej (SMTP):	xxxxxxxx
Adres e-mail:	xxxxxxxx@nfz-yyyyyyy.zz

Konfiguracji dokonuje się na serwerze w lokalizacji rozproszonej, z której migrowane są dane do lokalizacji macierzystej (lokalizacji, z której wykonywany jest eksport deklaracji do systemu OW NFZ).

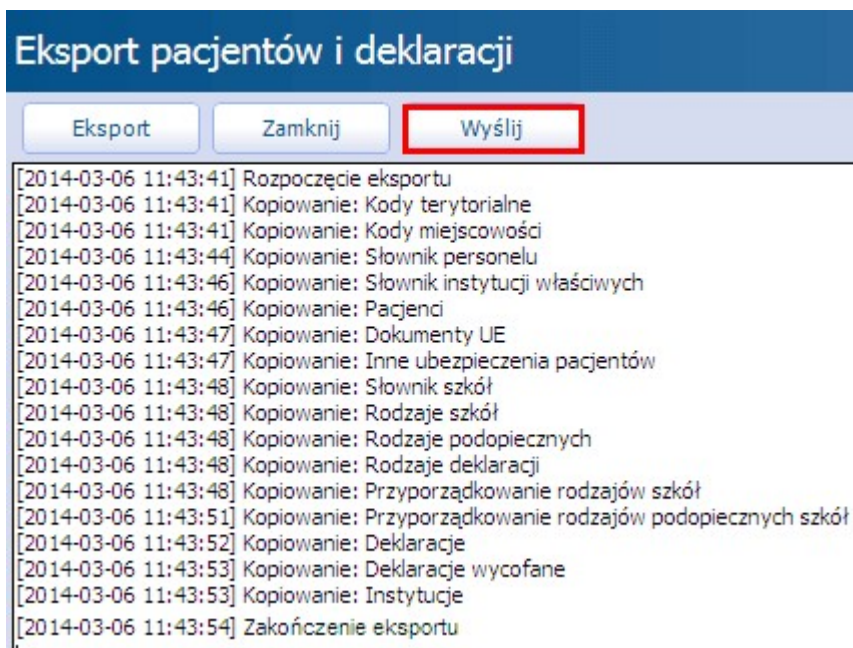
W lokalizacji rozproszonej należy przejść do: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Poczta NFZ](#) i określić adres skrzynki mailowej w polu "Adres e-mail dla deklaracji".

W tym polu należy wpisać wartość odpowiadającą zawartości pola "Adres email" (zdj. powyżej), który znajduje się w lokalizacji macierzystej (lokalizacji, z której wykonywana jest wysyłka deklaracji do systemu OW NFZ).

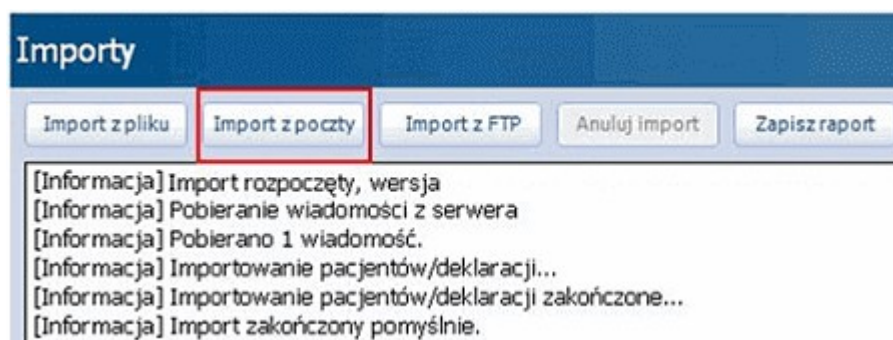
Adres e-mail dla świadczeń:	
Adres e-mail dla deklaracji:	

Operację migracji przeprowadza się w następujący sposób:

1. Na serwerze w lokalizacji rozproszonej przejść do: [Komunikacja](#) > [Migracja danych](#) > [Migracja danych między instalacjami](#) > [Eksport pacjentów i deklaracji](#).
2. Wybrać przycisk **Wyślij**, który uruchomi wysyłkę danych.

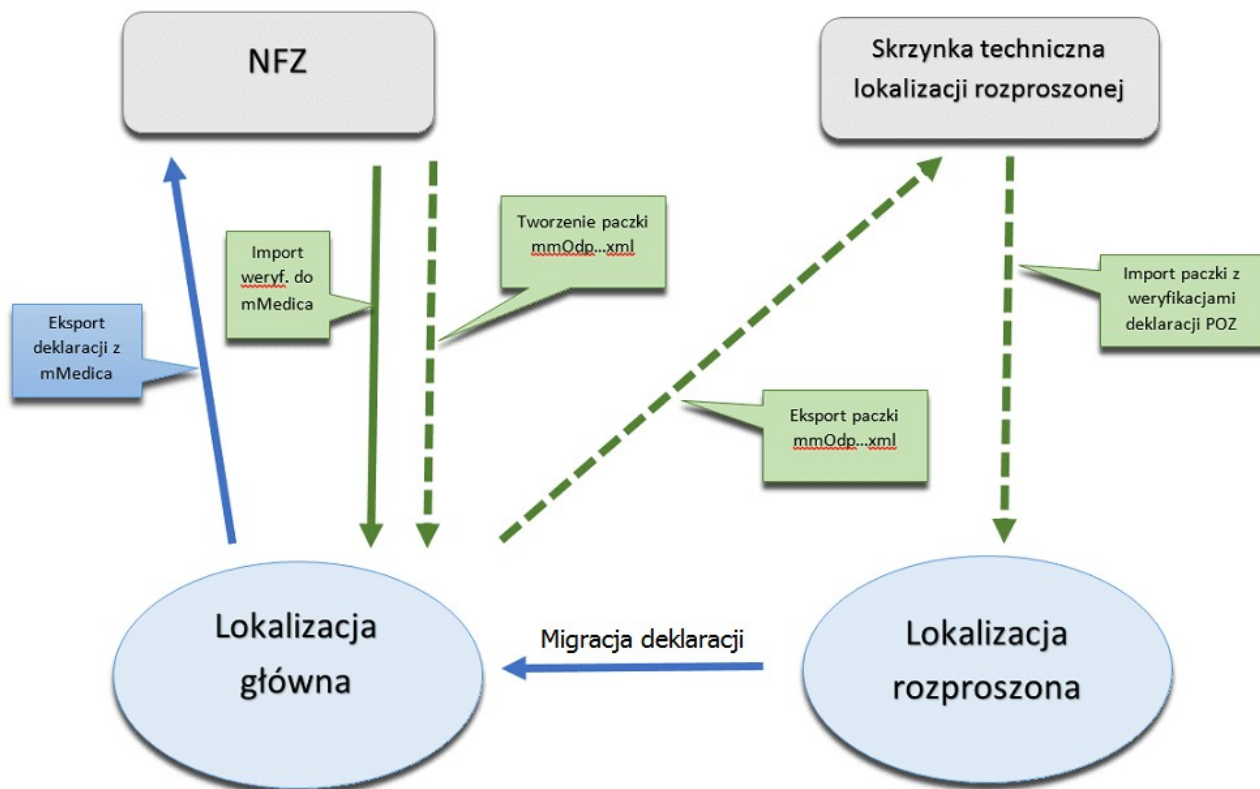


- Na serwerze w lokalizacji macierzystej (lokalizacji, z której wykonywana jest wysyłka deklaracji do systemu OW NFZ) dokonać importu danych poprzez: [Komunikacja > Import danych > Import z poczty](#).



- Wykonać standardowy eksport deklaracji do systemu OW NFZ.
- W okresie przekazywania weryfikacji (zazwyczaj pod koniec miesiąca) dokonać importu weryfikacji na serwerze w lokalizacji macierzystej poprzez: [Komunikacja > Import danych > Import z poczty](#). Dane zostaną zweryfikowane i przekazane do poszczególnych lokalizacji rozproszonych automatycznie. Plik importu deklaracji pobierany przez lokalizację macierzystą powoduje uruchomienie procedury tworzenia paczki odpowiedzi, przekazywanej do instalacji rozproszonej. Pliki jakie powstają podczas automatycznego eksportu do stacji rozproszonej oznaczone są nazwą: mmOdp0.xml, mmOdp1.xml, mmOdp2.xml itd.
- Na serwerze w lokalizacji rozproszonej przejść w: [Komunikacja > Import danych](#) i wybrać przycisk **Import z poczty**. Czynność ta uruchomi proces pobierania informacji o przekazanych weryfikacjach.

Omawiana funkcjonalność została przedstawiona graficznie na poniższej ilustracji:



W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica w oknie *Parametry konfiguracyjne* (ścieżka: [Zarządzanie > Konfiguracja > Parametry konfiguracyjne](#)) dodano parametr o kodzie MAIL\MAKS_ROZM_ZAL, umożliwiający określenie maksymalnego rozmiaru pliku (w MB), jaki może zostać wysłany. Jeżeli rozmiar generowanego pliku przekroczy zdefiniowaną wartość, zostanie on odpowiednio podzielony.

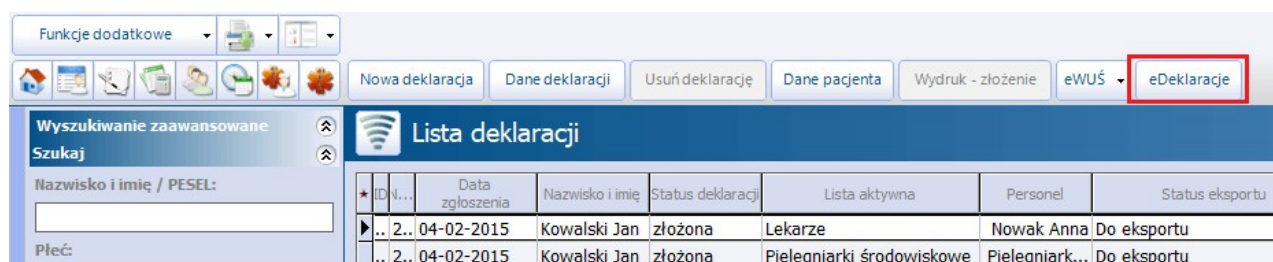
9.8 Import e-Deklaracji

Ścieżka: [Deklaracje > przycisk eDeklaracje](#)

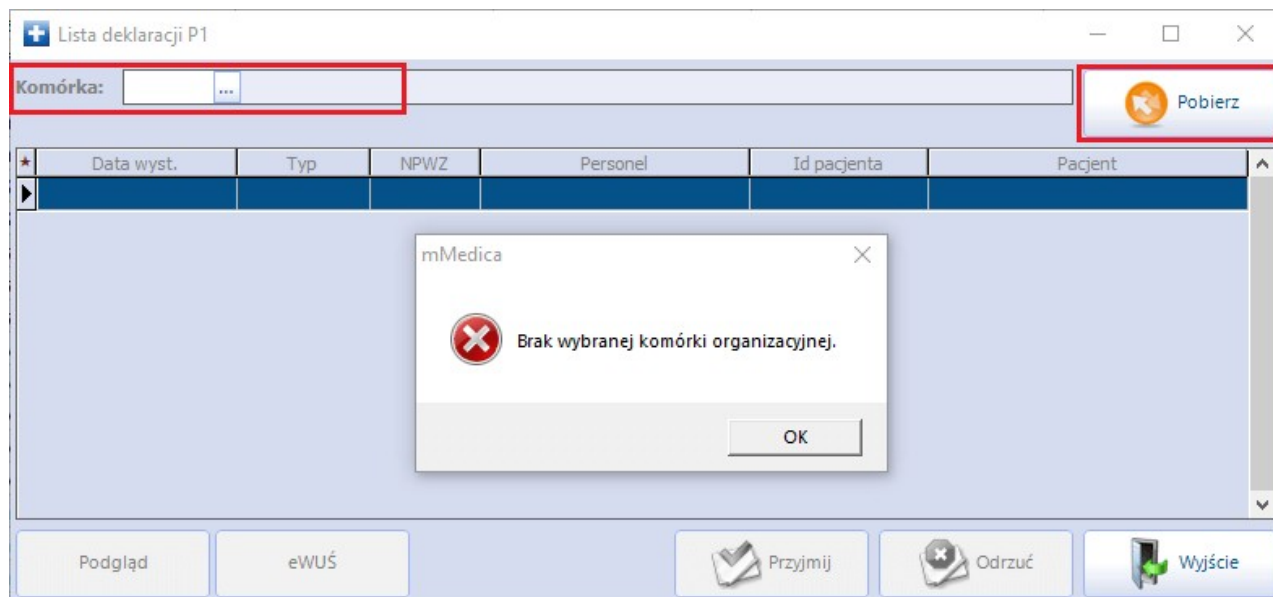
Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność importu z systemu P1 deklaracji złożonych w sposób elektroniczny (przez IKP).

Uwaga! Sposób konfiguracji programu, w tym zacytowania odpowiednich certyfikatów, umożliwiającej import e-Deklaracji z systemu P1, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

Aby pobrać z systemu P1 deklaracje złożone elektronicznie, należy w oknie przeglądu deklaracji wybrać przycisk **eDeklaracje**.



W wyniku powyższej czynności otwarte zostanie okno *Lista deklaracji P1*. W celu pobrania listy e-Deklaracji, złożonych do świadczeniodawcy, należy wybrać przycisk **Pobierz**.



Aby pobranie e-Deklaracji było możliwe, w polu "Komórka" konieczne jest wskazanie placówki, do której zostaną przypisane przyjęte deklaracje. Podpowie się ona z ustawień domyślnych zalogowanego personelu, jeśli została w nich wybrana. Jeżeli pole "Komórka" nie będzie uzupełnione, przy próbie pobrania deklaracji pojawi się stosowny komunikat (patrz przykład powyżej).

Natomiast jeżeli operacja pobrania e-Deklaracji zakończy się pozytywnie, ich lista wyświetli się w powyższym oknie. Na liście w odpowiednich kolumnach widoczne będą istotne dane dotyczące poszczególnych pozycji.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica na końcu wyświetlanej tabeli dodano kolumny: "eWUŚ", prezentującą aktualny status eWUŚ pacjenta w programie, oraz "Aktywna deklaracja (personel)", prezentującą personel z istniejącej w programie aktywnej deklaracji pacjenta.

W wersji 8.3.0 programu na dole okna dodano przycisk **eWUŚ**. Po jego wyborze następuje pobranie statusów eWUŚ dla pacjentów znajdujących się na liście.

Aby otworzyć wizualizację danej pozycji, należy ją podświetlić na liście i wybrać przycisk **Podgląd**.

W celu zaimportowania e-Deklaracji pacjenta należy po jej podświetleniu wybrać przycisk **Przyjmij**.

Od wersji 8.3.0 aplikacji mMedica po wyborze powyższego przycisku wyświetlane jest okno weryfikacji danych pacjenta. Jeżeli jest to nowy pacjent, którego nie ma jeszcze w *Kartotece pacjentów*, wyświetli się pojedyncze okno, prezentujące dane z zacytywanej e-Deklaracji. Natomiast jeśli pacjent istnieje już w bazie danych programu, wyświetlone okno będzie zawierało dane z programu mMedica i z zacytywanej e-Deklaracji (patrz przykład poniżej).

Weryfikacja danych pacjenta z eDeklaracji

Dane z mMedica	Dane z eDeklaracji
<p>Dane osobowe</p> <p>Nazwisko: Kowalski</p> <p>Imię: Jan Drugie imię: <input type="text"/></p> <p>PESEL: <input type="text"/> Data ur.: <input type="text"/></p> <p>Dokument: <input type="text"/></p> <p>Adres zamieszkania</p> <p>Kod poczt.: <input type="text"/> Miasto: <input type="text"/></p> <p>Kod teryt.: <input type="text"/></p> <p>Kod miejsc.: <input type="text"/></p> <p>Ulica: <input type="text"/></p> <p>Nr domu: <input type="text"/> Nr lokalu: <input type="text"/></p> <p>Telefon kom.: <input type="text"/> Telefon dod.: <input type="text"/></p> <p>E-mail: <input type="text"/></p> <p>Powiadamianie: <input type="text"/></p> <p>Uwaga! Brak danych kontaktowych niezbędnych do wysyłki powiadomienia</p>	<p>Dane osobowe</p> <p>Nazwisko: Kowalski</p> <p>Imię: Jan</p> <p>PESEL: <input type="text"/> Data ur.: <input type="text"/></p> <p>Dokument: <input type="text"/></p> <p>Adres zamieszkania</p> <p>Kod poczt.: <input type="text"/> Miasto: <input type="text"/></p> <p>Kod teryt.: <input type="text"/></p> <p>Ulica: <input type="text"/></p> <p>Telefon kom.: <input type="text"/></p> <p>E-mail: <input type="text"/></p>

W przypadku nieaktualnych danych istnieje możliwość ich zmiany. Aby przepisać dane z e-Deklaracji, należy skorzystać z przycisku z symbolem strzałki, zaznaczonego na powyższym zdjęciu. Za pomocą znajdujących się na dole przycisków **Potwierdź** i **Wyjście** można zatwierdzić wprowadzone zmiany lub wyjść z okna bez dokonywania modyfikacji.


Od wersji aplikacji 8.4.0 podczas przyjmowania deklaracji program weryfikuje istnienie w *Rejestrze personelu* większej ilości wpisów posiadających NPWZ identyczny z tym, jaki ma personel w zacytywanym dokumencie. Jeżeli istnieje więcej niż jedna taka pozycja, wyświetli się okno *Wybór personelu*, umożliwiające wskazanie personelu, do którego ma być przypisana przyjmowana deklaracja (przykład poniżej). Aby tego dokonać, należy podświetlić odpowiedni wiersz i skorzystać z zamieszczonego na dole przycisku **Wybierz**.





W wersjach aktualizacji programu o numerach do 8.7.0 włącznie w oknie dostępny jest również przycisk **Dodaj personel na podstawie dokumentu**. Jego wybór spowoduje dodanie w *Rejestrze personelu* nowego personelu zewnętrznego z danymi z zacytywanej deklaracji i umożliwi powiązanie z nim tej deklaracji w bazie danych. **W wersji 9.0.0 przycisk ten został usunięty.**

Uwaga! W związku z tym, że deklaracje w programie powinny być powiązane z personelem wewnętrznym, w przypadku wyboru przycisku **Dodaj personel na podstawie dokumentu** i powiązania przyjętej deklaracji z nowo dodanym personelem zewnętrznym, należy dokonać stosownej modyfikacji, na przykład zmiany tego personelu w *Rejestrze personelu* na wewnętrznego (utworzenie użytkownika i jego wybór w danych personelu po zmianie grupy na: "Personel wewnętrzny").



Wybór personelu

Dane personelu przekazane w dokumencie

Testowy Lekarz
NPWZ: 
PESEL: nie podano


* Aktualny	Nazwisko	Imię	NPWZ	PESEL
<input checked="" type="checkbox"/>	Nowak	Jan		
<input checked="" type="checkbox"/>	Testowy	Lekarz		

Wybierz personel wystawiający dokument

 Dodaj personel na podstawie dokumentu  Wybierz

W kolejnym kroku, po rozpoczęciu czynności przyjęcia deklaracji, nastąpi otwarcie okna [dodania deklaracji](#) z odpowiednio uzupełnionymi polami. W polu "Placówka" podpowie się komórka organizacyjna wybrana wcześniej w oknie *Lista deklaracji P1*.

Podtyp szkoły/wskaźnik:

Placówka: *  Poradnia

Przyczyna:

Po zatwierdzeniu danych (przycisk **Zatwierdź** w prawym dolnym rogu) deklaracja zostanie zaczytana do bazy danych.

Uwaga! Program uniemożliwi przyjęcie e-Deklaracji złożonej do personelu, który nie istnieje w bazie danych świadczeniodawcy. W takim wypadku po naciśnięciu **Przyjmij** użytkownik spotka się z komunikatem:

Brak w bazie personelu o numerze NPWZ:(...)

OK

Uwaga! W przypadku braku pacjenta w kartotece pacjentów zostanie on do niej dodany podczas importu jego deklaracji.

W celu odrzucenia e-Deklaracji pacjenta należy podświetlić ją na liście i wybrać przycisk **Odrzuć**.

W wersji aplikacji 8.3.0 w oknie przeglądu deklaracji dodano kolumnę "eDeklaracja", w której dla zaimportowanych e-Deklaracji będzie się wyświetlać znaczek .

9.9 Limity osób objętych opieką

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Limity osób objętych opieką](#)

W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica w powyższej ścieżce zostało udostępnione okno prezentujące informację o stanie limitów osób zadeklarowanych do danego personelu.

Uwaga! Funkcjonalność jest dostępna w wersji **Plus** ("+") programu. Dodatkowo zalogowany użytkownik musi posiadać w swoich danych w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#)) na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi [Deklaracje](#) włączone uprawnienie **"Definicja limitów osób objętych opieką"**.

Nazwisko	Imię	Nr pra...	Rodzaj	Limit	Stan limitu	Pozostało do limitu
Kowalski	Jan		Lekarz	2500	Nieosiągnięty	2347
Kowalska	Alina		Pielęgniarka	2500	Przekroczony	-57
Nowak	Jan		Lekarz	2500	Nieosiągnięty	2498

Wyświetlana tabela zawiera rekordy odnoszące się do poszczególnych osób personelu wewnętrznego w rodzaju "Lekarz", "Pielęgniarka" lub "Położna". W kolumnie "Limit" prezentowane są limity pacjentów objętych opieką (zadeklarowanych), zdefiniowane w danych poszczególnych osób w rejestrze personelu ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#)). Dokładne informacje dotyczące definicji wspomnianych limitów zawiera rozdział [Dodanie personelu](#).

Ponadto w kolumnie "Stan limitu" widoczne są stany poszczególnych limitów (możliwe wartości: "Nieosiągnięty", "Osiągnięty", "Przekroczony", "Brak definicji"). W przypadku przekroczenia limitu wiersz oznaczony jest kolorem czerwonym.

W kolumnie "Pozostało do limitu" prezentowana jest ilość pacjentów, która zgodnie z limitem może jeszcze zostać objęta opieką przez dany personel. **Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica w przypadku przekroczenia limitu w kolumnie tej wyświetlana jest w postaci liczby ujemnej wartość, o jaką przekroczono limit.**

Po lewej stronie ekranu, w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* dostępne są filtry umożliwiające wyszukiwanie pozycji wg określonych kryteriów. Aby wyświetlić tylko pozycje ze zdefiniowanych limitem, należy włączyć parametr **"Tylko z limitem"**. Jeżeli prezentowana lista ma dotyczyć tylko aktualnego personelu, należy skorzystać z parametru **"Tylko aktualny"**.

Wyszukiwanie danych zgodnych z wprowadzonymi ustawieniami wykona się po wyborze przycisku **Zastosuj**.

Rozdział

10

Rozliczenia świadczeń

W styczniu 2011 roku uruchomiony został nowy system rozliczania świadczeniodawców z Płatnikiem.

Aby możliwe było ewidencjonowanie i rozliczanie świadczeń realizowanych podczas wizyty pacjenta należy:

- zaimportować elektroniczną wersję umowy (umów) z NFZ: [Import umów z NFZ](#),
- w czasie rejestrowania danych wizyty wprowadzić dane rozliczeniowe: [Wprowadzanie i modyfikacja danych o rozliczeniach](#),
- wykonać eksport danych ewidencyjnych do NFZ: [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#),
- wykonać import potwierdzeń I fazy: [Import potwierdzeń I fazy](#),
- dokonać czynności rozliczeniowych w systemie Płatnika prowadzących do uzyskania szablonu rachunku,
- zaimportować szablon rachunku,
- wygenerować rachunek: [Rachunki](#),
- wyeksportować rachunek i zamieścić go w systemie Płatnika.

Sposób rozliczenia świadczeń opisuje dokument opublikowany na stronach OOWNFZ o tytule: Likwidacja_II_fazy. Na stronie 4-tej dokumentu znajduje się instrukcja, której treść została zamieszczona poniżej:

Przebieg procesu rozliczeń:

1. Przesłanie komunikatu I fazy – tak jak dotychczas.
2. Loader generuje odpowiedź P_SWI – tak jak dotychczas.
3. Świadczeniodawca otrzymuje odpowiedź na skrzynkę – tak jak dotychczas.
4. Oddział uruchamia proces weryfikacji świadczeń. Świadczenia, które nie przeszły pomyślnie procesu weryfikacji regułami centralnymi i oddziałowymi, nie biorą udziału w dalszym procesie rozliczeń.
5. Świadczeniodawca może ponownie otrzymać komunikat P_SWI z wynikami weryfikacji (na Portalu Świadczeniodawcy). Pobieranie opisane zostało w rozdziale "Pobieranie komunikatów z wynikami weryfikacji (P_SWI)".
6. Świadczeniodawca uruchamia proces naliczania świadczeń (Portal Świadczeniodawcy). Uruchamianie procesu opisane jest w rozdziale "Uruchamianie procesu naliczania świadczeń".
7. Na początku procesu naliczania system sprawdza czy nie nastąpiły zdarzenia wymagające skorygowania już naliczonych świadczeń. Generuje wtedy szablony korygujące.
8. Jeśli wygenerowane zostały jakiegokolwiek szablony korygujące proces naliczania kończy swoją działalność. Wtedy świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić rachunki korygujące, zanim rozpocznie dalszy proces rozliczania.
9. Po zakończonym procesie naliczania świadczeniodawca pobiera komunikat R_UMX z Portalu. Plik ten należy zaczytać w aplikacji mMedica poprzez: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#), a następnie na jego podstawie utworzyć rachunek w [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#).
10. Świadczeniodawca przesyła komunikaty REF do otrzymanych szablonów.
11. Podczas importu komunikatu REF następuje ponowne uruchomienie procesu korygowania świadczeń w kontekście całej umowy.
12. Operator w oddziale zatwierdza rachunki. Podczas procesu zatwierdzania wykonywany jest szereg walidacji twardych, miękkich i dodatkowych oraz znów wywoływany jest proces naliczania korekt.
13. Jeśli wszystkie sprawdzenia przebiegną pomyślnie – rachunek zostaje zatwierdzony - jeśli nie, może otrzymać status: Sprawdzony oczekuje na korektę.

10.1 Etapy rozliczenia wybranych zakresów

W poniższym rozdziale zostały skrótowo omówione ścieżki rozliczeń dla:

- Porad POZ
- Deklaracji POZ
- Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej
- Lecznictwa stacjonarnego (chirurgia krótkoterminowa, ZOL, ZPO i inne)

10.1.1 Deklaracje POZ

Czynności jakie należy wykonać, aby rozliczyć deklaracje POZ:

1. Wprowadzić (zaimportować) deklaracje.
2. Utworzyć nowe sprawozdanie: [Ewidencja > Deklaracje > Sprawozdania POZ > Nowe sprawozdanie](#). W polu **Rodzaj sprawozdania** wybrać "Deklaracje POZ", uzupełnić numer umowy i pole „Miesiąc”.
3. Wykonać eksport sprawozdania: [Komunikacja > Eksport danych > Deklaracje POZ](#).

Uwaga!

Aby skutecznie wykonać eksport muszą być wprowadzone takie same numery umów w następujących miejscach:

- Eksport deklaracji POZ – pole: „Umowa nr”,
- Przy tworzeniu sprawozdania POZ w polu „Umowa”,
- W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Deklaracje > "Obsługiwane listy aktywne"](#)) należy wybrać z listy/zaznaczyć właściwe numery umów, dla których będą wykonywane eksporty.

Program pozwala na wykonanie eksportu bez wczytanej umowy. W takiej sytuacji we wszystkich wyżej wymienionych polach należy wprowadzić „ręcznie” numer umowy.

4. Odebrać potwierdzenia: [Komunikacja > Import danych](#).
5. Sprawdzić potwierdzenia wysłanych deklaracji: [Ewidencja > Deklaracje > Potwierdzenia deklaracji POZ](#) (w tabeli pojawią się wyłącznie pozycje błędne).
6. Sprawdzić wyniki weryfikacji deklaracji: [Ewidencja > Deklaracje > Weryfikacje deklaracji POZ](#).
7. Poprawić lub wycofać deklaracje potwierdzone błędnie.
8. Powtórzyć czynności opisane w punktach 3 do 7, aż do uzyskania potwierdzeń dla wszystkich deklaracji.
9. Wygenerować i eksportować rachunek: [Rozliczenia > Przegląd szablonów > Nowy rachunek](#), następnie przekazać go do NFZ.

Szczegółowy opis tworzenia i eksportu sprawozdań POZ znajduje się w rozdziale: [Rozliczenie sprawozdań POZ](#).

10.1.2 Porady POZ

Czynności jakie należy wykonać, aby rozliczyć porady POZ:

1. Wprowadzić dane o wykonanych poradach na formatce **Uzupełnianie świadczeń**. W tym celu w polu "Wizyta" należy wybrać wartość "POZ", następnie uzupełnić dane za zakładkę "Świadczenia POZ". Zakładkę "Rozliczenia" należy uzupełnić w przypadku posiadania umowy podpisanej z Oddziałem NFZ, zawierającej świadczenia rozliczane punktowo.
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.

5. Wygenerować i eksportować rachunek: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#) > [Nowy rachunek](#), następnie przekazać go do NFZ.

10.1.3 Sprawozdanie zbiorcze POZ

Czynności jakie należy wykonać, aby wyeksportować sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ:

1. Wprowadzić dane o wykonanych świadczeniach na formatce **Uzupełnianie świadczeń**. W tym celu w polu "Wizyta" należy wybrać wartość "POZ", następnie uzupełnić dane za zakładce "Świadczenia POZ".
2. Utworzyć sprawozdanie POZ: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#), przy okazji zostaną automatycznie utworzone załączniki.
3. Jeśli dane nie zostały wprowadzone w wizycie POZ można je uzupełnić w załącznikach do [Sprawozdania POZ](#).
4. Zamknąć wszystkie załączniki do sprawozdania (nawet jeśli wszystkie nie są uzupełniane - puste załączniki nie są eksportowane).
5. Zamknąć sprawozdanie zbiorcze.
6. Wykonać eksport sprawozdania: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ](#), w polu "Zakres" wybierając wartość **Ankiety**.

10.1.4 Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych

Czynności jakie należy wykonać, aby wyeksportować sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych - załącznik nr 3c do umowy POZ:

1. Wprowadzić dane o wykonanych badaniach POZ na formatce **Uzupełnianie świadczeń**. W tym celu w polu "Wizyta" należy wybrać wartość "POZ", następnie uzupełnić dane za zakładce "Badania POZ". Alternatywą jest możliwość wprowadzenia badań bez wizyty w: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Zestawienie badań POZ](#).
2. Utworzyć sprawozdanie do załącznika 3c w: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#). Należy wybrać wartość "Półroczne" i miesiąc odpowiadający półroczu (tj. czerwiec lub grudzień).
3. Jeśli dane nie zostały wprowadzone na wizycie w zakładce „Badania POZ”, można dane te wpisać sumarycznie na sprawozdaniu.
4. Zatwierdzić zmiany wprowadzone na sprawozdaniu.
5. Wykonać eksport sprawozdania: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ](#), w polu "Zakres" wybierając wartość **Badania diagn.**

Uwaga! Komunikat dla świadczeniodawców dotyczący sprawozdawczości zbiorczej komunikatem XML typu ZBOZ z dnia 30.05.2016 r. opublikowany na stronie Centrali: <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,6867.html> znosi sprawozdawczość indywidualną przekazywaną dotychczas komunikatem SWIAD (I faza). Od dnia 01.07.2016 r. obowiązuje półroczna sprawozdawczość zbiorcza komunikatem ZBPOZ.

Jeśli OW NFZ wymaga przekazywania również sprawozdawczości miesięcznej, w polu "Miesiąc" należy wybrać miesiąc, za który ma zostać przekazane sprawozdanie, a następnie wartość "Miesięczne".

10.1.5 Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Kolejne czynności jakie należy wykonać, aby rozliczyć świadczenia z AOS:

1. Wprowadzić dane o rozliczeniach na formatce **Uzupełnianie świadczeń** - [Wprowadzanie danych o rozliczeniach](#).
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.
5. W systemie Płatnika sprawdzić weryfikacje wysłanych pozycji, wykonać naliczanie świadczeń i pobrać szablon rachunku R_UMX.
6. Zaimportować szablon do programu: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).
7. Wygenerować i eksportować rachunek w: [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#), a następnie zaimportować go w systemie Płatnika.

10.1.6 Lecznictwo stacjonarne

Kolejne czynności jakie należy wykonać, aby rozliczyć świadczenia realizowane w trybie stacjonarnym:

1. Wprowadzić dane dotyczące pobytu i wskazać świadczenia do rozliczenia - [Obsługa hospitalizacji](#).
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.
5. Na Portalu Świadczeniodawcy sprawdzić weryfikacje wysłanych pozycji, wykonać naliczanie świadczeń i pobrać szablon rachunku R_UMX.
6. Zaimportować szablon do programu: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).
7. Wygenerować i eksportować rachunek: [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#), a następnie zaimportować go w systemie Płatnika.

10.1.7 Tworzenie korekty do sprawozdania

Opis dotyczy świadczeń rozliczanych według starego modelu rozliczeń obowiązującego do końca 2010 r.

Uwaga!

Korekty wykonuje się wyłącznie do zamkniętych sprawozdań.

Aby dokonać korekty świadczeń wg starego modelu rozliczeń należy zmienić **Wersję komunikatu eksportu** na wartość **5;1.5** w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Komunikacja > Eksport](#).

Zamknięcie sprawozdania:

[Rozliczenia > Przegląd sprawozdań > Zamknij sprawozdanie](#)

Przed zamknięciem sprawozdania należy sprawdzić statusy wszystkich pozycji rozliczeniowych, który powinny być w statusie „Potwierdzone poprawnie”. Akceptowany jest także status „Błędnie potwierdzone”, ale pozycje o takim statusie nie wejść do sprawozdania - będą mogły być rozliczone w następnym miesiącu lub na korekcie sprawozdania. Jeśli lista zawiera pozycje o statusie „Wysłane potwierdzenie”, zamknięcie sprawozdania nie będzie możliwe do czasu otrzymania potwierdzenia do wszystkich pozycji na liście.

Korekta sprawozdania:

1. Należy usunąć pozycje rozliczeniowe, które nie powinny być znaleźć się na sprawozdaniu w [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#). W tym celu należy wskazać świadczenie, które ma zostać usunięte i wybrać przycisk **Usuń rozliczenie**.

Program automatycznie wygeneruje pozycję korygującą na minus, oznaczoną kolorem **zielonym** (zdj. poniżej), która będzie wyświetlona w wizycie, przeglądzie wizyt oraz przeglądzie rozliczeń. Pozycja korygowana wyświetlona będzie na **czwono**. Kolorem czarnym oznaczone będą pozycje dodawane "na plus". Po uzyskaniu potwierdzeń I fazy, pozycja korygująca pojawi się na korekcie sprawozdania do miesiąca, w którym rozliczono pozycję korygowaną.

The screenshot shows a software interface for managing medical visits and billing. The top part displays search filters for patient ID (5855), date (Czerwiec), and verification result (Wszystkie wizyty). Below this is a table of visits with columns for service number, patient name, PESEL, start/end dates, code, and location. The second table, 'Dane rozliczeniowe wizyty', provides a detailed view of billing items with columns for item ID, correction ID, number, year, month, product, quantity, rate, service code, dates, month, and status. The table shows several items with green status (Naliczona) and one with a red status (Naliczona).

* Nr świadczenia	Pacjent	PESEL	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Kod świadczenia	Miejsce realizacji
00000107260704860501	Nazwisko_5...	32...	2009-06-02 11:04:...	2009-06-02 11:04:52	4.4	Poradnia neurologiczna
00000107270404860501	Nazwisko_5...	32...	2009-06-02 11:04:...	2009-06-02 11:04:52	4.4	Poradnia neurologiczna
000001299006048605...	Nazwisko_...	32...	2009-05-20 06:0...	2009-06-02 06:0...	11.8	Gabinet fizjoterapii

* Id. rozlicz...	Id rozliczenia korygowanego	Num...	Rok	Miesiąc	Produkt	Wyr.	Krotność	Świadczenie	Data od	Data do	Miesiąc rozliczeniowy	Status powie...
115189	054...	2009	Czerwiec	05.131...	1	10	5.11.01....	2009-05-...	2009-0...	Grudzień	Naliczona	
115187	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	10	5.11.01....	2009-05-20	2009-06-...	Grudzień	Naliczona	
90341	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	10	5.11.01....	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona	
90340	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	10	5.11.01....	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona	
115186	90339	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	-20	5.11.01....	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona
90339	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	20	5.11.01....	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona	
115188	90338	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	-20	5.11.01....	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona
90338	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	20	5.11.01....	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona	

Jeśli wystąpiła konieczność poprawienia pozycji rozliczeniowej na rozliczeniu, nie trzeba jej usuwać. W takim wypadku wystarczy poprawić dane na pozycji, a system sam wygeneruje pozycję korygującą i wstawi nową pozycję z wprowadzonymi poprawnymi wartościami.

Kolejne czynności jakie należy wykonać, aby utworzyć korektę do sprawozdania:

1. Poprawić dane bezpośrednio na pozycji rozliczeniowej.
 2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
 3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
 4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.
 5. Wybrać sprawozdanie, do którego ma być wykonana korekta: [Rozliczenia > Przegląd sprawozdań](#). Należy pamiętać, że pozycja korygująca będzie rozliczona na korekcie do sprawozdania, w którym wcześniej rozliczono pozycję korygowaną.
 6. Następnie należy wygenerować korektę - podświetlić korygowane sprawozdanie, wybrać przycisk **Nowe** i zatwierdzić komunikat. W tym momencie system utworzy nagłówek korekty do wskazanego sprawozdania.
 7. Wybrać przycisk **Oznacz pozycje**, znajdujący się w górnej części okna. Następnie na dole ekranu wybrać przycisk **Szczegóły**, który otworzy okno "Oznaczanie pozycji do sprawozdania". W tabeli pojawiają się wyłącznie pozycje, które można rozliczyć w ramach tej korekty. Na liście mogą znaleźć się zarówno pozycje korygujące jak i pozycje dodające, które w tym wypadku mogą być nadwykonaniami z poprzednich miesięcy. Pozycje korygujące można rozpoznać po kolorze czcionki - są oznaczone kolorem zielonym. Jeśli na korekcie mają wystąpić tylko pozycje korygujące, należy oznaczyć tylko pozycje zielone („zaptaszkoać”).
- Pozycje korygujące należy oznaczyć na liście ręcznie (poprzez zaznaczenie w polu [✓]) lub skorzystać z pomocy systemu, zaznaczając pole **Korygujące** i zatwierdzając przyciskiem **Oznacz pozycje**. Po oznaczeniu pozycji zatwierdzić zmiany.
8. Wykonać eksport II fazy.

9. Wykonać import.
10. Sprawdzić czy pozycje zostały potwierdzone przez NFZ: [Rozliczenia > Przegląd sprawozdań](#).
11. Zamknąć sprawozdanie: [Rozliczenia > Przegląd sprawozdań](#) poprzez przycisk **Zamknij sprawozdanie**.
12. Wydrukować dokumenty wymagane przez OW NFZ.

Opis dotyczy świadczeń rozliczanych według nowego modelu rozliczeń obowiązującego od stycznia 2011 r.

1. W celu usunięcia pozycji należy przejść do [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), wskazać świadczenie, które ma zostać usunięte i wybrać przycisk **Usuń rozliczenie**.

Jeśli wystąpiła konieczność poprawienia pozycji rozliczeniowej, nie należy jej usuwać i na nowo dodawać. W takim wypadku wystarczy zmienić dane na pozycji, a system sam wygeneruje nową pozycję z poprawnymi wartościami.

Historię modyfikacji danej pozycji można zobaczyć poprzez wybranie przycisku **Archiwum rozliczenia** znajdującego się w [Rozliczenia > Przegląd rozliczeń](#).

2. Następnie należy wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.
5. Pobrać z systemu Płatnika szablon rachunku korygującego i zaimportować do programu w: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).
6. Wygenerować i eksportować rachunek korygujący: [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#), a następnie zaimportować go w systemie Płatnika.
7. Wydrukować dokumenty wymagane przez OW NFZ.

Uwaga!

Dla świadczeń rozliczanych według nowego modelu rozliczeń nie ma możliwości wygenerowania nagłówka korekty do sprawozdania. Wszystkie pozycje ujęte w szablonie rachunku korygującego zostaną powiązane z istniejącym nagłówkiem sprawozdania za dany miesiąc dla danej umowy.

10.2 Informacje szczegółowe

W poniższym rozdziale opisane zostały funkcjonalności dotyczące obszaru rozliczeniowego. Szczegółowo omówiono proces importu umów z NFZ i przegląd danych umowy, jako warunek konieczny do poprawnego ewidencjonowania świadczeń. Wprowadzone do aplikacji świadczenia prezentowane są na formatkach m.in. przeglądu wizyt i przeglądu rozliczeń, a informacje o ewentualnych błędach i nieprawidłowościach wykrytych przez loadery NFZ odczytać można w oknie "Wynik weryfikacji".

Oprócz tego opisano funkcjonalności przeglądu realizacji planu umowy i raportu z wykonanych świadczeń, które umożliwiają bieżące monitorowanie realizacji wybranej umowy.

W związku z przekazywaniem przez Fundusz umów-ugód i aneksów zmieniających warunki umowy przygotowano mechanizmy, które w prosty sposób pozwalają zbiorczo przepisać świadczenia na nowe dane, co opisane zostało w niniejszym rozdziale.

10.2.1 Import umów z NFZ

Aby możliwe było ewidencjonowanie i rozliczanie świadczeń, należy uprzednio zaimportować do programu mMedica elektroniczną wersję umowy, uzyskaną od OW NFZ.

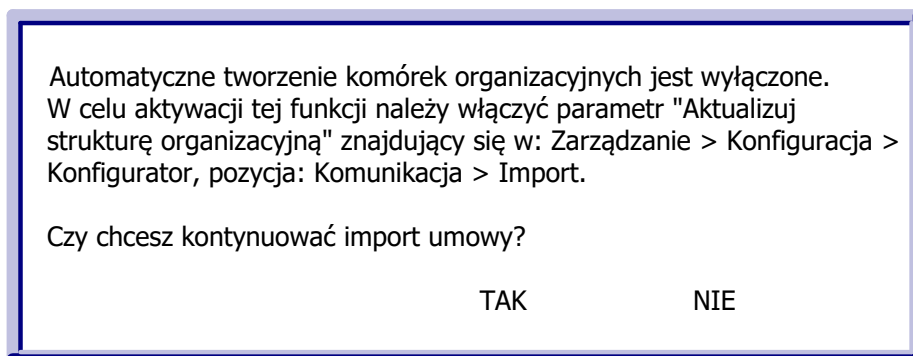
Uwaga! Przed wykonaniem tej czynności zalecane jest włączenie parametru, który odpowiada za automatyczne tworzenie i aktualizowanie struktury organizacyjnej, podczas zaczytywania pliku umowy do aplikacji mMedica.

W celu aktywacji bądź dezaktywacji mechanizmu należy:

1. Przejsć do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja > Import](#).
2. Zaznaczyć [] parametr "Aktualizuj strukturę organizacyjną".
3. Zatwierdzić zmiany i przystąpić do zaczytania umowy.



W przypadku, gdy powyższy parametr nie został włączony, podczas importu umowy pojawi się następujący komunikat:



Jeśli użytkownik wybierze przycisk:

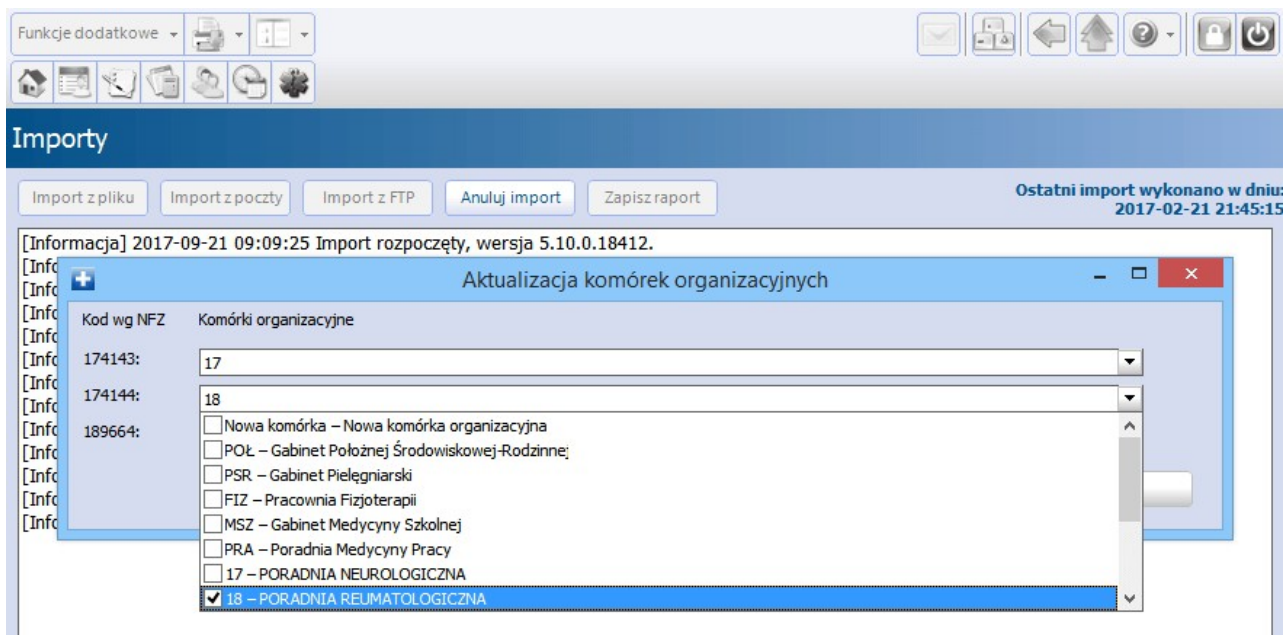
- **TAK** - umowa zostanie zaimportowana bez automatycznego zaktualizowania/dodania nowych komórek. Użytkownik będzie musiał dokonać ręcznej aktualizacji [struktury organizacyjnej](#).
- **NIE** - import umowy zostanie przerwany. Użytkownik ma możliwość włączenia parametru.

Opis czynności do wykonania w celu importu umowy elektronicznej:

1. Ze strony Portalu Świadczeniodawcy pobrać plik umowy.
2. W programie mMedica przejść do ścieżki: [Komunikacja > Import danych](#) i wybrać przycisk **Import z pliku**.
3. W oknie *Otwieranie* w polu "Pliki typu" wybrać wartość **Pliki UMX (umowa)**, następnie wskazać plik pobrany ze strony Portalu i zapisany na dysku komputera.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces importowania umowy do programu.

Jeśli parametr dotyczący automatycznej aktualizacji struktury org. został włączony, to w trakcie importu umowy zostanie wyświetlone okno dialogowe *Aktualizacja komórek organizacyjnych*, prezentujące listę komórek, które zostaną zaktualizowane w programie. Po rozwinięciu listy zostanie uwidoczniiona nazwa

komórki organizacyjnej, poprzedzona kodem edycyjnym komórki, dla której zostanie dopisany kod wg NFZ.



Jeśli umowa zawiera komórkę organizacyjną, która nie istniała wcześniej w programie, to zostanie ona automatycznie utworzona. Decyduje o tym zaznaczenie opcji "Nowa komórka organizacyjna", widocznej po rozwinięciu listy.

Jeśli użytkownik nie chce aktualizować kodów dotychczas istniejącej komórki, powinien usunąć zaznaczenie widniejące przy nazwie poradni. Z kolei, jeśli chce, aby została dodana zupełnie nowa komórka organizacyjna, powinien zaznaczyć opcję "Nowa komórka organizacyjna".

10.2.2 Przegląd danych umowy

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Katalog umów](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki wyświetlana jest lista umów elektronicznych dla danego roku rozliczeniowego, które zostały zaimportowane do programu mMedica. W kolumnach znajdujących się w górnym oknie formatki prezentowane są informacje o rodzaju świadczeń, których dotyczy wybrana umowa, kwocie umowy, okresie obowiązywania, numerze aneksu. W oddziałach wojewódzkich rozliczających się w SZOI (np. małopolski, wielkopolski...) dodatkowo wyświetlany jest numer pierwotny umowy. Z kolei w dolnym oknie wyświetlane są szczegółowe informacje o zakresach świadczeń zawartych we wskazanej umowie.

Funkcje dodatkowe

Przegląd planu umowy

Wyszukiwanie zaawansowane

Nr umowy:

Rodzaj świadczeń:

Zastosuj Wyczyść

Katalog umów 2024

Rok	Numer umowy	Numer aneksu	Data podpisania	Data początku	Data końca	Kw
2024		4	31-12-2023	01-01-2024	31-12-2024	117
2024		2	11-04-20...	01-05-2023	31-12-2024	72

Plan umowy nr ..., z roku 2024, aneks nr 2

Miesiąc	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Liczba	Cena	Wart...	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa pakietu
5	07.0000.7...	1	90,00...	1,66	14...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII ST...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOG
5	07.0000.7...	1	24 38...	1,66	40 ...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STO...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGIC
6	07.0000.2...	1	10,0000	1,66	16,60	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STO...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGIC
6	07.0000.7...	1	97 22...	1,66	161...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STO...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGIC
7	07.0000.2...	1	49 94...	1,75	87 ...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STO...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGIC
8	07.0000.2...	1	49 80...	1,75	87 ...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STO...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGIC
9	07.0000.2...	1	49 80...	1,75	87 ...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STO...	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGIC

W celu podejrzenia planu umowy należy zaznaczyć na liście umowę i wybrać przycisk **Przegląd planu umowy**. W nowym oknie *Plan umowy nr ...* zostaną wyświetlone szczegółowe dane wskazanej umowy, takie jak: nazwy zakresów świadczeń, wyróżniki, przyznana liczba punktów możliwa do realizacji, cena za punkt oraz określona wartość finansowa świadczeń z dokładnością do miesiąca.

Każdy zakres świadczeń przypisany jest do miejsca realizacji. Informację tę odczytuje się w dolnym oknie *Miejsce realizacji i zwiększenie limitu* w kolumnie "Centralny kod komórki". Zgodnie z przykładem zaprezentowanym na poniższym screenie, aby móc realizować świadczenia z zaznaczonego zakresu, należy posiadać w strukturze organizacyjnej komórkę organizacyjną powiązaną z kodem centralnym równym 150000. Nazwa komórki powiązanej z kodem centralnym prezentowana jest w kolumnie "Nazwa".

Funkcje dodatkowe

Przegląd pozycji pakietu

Wyszukiwanie zaawansowane

Miesiąc:

Zakres świadczeń:

Zastosuj Wyczyść

Plan umowy nr ..., z roku 2024, aneks nr 2

Miesiąc	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Liczba	Cena	Wartość	Nazwa zakresu świadczeń
5	07.0000.220.02	1	90,0000	1,66	149,40	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I PERIODO
6	07.0000.220.02	1	10,0000	1,66	16,60	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I PERIODO
7	7.0000.220.02	1	49 948,0000	1,75	87 409,00	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I PERIC
8	07.0000.220.02	1	49 800,0000	1,75	87 150,00	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I PERIODO
9	07.0000.220.02	1	49 800,0000	1,75	87 150,00	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I PERIODO

Miejsce realizacji i zwiększenie limitu

Centralny kod kom...	Nazwa	Liczba	Cena	Nazwa	Liczba	Cena
150000	Poradnia	49 800,0000	1,75	finansowanie świadczeń ponadlimito...	148,0000	1,75

Od wersji 10.2.0 aplikacji mMedica w planie umowy uwzględniane są pozycje dotyczące zwiększenia limitu, importowane wraz z umową elektroniczną (element „zwiększ-planu” w pliku umowy). Są one prezentowane w prawej części okna *Miejsce realizacji i zwiększenie limitu*.

Jeżeli dla zakresu świadczeń (i wyróżnika) w danym miesiącu istnieją pozycje związane ze zwiększeniem limitu, ogólny limit punktów w ramach tego zakresu i miesiąca, prezentowany w górnej tabeli w kolumnie "Liczba", jest sumą limitu podstawowego (wyświetlanego dla miejsca realizacji) oraz łącznej liczby punktów wynikającej ze zwiększeń.

Zaimportowane zwiększenia limitów zostaną uwzględnione również w [Przeglądzie realizacji planu umowy](#) w

kolumnach "Limit" i "Do wykonania", przy czym jeżeli do zakresu w ramach danego miesiąca (i wyróżnika) przypisanych jest kilka centralnych kodów komórek, łączna wartość zwiększeń zostanie rozdzielona po równo na wszystkie te komórki.

Aby sprawdzić jakie świadczenia znajdują się w zakresie świadczeń dla danego miesiąca, należy podświetlić na liście odpowiednią pozycję, następnie wybrać przycisk **Przegląd pozycji pakietu** w górnym panelu formatki. W kolejnym oknie zostaną wyświetlone pozycje pakietu świadczeń z informacjami o: schemacie krotności rozliczenia, schemacie wyliczenia miesiąca, wadze efektywnej, współczynniku.

10.2.3 Przegląd wizyt

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd wizyt](#)

Formatka umożliwi przeglądanie wszystkich wprowadzonych do programu wizyt, otwierając się domyślnie z filtrem na wizyty zrealizowane w bieżącym miesiącu.

Formatka **"Wizyty..."** podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie znajduje się lista wizyt z bieżącego miesiąca. Aby wyfiltrować wizyty z innego miesiąca rozliczeniowego, w polu **"Warunki: Zrealizowane w"** z listy rozwijanej należy wybrać odpowiedni miesiąc.

W dolnym oknie **"Dane rozliczeniowe wizyty"** prezentowane są szczegółowe dane pozycji rozliczeniowych podświetlonej wizyty. Kolumna **"Status potwierdzenia"** informuje o statusie pozycji rozliczeniowych - szczegółowy opis statusów znajduje się w rozdziale: [Sprawozdawczość rozliczeniowa](#).

The screenshot shows the 'Wizyty 2022' interface. At the top, there are navigation tabs: 'Dane', 'Dane pacjenta', 'Gabinet', 'Stomatologia', 'Skierowania', 'Recepty', 'Wynik weryfikacji', and 'Usuń'. Below this is a search bar and a filter section with 'Warunki: Zrealizowane w' set to 'Marzec' and 'Wynik weryfikacji: Wszystkie wizyty'. The main table lists visits with columns: Nr świ..., Pacjent, PESEL, Data rozpoczęcia, Data zakończenia, Kod świadc..., Komórka organizacy..., Rodzaj wizyty, Realizujący, Dec..., Placówka, Id., ID s..., Ro..., Ubezp., and Wp... The bottom panel, 'Dane rozliczeniowe wizyty', shows a table with columns: Id. rozliczenia, I rozliczeni..., Nu..., Rok, Miesiąc, Produkt, Wyr., Krotność, Świa..., Data od, Data do, and Miesiąc rozliczeniowy.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu okna:

- **Dane** - otwarta zostanie formatka "Uzupełnianie świadczeń" prezentująca dane zaznaczonej wizyty.
- **Dane pacjenta** - otwarta zostanie formatka "Dane pacjenta" prezentująca dane zaznaczonego pacjenta.
- **Gabinet** - przycisk aktywuje się, jeśli wybrana wizyta zrealizowana została w module Gabinet. Po jego wybraniu otwarta zostanie formatka wizyty gabinetowej. Przycisk dostępny jest w module mMedica

Plus (+).

- **Stomatologia** - dla użytkowników posiadających włączony moduł dodatkowy Stomatologia, otwarte zostanie okno z diagramem zębowym pacjenta.
- **Wynik weryfikacji** - pozwala odczytać komunikaty błędów dla wizyty odrzuconej przez loader NFZ, a także wewnętrzny wynik weryfikacji poprawności wprowadzonych danych.
- **Usuń** - przycisk usuwa wizyty, które zaznaczone zostały na liście. Możliwe jest usunięcie tylko nowo wprowadzonych wizyt, które nie zostały jeszcze eksportowane do NFZ (w statusie "Wprowadzona"). W innych przypadkach użytkownik spotka się ze stosownym komunikatem (zdj. poniżej). W takiej sytuacji wymagane jest usunięcie pozycji rozliczeniowych za pomocą przycisku "Usuń rozliczenie".

Nie można usunąć wizyty posiadającej aktywne pozycje rozliczeniowe.

Opis przycisków znajdujących się w dolnym panelu okna:

- **Nowe rozliczenie** - otwarta zostanie formatka "Pozycja rozliczeniowa", której uzupełnienie doda nową pozycję rozliczeniową do wizyty.
- **Nowe rozliczenia zbiorczo** - przycisk aktywuje się, jeśli na liście zaznaczone zostaną co najmniej dwie wizyty. Pozwala zbiorczo dodawać te same pozycje rozliczeniowe dla wybranych wizyt. Funkcja dostępna jest w module mMedica Plus (+).
- **Dane rozliczenia** - przycisk aktywuje się, jeśli zaznaczona na liście wizyta posiada pozycje rozliczeniowe. Otwarta zostanie formatka "Pozycja rozliczeniowa" umożliwiająca pogląd/modyfikację danych rozliczenia.
- **Archiwum rozliczenia** - przycisk aktywuje się, jeśli zaznaczona na liście wizyta posiada pozycje rozliczeniowe. Otwarta zostanie formatka "Archiwalne dane rozliczeniowe" umożliwiająca podgląd wprowadzonych i usuniętych pozycji rozliczeniowych.
- **Historia faktur** - przycisk dodany w wersji 9.1.0 aplikacji mMedica. Staje się on aktywny po zaznaczeniu rozliczenia, dla którego została wygenerowana przynajmniej jedna faktura. Jego wybór przekierowuje do okna *Historia faktur*, w którym w osobnych wierszach prezentowane są informacje dotyczące faktur (również korygujących) zawierających tę pozycję rozliczeniową.
- **Usuń rozliczenie** - przycisk aktywuje się, jeśli zaznaczona na liście wizyta posiada pozycje rozliczeniowe i usuwa zaznaczone pozycje rozliczeniowe. Usunięcie pozycji powoduje zmianę jej statusu - poniżej podano przykładowe statusy pozycji rozliczeniowych przed i po usunięciu:
 - a) Wprowadzona - pozycja zostanie bezpowrotnie usunięta.
 - b) Oczekująca na walidację/Błąd walidacji - usunięta pozycja uzyska status "Usunięta bez rozliczenia".
 - c) Zafakturowana - usunięcie spowoduje wygenerowanie korekty, a pozycja uzyska status "Zmodyfikowana po rozliczeniu". Użytkownik zostanie poinformowany o tym fakcie nast. komunikatem:

Nastąpi usunięcie pozycji już rozliczonej poprzez wygenerowanie korekty.

Czy na pewno usunąć pozycję rozliczeniową?

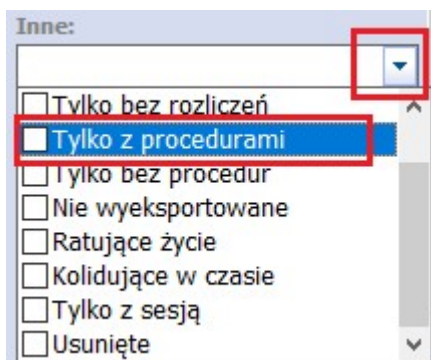
Tak

Nie

W panelu nawigacji znajdującym się po lewej stronie ekranu, tj. **"Wyszukiwanie zaawansowane"** znajduje się szereg filtrów, za pomocą których można wyselekcjonować poszczególne wizyty. Najczęściej używanymi filtrami są: pacjent, data wizyty od-do, przyjęcie, tryb przyjęcia, procedura, rozpoznanie główne, sesja, miejsce realizacji, świadczenie, umowa, ID wizyty itd.

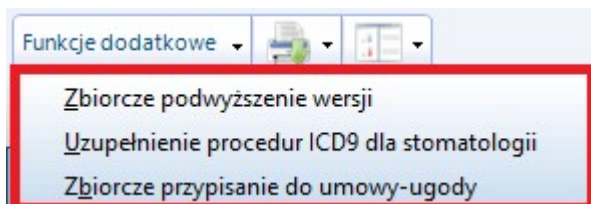
We wspomnianym panelu na liście rozwijalnej w polu "Inne" dostępne są pola umożliwiające wyszukiwanie

wizyt spełniających określone kryteria, np. usuniętych, z uzupełnionymi procedurami ICD-9, itd..

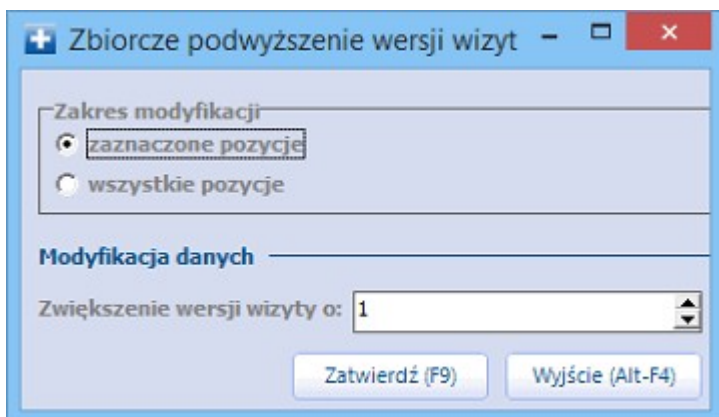


W wersji 9.9.0 aplikacji mMedica został dodany filtr "Współrealizujący". Umożliwia on wyszukiwanie wg personelu, który został wskazany w danych rozliczenia wizyty jako dodatkowy personel realizujący ([Uzupełnianie świadczeń > zakładka Dodatkowe](#)) i jest różny od głównego realizującego wizytę.

Za pomocą **Funkcji dodatkowych** znajdujących się w lewym górnym rogu ekranu, można wykonać nast. działania:



- **Zbiorcze podwyższenie wersji** - funkcjonalność pozwala na zbiorcze podniesienie wersji zestawów świadczeń, w celu ponownego wyeksportowania ich I fazą. Podwyższenie wersji dotyczy części statystycznej wizyty i nie ma wpływu na część rozliczeniową. Po wyborze powyższej opcji otwarte zostanie okno, w którym należy wybrać zakres modyfikowanych danych oraz zaznaczyć o jaką liczbę wersji ma zostać dokonane podwyższenie - domyślnie podpowiadana jest cyfra 1 i zazwyczaj jest to wystarczająca liczba wersji.



- **Uzupełnienie procedur ICD-9 dla stomatologii** - funkcjonalność pozwala na zbiorcze uzupełnienie procedur ICD-9 w wybranych wizytach, na podstawie wprowadzonych rozliczeń. Opcja dostępna jest dla użytkowników posiadających włączony moduł dodatkowy Stomatologia.
- **Zbiorcze przypisanie do umowy-ugody** - za pomocą funkcji można zbiorczo przypisać wprowadzone świadczenia do nowej umowy-ugody. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Przypisanie świadczeń do umowy-ugody](#).

10.2.4 Weryfikacja wizyt

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd wizyt](#) > [Wynik weryfikacji](#)

Świadczenia przesłane do OW NFZ przechodzą przez szereg walidacji i weryfikacji, uruchamianych w celu wykrycia błędów i nieprawidłowości. Ewentualne komunikaty błędów zaczytane do aplikacji po pobraniu importu I fazy, odczytać można poprzez wybranie przycisku "**Wynik weryfikacji**".

Oprócz tego za pomocą filtra w polu **Wynik weryfikacji** można wyszukiwać wizyty z nast. wynikiem weryfikacji:

- bez błędów
- błędy walidacji
- błędy potwierdzenia fazy rejestracji (I fazy)
- informacje i ostrzeżenia potwierdzenia fazy rejestracji (I fazy)
- wszystkie błędy

Użytkownik ma również możliwość wyselekcjonowania wizyt z oczekiwanym statusem potwierdzenia, np. błąd walidacji. W tym celu w panelu nawigacji "**Wyszukiwanie zaawansowane**" we filtrze "**Status rozliczenia**" należy wybrać wartość "**Błąd walidacji NFZ**". Po zastosowaniu zmian, w głównym oknie wyświetlone zostaną wszystkie wizyty, które w danym miesiącu otrzymały status potwierdzenia "Błąd walidacji".

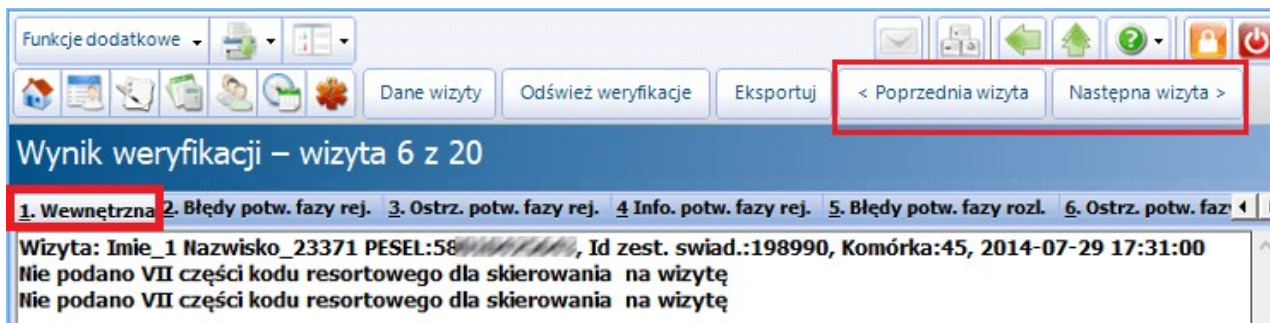
The screenshot shows the application interface with the following elements:

- Navigation:** 'Funkcje dodatkowe' menu, 'Dane', 'Dane pacjenta', 'Gabinet', 'Stomatologia', 'Wynik weryfikacji' (highlighted), 'Usuń'.
- Search Panel:** 'Wyszukiwanie zaawansowane' with filters for 'Podtyp świadczenia', 'Procedura', 'Rozpoznanie główne', 'Sesja', 'Zlecający', 'Realizujący', 'Miejsce realizacji', 'Status rozliczenia' (set to 'Błąd walidacji NFZ'), 'Zakres świadczeń', 'Świadczenie', 'Podwójne wizyty'.
- Main Table:** 'Wizyty 2014' with columns: Nr świadczenia, Pacjent, PESEL, Data rozpoczęcia, Data zakończenia, Kod świadczenia, Miejsce realizacji, Rodzaj wizyty, Realizujący, Zlecający, Placówka, Id. The 'Wynik weryfikacji' filter is set to 'Wszystkie wizyty'.
- Summary Table:** 'Dane rozliczeniowe wizyty' with columns: Miesiąc, Produkt, Wyr., Krotność, Świadczenie, Data od, Data do, Miesiąc rozliczeniowy, Status potwierdzenia, Wprowadził, Zmodyfikował. The 'Status potwierdzenia' column shows 'Błąd walidacji NFZ' for the selected rows.

Wybranie przycisku "**Wynik weryfikacji**" otworzy okno, w którym można odczytać szczegółowy komunikat błędu zwrócony przez NFZ.

W wersji 8.1.0 aplikacji mMedica umożliwiono bezpośrednie przechodzenie pomiędzy wynikami weryfikacji wyświetlonych wizyt. Służą do tego przyciski **Poprzednia wizyta** i **Następna wizyta**.

Na zakładce **1. Wewnętrzna** znajdują się błędy, które zostały wykryte przez aplikację mMedica podczas wykonywania eksportu I fazy. W programie istnieje szereg walidacji (utworzonych na podstawie walidacji istniejących po stronie NFZ), które już w momencie wykonywania eksportu komunikują użytkownikowi wykryte nieścisłości. Dzięki temu już na wczesnym etapie sprawozdawczości, można uzupełnić brakujące dane i ponownie sprawozdawać je do NFZ.



Na zakładce **2. Błędy potw. fazy rej.** znajdują się błędy, które zostały zwrócone przez loader NFZ. Na ich podstawie dane w wizytach należy uzupełnić/poprawić i ponownie sprawozdać do NFZ.



W programie istnieje funkcjonalność umożliwiającą wyeksportowanie jednej, wybranej wizyty - bez konieczności wykonywania eksportu całościowego. W tym celu w oknie "Wynik weryfikacji" należy wybrać przycisk **"Eksportuj"**.

10.2.5 Przegląd danych o rozliczeniach

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rozliczeń](#)

Formatka umożliwia przeglądanie wszystkich wprowadzonych do programu pozycji rozliczeniowych, otwierając się domyślnie z filtrem na wizyty zrealizowane w bieżącym miesiącu.

W panelu nawigacji dostępnym po lewej stronie ekranu, tj. **"Wyszukiwanie zaawansowane"** znajduje się szereg filtrów, za pomocą których można wyszukać poszczególne rozliczenia. W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica dodano filtr "Wiek pacjenta od - do", pozwalający na wyszukiwanie rozliczeń wg wieku pacjenta w momencie rozpoczęcia wizyty.

W górnej części okna znajdują się przyciski:

- **Dane rozliczenia** - otwiera formatkę "Pozycja rozliczeniowa", gdzie można podejrzeć lub dokonać modyfikacji danych rozliczenia.
- **Archiwum rozliczenia** - otwiera formatkę "Archiwalne dane rozliczeniowe" umożliwiającą podgląd wprowadzonych i usuniętych pozycji rozliczeniowych.
- **Historia faktur** - przycisk staje się aktywny po zaznaczeniu rozliczenia, dla którego została wygenerowana przynajmniej jedna faktura. Jego wybór przenosi użytkownika do okna *Historia faktur*, w którym w osobnych wierszach prezentowane są informacje dotyczące faktur (również korygujących) zawierających tę pozycję rozliczeniową.

Funkcje dodatkowe

Dane rozliczenia Archiwum rozliczenia Historia faktur

Wyszukiwanie zaawansowane

Umowa:

Zakres świadczeń:

Świadczenie:

Status rozliczenia:

Data końca realizacji od - do:

Id rozliczenia:

Ubezpieczenie:

Procedura:

Rozpoznanie:

Sposób rozliczenia:

Tylko bez nr generacji
 Pozycje korygujące
 Pozycje korygowane
 Pozycje nieusunięte

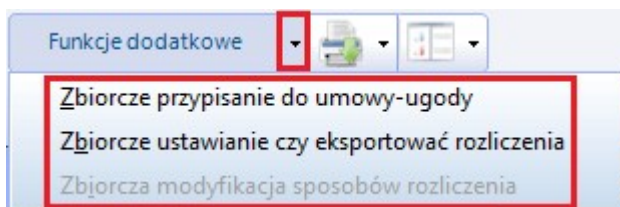
Zastosuj Wyczyść

Dane rozliczeniowe 2022

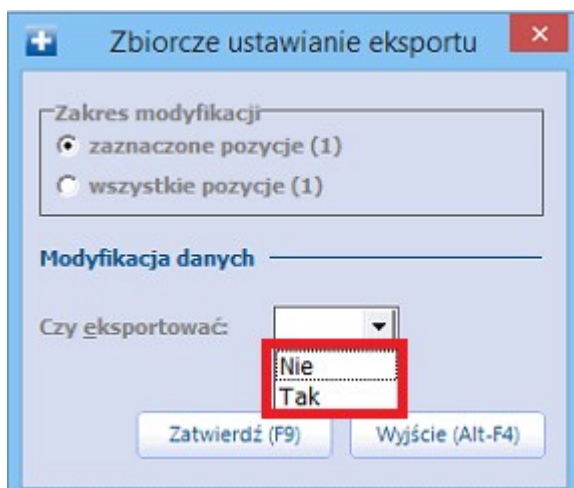
Warunki: Miesiąc sprawozdawczy Marzec

Nr świadc...	PESEL	Pacjent	Umowa	Rok	Miesiąc	Produkt	Wyr.	Krotność	Waga	Świadc...	Data od	Data do	Nr kor
000000...		Kowa...	125...	20...	Marzec	01.0...	1	1	1	5.01...	22-03...	22-...	
0000002...		Kowa...	125...	2022	Marzec	01.00...	1	1	1	5.01...	22-03-...	22-...	
0000002...		Kowa...	125...	2022	Marzec	01.00...	1	1	1	5.01...	22-03-...	22-...	

Za pomocą **Funkcji dodatkowych** znajdujących się w lewym górnym rogu ekranu, można wykonać nast. działania:



- **Zbiorcze przypisanie do umowy-ugody** - za pomocą funkcji można zbiorczo przypisać wprowadzone świadczenia do nowej umowy-ugody. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Przypisanie świadczeń do umowy-ugody](#).
- **Zbiorcze ustawianie czy eksportować rozliczenia** - za pomocą funkcji można zbiorczo zablokować lub odblokować świadczenia do eksportu. Po wyborze opcji otwarte zostanie okno, w którym należy wybrać zakres modyfikowanych danych. W sekcji "Modyfikacja danych - Czy eksportować" należy wybrać odpowiednią wartość: Tak lub Nie.



Funkcja jest bardzo przydatna w przypadku, gdy kilka pozycji zostało zablokowanych do eksportu, czyli na pozycji rozliczeniowej wybrano wartość "Nie" w polu "Czy eksportować". Takie pozycje można wyfiltrować za pomocą statusu rozliczenia "Zablokowana", a następnie zbiorczo zmienić parametry dotyczące eksportu.

- **Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia** - działanie funkcji zostało opisane w rozdziale [Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia](#).

10.2.6 Przypisanie świadczeń do umowy-ugody

Ścieżka: [Rozliczenia > Przegląd wizyt > Funkcje dodatkowe > Zbiorcze przypisanie do umowy-ugody](#)
lub [Rozliczenia > Przegląd rozliczeń > Funkcje dodatkowe > Zbiorcze przypisanie do umowy-ugody](#)

Przejęcie do jednej z powyższych lokalizacji umożliwia zbiorcze przypisanie świadczeń do umowy ugody. Przed wykonaniem przypisania świadczeń, konieczne jest zacytowanie do aplikacji elektronicznej wersji umowy-ugody pozyskanej od OW NFZ. Zalecane jest również wykonanie kopii zapasowej bazy danych w: [Zarządzanie > Operacje techniczne > Wykonanie kopii zapasowej](#).

Poniższa instrukcja opisuje czynności konieczne do wykonania w celu przypisania świadczeń do umowy-ugody. Przykład przedstawia sytuację, gdy świadczeniodawca otrzymał umowę za rok 2014.

1. Ze strony Portalu Świadczeniodawcy należy pobrać plik umowy-ugody i zacytować do programu: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#). Zazwyczaj umowa-ugoda posiada w swojej nazwie dodatkowe oznaczenie "U".
2. Zmienić rok rozliczeniowy na ten, dla którego jest umowa, tj. 2014 w: [Rozliczenia > Rok rozliczeniowy](#).
3. Przejdź w: [Rozliczenia > Przegląd rozliczeń](#).
4. W polu **Warunki: Miesiąc sprawozdawczy** wybrać:
 - a) puste pole - jeśli przepisane mają zostać świadczenia z całego roku,
 - b) odpowiedni miesiąc z którego mają zostać przepisane świadczenia.
5. W panelu nawigacji **Wyszukiwanie zaawansowane** wybrać:
 - a) **Miejsce realizacji** - komórka organizacyjna w której realizowane były świadczenia. Jeśli umowa jest do całej umowy (nie ma rozbicia na komórki), nie należy wybierać miejsca realizacji.
 - b) **Umowa** - numer umowy dla której przygotowana została umowa,
 - c) **Status rozliczenia** - do eksportu, zakwestionowane, oczekujące. Na umowę-ugodę mogą zostać przepisane świadczenia, których statusy zawierają się w wymienionych grupach. Przepisanie świadczeń rozliczonych może spowodować wygenerowanie korekty!
6. Wybrać: [Funkcje dodatkowe > Zbiorcze przypisanie do umowy-ugody](#):
 - a) w sekcji **Zakres modyfikacji** zaznaczyć wartość **Wszystkie pozycje**,
 - b) w polu **Numer umowy ugody** wybrać z listy rozwijanej numer umowy-ugody,
 - c) w polu wybrać z listy odpowiedni wyróżnik. Należy pamiętać, że jeżeli umowa-ugoda dotyczy tylko

wybranych komórek, to zazwyczaj wyróżnik z umowy podstawowej odpowiada wyróżnikowi z umowy-ugody. W kwestiach wątpliwych należy dopytać pracownika w lokalnym OW NFZ.

7. Po zatwierdzeniu danych należy wykonać eksport I fazy ze wskazaniem numeru umowy-ugody: [Komunikacja > Eksport danych > Dane ewidencyjne \(I faza\)](#).

10.2.7 Przegląd realizacji planu umowy

Ścieżka: [Rozliczenia > Przegląd realizacji planu umowy](#)

Formatka *Realizacja planu umowy* pozwala na bieżąco monitorować realizację wybranej umowy.

Aby zweryfikować stan realizacji umowy należy w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* wybrać odpowiedni numer umowy w polu "Umowa" i zatwierdzić przyciskiem **Zastosuj**. W górnym oknie formatki zostanie wyświetlona lista zakresów świadczeń dla wybranej umowy i w odniesieniu do poszczególnego miesiąca. Dla każdego świadczenia prezentowana jest jego cena, wynikająca z zawartej umowy, maksymalna ilość punktów do wykonania w ramach miesiąca oraz kwota. Ponadto, w kolejnych kolumnach użytkownik uzyska informacje o ilości punktów/kwocie zrealizowanych, do zrealizowania ogólnie oraz w rozbiciu na poszczególne statusy rozliczenia (szczegóły poniżej).

Może zdarzyć się, iż w kolumnie "Do wykonania" zostaną zaprezentowane wartości minusowe - oznacza to, że świadczeniodawca przekroczył limit ustalony dla zakresu.

W dolnej części okna *Realizacja planu umowy* znajduje się rekord "Razem", w którym prezentowana jest zsumowana wartość dla każdej z kolumn.

W dolnym oknie formatki *Rozliczenia* wyświetlana jest lista pacjentów, u których wykonano świadczenia w ramach wybranej umowy i zakresu świadczeń. Aby przejrzeć szczegóły wybranego rozliczenia należy wybrać przycisk **Dane rozliczenia**, znajdujący się w dolnym panelu ekranu.

W panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* został dodany parametr **"Pomiń pozycje z szablonów o typie**

planu S i FM". Po jego zaznaczeniu i naciśnięciu **Zastosuj** w danych wyświetlonych w oknie nie zostaną uwzględnione pozycje rozliczeniowe, które znajdują się na szablonie dotyczącym planu spłaty lub Funduszu Medycznego.

Przebieg świadczeń **Procentowe wykonanie umowy**

Wyszukiwanie zaawansowane

Umowa:

Data od - do: -

Zakres świadczeń:

Wyróżnik:

Komórka org.:

Realizujący:

Pomiń pozycje z szablonów o typie planu S i FM

Wyszukiwanie podrzędnych

Data końca realizacji:

Świadczenie:

Status rozliczenia:

Nie pokazuj pozycji z wagą 0

Realizacja planu umowy 2023

Miesiąc	Kod z...	Wyró...	Nazwa z...	C...	Cena	Limit		Do wykonania		Wykonanie		Do eksportu		
						Punkty	Kwota	Punkty	Kwota	Punkty	Pro...	Kwota	Punkty	Kwota
1	07...	1	ŚWIA...	3..	1...	39 232...	58 84...	39 161,0...	58 741,...	71,...	0,18	10...	71,0...	10...
1	07.0...	3	ŚWIA...	3..	1...	14 411,...	21 61...	14 411,00...	21 616,50	0,0...	0	0,00	0,0000	0,00
2	07.0...	1	ŚWIA...	3..	1...	39 232,...	58 84...	39 232,00...	58 848,00	0,0...	0	0,00	0,0000	0,00
2	07.0...	3	ŚWIA...	3..	1...	14 411,...	21 61...	14 411,00...	21 616,50	0,0...	0	0,00	0,0000	0,00
2	07.0...	2	ŚWIA...	3..	1...	39 232,...	58 84...	39 232,00...	58 848,00	0,0...	0	0,00	0,0000	0,00
Razer						658,0000	1 487,00	19 587,0000	19 380,50	,0000	6,50	1,0000	06,50	

Rozliczenia – zakres 07.0000.218.021, miesiąc 1

*	Pacjent	PESEL	Data od	Data do	Krotność	Waga	Cena	Status	Kod świadczenia
▶	Kowalski J...		17-01-2023	17-01-2023	1	22	1,50	Wprowadzona	5.13.00.2
	Kowalski Jan		17-01-2023	17-01-2023	1	44	1,50	Wprowadzona	5.13.00.00
	Kowalski Jan		17-01-2023	17-01-2023	1	5	1,50	Wprowadzona	5.13.00.23

Znaczenie wartości w poszczególnych kolumnach:

- **Limit punkty** - limit punktowy dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca.
- **Limit kwota** - limit kwotowy dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca.
- **Do wykonania punkty** - zsumowana ilość punktów, która pozostała do wykonania dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca. To różnica wartości w kolumnie "Limit punkty" i "Wykonanie punkty".
- **Do wykonania kwota** - zsumowana kwota, która pozostała do wykonania dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca. To różnica wartości w kolumnie "Limit kwota" i "Wykonanie kwota".
- **Wykonanie punkty** - zsumowana ilość wykonanych punktów dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca. To suma punktów z kolumn: Do eksportu punkty, Oczekujące punkty, Błędne punkty, Rozliczone punkty.
- **Wykonanie procent** - kolumna dodana w wersji 9.11.0. Przedstawia procentowe wykonanie w odniesieniu do limitu punktów.
- **Wykonanie kwota** - zrealizowana kwota dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca. To iloczyn wartości w kolumnie "Wykonanie punkty" i "Cena".
- **Do eksportu punkty** - zsumowana ilość punktów dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca nie został wyeksportowany z programu. Świadczenia do eksportu to pozycje rozliczeniowe o nast. statusach: wprowadzona, zmodyfikowana, zmodyfikowana po rozliczeniu.
- **Do eksportu kwota** - zsumowana kwota dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca nie został wyeksportowany z programu. To iloczyn wartości w kolumnie "Do eksportu punkty" i "Cena".
- **Oczekujące punkty** - zsumowana ilość punktów dla świadczeń, które w ramach miesiąca zostały


wysłane z programu, ale nie został zacytowany zwrotnie plik z ich potwierdzeniem/weryfikacją od NFZ. Świadczenia oczekujące to pozycje rozliczeniowe o nast. statusach: oczekujące na walidację, oczekujące na weryfikację.

- **Oczekujące kwota** - zsumowana kwota dla świadczeń, które w ramach miesiąca zostały wysłane z programu, ale nie zostały potwierdzone/zweryfikowane przez NFZ. To iloczyn wartości w kolumnie "Oczekujące punkty" i "Cena".
- **Błędne punkty** - zsumowana ilość punktów dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został zwrócony przez NFZ jako zakwestionowany. Świadczenia błędne to pozycje rozliczeniowe o nast. statusach: błąd walidacji, błąd weryfikacji, skorygowane przez NFZ.
- **Błędne kwota** - zsumowana kwota dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został zwrócony przez NFZ jako zakwestionowany. To iloczyn wartości w kolumnie "Błędne punkty" i "Cena".
- **Do naliczenia punkty** - zsumowana ilość punktów świadczeń z danego zakresu (w ramach miesiąca), które posiadają status "Do naliczenia". **Kolumna dodana w wersji 9.10.0 aplikacji mMedica.**
- **Do naliczenia kwota** - zsumowana kwota świadczeń z danego zakresu (w ramach miesiąca), które posiadają status "Do naliczenia". **Kolumna dodana w wersji 9.10.0 aplikacji mMedica.**
- **Rozliczone punkty** - zsumowana ilość punktów dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został prawidłowo rozliczony. Świadczenia rozliczone to pozycje rozliczeniowe o nast. statusach: naliczona, zafakturowana.
- **Rozliczone kwota** - zsumowana kwota dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został prawidłowo rozliczony. To iloczyn wartości w kolumnie "Rozliczone punkty" i "Cena".

Dostęp do omawianej funkcjonalności oraz widoczność danych warunkują dwa uprawnienia: "Przegląd realizacji planu umowy" oraz "Przegląd realizacji planu umowy (cena, wartość, koszt)".

W wersji 9.11.0 aplikacji mMedica u góry formatki został dodany przycisk **Procentowe wykonanie umowy**. Jego funkcjonalność jest dostępna w ramach dodatkowego modułu [Wsparcie rozliczeń](#). W przypadku gdy moduł ten jest na stanowisku aktywny, wybór przycisku spowoduje wyświetlenie okna prezentującego procentowe wykonanie umowy roczne, a jeśli w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* zostały wprowadzone daty (pola "Data od - do") - również miesięczne. Jeżeli wybrane daty dotyczą różnych miesięcy, wykonanie procentowe miesięczne jest wyliczane dla przedziału czasowego zawierającego wszystkie miesiące objęte tymi datami.



Wydruk raportu z realizacji planu umowy dostępny jest po wybraniu ikony  w lewym górnym rogu formatki. Na raporcie drukowanym w orientacji poziomej zawarto najważniejsze informacje, pozwalające ocenić stan realizacji wybranej umowy tj. wysokość limitu, wykonania, rozliczenia świadczeń oraz ilość, jaka pozostała do wykonania. Raport można wygenerować dla wybranych miesięcy i zakresów świadczeń, wybierając odpowiednie pozycje we filtrach w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Na ostatniej stronie raportu umieszczono podsumowanie punktowe oraz kwotowe z wykonania dla poszczególnych wartości.

10.2.8 Raport z wykonanych świadczeń

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Raport z wykonanych świadczeń](#)

W celu utworzenia raportu z wykonanych świadczeń należy określić warunki, na podstawie których wygenerowany zostanie wykaz. W górnej części okna znajduje się kilkanaście filtrów, za pomocą których użytkownik może wyselekcjonować potrzebne dane.

W wersji 9.8.0 aplikacji mMedica został dodany filtr "Wiek pacjenta", umożliwiający wyszukiwanie wg grupy wiekowej (do wyboru pozycje: "do 18 r. ż." lub "powyżej 18 r. ż.").

Po wybraniu zakresu danych należy wybrać przycisk "**Pokaż**" znajdujący się w dolnym panelu ekranu, który spowoduje wygenerowanie raportu. W dolnej części ekranu wyświetlone zostaną pozycje rozliczeniowe spełniające wybrane warunki.

Funkcje dodatkowe

Raport z wykonanych świadczeń

Rok: 2022 Miesiąc realizacji: Kwiecień Miesiąc rozliczeniowy: Umowa:

Wykonanie w okresie od: do: Status: Do eksportu

Realizujący: Rodzaj personelu:

Zakres świadczeń/wyróżnik: Grupuj

Świadczenie: (produkt jednostkowy)

Kod świadczenia:

Zakład leczniczy:

Jednostka wyk:

Pacjent: Wiek pacjenta:

Rozpoznanie:

Oddział NFZ pacjenta: świadczenia:

Na podstawie przepisów o koordynacji: Numer dokumentu UE: Na podstawie zgody indywidualnej: Sygnatura pisma zgody:

Na podstawie decyzji wójta/burmistrza: Numer zgody wójta/burm.: Pokaż korekty Grupuj wg pacjentów Sort. na wydruku: wg nazwiska pacjenta

[Wybrana pozycja]

* Miesiąc	Kod produktu	Nazwa produktu	Wyróżnik	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia
4	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.00000	PORADA LEKARSKA DIAGN-TERAP., W MIE
6	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000102	PORADA PATRONAŻOWA LEKARZA POZ ZREALI
8	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000103	PORADA PATRONAŻOWA LEKARZA POZ ZREALI
8	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000075	PORADA LEKARSKA DIAGN-TERP., W MIEJSCU
7	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000104	BILANS ZDROWIA

Pokaż Podgląd wydruku Podgląd zestawienia Dane rozliczenia

Opis przycisków znajdujących się w dolnym panelu:

- **Pokaż** - generuje raport z wykonanych świadczeń na podstawie określonych warunków.
- **Podgląd wydruku** - otwiera podgląd wydruku raportu z wykonanych świadczeń. Wydruk zawierać będzie nast. informacje: nr w księdze głównej, nazwisko i imię, PESEL, OW NFZ, data rozp. i zak. realizacji, ratująca życie, kod świadczenia, nazwa, krotność, waga, wartość punktowa, cena, wartość.
- **Podgląd zestawienia** - otwiera podgląd wydruku zestawienia, czyli zsumowanej wartości punktowej wybranych świadczeń.
- **Dane rozliczenia** - otwiera formatkę "Dane rozliczeniowe" prezentującą dane rozliczenia podświetlonego na liście.

Uwaga!

Aby wyfiltrować rozliczenia zrealizowane w konkretnym miesiącu, należy skorzystać z filtra "**Miesiąc realizacji**" (zdj. powyżej).

Sposób posortowania danych na wydruku określić można w polu "**Sort. na wydruku**" (zdj. powyżej).

10.2.9 Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych](#)

W przypadku wystąpienia rozbieżności pomiędzy zaewidencjonowanymi rozliczeniami a aktualnymi parametrami umowy (np. po zacytaniu aneksu, który je zmienił), można dokonać modyfikacji pozycji rozliczeniowych w powyższej lokalizacji.

Funkcjonalność można zastosować dla pozycji rozliczeniowych o wszystkich statusach, jednak zaleca się, aby w pierwszej kolejności przeliczać pozycje, które nie zostały jeszcze rozliczone (chyba że lokalny OW NFZ wymaga inaczej).

Czynności jakie należy wykonać aby przeliczyć pozycje rozliczeniowe różniące się parametrami z aktualnymi parametrami umowy:

1. Wybrać odpowiedni rok, miesiąc oraz numer umowy, na którym wprowadzone zostały świadczenia.
2. W polu **Różnice** wybrać odpowiednią wartość, w zależności od tego jakie dane w umowie uległy zmianie. Dostępne są nast. opcje:
 - tylko pozycje różniące się ceną
 - tylko pozycje różniące się wagą
 - tylko pozycje różniące się schematem krotności
 - tylko pozycje różniące się schematem miesiąca
 - tylko pozycje nieaktualne w planie umowy
 - tylko pozycje usunięte aneksem wstecznym

Uzupełnienie pola „Różnice” jest opcjonalne. Jeżeli pole to pozostanie puste, w wyniku wyszukiwania pojawią się wszystkie pozycje, w których wykryto różnice z aktualnym planem umowy.

3. W polu **Warunki** wybrać jedną z wartości:

a) **Pozycje otwarte do przeliczenia** - gdy wprowadzone pozycje rozliczeniowe nie zostały jeszcze rozliczone.

b) **Pozycje zamknięte do skorygowania** - gdy wprowadzone pozycje rozliczeniowe zostały już rozliczone po stronie OW NFZ.

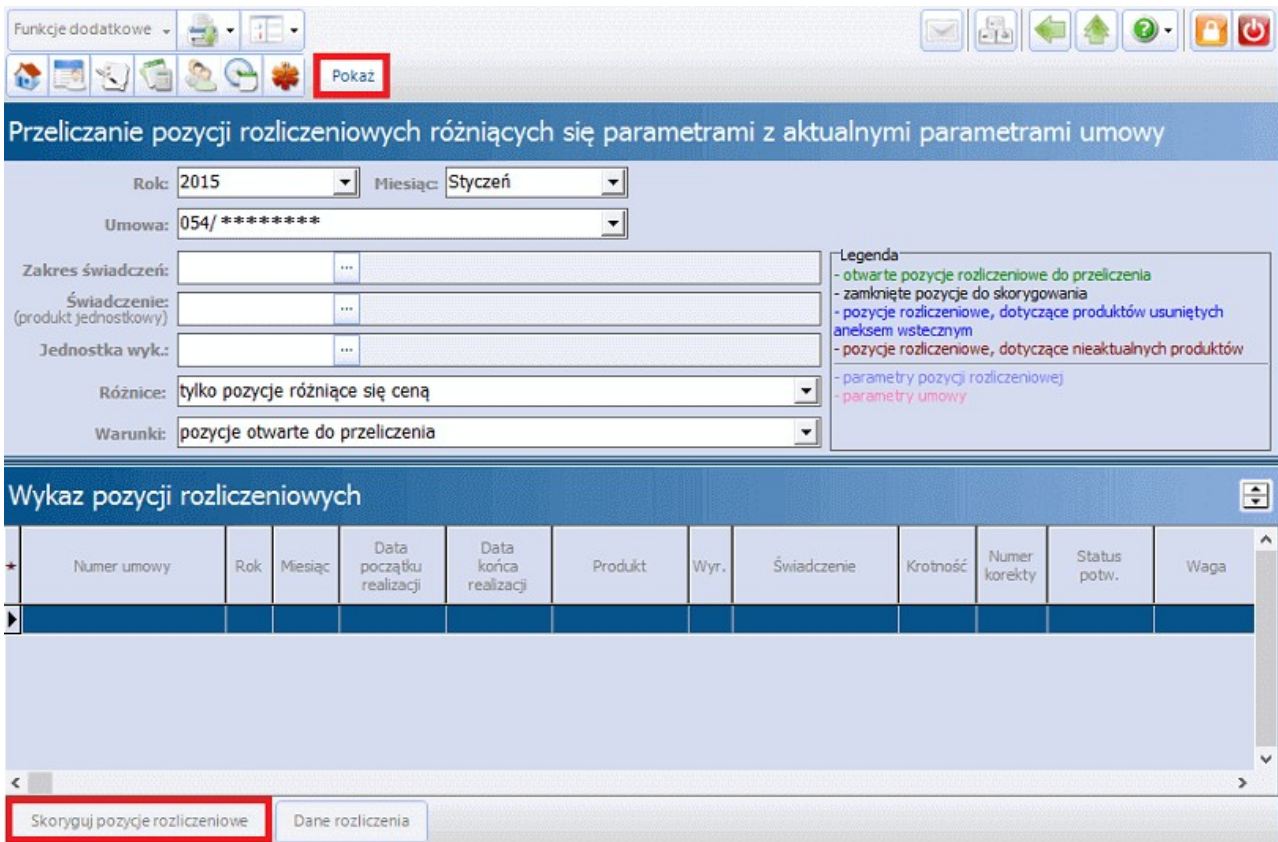
W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica w omawianym polu dodano możliwość wyboru wartości pustej, co daje możliwość wyszukania pozycji niezależnie od ich statusu rozliczenia.

4. Wybranie przycisku **"Pokaż"** spowoduje pojawienie się w dolnym oknie "Wykaz pozycji rozliczeniowych" pozycji do przeliczenia.

5. Wybranie przycisku **"Skoryguj pozycje rozliczeniowe"** uruchomi proces przeliczania. Program przeliczy 100 pozycji z liczby wyświetlonych.

6. Powtórzyć krok 3 i 4 aż do uzyskania braku pozycji w dolnym oknie.

7. Zmodyfikowane świadczenia przesłać komunikatem I fazy: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane ewidencyjne \(I faza\)](#).



Dla ułatwienia, pozycje z różnymi statusami rozliczenia oznaczono różnymi kolorami:

- otwarte pozycje rozliczeniowe do przeliczenia zaznaczone są kolorem zielonym,
- zamknięte pozycje do skorygowania zaznaczone są kolorem czarnym,
- zamknięte pozycje oczekujące na potwierdzenie z OW NFZ zaznaczone kolorem czerwonym,

Rozliczenia świadczeń

- pozycje rozliczeniowe dotyczące produktów usuniętych aneksem wstecznym zaznaczone są na niebiesko,
- pozycje rozliczeniowe dotyczące nieaktualnych produktów zaznaczono kolorem fioletowym.

W ramach każdej pozycji użyto koloru jasno-niebieskiego dla oznaczenia różniących się parametrów pozycji rozliczeniowej. Kolorem różowym oznaczono parametry umowy.

10.2.10 Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych](#)

Za pomocą tej funkcjonalności można zbiorczo usunąć pozycje rozliczeniowe i równocześnie wygenerować je ponownie z tymi samymi danymi.

W oknie filtrowania należy wybrać kryteria, na podstawie których program wyszuka pozycje do usunięcia i ponownego dodania. Po wprowadzeniu odpowiednich danych w górnej części okna, należy wybrać przycisk " **Pokaż**" umiejscowiony w górnym panelu.

Po wykonaniu powyższych czynności, w dolnej części okna pojawią się interesujące pozycje rozliczeniowe.

Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych

Zakres pozycji:

Rok sprawozdawczy: Miesiąc realizacji: Miesiąc rozliczeniowy:

Umowa: PESEL pacjenta:

Korekta: Id. zestawu świadczeń:

Wykonanie w okresie od: do: Id. rozliczenia:

Zakres świadczeń:

Świadczenie: (produkt jednostkowy) Wyróżnik:

Jednostka wyk.:

Realizujący:

Oddział:

Uprawnienie:

[Wybrana pozycja]

Nr korekty	Miesiąc	Kod produktu	Nazwa produktu	Wyróżnik	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Data realizacji od	Data realizacji do
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000000	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1030.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE END 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-02	2014-06-02

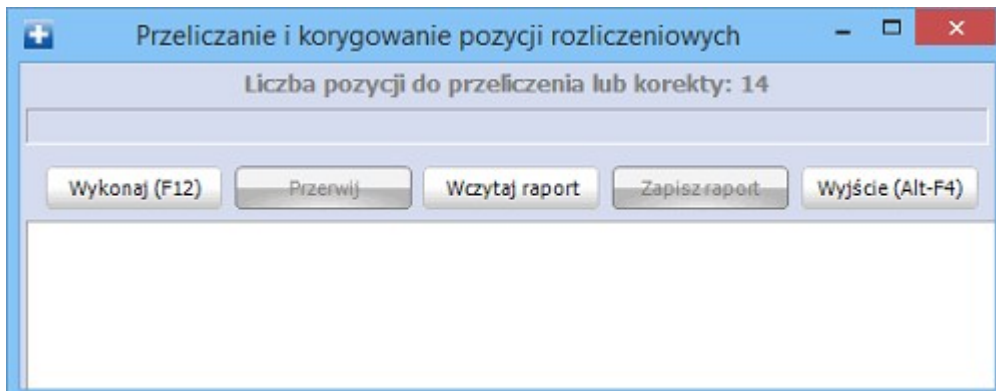
Usuń i ponownie wygeneruj wszystkie pozycje rozliczeniowe Usuń i ponownie wygeneruj zaznaczone pozycje rozliczeniowe Dane rozliczenia

W zależności od potrzeby, można zbiorczo usunąć i równocześnie dodać wszystkie wyszukane rozliczenia lub tylko niektóre, wskazane pozycje. W tym celu należy skorzystać z przycisków znajdujących się w dolnym panelu: **"Usuń i ponownie wygeneruj wszystkie pozycje rozliczeniowe"** lub **"Usuń i ponownie wygeneruj zaznaczone pozycje rozliczeniowe"**.

Przed wyborem opcji „Usuń i ponownie wygeneruj zaznaczone pozycje rozliczeniowe” należy zaznaczyć na liście odpowiednie pozycje. Aby zaznaczyć równocześnie kilka wierszy należy przytrzymać klawisz CTRL i

wskazać wybrane pozycje poprzez kliknięcie na nie myszką.

Po wyborze jednego z dwóch powyższych przycisków otwarte zostanie okno:



Wybór przycisku "**Wykonaj (F12)**" spowoduje rozpoczęcie procesu zbiorczego usuwania i ponownego generowania wybranych pozycji rozliczeniowych.

Uwaga!

Zastosowanie opcji zbiorczego usuwania i ponownego generowania pozycji rozliczeniowych dla pozycji rozliczonych spowoduje ich skorygowanie – zostaną wygenerowane pozycje korygujące i trzeba będzie przeprowadzić do końca cały proces korekty. Dodatkowo na podstawie korygowanych pozycji, zostaną wygenerowane nowe pozycje dodające.

W związku z powyższym należy rozważnie wybierać warunki wyszukiwania pozycji, dla których ma być zastosowana opcja „Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych”.

10.3 Wprowadzanie danych o rozliczeniach

W poniższym rozdziale opisane zostały różne funkcjonalności i działania konieczne do poprawnego rozliczenia świadczeń. Poruszono temat ewidencjonowania i rozliczania JGP w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej, a także import słowników koniecznych do bezbłędnego rozliczenia takich świadczeń.

W związku z wprowadzeniem przez NFZ nowych produktów do umów świadczeniodawców, opisano szczegółowo ewidencję wydania Karty DiLO w POZ oraz ewidencję porad pierwszorazowych.

Oprócz tego w rozdziale opisane zostały funkcjonalności, które w znaczny sposób mogą przyspieszyć i ułatwić proces wprowadzania świadczeń do aplikacji, a są nimi: schematy wizyt, ustawienia domyślne personelu, zbiorcze dodawanie wizyt.

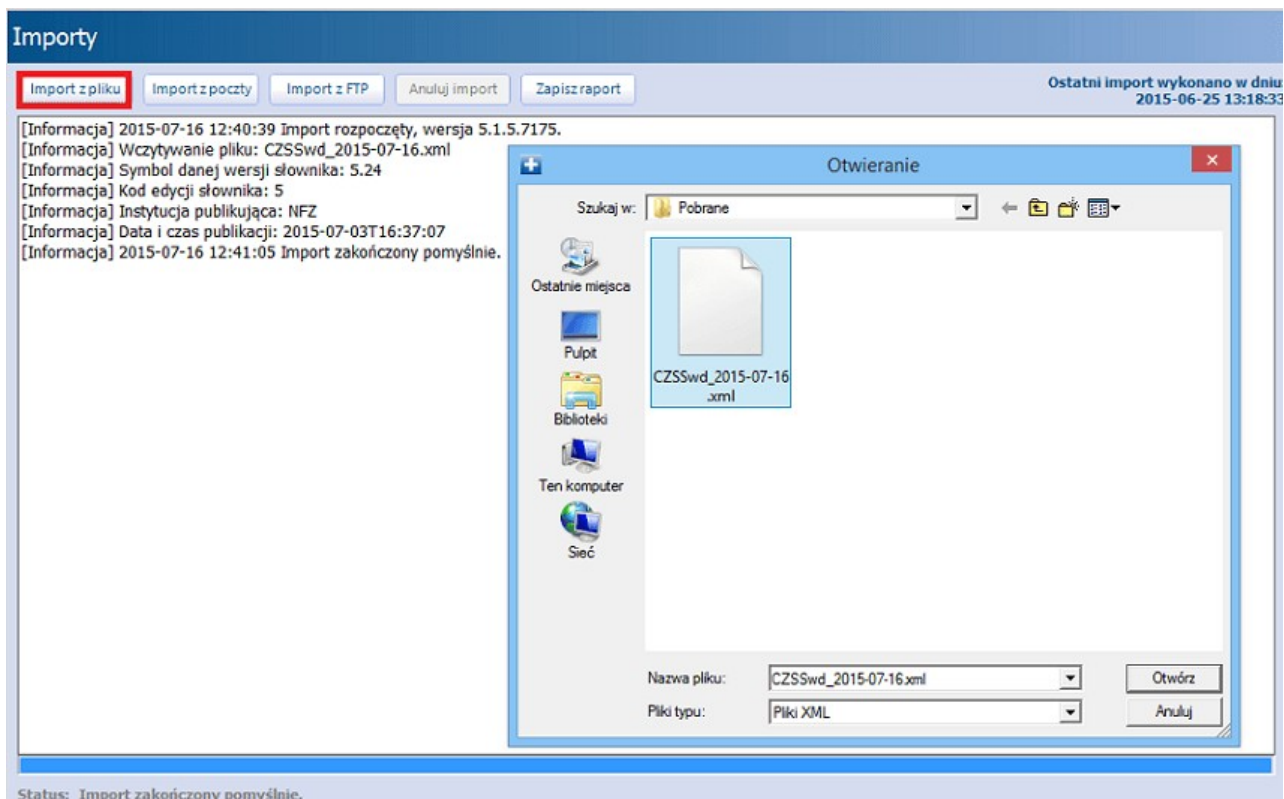
10.3.1 Import słownika ICD9

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) > [Import z pliku](#)

Dla poprawnego ewidencjonowania i sprawozdawania świadczeń konieczne jest posiadanie aktualnego słownika procedur ICD-9. Słownik należy samodzielnie, regularnie zaczytywać do aplikacji mMedica, po uprzednim pobraniu go ze strony NFZ.

Aby zaczytać do programu słownik procedur ICD-9 należy:

1. Ze [strony NFZ](#) pobrać aktualny plik słownika w formacie **XML** i zapisać na dysku komputera.
2. Przejść do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) i wybrać przycisk **Import z pliku**.
3. W oknie *Otwieranie* odszukać plik pobrany ze strony NFZ.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zaczytywania słownika do programu



10.3.2 Ewidencja danych z wyznaczeniem JGP

Aplikacja mMedica wyposażona jest w dwa mechanizmy ewidencji danych z wyznaczeniem JGP, a o sposobie ewidencji decyduje sam świadczeniodawca.

Mechanizm pierwszy - wykorzystanie przycisku "Wyznacz JGP":

1. Utworzenie nowej wizyty wybranemu pacjentowi.
2. Ewidencja danych poprzez uzupełnienie formatki **Realizacja** i innych wymaganych.
3. Zapisanie wprowadzonych informacji poprzez przycisk "**Zatwierdź**", który uaktywni przycisk "**Wyznacz JGP**".

Uzupełnianie świadczeń

Nr świadczenia: 00002032200004860501 ID wizyty: 218368 Pacjent: 47 lat Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

Rozp. główne: J30.1 ... Uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa spo... Wizyta: Specjalistyczna Kont. lecz.:

Data od: 2015-07-17 08:48 do: 2015-07-17 08:48 Dni: 1 Przyjęcie: Bez skierowania Tryb: Leczenie obowiązkow

Realizujący: ID NOWAKA ... Nowak Anna Lekarz Kod świadcz.: 4.4 ... Leczenie amb. spec. - porada

Komórka org.: 51 ... Poradnia alergologiczna Podtyp: Wersja: rozp. MZ 20.06.2008

Uprawnienie: Dodatkowe:

Eksportuj Ratująca życie

Kod	Nazwa	Edycja	Źrobn...	Data
89.00	Porada lekarska, kons...	V	1	2015-07-
99.591	Testy skórne	V	1	2015-07-17

Edycja: V

Błąd	ID rozl.	ID rozl. kor.	Nr umowy	Rok	Miesiąc	Zakres św
Razem:						

JGP

4. Wybranie przycisku "**Wyznacz JGP**" uruchamia symulację podpowiadającą grupy, które mogą posłużyć do rozliczenia zaewidencjonowanych danych.

Rozliczenia świadczeń

Katalog	Elem. kier.	Świadczenie	Gruper	Wersja grupera	Taryfa	Taryfa dod.	Waga	Krotność	Punkty	Już wybrana	
AOS	Procedur	W40 - 5.30.00.0000040 - Świa	+	AOS.2.8	6	0	1	1	6	<input checked="" type="checkbox"/>	Poradn
AOS	Procedur	W02 - 5.30.00.0000002 - Świadcze	+	AOS.2.8	1	0	1	1	1	<input type="checkbox"/>	Poradni
AOS	Procedur	W11 - 5.30.00.0000011 - Świadcze	+	AOS.2.8	3,5	0	1	1	3,5	<input type="checkbox"/>	Poradni
AOS	Procedur	W31 - 5.30.00.0000031 - Porada u	+	AOS.2.8	7,5	0	1	1	7,5	<input type="checkbox"/>	Poradni

Katalog - oznaczenie z jakiego katalogu pochodzi świadczenie (JGP oznacza katalog 1a, pozostałe to katalogi 1b, 1c, 1d itd).
Świadczenie - Kod świadczenia (dla katalogu 1a uzupełniony o kod grupy JGP).
Gruper - odpowiedź lokalnego grupera: "-" (minus) - dopisana pozycja odrzucona przez gruper lokalny, "+" (plus) - gruper lokalny wskazuje, że taka grupa może być wybrana, "?" - pozycja nie weryfikowana, "P" - dopisana pozycja jest wskazana przez gruper lokalny jako poprawna.
Taryfa - taryfa bazowa grupy jednorodnej.
Taryfa dod. - taryfa dodatkowa wynikająca z przeliczenia mechanizmem osobodni.
Punkty - sumaryczna liczba punktów dla świadczenia (krotność * waga * (taryfa + taryfa dod.)).
Już wybrane - świadczenie już dopisane do rozliczeń.
Zielony - świadczenie zgodne z planem umowy.
Niebieski - świadczenie możliwe do wyboru po zmianie rozpoznań wypisowych

Legenda

W powyższej tabeli wyświetlane są tylko pozycje znajdujące się w planie umowy zaczytanej do bazy świadczeniodawcy.

5. Wybranie grupy świadczenia poprzez jego podświetlenie i zatwierdzenie przyciskiem **"Wybierz"**. Operacja ta spowoduje automatyczne przejście do danych pozycji rozliczeniowej i domyślne wypełnienie wymaganych pól.

Pozycja rozliczeniowa

Data realizacji: Od: 2015-07-17 do: 2015-07-17 Miesiąc: Lipiec Rok: 2015 Czy eksportować: Tak

Dane realizacji

Miejsce realizacji: Poradnia alergologiczna

Zakres świadczeń: 02.1010.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII

Świadczenie: 5.30.00.0000011 W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 1-GO TYPU

Wyróżnik: 1 Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: 054/***** Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 3,5 Koszt:

Taryfa: 3,5 Współczynnik: 1

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Ubezpieczyciel: Kraje Unii Europejskiej

1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP 6. Dokumenty dod. 7. Sygnatura 10. Leki

Nr wersji grupera: AOS.2.8 1

Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)


Wartości podstawowe		Wartości po przemnożeniu	
Taryfa:	3,5		3,5
Taryfa dodatkowa:	0		0
Suma taryf:	3,5		3,5

Wyznacz taryfę

Zatwierdź (F9) Anuluj

6. Wybranie przycisku "**Zatwierdź**" spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty i zakańcza proces wyznaczania JGP.

Mechanizm drugi - wykorzystanie przycisku "Dodaj nowe rozliczenie":

1. Utworzenie nowej wizyty wybranemu pacjentowi.
2. Ewidencja danych poprzez uzupełnienie formatki **Realizacja** i innych wymaganych.
3. Wybranie ikony **Rozliczenia**, a następnie przycisku "Dodaj" .
4. Ewidencja danych poprzez ręczne określenie produktu kontraktowego i produktu jednostkowego określającego grupę do rozliczenia.

Pozycja rozliczeniowa

Data realizacji: Od: 2015-07-17 do: 2015-07-17 Miesiąc: Lipiec Rok: 2015 Czy eksportować: Tak

Dane realizacji

Miejsce realizacji: Poradnia alergologiczna

Zakres świadczeń: 02.1010.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII

Świadczenie: 5.30.00.0000011 W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 1-GO TYPU

Wyróżnik: 1 Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: 054/***** Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 3,5 Koszt:

Taryfa: 3,5 Współczynnik: 1

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Ubezpieczyciel: Kraje Unii Europejskiej

5. Aplikacja automatycznie uzupełni pola definiujące **Taryfę JGP** na podstawie zacytanego pliku parametryzującego i umowy.

Wartości podstawowe	Wartości po przemnożeniu
Nr wersji grupera: AOS.2.8	Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ): 1
Taryfa: 3,5	Wyznacz taryfę: 3,5
Taryfa dodatkowa: 0	Suma taryf: 0
Suma taryf: 3,5	Suma taryf: 3,5

6. Wybranie przycisku "**Zatwierdź**" spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty i zakańcza proces wyznaczania JGP.

Jeśli użytkownik nie chce korzystać z automatycznego podpowiadania grupera, może sam dokonać wpisania taryfy poprzez określenie pól: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa dodatkowa (zdej. powyżej).

W takim wypadku należy wypełnić pola:

- Nr wersji grupera** - wprowadzić wartość dla aktualnego grupera,
- Taryfa** - wprowadzić wartość na podstawie załącznika do zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r.

Uwaga!

Ręczne uzupełnianie pól dotyczących taryfy JGP niezgodnie z w/w załącznikiem może spowodować, iż wysyłka takich świadczeń do systemu OW NFZ zostanie zwrócona z komunikatem:

```
<problem waga="B" kod="2040483" opis="Błąd określenia grupy JGP. Kod:8 Nieprawidłowa taryfa dla produktu jednostkowego x.xx.xx.xxxxxxx w rozliczeniu xx/xx/xx do xx/xx/xx.
```

W przypadku otrzymania powyższego komunikatu błędu, należy sprawdzić poprawność wprowadzonych danych.

10.3.3 Rozliczanie JGP w AOS

W celu wykonania prawidłowego rozliczenia za pomocą JGP w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej należy:

- [Zaimportować](#) charakterystykę JGP dla grupera AOS.
- Zaimportować aktualizację [słownika ICD9](#) publikowaną przez NFZ.
- Zaimportować aktualną umowę z NFZ na świadczenia w rodzaju AOS.

W zarządzeniu czytamy:

„Świadczenie specjalistyczne kompleksowe podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy, wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych.”

Aby umożliwić rozliczenie porady kompleksowej z uwzględnieniem badań zleconych, wykonanych i dostarczonych w ramach wcześniejszych wizyt pacjenta, w systemie mMedica udostępniono funkcjonalność wskazywania badań z innych wizyt. Wskazane pozycje sprawozdawane będą w ramach danej wizyty pacjenta. Dzięki temu możliwe będzie wyznaczenie odpowiedniej JGP dla wizyty kompleksowej.

Funkcjonalność umożliwia przypięcie poszczególnych badań do wizyty oraz dodatkowo wskazanie, które z tych badań mają być sprawozdawane w ramach tej wizyty. Badania wykonane bezpośrednio w ramach danej wizyty będą domyślnie sprawozdawane do systemu NFZ.

Aby skorzystać z funkcjonalności należy wybrać przycisk "Dodaj archiwalną"  znajdujący się po prawej stronie okna **Procedury** na formatce **Uzupełnianie świadczeń**.

Uzupełnianie świadczeń

Schematy wizyt

Nr świadczenia: ID wizyty: Pacjent: 47 lat Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

PESEL: 00000000000 Kowalski Jan

Rozp. główne: Wizyta: * Specjalistyczna Kont. lecz.:
 Data od: * 2015-07-16 14:48 do: * 2015-07-16 14:48 Dni: 1 Przyjęcie: * Ze skierowaniem Tryb: * Planowane ze skier.
 Realizujący: * ID NOWAKA ... Nowak A... Lekarz Kod świadcz.: * 4.4 ... Leczenie amb. spec. - porada
 Komórka org.: * NEUR1 ... Poradnia neurologiczna Podtyp: Wersja: * rozp. MZ 20.06.200
 Uprawnienie: Dodatkowe: Eksportuj Ratująca życie

Procedury

Nazwa
Porada lekarska, konsultacja, asysta

Rozliczenia

Błąd	ID rozl.	ID rozl. kor.	Nr umowy

Otwarte zostanie okno **Procedury archiwalne** zawierające informacje o wszystkich procedurach ICD-9 zaewidencjonowanych dotychczas pacjentowi w tej poradni specjalistycznej.

Procedury archiwalne – 2015-07-16, Poradnia neurologiczna

* Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wizyty
88.934	RM kanału rdzeniowego - rdzeń kręgowy	V	1	2015-04-16	218366
▶ 89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-04-16	218366

Uwaga: procedury zostały zaewidencjonowane w innych wizytach. Ich wybór może wpłynąć na rozliczenie wizyt pierwotnych.

Wybierz Wyjście

Wybranie procedury i zatwierdzenie przyciskiem **"Wybierz"** spowoduje przypisanie jej do wizyty i oznaczenie kolorem zielonym, biorąc tym samym udział w wyznaczeniu JGP. W kolumnie **ID wiz. zewn.** zapisane zostanie ID wizyty pierwotnej, z której pobrano procedurę.

Uzupełnianie świadczeń

Nr świadczenia: 00002032190404860501 ID wizyty: 218367 Pacjent: PESEL 00000000000 Kowalski Jan

Rozp. główne: R82.4 Acetonuria

Data od: 2015-07-16 14:58 do: 2015-07-16 14:58 Dni: 1

Realizujący: ID NOWAKA Nowak Anna Lekarz

Komórka org.: NEUR1 Poradnia neurologiczna


Uprawnienie: Dodatkowe:

Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wiz. zewn.
88.934	RM kanału rdzeniowego - rdzeń kręgowy	V	1	2015-04-16	218366
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-07-16	

Natomiast w wizycie pierwotnej procedura ta zostanie zablokowana do edycji i oznaczona szarym kolorem. W kolumnie **ID wiz. zewn.** zapisane zostanie ID wizyty, do której przypisano procedurę.

Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wiz. zewn.
88.934	RM kanału rdzeniowego - rdzeń...	V	1	2015-04-16	218367
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-04-16	

Uwaga!

Należy pamiętać, iż procedura przepięcia może wpłynąć na rozliczenie wizyty pierwotnej. W związku z tym po takiej operacji należy zweryfikować rozliczenia. Dodaną procedurę archiwalną można w każdej chwili usunąć poprzez przycisk , a procedura będzie ponownie sprawozdawana w ramach swojej „wizyty pierwotnej”.

W celu zabezpieczenia użytkownika przed nadmiernym przepisywaniem badań między wizytami, została wprowadzona walidacja blokująca przepięcie, jeśli badanie zostało już raz przepięte. W takim wypadku raz użyta procedura nie będzie wyświetlana w oknie **Procedury archiwalne**. Przepięcie procedury do kolejnej wizyty będzie możliwe dopiero w momencie odłączenia jej w wizycie wcześniejszej.

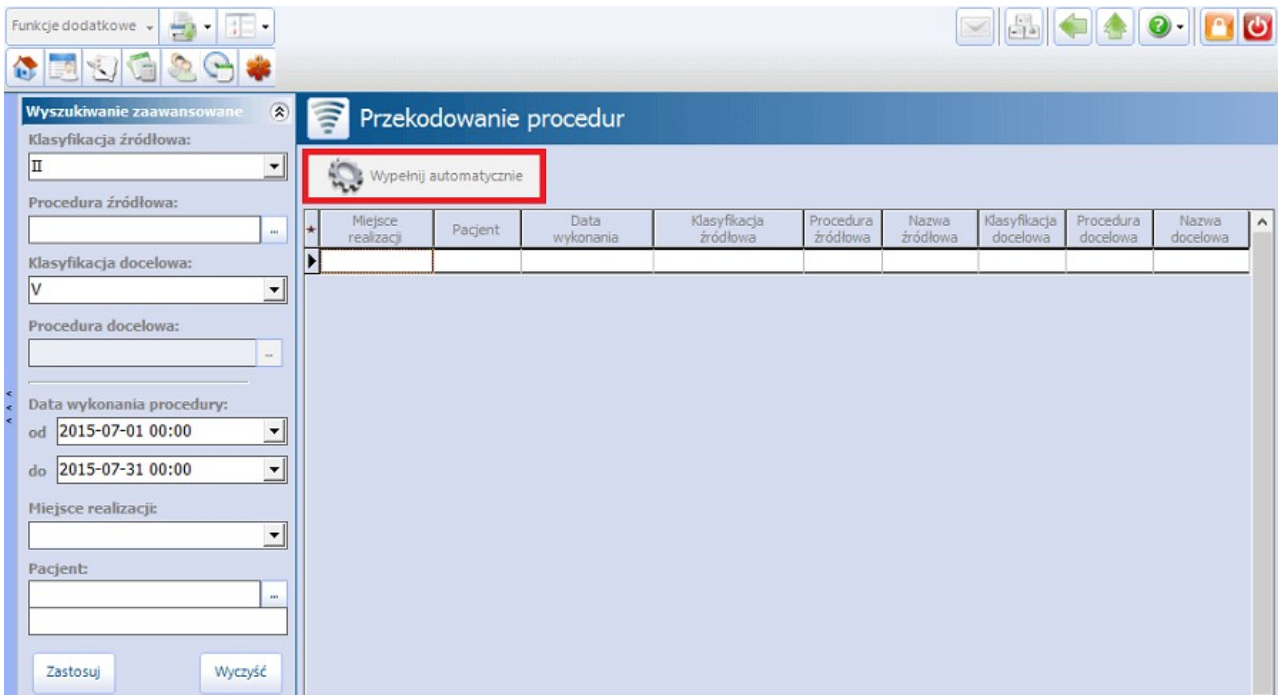
10.3.4 Przekodowanie procedur ICD-9

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Przekodowanie procedur ICD9](#)

W wersji aplikacji **mMedica Plus (+)** udostępniono funkcjonalność, pozwalającą przekodować procedury ICD-9. Funkcjonalność ta została przygotowana w związku z wydaniem przez NFZ nowej V edycji słownika w lipcu 2008 r. Wcześniej obowiązywała II edycja i po tej zmianie użytkownicy mieli możliwość przekodowania wprowadzonych już procedur wg nowego słownika. W chwili obecnej funkcjonalność ta przestała być używana, jednak może być wykorzystywana na potrzeby korekt za tamten okres.

W programie udostępniono słownik ICD-9 w dwóch edycjach II i V. Użytkownikowi pozostawiono decyzję jakiego słownika będzie używał, bazując na swojej wiedzy merytorycznej odnośnie ewidencji świadczeń. Od czasu uruchomienia mechanizmu walidacji przesyłanych świadczeń w NFZ, uniemożliwiono rozliczanie

świadczeń ewidencjonowanych w II edycji słownika ICD-9.



Aby przekodować procedury ICD-9 z edycji II na V należy w pierwszej kolejności wybrać zakres danych. W panelu nawigacji **Wyszukiwanie zaawansowane** należy wprowadzić nast. dane:

- **Klasyfikacja źródłowa** - wybrać wartość II, jeśli przekodowanie ma nastąpić ze słownika II.
- **Procedura źródłowa** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać procedurę ze słownika, która ma zostać przekodowana.
- **Klasyfikacja docelowa** - wybrać wartość V, jeśli procedury mają zostać przekodowane na tę edycję.
- **Procedura docelowa** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać docelową procedurę ze słownika.

Wybranie przycisku "**Zastosuj**" spowoduje wyświetlenie w głównym oknie odpowiednich procedur, które zostaną przekodowane po wybraniu przycisku "**Wypełnij automatycznie**".

10.3.5 Powiązania dla procedur ICD-9

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Powiązania dla procedur ICD9](#)

W aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność definiowania powiązań pomiędzy danymi wprowadzanymi w badaniu fizykalnym w Gabinetcie a procedurami ICD-9. Uzupełnienie **ciśnienia** lub **glikemii** w oknie **Badanie fizykalne** spowoduje automatyczne dodanie powiązanej procedury ICD-9 na wizycie.

Omawiana funkcjonalność obejmuje również zabiegi wprowadzane w module [Gabinet pielęgniarki](#), a także dane ewidencji przebiegu leczenia w module "Hospitalizacje", takie jak wywiad i badanie przedmiotowe.

W wersji 9.4.0 aplikacji mMedica wprowadzono możliwość definicji powiązań dla sesji psychoterapii wprowadzanych w module "Opieka dzienna".

Aby funkcjonalność działała poprawnie, należy ją odpowiednio skonfigurować poprzez powiązanie badania/zabiegu/rodzaju danych z wybraną procedurą ICD-9, czego dokonuje się w oknie **Powiązania dla procedur ICD-9**.

Powiązania dla procedur ICD-9

Rodzaj danych	Kod proc.	Nazwa pr...	Komórka	Data od	Data do
Wizyta – badanie fizykalne – ciśnienie	89.61	Monit...	Porad...	08-08-2022	08-09-2022

Dane powiązania

Rodzaj danych: * Wizyta – badanie fizykalne – ciśnienie

Procedura: * 89.61 ... Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego

Komórka org.: 000 ... Poradnia

Data od: 08-08-2022 Data do: 08-09-2022

Aby dodać powiązanie należy wybrać przycisk **"Dodaj"** znajdujący się w górnej części ekranu, a następnie w dolnym oknie **"Dane powiązania"** uzupełnić nast. pola:

- **Rodzaj danych** - z listy rozwijanej wybrać rodzaj danych, na podstawie którego będzie funkcjonować powiązanie. Do wyboru są wartości:
 - Hospitalizacja - przebieg leczenia - badanie przedmiotowe**
 - Hospitalizacja - przebieg leczenia - wywiad**
 - Opieka dzienna - psychoterapia grupowa**
 - Opieka dzienna - psychoterapia indywidualna**
 - Opieka dzienna - psychoterapia rodzinna**
 - Wizyta - badania fizykalne - ciśnienie**
 - Wizyta - badania fizykalne - glikemia**
 - Zabieg - opatrunek**
 - Zabieg - pobranie materiału**
 - Zabieg - podanie leku**

Rodzaje a) i b) dotyczą wywiadu oraz badania przedmiotowego wprowadzanych na zakładce *Przebieg leczenia* hospitalizacji otwartej w module "Hospitalizacje".

Rodzaje c), d) i e) zostały dodane w wersji 9.4.0 aplikacji mMedica i dotyczą danych sesji psychoterapii wprowadzanych w module "Opieka dzienna" na zakładce *Psychoterapia* lub przy zbiorczym dodawaniu sesji psychoterapii grupowej.

Rodzaje f) i g) dotyczą danych wprowadzanych w oknie wizyty otwartej w Gabinetecie.

Rodzaje h), i) i j) dotyczą zabiegów wprowadzanych na wizycie realizowanej w module [Gabinet pielęgniarstwa](#).

- **Procedura** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać procedurę ICD-9 ze słownika, która zostanie powiązana z wybranym rodzajem danych.
- **Komórka org.** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać komórkę organizacyjną, której będzie dotyczyć powiązanie. W przypadku braku wskazania komórki organizacyjnej, powiązanie dotyczyć będzie wszystkich komórek organizacyjnych.
- **Data od-do** - ręcznie lub za pomocą kalendarza wybrać datę obowiązywania powiązania od-do. W przypadku braku uzupełnienia dat, powiązanie funkcjonować będzie bezterminowo.

W przedstawionym przykładzie utworzono powiązanie dla badania fizykalnego - ciśnienia i procedury 89.61. Oznacza to, że po utworzeniu wizyty w Gabinetecie w komórce "Poradnia" i po wprowadzeniu pomiaru ciśnienia w oknie "Badania fizykalne", na wizycie automatycznie dodana zostanie procedura ICD-9: 89.61 - Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego (zdj. poniżej).

The screenshot displays the mMedica software interface for patient Jan Kowalski (M), 47 years old, with ID 00000000000. The patient's visit is dated 2015-11-12 from 09:14 to 09:29 in the POZ doctor's office. The interface is divided into several panels:

- Choroby przewlekłe:** J46 - Stan astmatyczny.
- Czynniki ryzyka i wywiady:** Uzależnienia (papierosy; kawa), Uczulenia (Trawa, kurz, białko kurze), Grupy dyspenseryjne (Alergie; Choroba wrzodowa), Grupa krwi (AB Rh+), Urazy z przeszłości (Wstrząs mózgu).
- Ostatnie wizyty:** Wizyta: dnia 2015-11-10 od 09:40 do 09:55. Komórka org.: Gabinet lekarza POZ. Realizujący: Nowak Anna; Lekarz - chirurgia ogólna; NPWZ: /././././.
- Wywiad:** Empty text area.
- Badanie fizykalne:** Ciśnienie: 120 / 80 mmHg (highlighted in red), Tętno: [empty], Glikemia: [empty], Temp.: [empty].
- Rozpoznanie:** Empty table with columns for Name and Main.

Rozliczenia świadczeń

Funkcje dodatkowe

Dane pacjenta Dokumenty ubezpieczenia Aktualizuj dane Status eWUŚ Rozliczenie wizyty

Kowalski Jan (M), 00000000000, 47 lat
2015-11-12 09:14 – 09:29, Gabinet lekarza POZ, Nowak Anna

Kod	Nazwa	Edycja	Krotność
89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego	V	1

Dane med.
Skierowania
Druki
Recepty
Zwolnienia
ICD9
Procedury

Edycja:
V

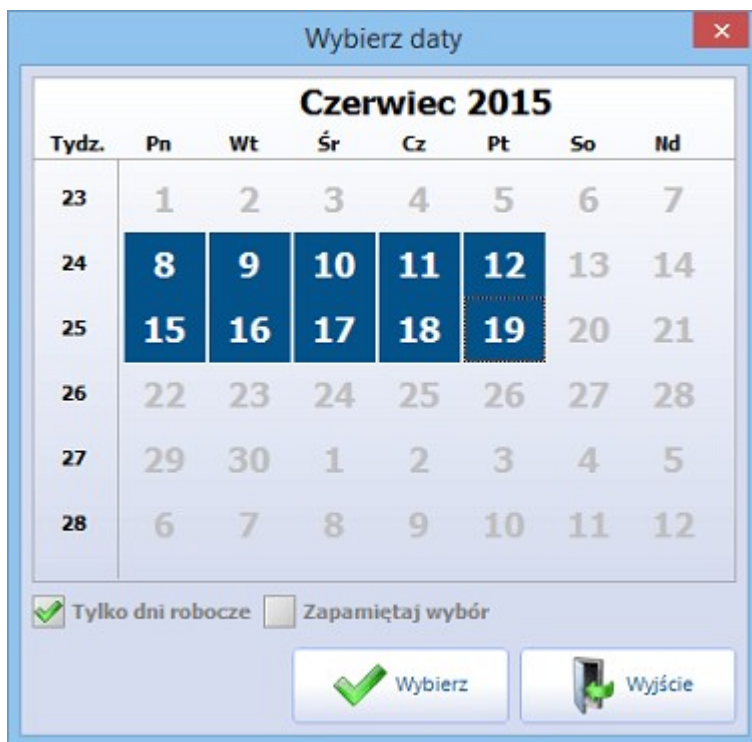
10.3.6 Ewidencja zbiorcza

Ścieżka: [Uzupełnianie świadczeń](#) > [Rozliczenia](#)

W wersji aplikacji **mMedica Plus (+)** istnieje możliwość uzupełnienia rozliczeń zbiorczo, po zaznaczeniu w kalendarzu dni z miesiąca rozliczeniowego, w których były wykonane.

W tym celu należy utworzyć pacjentowi wizytę i przejść na formatkę **Rozliczenia**. Wybranie przycisku **"Zbiorczo rozliczenia wg dat"** znajdującego się w górnym panelu okna, otwiera okno kalendarza.

The screenshot shows the 'Zbiorczo rozliczenia wg dat' window in the mMedica Plus application. The window title is 'Pozycje rozliczeniowe zbiorczo (22 pozycji)'. The 'Data realizacji' section includes date ranges (Qd: 2015-06-01, do: 2015-06-30), month (Czerwiec), and year (2015). The 'Dane realizacji' section contains fields for 'Miejsce realizacji' (Pielęgniarska Opieka Długoterminowa), 'Zakres świadczeń' and 'Świadczenie' (both with dropdown menus), 'Wyróżnik' (2), 'Waga', 'Współczynnik', 'Świadczenie ratujące życie' (Nie), 'Numer umowy', 'Sposób rozliczenia' (Pełne rozliczenie (100%)), 'Krotność faktyczna' (1), 'Kr. rozliczeniowa' (1), 'Dopłata', 'Liczba wyk. jedn.' (0), 'Koszt', 'Taryfa', and 'Współczynnik'. A navigation bar at the bottom of the form lists tabs: 1. Stomatologia, 2. Hemodializa, 3. Dane POZ/SPO, 4. Dane AOS, 5. JGP, 6. Dokumenty dod., 7. Sygnatura, 10. Leki. The 'Umiejscowienie' and 'Powierzchnia zęba' fields are also present. At the bottom, there are input fields for 'Wprowadził:' and 'Zmodyfikował:', and buttons for 'Zatwierdź (F9)' and 'Anuluj'.



Za pomocą myszki i klawisza CTRL należy zaznaczyć daty, dla których mają zostać dodane pozycje rozliczeniowe i zatwierdzić wybór przyciskiem "**Wybierz**".

Zakres dat widniejących na kalendarzu zależy od dat, które zostały wprowadzone przez użytkownika na formacie **Realizacja**.

Zaznaczenie parametru **Tylko dni robocze** zawęża wyświetlanie dat na kalendarzu tylko do dni roboczych, natomiast zaznaczenie parametru **Zapamiętaj wybór** powoduje zapamiętanie wybranych dat. Przy uzupełnianiu następnej wizyty i wybraniu przycisku "Zbiorcze rozliczenia wg dat", na kalendarzu oznaczają się wcześniej wybrane daty.

Zatwierdzenie wyboru dat na kalendarzu powoduje zmianę koloru formatki na zielono, co wskazuje, że system jest w statusie zbiorczego dodawania. Następnie należy uzupełnić dane w wymaganych polach i zatwierdzić wprowadzone zmiany. Dla wybranych dni z kalendarza zostaną utworzone takie same pozycje rozliczeniowe.

10.3.7 Zbiorcze dodawanie wizyt

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Wizyty](#) > [Nowe wizyty zbiorczo](#)
lub [Deklaracje](#) > [Nowe wizyty zbiorczo](#)

W wersji aplikacji **mMedica Plus (+)** istnieje możliwość dodawania wizyt zbiorczo dla jednego lub kilku pacjentów, po zaznaczeniu w kalendarzu dni z miesiąca rozliczeniowego, w których były wykonane.

Aby skorzystać z funkcjonalności należy przejść do Rejestracji, podświetlić pacjenta na liście, wybrać przycisk "**Wizyty**" znajdujący się w dolnym panelu okna, następnie przycisk "**Nowe wizyty zbiorczo**". Otwarta zostanie formatka **Zbiorcze dodawanie wizyt...** podzielona na trzy mniejsze ekrany:

The screenshot displays the 'Zbiorcze dodawanie wizyt 2015' window. It features a top toolbar with various icons and two buttons: 'Kopiuj dane podstawowe z poprzednich wizyt' and 'Kopiuj wszystkie dane z poprzednich wizyt'. The main area is divided into three sections:

- Pacjenci:** A table with columns: Nazwisko i imię, PESEL, Uprawnienie, Upr. dod., and a red '+' icon. The row shows 'Kowalski Jan' with PESEL '0000000000'.
- Wizyty:** A table with columns: Data od, Data do, Liczba dni, and Ubezp. The row shows '2015-07-06 11:17' to '2015-07-22 11:17', '17' days, and '100%' coverage.
- Rozliczenia:** A table with columns: Błąd, Nr umowy, Rok, Miesiąc, Zakres świadczeń, Świadczenie, Wyr., Krotność, Liczba wyk. jedn., J... P..., Data od, and Data do. The row shows '054/...', '2015', '7', '02.1010.001.02', '5.30.00.00...', '1', '1', '3,5', and '2015-07-...' to '2015-07-22'. A summary row at the bottom shows 'Razem: 1' and '3,5'.

(1) - Pacjenci - wyświetlane są dane pacjenta, który wskazany został w Kartotece pacjentów i dla którego wprowadzane będą wizyty w trybie zbiorczym. Za pomocą przycisku możliwe jest dodanie większej ilości pacjentów, którym ewidencjonowane będą te same dane.

(2) - Wizyty - wyświetlane są dane wizyty tj. daty wizyty, liczba dni trwania wizyty, pokrycie ubezpieczenia pacjenta. Dla wizyt długoterminowych w oknie wyświetlany będzie jeden rekord zawierający zakres dat od-do (jak na zdj. powyżej). Dla wizyt jednodniowych z kalendarza w oknie wyświetlanych będzie kilka/kilkaście rekordów z datami wskazanymi przez użytkownika (jak na zdj. poniżej).

Wybranie ikony "Modyfikuj daty" otwiera okno **Daty wizyt**, w którym określa się daty dla wizyty jednodniowej, długoterminowej bądź wizyt jednodniowych z kalendarza.

Daty wizyt

Wizyta jednodniowa —

Data od: Długość wizyty (min):

Wizyta długoterminowa —

Data od: Data do:

Wizyty jednodniowe z kalendarza —

Lipiec 2015

Tydz.	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
27	29	30	1	2	3	4	5
28	6	7	8	9	10	11	12
29	13	14	15	16	17	18	19
30	20	21	22	23	24	25	26
31	27	28	29	30	31	1	2
32	3	4	5	6	7	8	9

Wybranych dni: 13 (od 2015-07-06 do 2015-07-22)



Godz. od: Długość wizyty (min): **Cykl**

- **Wizyta jednodniowa** - zaznaczenie pola spowoduje jego podświetlenie. Wprowadzona zostanie wizyta jednodniową z datą wpisaną przez użytkownika ręcznie lub za pomocą kalendarza.
- **Długość wizyty (min)** - ręcznie lub za pomocą strzałek należy wybrać długość trwania wizyty w minutach. Maksymalna długość wizyty to 99 minut.
- **Wizyta długoterminowa** - zaznaczenie pola spowoduje jego podświetlenie. Wprowadzona zostanie wizyta długoterminowa w zakresie dat podanych przez użytkownika.
- **Wizyty jednodniowe z kalendarza** - zaznaczenie pola spowoduje podświetlenie kalendarza. Za pomocą myszki i klawisza CTRL należy zaznaczyć daty wizyty. Wprowadzone zostaną wizyty jednodniowe dla dni wskazanych przez użytkownika.
- **Godz. od** - można wprowadzić datę rozpoczęcia wizyty. Domyślnie podpowiadana jest bieżąca godzina.
- **Cykl** - zaznaczenie parametru oznaczy wizyty jako cykl leczenia, tj. jeśli pierwsza wizyta zostanie wprowadzona ze skierowaniem, to pozostałe wizyty wprowadzone zostaną jako jej kontynuacja.

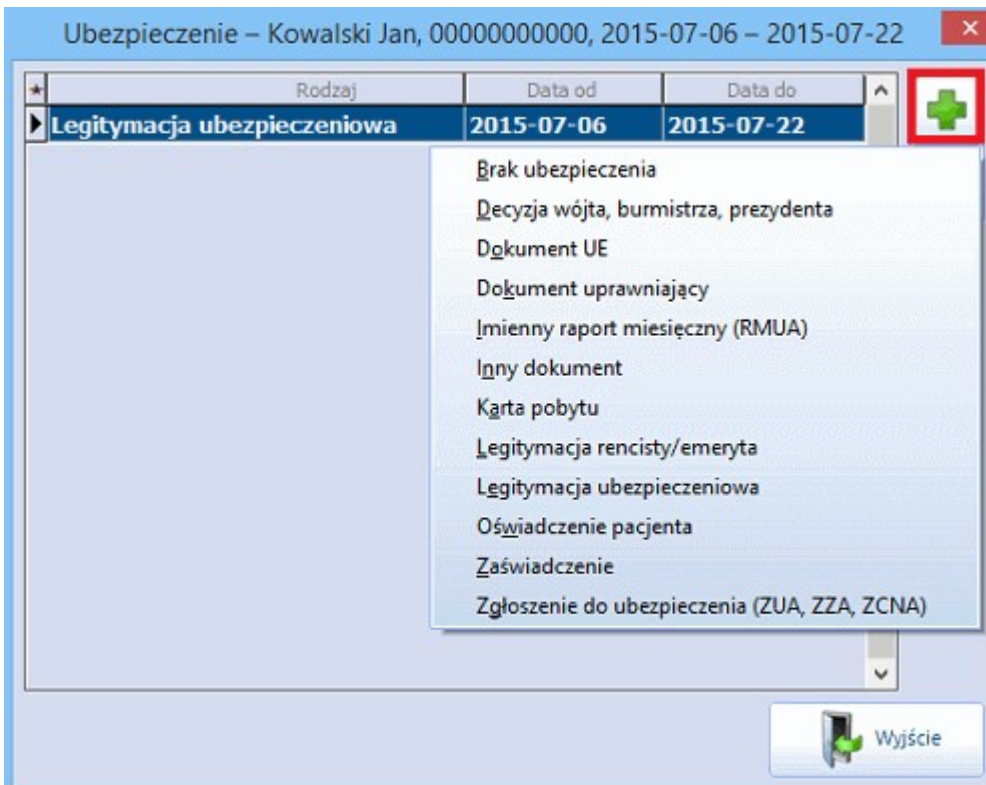
Jeśli użytkownik wprowadzi na formatce przyjęcie **Ze skierowaniem** i wprowadzi dane skierowania, to po zatwierdzeniu danych na pozostałych wizytach zostanie automatycznie wprowadzone przyjęcie **Kontynuacja ze skierowaniem** oraz podpięte skierowanie z pierwszej wizyty.


Uwaga!

Jeśli wizyty tworzone są dla kilku pacjentów, nie ma możliwości dodania informacji o skierowaniu, gdyż jest ono dokumentem indywidualnym. W takiej sytuacji na formatce **Realizacja** w polu **Przyjęcie** nie będzie można wybrać wartości: Ze skierowaniem, Kontynuacja ze skierowaniem.

Wybranie ikony "Dokumenty ubezpieczeniowe wizyty"  otwiera okno **Ubezpieczenie**, w którym prezentowane są aktualne dokumenty ubezpieczeniowe pacjenta. Za pomocą przycisku  wyświetla listę

rozwijaną, z której można wybrać odpowiedni dokument ubezpieczeniowy i dodać go do ewidencjonowanych wizyt.



(3) - Rozliczenia - wyświetlane są dane pozycji rozliczeniowej, jeśli została dodana. Wybranie przycisku  otwiera formatkę „Pozycja rozliczeniowa”, gdzie należy wprowadzić dane rozliczenia. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Pozycja rozliczeniowa](#).

Po wybraniu pacjentów i wprowadzeniu informacji o datach, należy przejść do uzupełnienia pozostałych danych wizyty poprzez wybór odpowiednich formatek znajdujących się w lewym panelu okna (Realizacja, Świadcz. POZ, Badania POZ, Sesja/Cykl, Skierowanie). Szczegółowy opis formatek znajduje się w rozdziale: [Uzupełnianie świadczeń](#).

10.3.8 Wydanie Karty DiLO w POZ

Od 1 stycznia 2015 r. wprowadzono kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, która może zostać wydana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jeśli podejrzewa u pacjenta nowotwór złośliwy. Wraz z jej wydaniem użytkownik powinien zaewidencjonować w aplikacji poradę na formatce *Pozycja rozliczeniowa*, wybierając:

- **Zakres świadczeń** – Świadczenia lekarza POZ – porady związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
- **Świadczenie** – Porada lekarska związana z wydaniem karty.

Po uzupełnieniu powyższych pól, zostanie aktywowane pole "Współczynnik", w którym należy wprowadzić współczynnik WRN (Współczynnik Rozpoznawania Nowotworów). Współczynnik ten jest określany (wyliczany) indywidualnie dla każdego świadczeniodawcy - system obliczania indywidualnego WRN określa właściwe rozporządzenie.

Aby wartość WRN w polu "Współczynnik" podpowiadała się automatycznie, należy zdefiniować jej wysokość w kontekście danego miesiąca w ścieżce: [Ewidencja > Słowniki > Edycja wskaźnika WRN](#).

W celu wprowadzenia informacji o numerze karty DiLO, należy:

Rozliczenia świadczeń

1. Wybrać zakładkę **6. Dokumenty dod.**
2. W polu **Kod systemu** wybrać wartość DILO.
3. W polu **Id dokumentu** wprowadzić numer karty DiLO pozyskany z Portalu Świadczeniodawcy.

Jeśli pacjent został wprowadzony na listę oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej, to datę wpisu do kolejki można wprowadzić w danych dokumentu dodatkowego w kolumnie **Wersja/Data (rok-miesiąc-dzień)**, zdj. poniżej.

Kod systemu	Id. dokumentu	Wersja / Data (rok-miesiąc-dzień)
DILO	Tu wpisać nr Karty DiLO	2017-01-01

Uwaga!

Poradnie specjalistyczne, które przyjmują pacjenta na podstawie skierowania-Karty DiLO zobowiązane są sprawozdawać do OW NFZ dodatkowe dane.

W związku z komunikatem Centrali NFZ z dnia 26.06.2015 r. sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń udzielonych na podstawie Karty DiLO powinno odbywać się ze wskazaniem odpowiedniego kodu trybu przyjęcia:

- **14** - przyjęcie na podstawie Karty DiLO (osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej)
- **11** - przyjęcie na podstawie Karty DiLO (osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym)

oraz z podaniem kodu tytułu uprawnienia dodatkowego **"32aDILO"**.

Na zdjęciu poniżej przedstawiono miejsca w aplikacji (formatka "Uzupełnianie świadczeń" lub "Hospitalizacja"), w których dane te należy zaznaczyć.

Pacjent: PESEL: 00000000000 ... Kowalski Jan, 47 lat, Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

Wizyta: * Specjalistyczna, Kont. lecz.: Pozostawienie pod opieką poradni

Przyjęcie: * Ze skierowaniem, Tryb: * Przyjęcie na podstawie karty DILO

Kod świadcz.: * 4.4 ... Leczenie amb. spec. - porada

Podtyp: Wersja: * rozp. MZ 20.06.2008

Dodatkowe: 32aDILO

10.3.9 Ewidencja porad pierwszorazowych

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Wizyty](#) > [Nowa wizyta](#)

Pacjent pierwszorazowy zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ_to świadczeniobiorca, który w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie (komórce org.) i otrzymuje świadczenie w trybie nagłym lub ze skierowaniem.

Warunkiem rozliczenia wizyty pierwszorazowej podwyższonym współczynnikiem 1,1 jest zaewidencjonowanie porady początkowej (produkt jednostkowy WP1) i zdiagnozowanie choroby w ciągu 42 dni. Po zachowaniu powyższych warunków świadczeniodawca ewidencjonuje poradę pierwszorazową (produkty z zakresu grup W40-W50), której wartość mMedica automatycznie zwiększa o współczynnik 1,1.

W przypadku braku porady początkowej WP1, podczas zatwierdzania wizyty, zostanie wyświetlony poniższy komunikat ostrzegawczy. Wybranie przycisku **Tak** spowoduje automatyczne dodanie świadczenia "WP1

porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe".

Brak pozycji rozliczeniowej dla porady początkowej u pacjenta pierwszorazowego.

Czy chcesz ją dodać?

TAK NIE ANULUJ

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica została wprowadzona możliwość ustawienia, aby we wspomnianej sytuacji pozycja rozliczeniowa dla porady WP1 dodawała się automatycznie, bez wyświetlania przez program powyższego komunikatu. Służy do tego parametr "**Automatycznie dodawaj pozycję rozliczeniową porady początkowej WP1 przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych**", dostępny w Konfiguratorze programu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Ewidencja > Podstawowe](#), w sekcji [Wizyty i hospitalizacje](#).

Poniższa instrukcja przedstawia przykład ewidencji dla grupy W40 dla dwóch przypadków:

- a) Diagnoza zostaje postawiona na pierwszej wizycie pacjenta (wizycie początkowej).
- b) Diagnoza zostaje postawiona na drugiej wizycie pacjenta.

Ewidencja porad pierwszorazowych, gdy diagnoza zostaje postawiona na pierwszej wizycie pacjenta:

1. Ewidencja porady początkowej – na formatce *Pozycja rozliczeniowa* należy zaewidencjonować **poradę WP1** w nast. polach:
 - **Zakres świadczeń** – wybrać zakres dotyczący świadczeń pierwszorazowych.
 - **Świadczenie** – wybrać świadczenie "WP1 porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe".

Pozycja rozliczeniowa

Data realizacji: Od: 2015-05-13 do: 2015-05-13 Miesiąc: Maj Rok: 2015 Czy eksportować: Tak

Dane realizacji

Miejsce realizacji: PORADNIA ALERGOLOGICZNA

Zakres świadczeń (produkt kontraktowy): 02.1010.401.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE

Świadczenie (produkt jednostkowy): 5.01.28.0000001 WP1 PORADA POCZĄTKOWA-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE

Wyróżnik: 1 Waga: 0 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: 054... Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 0 Koszt:

Taryfa: Współczynnik: 1

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Ubezpieczyciel: Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia Id dodatkowej dokumentacji:

1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP 6. Dokumenty dod. 7. Sygnatura 10. Leki

Nr wersji grupera: 1 Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)

	Wartości podstawowe	Wartości po przemnożeniu
Taryfa:		0
Taryfa dodatkowa:		0
Suma taryf:	0	0

Wyznacz taryfę

2. Ewidencja porady początkowej – jeśli decyzja diagnostyczna i terapeutyczna zostały podjęte na tej samej wizycie u lekarza specjalisty, należy dodać drugą pozycję rozliczeniową z przedziału grup W40-W50:
 - **Zakres świadczeń** - wybrać zakres dotyczący świadczeń pierwszorazowych.

Rozliczenia świadczeń

- **Świadczenie** – wybrać świadczenie z przedziału grup W40-W50.

Pozycja rozliczeniowa

Data realizacji
Qd: 2015-05-13 | gło: 2015-05-13 | Miesiąc: Maj | Rok: 2015 | Czy eksportować: Tak

Dane realizacji
Miejsce realizacji: PORADNIA ALERGOLOGICZNA
Zakres świadczeń (produkt kontraktowy): 02.1010.401.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE
Świadczenie (produkt jednostkowy): 5.30.00.0000040 ... W40 ŚWIADCZENIE PIERWSZORAZOWE 1-GO TYPU
Wyróżnik: 1 | Waga: 1 | Współczynnik: | Świadczenie ratujące życie: Nie
Numer umowy: 054... | Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)
Krotność faktyczna: 1 | Kr. rozliczeniowa: 1 | Dopłata: | Liczba wyk. jedn.: 6,6 | Koszt: |
Taryfa: 6 | Współczynnik: 1,1

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia
Ubezpieczyciel: Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia | Id dodatkowej dokumentacji: |

1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP 6. Dokumenty dod. 7. Sygnatura 10. Leki

Nr wersji grupera: AOS.2.8 | 1 | Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)
Taryfa: 6 | Wartości podstawowe: 6 | Wartości po przemnożeniu: 6 | Wyznacz taryfę
Taryfa dodatkowa: 0 | 0 | 6,6
Suma taryf: 6,6

Dodanie drugiej pozycji rozliczeniowej umożliwi rozliczenie wizyty poprzez podwyższony współczynnik 1,1. W polu "Taryfa" będzie wyświetlana taryfa bazowa dla grupy W40, natomiast w polu "Suma taryf" wartość po przemnożeniu przez program (po uwzględnieniu współczynnika 1,1).

Uzupełnianie świadczeń | Komórka organizacyjna: | Realizujący: | Data: 2015-05-13 | Schematy wizyt | + | -

Nr świadczenia: | ID wizyty: | Pacjent: PESEL: 00000000000 | Kowalski Jan | 48 lat | Ubezpieczenie: 0% eWUŚ

Błąd	ID rozl.	ID rozl. kor.	Nr umowy	Rok	Miesiąc	Zakres świadczeń	Świadczenie	Wyr.	Krotność	Liczba wyk. jedn.	Umiejscowienie
			054/	2015	5	02.1010.401.02	5.01.28.0000001	1	1	0	
			054/	2015	5	02.1010.401.02	5.30.00.0000040	1	1	6,6	

Sesja/Cykl | Ratownictwo | Skierowanie | Chemo/Radio | Rozliczenia

Ewidencja porad pierwszorazowych, gdy diagnoza zostaje postawiona na drugiej wizycie pacjenta:

1. Ewidencja porady początkowej – na formatce *Pozycja rozliczeniowa* należy zaewidencjonować **poradę WP1** w nast. polach:
 - **Zakres świadczeń** – wybrać zakres dotyczący świadczeń pierwszorazowych.
 - **Świadczenie** – wybrać świadczenie "WP1 porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe".
2. Ewidencja porady początkowej – jeśli decyzja diagnostyczna i terapeutyczna zostały podjęte na kolejnej wizycie u lekarza specjalisty (z zachowaniem warunku 42 dni), należy dodać pozycję rozliczeniową z przedziału grup W40-W50:
 - **Zakres świadczeń** - wybrać zakres dotyczący świadczeń pierwszorazowych.
 - **Świadczenie** – wybrać świadczenie z przedziału grup W40-W50.

Uwaga! Jeśli pomiędzy poradą początkową WP1, a kolejną wizytą upłynęło więcej niż 42 dni, to na

zakładce 5. JGP w polu "Suma taryf" wartość pozostanie niezmienną – warunkiem rozliczenia wizyty przez wyższy wskaźnik jest zachowanie warunku 42 dni!

Oprócz tego w przypadku świadczeń pierwszorazowych świadczeniodawca zobligowany jest przekazać od OW NFZ informację o sposobie kontynuacji leczenia. W tym celu należy uzupełnić pole *Kontynuacja leczenia*, które znajduje się na formatce [Realizacja](#). Możliwe wartości do wyboru:

10.3.10 Schematy wizyt

Wersja mMedica Plus (+) posiada funkcjonalność, umożliwiającą zapisywanie danych z wizyt w schematach. Dzięki temu można w sposób szybki i sprawny wprowadzać wizyty, które posiadają powtarzalne dane, poprzez wybranie wcześniej zdefiniowanego schematu.

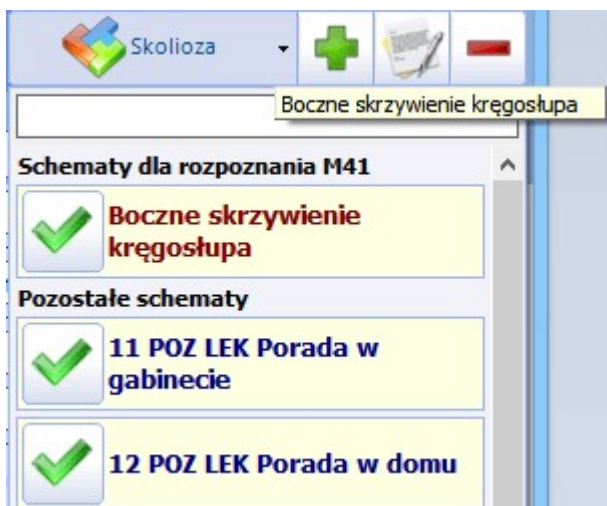
Uwaga! Omawiana funkcjonalność zapamiętuje w schematach wszystkie dane wprowadzone w Uzupełnianiu świadczeń. Jeśli użytkownik uzupełni pola znajdujące się na formatce np. Sesja/Cykl, Skierowanie, Rozliczenia, to te dane również zostaną zapisane w schemacie wizyty.

Aby utworzyć schemat należy wykonać poniższe czynności:

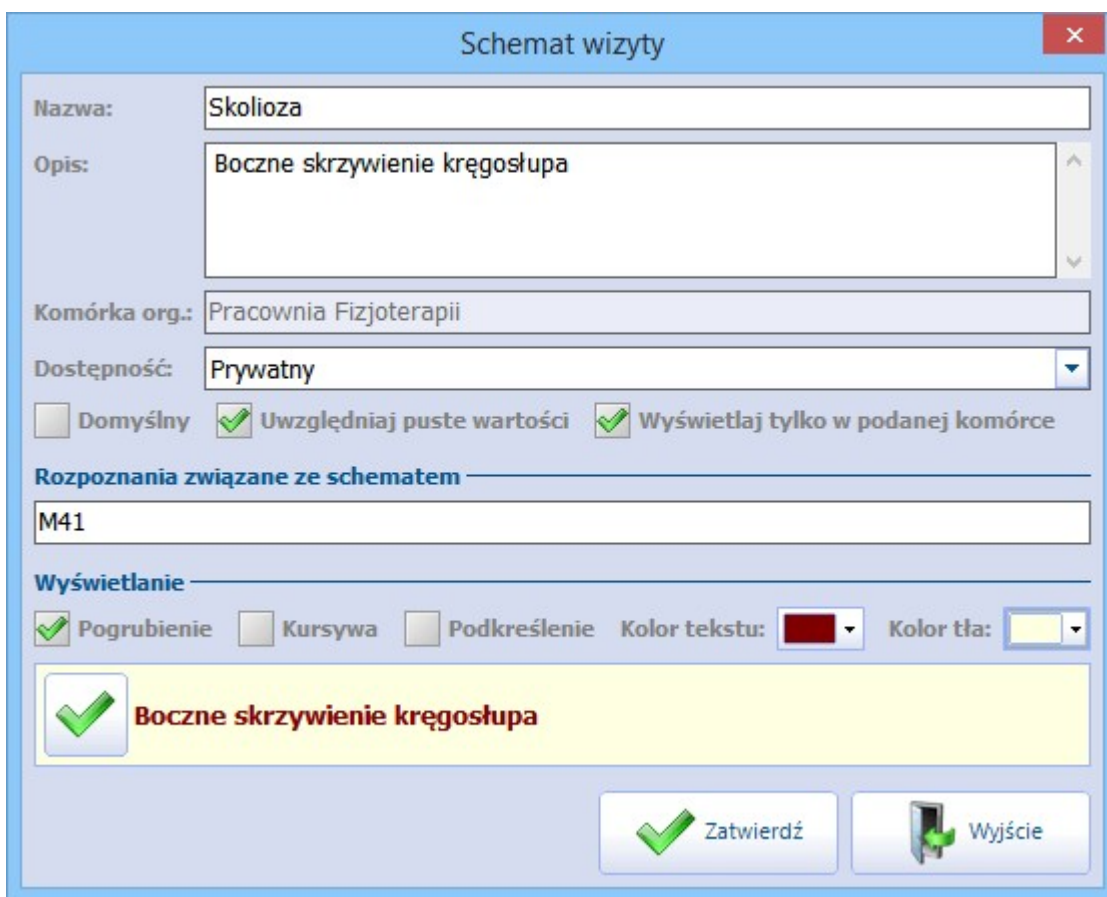
1. Otworzyć formatkę *Uzupełnianie świadczeń* i uzupełnić danymi wszystkie pola, które mają znaleźć się w schemacie.
2. W prawym górnym rogu formatki wybrać przycisk plusa (zdz. poniżej), które otworzy okno *Schemat wizyty*.



3. W oknie *Schemat wizyty* wprowadzić:
 - a) Nazwę schematu, która po wyborze będzie wyświetlana w prawym górnym rogu formatki (zdz. powyżej).
 - b) Dodatkowy opis schematu, który wyświetlany na liście dostępnych schematów wizyt, po jej rozwinięciu. W przypadku braku opisu, na liście schematów wyświetlana będzie tylko jego nazwa (zdz. poniżej).




4. Zdefiniować pozostałe ustawienia schematu, jak np. dostępność, domyślność, wyświetlanie schematu w komórce, w której został utworzony. Znaczenie poszczególnych opcji zostało opisane poniżej.



- **Dostępność** - określającą dostęp użytkowników do utworzonych schematów. Możliwe do wyboru są 3 wartości:
 - a) **Prywatny** - schemat będzie widoczny tylko dla użytkownika, który go utworzył. Przez niego będzie mógł być modyfikowany i usuwany.
 - b) **Publiczny** - schemat będzie widoczny dla wszystkich użytkowników programu, którzy mogą go dowolnie modyfikować i usuwać.
 - c) **Publiczny bez modyfikacji** - schemat będzie widoczny dla wszystkich użytkowników, ale prawo do jego modyfikacji i usunięcia będzie miał tylko ten użytkownik, który go utworzył.

- **Domyślny** – zaznaczenie pola zdefiniuje schemat wizyty jako domyślny. Po otwarciu wizyty (Uzupełnianie/Gabinet) dane ze schematu będą automatycznie podpowiadane w polach wizyty.
- **Uwzględniaj puste wartości** – zaznaczenie powoduje, że pola, które w schemacie zapisane zostały jako puste, po wybraniu schematu przepiszą się jako puste - nawet jeśli na wizycie wprowadzono w nie już jakieś dane.
Brak zaznaczenia w polu powoduje, że przepisane zostaną tylko te pola, w których zapamiętano jakieś wartości. Pozostałe pola pozostaną niezmienione.
- **Wyświetlaj tylko w podanej komórce** - po zaznaczeniu pola, wybrany schemat będzie widoczny na liście schematów tylko w tej komórce organizacyjnej, w której został zapisany. Informacja o komórce, w której utworzono schemat wyświetlana jest w polu "Komórka org."
- **Rozpoznania związane ze schematem** – w polu można wprowadzić kod rozpoznania wg słownika ICD-10 (lub kilka kodów oddzielonych przecinkami) w celu powiązania rozpoznania ze schematem wizyty.
Jeśli w pierwszej kolejności na wizycie wprowadzony zostanie kod ICD-10 w polu, to po wyborze przycisku **Schematy wizyty**, jako pierwszy na liście pojawi się schemat powiązany z tym rozpoznaniem (zdj. poniżej).
- **Wyświetlanie** – w celu wyróżnienia schematu na liście, można skorzystać z narzędzi tekstowych takich jak: pogrubienie, kursywa, podkreślenie, kolor tekstu, kolor tła.

 **Schematy wizyt** – wybranie przycisku rozwija listę istniejących schematów wizyt. Aby wybrać dany schemat należy kliknąć lewym przyciskiem myszy na ikonie [✓], znajdującej się obok nazwy schematu. Jeśli na wizycie zostało wprowadzone rozpoznanie lub zakres rozpoznań, związane wcześniej ze schematem, jako pierwsze na liście pojawią się schematy zawierające to rozpoznanie (zdj. powyżej).



– wybranie przycisku **Edytuj schemat** otwiera okno *Schemat wizyty*, w którym można dokonać modyfikacji wybranego schematu. Przycisk aktywuje się po uprzednim wybraniu schematu.



– przycisk **Usuń schemat** aktywuje się po uprzednim wybraniu schematu wizyty i powoduje jego usunięcie z listy.

Uwaga! Aby użytkownik miał uprawnienia do modyfikacji i usuwania schematów publicznych utworzonych przez innych użytkowników oraz mógł tworzyć schematy publiczne, musi posiadać uprawnienie **"Zarządzanie globalnymi schematami danych"** nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne > Administracja systemem.](#)

10.4 Sprawozdawczość rozliczeniowa

Program mMedica umożliwia rozliczanie się z Narodowym Funduszem w tzw. otwartym formacie wymiany danych.

W roku 2011 został uruchomiony nowy system rozliczania Świadczeniodawców z Płatnikiem, w wyniku czego zlikwidowano II fazę i część czynności rozliczeniowych przeniesiono do wykonania w systemach Płatnika. Z czynności rozliczeniowych, które należy dokonać w programie pozostały: eksport i import I fazy, generowanie rachunków na podstawie szablonów i wydruk dokumentów wymaganych przez NFZ.

Zgodnie z nowym modelem, pozycja rozliczeniowa może być naliczona do rozliczenia tylko w sytuacji, gdy zostanie prawidłowo zwalidowana i zweryfikowana. Procesy walidacji i weryfikacji działają w odseparowaniu od siebie, w związku z tym cały proces odbywa się dwuetapowo: najpierw pozycja powinna otrzymać pozytywny status walidacji, a następnie pozytywny status weryfikacji.

Pozytywny status walidacji nadawany jest przez system NFZ w momencie importu pozycji rozliczeniowej przekazanej w komunikacie SWIAD i jest równoważny z wczytaniem danej pozycji do systemu NFZ. Aplikacja informację o statusie walidacji otrzymuje w komunikacie zwrotnym P_SWI. Na obszarach OW NFZ, gdzie komunikacja odbywa się za pomocą poczty elektronicznej, dane są automatycznie importowane w standardowym procesie komunikacji. Status weryfikacji możliwy jest do zaimportowania **tylko i wyłącznie** poprzez jawne pobranie pliku z weryfikacją z Portalu Świadczeniodawcy lub SZOI. W Portalu Świadczeniodawcy funkcjonalność ta dostępna jest z poziomu: Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem. Wczytywanie do systemu plików P_SWI z wynikami weryfikacji nie jest obowiązkowe, należy sobie jednak zdawać sprawę z tego, że w takiej sytuacji informacje o rzeczywistym statusie weryfikacji nie będą w systemie dostępne (patrz uwagi dla statusów: oczekujący na weryfikację, błąd weryfikacji NFZ, do naliczenia).

Poniżej wyjaśniono znaczenie poszczególnych statusów pozycji rozliczeniowej. Statusy pozycji są rozłączne, tzn. w danym momencie pozycja może znaleźć się tylko w jednym z poniżej opisanych statusów. Część statusów pogrupowano, umożliwiając filtrowanie danych po całych grupach, w skład których wchodzi. Wydzielone grupy to pozycje: do eksportu, zakwestionowane, oczekujące i rozliczone, które również zostały ujęte w poniższym opisie.

Świadczenia wysłane do NFZ mogą przyjmować następujące statusy rozliczenia:

Status	Opis	Uwagi
Zablokowana	Pozycja z zablokowanym eksportem do NFZ. Pozycja nie będzie eksportowana do NFZ dopóki użytkownik nie zmieni statusu eksportu pozycji.	Należy weryfikować czy blokada eksportu jest uzasadniona.
Do eksportu	Grupa statusów dla pozycji, które oczekują na eksport do NFZ.	Pozycje z tej grupy oczekują na wykonanie eksportu.
Wprowadzona	Pozycja wprowadzona do systemu w okresie późniejszym niż 3 dni. Dane nie były jeszcze ani razu eksportowane do NFZ.	Duża liczba pozycji o statusie wprowadzona może wskazywać, że: - w ciągu kilku dni nie wykonywano eksportów, - wykonywane eksporty ograniczone były tylko do pewnego zakresu danych, uniemożliwiając jednocześnie eksport wskazanych pozycji; W takiej sytuacji należy zweryfikować przyczynę, w wyniku której pozycje nie eksportują się na bieżąco.
Zmodyfikowana	Pozycja zmodyfikowana.	Pozycja zmodyfikowana różni się tym od wprowadzonej, że pozycja

		zmodyfikowana, to pozycja, która przynajmniej jeden raz została wyeksportowana do NFZ. Duża liczba pozycji o statusie zmodyfikowana, może wskazywać, że: - w ciągu kilku dni nie wykonywano eksportów, - wykonywane eksporty ograniczone były tylko do pewnego zakresu danych, uniemożliwiając jednocześnie eksport wskazanych pozycji;
Zakwestionowane	Grupa pozycji posiadająca błędy na różnych poziomach walidacji i weryfikacji danych	Pozycje z tej grupy wymagają ingerencji ze strony użytkownika. Należy wyeliminować problemy zgłoszone do poszczególnych pozycji.
Błąd walidacji NFZ	Pozycja została wyeksportowana do NFZ, ale NFZ nie wczytał tej wersji danych do swojego systemu, ze względu na wykryte błędy (nieprawidłowości).	W przypadku pierwszego eksportu danych (po ich wprowadzeniu do systemu), dane nie znajdują się w systemie NFZ. W przypadku przesłania kolejnej wersji danych (po modyfikacji w systemie) – dane w systemie NFZ nie zostały zsynchronizowane (w systemie NFZ istnieje wcześniejsza wersja danych w stosunku do danych w systemie Świadczeniodawcy).
Błąd weryfikacji NFZ	Pozycja została zakwestionowana w NFZ, na podstawie przeprowadzonej weryfikacji.	Ze względu na negatywną weryfikację NFZ, pozycja nie będzie mogła być naliczona. W systemie NFZ istnieje aktualna wersja danych w stosunku do wersji w systemie Świadczeniodawcy, gdyż dane zostały wcześniej zaimportowane i nie zgłoszono błędów walidacji. Użytkownik powinien poprawić zgłoszone błędy, aby umożliwić eksport danych do NFZ. Uwaga! System nie będzie pokazywał pozycji z tym statusem, jeżeli nie będą wczytywane komunikaty P_SWI z wynikami weryfikacji
Skorygowane przez NFZ	Pozycja została zakwestionowana w NFZ po wcześniejszym jej rozliczeniu.	NFZ naliczył dana pozycję (wygenerował szablon), ale w wyniku późniejszej weryfikacji wstecznej, zakwestionował świadczenie. W wyniku zakwestionowania, system automatycznie wygenerował szablon korygujący do pozycji z przyczyną korekty, 02 – pozycja negatywnie zweryfikowana. Użytkownik powinien skorygować pozycję rozliczeniową w swoim systemie.
Oczekujące	Grupa statusów związanych z oczekiwaniem na „dalszy rozwój sytuacji”.	Użytkownik nie musi (a nawet nie powinien) modyfikować danych, ze względu na to, że pozycja jest w trakcie

		walidacji, weryfikacji lub czeka na naliczenie.
Oczekująca na walidację	Pozycja została wysłana do NFZ, ale nie odebrano jeszcze komunikatu potwierdzenia P_SWI, dotyczącego tej pozycji.	Po wczytaniu pliku potwierdzeń P_SWI pozycja otrzyma status walidacji zgodny z odpowiedzią NFZ: - błąd walidacji NFZ, jeżeli pozycja zostanie negatywnie zwalidowana przez NFZ, - oczekująca na weryfikację, jeżeli pozycja zostanie poprawnie zwalidowana przez NFZ, - naliczona, jeżeli od razu wczytany zostanie szablon z pominięciem fazy potwierdzenia.
Oczekująca na weryfikację	Pozycja została wysłana, prawidłowo zwalidowana i wczytana do NFZ, ale nie została jeszcze zweryfikowana lub nie do systemu wyniku weryfikacji pozycji.	Komunikaty związane z wynikami weryfikacji nie są przekazywane przez NFZ pocztą elektroniczną. W związku z tym, aby w systemie istniała informacja o wyniku weryfikacji pozycji, użytkownik powinien samodzielnie pobrać taki wynik i wczytać go do swojego systemu (komunikat P_SWI pobrany z Portalu Świadczeniodawcy lub SZOI). Uwaga! Wczytywanie wyników weryfikacji do systemu nie jest obowiązkowe. Jeżeli użytkownik nie wczytuje wyników weryfikacji do systemu to: - dla pozycji pozytywnie zweryfikowanej - po otrzymaniu szablonu do pozycji, pozycja automatycznie zmieni status na naliczona. - dla pozycji negatywnie zweryfikowanej, informacja o błędzie dostępna będzie jedynie na Portalu Świadczeniodawcy lub SZOI.
Do naliczenia	Pozycja została prawidłowo zwalidowana i zweryfikowana. Oczekuje na naliczenie.	Pozycja pozytywnie przeszła proces walidacji i weryfikacji. Nie ma przeciwwskazań, aby po uruchomieniu przez Świadczeniodawcę procesu naliczania, system NFZ wygenerował szablon dla takiej pozycji. Uwaga: system nie będzie pokazywał pozycji z tym statusem, jeżeli nie będą wczytywane komunikaty P_SWI z wynikami weryfikacji.
Rozliczone	Grupa statusów związanych z pozycjami znajdującymi się na szablonach.	
Naliczona	Pozycja znajduje się na szablonie, ale nie wygenerowano jeszcze rachunku do szablonu.	W celu doprowadzenia do ostatecznego rozliczenia pozycji, użytkownik powinien wygenerować rachunek na podstawie szablonu.
Zafakturowana	Pozycja znajduje się na szablonie, do którego wygenerowano rachunek.	Docelowy, oczekiwany status dla wszystkich pozycji.

	Rachunek ten jest w statusie: Zatwierdzony.	Uwaga! Status nie informuje, czy dla Rachunku wygenerowano i wyeksportowano komunikat REF oraz czy rachunek został przekazany do NFZ.
--	---	--

Kolejne czynności jakie należy wykonać aby rozliczyć świadczenia:

1. Wprowadzić dane o rozliczeniu na formatce "Uzupełnianie" - [Wprowadzanie danych o rozliczeniach](#)
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#)
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierżeń I fazy](#)
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status "Oczekujące na weryfikację") w [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#) i poprawić ewentualne błędy.
5. W systemie Płatnika sprawdzić weryfikacje wysłanych pozycji, wykonać naliczanie świadczeń i pobrać szablon rachunku R_UMX.
6. Zaimportować szablon do programu [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).
7. Wygenerować i eksportować rachunek [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#), a następnie zaimportować w systemie Płatnika.

10.4.1 Eksport danych ewidencyjnych do NFZ (I faza)

Ścieżka: [Komunikacja > Eksport danych > Dane ewidencyjne \(I faza\)](#)

Wyboru aktualnie obowiązującej wersji komunikatu eksportu dokonuje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja > Eksport](#).

Aby dokonać poprawnego eksportu danych należy:

- zawsze posiadać zdefiniowaną aktualną wersję komunikatu SWIAD
- wskazać ścieżkę zapisu na dysku komputera pliku eksportu oraz pliku kopii zapasowej, która wykonuje się podczas eksportu danych
- zaznaczyć odpowiednie parametry, np. szyfrowanie pliku, zgodnie z wytycznymi OW NFZ

Uwaga! Szyfrowanie oraz przekazywanie plików przy wykorzystaniu poczty elektronicznej (parametry "Szyfruj plik" i "Wyślij plik pocztą elektroniczną") wymagane jest w nast. OW NFZ: dolnośląski, śląski, opolski, pomorski, łódzki, małopolski, podkarpacki, lubuski.

Aby w/w ustawienia podpowiadały się domyślnie, należy dokonać odpowiedniej konfiguracji w Konfiguratorze programu mMedica.

W celu wysłania do OW NFZ informacji o zrealizowanych świadczeniach należy:

1. Dokonać odpowiednich ustawień eksportu zgodnie z zaleceniami opisanymi powyżej.
2. W polu "Miesiąc" wskazać zakres miesięcy, za który będzie wykonywany eksport (system domyślnie podpowiada miesiąc bieżący).
3. W polu "Nr umowy" wybrać z dostępnej listy numer umowy, dla której będzie wykonywany eksport.
4. Istnieje możliwość wskazania komórek realizujących, z których świadczenia mają być wyeksportowane. Na liście rozwijalnej w polu "Kody komórek" wyświetlą się kody centralne ze wskazanej umowy. Będzie można zaznaczyć te, do których wysyłka ma być zawężona. W przeciwnym wypadku, wyeksportują się świadczenia ze wszystkich miejsc realizacji powiązanych z daną umową.
5. W polu "Obszar sprawozdawczości" wybrać wartość **Świadczenia**.
6. Wybrać przycisk **Eksportuj** w celu rozpoczęcia wysyłki świadczeń.

Uwaga! Przed rozpoczęciem eksportu w pierwszej kolejności pobierany jest import potwierżeń z NFZ.

7. Po zakończeniu eksportu można zapisać raport z tego działania za pomocą przycisku **Zapisz raport**. W dokumencie zostaną zapisane wszystkie informacje, które pojawiają się w oknie podczas wykonywania eksportu tj. wersja programu, liczba eksportowanych zestawów świadczeń, ewentualne błędy.

Eksport danych ewidencyjnych (I-wszej fazy) - 2020

Eksportuj Anuluj eksport Zapisz raport Szyfruj plik Kompresuj plik Wersja eksportu [SWIAD]: 9:9.1
ostatni eksport wykonano w dniu:

Ścieżka pliku eksportu:

Wyślij plik pocztą elektroniczną Walidacja XML i XSD eksportowanych pozycji

Miesiąc: do: Nr umowy: Kody komórek: Obszar sprawozdawczości:

Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia
 Eksportuj tylko autoryzowane hospitalizacje i zamknięte wizyty
 Zablokuj eksport zestawów świadczeń bez numeru kuponu
 Zablokuj eksport zestawów świadczeń bez pełnego pokrycia okresu

[Informacja] 21-10-2020 10:37:13 Eksport rozpoczęty, wersja 6.8.0.19825.
[Informacja] Liczba zestawów świadczeń do wyeksportowania: 1
[Informacja] Liczba zestawów świadczeń wyeksportowanych poprawnie: 1
[Informacja] Liczba zestawów świadczeń, które nie zostały wyeksportowane: 0

Opis parametrów znajdujących się w oknie *Eksport danych ewidencyjnych (I-wszej fazy)*:

- **Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia** – po zaznaczeniu [] wysłane zostaną świadczenia, które nie zostały potwierdzone po stronie OW NFZ. Będą to pozycje rozliczeniowe w statusie: oczekujące na walidację oraz błąd walidacji.
- **Eksportuj tylko autoryzowane hospitalizacje i zamknięte wizyty** – po zaznaczeniu [] wysłane zostaną tylko wizyty z uzupełnioną datą "do" oraz zautoryzowanych wizyty gabinetowe.
- **Zablokuj eksport zestawów świadczeń bez numeru kuponu** – zaznaczenie [] zablokuje eksport świadczeń nieposiadających numeru kuponu (wyłącznie dla woj. śląskiego).
- **Zablokuj eksport zestawów świadczeń bez pełnego pokrycia okresu** – zaznaczenie [] zablokuje eksport świadczeń nieposiadających ubezpieczenia.

Aby wykonać eksport jednej, wybranej wizyty, należy zaznaczyć ją na liście w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), następnie wybrać przycisk **Wynik weryfikacji**. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Weryfikacja wizyt](#).

10.4.2 Import danych

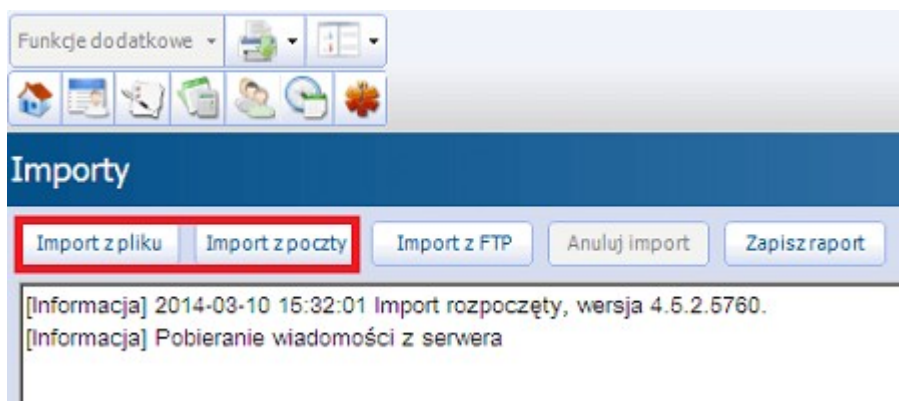
Ścieżka: [Komunikacja > Import danych](#)

Po wyeksportowaniu danych do systemu NFZ, należy pobrać import danych w celu zweryfikowania poprawności przekazanych informacji.

Import potwierdzeń z NFZ pobierany jest każdorazowo podczas wykonywania eksportu danych. Poza tym po przejściu do wymienionej lokalizacji można dokonać "ręcznego importu" danych poprzez wybranie jednego z przycisków:

- **Import z pliku** - służy do zacytywania plików znajdujących się na dysku komputera.
- **Import z poczty** - służy do zacytywania plików bezpośrednio ze skrzynki technicznej świadczeniodawcy.
- **Import z FTP** - służy do zacytywania plików za pomocą protokołu komunikacyjnego udostępnionego przez NFZ.

Rekomendowany sposób to import bezpośrednio z poczty.



Istnieje możliwość ręcznego importu błędów pobranych z Portalu Świadczeniodawcy z sekcji "Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń". Importowane pliki muszą posiadać format .XLS.

10.4.3 Dzienniki importów i eksportów

Ścieżka: [Komunikacja > Dziennik importów](#)
[Komunikacja > Dziennik eksportów](#)

Dzienniki zawierają listę wszystkich wykonanych operacji eksportów i importów danych.

Za pomocą panelu nawigacji znajdującego się po lewej stronie ekranu, można dokonać sortowania pozycji z określeniem ich kolejności, daty, typu komunikatu, statusu, numeru umowy wykonywanego eksportu, miesiąca i roku eksportu.

Możliwe statusy wykonanych importów:

- **Błędny** - z powodu błędu importu plik nie został zaczytany do aplikacji.
- **Odebrany** - poprawne zaczytanie pliku do aplikacji.
- **Realizowany** - wykonano eksport, ale nie odebrano jeszcze odpowiedzi zwrotnej z OW NFZ.

W przypadku dzienniku eksportów znaczenie statusów jest analogiczne.

Wybranie przycisku "Folder importów" otworzy folder z plikami importów.

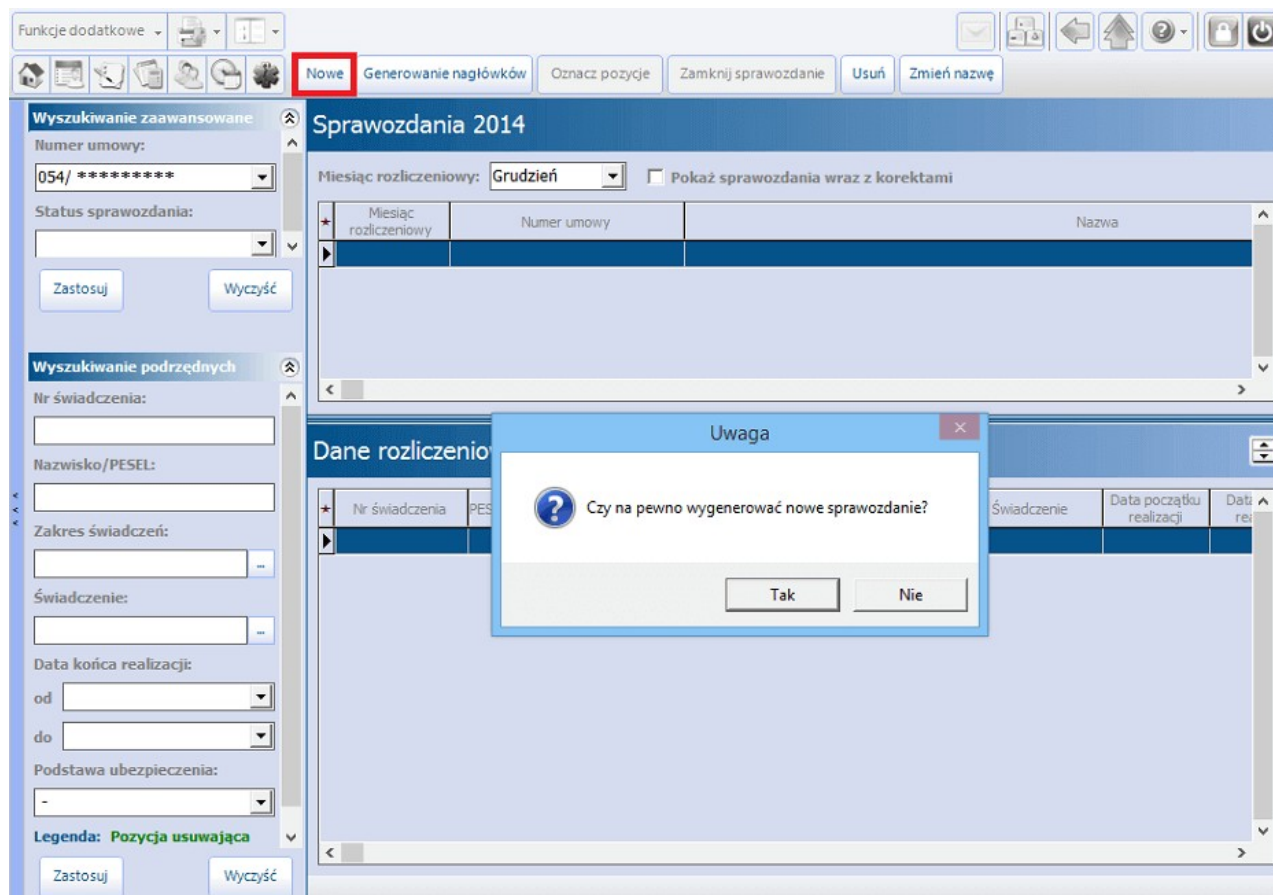
Id importu	Miesiąc	Data eksportu	Id eksportu	Data importu	Typ komunikatu	Wersja komunikatu	Status importu	Numer generacji
5170				2015-01-22 14:33:02	Słownik Pharmir 3.0	3.0	Odebrany	56 2f
5169				2015-01-22 14:33:02	Słownik Pharmir 3.0	3.0	Realizowany	56 2f
5168				2015-01-20 08:33:34	Słownik Pharmir 3.0	3.0	Odebrany	55 2f
5167				2015-01-20 08:33:34	Słownik Pharmir 3.0	3.0	Realizowany	55 2f
5166				2015-01-15 16:05:21	Plik parametryzu 1.07	1.07	Odebrany	108 2f
5165				2015-01-15 11:04:12	Słownik procedu 1.0	1.0	Odebrany	24 2f
5164			0	2015-01-14 13:54:53	Kom. zwrotny sz 2.5	2.5	Odebrany	295800 2f
5163			0	2015-01-14 13:54:49	Kom. zwrotny sz 2.5	2.5	Odebrany	295801 2f
5162			0	2015-01-13 23:52:46	Potwierdzenie o r 1	1	Odebrany	3304 2f
5161		2015-01-13 20	3304	2015-01-13 23:52:45	Kom. potw. dany 7;6.0	7;6.0	Odebrany	5872955 2f
5160			0	2015-01-13 23:52:45	Potwierdzenie o r 1	1	Odebrany	3302 2f
5159		2015-01-13	3302	2015-01-13 23:52:45	Kom. potw. da 7;6.0	7;6.0	Odebrany	5872952 2f
5158		2015-01-13 10	3300	2015-01-13 20:35:26	Kom. potw. dany 7;6.0	7;6.0	Odebrany	5872482 2f
5157	Styczeń	2015-01-12 22	3298	2015-01-13 20:35:23	Kom. potw. dany 5;1.5	5;1.5	Odebrany	430806 2f
5156	Styczeń	2015-01-12 22	3299	2015-01-13 20:35:19	Kom. potw. dany 5;1.5	5;1.5	Odebrany	430809 2f
5155		2015-01-12 14	3294	2015-01-13 20:35:19	Kom. potw. dany 7;5.0	7;5.0	Odebrany	5872013 2f
5154	Styczeń	2015-01-12 21	3297	2015-01-13 20:35:17	Kom. potw. dany 5;1.5	5;1.5	Odebrany	430802 2f
5153	Styczeń	2015-01-12 21	3296	2015-01-13 20:35:12	Kom. potw. dany 5;1.5	5;1.5	Odebrany	430799 2f
5152		2015-01-12 10	3293	2015-01-13 20:34:34	Kom. potw. dany 7;5.0	7;5.0	Odebrany	5871964 2f

10.4.4 Tworzenie sprawozdań rozliczeniowych dla NFZ

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd sprawozdań](#)

Celem wymiany danych pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem w otwartym formacie jest przygotowanie sprawozdania finansowego. Warunkiem wygenerowania nowego sprawozdania jest określenie miesiąca i umowy, której ma ono dotyczyć.

W tym celu w oknie **Sprawozdania...** należy określić miesiąc rozliczeniowy, a w panelu nawigacji "Wyszukiwanie zaawansowane" w polu **Numer umowy** wybrać właściwą umowę. Po wybraniu przycisku "**Nowe**" i zaakceptowaniu komunikatu, utworzone zostanie nowe sprawozdanie.



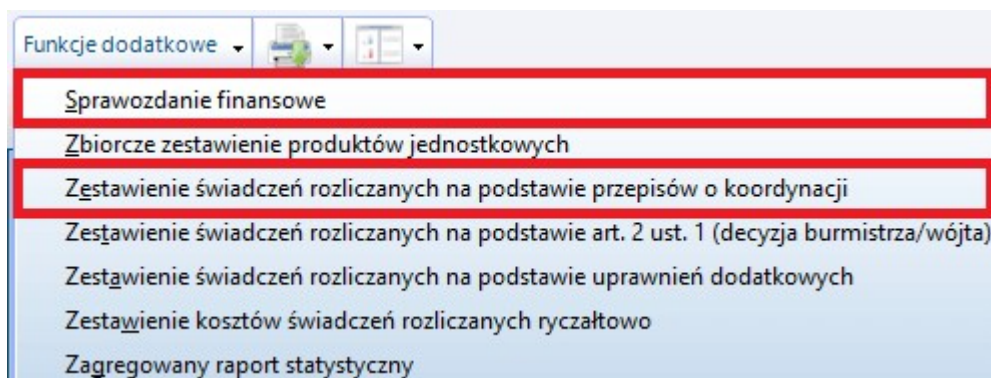
Aby utworzyć nagłówki sprawozdań dla wszystkich umów w ramach danego miesiąca, należy skorzystać z przycisku "**Generowanie nagłówków**".

Nagłówki sprawozdań znajdują się w górnej części okna. W dolnej części okna zatytułowanej **Dane rozliczeniowe: Sprawozdanie z realizacji umowy numer [...]** znajdują się świadczenia, które uzyskały potwierdzenie w I fazie i zostały uwzględnione w zaimportowanym do programu szablonie rachunku.

Uwaga!

W związku z wprowadzeniem nowego modelu rozliczeń obowiązującego od stycznia 2011 roku nagłówek sprawozdania finansowego jest generowany jedynie w celu ewentualnej konieczności wykonania wydruku. Nie ma możliwości, ani też konieczności jego zamknięcia.

W celu wydrukowania sprawozdania finansowego należy wybrać przycisk "Funkcje dodatkowe" znajdujący się w lewym górnym rogu ekranu a następnie opcję **Sprawozdanie finansowe**.



Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji

W przypadku konieczności wydruku zestawienia za świadczenia udzielone pacjentom posiadającym ubezpieczenie unijne (inaczej: **Sprawozdanie p710a**), należy utworzyć sprawozdanie za odpowiedni miesiąc, a następnie wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe > Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji** (zdj. powyżej).

W nowo otwartym oknie w polu **Szablon** należy wybrać numer szablonu, na podstawie którego wydrukowane zostanie zestawienie. Aplikacja domyślnie podpowiada tylko te szablony, które zawierają rozliczenie pacjentów unijnych. W dalszym kroku za pomocą przycisku wyboru [...] należy wskazać pacjenta. Jeśli w danym miesiącu przyjęto kilku pacjentów rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji, można ten krok pominąć, dzięki czemu na zestawieniu ujęci zostaną wszyscy pacjenci.

W celu wydrukowania zestawienia należy wybrać przycisk "Podgląd wydruku" znajdujący się w górnej części okna.

Uwaga!

W sytuacji gdy podstawą ubezpieczenia rozliczanych pacjentów jest poświadczenie druku E109/E121 należy zaznaczyć parametr "Uwzględnij pozycje rozliczane na podstawie poświadczenia druku E109/E121". W przypadku braku zaznaczenia pacjenci ci mogą zostać nie wykazani na w/w zestawieniu.

10.4.5 Szablony rachunków

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#)

Po otrzymaniu pozytywnych potwierdzeń dla świadczeń rozliczanych I fazą, do programu importowane są szablony rachunków, na podstawie których wystawia się faktury. W zależności od Oddziału NFZ szablony zapisują się w aplikacji automatycznie po zaczytaniu importu z poczty lub należy pobrać je ze strony Portalu Świadczeniodawcy ręcznie i [zaczytać do programu](#).

Na liście prezentowane są szablony, które zostały wygenerowane w określonym roku rozliczeniowym. Szczegółowe informacje dotyczące szablonu tj. jego typu, powiązania go z rachunkiem znajdują się w nast. kolumnach:

- **Typ dokumentu** - istnieją nast. typy dokumentów:
 - 1 - szablon podstawowy
 - 2 - szablon korygujący
 - 3 - szablon podstawowy do ugody
 - 4 - szablon korygujący do ugody
- **Typ rachunku** - wskazuje z jakiej podstawy ubezpieczenia rozliczane są pozycje znajdujące się na szablonie. Numer wyświetlany w kolumnie oznacza rodzaj dokumentu. Zgodnie z ogólnymi warunkami umów są to:
 - 11 - dokument za świadczenia udzielone ubezpieczonym,
 - 12 - dokument za świadczenia udzielone pacjentowi na podstawie dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,
 - 13 - dokument za świadczenia udzielone świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony na podstawie wydanej zgody wójta/burmistrza gminy,
 - 14 - dokument za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 punkt 3 ustawy,
 - 15 - dokument za świadczenia udzielone osobom, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 punkt 2 ustawy,
 - 16 - dokument za świadczenia udzielone osobom, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 punkt 3 ustawy,
 - 17 - dokument za świadczenia udzielone osobom, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 punkt 4 ustawy,
 - 18 - dokument za świadczenia udzielone osobom, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 punkt 6 ustawy,
 - 19 - dokument za świadczenia udzielone osobom, nie będącym ubezpieczonymi, posiadającymi uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy, o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy.
- **Numer rachunku** - wygenerowanego z danego szablonu. Brak numeru oznacza, że dla danego szablonu nie utworzono jeszcze rachunku.
- **Status rachunku** - brak wartości w polu oznacza, że dla danego szablonu nie utworzono jeszcze rachunku. Wyróżniamy dwa rodzaje statusów:
 - **Wprowadzony** - rachunek został utworzony, ale nie został zatwierdzony.
 - **Zatwierdzony** - rachunek został utworzony i zatwierdzony przyciskiem **Zatwierdź** w [Przeglądzie rachunków](#).

Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki można dokonać nast. czynności:

- dodać nowy rachunek na podstawie wybranego szablonu - w tym celu należy podświetlić na liście szablon, dla którego nie utworzono jeszcze rachunku (kolumna "Numer rachunku" jest pusta), następnie wybrać przycisk **Nowy rachunek**. Opis czynności koniecznych do [wystawienia rachunku](#) znajduje się w kolejnym rozdziale.
- podejrzeć dane szablonu - poprzez wybranie przycisku **Dane**.

W wersji 10.5.0 aplikacji mMedica w oknie danych szablonu udostępniono przyciski **Dane pacjenta** oraz **Dane rozliczenia**. Umożliwiają one bezpośrednie przejście, dla zaznaczonej pozycji szablonu (pochodzącej z tej samej instalacji), do okna danych pacjenta lub okna danych rozliczenia wizyty/hospitalizacji, z którymi ta pozycja jest powiązana.

W przypadku trudności z odnalezieniem konkretnego szablonu zaleca się skorzystanie z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Za pomocą filtra "Typ dokumentu" można wyszukać tylko te dokumenty, które są fakturą bądź korektą. Zaznaczenie pola "Szablony bez rachunków" spowoduje wyświetlenie szablonów, na podstawie których nie utworzono jeszcze rachunków/faktur.

10.4.5.1 Usunięcie szablonu

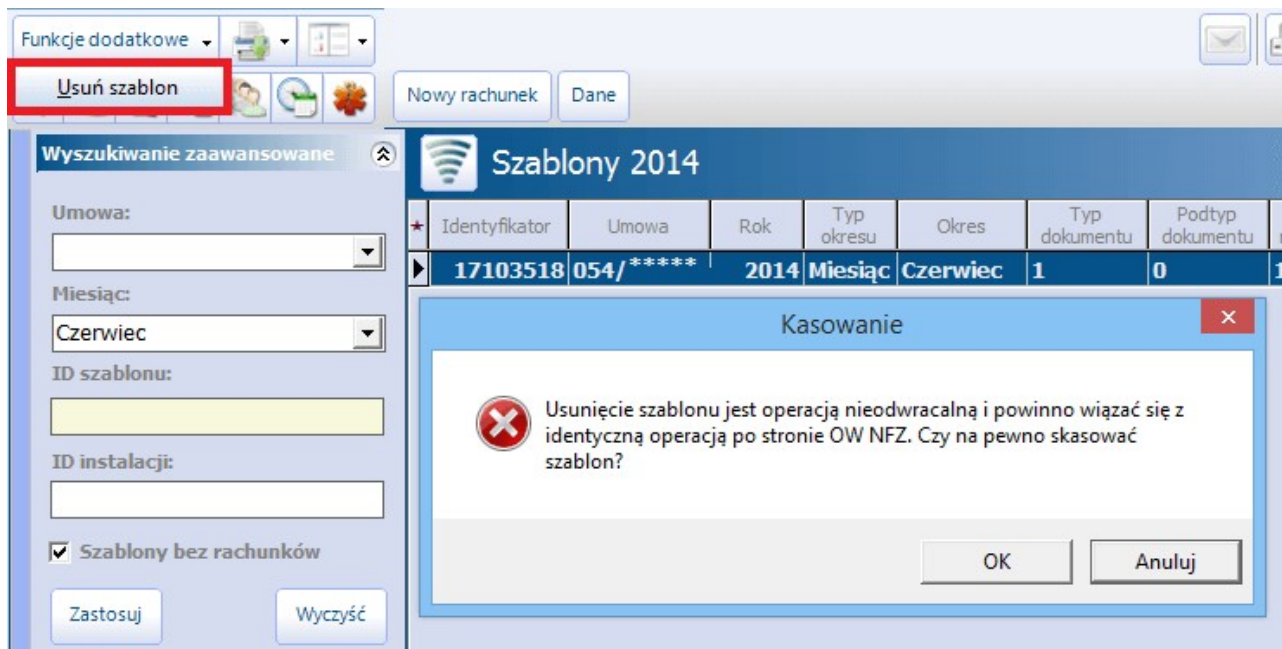
W programie została udostępniona funkcjonalność pozwalająca na usunięcie szablonów rozliczeniowych. Operacja ta powoduje usunięcie wskazanego szablonu po stronie aplikacji i przywrócenie świadczeń rozliczonych w tym szablonie do stanu po potwierdzeniu I fazą.

Nie ma możliwości usunięcia szablonu, do którego zostały wykonane korekty.

W celu usunięcia szablonu należy:

1. Przejść do ścieżki: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#).
2. Zaznaczyć na liście szablon, który ma zostać usunięty z programu. W celu sprawnego odszukania szablonu na liście należy skorzystać z filtrów w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
3. Wybrać menu "Funkcje dodatkowe", a następnie opcję **Usuń szablon**.
4. Zatwierdzić komunikat o usunięciu szablonu.

Uwaga! Należy bezwzględnie pamiętać, że dane po stronie aplikacji i systemu OW NFZ muszą być spójne, dlatego usunięcie szablonu po stronie aplikacji mMedica powinno wiązać się z identyczną operacją systemu NFZ. Jeśli nie jest wymagane usunięcie szablonu z systemu, nie zalecamy korzystania z tej funkcjonalności w ramach programu. Konsekwencje używania funkcjonalności anulowania szablonów rozliczeniowych w sposób niezgodny z opisanymi zasadami ponosi użytkownik.



10.4.6 Wystawianie rachunków

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rachunków](#)

Na formatce *Przegląd rachunków* prezentowana jest lista wszystkich wystawionych rachunków w danym roku rozliczeniowym. Szczegółowe informacje dotyczące rachunku tj. wysokość opłaty NFZ, data wystawienia, status rachunku oraz numer szablonu, na podstawie którego został utworzony rachunek, znajdują się w poszczególnych kolumnach.

Z tego poziomu można dokonać zatwierdzenia rachunku, jego edycji, wycofania oraz skasowania.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Zatwierdź** – zatwierdza wybrany rachunek, zmieniając jego status z "Wprowadzony" na "Zatwierdzony". Status "Zatwierdzony" jest potwierdzeniem, że wszystkie dane zostały poprawnie wprowadzone i rachunek gotowy jest do przekazania do OW NFZ. Zatwierdzanie rachunków nie jest wymogiem - może być wykorzystywane do poprawienia organizacji pracy i zabezpieczenia rachunków przed edycją, przypadkowym usunięciem.
- **Korekta** – służy do tworzenia korekt rachunków. Przycisk uaktywni się w przypadku, gdy rachunek podstawowy nie został wystawiony na podstawie szablonu i jest w statusie "Zatwierdzony".
- **Usuń** – usuwa wybrany rachunek w statusie "Wprowadzony".
- **Nowy** – tworzy nowy rachunek, który nie będzie zawierał danych szablonu R_UMX.
- **Edytuj** – otwiera dane rachunku, umożliwiając jego edycję np. datę wystawienia, datę sprzedaży, numer rachunku, opis dodatkowy. Edytować można jedynie rachunek w statusie "Wprowadzony".
- **Dane** – umożliwia podgląd danych rachunku.

10.4.6.1 Utworzenie rachunku na podstawie szablonu

Wystawienie rachunku, którego podstawą jest szablon przekazany przez OW NFZ, przebiega w programie mMedica dwuetapowo. W pierwszej kolejności do programu [zacztytuje się szablony](#) rachunku, a następnie na jego podstawie generuje rachunek.

Aby utworzyć rachunek na podstawie szablonu należy:

1. Zaczytać szablony rachunku do programu w jeden z nast. sposobów, w zależności od sposobu dystrybucji ich przez oddział NFZ:
 - a) Poprzez import z poczty
 - b) Poprzez import z pliku, po uprzednim pobraniu go z portalu SZOI
2. Przejść do ścieżki: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#).
3. Podświetlić na liście szablon, który został zaimportowany w punkcie 1 i wybrać przycisk **Nowy rachunek** w górnym panelu formatki.
4. W nowo otwartym oknie *Nowy rachunek* uzupełnić wymagane pola, które zostały oznaczone (*).
5. Po zapisaniu danych można dokonać [eksportu](#) rachunku.

Funkcje dodatkowe

Drukuj fakturę Eksportuj REF Eksportuj eFakturę

Nowy rachunek

Jedn. rozliczeniowa: Termin zapłaty: Duplikat Wystawiono:

Podstawa zwol. z VAT: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWiU 86

Opis dodatkowy:

Numer rachunku: 01/2018 Status: Wprowadzony Data wystawienia: 2018-01-31

Rok: 2018 Umowa: Miesiąc: Styczeń Data sprzedaży: 2018-01-31

*	Kod produktu	Nazwa produktu	Wyr.	Limit	Cena jedn.	Wykonań	Ilość	Opłata NFZ	Dopłata pacjenta	Jednostka rozliczeniowa	Rea umow
▶	02.1020.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETO	1	0,00 jedn	0,97 zł	3870,0000	3870,0000	3753,90 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1020.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETO	1	0,00 jedn	0,97 zł	308,0000	308,0000	298,76 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1030.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRY	1	0,00 jedn	1,00 zł	6753,0000	6753,0000	6753,00 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1030.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRY	1	0,00 jedn	1,00 zł	957,0000	957,0000	957,00 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1070.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATO	1	0,00 jedn	1,06 zł	1592,0000	1592,0000	1687,52 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1070.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATO	1	0,00 jedn	1,06 zł	280,0000	280,0000	296,80 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1200.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMAT	1	0,00 jedn	0,78 zł	4652,0000	4652,0000	3628,56 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1200.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMAT	1	0,00 jedn	0,78 zł	4117,8000	4117,8000	3211,88 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROL	1	0,00 jedn	0,89 zł	9776,0000	9776,0000	8700,64 zł	0,00 zł	PUNKT	S

Opłata NFZ: 74 654,06 zł Dopłata pacjenta: 0,00 zł

Zatwierdź Anuluj

Opis poszczególnych pól na formacie *Nowy rachunek*:

- **Duplikat** - w przypadku gdy tworzony rachunek jest duplikatem, należy zaznaczyć pole. W pliku przesyłanym do OW NFZ i na wydruku rachunku umieszczona zostanie stosowna informacja.
- **Podstawa zwol. z VAT** - z listy rozwijanej wybiera się odpowiednią podstawę zwolnienia z VAT. W aplikacji przygotowane zostały 3 podstawy:
 - a) Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWiU 86
 - b) Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 19 ustawy o VAT - PKWiU 86
 - c) Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 20 ustawy o VAT - PKWiU 86
- **Opis dodatkowy** - pole tekstowe do ręcznego wprowadzenia dodatkowego opisu do rachunku np. w przyczyna wystawienia korekty.
- **Numer rachunku** - unikalny numer rachunku (dla całej bazy).
- **Data wystawienia/Data sprzedaży** - system domyślnie podpowiada daty, którymi jest ostatni dzień miesiąca sprawozdawczego, z który tworzony jest rachunek. Daty można zmienić ręcznie lub za pomocą kalendarza.

10.4.6.2 Rachunek podwyżkowy dla pielęgniarek

Aby rozliczyć dodatkowe środki na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne należy ręcznie utworzyć rachunek według poniższej instrukcji:

1. Przejść do ścieżki: [Rozliczenia > Przegląd rachunków](#) i wybrać przycisk **Nowy**.
2. W polu "Numer rachunku" wprowadzić numer rachunku.
3. W polu "Umowa" rozwinąć listę i wybrać z niej odpowiedni numer umowy z NFZ.
4. Uzupełnić wartości w następujących polach: Data wystawienia, Miesiąc, Data sprzedaży.
Po uzupełnieniu tych danych zostanie wyświetlona lista produktów wynikających z umowy.
5. Zaznaczyć na liście produkt podwyżkowy o nazwie "Koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia..." i w kolumnie "Ilość" wprowadzić liczbę odpowiadającą liczbie etatów.
6. Zweryfikować czy w lewym górnym rogu okna zostało uzupełnione pole "Jedn. rozliczeniowa". Jeśli pole jest puste, należy ręcznie wpisać wartość: Punkt rozliczeniowy.

7. Zatwierdzić zmiany.

10.4.6.3 Konfiguracja e-Faktury/e-Rachunku

Aby prawidłowo eksportować elektroniczne faktury, należy skonfigurować program według następujących punktów:

1. Przejść do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Słownik produktów kontraktowych](#) i zweryfikować czy opis jednostki miary dla każdego produktu kontraktowego, wyświetlany w kolumnie "J.m.", składa się z maksymalnie 10 znaków.

Jeśli opis jest dłuższy należy dokonać jego skrócenia - kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszy w polu w kolumnie "J.m." i wpisać nową wartość. Np. zamiast słowa "Punkt rozliczeniowy" wpisać "Punkt".

Produkty kontraktowe z roku 2018					
*	Kod	Nazwa	Status	PKWiU	J.m.
▶	02.1640.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII	A		PUNKT ROZLICZENIOWY
	02.1270.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GRUŹLICY I CHOROÓB PŁA	A		PUNKT
	02.1600.101.02	ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W OKULISTYCE -ZAKRES	A		PUNKT
	02.1030.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII	A		PUNKT
	02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII	A		PUNKT
	04.9998.002.02	KOSZTY ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ROZPORZĄDZEN	A		PUNKT

2. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr instytucji](#) i uzupełnić NIP odbiorcy faktury tj. lokalnego oddziału NFZ.

W tym celu we filtrze "Nazwa" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* należy wpisać nazwę swojego oddziału NFZ, następnie na zakładce *1. Dane podstawowe* wprowadzić właściwy NIP.

3. Dodatkowo zaleca się weryfikację nazwy podmiotu leczniczego, wprowadzanej w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Dane Świadczeniodawcy](#) > [1. Podmiot leczniczy](#) z danymi podanymi na Portalu Świadczeniodawcy.

Wprowadzenie niewłaściwej nazwy podmiotu w polu "Nazwa" może skutkować pojawieniem się ostrzeżenia na Portalu Świadczeniodawcy o treści: "Niepoprawna lub nieaktualna nazwa sprzedawcy (45088). W dokumencie przesłano: Błędna nazwa podmiotu". W przypadku uzyskania ostrzeżenia należy skontaktować się z lokalnym OW NFZ w celu ustalenia poprawnej wartości dla pola "Nazwa".

Dane świadczeniodawcy

1. Podmiot leczniczy 2. Zakłady lecznicze 3. Dane dodatkowe

Dane identyfikacyjne

Nazwa: * Przychodnia Lekarska

REGON: NIP: Nr konta: Bank:

Aby drukować na rachunku/fakturze tylko dane podmiotu jako sprzedającego, należy zaznaczyć parametr „**Drukuj tylko dane podmiotu (sprzedawcy)**” w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Rozliczenia](#).

10.4.6.4 Eksport e-Faktury/e-Rachunku

Ścieżka: [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#)
[Rozliczenia > Przegląd rachunków](#)

Aby dokonać eksportu eFaktury należy przejść do jednej z powyższych lokalizacji i po utworzeniu rachunku lub po jego otwarciu, należy wybrać przycisk "**Eksportuj eFakturę**" (zdj. poniżej).

Przycisk może zawierać dwojaką nazwę ("Eksportuj eFakturę" lub "Eksportuj eRachunek") w zależności od ustawień programu. Wyboru rodzaju druku dokonuje się w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Rozliczenia](#).

Funkcje dodatkowe

Drukuj fakturę Eksportuj REF Eksportuj eFakturę

Rachunek

Jedn. rozliczeniowa: KAPITACJA Termin zapłaty:

Podstawa zwol. z VAT: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWiU 86

Otwarte zostanie okno "**Eksport faktury...**", w którym w polu **Interpretacja** należy wskazać jedną z dwóch wyświetlanych wartości, których definicje opisane są poniżej:

Funkcje dodatkowe

Eksportuj Anuluj eksport Zapisz raport

Wersja eksportu [FAKT]: 2.1
Ostatni eksport wykonano w dniu: 2015-02-26 11:47:12

Ścieżka pliku eksportu: C:\eksporty\

Nr rachunku: 1/NFZ/2014 Umowa nr: 054/***** Miesiąc: Styczeń

Typ: Faktura Interpretacja: eDokument

- **Dane elektroniczne** – Dokument nie jest fakturą elektroniczną w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 z późn. zm.) i

przepisów wydanych na jej podstawie.

- **eDokument** – Dokument jest fakturą elektroniczną w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 z późn. zm.) i przepisów wydanych na jej podstawie lub rachunkiem elektronicznym lub notą elektroniczną.

Wybranie przycisku „**Eksportuj**” spowoduje zapisanie pliku na dysku komputera według ścieżki podanej w polu „Ścieżka pliku eksportu”.

Podczas eksportu generowane są dwa pliki: z rozszerzeniem .xml i .efx (dla eFaktury) lub .erx (dla eRachunku). Wygenerowany plik .efx lub .erx jest właściwym plikiem przesyłanym do Funduszu.

Zaznaczenie pola "**Wyślij plik pocztą elektroniczną**" i wybranie przycisku "**Eksportuj**" spowoduje uruchomienie wysyłki pliku na skrzynkę pocztową OW NFZ i również zapisanie go na dysku komputera. Dane adresowe skrzynki e-mail pobierane są z parametru "Adres e-mail dla świadczeń" znajdującego się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Komunikacja > Poczta NFZ](#).

10.4.6.5 Wycofanie zatwierdzonego rachunku

Aby wycofać zatwierdzony rachunek (dokonać zmiany ze statusu „Zatwierdzony” na „Wprowadzony”) należy skorzystać z przycisku **Funkcje dodatkowe**, znajdującego się w lewym górnym rogu i wybrać opcję „**Wycofaj zatwierdzony rachunek**”. Rachunek zostanie wycofany, pozwalając tym samym na jego edycję lub skasowanie.

W wersji 10.1.0 aplikacji mMedica wprowadzono blokadę wycofania zatwierdzenia rachunku skorygowanego. Po zaznaczeniu na liście takiej pozycji opcja "**Wycofaj zatwierdzony rachunek**" będzie nieaktywna. Jeżeli rachunek posiada korekty, wycofanie zatwierdzenia będzie możliwe tylko w przypadku ostatniej z nich.

The screenshot shows the application interface with a menu bar at the top containing 'Funkcje dodatkowe' and a toolbar with icons. A red box highlights the 'Wycofaj zatwierdzony rachunek' button in the 'Funkcje dodatkowe' menu. Below the menu is a search panel with fields for 'Nr rachunku' (112), 'Status', 'Miesiąc' (Grudzień), and 'Umowa'. To the right is a table titled 'Przegląd rachunków 2014' with the following data:

Nr rachunku	Rok rozlicz.	Miesiąc rozlicz.	Numer umowy	Rok	Miesiąc	Status	Data wystawienia	Oplata NFZ	Kwota korekty	Nr szablonu
112/NFZ/2014	2014	Grudzień	054/*****	2014	Grudzień	Zatwierdzony	2014-12-31	zł		1963****

Uwaga!

Do wycofania zatwierdzonego rachunku użytkownik musi posiadać uprawnienie „**Wycofanie zatwierdzonego rachunku**”, które nadaje się w [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#). Na liście należy podświetlić użytkownika, który nie posiada powyższego uprawnienia i na zakładce 5. Uprawnienia funkcjonalne nadać mu wspomniane uprawnienie.

10.4.6.6 Korekta rachunku

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#)

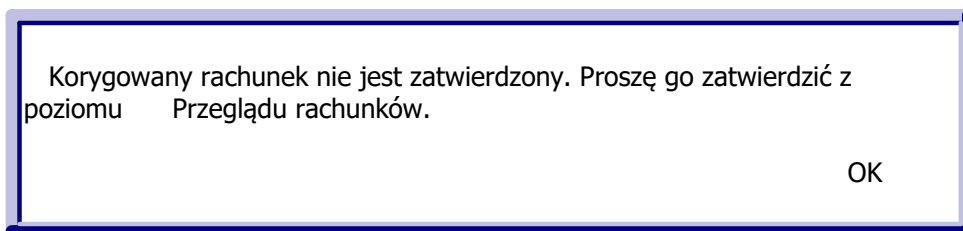
W celu utworzenia korekty do rachunku stworzonego na podstawie szablonu należy przejść do powyższej lokalizacji i podświetlić na liście odpowiedni szablon korekty. Szablony korekt w kolumnie **Typ dokumentu** posiadają zawsze wartość **2** (zdj. poniżej).

* Identyfikator	Umowa	Rok	Typ okresu	Okres	Typ dokumentu	Podtyp dokumentu	Typ rachunku	Numer rachunku	Stal rach.
199 ****	054/*****	2014	Miesiąc	Grudzień	2	0	11		

Za pomocą przycisku „Nowy rachunek” otwarte zostanie okno kolejnej formatki, w której należy wprowadzić numer rachunku korekty oraz datę wystawienia.

Uwaga!

Korektę można utworzyć tylko do rachunku, który został wcześniej zatwierdzony. W przypadku braku zatwierdzenia rachunku podstawowego wyświetlony zostanie stosowny komunikat:



W programie wdrożono funkcjonalność automatycznego uzupełniania pola „Przyczyna korekty” na podstawie danych z szablonu. Pole to jest edycyjne, więc użytkownik może również wprowadzić własną przyczynę korekty.

Korekta rachunku

Jedn. rozliczeniowa: [dropdown] Termin zapłaty: [dropdown] Duplikat [checkbox] Wystawiono: [dropdown]

Podstawa zwol. z VAT: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWiu 86

Opis dodatkowy: [dropdown]

Przyczyna korekty: **Wystornowanie poz. 1-szą fazą**

Korekta do rachunku:

Numer rachunku: 114/NFZ/2014 Status: Zatwierdzony Data wystawienia: 2014-12-31 00:00

Rok: 2014 Umowa: 054/***** Miesiąc: Grudzień Data sprzedaży: 2014-12-31

Numer rachunku: [red box] Status: Wprowadzony Data wystawienia: [red box]

Rok: 2014 Umowa: 054/***** Miesiąc: Grudzień Data sprzedaży: 2014-12-31

Korekta rachunku za kapitację:

Poniższe informacje odnoszą się do rachunków POZ, które do grudnia 2013 r. tworzone były na podstawie raportów populacyjnych generowanych przez NFZ. Od stycznia 2014 r. zmianie uległ raport zwrotny, w

Rozliczenia świadczeń

którym przekazywane są do świadczeniodawców wyniki weryfikacji POZ, będące podstawą rozliczenia. Obecnie obowiązującym komunikatem jest wyłącznie R_UMX.

Od stycznia świadczeniodawca otrzymuje szablon rachunku dla kapitacji, na podstawie którego generuje rachunek. W przypadku korekt sposób postępowania jest analogiczny.

Jeżeli rachunek pierwotny z danego miesiąca nie był tworzony na podstawie szablonu, kolumna **Nr szablonu** nie będzie zawierała danych. W tym wypadku, aby dokonać korekty należy w [Rozliczenia > Przegląd rachunków](#) zatwierdzić podświetlony rachunek poprzez użycie przycisku „Zatwierdź”, co spowoduje uaktywnienie przycisku „Korekta”.

Po jego wybraniu należy wprowadzić numer korekty, datę wystawienia oraz samemu określić ilość po korekcie w kolumnie **Ma być ilość** lub ewentualnie nową cenę w kolumnie **Ma być cena** (jeżeli zmieniła się cena po zacytaniu aneksu).

Po wprowadzeniu stosownych zmian należy uzupełnić wymagane pola oznaczone (*), a w polu **Przyczyna korekty** ręcznie wprowadzić opis dotyczący przyczyny wykonania korekty.

Korekta rachunku

Jedn. rozliczeniowa: KAPITACJA Termin zapłaty: Duplikat Wystawiono:

Podstawa zwol. z VAT: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWiu 86

Opis dodatkowy:

Przyczyna korekty:

Korekta do rachunku:

Numer rachunku: 104/NFZ/2013 Status: Zatwierdzony Data wystawienia: 2013-12-31 00:00

Rok: 2013 Umowa: 054/***** Miesiąc: Grudzień Data sprzedaży: 2013-12-31

Numer rachunku: * Status: Wprowadzony Data wystawienia: *

Rok: * 2013 Umowa: * 054/***** Miesiąc: * Grudzień Data sprzedaży: * 2013-12-31

Kod produktu	Nazwa produktu	Wyr.	Limit	Cena jedn.	Wykonani	Było cena	Ma być cena	Było ilość	Ma być ilość	C
01.0032.147.01	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	1	0,00 jedn	zł		zł	zł	.0000	.0000	1

Rok	Zakres świadczeń	Wyr.	Świadczenie	Nr aneksu	Było ilość	Ma być ilość
2013	01.0032.147.01	1	5.01.00.0000026	4		
2013	01.0032.147.01	1	5.01.00.0000027	4		
2013	01.0032.147.01	1	5.01.00.0000064	4		

10.4.7 Menedżer eksportów

Ścieżka: [Komunikacja > Menedżer eksportów](#)

"Menedżer eksportów" jest dodatkowym modułem, umożliwiającym sekwencyjne uruchamianie wielu eksportów, planowanie automatycznego uruchamiania eksportów oraz wyłączenie wykonywania kopii zapasowej podczas eksportu.

Planowania eksportów dokonuje się za pomocą funkcjonalności definiowania schematów różnych eksportów (DEKL, SWIAD, ZBPOZ, LIO CZ etc.). Program mMedica umożliwia zarówno ręczne uruchamianie eksportów z poziomu *Menedżera eksportów*, jak i automatyczne wykonywanie wysyłek poprzez wskazanie schematu w *Harmonogramie zadań*.

Szczegółowa instrukcja modułu Menedżer eksportów znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.

10.4.8 Wydruk sprawozdania finansowego i inne wydruki

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd sprawozdań](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#)

Po przejściu do formatki *Sprawozdania* i wybraniu menu "Funkcje dodatkowe" zostaną wyświetlone dodatkowe wydruki, przydatne podczas pracy z programem w zakresie sprawozdawczości rozliczeniowej. Należą do nich:

- Sprawozdanie finansowe,
- Zbiorne zestawienie produktów jednostkowych,
- Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji,
- Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie art. 2 ust. 1 (decyzja burmistrza/wójta),
- Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie uprawnień dodatkowych,
- Zestawienie kosztów świadczeń rozliczanych ryczałtowo,
- Zagregowany raport statystyczny.

Aby móc podejrzeć/wydrukować dane wybranego sprawozdania, należy uprzednio utworzyć sprawozdanie poprzez wybór przycisku "**Nowe**". Przed wydrukowaniem sprawozdania można skorzystać z przycisku **Podgląd wydruku**, gdzie można określić m.in. ustawienia wydruku lub liczbę kopii.

W związku z tym, że niektóre z Lokalnych Oddziałów NFZ wymagają przekazywania sprawozdań finansowych z dokładnością co do numeru szablonu, w aplikacji mMedica została wprowadzona funkcjonalność umożliwiająca taki wydruk. Korzystając z panelu wyszukiwania zaawansowanego użytkownik może zawęzić zakres danych, które będą uwzględnione na sprawozdaniu finansowym:

Wyszukiwanie zaawansowane

Status:
Niepotwierdzone

Data zatwierdzenia:

Sprawozdanie
Podstawowe

Wszyscy pacjenci

Korekta:
Sprawozdanie

Szablon:
19

Wygląd
 7 kolumn
 8 kolumn
 11 kolumn

Wydruk na podstawie
 zamkn. sprawozdań/korekt
 pozycji potwierdzonych
 pozycji niezerowych

W polu **Sprawozdanie** można określić czy wydruk będzie obejmował rozliczenia wszystkich pacjentów, czy też tylko jedną z poniższych grup:

- Podstawowe
- Ubezpieczonych
- Uprawnionych UM
- Uprawnionych AL
- Uprawnionych NA
- Uprawnionych PS
- Uprawnionych CU
- Uprawnionych ZA
- Uprawnionych RP
- Uprawnionych I
- Z tytułu OC

Rozdział

11

Uzupełnianie świadczeń

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Wizyty](#) > [Nowa wizyta](#)



lub przycisk **UZUPEŁNIANIE** w oknie startowym programu.

Do **Uzupełniania** można wejść z każdego miejsca w programie poprzez ikonkę szybkiego dostępu, znajdującą się w lewym górnym rogu ekranu



lub ze strony startowej



UZUPEŁNIANIE. Od wersji 8.2.0 aplikacji mMedica dostęp do niego istnieje ze strony startowej również poprzez ścieżkę: [Rozliczenia](#) > [Uzupełnianie świadczeń](#).

Formatka umożliwia wprowadzenie do systemu danych statystycznych i rozliczeniowych wizyty w celu rozliczenia z Funduszem. Dla wpisów w [Terminarzu](#) jest ona uruchamiana po wyborze przycisku **Rozlicz**, natomiast w [Gabinecie](#) poprzez przycisk **Rozlicz**, dla zaznaczonej pozycji w oknie *Lista pacjentów do gabinetu*, lub przycisk **Rozliczenie wizyty** w oknie otwartej wizyty.

W programie istnieje uprawnienie funkcjonalne warunkujące możliwość dodania przez użytkownika nowej wizyty z poziomu formatki *Uzupełnianie świadczeń*. W przypadku braku uprawnienia niemożliwe będzie przejście do pustej formatki *Uzupełniania świadczeń* (czyli niepowiązanej z wizytą, kuponem) oraz wybranie przycisku **Nowa wizyta** z poziomu *Kartoteki pacjentów*. Uprawnienie "Dodanie wizyty" znajduje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Rozliczenia](#).

11.1 Realizacja

Po uruchomieniu formatki **Uzupełnianie** strona automatycznie otwiera się na **Realizacji**, gdzie należy uzupełnić podstawowe dane wizyty, takie jak: Pacjent, Rozpoznanie główne, Data od-do, Realizujący, Komórka organizacyjna, Wizyta, Przyjęcie, Kod świadczenia itd. Pola, których uzupełnienie jest bezwzględnie wymagane, oznaczone zostały (*).

W celu przyspieszenia ewidencji świadczeń wprowadzono możliwość skonfigurowania ustawień domyślnych personelu w [Zarządzanie > Konfiguracja > Ustawienia domyślne personelu](#). Informacje tam wprowadzone podpowiedzą się domyślnie na formatkach: **Realizacja**, **Skierowanie**, **Rozliczenia** po wybraniu danej osoby personelu. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w rozdziale: [Ustawienia domyślne personelu](#).

Opis formatki Realizacja:

- **Nr świadczenia** – nadany zostanie po zatwierdzeniu wizyty. W woj. śląskim należy wprowadzić nr kuponu ręcznie lub za pomocą czytnika kodów kreskowych.
- **ID wizyty** – nadane zostanie po zatwierdzeniu wizyty.
- **Pacjent** – pacjenta można wybrać ze słownika pacjentów poprzez przycisk wyboru [...] lub wpisując ręcznie jego nr PESEL. Jeśli pacjent nie znajduje się w Kartotece, to po wpisaniu nr PESEL pojawi się komunikat o możliwości dodania go do bazy z domyślnymi danymi osobowymi.


W Kartotece pacjentów nie ma pacjenta o numerze PESEL "881204*****"

Czy chcesz dodać nowego pacjenta o tym numerze PESEL i domyślnych pozostałych danych osobowych?

Tak

Nie

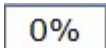
- Wybranie przycisku „**Tak**” dodaje pacjenta do bazy z domyślnymi danymi osobowymi (tzn. w Kartotece zostanie wprowadzony nr PESEL, data urodzenia, płeć oraz oddział NFZ). Przy najbliższej okazji użytkownik programu powinien zweryfikować poprawność tych danych i uzupełnić pozostałe informacje.
- Wybranie przycisku „**Nie**” otwiera formatkę „Nowy pacjent”, w celu dokładnego wprowadzenia danych pacjenta do systemu mMedica.

Wybranie przycisku  otwiera okno z danymi pacjenta.

- **Ubezpieczenie** – ikona „Ubezpieczenie eWUŚ” obrazuje procentowe pokrycie wizyty dokumentami ubezpieczeniowymi. Zaraz po otwarciu wizyty i do momentu dodania pozycji rozliczeniowej, ikona ubezpieczenie wskazuje 100%. Po dodaniu pozycji rozliczeniowej system sprawdza istnienie dokumentów ubezpieczeniowych, zawierających się w datach wizyty.



wizyta posiada pełne pokrycie dokumentami ubezpieczeniowymi.



wizyta nie posiada pokrycia dokumentami ubezpieczeniowymi. W przypadku pobrania negatywnego potwierdzenia eWUŚ, należy na formatce **Ubezpieczenie** dodać inny dokument ubezpieczeniowy.



wizyta nie posiada pełnego pokrycia dokumentami ubezpieczeniowymi. Taka sytuacja może wystąpić w przypadku wizyty kilkudniowej – należy sprawdzić, czy na każdy dzień udzielenia świadczenia pobrane zostało ubezpieczenie.

- **Rozp. główne** – należy wybrać schorzenie określone kodem ICD-10.
- **Wizyta** – należy wybrać rodzaj wizyty:
 - Inna
 - POZ
 - Ratownictwo
 - Specjalistyczna
- **Umowa** – pole aktywuje się tylko dla wizyt POZ. Należy wybrać odpowiedni nr umowy.
- **Kontynuacja leczenia** – pole aktywuje się tylko dla wizyt specjalistycznych. Należy wybrać odpowiednią wartość:
 - Dalsze leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej
 - Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej
 - Skierowanie do lekarza AOS w innej dziedzinie medycyny
 - Skierowanie do szpitala
 - Zakończenie leczenia specjalistycznego
- **Data od-do** – należy wybrać datę/daty realizacji świadczeń. Jeśli w placówce udzielane są wyłącznie świadczenia jednodniowe można zaznaczyć parametr „**Pozwalaj wprowadzać tylko wizyty jednodniowe**” w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe](#).

- **Przyjęcie** – należy wybrać rodzaj przyjęcia:
 - Bez skierowania
 - Kontynuacja leczenia
 - Kontynuacja ze skierowaniem
 - Ze skierowaniem
- **Tryb** – należy wybrać tryb wizyty:
 - Leczenie obowiązkowe bez wymagania skierowania
 - Leczenie obowiązkowe ze skierowaniem
 - Leczenie przymusowe
 - Nagły przypadek
 - Planowane bez wymagania skierowania (art. 57 ust. 2)
 - Planowane poza kolejnością ze skierowaniem
 - Planowane ze skierowaniem
 - Planowane bez wymagania skierowania (art. 57. ust. 2), poza kolejnością
 - Przyjęcie na podstawie karty DiLO
 - Przyjęcie w celu wykonania świadczenia zgodnie z planem leczenia

Uwaga!

Dla wizyt POZ pole "Tryb" jest nieaktywne.

- **Realizujący** – za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać personel realizujący wizytę. Po prawej stronie znajduje się pole, w którym wyświetla się rodzaj personelu (grupa zawodowa) realizującego świadczenia. Jeśli personel ma kilka grup zawodowych (np. psycholog i psychoterapeuta) z listy rozwijanej należy wybrać odpowiedni rodzaj.

Realizujący: *	ID	▼ ANOWAK	... Nowak Anna	Psychoterapi ▼
Komórka org.: *	POZ1	... PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ		Psycholog Psychoterapeuta

- **Kod świadcz.** – należy wybrać odpowiedni kod świadczenia.
- **Komórka org.** – za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać komórkę organizacyjną, w której realizowana jest wizyta. Szczegółowy opis definiowania komórek organizacyjnych znajduje się w rozdziale: [Struktura organizacyjna](#).
- **Podtyp** – w celu dodatkowego doprecyzowania rodzaju świadczeń należy wybrać podtyp badania:
 - angiografia
 - endoskopia
 - inne obrazowe
 - rentgenodiagnostyka
 - rezonans magnetyczny
 - scyntygrafia
 - tomografia komputerowa
 - USG
- **Wersja** – wersja słownika kodów funkcji ochrony zdrowia.
- **Uprawnienie** – w polu podpowie się uprawnienie, jeśli wcześniej zostało dodane w Danych pacjenta. Szczegółowy opis dodawania uprawnień znajduje się w rozdziale: [Uprawnienia dodatkowe](#).
- **Dodatkowe** – należy wybrać uprawnienie dodatkowe, jeśli rozszerza ono zakres udzielanych świadczeń lub uprawnia do uzyskania świadczenia poza kolejnością. Aby uprawnienie dodatkowe podpowiadane było pacjentowi na stałe, należy zaznaczyć je w [Danych pacjenta](#). W celu podpięcia do wizyty dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, należy wybrać

ikonę  i wskazać odpowiedni dokument, poprzez zaznaczenie w kolumnie [✓].

- **Eksportuj** – pole jest domyślnie zaznaczone. Brak zaznaczenia w polu powoduje blokadę eksportu części statystycznej wizyty.
- **Ratująca życie** – po zaznaczeniu pola [✓], w paczce eksportu przekazana zostanie taka informacja. Wizyty ratujące życie (pilne) są w pierwszej kolejności rozliczane przez NFZ.

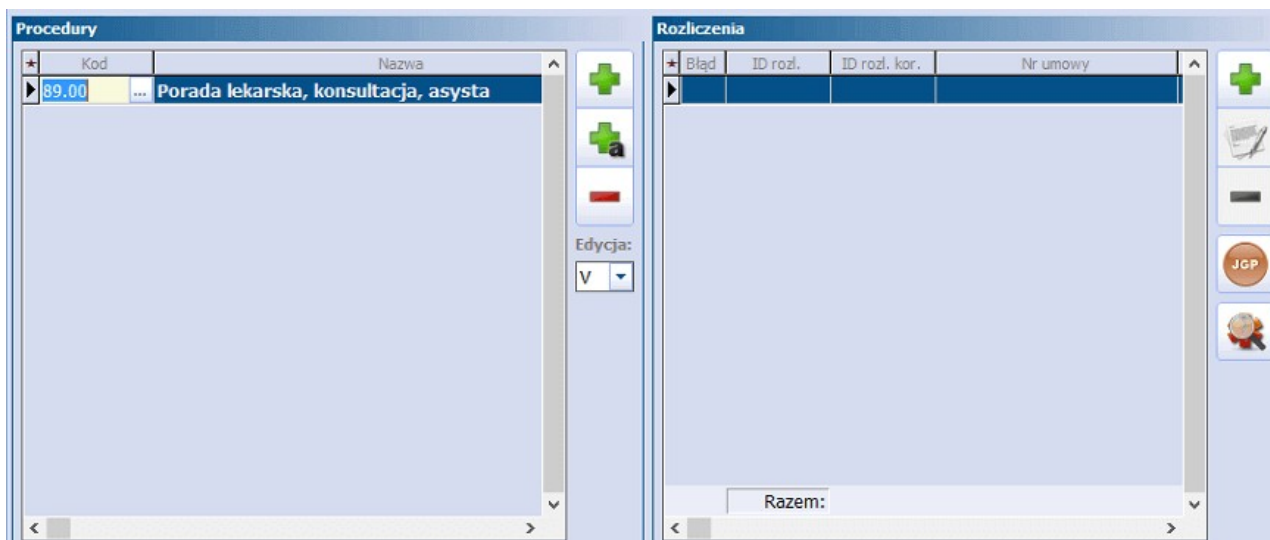
Formatka **Realizacja** podzielona jest na dwa okna, domyślnie po lewej stronie znajduje się okno **Procedury**, a po prawej stronie okno **Rozpoznania współistniejące**.

Zawartość okien można modyfikować według indywidualnych upodobań użytkownika w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe > Widok lewy/Widok prawy](#).

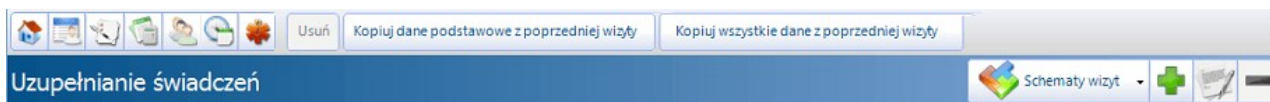
W widoku lewym i prawym można według własnego uznania wskazać dane, które uzupełniane będą na formatce **Realizacja**. Jeśli świadczeniodawca w zakresie udzielanych porad nie wprowadza danych o rozpoznaniach współistniejących, wygodniej będzie skonfigurować prawe okno np. jako Rozliczenia.

W tym momencie cała ewidencja wizyty sprowadza się do pracy w jednym oknie (Realizacja), bez konieczności nadmiernego przełączania formatki.

Poniższe zdjęcie przedstawia układ okien skonfigurowanych jako: Procedury – Rozliczenia. Dane wprowadzone w tych oknach zostaną również wyświetlone na zakładkach, znajdujących się w lewym panelu.



Opis przycisków znajdujących się w górnej części ekranu:



- **Usuń** – przycisk aktywuje się tylko dla zapisanych/zatwierdzonych wizyt i powoduje usunięcie wizyty.
Jeśli wizyta nie posiada pozycji rozliczeniowych, po wybraniu przycisku wyświetlony zostanie komunikat, potwierdzający chęć usunięcia wizyty.
Jeśli wizyta posiada pozycje rozliczeniowe, wyświetlony zostanie komunikat:

Wizyta posiada pozycje rozliczeniowe.
Czy na pewno usunąć wizytę?

Tak Nie

Uwaga!

Nie można usunąć wizyty, która została już wyeksportowana do NFZ (pozycja rozliczeniowa znajduje się w statusie: oczekująca na walidację, błąd walidacji, zafakturowana itp.). Podczas próby usunięcia takiej wizyty, wyświetlony zostanie komunikat:

Nie można usunąć wizyty posiadającej aktywne pozycje rozliczeniowe.

OK

W takiej sytuacji należy w pierwszej kolejności usunąć aktywne pozycje rozliczeniowe, przesłać te informacje do NFZ komunikacją I fazy i po odebraniu importu usunąć wizytę.

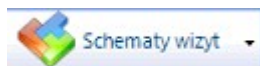
- **Kopiuj dane podstawowe z poprzedniej wizyty (F4)** – przycisk aktywuje się po wprowadzeniu i zapisaniu danych wizyty. Wszystkie dane z wizyty (dane podstawowe), oprócz pacjenta, zostaną skopiowane do nowej wizyty.

Uwaga!

Zakres kopiowanych danych można skonfigurować w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe](#).

Rodzaje danych uwzględnianych przez funkcję „Kopiuj dane podstawowe z poprzedniej wizyty”:		
<input checked="" type="checkbox"/> Skierowanie	<input type="checkbox"/> Procedury	<input type="checkbox"/> Rozliczenia
<input type="checkbox"/> Badania POZ	<input type="checkbox"/> Świadczenia POZ	<input type="checkbox"/> Rozpoznania współlistniejące
<input checked="" type="checkbox"/> Ratownictwo	<input type="checkbox"/> Chemo- i radioterapia	<input checked="" type="checkbox"/> Identyfikator sesji/cyklus

- **Kopiuj wszystkie dane z poprzedniej wizyty (Shift+F4)** - przycisk aktywuje się po wprowadzeniu i zapisaniu danych wizyty. Wszystkie dane z wizyty (dane podstawowe i rozliczeniowe), oprócz pacjenta, zostaną skopiowane do nowej wizyty.



- **Schematy wizyt** – przycisk umożliwiający definiowanie **Schematów wizyt** dostępny jest w module mMedica Plus (+). Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w rozdziale: [Schematy wizyt](#).

11.2 Procedury ICD-9

Użytkownik dodaje procedury medyczne wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-9, jeśli NFZ tego wymaga. Dla prawidłowej sprawozdawczości wymagane jest posiadanie aktualnego słownika ICD-9, publikowanego przez NFZ. Instrukcja dotycząca importu słownika znajduje się w rozdziale: [Import słownika procedur ICD-9](#).

Dodawanie procedur medycznych może odbywać się poprzez wybór ze słownika procedur medycznych lub przez ręczne wprowadzenie kodu w polu **Kod**, jeżeli użytkownik zna kody procedur. Podczas wprowadzania kodu procedury (z klawiatury) system sam podpowiada znak „kropki” po dwóch lub trzech znakach. Dla procedur zaczynających się od cyfry 10 kropka nie jest wstawiana, ponieważ nie ma jednoznaczności czy chodzi o dwu, czy o trzy znakowy kod procedury (przed kropką).

Procedury						
Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wiz. zewn.	
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-06-20		
* 87.	...	V	1	2015-05-20		

Aby dodać kolejną procedurę ICD-9 należy skorzystać z klawisza TAB lub nacisnąć dolną strzałkę na klawiaturze, co utworzy nowy rekord do uzupełnienia.

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' window with the following details:

- Komórka organizacji:** Gabinet fizjoterap
- Realizujący:** Nowak Anna
- Data:** 2015-06-01
- Pacjent:** PESEL: 0000000000, Kowalski Jan, 48 lat, Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

Nr świadczenia:	ID wizyty:	Pacjent:	48 lat	Ubezpieczenie:
		PESEL: 0000000000 ... Kowalski Jan	48 lat	100% eWUŚ

Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wiz. zewn.
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-06-01	
93.3940	Laseroterapia punktowa	V	1	2015-06-01	
93.3912	Masaż klasyczny - częściowy	V	1	2015-06-01	
93.3983	Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości	V	1	2015-06-01	

Kolumny znajdujące się w oknie **Procedury**:

- **Kod** – w polu wyświetlany jest kod wybranej procedury. Kod można wprowadzić ręcznie lub ze

Uzupełnianie świadczeń

słownika.

- **Nazwa** – w polu wyświetlana jest nazwa wybranej procedury.
- **Edycja** – oznacza wersję Bazowej Edycji Słownika ICD-9 publikowanej przez NFZ. Obecnie obowiązuje wersja V.
- **Krotność** – oznacza liczbę wykonanych procedur. Po dodaniu procedury, system domyślnie podpowiada krotność „1”. Jeśli procedura została wykonana większą ilością razy, liczbę należy zmienić ręcznie.
- **Data** – oznacza datę wykonania procedury. Data podpowiada się automatycznie na podstawie dat zawartych w realizacji wizyty.
- **ID wiz. zewn.** - w polu wyświetlone zostanie ID wizyty zewnętrznej, z której przepięte zostały procedury. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w rozdziale: [Rozliczanie JGP w AOS.](#)



– po wybraniu przycisku, otwarte zostanie okno ze słownikiem procedur medycznych wg klasyfikacji ICD-9.

Klasyfikacja procedur ICD9 edycja V

Kod lub nazwa: mikro Data obowiązywania: 2015-05-20

Widok: 1 Preferowane 2 Wszystkie 3 Foldery

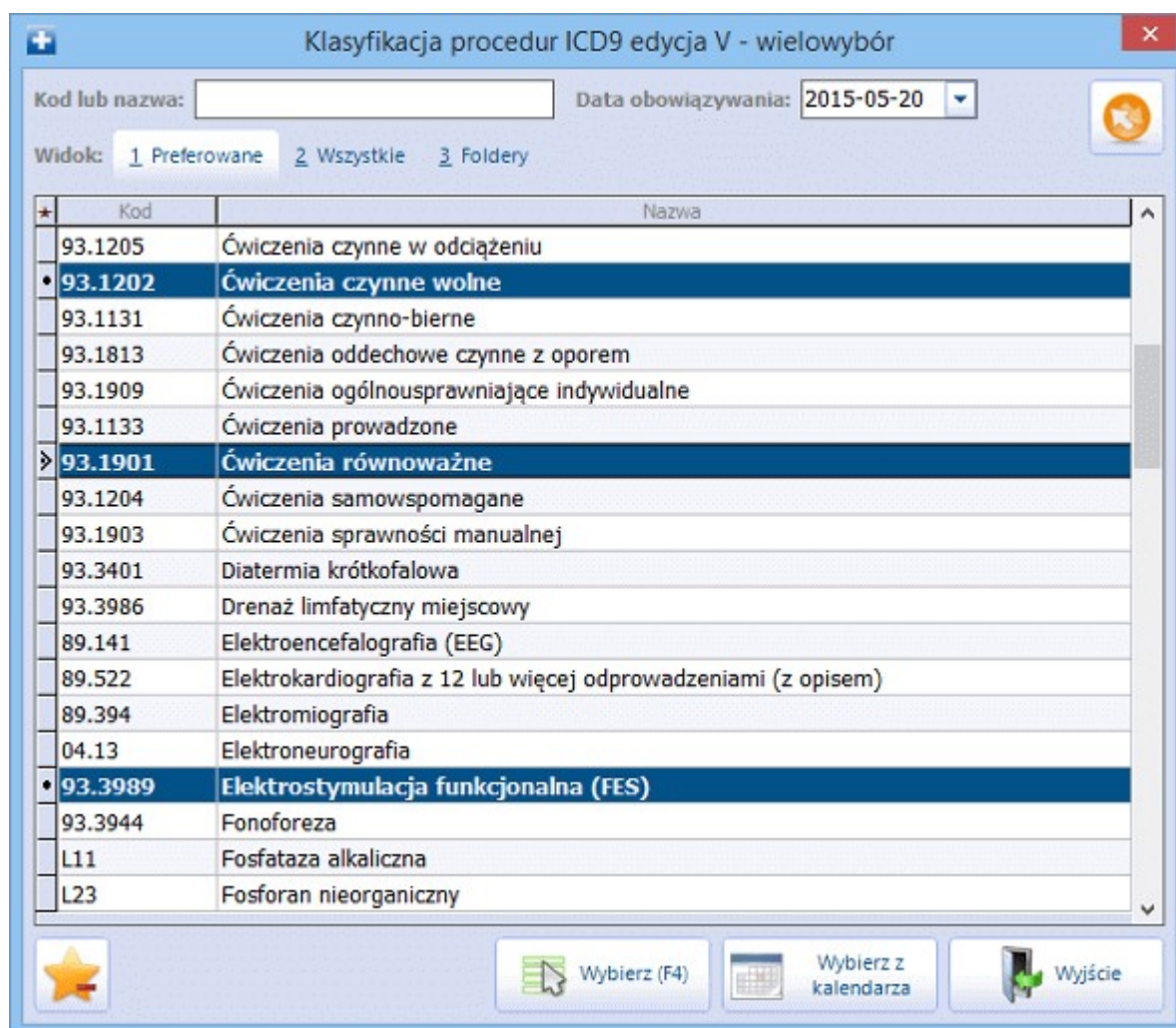
Kod	Nazwa
90.5	Mikroskopowe badanie krwi
90.56	Mikroskopowe badanie krwi - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolau
90.59	Mikroskopowe badanie krwi - inne badania mikroskopowe
90.54	Mikroskopowe badanie krwi - parazytologia
90.53	Mikroskopowe badanie krwi - posiew i antybiogram
90.51	Mikroskopowe badanie krwi - rozmaz bakterii
90.55	Mikroskopowe badanie krwi - toksykologia
90.52	Mikroskopowe badanie krwi -posiew
90.6	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego
90.66	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - badanie pakietu ko...
90.69	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - inne badania mikros...
90.64	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - parazytologia
90.62	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - posiew
90.63	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - posiew i antybiogram
90.61	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - rozmaz bakterii
90.65	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - toksykologia

Wybierz (F4) Wyjście

- **Kod lub nazwa** – pole służy do wyszukiwania procedur w słowniku. Jeżeli w polu wpisany zostanie fragment nazwy lub kodu procedury, poniżej pojawi się lista wszystkich procedur zawierających ten ciąg znaków w swojej nazwie lub kodzie.
- **Widok** – dostępne widoki: preferowane, wszystkie, foldery. Za pomocą widoków można wybrać sposób prezentacji procedur, które mogą być pogrupowane w folderach lub wyświetlone jako wszystkie. Oznaczanie procedur jako pozycje preferowane opisane zostało w rozdziale: [Pozycje preferowane w słownikach.](#)

Za pomocą myszki i klawisza CTRL można zaznaczyć jednocześnie kilka procedur ze słownika, a po wybraniu przycisku „Wybierz (F4)” zostaną one dodane do aktualnie wprowadzanych danych. Wraz z wyborem

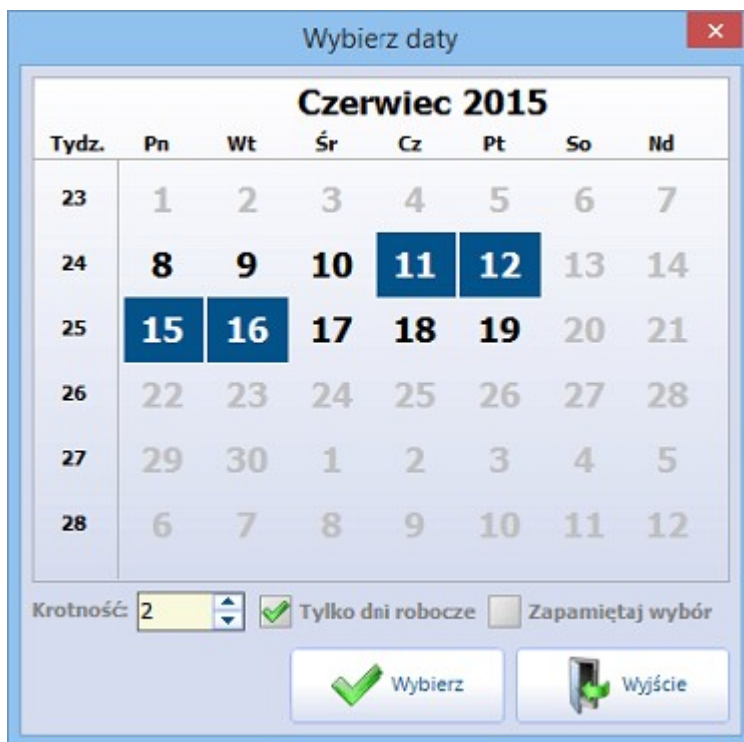
procedury uzupełnione zostaną kolumny, znajdujące się w oknie "Procedury".





W module **mMedica Plus (+)** istnieje możliwość uzupełniania procedur zbiorczo, po zaznaczeniu w kalendarzu dni z miesiąca rozliczeniowego, w których były wykonane. W tym celu należy wybrać przycisk „Wybierz z kalendarza”, zdj. powyżej, który otwiera okno kalendarza.

W otwartym oknie za pomocą myszki i klawisza CTRL można zaznaczyć jednocześnie kilka dni.

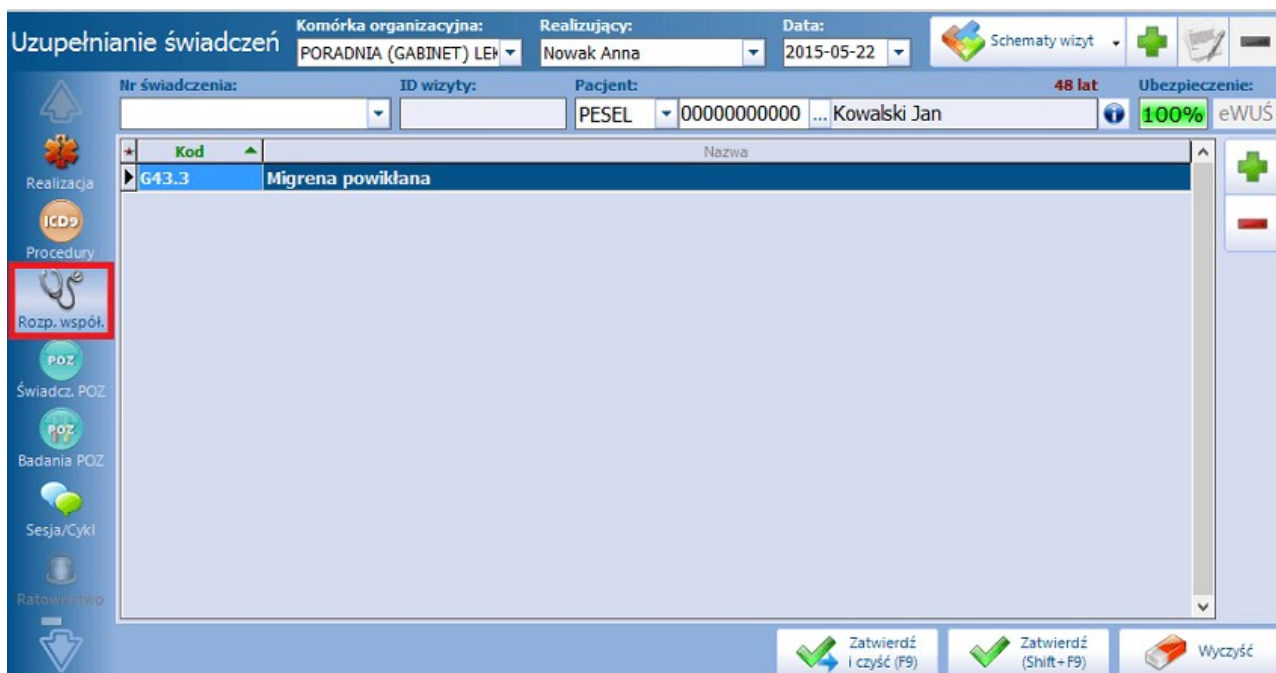
- **Krotność** – oznacza liczbę wykonanych procedur. Wprowadzona krotność podpowie się zbiorczo do wybranych procedur.
- **Tylko dni robocze** – zaznaczenie pola zawęży wyświetlanie dat na kalendarzu tylko do dni roboczych.
- **Zapamiętaj wybór** – zaznaczenie pola powoduje zapamiętanie wybranych dat. Przy uzupełnianiu następczej wizyty i wybraniu przycisku „Wybierz z kalendarza”, na kalendarzu oznaczą się wcześniej wybrane daty.



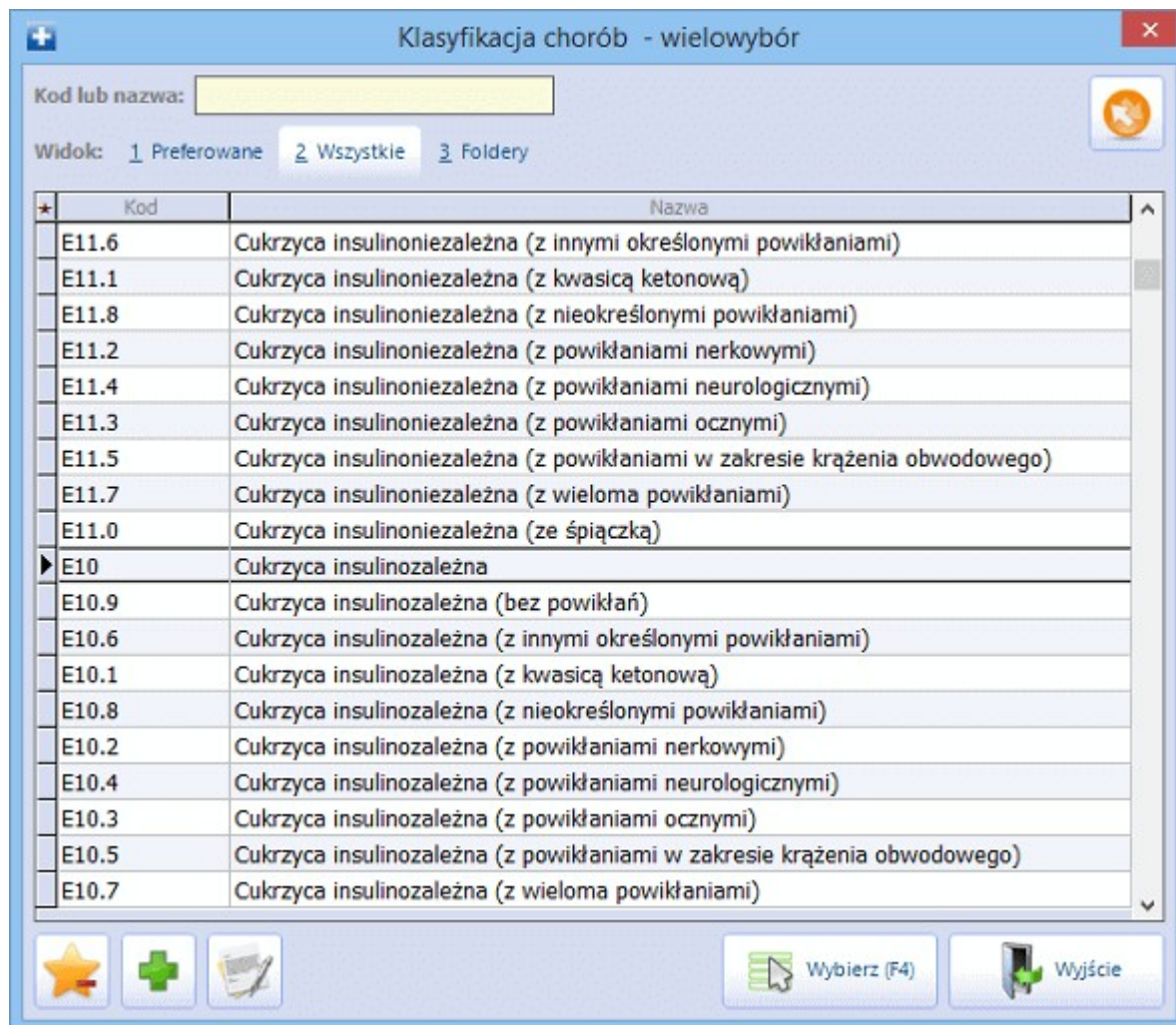
-  – pozwala na dodanie procedur archiwalnych, wykonanych w ramach wcześniejszych wizyt pacjenta. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w rozdziale: Rozliczanie JGP w AOS.
-  – wybranie przycisku „Usuń” pozwala usunąć wybraną procedurę ICD-9.

11.3 Rozpoznanie współistniejące

Jeśli oprócz schorzenia głównego pacjentowi dolega inna przypadłość, informację o chorobie można zaewidencjonować jako rozpoznanie współistniejące.



 - wybranie przycisku „Dodaj” otwiera okno „Klasyfikacja chorób”, w którym należy wybrać odpowiednie schorzenie, określone kodem ICD-10.



- **Kod lub nazwa** – pole służy do wyszukiwania rozpoznań w słowniku. Jeżeli w polu wpisany zostanie fragment nazwy lub kodu ICD-10, poniżej pojawi się lista wszystkich procedur zawierających ten ciąg znaków w swojej nazwie lub kodzie.
- **Widok** – dostępne widoki: preferowane, wszystkie, foldery. Za pomocą widoków można wybrać sposób prezentacji procedur, które mogą być pogrupowane w folderach lub wyświetlone jako wszystkie. Oznaczanie procedur jako pozycje preferowane opisane zostało w rozdziale: Pozycje preferowane w słownikach.

Za pomocą myszki i klawisza CTRL można zaznaczyć jednocześnie kilka rozpoznań ze słownika, a po wybraniu przycisku „Wybierz (F4)” zostaną one dodane do aktualnie wprowadzanych danych. Wraz z wyborem rozpoznania uzupełnione zostaną kolumny, znajdujące się na formatce Rozpoznanie współistniejące.

 - wybranie przycisku „Usuń” pozwala usunąć wybrane rozpoznanie współistniejące.

11.4 Świadczenia POZ

Formatka aktywuje się, jeżeli ewidencjonowana jest wizyta POZ. W pozostałych przypadkach formatka jest niedostępna.

Wizyta:	* POZ	Umowa:	054...
Przyjęcie:	* Bez skierowania	Tryb:	

Formatka „Świadczenia POZ” zawiera listę wszystkich świadczeń POZ udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, podzielonych ze względu na rodzaj jednostki sprawozdawanej:

- Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna,
- Pielęgniarka (kapitacyjna forma finansowania),
- Pielęgniarka szkolnej,
- Położna,
- Transport sanitarny.

Nr świadczenia:	ID wizyty:	Rodzaj danych:	Pacjent:
		W S R	PESEL
Dane dodatkowe			
Wzrost (cm):	Waga (kg):	Palenie:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wystawiono skierowanie papierowe w liczbie:	
Porada pielęgniarki/położnej			
Zakres:	Wersja:	rozp. MZ 11.09.2020	
Świadczenia			
Wyk.	Krotność	Kod	
			Nocna i Świąteczna opieka zdrowotna
		101404	Porada lekarska udzielona telefonicznie
			Pielęgniarki (kapitacyjna forma finansowania)
		100202	Pozostałe wizyty domowe zrealizowane w okresie sprawozdawczym
✓	1	100203	Pozostałe wizyty zrealizowane w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz
		100204	Świadczenia profilaktyczne zrealizowane w okresie sprawozdawczym
		100205	Świadczenia diagnostyczne zrealizowane w okresie sprawozdawczym
✓	1	100206	Świadczenia pielęgnacyjne zrealizowane w okresie sprawozdawczym
		100207	Świadczenia lecznicze zrealizowane w okresie sprawozdawczym
✓	1	100208	Świadczenia rehabilitacyjne zrealizowane w okresie sprawozdawczym
		100210	Iniekcje i zabiegi zrealizowane w okresie sprawozdawczym na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
		100211	Świadczeniobiorcy, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe

Opis kolumn znajdujących się na formatce **Świadczenia POZ**:

- **Wyk.** – aby wprowadzić do systemu informacje o udzielonych świadczeniach należy przy nazwie danego świadczenia zaznaczyć [✓], zdj. powyżej.
W celu usunięcia zaznaczenia, należy ponownie kliknąć myszką w kolumnie **Wyk.**, aż zaznaczenie [✓] zniknie.
- **Krotność** – oznacza liczbę wykonanych świadczeń. Po zaznaczeniu świadczenia, system domyślnie podpowiada krotność „1”. Jeśli świadczenie zostało wykonane większą ilość razy, liczbę należy zmienić ręcznie.
- **Kod** – kod świadczenia wg NFZ.
- **Świadczenie** – nazwa świadczenia obowiązującego dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń POZ.

Badania wprowadzane na omawianej formatce zostają później automatycznie zliczane przez system na Sprawozdaniu z wykonanych świadczeń POZ. Szczegółowy opis dotyczący tworzenia sprawozdań znajduje się w rozdziale: [Rozliczenie załącznika 3C](#).

Opis sekcji **Dane dodatkowe**:

W związku z koniecznością przekazywania przez świadczeniodawców Podstawowej Opieki Zdrowotnej informacji o wystawionej, podczas udzielonej porady, recepty papierowej i elektronicznej dodano pole **"Wystawiono receptę papierową"**. Należy je zaznaczyć w sytuacji, gdy świadczeniodawca chce wysłać do Narodowego Funduszu Zdrowia informację, że na wizycie wystawił receptę papierową, a wystawił ją poza programem mMedica.

Jeżeli świadczeniodawca przy wprowadzaniu wizyt i wystawianiu recept korzysta z funkcjonalności *Gabinetu*, działanie aplikacji będzie następujące:

- po wydrukowaniu recepty na wizycie pole „Wystawiono receptę papierową” zaznaczy się automatycznie, a przy eksporcie pierwszej fazy komunikatem SWIAD od wersji 9;9.1 zostanie przekazana do OW NFZ stosowna informacja,
- po wystawieniu recepty elektronicznie (e-Recepta) przy eksporcie pierwszej fazy komunikatem SWIAD (od wersji 9;9.1) zostaną przekazane do OW NFZ wymagane dane dotyczące e-Recepty.

Uwaga!

W aplikacji mMedica wprowadzono funkcjonalność powiązywania recepty wystawionej poza wizytą, w *Kartotece pacjentów*, poprzez opcję: [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#), z wizytą wprowadzoną poza *Gabinetem*, bezpośrednio poprzez okno **Uzupełniania świadczeń**. Jeżeli wizyta i recepta będą wprowadzone we wspomniany sposób i ich dane, takie jak: komórka, pacjent, realizujący oraz data, będą zgodne, w komunikacji pierwszej fazy wraz z tą wizytą zostanie odpowiednio przekazana informacja o wystawieniu recepty.

W związku z zarządzeniem 95/2020/DSOZ w powyższej sekcji dodano pole **"Wystawiono skierowanie papierowe w liczbie:"**. Jeżeli wizyta zostanie wprowadzona w *Gabinecie* i będą na niej wystawione skierowania papierowe w rodzaju: na badania diagnostyczne określonego w zarządzeniu typu, do specjalisty lub do szpitala, pole te zostanie domyślnie zaznaczone i uzupełni się w nim ilość skierowań. W przypadku wystawienia tego rodzaju skierowań poza programem użytkownik może pole aktywować samodzielnie i wpisać w nim odpowiednią liczbę. Informacja ta zostanie przekazana komunikatem I fazy (SWIAD), zgodnie z wytycznymi.

Dla potrzeb sprawozdawczości zostało również dodane pole **"Palenie"**. Wartość wybrana w nim z listy rozwijalnej zostanie wysłana wraz z wizytą komunikatem SWIAD (od wersji 9;9.1). Pole te uzupełni się automatycznie na podstawie informacji wprowadzonej w oknie [Czynników ryzyka](#) (na zakładce [2. Uzależnienie / Czynniki ryzyka / Grupa krwi](#)) w [Danych medycznych](#) pacjenta lub na wizycie otwartej w *Gabinecie*. Informacja o paleniu, uzupełniona w oknie czynników ryzyka w *Danych medycznych* pacjenta, podpowiada się w danych wprowadzanej wizyty jednokrotnie w ciągu roku (zgodnie z zasadą sprawozdawczości).

Uzupełnione dane w polach **"Wzrost"** i **"Waga"** eksportują się wraz z wizytą I fazą od wersji 9;9.1 komunikatu SWIAD. Dla wizyty wprowadzonej poprzez *Gabinet* pola te powinny uzupełnić się automatycznie na podstawie danych wyniku badania antropometrycznego dopisanego do wizyty pod warunkiem, że data wyniku jest równa dacie wizyty.

W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w [Konfiguratorze \(Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator\)](#), w pozycji [Gabinet > Różne](#), został dodany parametr **"W wizytach POZ sprawdzaj uzupełnienie antropometrii i danych na temat palenia"**. Po jego zaznaczeniu program za pomocą odpowiedniego komunikatu będzie informował o konieczności uzupełnienia danych antropometrycznych, takich jak wzrost i waga, oraz weryfikacji aktualności informacji na temat palenia przy otwarciu w *Gabinecie* pierwszej wizyty POZ pacjenta w danym roku kalendarzowym. W przypadku braku uzupełnienia danych antropometrycznych będzie się wyświetlać stosowne ostrzeżenie dla kolejnych wizyt.

Na podstawie opublikowanych zmian komunikatu I fazy (SWIAD), obowiązujących od 1.10.2021 r., dotyczących przesyłania dodatkowych danych porady pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, została dodana sekcja **Porada pielęgniarki/położnej POZ**. W przypadku wizyty typu **POZ** realizowanej przez personel w rodzaju **Pielęgniarka** lub **Położna**, dla której został wybrany kod świadczenia **4 - Porada**, po rozwinięciu listy w polu "Zakres" wyświetlą się pozycje dla zakresu porady pielęgniarki lub położnej, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2020 r. (tabela 19 i 20). Wyboru


pozycji dokonuje się poprzez ich zaznaczenie za pomocą kliknięcia w odpowiednie pole lewym przyciskiem myszy.

11.5 Badania POZ

Formatka aktywuje się, jeżeli ewidencjonowana jest wizyta POZ. W pozostałych przypadkach formatka jest niedostępna.

Wizyta:	* POZ	Umowa:	054...
Przyjęcie:	* Bez skierowania	Tryb:	


Formatka *Badania POZ* pozwala na wprowadzenie do systemu informacji o badaniach wykonanych w podstawowej opiece zdrowotnej.

 - wybranie przycisku **Dodaj** otwiera okno *Badania POZ-wielowybór*, w którym należy wybrać odpowiednie badanie.

W oknie jako pozycje aktualne (zaznaczone pole "Tylko aktualne") wyświetlane są wszystkie badania zawarte w słowniku badań POZ udostępnianym przez NFZ. Odznaczenie pola "Tylko aktualne" spowoduje wyświetlenie wszystkich badań, m.in. tych, które zostały dodane przez użytkownika.


+
×
Badania POZ - wielowybór


Kod lub nazwa:


Tylko aktualne 


Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

*	Nazwa	Kod badania	Kod NFZ	Grupa	ICD9
	Albumina	I09.09	1001200012	Badania biochemiczne ...	I09
	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	I17.09	1001200022	Badania biochemiczne ...	I17
	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	I19.09	1001200021	Badania biochemiczne ...	I19
•	Amylaza	I25.09	1001200024	Badania biochemicz...	I25
	Antygen HBs-AgHBs	V.09.81.09	1001200030	Badania biochemiczne ...	V39
	Badanie ogólne	A23.05	1001400001	Badanie kału	A23
	Białko C-reaktywne (CRP)	I81.09	1001600004	Badania biochemiczne ...	I81
›	Białko całkowite	I77.09	1001200010	Badania biochemicz...	I77
	Bilirubina bezpośrednia	I87.09	1001200019	Badania biochemiczne ...	I87
	Bilirubina całkowita	I89.09	1001200018	Badania biochemiczne ...	I89
•	Cholesterol-HDL	K01.09	1001200015	Badania biochemicz...	K01
	Cholesterol-LDL	K03.09	1001200016	Badania biochemiczne ...	K03
	Cholesterol całkowity	I99.09	1001200014	Badania biochemiczne ...	I99
	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	G11.102	1001500002	Badania układu krzepn...	G11
	Czynnik reumatoidalny (RF)	K21.09	1001200027	Badania biochemiczne ...	K21
	EKG w spoczynku	89.501	1001700001	Badania elektrokardiog...	89.51
	Fibrynogen	G53.102	1001500003	Badania układu krzepn...	G53




 Wybierz (F5)

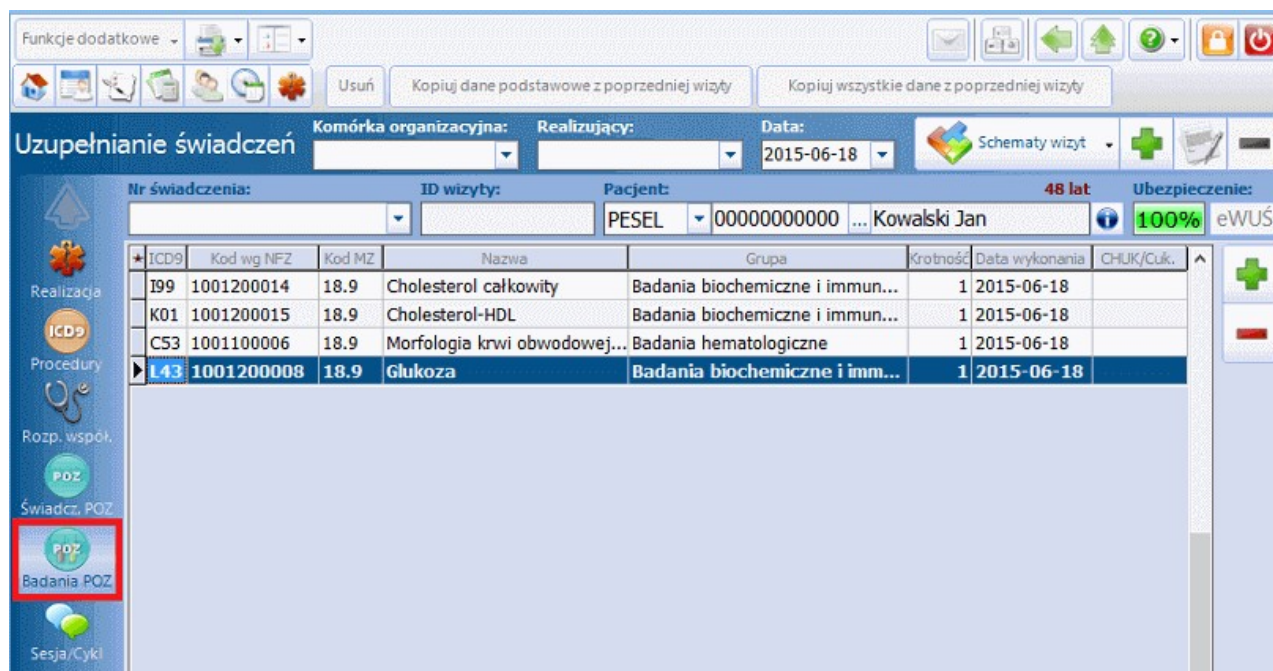
 Wyjście



- **Kod lub nazwa** – pole służy do wyszukiwania badań w słowniku. Jeżeli w polu wpisany zostanie fragment nazwy lub kodu badania, poniżej pojawi się lista wszystkich badań zawierających ten ciąg znaków w swojej nazwie lub kodzie.

Za pomocą myszki i klawisza CTRL można zaznaczyć kilka badań ze słownika. Wybranie przycisku „Zatwierdź” spowoduje dodanie ich do aktualnie wprowadzanych danych.

 - wybranie przycisku „Usuń” pozwala usunąć wybrane badanie.



ICD9	Kod wg NFZ	Kod MZ	Nazwa	Grupa	Krotność	Data wykonania	CHUK/Cuk.
I99	1001200014	18.9	Cholesterol całkowity	Badania biochemiczne i immun...	1	2015-06-18	
K01	1001200015	18.9	Cholesterol-HDL	Badania biochemiczne i immun...	1	2015-06-18	
C53	1001100006	18.9	Morfologia krwi obwodowej...	Badania hematologiczne	1	2015-06-18	
L43	1001200008	18.9	Glukoza	Badania biochemiczne i imm...	1	2015-06-18	

Opis kolumn znajdujących się na formatce:

- **ICD-9** – kod procedury diagnostycznej wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-9 odpowiadający danemu badaniu.
- **Kod wg NFZ** – kod świadczenia wg Narodowego Funduszu Zdrowia.
- **Kod MZ** – kod świadczenia wg Ministerstwa Zdrowia.
- **Nazwa** – nazwa badania diagnostycznego.
- **Grupa** – grupa, do której należy badanie diagnostyczne. Możliwe grupy:
 - Badania hematologiczne,
 - Badania biochemiczne i immunochemiczne,
 - Badania moczu,
 - Badania kału,
 - Badania układu krzepnięcia,
 - Badania mikrobiologiczne,
 - Badania elektrokardiologiczne (EKG),
 - Badania ultrasonograficzne,
 - Badania radiologiczne.
- **Krotność** – oznacza liczbę wykonanych badań. Po wybraniu badania, system domyślnie podpowiada krotność „1”. Jeśli badanie zostało wykonane większą ilością razy, liczbę należy zmienić ręcznie.
- **Data wykonania** – oznacza datę wykonania badania. Data podpowiada się automatycznie na podstawie dat zawartych w realizacji wizyty.
- **CHUK/Cuk.** – zaznaczenie [✓] w kolumnie oznacza badania jako związane z diagnozą cukrzycy i

chorobami układu krążenia.

11.5.1 Ewidencja badań w programie POZ PLUS

W aplikacji mMedica na formatce *Badania POZ* dodano kolumnę "Schorzenie", zgodnie z wymogiem przekazywania informacji komunikatem SWIAD o wykonanych badaniach w ramach zdiagnozowanego schorzenia w programie POZ PLUS.

Aby wybranemu badaniu POZ przyporządkować chorobę, należy zaznaczyć rekord, następnie rozwinąć listę w polu "Schorzenie" i wybrać właściwą nazwę np. POCHP, cukrzyca typu II, zespoły bólowe kręgosłupa.

Wprowadzone dane zostaną przesłane komunikatem I fazy (SWIAD) dla umowy z obszaru POZ PLUS (gdzie w pliku umowy w elemencie: typ-pozycji-umowy = „G”), jeżeli w oknie komunikacji w polu "Obszar sprawozdawczości" zostanie wybrana pozycja "**Badania POZ**".

Nr świadczenia:	ID wizyty:	Z Gabinetu	Pacjent:	50 lat	Ubezpieczenie:			
00000000030000000000	4		PESEL 670... Kowalski Jan		100% eWUŚ			
ICD9	Kod wg NFZ	Kod MZ	Nazwa	Grupa	Krotność	Data wykonania	Ch...	Schorzenie
89.51	100170...	20.9	EKG w spoczynku	Badania elektrokardiograficzne ...	1	2018-07-26		Asthma oskrzelowa

W przypadku posiadania zacytanej umowy dla POZ PLUS, jest możliwość eksportu, w wyżej opisany sposób, badań z przypisanym schorzeniem, dodanych na wizytach również z zakresu pozostałych umów POZ.

Dodatkowo świadczeniodawca, który nie posiada umowy dla POZ PLUS, może wysyłać komunikatem SWIAD badania dodane na wizytach w ramach posiadanej umowy POZ wg następujących zasad:

1. Jeżeli w Konfiguratorze w pozycji [Komunikacja > Eksport](#) jest włączony parametr "**Eksportuj badania POZ**", komunikatem SWIAD są wysyłane tylko badania wyszczególnione w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie gromadzenia danych.
2. Jeżeli powyższy parametr będzie wyłączony, komunikatem SWIAD zostaną sprawozdanie wszystkie badania wskazane na wizycie.

Uwaga! Jeżeli świadczeniodawca ma zacytaną aktywną umowę POZ PLUS, eksport badań komunikatem I fazy (SWIAD) dla tej umowy, a także dla innych posiadanych umów POZ, będzie niezależny od parametru "**Eksportuj badania POZ**". W takim wypadku wyeksportują się wszystkie badania z przypisanych schorzeniem.

11.6 Sesja/Cykl

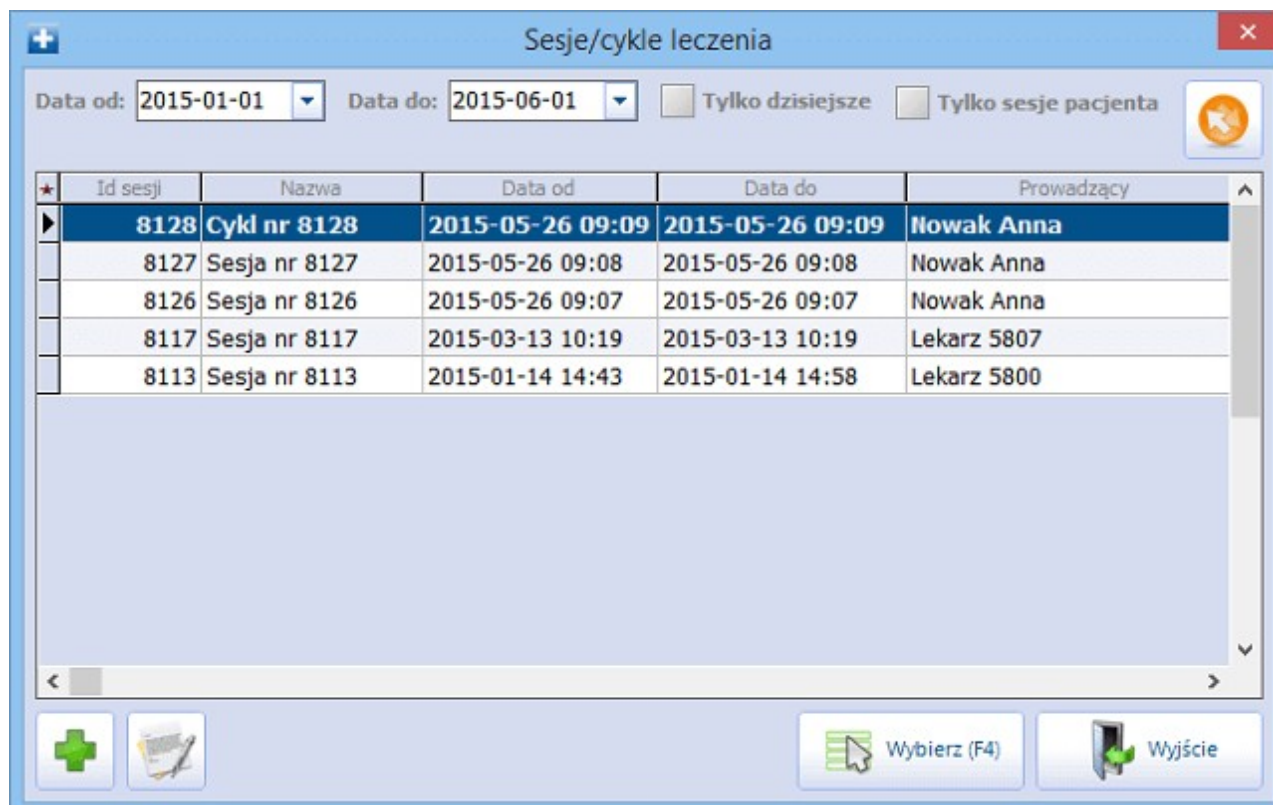
Jeżeli Fundusz wymaga przesyłania informacji o sesji, cyklu, procesie diagnostycznym/terapeutycznym lub realizowanym programie zdrowotnym, należy uzupełnić formatkę **Sesja/Cykl**.

Dodania informacji o sesji/cyklu dokonuje się poprzez wybór przycisku .

Skorzystanie z przycisku powoduje uzupełnienie pól znajdujących się na formatce danymi pobranymi z wizyty.

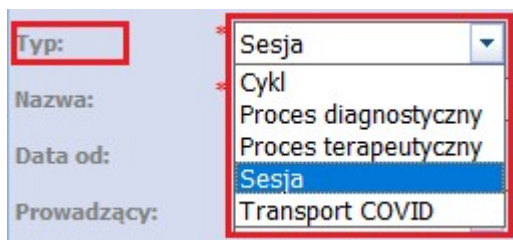
Opis pól znajdujących się na formatce:

- **ID danych** – w polu pojawi się ID wprowadzanych danych po dodaniu nowej sesji/cyklu za pomocą przycisku dodaj „+”.
Po wybraniu przycisku wyboru [...], znajdującego się obok **ID danych**, otwarte zostanie okno **Sesje/cykle leczenia**, w którym znajdują się wprowadzone do programu sesje. Wyboru zaznaczonej sesji dokonuje się poprzez przycisk **Wybierz** lub dwukrotnym kliknięciem lewym przyciskiem myszy na daną sesję.



- **Tylko dzisiejsze** – zaznaczenie parametru ograniczy zakres wyświetlanych sesji/cykli do tych zrealizowanych w dniu dzisiejszym.
- **Tylko sesje pacjenta** – zaznaczenie parametru ograniczy zakres wyświetlanych sesji/cykli do tych, które zostały zrealizowane danemu pacjentowi.
- **Typ** – możliwe typy do wyboru:
 - sesja,
 - cykl,
 - proces diagnostyczny,
 - proces terapeutyczny,
 - transport COVID.

Wybranie przycisku „+” podpowiada typ na podstawie ostatnio wprowadzanych danych. Przykład: jeżeli ostatnim ewidencjonowanym typem sesji/cyklu był cykl, po wybraniu przycisku „+” podpowiedziany zostanie typ: cykl.



- **Nazwa** – w polu wyświetla się nazwa i kolejny numer danych sesji/cyklu.
- **Data od-do** – oznacza datę odbycia się sesji/cyklu. Data podpowiada się automatycznie na podstawie dat zawartych w realizacji wizyty.
- **Prowadzący** – w polu wyświetlają się dane osoby personelu realizującej sesję/cykl, pobierane z danych wizyty. Za pomocą przycisku wyboru [...] można dokonać zmiany osoby prowadzącej.
- **Rok umowy** – rok umowy podpowiadany jest na podstawie wybranego w programie roku

- rozliczeniowego i wskazanych dat na wizycie.
- **Nr umowy** – numer umowy podpowiadany jest na podstawie zdefiniowanych ustawień domyślnych personelu. Nr umowy można również wybrać ręcznie.
- **Zakres świadczeń** – zakres świadczeń podpowiadany jest na podstawie zdefiniowanych ustawień domyślnych personelu. Dane można wprowadzić również za pomocą przycisku wyboru [...].
- **Świadczenie** - świadczenie podpowiadane jest na podstawie zdefiniowanych ustawień domyślnych personelu. Dane można wprowadzić również za pomocą przycisku wyboru [...].



– przycisk „Wyczyść” usuwa wszystkie dane znajdujące się na formatce Sesja/cykl.

11.7 Ratownictwo

Formatka aktywuje się, jeżeli ewidencjonowana jest wizyta "Ratownictwo". W pozostałych przypadkach formatka jest niedostępna.

Wizyta:	* Ratownictwo	Umowa:	
Przyjęcie:	* Bez skierowania	Tryb:	* Planowane bez wymagań

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*). Część pól uzupełni się automatycznie danymi, które wprowadzone zostały na formatce *Realizacja*, bądź podpowiedzą się automatycznie na podstawie powiązanej [księgi ratownictwa medycznego](#). Pozostałe dane wymagają samodzielnego uzupełnienia.

Uzupełnianie świadczeń Schematy wizyt

Nr świadczenia: **ID wizyty:** **Rodzaj danych:** **Pacjent:** **51 lat** **Ubezpieczenie:** 100% eWUŚ

Rok księgi: * 2021 **Nr księgi:** * 1 **Nr w księdze:** * 1

Nr powiadomienia: * 1BT/2019 **Kod zespołu:** * NEUR1

Dane wzywającego: **Telefon:**

Przyjmujący wezwanie: Adam **Kod dyspozytora:**

Członek zespołu 1: * Anna Kierownik

Członek zespołu 2: * Jan Kierownik

Członek zespołu 3: Kierownik

Członek zespołu 4: Kierownik

Członek zespołu 5: Kierownik

Przyczyna wyjazdu: * Nagłe zachorowanie

Miejsce zdarzenia: * Dom **Miejscowość:** 0121169 ... Kraków

Miejsce czynności: * W obrębie rejonu

Wyjazd poza miasto powyżej 10 tysięcy mieszkańców Wyjazd transgraniczny

Data powiadomienia o zdarzeniu: * 28-10-2021 12:38 **Data przybycia na miejsce zdarzenia:** * 28-10-2021 12:38

Data przekazania dyspozycji wyjazdu: * 28-10-2021 12:38 **Data przekazania opieki:** 28-10-2021 12:38

Data wyjazdu zespołu: * 28-10-2021 12:38 **Data zakończenia czynności:** * 28-10-2021 12:38

Tryb zakończenia: * Os., której udzielono świadcz. na miejscu zdarzenia, nie przewożąc jej do szp. oddz. ratunkowego

Instytucja przyjmująca:

Przyjęcie:

Zgon:

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formatce:


- **Nr księgi** – numer księgi ratownictwa medycznego na podstawie komórki organizacyjnej wybranej w polu "Komórka org." na formatce *Realizacja*. Warunkiem podpowiadania się księgi jest [powiązanie jej z komórką org.](#), w której ewidencjonowane są udzielone czynności przez ratownictwo medyczne.
- **Nr w księdze** – w polu wyświetla się kolejny nr w księdze ratownictwa medycznego, jeśli [włączono parametr](#) "Włącz automatyczną numerację w księdze ratownictwa medycznego".
Jeśli powyższy parametr nie zostanie włączony, w polu należy ręcznie wprowadzić numer w księdze.
- **Kod zespołu** – w polu podpowiada się kod edycyjny komórki organizacyjnej, w której ewidencjonowany jest wyjazd.
- **Członek zespołu** – dane członków zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Pierwszy członek zespołu podpowiadany jest przez system i jest nim osoba realizująca wizytę, wprowadzona na formatce *Realizacja*. Pozostałe osoby należy wybrać z listy personelu za pomocą przycisku wyboru [...].


11.8 Skierowanie

Formatka aktywuje się, jeżeli ewidencjonowana jest wizyta z następującym trybem przyjęcia: „Ze skierowaniem” lub „Kontynuacja ze skierowaniem”. W pozostałych przypadkach formatka jest niedostępna.

The screenshot shows the 'Skierowanie' form in a medical software interface. At the top, there are dropdown menus for 'Wizyta:' (Specialist) and 'Kont. lecz.:' (Leave under care). Below, 'Przyjęcie:' (With referral) and 'Tryb:' (Planned with referral) are also set. The main form area contains fields for 'Nr świadczenia:', 'ID wizyty:', 'Rodzaj danych:' (Skierowanie), 'Pacjent:' (48 lat, 100% eWUŚ), 'ID skierowania:', 'Data wystawienia:' (2017-04-11), 'Rodzaj danych:' (Skierowanie), 'Nr skierowania:', 'Instytucja kierująca:' (REGON 070770781, MEDICUS s.c.), 'Personel kierujący:' (ID 20347, Nowak Anna), 'Kod res. cz. VII:' (001), and 'Kod res. cz. VIII:' (0010, Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej). A magnifying glass icon is highlighted in a red box. At the bottom, there is a table titled 'Pozostałe dane powiązane ze skierowaniem' with columns for 'Data', 'Rodzaj', 'Komórka org.', and 'Realizujący'.

Opis pól znajdujących się na skierowaniu:


- **ID skierowania** - za pomocą przycisku  dokonuje się wyboru skierowania pacjenta, na podstawie którego kontynuuje się jego leczenie.
- **Rodzaj** – do wyboru:
 - Skierowanie
 - Karta DiLO
- **Nr skierowania** – unikalny numer skierowania wprowadzany ręcznie lub automatycznie. Aby aplikacja nadawała numer automatycznie należy włączyć parametr "Włącz automatyczną numerację skierowań" znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja > Podstawowe](#). Numer skierowania składa się z: numeru narastającego, kodu resortowego cz VIII komórki oraz roku np. 1/001/2018.

- **Data wystawienia** – data wystawienia skierowania wybierana za pomocą kalendarza lub wprowadzana ręcznie.
- **Typ zleceniodawcy** - do wyboru:
 - **Podmiot leczniczy** - każda placówka świadcząca usługi zdrowotne.
 - **Instytucja** – pozostałe instytucje, które nie świadczą usług zdrowotnych, ale mają możliwość skierowania pacjenta do placówki ochrony zdrowia np. sąd.
 - **Osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą**
 - **Praktyka zawodowa**
 - **Lekarz wykonujący zawód w UE** - pozycja dodana w związku z opublikowanymi zmianami dla komunikatu SWIAD. Dla tego typu zleceniodawcy nie jest wymagane uzupełnienie personelu kierującego.
- **Instytucja kierująca** – instytucja kierująca pacjenta na leczenie. Jej wyboru dokonuje się za pomocą przycisku .
- **Personel kierujący** - personel kierujący (wystawiający skierowanie).
- **Kod resortowy cz. VII** – 3-znakowy kod resortowy, identyfikujący komórkę organizacyjną wykonującą świadczenia zdrowotne w ramach zakładu. Kod zawiera się w przedziale od 001 do 999.
- **Kod resortowy cz. VIII** – 4-znakowy kod resortowy, charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej.
- **Uwagi** – w polu wyświetlane są uwagi, które zostały wprowadzone w Terminarzu lub w danych pacjenta w Kartotece pacjentów.

Wszystkie skierowania zgromadzone w bazie programu mMedica są prezentowane w ścieżce: [Ewidencja > Specjalne > Przegląd skierowań na wizytę](#).

Jeżeli wizyta rozliczana jest poprzez *Terminarz* lub *Gabinet* i w danych skierowania został dodany załącznik (podczas rezerwacji/rejestracji lub bezpośrednio na wizycie w Gabinetcie), na zakładce skierowania w oknie



Uzupełnianie świadczeń uwidoczniony zostanie dla niej przycisk , umożliwiający podgląd tego załącznika.

Opis formatki *Skierowanie* dla trybu przyjęcia "Kontynuacja ze skierowaniem":

W przypadku, gdy wprowadzana wizyta jest kontynuacją leczenia, przy czym mają być w niej zawarte dane skierowania wprowadzonego we wcześniejszej wizycie, w polu "Przyjęcie" należy wybrać wartość "Kontynuacja ze skierowaniem".

Wtedy na formatce *Skierowanie* system automatycznie podpowie skierowanie z poprzedniej wizyty.


Uzupełnianie świadczeń

nr świadczenia: ID wizyty: Rodzaj danych: Pacjent: 48 lat Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

ID skierowania: 229062 Rodzaj danych: Skierowanie Nr skierowania: Data wystawienia: 2016-01-03 Typ zleceniodawcy: Podmiot leczniczy Instytucja kierująca: REGON 278012909 "LOGMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością - Niepublicznym... Personel kierujący: ID 36489 ADAMCZYK DANUTA Kod res. cz. VII: 001 Kod res. cz. VIII: 0032 Poradnia (gabinet) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej Uwagi:

Pozostałe dane powiązane ze skierowaniem

Data	Rodzaj	Komórka org.	Realizujący
2016-01-18 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-19 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-20 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-21 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-22 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-25 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna

W polu "ID skierowania" podpowie się ID skierowania na wizytę, na podstawie którego pacjent kontynuuje leczenie. System podpowiada ostatnio dodane skierowanie w danej komórce organizacyjnej dla tego samego rozpoznania głównego. Jeśli istnieje konieczność zmiany skierowania, na podstawie którego realizowana będzie wizyta, należy wybrać przycisk  obok pola "ID skierowania". Otwarte zostanie okno *Wybór skierowania na wizytę*, dając użytkownikowi możliwość wyboru odpowiedniego skierowania.

Wybór skierowania na wizytę – 2015-05-21, Gabinet fizjoterapii

Komórka realizująca: 45 – Gabinet fizjoterapii

Data wyst.	Kod rozp.	Personel kierujący	Instytucja kierująca	Kod res. cz. VII/VIII	ID skier.	DILO
2015-05-05	M47	Lekarz 87054	NZOZ Sante	001/1310	218327	

Wybierz Wyjście

W przypadku, gdy pacjent miał zrealizowanych więcej wizyt ze skierowaniem w tej komórce organizacyjnej, w oknie zostanie wyświetlonych kilka pozycji. Po podświetleniu odpowiedniego skierowania i wybraniu przycisku **Wybierz**, pola na formacie *Skierowanie* wypełnią się automatycznie danymi wybranego skierowania.

W dolnej części formatki znajduje się tabela **Pozostałe wizyty i rezerwacje powiązane ze skierowaniem** (zdj. powyżej). Prezentowane są w niej dane dotyczące wszystkich wizyt pacjenta powiązanych ze skierowaniem. Dzięki temu użytkownik w sposób szybki i przejrzysty może podejrzeć dane dotyczące np. pierwszej wizyty, na której zostało zaewidencjonowane skierowanie.

Uwaga! W przypadku ewidencji wizyty z przyjęciem „Kontynuacja ze skierowaniem”, pola znajdujące się na formacie *Skierowanie* są nieaktywne – użytkownik nie może zmienić znajdujących się na niej danych. W celu zmiany danych dotyczących skierowania, należy odszukać i otworzyć pierwszą wizytę pacjenta, na której dane skierowania zostały wprowadzone (będzie to wizyta z przyjęciem „Ze skierowaniem”). Następnie wybrać przycisk **Edytuj** (zdj. powyżej), który spowoduje wyświetlenie stosownego komunikatu:

Modyfikacja danych skierowania wpłynie na wszystkie wizyty i rezerwacje powiązane z tym skierowaniem.
Kontynuować?

TAK NIE

Wybranie przycisku **Tak** aktywuje pola, aby użytkownik mógł dokonać zmiany danych. Zatwierdzenie modyfikacji danych skierowania wpłynie na wszystkie wizyty i rezerwacje powiązane z tym skierowaniem.

11.9 Dodatkowe


Aktywność poszczególnych pól i sekcji na formatce uzależniona jest od rodzaju wizyty, wybranego w polu "Wizyta" na zakładce [Realizacja](#).

Wizyta: *	Specjalistyczna	Kont. lecz.:	Pozostawienie pod opieką pora
Przyjęcie: *	Ze skierowaniem	Tryb: *	Planowane ze skierowaniem

Dla wskazanego rodzaju wizyty "Specjalistyczna" formatka *Dodatkowe* pozwala na ewidencję oceny sprawności wg skali Zubroda-ECOG-WHO wykonywanej przed każdym cyklem chemioterapii i radioterapii oraz na ewidencję terapeutycznych programów zdrowotnych.

W związku z Zarządzeniem nr 23/2023/DI Prezesa NFZ (zawierającym wytyczne dla komunikatu SWIAD 10;10,2) w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica została dodana sekcja **Personel realizujący**, umożliwiająca wprowadzenie dodatkowego personelu realizującego wizytę. Domyślnie wyświetlany jest w niej personel realizujący wybrany na zakładce [Realizacja](#). Aby dodać kolejnego realizującego, należy skorzystać z



przycisku  i ze słownika personelu wewnętrznego, który się wyświetli, wybrać odpowiednią pozycję. Dla utworzonych rekordów można uzupełnić kolumny "Data od" oraz "Data do", przy czym należy również określić dokładną godzinę i minuty początku i końca realizacji. Brak uzupełnienia tych kolumn będzie interpretowany jako czas trwania realizacji identyczny z czasem trwania wizyty.

Istnieje możliwość dodania kilku pozycji tego samego personelu, pod warunkiem, że ich okresy realizacji są rozbieżne. Zasada ta nie dotyczy różnych realizujących.

Uwaga! Jeżeli wizyta wprowadzona została w [Gabiniecie](#), to po uzupełnieniu w jej danych rozliczeniowych dodatkowego personelu realizującego zablokowana będzie możliwość zmiany realizującego w oknie danych podstawowych wizyty (przycisk **Dane podstawowe** na formatce wizyty w Gabinecie). Ponadto, jeżeli dla przynajmniej jednej pozycji personelu zostaną uzupełnione kolumny "Data od" i "Data do", niemożliwa będzie również zmiana daty wizyty we wspomnianym oknie.

Realizacja

ICD9

Procedury

Rozp. wspót.

POZ

Świadc. POZ

POZ

Badania POZ

Sesja/Cykl

Ratownictwo

Skierowanie

Dodatkowe

Rozliczenia

Ubezpieczenie

Wyst. zlecenia

Badanie genetyczne materiału archiwalnego

Pierwotna data pobrania materiału:

Transport sanitarny

Cel przewozu: Dopłata pacjenta:

Ocena sprawności wg skali Zubroda-ECOG-WHO

Personel realizujący

*	Nazwisko i imię	Rodzaj	Data od	Data do
▶				

Zakwaterowanie

*	Miejsce	Data od	Data do
▶			

Programy leczenia

*	Kod	Nazwa	Data rozp.
▶			

Ocena ICF


*	Kod	Nazwa	Rozpoczęcie			Zakończenie		
			K1	K2	K3	K1	K2	K3
▶								

W sekcji *Zakwaterowanie* wprowadza się szczegółowe informacje o datach i miejscu zakwaterowania pacjenta (np. pomieszczenie podmiotu leczniczego).

W przypadku uczestnictwa pacjenta w programie leczenia (terapeutycznym programie zdrowotnym) należy wprowadzić nazwę programu i datę rozpoczęcia leczenia w sekcji *Programy leczenia*. W tym celu należy kliknąć w przycisk wyboru [...] znajdujący się w kolumnie "Kod" i ze słownika programów leczenia wybrać odpowiedni program. Jeśli w dostępnym słowniku brakuje realizowanego programu leczenia, można dodać go do słownika znajdującego się w ścieżce: [Ewidencja > Słowniki > Słownik programów leczenia](#).

W aplikacji mMedica istnieje funkcja podpowiadania daty rozpoczęcia leczenia w programie, który został już wcześniej zaewidencjonowany.

Na formatce *Dodatkowe* została dodana sekcja *Ocena ICF*, umożliwiająca wprowadzenie oceny stanu pacjenta przy wykorzystaniu słownika Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Pozwala to na ewidencję danych zgodnie z wytycznymi dla świadczeń z zakresu fizjoterapii, opublikowanymi w komunikacie SWIAD. W kolumnie "Rozpoczęcie" oraz "Zakończenie" pod nagłówkami "K1", "K2", "K3" umożliwiono wybór odpowiednich kwalifikatorów dla rozpoczęcia i zakończenia cyklu.

Aktywacji pól wyboru w powyższych sekcjach dokonuje się za pomocą przycisku  umiejscowionego po prawej stronie każdej z nich.

Dla potrzeb sprawozdawczości komunikatem I fazy (SWIAD) danych z zakresu transportu sanitarnego, dodano pola "Cel przewozu" oraz "Dopłata pacjenta". Pola te są aktywne dla wybranego rodzaju wizyty "Inna".

Wizyta: * Inna

Nr świadczenia: ID wizyty: Rodzaj danych: Pacjent: PESEL

Badanie genetyczne materiału archiwalnego
Pierwotna data pobrania materiału:

Transport sanitarny
Cel przewozu: Dopłata pacjenta:

Ocena sprawności
Inny cel
Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego
Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia

Zakwaterowanie

*	Miejsce	Data od	Data do
▶			

Programy leczenia

*	Kod	Nazwa	Data rozp.
▶			

Ocena ICF

*	Kod	Nazwa	Rozpoczęcie			Zakończenie		
			K1	K2	K3	K1	K2	K3
▶								

Dodatkowe

Rozliczenia

Pole "Dopłata pacjenta" będzie aktywne do uzupełnienia po wybraniu z listy rozwijalnej odpowiedniego celu przewozu.

11.10 Rozliczenia

Do pełnego rozliczenia wizyty konieczne jest uzupełnienie jej o informacje dotyczące świadczeń, które zostały pacjentowi udzielone. W tym celu należy wybrać ikonę **Rozliczenia**, znajdującą się w lewym panelu formatki *Uzupełniania świadczeń*.

W oknie będą wyświetlane [pozycje rozliczeniowe](#), odpowiadające świadczeniom wskazanym z umowy elektronicznej, jeśli zostaną dodane przez użytkownika. W dolnej części okna *Rozliczenia* znajduje się rekord "Razem", w którym prezentowana jest zsumowana wartość krotności i liczby wykonanych jednostek dla wszystkich pozycji rozliczeniowych.

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' application window. At the top, there are fields for 'Nr świadczenia:', 'ID wizyty:', and 'Pacjent:'. Below these is a table with columns: Błąd, ID rozl., ID rozl. kor., Nr umowy, Rok, Miesiąc, Zakres świadczeń, Świadczenie, Wyr., Krotność, Liczba wyk. jedn., Data od, Data do, and Status. The table contains three rows of data. At the bottom, there is a summary row labeled 'Razem:' with values 3 and 62 in the 'Krotność' and 'Liczba wyk. jedn.' columns respectively. On the right side, there is a vertical toolbar with icons for adding, editing, deleting, and other actions.

Błąd	ID rozl.	ID rozl. kor.	Nr umowy	Rok	Miesiąc	Zakres świadczeń	Świadczenie	Wyr.	Krotność	Liczba wyk. jedn.	Data od	Data do	Status
	6		000/00000...	2018	7	02.1220.001...	5.05.00....	1	1	10	2018-07-26	2018-07-26	Wprowadzona
	5		000/000000/...	2018	7	02.1220.001.02	5.06.00....	1	1	45	2018-07-26	2018-07-26	Wprowadzona
	4		000/000000/...	2018	7	02.1220.001.02	5.05.00....	1	1	7	2018-07-26	2018-07-26	Wprowadzona
Razem:									3	62			

W wersji 8.1.0 aplikacji mMedica na liście pozycji rozliczeniowych dodano wyświetlanie dodatkowej kolumny "Wartość", prezentującej dla każdej pozycji wartość iloczynu liczby wykonanych jednostek oraz ceny z umowy, a także w pozycji "Razem" dodatkowego (trzeciego) pola z sumą wartości wszystkich nieusuniętych pozycji. Dane te są widoczne dla użytkownika posiadającego uprawnienie funkcjonalne: **"Przegląd danych umów (cena i wartość świadczenia, wartość umowy)"**. Możliwość aktywacji tego uprawnienia dostępna jest w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#), w danych użytkownika na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi [Rozliczenia](#).

Znaczenie przycisków znajdujących się w prawym panelu okna:



- otwiera formatkę *Pozycja rozliczeniowa*, umożliwiając dodanie [pozycji rozliczeniowej](#) do wizyty.



- otwiera formatkę z danymi rozliczeniowymi pozycji, która została zaznaczona na liście.



- usuwa wskazaną pozycję rozliczeniową.



- uruchamia symulację do [wyznaczenia grup JGP](#), mogących posłużyć do rozliczenia wprowadzonych danych.



- podgląd [wyniku weryfikacji](#) przeprowadzonej przez NFZ dla wskazanej pozycji rozliczeniowej.



- otwiera [kartę informacyjną](#) o udzielonych świadczeniach z możliwością jej wydrukowania. Przycisk dostępny wyłącznie na wizytach realizowanych pacjentom posiadającym ubezpieczenie unijne.

11.10.1 Dodanie pozycji rozliczeniowej

Wybranie przycisku **Dodaj** w oknie *Rozliczenia* otwiera formatkę *Pozycja rozliczeniowa*, na której ewidencjonuje się szczegółowe dane dotyczące rozliczenia wizyty m.in. poprzez dodanie produktów z umowy elektronicznej.

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe zostały oznaczone: (*). Część pól na formatce zostanie uzupełniona automatycznie na podstawie danych, które zostały wprowadzone na formatce *Realizacja* (np. data i miejsce realizacji), bądź dane podpowiedzą się z [ustawień domyślnych](#) personelu. Pozostałe pola wymagają samodzielnego uzupełnienia.

Po uzupełnieniu danych należy zapisać zmiany za pomocą przycisku **Zatwierdź**, w prawym dolny rogu formatki. Na tej podstawie w oknie [Rozliczenia](#) zostanie dodany rekord z pozycją rozliczeniową.

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formatce:

- **Czy eksportować** – w polu domyślnie ustawiona jest wartość "Tak". Wybranie wartości "Nie" powoduje blokadę eksportu części rozliczeniowej wizyty do OW NFZ.
- **Wyróżnik** – określa miejsce udzielania świadczeń (wyróżnik wynika z definicji umowy elektronicznej). Jeśli gabinet ma kilka miejsc udzielania świadczeń, należy wybrać odpowiedni wyróżnik.
- **Krotność faktyczna** – wynika ze schematu krotności, jaki odpowiada danemu świadczeniu. Dla świadczeń jednodniowych krotność zazwyczaj wynosi 1 i podpowiada się automatycznie po wyborze świadczenia. Dla świadczeń stacjonarnych krotność odpowiada liczbie osobodni.

Znaczenie przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Nowy** - dodaje nową pozycję rozliczeniową. Przycisk aktywny, jeśli dotychczas wprowadzana pozycja została zapisana.
- **Usuń** - usuwa pozycję rozliczeniową. Przycisk aktywny, jeśli dotychczas wprowadzana pozycja została zapisana.
- **Zatwierdź i kopiuj** - przycisk wybiera się, jeśli istnieje konieczność dodania kilku rozliczeń z tymi samymi danymi. Spowoduje to dodanie pozycji rozliczeniowej, bez wychodzenia z okna, i skopiowanie dotychczas wprowadzonych danych do kolejnego zatwierdzenia.
- **Zbiorczo rozliczenia wg dat** - zbiorcze dodawanie rozliczeń dla dat wskazanych w kalendarzu. Funkcja dostępna w wersji PLUS aplikacji mMedica.

Uzupełnianie świadczeń

Funkcje dodatkowe

Nowy Usuń Zatwierdź i kopiuj Zbiorczo rozliczenia wg dat

Pozycja rozliczeniowa

Data realizacji

Od: * 27-01-2022 do: * 27-01-2022 Miesiąc: * Styczeń Rok: * 2022 Czy eksportować: Tak

Dane realizacji

Miejsce realizacji: Poradnia neurologiczna

Zakres świadczeń: * 02.1220.001.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII

Świadczenie: * 5.03.00.0000006 ... USG DOPPLER DUPLEX Z KOLOROWYM OBRAZOWANIEM PRZEPŁYWU

Wyróżnik: * 1 Waga: 12 Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: * 000/000000/02/1/2018

Krotność faktyczna: * 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 12 Koszt:

Taryfa: Współczynnik: 1

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Ubezpieczyciel: Kraje Unii Europejskiej Id dodatkowej dokumentacji:

1. Sposób rozl. 2. Stomatologia 3. Hemodializa 4. Dane POZ/SPO 5. Dane AOS 6. JGP 7. Dokumenty 8. Zgody 9. Faktury zak. 10. Leki

Umiejscowienie: Powierzchnia zęba: Wyczyść

Zatwierdź Anuluj

Oprócz danych, których uzupełnienie jest obligatoryjne, może istnieć konieczność ewidencji i przekazania do OW NFZ dodatkowych informacji, co wynika z zasad rozliczania poszczególnych zakresów. Przykładowo, podczas rozliczania wybranych świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii, istnieje wymóg przekazania informacji o efekcie udziału w programie badań prenatalnych - do czego służy zakładka 3. Dane POZ/SPO. Z kolei w przypadku udzielania świadczeń stomatologicznych odnotowuje się informacje o umiejscowieniu oraz powierzchni zęba, którego dotyczy usługa.


Poniżej opisano krótko poszczególne zakładki znajdujące się na formatce *Pozycja rozliczeniowa*.

Zakładka: Sposób rozl.

Zakładka została dodana w wersji 8.0.0 aplikacji mMedica i zastąpiła wcześniej istniejące pole o tej samej nazwie.

1. Sposób rozl. 2. Stomatologia 3. Hemodializa 4. Dane POZ/SPO 5. Dane AOS 6. JGP 7. Dokumenty 8. Zgody 9. Faktury zak. 10. Leki

Kod	Nazwa	Wartość
WKW	Świadczenia rozliczane według współczynnika korygującego (wiek)	1,5

Dodania kodu specjalnego rozliczenia dokonuje się poprzez naciśnięcie , a następnie wybranie odpowiedniej pozycji ze słownika. W związku z zarządzeniem nr 128/2021/DSOZ Prezesa NFZ na zakładce została udostępniona możliwość wprowadzenia wielu kodów. Przy dodawaniu kolejnej pozycji program weryfikuje, czy zgodnie z aktualnymi wytycznymi dany sposób rozliczenia może się łączyć z innymi. Jeżeli nie, wyświetli się stosowny komunikat.

Na podstawie wybranych sposobów rozliczenia zostanie wyznaczona zgodnie z obowiązującym algorytmem wartość w polu "Kr. rozliczeniowa".

W wersji aplikacji 9.8.0 w sekcji [Konfigurator > Ewidencja > podstawowe](#), Dodano parametr **Automatycznie wyznaczaj sposób rozliczenia WKR przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych**, umożliwiający wyłączenie automatycznego wyliczania współczynnika WKR, w przypadku realizacji wielu wizyt pacjenta w tym samym dniu. Szczegóły dotyczące działania parametru opisano w rozdziale [konfigurator](#).

Zakładka: Stomatologia

Dane uzupełniane w przypadku realizacji świadczeń z zakresu stomatologii:

- **Umiejscowienie** – z dostępnego słownika wskazuje się umiejscowienie realizacji świadczenia.
- **Powierzchnia zęba** – pole aktywowane po wskazaniu wybranych umiejscowień.

W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w ramach funkcjonalności Modułu Stomatologicznego w Konfiguratorze został udostępniony parametr pozwalający na ustawienie domyślnego wyświetlania zakładki [Stomatologia](#) jako otwartej po uruchomieniu okna pozycji rozliczeniowej. Więcej informacji na ten temat zawiera [instrukcja obsługi](#) wspomnianego modułu.

Zakładka: [Hemodializa](#)

Dane uzupełnianie w przypadku realizacji świadczeń z zakresu hemodializy.

Zakładka: [Dane POZ/SPO](#)

Uzupełniana, jeśli przekazuje się do OW NFZ informacje o objęciu pacjenta opieką środowiskową (skala Barthel) lub o efekcie udziału w programie profilaktycznym:

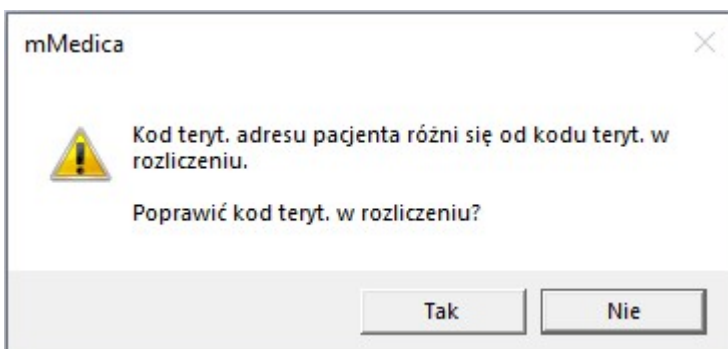
- gruźlicy,
- chorób odtytoniowych,
- badań prenatalnych.

Aby wynik skali Barthel automatycznie podpowiadał się na kolejnych wizytach pacjenta, informację o skali należy dodać w [czynniki ryzyka](#) w danych medycznych pacjenta. W oknie *Czynniki ryzyka i wywiady* należy przejść na zakładkę 3. *Wywiady* i w polu "Wynik wg zmodyf. skali Barthel" wprowadzić odpowiednią wartość.

Zakładka: [Dane AOS](#)

Dane uzupełnianie m.in. w przypadku realizacji świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej, psychiatrii i leczenia uzależnień lub okulistyki.

Od wersji 10.1.0 aplikacji mMedica weryfikowana jest zgodność wprowadzonego kodu terytorialnego (w sekcji [Psychiatria i leczenie uzależnień](#)) z danymi adresowymi pacjenta. W przypadku niezgodności wyświetlony zostanie komunikat:



Uzupełnianie świadczeń

Pole "Czy student" oznaczane będzie automatycznie, jeśli w danych pacjenta zaznaczono, że pacjent jest studentem (checkbox "Student" na zakładce 1. Dane pacjenta).

Na podstawie wytycznych komunikatu SWIAD w sekcji Okulistyka wprowadzono podział na oko lewe i prawe.

1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP 6. Dokumenty dod. 7. Zgody płatnika 9. Faktury zakupowe 10. Leki

Rozliczenia z tytułu OC
Status: Nr pisma:

Opieka okołoporodowa
Tydzień ciąży: Termin porodu:

Psychiatria i leczenie uzależnień
Teryt: 2469011 Katowice (miasto) Czy student

Okulistyka (oko lewe / oko prawe)
Ostrość: Czy pęknięcie torebki tylnej: Czy zapalenie: / Ostrość: Czy pęknięcie torebki tylnej: Czy zapalenie:

Zakładka: JGP

Na zakładce prezentowane są dane dotyczące Jednorodnych Grup Pacjentów. Szczegółowy opis [wyznaczania grup JGP](#) znajduje się w odrębnym rozdziale.

Zakładka: Dokumenty

Na zakładce ewidencjonuje się dokumenty dodatkowe pacjenta, których przekazanie do OW NFZ jest wymagane.

- Kod systemu – na przykład: CBE, KOL, UDA, DiLO, SKdokument
- Id dokumentu

1. Sposób rozl. 2. Stomatologia 3. Hemodializa 4. Dane POZ/SPO 5. Dane AOS 6. JGP 7. Dokumenty 8. Zgody 9. Faktury zak. 10. Leki

Kod systemu	ID dokumentu	Wersja	Data
CBE			
DILO			
KOL			
KOS-BAR			
KOS-ZAWAL			
PIL-CZP			
PIL-KARD			
PIL-KONS			
PIL-KOSM			
PIL-ONKO			
PIL-TROM			
POZ-BILANS			
POZ-DMP			
SKdokument			
UDA			

Zakładka: Zgody

Uzupełnianie, jeśli udzielone świadczenia mają zostać rozliczone na podstawie indywidualnej zgody wydanej pacjentowi przez NFZ.

11.10.2 Karta informacyjna UE

Podstawą rozliczenia świadczeń udzielonych ubezpieczonym z państw członkowskich UE jest Karta informacyjna o udzielonych świadczeniach - dostępna w programie mMedica wyłącznie na wizytach

realizowanych pacjentom posiadającym ubezpieczenie unijne pod postacią ikony **Karta UE** .

Okno dialogowe *Karta informacyjna o udzielonych świadczeniach* składa się z trzech zakładek, zawierających nast. informacje:

1. **Dane podstawowe** - dane świadczeniodawcy oraz dane pacjenta i jego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie.
2. **Rodzaj udzielonego świadczenia** - informacje dot. udzielonego świadczenia np. data wizyty, rodzaj świadczenia, tryb przyjęcia, rozpoznanie. Wymienione dane podpowiadane są na podstawie danych wprowadzonych w wizycie pacjenta.
3. **Opis udzielonego świadczenia** - szczegółowe informacje dotyczące udzielonego świadczenia, takie jak: badania przedmiotowe, podmiotowe, przebieg choroby, zastosowane leczenie, zalecone leki. W dostępnych polach można ręcznie wprowadzić odpowiedni opis.

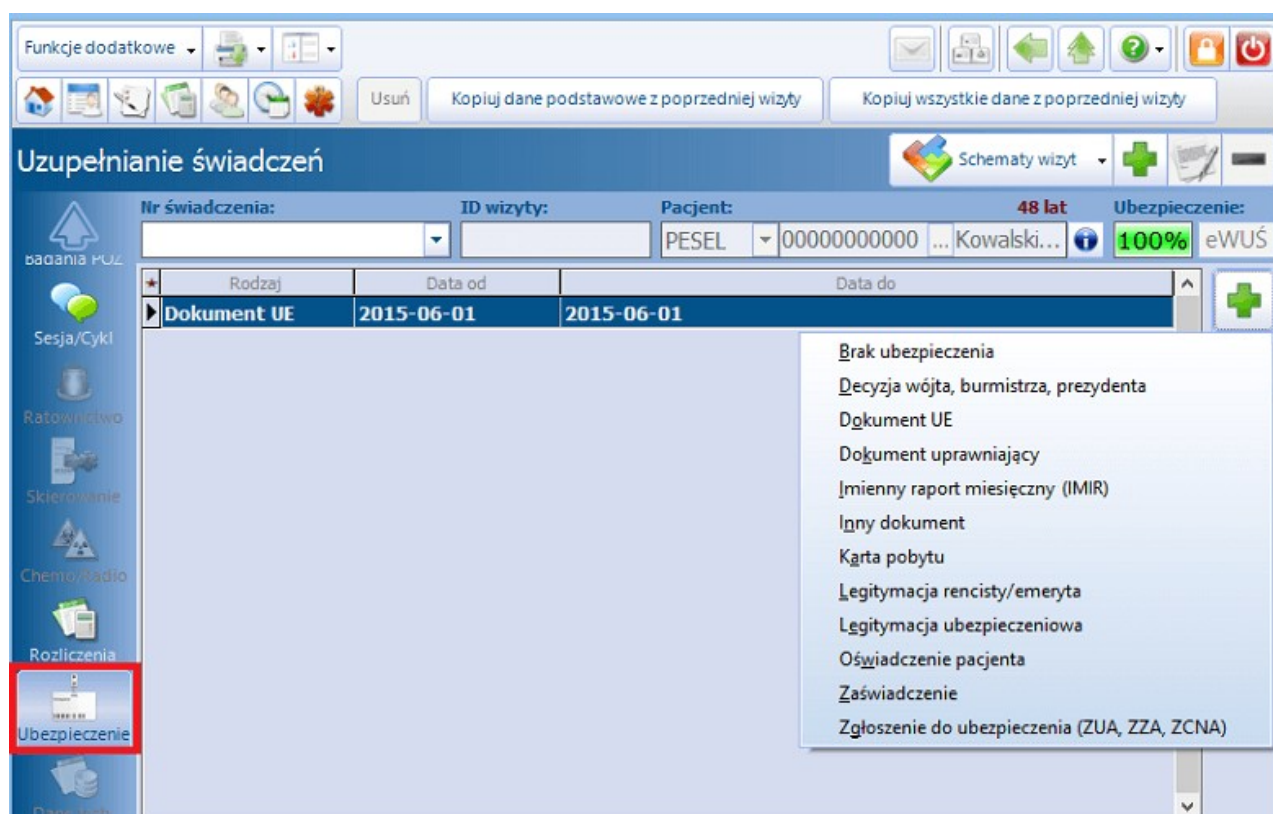
Uwaga! W przypadku wizyty POZ pole **Tryb przyjęcia** na karcie nie jest uzupełniane. Aby na wydruku karty uzyskać informację o trybie przyjęcia należy przejść na zakładkę *2. Rodzaj udzielonego świadczenia* i ręcznie zaznaczyć tryb przyjęcia - nagły lub planowy.

Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych danych można dokonać wydruku karty, poprzez wybranie przycisku **Drukuj**.

Dane z Karty informacyjnej o udzielonych świadczeniach pobierane są do wydruku zbiorczego zestawienia świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji (tzw. [sprawozdanie p710a](#)) dostępnego w ścieżce: [Rozliczenia](#) > [Przegląd sprawozdań](#) > [Funkcje dodatkowe](#).


11.11 Ubezpieczenie

Formatka umożliwia podejrzenie dodanych na wizycie dokumentów ubezpieczeniowych pacjenta, a także pozwala na dodanie nowych dokumentów.



The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' (Insurance Completion) interface. At the top, there are navigation buttons like 'Usuń', 'Kopij dane podstawowe z poprzedniej wizyty', and 'Kopij wszystkie dane z poprzedniej wizyty'. Below this, the patient information is displayed: 'Nr świadczenia:', 'ID wizyty:', 'Pacjent: PESEL 00000000000 ... Kowalski...', '48 lat', and 'Ubezpieczenie: 100% eWUŚ'. A table lists insurance documents with columns for 'Rodzaj', 'Data od', and 'Data do'. One entry is visible: 'Dokument UE' from '2015-06-01' to '2015-06-01'. A dropdown menu is open, showing a list of document types: 'Brak ubezpieczenia', 'Decyzja wójta, burmistrza, prezydenta', 'Dokument UE', 'Dokument uprawniający', 'Imienny raport miesięczny (IMIR)', 'Inny dokument', 'Karta pobytu', 'Legitymacja rencisty/emeryta', 'Legitymacja ubezpieczeniowa', 'Oświadczenie pacjenta', 'Zaświadczenie', and 'Zgłoszenie do ubezpieczenia (ZUA, ZZA, ZCNA)'. The 'Ubezpieczenie' button in the left sidebar is highlighted with a red box.

- **Rodzaj** – w kolumnie wyświetla się nazwa dodanego dokumentu ubezpieczeniowego, np. eWUŚ.
- **Data od-do** - oznacza datę ważności dokumentu. Okres obowiązywania dokumentu ubezpieczeniowego ustala się w trakcie jego dodawania.

 - wybranie przycisku „Dodaj” wyświetla listę rozwijaną, z której można wybrać odpowiedni dokument ubezpieczeniowy. Dokumenty dostępne w programie mMedica zostały zaprezentowane na powyższym screenie.

Instrukcja dotycząca ewidencji poszczególnych dokumentów ubezpieczeniowych znajduje się w rozdziale: [Dodanie pacjenta](#).

Instrukcja dotycząca pobierania statusu eWUŚ znajduje się w rozdziale: [Sposoby weryfikacji w eWUŚ](#).



– wybranie przycisku „Pokaż dane” otwiera okno z danymi dokumentu ubezpieczeniowego.

11.12 Dane techniczne

Formatka zawiera informacje dotyczące danych technicznych wizyty wprowadzanej do systemu mMedica. Dzięki niej można uzyskać informacje np. o użytkowniku wprowadzającym i modyfikującym świadczenia.

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' (Service Completion) form in the mMedica system. The form is divided into several sections:

- Header:** 'Funkcje dodatkowe' (Additional Functions) and 'Uzupełnianie świadczeń' (Service Completion).
- Service Information:**
 - Nr świadczenia: 00002031640304860501
 - ID wizyty: 218328
 - Pacjent: PESEL 00000000000, 48 lat, Kowalski...
 - Ubezpieczenie: 100% eWUŚ
- Świadczenia (Services):**
 - Data wpisu: 2015-06-01 09:51:04
 - Data modyfikacji: 2015-06-01 10:21:16
 - Użytkownik wpisujący: Nowak Anna
 - Użytkownik modyfikujący: Administrator Pierwszy
- Eksport (Export):**
 - Nr wersji danych: 1
 - Nr wersji danych wyeksportowanych: 0

A sidebar on the left contains navigation icons, with 'Dane tech.' (Technical Data) highlighted in a red box.

Opis pól znajdujących się na formatce:

Sekcja: Świadczenia

- **Data wpisu** – data i godzina wprowadzenia wizyty do systemu.
- **Użytkownik wpisujący** – imię i nazwisko użytkownika, który wprowadził wizytę do systemu.
- **Data modyfikacji** – data i godzina ostatniej modyfikacji wizyty.
- **Użytkownik modyfikujący** – imię i nazwisko użytkownika, który jako ostatni zmodyfikował wprowadzoną wizytę.

Sekcja: Eksport

- **Nr wersji danych** – numer wersji danych wizyty. Po zatwierdzeniu wizyty nr wersji danych wynosi 1. Aby część statystyczna wizyty eksportowana była do NFZ, nr wersji danych musi być zawsze wyższy od nr wersji danych wyeksportowanych. Instrukcja dotycząca podniesienia wersji wizyty znajduje się w rozdziale: [Przegląd wizyt](#).
- **Nr wersji danych wyeksportowanych** – wskazuje ile razy wizyta była już eksportowana do NFZ. Po zatwierdzeniu wizyty nr wersji danych wyeksportowanych wynosi 0, a każdy eksport podbija wersję o 1.

11.13 Wystawione zlecenia

Formatka usunięta z programu w wersji aktualizacji 9.9.0.

Do wersji 9.8.0 widoczna jest tylko dla użytkowników mMedica rozliczających się w śląskim OW NFZ, którzy mają włączoną obsługę kuponów RUM.

W śląskim OW NFZ wizyty, recepty i skierowania dla ubezpieczonych pacjentów realizowane są na kuponach (numerach) wygenerowanych przy użyciu karty ubezpieczenia zdrowotnego (KUZ).

Formatka **Wystawione zlecenia** zawiera informacje o receptach i skierowaniach powiązanych z wizytą pacjenta, a także umożliwia podgląd do wszystkich wcześniej wystawionych recept i skierowań.

Formatka podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie znajdują się dane zleceń powiązanych z wizytą. Najczęściej taka sytuacja będzie występować w przypadku wizyt gabinetowych, na których wystawione zostały skierowania lub recepty.

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' (Service Completion) window. At the top, there are fields for 'Nr świadczenia:' (00000003070156382709), 'ID wizyty: Z Gabinetu' (242), 'Rodzaj danych:' (W, S, R), 'Pacjent:' (PESEL: 00000000000, Kowalski Jan, 48 lat, Ubezpieczenie: 0% eWUŚ). Below this is a table of prescriptions:

Numer	Rodzaj	Kod rozp.
00000003020656382709	Skierowanie	G44.2
00000003030356382709	Skierowanie	G43
	Recepta	

Below the table is a section titled 'Zlecenia nieprzypisane do wizyty' (Prescriptions not assigned to the visit) with a table that is currently empty. On the left sidebar, the 'Wyst. zlecenia' (Issue prescriptions) icon is highlighted with a red box.

Opis kolumn znajdujących się w górnej części okna:

- **Numer** - w polu wyświetlony zostanie numer kuponu/recepty. Dla recepty wystawionej w Gabinetcie numer nie będzie wyświetlany.
- **Rodzaj** - występują dwa rodzaje zleceń:
 - a) Skierowanie** - wyświetlone zostanie skierowanie wystawione pacjentowi na wizycie realizowanej w Gabinetcie lub kupon skierowanie przypisane do wizyty.
 - b) Recepta** - wyświetlona zostanie recepta wystawiona pacjentowi na wizycie realizowanej w Gabinetcie.
- **Kod rozpoznania** - w polu wyświetlony zostanie kod rozpoznania głównego dla zlecenia w rodzaju: Skierowanie.

W dolnym oknie "**Zlecenia nieprzypisane do wizyty**" prezentowane są zlecenia (recepty i skierowania), które zostały wygenerowane, ale nie są powiązane z żadną wizytą. W celu przypisania takich kuponów do wizyty należy zaznaczyć dane zlecenie, poprzez zaznaczenie go w kolumnie [✓]. Po zatwierdzeniu wizyty zaznaczone zlecenie zostanie przypisane do wizyty.

Uzupełnianie świadczeń

Schematy wizyt

Nr świadczenia: 00000003040056382709 ID wizyty: Rodzaj danych: Pacjent: 48 lat Ubezpieczenie: 100% eWUS

Numer	Rodzaj	Kod rozp.				
Zlecenia nieprzypisane do wizyty						
Numer	Rodzaj	Data wyst.	Komórka org.	Wystawiający	Kod rozp.	
<input checked="" type="checkbox"/>	00000003170056382709	Skierowanie	2015-06-03	Poradnia lekarza POZ	Nowak Anna	M40.3
<input checked="" type="checkbox"/>	0201000000002160270887	Recepta	2015-06-03	Poradnia lekarza POZ	Nowak Anna	
<input type="checkbox"/>	02120000000016934073088	Recepta	2015-06-03	Poradnia lekarza POZ	Nowak Anna	

Zatwierdź i wyjdź (F9) Zatwierdź (Shift+F9) Anuluj

Opis kolumn znajdujących się w sekcji: **Zlecenia nieprzypisane do wizyty:**

- [] - zaznaczenie pola [] w kolumnie powoduje powiązanie wybranego zlecenia z wizytą.
- **Numer** - w polu wyświetlony zostanie numer kuponu/recepty.
- **Rodzaj** - występują dwa rodzaje zleceń:
 - a) Skierowanie** - wyświetlony zostanie kupon skierowanie, który został wygenerowany pacjentowi, ale nieprzypisany do wizyty.
 - b) Recepta** - wyświetlona zostanie recepta, która została wygenerowana pacjentowi, ale nieprzypisana do wizyty.
- **Data wyst.** - data wystawienia/wygenerowania zlecenia.
- **Komórka org.** - nazwa komórki organizacyjnej, w której wystawione zostało zlecenie.
- **Wystawiający** - imię i nazwisko osoby wystawiającej zlecenie.
- **Kod rozp.** - kod rozpoznania głównego dla zlecenia w rodzaju: Skierowanie.

Wsparcie rozliczeń

W aplikacji mMedica w ramach dodatkowego modułu "**Wsparcie rozliczeń**" wprowadzono funkcjonalności wspierające ewidencję danych rozliczeniowych. Są nimi:

- [Zbiorcza modyfikacja sposobu rozliczenia](#)
- [Zbiorcze uzupełnienie modyfikatorów](#)
- [Algorytmy automatycznego dodawania rozliczeń](#)
- [Przegląd wyników badań](#)
- [Symulator JGP](#)
- [Kopiowanie rachunków](#)
- Przesyłanie [kart ChUK](#) bezpośrednio do systemu SIMP - [od wersji 10.7.0 aplikacji mMedica](#)

W ramach modułu istnieje także możliwość sprawdzenia procentowego wykonania umowy (szczegóły w rozdziale [Przegląd realizacji planu umowy](#)).

Po zacytaniu licencji zawierającej moduł należy go włączyć w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [System > Moduły dodatkowe](#), parametr "**Wsparcie rozliczeń**").

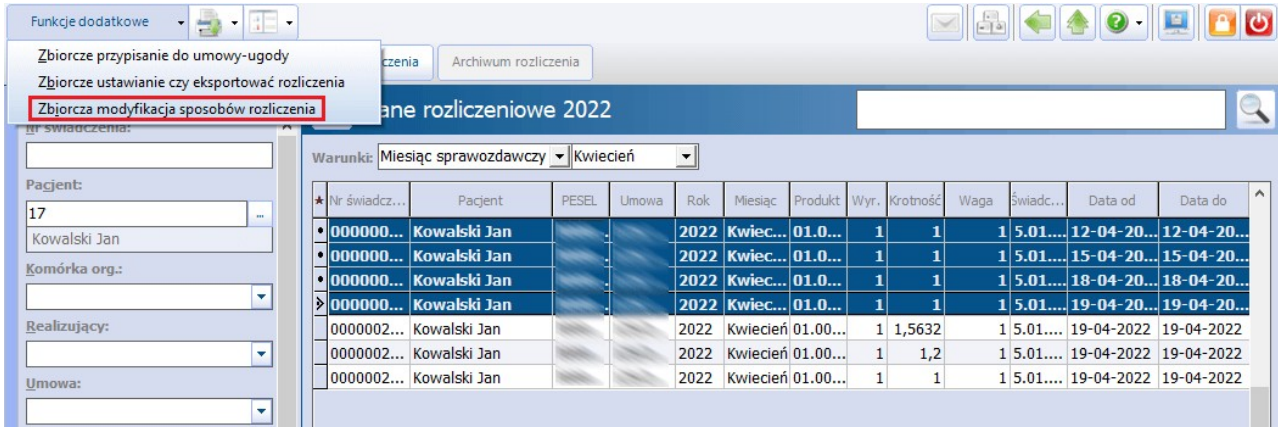
12.1 Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia

Ścieżka: [Rozliczenia > Przegląd rozliczeń > Funkcje dodatkowe > Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia](#)

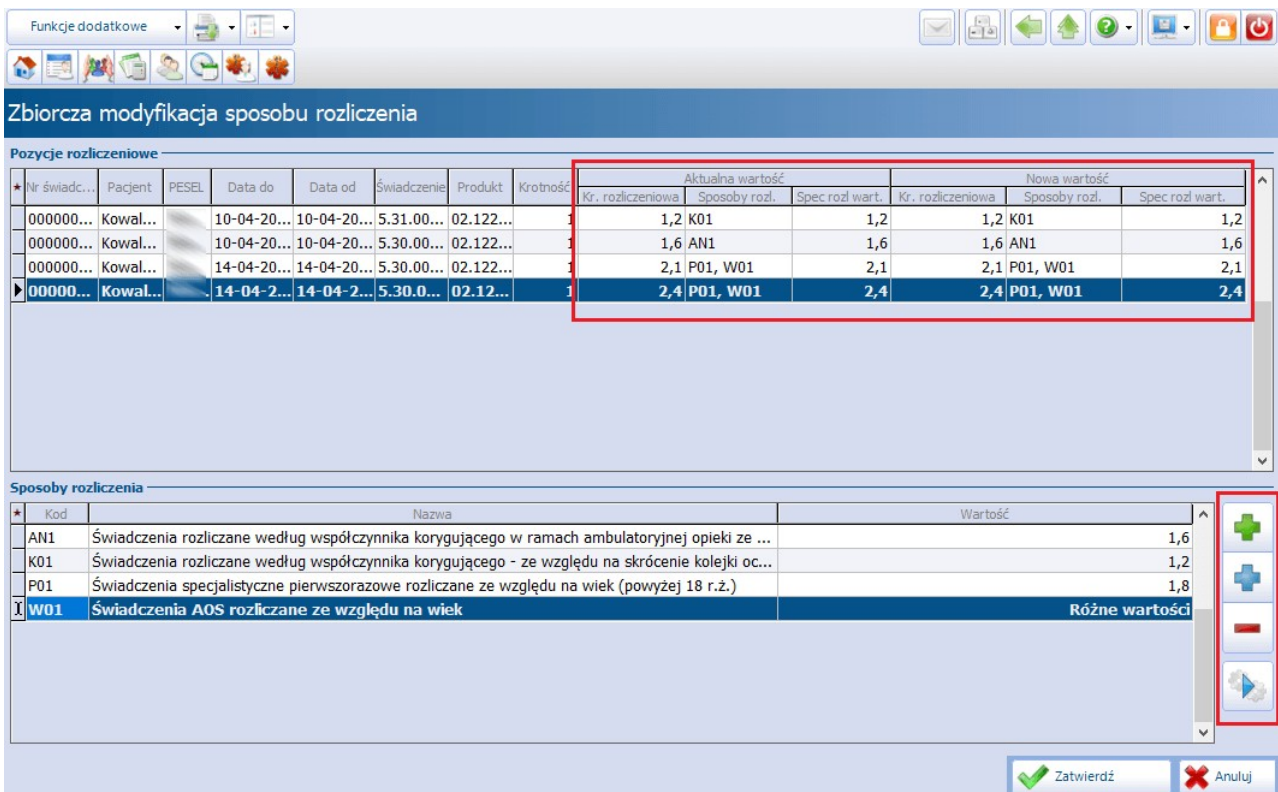
W aplikacji mMedica, w ramach dodatkowego modułu "Wsparcie rozliczeń", istnieje możliwość zbiorczej modyfikacji sposobów rozliczenia, wprowadzonych w danych pozycji rozliczeniowych na zakładce **Sposób rozl.**

Dokładne informacje dotyczące wspomnianej zakładki zawiera rozdział [Dodanie pozycji rozliczeniowej](#).

Aby dokonać omawianej modyfikacji, należy w oknie przeglądu rozliczeń wyszukać, a następnie zaznaczyć pozycje, które mają ulec zmianie, korzystając odpowiednio z klawisza Ctrl lub Shift na klawiaturze i lewego przycisku myszy, a następnie w menu "Funkcje dodatkowe" wybrać pozycję "**Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia**".



Wyświetli się wówczas okno *Zbiórca modyfikacja sposobu rozliczenia*, którego przykład prezentuje poniższe zdjęcie. W wersji 9.1.0 aplikacji mMedica jego wygląd oraz funkcjonalność zostały zmienione.



W tabeli w górnej części okna widoczne będą wskazane do modyfikacji pozycje rozliczeniowe. W odpowiednich kolumnach wyświetlą się informacje dotyczące ich sposobów rozliczenia.

W dolnej części okna, w sekcji Sposoby rozliczenia prezentowana będzie zbiorcza lista wszystkich sposobów rozliczenia, jakie znajdują się we wspomnianych pozycjach. W przypadku występowania sposobów rozliczenia o tym samym kodzie, ale o różnych wartościach, wyświetli się jeden wiersz z tym kodem i z informacją "Różne wartości" w kolumnie "Wartość".

Opis działania przycisków znajdujących się po prawej stronie sekcji (zaznaczonych na powyższym zdjęciu):



Dodaj... - powoduje otwarcie słownika sposobów rozliczenia. Po wybraniu z niego danego sposobu rozliczenia zostanie on dodany zbiorczo do wszystkich rozliczeń widocznych u góry okna. W przypadku

występowania w modyfikowanych rozliczeniach sposobów rozliczenia kolidujących z nowo wybraną pozycją zostaną one automatycznie usunięte.



Przelicz i dodaj... - po wyborze z uruchomionego słownika danego sposobu rozliczenia zostanie on dodany do tych rozliczeń, dla których byłby wyznaczony automatycznie podczas ich ewidencji.



Usuń - usuwa zaznaczony sposób rozliczenia ze wszystkich wyświetlonych pozycji rozliczeniowych, w których występuje.



Przelicz wszystkie - powoduje zastąpienie w wyświetlonych pozycjach aktualnie wybranych sposobów rozliczenia sposobami wyznaczanymi automatycznie, zgodnie z obowiązującą regułą.


Dodane sposoby rozliczenia będą widoczne na liście w sekcji Sposoby rozliczenia. Ponadto indywidualnie dla każdej zmodyfikowanej pozycji rozliczeniowej w kolumnie "Nowa wartość" prezentowane będą kody i wartości wszystkich sposobów rozliczenia znajdujących się w niej po wprowadzeniu zmian.

Po wyborze przycisku **Zatwierdź**, zamieszczonego w prawym dolnym rogu ekranu, nastąpi zapisanie zmian dla modyfikowanych pozycji oraz automatyczne przekierowanie użytkownika do okna przeglądu rozliczeń.

12.2 Zbiorcze uzupełnienie modyfikatorów

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rozliczeń](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiorcze uzupełnienie modyfikatorów](#)

W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica w ramach modułu "Wsparcie rozliczeń" została udostępniona możliwość zbiorczego uzupełnienia modyfikatorów taryfy JGP we wskazanych rozliczeniach. W celu skorzystania z funkcjonalności należy w oknie przeglądu rozliczeń wyszukać i zaznaczyć odpowiednie pozycje rozliczeniowe (za pomocą klawisza Ctrl lub Shift na klawiaturze i lewego przycisku myszy), następnie w menu "Funkcje dodatkowe" wybrać opcję **"Zbiorcze uzupełnienie modyfikatorów"**. Spowoduje to wyświetlenie okna

Zbiorcze uzupełnienie modyfikatorów (zdz. poniżej). Dostępny w nim przycisk  otworzy słownik modyfikatorów taryfy JGP, z którego należy wybrać odpowiednią pozycję. Jej kod i wartość wyświetlą się w oknie na liście. Ponowne skorzystanie z przycisku umożliwi wybór kolejnego modyfikatora.

The screenshot shows a software interface for managing billing. A dropdown menu under 'Funkcje dodatkowe' is open, with 'Zbiórce uzupełnienie modyfikatorów' selected. A dialog box titled 'Zbiórce uzupełnienie modyfikatorów' is displayed in the foreground, containing a table with columns 'Kod' and 'Wartość'. The dialog also features a checkbox for 'Usuń istniejące modyfikatory' and buttons for 'Zatwierdź' and 'Wyjście'.

Nr świadc...	Pacjent	PESEL	Umowa	Rok	Miesiąc	Produkt	Wyr.	Krotność	Wai
00000...	Kowal...			2024	Październik	02....	2	1	
00000...	Kowal...			2024	Październik	02....	2	1	2
00								1	
00								1	
00								1	

Po naciśnięciu **Zatwierdź** wybrane w oknie modyfikatory zostaną dodane do zaznaczonych pozycji rozliczeniowych (do tabeli **Modyfikatory** na zakładce **JGP** w danych pozycji). Aby operacja ta spowodowała równoczesne usunięcie modyfikatorów aktualnie w nich istniejących, należy przed zatwierdzeniem zmian zaznaczyć parametr "**Usuń istniejące modyfikatory**".

12.3 Algorytmy automatycznego dodawania rozliczeń

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Wsparcie rozliczeń](#) > [Algorytmy automatycznego dodawania rozliczeń](#)

W wersji 9.4.0 aplikacji mMedica w ramach modułu dodatkowego "Wsparcie rozliczeń" została udostępniona funkcjonalność definicji algorytmów automatycznego dodawania rozliczeń. Konfiguracji tej dokonuje się po przejściu do okna znajdującego się w powyższej ścieżce, zaprezentowanego na zdjęciu poniżej.

The screenshot displays the 'Algorytmy automatycznego dodawania rozliczeń' interface. At the top, there is a toolbar with buttons for 'Nowy', 'Usuń', and 'Kopij'. Below the toolbar is a search bar and a table listing existing algorithms. The main area is titled 'Nowy algorytm' and contains several sections:

- Dane podstawowe:** Fields for 'Kod', 'Nazwa', and 'Komórka org.'. A checkbox 'Aktualny' is checked, and there is an option 'Pomiń algorytm, jeśli istnieje pozycja rozliczeniowa'.
- Dane rozliczenia:** Fields for 'Umowa', 'Zakres świadczeń', 'Świadczenie', and 'Świadczenie POZ'. A 'Wyróżnik' dropdown is also present.
- Warunki:** Multiple dropdown menus for 'Rodzaj gabinetu', 'Typ wizyty', 'Miejsce real.', 'Rodzaj personelu', and 'Płeć'. A date range field 'Wiek pacjenta od: do:' is also included.
- Procedury:** A checkbox 'Co najmniej jedno z listy' is selected, followed by a list box with columns 'Kod' and 'Nazwa'.
- Rozpoznanie:** A checkbox 'Co najmniej jedno z listy' is selected, followed by another list box with columns 'Kod' and 'Nazwa'.


Uwaga! Funkcjonalność jest dostępna dla użytkowników, którzy w swoich danych, w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#), na zakładce: **5. Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi: [Administracja systemem](#), posiadają zaznaczone uprawnienie **"Zarządzanie wsparciem rozliczeń"**.

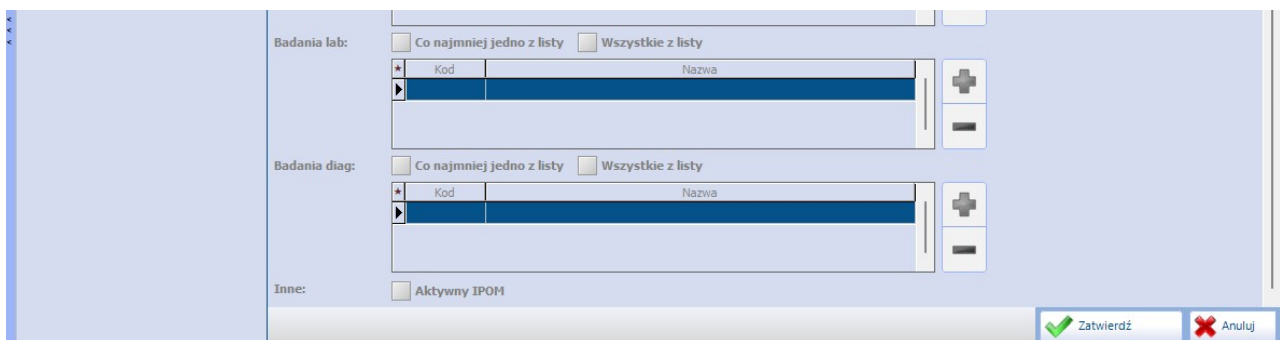
W tworzonym algorytmie określone są warunki, jakie musi spełnić wizyta, aby przy jej autoryzacji w oknie danych jej rozliczenia została automatycznie dodana pozycja rozliczeniowa z konkretnym produktem z umowy lub został wybrany odpowiedni kod świadczenia POZ.

Mechanizm dotyczy autoryzacji wizyt realizowanych w *Gabiniecie lekarza*, *Gabiniecie pielęgniarki* (dostępnym w module "Gabinet Pielęgniarki") lub *Pracowni diagnostycznej* (dostępnej w module "Pracownia Diagnostyczna").

W celu utworzenia algorytmu należy wybrać przycisk **Nowy**, zamieszczony u góry ekranu (zaznaczony na powyższym zdjęciu), a następnie uzupełnić odpowiednio dane w oknie *Nowy algorytm*.

Okno zawiera sekcje:

- **Dane podstawowe** - użytkownik definiuje w niej kod algorytmu oraz jego nazwę. W polu "Komórka org." dostępny jest słownik komórek organizacyjnych z bieżącego roku. Należy wybrać odpowiednią. Zaznaczenie parametru "**Pomiń algorytm, jeśli istnieje pozycja rozliczeniowa**" spowoduje, że algorytm nie będzie funkcjonował w przypadku wizyt posiadających pozycje rozliczeniowe (dodane przed ich autoryzacją).
- **Dane rozliczenia** - umożliwia zdefiniowanie danych, które mają być automatycznie uzupełniane przy autoryzacji wizyty realizowanej we wskazanej komórce.
- **Warunki** - istnieje w niej możliwość określenia dodatkowych warunków, jakie muszą być spełnione, aby algorytm zadziałał.
 Użytkownik może ustawić warunki, zgodnie z którymi algorytm będzie funkcjonował na przykład tylko w gabinecie danego rodzaju (Lekarza, Pielęgniarki lub Pracowni diagnostycznej) lub tylko dla wizyt realizowanych przez dany rodzaj personelu. Ponadto jego działanie można uzależnić od konkretnych rozpoznań lub procedur ICD-9 wybranych w oknie wizyty, a także od danego typu wizyty, miejsca jej realizacji, wykonanej czynności lub od płci bądź wieku pacjenta.
 Na zawartość listy wyboru w polu "Rodzaj gabinetu" ma wpływ zakres posiadanej przez świadczeniodawcę licencji.
 Pole "Czynność" odnosi się do czynności wykonywanych na wizycie w *Gabiniecie lekarza* lub w *Gabiniecie pielęgniarki*. Po wskazaniu rodzaju gabinetu, jednego z wcześniej wymienionych, na dostępnej w polu liście rozwijalnej prezentowane będą czynności z nim związane. Dla rodzaju "Pracownia diagnostyczna" pole to jest blokowane do edycji. **W wersji 10.1.0 aplikacji mMedica do listy czynności wykonywanych w Gabiniecie lekarza dodano pozycję "Wpis konsultacji lekarskiej", odnoszącą się do danych uzupełnianych w oknie Konsultacja lekarza, dostępnym w module "Opieka koordynowana" (szczegóły w instrukcji obsługi modułu, w rozdziale "Konsultacja lekarza").**
 Ponadto istnieje możliwość zdefiniowania dodatkowych warunków, takich jak: personel realizujący, druk wystawiony podczas wizyty (na zakładce *Druki*), kod świadczenia, aktywny IPOM.
 W sekcjach *Procedury* oraz *Rozpoznania* poprzez zaznaczenie odpowiedniego parametru określa się, czy algorytm ma wymagać uzupełnienia w danych wizyty wszystkich procedur/rozpoznań ze zdefiniowanej listy, czy też wystarczające będzie wskazanie przynajmniej jednej/jednego z nich.
W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica dodano sekcje *Badania lab* oraz *Badania diag* (zdy.poniżej). Po ich uzupełnieniu algorytm będzie weryfikował, czy zostały dopisane do wizyty wyniki dla wskazanych rodzajów badań. Aby w danej sekcji zdefiniować listę badań, należy w pierwszej kolejności zaznaczyć, czy wymagany ma być wynik dla co najmniej jednego, czy dla wszystkich badań z listy (pola: "Co najmniej jedno z listy", "Wszystkie z listy"), a następnie skorzystać z przycisku  i wybrać odpowiednie badania ze słownika.



Zapisania wprowadzonych danych dokonuje się przyciskiem **Zatwierdź**, dostępnym w prawym dolnym rogu ekranu.

Każdy dodany algorytm prezentowany jest w postaci rekordu na liście algorytmów widocznej w górnej części formatki.

W przypadku konieczności modyfikacji algorytmu należy zaznaczyć go na liście, a następnie wprowadzić odpowiednie zmiany w oknie jego danych (w dolnej części ekranu) i je zatwierdzić.

Do usunięcia wskazanego algorytmu służy przycisk **Usuń**.

W wersji 10.2.0 aplikacji mMedica w panelu górnym dodano przycisk **Kopiuj**. Umożliwia on utworzenie nowego algorytmu na podstawie danych już istniejącego, zaznaczonego na liście, pod warunkiem, że nie jest on w trybie edycji (w przeciwnym wypadku przycisk będzie nieaktywny).

Po zaznaczeniu algorytmu, który ma zostać skopiowany, i naciśnięci **Kopiuj** w dolnym oknie *Nowy algorytm* odpowiedzą się wszystkie jego dane oprócz kodu i nazwy, które należy zdefiniować dla nowo tworzonej pozycji. Parametr **"Aktualny"** będzie domyślnie włączony, niezależnie od jego ustawienia w pozycji pierwotnej. Po zatwierdzeniu zmian nowy algorytm zostanie dodany do listy.

12.4 Przegląd wyników badań

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Wsparcie rozliczeń](#) > [Badania](#)

W ramach modułu dodatkowego "Wsparcie rozliczeń" w powyższej ścieżce dostępne jest okno przeglądu wszystkich wyników badań wykonanych pacjentom, zarówno tych wprowadzonych przez personel, jak i zaimportowanych do bazy danych.

Data wykonania	Data zlecenia	Pacjent	PESEL	Nazwa badania	Kod pro...	Procedura	Komórka...	Lekarz zlecający	Status skierowania	Dopisany do wizyty	IPOM
23-02-2024	23-02-2024	Kowal...		Cholesterol-HDL	K01	Cholesterol H...	Porad...	Nowak Jan	Zrealizowane	✓	
23-02-2024	23-02-2024	Kowal...		EKG w spoczynku			Poradnia Nowak Jan	Nowak Jan	Zrealizowane		
23-02-2024	23-02-2024	Kowal...		Glukoza	L43	Glukoza z krwi ...	Poradnia Nowak Jan	Nowak Jan	Zrealizowane	✓	
23-02-2024	23-02-2024	Kowal...		USG brzucha i p...			Poradnia Nowak Jan	Nowak Jan	Zrealizowane		

Domyślnie prezentowane są pozycje z bieżącego miesiąca. Aby wyświetlić badania z innego okresu, należy w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* wskazać odpowiednie daty w pozycji "Data wykonania od - do" i nacisnąć **Zastosuj**. W panelu dostępne są również inne filtry, umożliwiające wyszukiwanie pozycji wg określonych kryteriów.

W wersji 10.2.0 aplikacji mMedica na końcu tabeli dodano kolumnę "IPOM". Jeżeli skierowanie, do którego dopisany jest wynik badania, zostało wystawione na wizycie powiązanej z IPOM, wyświetli się w niej znacznik . W panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* dodano również pole "IPOM", umożliwiające wyszukanie pozycji z takim oznaczeniem.

U góry okna znajdują się przyciski **Rozliczenie** oraz **Gabinet**, aktywne dla wyników dopisanych do wizyty (posiadających znacznik w kolumnie "Dopisany do wizyty"). Przenoszą one użytkownika do okna rozliczenia lub okna ewidencji danych w Gabinetcie wizyty, z którą wynik jest powiązany.

12.5 Symulator JGP

Narzędzie **Symulator JGP** umożliwia przeprowadzenie symulacji rozliczeń JGP dla danej wizyty/hospitalizacji. Zostało ono udostępnione (w ramach modułu "Wsparcie rozliczeń") w wersji 9.9.0 aplikacji mMedica.

Warunkiem poprawnego działania mechanizmu jest posiadanie zacytanego aktualnie obowiązującego pliku parametryzującego JGP dla odpowiedniego rodzaju świadczeń.

Aby skorzystać z omawianej funkcjonalności, należy w oknie rozliczenia wizyty (*Uzupełnianie świadczeń*) lub hospitalizacji, dla której zostały zaewidencjonowane odpowiednie dane, przejść na zakładkę **Symulator JGP** (przykład poniżej).

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' window. At the top, there are fields for 'Nr świadczenia: 00000029790100375220', 'ID wizyty: Z Gabinetu 2919', 'Pacjent: PESEL ... Kowalski Jan', '54 lata', and 'Ubezpieczenie: 100% eWUŚ'. Below this, there are checkboxes for 'Wersja grupera: A05.2.19', 'Tylko poprawne', and 'Zgodne z planem umowy'. The main table lists services with columns: Element kierujący, Grupa, Kod świadczenia, and description. The row for 'Procedura W40' is highlighted in green, indicating it is correct and compliant with the contract plan. The left sidebar contains various navigation buttons, with 'JGP Symulator JGP' highlighted in a red box.

Element kierujący	Grupa	Kod świadczenia	
Procedura	W41	5.30.00.0000041	Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu
Procedura	W12	5.30.00.0000012	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu
Procedura	W40	5.30.00.0000040	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu
Procedura	W11	5.30.00.0000011	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu

Czynność ta spowoduje uruchomienie procesu symulacji, w wyniku której na formatce zaprezentowane zostaną propozycje grup JGP możliwych do wyznaczenia w ramach danego zestawu świadczeń (spełniających warunki grupera i występujących w umowie przekazanej przez NFZ).

Aby wyświetlić grupy, które nie są poprawne (nie są spełnione warunki dla ich wyznaczenia) lub nie są zgodne z planem umowy, należy wyłączyć odpowiednie parametry, zamieszczone nad tabelą (zaznaczone na powyższym zdjęciu).

Wyświetlane dane są oznaczane kolorami:

- zielonym - dotyczy pozycji poprawnych (spełnione są wszystkie wymagane dla nich warunki) i równocześnie zgodnych z planem umowy,
- niebieskim - mają go pozycje poprawne, ale niewystępujące w umowie,
- pomarańczowym - oznacza, że pozycje występują w umowie, ale są spełnione tylko niektóre warunki wymagane dla ich rozliczenia,
- czerwonym - oznacza, że pozycje nie występują w umowie i dane wizyty/hospitalizacji nie spełniają wszystkich warunków wymaganych dla ich rozliczenia.

Wersja grupera: **A05.2.19** Tylko poprawne Zgodne z planem umowy

Element kierujący	Grupa	Kod świadczenia	
Procedura	W42	5.30.00.0000042	Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu
Procedura	W13	5.30.00.0000013	Świadczenie specjalistyczne 3-go typu
Procedura	W63	5.30.00.0000063	Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 3-go typu
Procedura	W41	5.30.00.0000041	Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu
Procedura	W31	5.30.00.0000031	Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy
Procedura	W12	5.30.00.0000012	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu
Procedura	W62	5.30.00.0000062	Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 2-go typu
Procedura	W40	5.30.00.0000040	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu
Procedura	W01	5.30.00.0000001	Świadczenie pohospitalizacyjne
Procedura	W61	5.30.00.0000061	Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 1-go typu
Procedura	W11	5.30.00.0000011	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu
Procedura	PPW2	5.34.00.0000012	Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 2
Procedura	PPW1	5.34.00.0000011	Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 1
Procedura	W02	5.30.00.0000002	Świadczenie receptowe

Aby utworzyć pozycję rozliczeniową z danym świadczeniem, należy zaznaczyć je na liście i wybrać przycisk



Dodaj świadczenie, znajdujący się po prawej stronie tabeli. Spowoduje to uruchomienie okna dodawania pozycji rozliczeniowej z uzupełnionymi danymi świadczenia. Operacja ta jest możliwa tylko dla świadczeń zgodnych z planem umowy.



Natomiast po zaznaczeniu na liście świadczenia i wyborze przycisku **Charakterystyka JGP** zostanie wyświetlona charakterystyka grupy (przykład poniżej), dająca możliwość podglądu warunków, w tym kombinacji procedur lub rozpoznań, wymaganych do jej wyznaczenia.

Grupa: W63 Świadczenie: 5.30.00.0000063
Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 3-go typu

Taryfa
133

Uwagi
Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS Nie dopuszcza się łącznego rozliczania procedury 89.383 z procedurami: 89.386, 89.387

Wariant 1

Wizyta pierwszorazowa: **NIE**
Wizyta recepturowa: **NIE**
Procedury z listy: **W2** Minimalna liczba: 2

Wariant 2

Wizyta pierwszorazowa: **NIE**
Wizyta recepturowa: **NIE**
Procedury z listy: **W3** Minimalna liczba: 1

04.14 Badanie metodą pojedynczego włókna (SFEMG)
29.1901 Stroboskopia
29.1902 Videostroboskopia
67.191 Kolposkopia
87.35 Mammografia z kontrastem
87.372 Mammografia obu piersi
87.62 Serioqram górnego odcinka przewodu pokarmowego
87.63 Serioqram jelita cienkiego
87.732 Urografia z kontrastem jonowym
87.76 Cystoureterografia wsteczna
88.14 Fistulografia

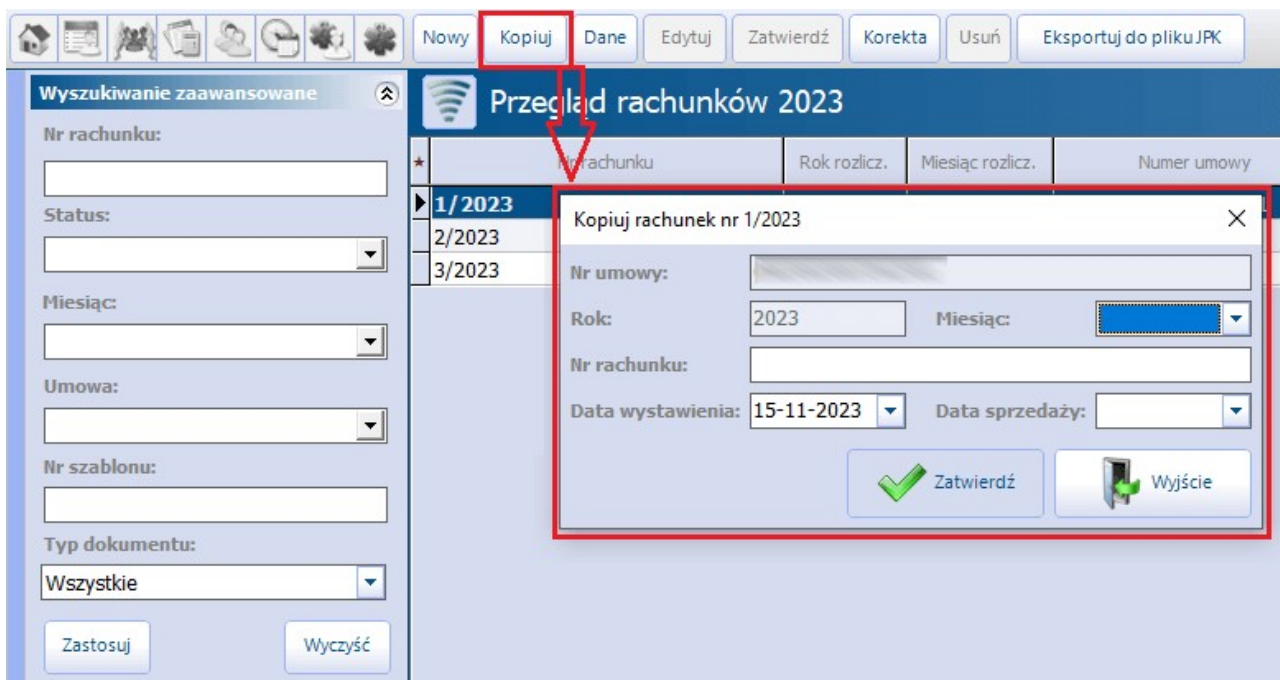
Aby uzyskać szczegółowy podgląd danej listy procedur/rozpoznań, należy kliknąć lewym przyciskiem myszy w jej nazwę (na przykład **W3**).

12.6 Kopiowanie rachunków

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rachunków](#)

Funkcjonalność kopiowania rachunków została udostępniona, w ramach modułu "Wsparcie rozliczeń", w wersji 9.11.0 aplikacji mMedica. Obejmuje ona rachunki utworzone w ramach rozliczeń z NFZ, niepowiązane z szablonem (utworzone w oknie przeglądu rachunków za pomocą przycisku **Nowy**) i równocześnie niebędące korektą.

Aby skopiować rachunek, spełniający powyższe warunki, należy w oknie przeglądu rachunków zaznaczyć go, a następnie wybrać przycisk **Kopiuj**. Otworzy się wówczas okno *Kopiuj rachunek nr (numer kopiowanego dokumentu)*, którego przykład prezentuje poniższe zdjęcie.



W oknie wyświetlone zostaną nr umowy oraz rok z kopiowanego rachunku. W polu "Data wystawienia" podpowie się bieżący dzień (możliwość zmiany). Należy uzupełnić pozostałe dane dotyczące tworzonego rachunku, takie jak: miesiąc, nr rachunku oraz data sprzedaży (podpowie się ostatni dzień wskazanego miesiąca).

Jeżeli w Konfiguratorze programu został zdefiniowany format numeru rachunku/faktury, po wyborze miesiąca (w polu "Miesiąc") pole "Nr rachunku" zostanie automatycznie uzupełnione numerem zgodnym z tym formatem.

Po zatwierdzeniu zmian (przyciskiem **Zatwierdź**) otwarte zostanie okno tworzonego rachunku. Na podstawie kopiowanego rachunku uzupełnione zostaną w nim: jednostka rozliczeniowa, podstawa zwolnienia z VAT oraz opis dodatkowy.

Pole "Termin zapłaty", jeżeli było wypełnione na kopiowanym rachunku, uzupełni się datą późniejszą od daty wystawienia o tyle dni, o ile późniejszy był termin zapłaty na kopiowanym rachunku w odniesieniu do daty jego wystawienia.

Lista pozycji rachunku oraz ich dane będą zgodne z planem umowy dla wybranego miesiąca. Dla pozycji, które znajdowały się na kopiowanym rachunku, zostaną na jego podstawie uzupełnione wartości w kolumnie "Ilość". Jeżeli danej pozycji nie było na rachunku kopiowanym, podpowie się dla niej ilość zerowa.

W przypadku braku pozycji w planie umowy dla miesiąca, dla którego tworzony jest nowy rachunek, skopiowanie będzie niemożliwe - wyświetli się stosowny komunikat na etapie zatwierdzania okna *Kopiuj rachunek*.

Wsparcie rozliczeń

Dokładne informacje dotyczące funkcjonalności rachunków wystawianych w ramach rozliczeń z NFZ zawiera rozdział [Wystawianie rachunków](#).

Rozdział

13

Funkcjonalności uzupełniające

W niniejszym rozdziale opisane zostały dodatkowe funkcjonalności dostępne w programie mMedica:

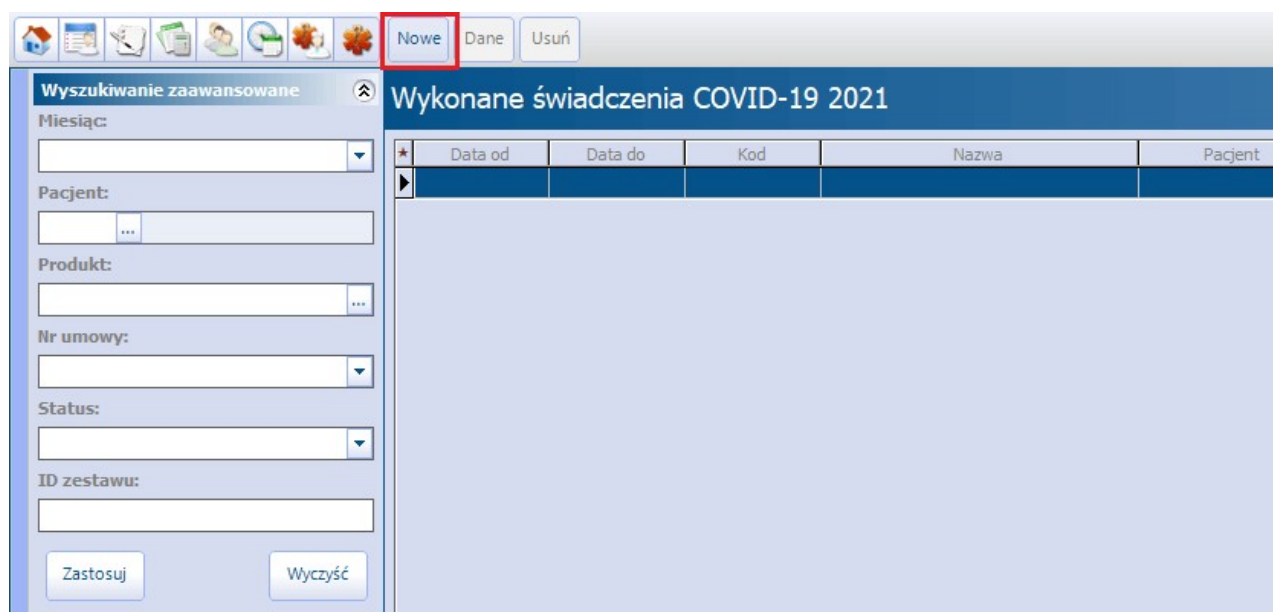
- [Ewidencja świadczeń COVID-19 \(WYK-BAD\)](#)
- [Edycja wskaźnika WRN \(Karta DiLO\)](#)
- [Edycja wskaźników e-Skierowań](#)
- [Pozycje preferowane w słownikach](#)
- [Przegląd dokumentów UE](#)
- [Przegląd zwolnień lekarskich](#)
- [Poczta wewnętrzna](#)
- [Kwalifikacja pacjentów do profilaktyki zdrowotnej](#)
- [Powiadomienia e-mailowe](#)
- [Wprowadzanie tekstów standardowych w polach opisowych](#)
- [Zbiorcza zamiana kodów terytorialnych](#)
- [Obsługa eRejestracji w mMedica](#)
- [Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP](#)
- [Rejestr przechowywanych kart uodpornienia](#)
- [Rejestr wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP](#)
- [Rejestr zgód na udzielenie świadczenia medycznego](#)
- [Rejestr wypełnionych kart badania ChUK](#)
- [Rejestr wystawionych kart DiLO](#)
- [Rejestr kart zgonu](#)

13.1 Ewidencja świadczeń COVID-19 (WYK-BAD)

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [COVID-19](#) > [Wykonane świadczenia COVID-19](#)

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność sprawozdawczości produktów rozliczeniowych COVID-19 poprzez komunikat SWIAD: WYK-BAD.

Do ewidencji tego typu produktów służy przycisk **Nowe**, dostępny w górnej części okna *Wykonane świadczenia COVID-19*.



Po wybraniu powyższego przycisku użytkownik zostanie przeniesiony do kartoteki pacjentów. Po wskazaniu w niej pacjenta wyświetli się okno *Nowe wykonane świadczenie COVID-19*, w którym należy wybrać umowę, daty wykonania świadczenia oraz pozostałe wymagane dane.

The screenshot shows the 'Nowe wykonane świadczenie COVID-19' dialog box. It contains the following fields: 'Pacjent: Kowalski Jan ()', 'Data od: 30-06-2021', 'Data do: 30-06-2021', 'Krotność: 1', 'Nr umowy: 000/000000/COV/04/2021', 'Produkt: []' (highlighted with a red box), 'Zakres: []', and 'Wyróżnik: []'. At the bottom, there are two buttons: 'Zatwierdź' and 'Wyjście'.

W celu dostosowania ewidencji do aktualnych wytycznych komunikatu SWIAD WYK-BAD w powyższym oknie dodano pole "Zakres", odnoszące się do zakresu świadczeń, oraz "Wyróżnik". W polu "Wyróżnik" dostępna jest lista wyróżników wynikająca z planu wybranej umowy dla wskazanego roku, miesiąca i zakresu.

W polu "Nr umowy" dostępne są umowy w rodzaju 19- CHOROBY ZAKAŹNE I STANY NADZWYCZAJNE. Pole "Produkt" zawiera słownik produktów rozliczeniowych COVID-19 przekazywanych komunikatem "WYK-BAD".

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych należy wybrać przycisk **Zatwierdź**.

Dla każdego wprowadzonego w powyższy sposób świadczenia utworzy się osobny rekord tabeli w oknie *Wykonane świadczenia COVID-19*.

Do podglądu danych zaznaczonej pozycji służy przycisk **Dane**, natomiast do jej usunięcia - przycisk **Usuń**.

Przekazanie danych do lokalnego systemu OW NFZ następuje poprzez wysyłkę [I fazy](#) ze wskazaniem:

- Nr umowy z zakresu 19 - CHOROBY ZAKAŻNE I STANY NADZWYCZAJNE
- Obszaru sprawozdawczości "Badania POZ/Covid-19"

Statusy eksportu poszczególnych świadczeń będą widoczne w oknie *Wykonane świadczenia COVID -19* w kolumnie "Status". Mogą one przyjąć jedną z poniższych wartości:

- **Niepotwierdzone** - wprowadzone świadczenie nie zostało jeszcze wysłane,
- **Wysłane potwierdzenie** - świadczenie zostało wysłane, ale nie otrzymało jeszcze potwierdzenia,
- **Potwierdzenie poprawne** - świadczenie zostało wysłane, a następnie potwierdzone poprawnie,
- **Potwierdzenie błędne** - świadczenie zostało wysłane, a następnie został zwrócony dla niego błąd.

W panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* dodano pole "Status" umożliwiające wyszukiwanie świadczeń z danym statusem potwierdzenia.

13.2 Edycja wskaźnika WRN (Karta DiLO)

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Edycja wskaźnika WRN](#)

Zgodnie z zarządzeniem nr 43/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26.06.2017 r. od dnia 1 lipca 2017 r. nie określa się wysokości Współczynnika Rozpoznawania Nowotworów.

Do 30.06.2017 Współczynnik Rozpoznawania Nowotworów (WRN) był wyliczany indywidualnie - jego wartość zależała od wyznaczonego uśrednionego wskaźnika WRN dla świadczeniodawcy/lekarza, a sposób jego obliczania określało właściwe rozporządzenie. Aby wartość współczynnika podpowiadała się automatycznie podczas ewidencji wizyty, na której została wydana [Karta DiLO](#), została przygotowana formatka *Edycja wskaźnika WRN*, na której definiuje się wysokość wskaźnika w kontekście danego miesiąca.

Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi przez zarządzenie nr 43/2017/DSOZ, wartości uzupełnione na formacie od miesiąca lipca wwyż nie są uwzględniane przez aplikację podczas rozliczania wizyty. Wartości w polu "Współczynnik" należy uzupełnić do miesiąca czerwca, w przypadku konieczności wykonania korekt.

Aby zmienić wartość wskaźnika WRN należy:

1. Podświetlić linię odpowiadającą danemu miesiącowi.
2. W kolumnie "Wskaźnik" w danej linii kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszki.
3. Wpisać prawidłową wartość wskaźnika.

Funkcjonalności uzupełniające

4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Na podstawie wprowadzonego wskaźnika, program podpowie odpowiednią wartość w kolumnie "Współczynnik".

Edycja wskaźnika WRN na rok 2017			
*	Miesiąc	Wskaźnik	Współczynnik
	1	0,1250	1,28
	2	1,0000	2,14
	3	2,4000	2,14
	4	1,0000	2,14
	5	1,0000	2,14
▶	6	0,0833	0,57
	7	0,1000	1,00
	8	1,0000	2,14
	9	1,0000	2,14
	10	1,0000	2,14
	11	1,0000	2,14
	12	1,0000	2,14

Dzięki temu zdefiniowany współczynnik będzie podpowiadał się automatycznie na pozycji rozliczeniowej w polu "Współczynnik" wraz z dodaniem świadczenia: "Porada lekarska związana z wydaniem karty".

Pozycja rozliczeniowa	
Data realizacji	
Od: *	2017-03-14
do: *	2017-03-14
Miesiąc: *	Marzec
Rok: *	2017
Dane realizacji	
Miejsce realizacji:	PORADNIA LEKARZA POZ
Zakres świadczeń: (produkt kontraktowy) *	01.0010.994.01 ... ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - PORADY ZWIĄZANE Z WYDANIEM KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO
Świadczenie: (produkt jednostkowy) *	5.01.00.0000001 ... PORADA LEKARSKA ZWIĄZANA Z WYDANIEM KARTY
Wyróżnik: *	1
Numer umowy: *	125/
Sposób rozliczenia:	Pełne rozliczenie (100%)
Krotność faktyczna: *	1
Kr. rozliczeniowa:	1
Taryfa:	Współczynnik: 2,4
Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia	
Ubezpieczyciel:	Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

13.3 Edycja wskaźników e-Skierowań

Ścieżka: Ewidencja > Słowniki > Edycja wskaźników e-Skierowań

Formatka *Edycja wskaźników e-Skierowań* służy do ewidencji wskaźników dla wystawionych i przyjętych e-Skierowań w ramach świadczeń z zakresu AOS, zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 94/DSOZ/2020. Po zapoznaniu się z wartościami wskaźników, udostępnionymi w systemie NFZ, należy dokonać ich wprowadzenia do programu.

Edycja wskaźników e-skierowań na rok 2020					
Nr umowy	Miesiąc	Komórka org.	Zakres świadczeń	Wskaźnik pobranych e-skierowań	Wskaźnik wystawionych e-skierowań
*	Grudzień	PZ10 Poradnia oto...		0,00	0,00

Aby to zrobić, należy wybrać przycisk **Dodaj**, znajdujący się u góry ekranu, i w wierszu, który się utworzy, uzupełnić dane, takie jak nr umowy, miesiąc itd., poprzez kliknięcie lewym przyciskiem myszy w dane pole i wybór odpowiedniej pozycji z listy rozwijalnej, a następnie wpisać przekazane przez NFZ wartości w kolumnach: "Wskaźnik przyjętych e-Skierowań" oraz "Wskaźnik wystawionych e-Skierowań".

Na podstawie wprowadzonych wartości wskaźników program sprawdza, czy zostały osiągnięte progi premiowania zdefiniowane w zarządzeniu nr 94/DSOZ/2020. Jeżeli tak, to podczas ewidencji świadczeń, wymienionych w zarządzeniu, dla wizyt:

- zrealizowanych na podstawie e-Skierowania,
- w czasie których zostało wystawione e-Skierowanie,

na pozycji rozliczeniowej zostanie ustawiony odpowiedni wskaźnik specjalnego rozliczenia i uzupełniona wartość w polu "Krotność rozliczeniowa".

Sposób rozliczenia:		M80 – MIX: ESW + ESR (dot. świadczeń AOS, też w PSZ, biorących udział w świadczeniu)
Kr. rozliczeniowa:	1,035	M50 – MIX: W01 + AN1 oraz R01 oraz ESW (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
Współczynnik:		M51 – MIX: P01 oraz R02 oraz ESW (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
Narodowego Funduszu Zdrowia		M52 – MIX: W01 oraz R02 oraz ESW (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP 6. Dokumenty dod. 7. Zgody		M53 – MIX: WKA oraz R02 oraz ESW (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M54 – MIX: WKA + W01 oraz R02 oraz ESW (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M55 – MIX: AN1 oraz R02 oraz ESW (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M56 – MIX: W01 + AN1 oraz R02 oraz ESW (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M57 – MIX: K01 oraz ESR (dot. świadczeń AOS biorących udział w świadczeniu)
		M58 – MIX: P01 oraz ESR (dot. świadczeń AOS, też w PSZ, biorących udział w świadczeniu)
		M59 – MIX: W01 oraz ESR (dot. świadczeń AOS, też w PSZ, biorących udział w świadczeniu)
		M62 – MIX: R01 oraz ESR (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M63 – MIX: R02 oraz ESR (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M65 – MIX: W01 + K01 oraz ESR (dot. świadczeń AOS, biorących udział w świadczeniu)
		M66 – MIX: P01 + K01 oraz ESR (dot. świadczeń AOS, biorących udział w świadczeniu)
		M70 – MIX: P01 oraz R01 oraz ESR (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M71 – MIX: W01 oraz R01 oraz ESR (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M74 – MIX: P01 oraz R02 oraz ESR (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M75 – MIX: W01 oraz R02 oraz ESR (dot. świadczeń rozliczanych w ryczałcie PSZ)
		M80 – MIX: ESW + ESR (dot. świadczeń AOS, też w PSZ, biorących udział w świadczeniu)

13.4 Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej](#)

Formatka *Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej* umożliwia import listy osób z pliku .XLS zakwalifikowanych do nast. rodzajów profilaktyk: ChUK, cytologii, mammografii. Do programu importowani są tylko pacjenci, którzy znajdują się w bazie danych aplikacji i w pliku XLS posiadają status "Do przebadania".

Aby poprawnie zaczytać do aplikacji plik z kwalifikacją należy na stanowisku, na którym wczytywany jest plik, posiadać zainstalowany pakiet MS Office lub Open Office.

W celu zaczytania do programu listy osób należy wykonać poniższe czynności:

1. Z portalu SIMP pobrać listę pacjentów zakwalifikowanych do programu profilaktycznego (wybrać listę rozszerzoną, dotyczącą wszystkich trzech rodzajów profilaktyk) i zapisać na dysku komputera.
2. Przejdź do powyższej ścieżki i wybierz przycisk **Import z pliku XLS**.
3. W oknie *Otwieranie* wskazać plik pobrany zgodnie z pkt. 1.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zaczytywania listy do programu.

Po zaczytaniu pliku na formatce wyświetlana będzie lista osób z podaniem szczegółowych informacji jak: nazwisko i imię, PESEL, data wpisu na listę w programie oraz rodzaj programu.

The screenshot shows the application window titled "Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej". On the left, there is a sidebar with search filters: "Wyszukiwanie zaawansowane", "Data wpisu od - do:", "Nazwisko / PESEL:", "Rodzaj:", and a checkbox for "Brak powiadomienia". The main area contains a table with the following data:

Powiad.	Nazw...	PESEL	Data wpisu	Rodzaj
	Kasi...		13-06-2024 17:35	Mammografia
✓	Kasi...		13-06-2024 17:35	Cytologia
✓	Kasi...		13-06-2024 17:35	ChUK
	Kow...		14-06-2024 09:52	ChUK

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność wysyłki powiadomień do pacjentów wskazanych w powyższym oknie. Aby z niej skorzystać, należy zaznaczyć odpowiednie pozycje na liście, za pomocą klawisza Ctrl lub Shift klawiatury i lewego przycisku myszy, a następnie w lewym górnym rogu ekranu rozwinąć menu **Funkcje dodatkowe** i wybrać opcję **"Wyślij powiadomienie"**. Czynność ta spowoduje otwarcie okna *Wyślij powiadomienie* (zdj. poniżej).

Wyślij powiadomienie

Zaznacz wszystko

* ✓	Nazwa	Email	Telefon	Powiadomienie	Rodzaj
✓	Kowalska Anna	test@test.pl	000-000-000	E-mail, SMS	ChUK
✓	Kowalska Anna	test@test.pl	000-000-000	E-mail, SMS	Cytologia
I	Kowalska Anna	test@test.pl	000-000-000	E-mail, SMS	Mammografia


Liczba wiadomości SMS: 1

Wyślij Wyjdź

Temat wiadomości

Treść wiadomości


Na podstawie dokonanego wyboru w sekcji **Adresaci** wyświetlona zostanie lista z odpowiednimi pozycjami. Pominięci zostaną na niej pacjenci, którzy w swoich danych w kartotece pacjentów nie mają ustawionych kanałów komunikacji.

Należy pozostawić zaznaczenie  przy pacjentach, do których ma zostać wysłane powiadomienie. Do zbiorczego zaznaczenia/odznaczenia wszystkich pozycji służy parametr **"Zaznacz wszystko"**.

W odpowiednich polach, znajdujących się poniżej, należy zamieścić temat oraz treść wiadomości.

Po naciśnięciu **Wyślij** nastąpi wysyłka powiadomienia do zaznaczonych na liście pacjentów na wskazane dane kontaktowe.


Uwaga! Dokładne informacje dotyczące warunków, jakie muszą być spełnione dla poszczególnych sposobów powiadamiania (SMS, e-mail, aplikacja IM), zawierają instrukcje obsługi modułów [mPowiadomienia](#) oraz [Integracji Aplikacji Mobilnych](#).

Dla pacjentów, do których wysłano powiadomienie, w oknie *Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej* wyświetlać się będzie w pierwszej kolumnie "Powiad." znacznik . W celu wyszukania pozycji, dla których powiadomienie nie zostało wysłane, należy w panelu filtrów po lewej stronie ekranu zaznaczyć parametr **"Brak powiadomienia"** i nacisnąć **Zastosuj**.

13.4.1 Profilaktyka ChUK

Informacje o kwalifikacji pacjenta do programu profilaktyki ChUK wyświetlane są w oknie Terminarza, podczas dokonywania rezerwacji/rejestracji terminu wizyty. Konieczne do tego jest spełnienie nast. warunków:

- Tworzona rezerwacja/rejestracja dotyczy wizyty POZ.
- Pacjent posiada złożoną, aktywną deklarację do lekarza POZ.
- Pacjent nie posiada żadnej wizyty z rozpoznaniem z zakresu I00-I99.
- Pacjent znajduje się na liście w: [Ewidencja > Specjalne > Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej](#).

Pacjent, który został zakwalifikowany do programu profilaktyki ChUK zostanie oznaczony w Gabinetce dodatkową ikoną: . Szczegółowe informacje znajdują się w rozdziale: [Utworzenie karty ChUK](#).

13.4.2 Profilaktyka cytologii/mammografii

Informacja o kwalifikacji pacjenta do programu profilaktyki raka szyjki i/lub raka piersi wyświetlane są w dodatkowym oknie, tuż po otwarciu wizyty gabinetowej, realizowanej w komórkach o kodach resortowych cz. VIII równych: 0010, 0012, 0014, 0032, 0034, 0036, 0038, 0040, 1450, 1452. Oprócz tego w górnym panelu formatki Gabinetu wyświetlane są następujące ikony:



Kwalifikacja do profilaktyki raka szyjki macicy



Kwalifikacja do profilaktyki raka piersi

13.5 Pozycje preferowane w słownikach

W słownikach podstawowych znajdujących się w programie mMedica, istnieje możliwość oznaczania wybranych pozycji jako preferowanych.

W każdym słowniku podstawowym (np. procedur ICD-9, rozpoznań ICD-10, kodów świadczeń, kodów terytorialnych) znajduje się sekcja **Widok** z następującymi wartościami:

1. **Preferowane** - w widoku znajdują się pozycje, które oznaczone zostały jako preferowane.
2. **Wszystkie** - w widoku znajdują się wszystkie pozycje danego słownika.
3. **Foldery** - w widoku znajdują się pozycje posegregowane w folderach tematycznych.

Słownik otwierany jest domyślnie na zakładce **2. Wszystkie**, w której prezentowane są wszystkie dane ze słownika posegregowane w kolejności alfabetycznej. Aby ułatwić ewidencję danych i nie musieć każdorazowo wyszukiwać tych samych pozycji w słowniku, można skorzystać z funkcji oznaczenia pozycji jako preferowanych.

W tym celu należy podświetlić na liście rekord i wybrać przycisk **"Dodaj do preferowanych"** znajdujący się w lewym dolnym rogu okna.



Klasyfikacja chorób wg ICD (rewizja 10)

Kod lub nazwa:

Widok: 1 Preferowane **2 Wszystkie** 3 Foldery

Kod	Nazwa
E11.8	Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)
E11.2	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)
E11.4	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)
E11.3	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi)
E11.5	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
E11.7	Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)
E11.0	Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)
E10	Cukrzyca insulinozależna
E10.9	Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań)
E10.6	Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)
E10.1	Cukrzyca insulinozależna (z kwasicą ketonową)
E10.8	Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)
E10.2	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)
E10.4	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)
E10.3	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi)
E10.5	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
E10.7	Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)
E10.0	Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)
E14	Cukrzyca nie określona


Wybierz (F5) Wyjście

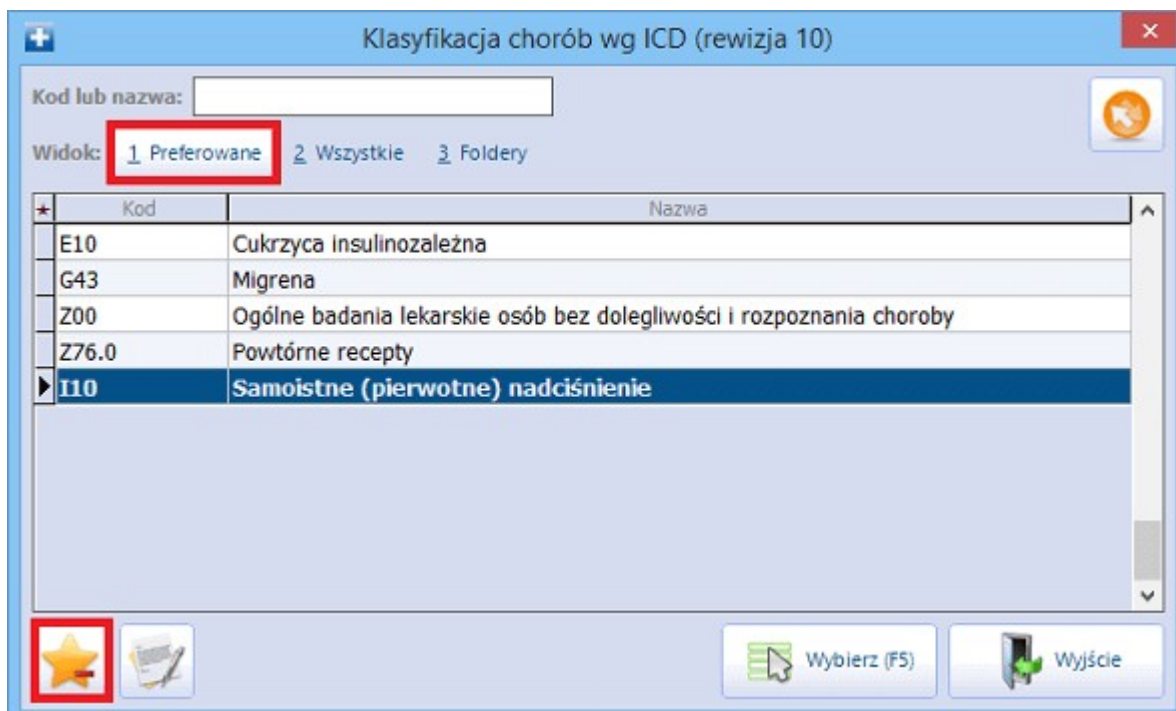
Po wybraniu przycisku wyświetlony zostanie komunikat, potwierdzający dodanie wybranej pozycji do preferowanych:

Funkcjonalności uzupełniające

Pozycja została dodana do preferowanych.

OK

Aby usunąć pozycję z preferowanych należy w sekcji **Widok** wybrać zakładkę **1. Preferowane**, następnie zaznaczyć na liście rekord i wybrać przycisk **"Usuń preferowanych"**  znajdujący się w lewym dolnym rogu okna.



Po wybraniu przycisku wyświetlony zostanie komunikat, potwierdzający usunięcie wybranej pozycji z preferowanych:

Pozycja została usunięta z preferowanych.

OK

13.6 Przegląd dokumentów UE

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Przegląd dokumentów z UE](#)

No formacie *Przegląd dokumentów UE* prezentowane są dane wszystkich dokumentów unijnych, jakie zostały wprowadzone do programu mMedica. Z tego poziomu można je dowolnie modyfikować, a także usuwać za pomocą przycisku **Usuń**, znajdującego się w dolnej części okna.

The screenshot displays the 'Przegląd dokumentów UE' (UE Document Review) window. On the left, there is a sidebar for 'Wyszukiwanie zaawansowane' (Advanced Search) with various filters. The main area shows a table of document records with columns for ID, document type, form type, document number, evidence number, member name, member ID, issue date, validity start/end, issuing institution, country, and member name. Below the table, the 'Dokument UE' (UE Document) details are shown, including document type (E - EKUZ), form number (12345678), issue date (2016-08-21), and issuing institution (AOK-DIE GESUNDHEITSKASSE IN HE...). A red box highlights the 'Usuń dokument' (Delete document) button at the bottom left of the document details panel.

13.7 Przegląd zwolnień lekarskich

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Zwolnienia lekarskie \(e-ZLA\)](#)
[Gabinet](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Przegląd zwolnień lekarskich](#)

Na formacie *Wystawione zlecenia* prezentowane są informacje o wszystkich zwolnieniach lekarskich, jakie zostały wystawione pacjentom na wizycie realizowanej w Gabinetach. Ponadto, w dodatkowym module eZLA (+) istnieje możliwość elektronicznej dokumentacji zwolnienia wystawionych w trybie alternatywnym.

Formatka podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie wyświetlana jest lista wszystkich zwolnień lekarskich, wystawionych przez osobę personelu aktualnie zalogowaną do aplikacji. Z kolei w dolnym oknie *Dokumenty e-ZLA* prezentowane są dane dokumentów do elektronicznej dokumentacji (oryginał i kopia) z informacją o dacie zwolnienia oraz serii i numerze dokumentu wystawionego w trybie alternatywnym.

Data wystawienia	Wystawił	Data od	Data do	Liczba dni	Pacjent	PESEL	Status	Identyfikator płatnika	Data wydruku
2018-02-20	Nowak Anna	2018-02-20	2018-02-28	9	Adam	XXXXXXXXXX	Do elektroniczacji	XXXXXXXXXX	2018-02-20 09:34
2018-02-20	Nowak Anna	2018-02-21	2018-02-24	4	Sylwia	XXXXXXXXXX	Wypisane	XXXXXXXXXX	2018-02-20 09:30
2018-02-19	Nowak Anna	2018-02-19	2018-02-23	5	Zofia	XXXXXXXXXX	Do elektroniczacji	XXXXXXXXXX	2018-02-20 09:38

Rodzaj	Data od	Data do	Serial i numer	Data eksportu
ZLA oryginał	2018-02-20	2018-02-28	XX0000000	
ZLA kopia	2018-02-20	2018-02-28	XX0000000	

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Dane zwolnienia** - w oknie modalnym zostaną zaprezentowane dane zwolnienia lekarskiego wystawionego przez lekarza w Gabinetce. Zwolnienie wyświetlane jest wyłącznie w celach poglądowych, nie ma możliwości jego edycji.
- **Dane pacjenta** - dane pacjenta podświetlonego na liście.
- **Wypisano** - przycisk aktywny dla zwolnienia, które zostało oznaczone w Gabinetce jako "Do wypisania" i posiada ten sam status. Po wypisaniu zwolnienia przez pracownika należy odnotować ten fakt poprzez wybranie przycisku.
- **Drukuj** - wydruk oryginału oraz kopii zwolnienia lekarskiego.
- **Elektronizuj** - przycisk dostępny w wersji mMedica eZLA (+), aktywny dla zwolnień w statusie "Do elektroniczacji". Powoduje wysłanie zwolnień wystawionych w trybie alternatywnym do PUE.

13.8 Wnioski FZLA

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Wnioski FZLA](#)

W wersji 9.1.0 aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność ewidencji i wysyłki do PUE ZUS wniosków FZLA (w sprawie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich).

Lekarz, aby utworzyć wniosek, po przejściu do powyższej ścieżki wybiera przycisk **Nowy**, dostępny w panelu górnym formatki *Lista wniosków (FZLA), upoważnienie do wyst. ZUS ZLA*. W wyniku tej czynności otwarte zostanie okno *Wniosek FZLA (upoważnienie do wystawienia ZUS ZLA)* (przykład poniżej).

W oknie, w sekcji Dane identyfikacyjne lekarza wyświetlane są dane zalogowanego lekarza pobrane z [rejstru personelu](#). W przypadku braku uzupełnionego numeru PESEL wymagane jest podanie serii i numeru dokumentu tożsamości oraz daty urodzenia.

W sekcji Dane o posiadanych specjalizacjach widoczne są informacje uzupełnione w danych lekarza w rejestrze personelu na zakładce **3. Dane dodatkowe**.

Sekcja Dane wniosku zawiera następujące pola:

- **Izba lekarska** - z dostępnego słownika należy wybrać odpowiedni kod izby.
- **Miejsce wykonywania zawodu** - podpowiada się w nim nazwa zakładu leczniczego. Jeżeli u świadczeniodawcy jest włączona [wielozakładowość](#), w polu dostępna będzie lista umożliwiająca wybór odpowiedniego zakładu leczniczego.
- **Adres miejsca wykonywania zawodu** - wyświetla się w nim adres wskazanego zakładu leczniczego.
- **Numer zgłoszenia** - pole zawiera listę rozwijalną z następującymi pozycjami: "Pierwsze", "Drugie", "Trzecie" - należy wybrać właściwą.

Wysłania uzupełnionego wniosku do PUE ZUS dokonuje się poprzez wybór przycisk **Wyślij**.

Uwaga! Opis warunków, jakie muszą być spełnione, aby możliwa była komunikacja z PUE ZUS, znajduje się w instrukcji obsługi modułu eZLA+ (dostępnej na witrynie programu mMedica), w rozdziale "Założenia funkcjonalności".

Przed wysłaniem wniosku program sprawdza, czy zostały w nim uzupełnione wszystkie wymagane dane. Jeżeli tak nie jest, wyświetli się stosowny komunikat. Jeśli braki dotyczą pól nieedycyjnych, należy je uzupełnić w miejscu, z którego dane są do tych pól pobierane, czyli w [rejestrze personelu](#) lub w danych zakładu leczniczego (okno [Dane świadczeniodawcy](#)).

Wysyłka wniosku wymaga podania hasła do posiadanego przez lekarza certyfikatu podpisu elektronicznego.

Każdy poprawnie wysłany wniosek zostanie wyświetlony na liście w oknie *Lista wniosków (FZLA)*, *upoważnienie do wyst. ZUS ZLA* w postaci rekordu ze statusem "Wysłany" (wartość w kolumnie "Status"). Pozycje niewysłane będą posiadały status "Nowy".

Dostępny u góry ekranu przycisk **Podgląd** uruchamia do podglądu dane zaznaczonej pozycji. Usunięcia wskazanego wniosku dokonuje się przyciskiem **Usuń**. Istnieje możliwość usuwania wniosków posiadających status "Nowy". Dla pozycji ze statusem "Wysłany" przycisk ten jest nieaktywny.

13.9 Rejestr przechowywanych kart uodpornienia


Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr przechowywanych kart uodpornienia](#)

Świadczeniodawca, realizujący szczepienia ochronne, ma możliwość prowadzenia elektronicznego rejestru wydanych oraz otrzymanych kart uodpornienia pacjentów. Funkcjonalność jest dostępna w wersji **PLUS** programu. Użytkownik, który chce z niej korzystać, musi posiadać w swoich danych w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#)), na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi [Administracja systemem](#) zaznaczone uprawnienie "**Przegląd rejestru przechowywanych kart uodpornienia**".

Aby w oknie rejestru dodać nową pozycję dla wydanej/otrzymanej karty, należy wybrać przycisk **Nowy**, zamieszczony na górze ekranu. Po tej czynności w dolnej części ekranu, w oknie *Nowa karta*, uaktywnią się pola do wprowadzenia danych.

* Id...	Rodzaj	Data otrzymania / wydania	Nadawca/Odbiorca	PESEL	Data urod...	Nazwisko i imię
1	Otrzymanie	02-02-2022	Przychodnia	00...	16-02-1...	Kowalski Jan
2	Przekazanie	03-02-2022	Przychodnia	00...	16-02-...	Kowalski Jan

W polu "Rodzaj" należy z listy rozwijalnej wybrać odpowiednią wartość, jedną z dwóch dostępnych:

"Otrzymanie" lub "Przekazanie", w zależności od tego, czy ewidencja dotyczy otrzymania, czy przekazania karty. Kolejnym krokiem jest uzupełnienie pozostałych wymaganych danych, takich jak: numer, data wydania/otrzymania karty, odbiorca lub nadawca (poprzez wybór odpowiedniego podmiotu ze słownika instytucji), a także dane pacjenta, którego karta dotyczy. Aby wprowadzić dane pacjenta, należy wybrać przycisk , zamieszczony po prawej stronie sekcji Dane pacjenta, następnie w oknie kartoteki pacjentów, które się wyświetli, wskazać odpowiednią pozycję.

W razie potrzeby użytkownik może zamieścić istotne uwagi (pole "Uwagi").

Zapisania danych dokonuje się przyciskiem **Zatwierdź**.

Aby zmodyfikować dodaną pozycję rejestru, należy podświetlić ją na liście i wprowadzić odpowiednie zmiany w znajdującym się poniżej oknie jej danych (okno *Dane karty nr [...]*).

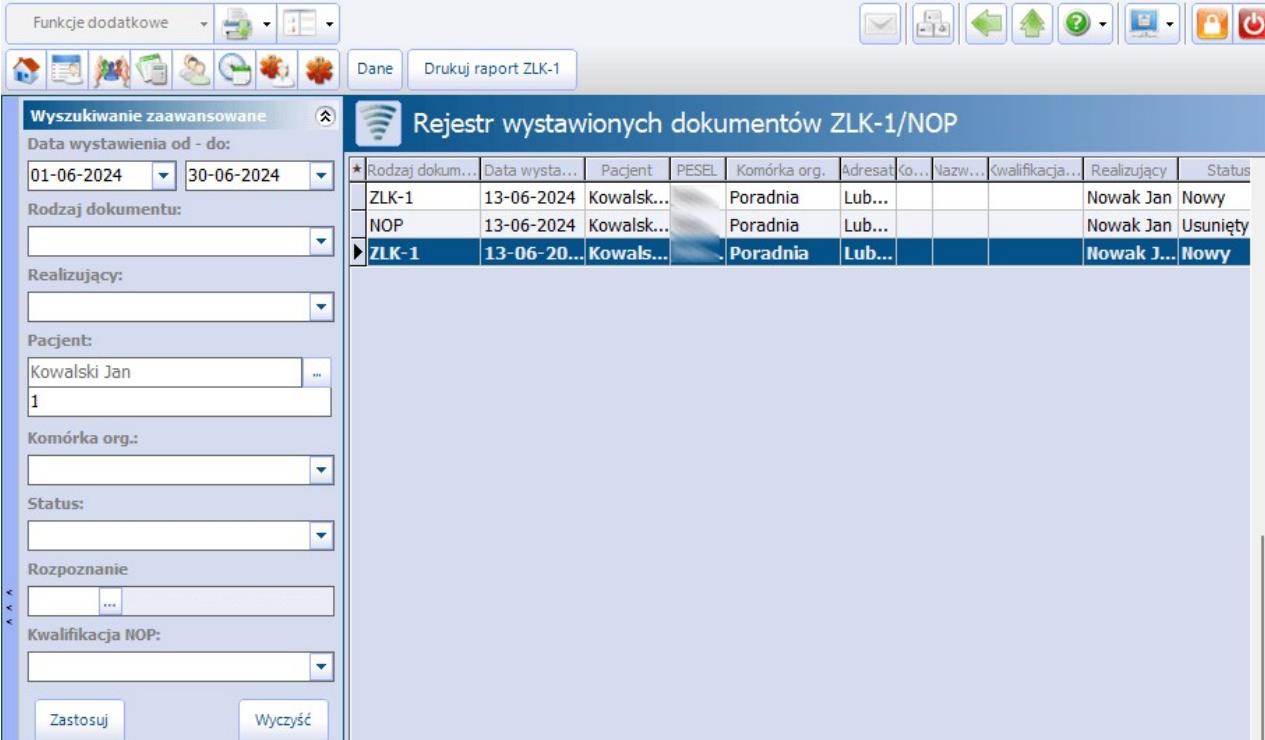
Informacja o dacie wprowadzenia/modyfikacji oraz użytkownika wprowadzający/modyfikującym będzie widoczna w oknie danych poszczególnych pozycji w sekcji Wprowadzający / Modyfikujący.

W celu usunięcia pozycji należy ją zaznaczyć i wybrać u góry ekranu przycisk **Usuń**.

13.10 Rejestr wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP](#)

W wyżej wymienionej ścieżce dostępny jest rejestr zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia/choroby zakaźnej [ZLK-1](#) oraz zgłoszeń niepożądanego odczynu poszczepiennego [NOP](#), wystawionych w Gabinetce. Drugi z wymienionych rodzajów dokumentów został uwzględniony w rejestrze w wersji 10.6.0 aplikacji mMedica.



The screenshot shows the application interface for the 'Rejestr wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP'. On the left, there is a search filter section with the following fields:

- Data wystawienia od - do: 01-06-2024 to 30-06-2024
- Rodzaj dokumentu: (empty dropdown)
- Realizujący: (empty dropdown)
- Pacjent: Kowalski Jan, 1
- Komórka org.: (empty dropdown)
- Status: (empty dropdown)
- Rozpoznanie: (empty dropdown)
- Kwalifikacja NOP: (empty dropdown)

Buttons 'Zastosuj' and 'Wyczyść' are at the bottom of the filter section. The main table displays the following data:

* Rodzaj dokum...	Data wysta...	Pacjent	PESEL	Komórka org.	Adresat ko...	Nazw...	Kwalifikacja...	Realizujący	Status
ZLK-1	13-06-2024	Kowalsk...		Poradnia	Lub...			Nowak Jan	Nowy
NOP	13-06-2024	Kowalsk...		Poradnia	Lub...			Nowak Jan	Usunięty
ZLK-1	13-06-20...	Kowals...		Poradnia	Lub...			Nowak J...	Nowy

Rejestr zawiera listę dokumentów ZLK-1 oraz NOP, wygenerowanych w oknie wizyty otwartej w Gabinetce,

na zakładce *Zgłoszenie ZLK-1* lub *Zgłoszenie NOP*, dla których w odpowiednich kolumnach wyświetlane są informacje, takie jak: rodzaj dokumentu, data wystawienia, imię i nazwisko oraz PESEL pacjenta, komórka wystawiająca, adresat zgłoszenia, rozpoznanie, lekarz realizujący, status zgłoszenia i data wydruku.

Możliwe statusy i ich znaczenie:

- **Nowy** - zgłoszenie zostało utworzone.
- **Wysłany** - utworzone zgłoszenie zostało przesłane do P1.
- **Ponowna edycja** - zgłoszenie przesłane do P1 jest obecnie w trybie edycji.
- **Usunięty** - zgłoszenie zostało usunięte.

W znajdującym się po lewej stronie panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* dostępne są filtry umożliwiające wyszukanie zgłoszeń wg wybranych kryteriów.

Aby wyświetlić podgląd danych zgłoszenia, należy kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszy w odpowiednią pozycję na liście lub podświetlić ją i wybrać przycisk **Dane** (operacja niedostępna dla pozycji ze statusem **Usunięty**).

Wyświetlone dane będą zablokowane do edycji. Z tego poziomu będzie możliwy jedynie wydruk dokumentu (przycisk **Drukuj** u góry ekranu) lub jego wysłanie do P1 (przycisk **Wyślij** u góry ekranu, aktywny dla zgłoszenia w statusie **Nowy** lub **Ponowna edycja** i pod warunkiem posiadania przez użytkownika uprawnienia do modyfikacji danych wizyty).

U góry okna rejestru znajduje się przycisk **Drukuj raport ZLK-1**. Po jego wyborze generowany jest druk raportu zgłoszeń ZLK-1 dla zakresu dat ustawionego w panelu filtrów, z pozycjami pogrupowanymi wg rozpoznań (każda grupa na osobnej stronie).

13.11 Rejestr zgód na udzielenie świadczenia medycznego

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr zgód na udzielenie świadczenia medycznego](#)

Dostępny w powyższej ścieżce rejestr umożliwia przegląd zgód wprowadzanych w danych pacjentów, na zakładce **5. Upoważn./oświadcz./uprawn.**, w sekcji Dokumenty zgody na udzielenie świadczenia. **Został on dodany w wersji 9.7.0 aplikacji mMedica.**

Data wystawienia	Data akceptacji	Numer	Pacjent	PESEL	Status
10-07-2023 14:16		7e56...			Wystawiona
10-07-2023 14:13		97c1...			Wystawiona
10-07-2023 11:35		9512...			Wystawiona
07-07-2023 10:30		67d7...			Wystawiona
07-07-2023 10:25		894b...			Wystawiona

Poszczególne zgody wyświetlane są na liście w postaci odrębnych rekordów tabeli, w której w odpowiednich kolumnach prezentowane są ich dane, takie jak: data i godzina wystawienia, data akceptacji przez pacjenta na IKP (dotyczy zgód wysłanych do P1), numer zgody (dotyczy zgód wysłanych do P1), dane pacjenta, status zgody w systemie P1.

Dokładne informacje na temat wysyłania zgód zawiera rozdział [Wysyłanie zgody pacjenta na udzielenie świadczenia do P1](#).

Zgody niewysłane do P1 będą miały kolumnę "Status" nieuzupełnioną. Natomiast statusy zgód wysłanych mogą być następujące: "Odebrana", "Podpisana", "Wycofana" lub "Wystawiona".

Funkcjonalność przycisków dostępnych u góry ekranu:

- **Dane zgody** - powoduje wyświetlenie szczegółowych danych zaznaczonej zgody. Ich edycja będzie możliwa tylko w przypadku pozycji niewysłanej do P1.
- **Sprawdź status** - aktywny tylko dla pozycji wysłanych do P1. Powoduje pobranie aktualnego statusu zgody.
- **Wyślij** - aktywny tylko dla niewysłanych zgód. Umożliwia ich wysyłkę do systemu P1.

W znajdującym się po lewej stronie panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* dostępne są filtry pozwalające na wyszukiwanie zgód wystawionych w danym okresie czasu (podpowiadany jest bieżący miesiąc), dla konkretnego pacjenta lub o danym statusie.

13.12 Rejestr wypełnionych kart badania ChUK

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr wypełnionych kart badania ChUK](#)

Rejestr wypełnionych kart badania ChUK zawiera listę [kart ChUK](#), utworzonych w Gabinetecie lekarza lub w module "Gabinet Pielęgniarki", które zostały zamknięte.

Data pierw. wizyty	Pacjent	PESEL	Id b...	Nr eks...	Status eksportu	Treść komunikatu
21-03-2024 12:...	Naz...		1	84	Wyeksportowana	
21-03-2024 13:06	Kow...		2	69	Błąd importu w SIMP	Błąd
21-03-2024 13:00	Naz...		3	62	Przyjęta w systemie SIMP	

W wyświetlanej tabeli prezentowane są między innymi statusy eksportu kart (kolumna "Status eksportu"). Mogą one przyjmować następujące wartości:

- **Wyeksportowana** - oznacza, że karta została wyeksportowana do pliku xml.
- **Błąd importu w SIMP** - dla pliku, do którego została wyeksportowana karta, zczytano raport błędów z systemu SIMP, wskazujący na błąd w tej karcie. Treść komunikatu błędu jest wyświetlana w kolumnie "Treść komunikatu".
- **Przyjęta w systemie SIMP** - dla pliku, do którego została wyeksportowana karta, zczytano raport błędów z systemu SIMP, w którym ta konkretna karta nie jest wskazana jako błędna.
- **Brak statusu** - karta nie została wyeksportowana.

Po poprawieniu błędnej karty ChUK istnieje możliwość jej ponownego eksportu.

Szczegółowe informacje dotyczące eksportu kart ChUK oraz zacytowania pliku raportu z systemu SIMP zawiera rozdział [Eksport kart ChUK](#).

W panelu górnym omawianego okna dostępny jest przycisk **Eksportuj do pliku**. Umożliwia on eksport do pliku kart ChUK zaznaczonych na liście, posiadających status eksportu inny niż "Przyjęta w systemie SIMP",

zgodnie z warunkami i mechanizmem opisanymi w rozdziale [Eksport kart ChUK](#).

W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica w ramach modułu dodatkowego [Wsparcie rozliczeń](#) udostępniono przycisk **Wyślij do SIMP**, umożliwiający przesłanie danych bezpośrednio do systemu SIMP.

Od wersji 10.8.0 aplikacji mMedica dodano możliwość sprawdzania statusu badania ChUK w systemie SIMP poprzez przycisk **Sprawdź status**. Funkcjonalność jest dostępna na stanowisku z włączonym modułem dodatkowym Wsparcie rozliczeń.

13.13 Rejestr wystawionych kart DiLO

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr wystawionych kart DiLO](#)

Rejestr wystawionych kart DiLO dostępny jest w wyżej wymienionej ścieżce.

Data wydania	Nr karty	Pacjent	PESEL	Miejsce wystawienia	Wystawil	Status
18-09-2023		Kowalski Jan		Podstawowa opieka zdrowotna	Nowak Jan	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną
18-09-2023		Kowalska A...		Podstawowa opieka zdrowo...	Nowak J...	Wydanie karty

Data wizyty	Komórka	Personel	Etap
18-09-2023	Poradnia	Nowak Jan	Wydanie karty

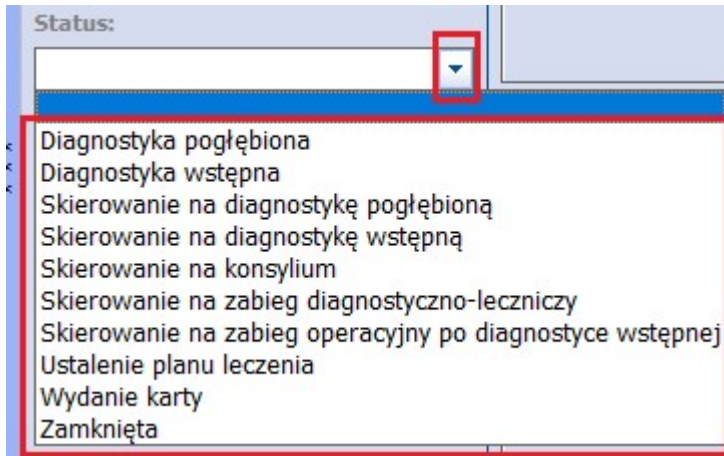
W górnej części formatki wyświetlana jest lista wystawionych kart DiLO, na której dla poszczególnych pozycji prezentowane są informacje, takie jak: data wydania, nr karty, dane pacjenta, miejsce wystawienia, imię i nazwisko lekarza wystawiającego oraz status karty. Natomiast w dolnej części ekranu widoczne są dane wizyt powiązanych ze wskazaną kartą (data realizacji, komórka, lekarz realizujący, etap karty).

Uwaga! Widoczność danych w dolnej części ekranu uzależniona jest od posiadania przez zalogowanego użytkownika aktywnego uprawnienia do przeglądu wizyt ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > zakładka **Uprawnienia funkcjonalne**, gałąź **Rozliczenia**, pozycja **"Przegląd wizyt"**).

Aby wydrukować kartę, należy zaznaczyć ją na liście i wybrać przycisk **Drukuj**, zamieszczony u góry ekranu.

Znajdujący się po lewej stronie panel *Wyszukiwanie zaawansowane* zawiera filtry umożliwiające wyszukanie pozycji ze wskazanego okresu czasu (podpowiadany jest bieżący miesiąc), a także dotyczących konkretnego pacjenta, lekarza lub o danym statusie.

Możliwe statusy kart prezentuje lista rozwijalna dostępna w polu "Status" (zdz. poniżej).

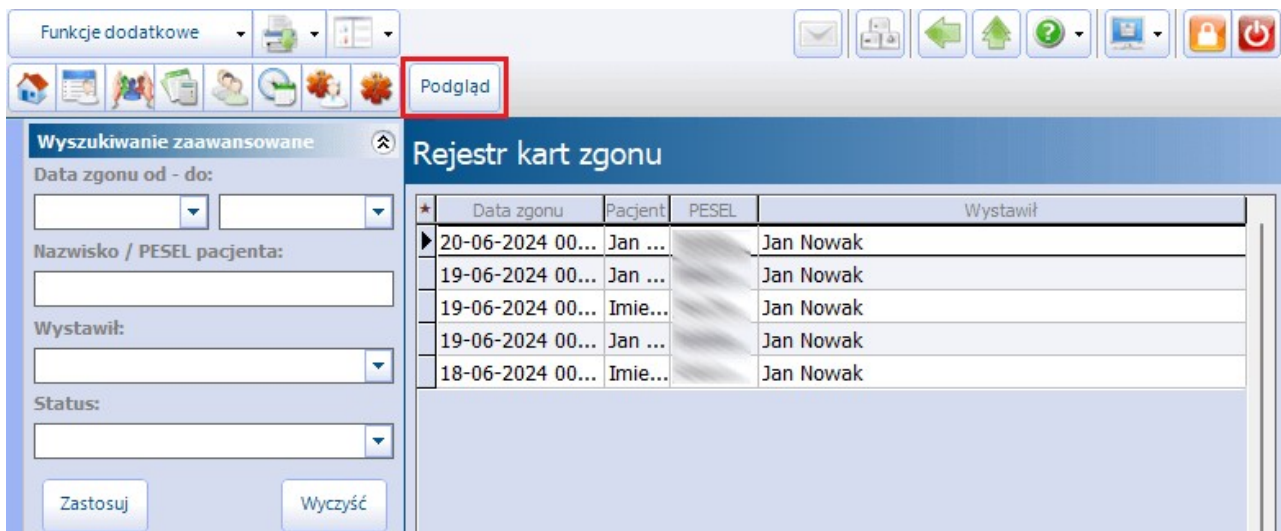


W wersji 10.5.0 aplikacji mMedica został dodany filtr "Komórka org."

13.14 Rejestr kart zgonu

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr kart zgonu](#)


Rejestr kart zgonu, dostępny w ww. ścieżce, zawiera listę kart zgonu wystawionych w programie, posiadających uzupełnioną datę zgonu.



Po lewej stronie okna rejestru, w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*, znajdują się filtry umożliwiające wyszukiwanie pozycji wg dostępnych kryteriów.

W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica został dodany filtr "Status", umożliwiający wyszukiwanie kart wg ich statusu (wybór jednej z wartości: "Usunięta", "Wprowadzona", "Wysłana do GUS", "Zmodyfikowana"). Dodano również na liście kolumnę "Status", prezentującą statusy poszczególnych pozycji.

Po wskazaniu karty zgonu i wyborze przycisku **Podgląd** (zaznaczonego na zdjęciu powyżej) otworzy się

okno podglądu jej danych bez możliwości ich edycji. W oknie tym widoczny będzie przycisk , umożliwiający wydruk karty.

13.15 Poczta wewnętrzna

Funkcjonalność poczty wewnętrznej jest dostępna tylko w wersjach programu mMedica Plus (+) i służy do przesyłania wiadomości tekstowych między użytkownikami aplikacji mMedica.

Podstawowymi funkcjonalnościami poczty wewnętrznej są:

- Wysyłanie wiadomości tekstowych i załączników do jednego lub więcej użytkowników programu
- Powiadomianie o nieprzeczytanych wiadomościach
- Przegląd odebranych i wysłanych wiadomości
- Drukowanie wybranych wiadomości
- Tworzenie grup odbiorców wiadomości

Przycisk dostępu do poczty znajduje się w prawym górnym rogu ekranu każdego okna w programie -->



. Obrazowany jest za pomocą koperty:



Poczta - przycisk dostępu do poczty. Po najechaniu kursorem na przycisk zostaje wyświetlona podpowiedź "Poczta", jeśli brak nieprzeczytanych wiadomości.



1 nieprzeczytana wiadomość - czerwony kolor koperty oznacza otrzymanie nowej wiadomości. Po najechaniu kursorem na przycisk zostaje wyświetlona liczba nieprzeczytanych wiadomości "X nieprzeczytana wiadomość", jeśli takie istnieją. Po przeczytaniu wiadomości koperta znów uzyska biały kolor.

Kliknięcie ikony koperty powoduje otwarcie formatki przeglądu poczty (zdz. poniżej). Formatka *Poczta* podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie znajduje się lista wiadomości, zgodnie z wartością wybraną we filtrze *Pokaż wiadomości*, np. Nieprzeczytane, Odebrane, Wysłane. W dolnym oknie wyświetlana jest treść wiadomości zaznaczonej powyżej.

*	[Pilna]	Temat	Nadawca	Data
		Odp: Kartoteka Jana Kowalskiego	Nowak Jan	22-05-2023 09:36
>		Kartoteka Jana Kowalskiego	Nowak Jan	22-05-2023 09:35

Kartoteka Jana Kowalskiego

Od: Nowak Jan
Treść: Proszę o przyniesienie kartoteki J. Kowalskiego na godzinę 12:00.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Nowa wiadomość** - [wysłanie](#) nowej wiadomości do wybranego odbiorcy lub grupy odbiorców.
- **Odpowiedz** - otwiera formatkę tworzenia wiadomości, która będzie odpowiedzią na wiadomość zaznaczoną w górnym oknie. Dane odbiorcy i temat zostaną pobrane automatycznie z zaznaczonej wiadomości.
- **Oznacz jako przeczytane** - oznacza zaznaczoną wiadomość jako przeczytaną. Przycisk jest nieaktywny dla wiadomości odebranych i wysłanych.

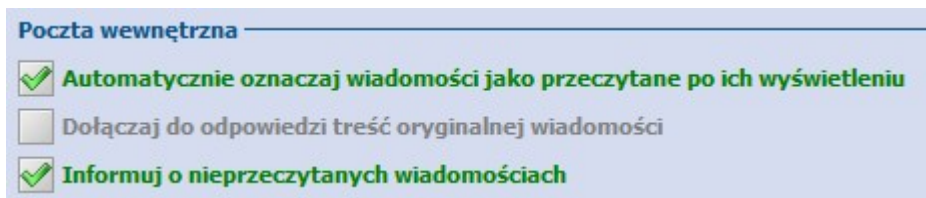
- **Usuń** - usuwa zaznaczone wiadomości.
- **Drukuj** - drukuje zaznaczoną wiadomość.
- **Grupy odbiorców** - pozwala tworzyć i usuwać [grupy odbiorców](#) wiadomości.

W znajdującym po lewej stronie ekranu panelu nawigacji dostępne są filtry umożliwiające wyszukiwanie wiadomości wg określonych kryteriów. Pole "Pokaż wiadomości" zawiera listę wyboru z pozycjami: "Nieprzeczytane", "Odebrane", "Wysłane". W wersji 9.5.0 aplikacji mMedica umożliwiono wyszukanie także pozycji z określonego okresu czasu, przesłanych przez konkretnego nadawcę lub zawierających daną treść.

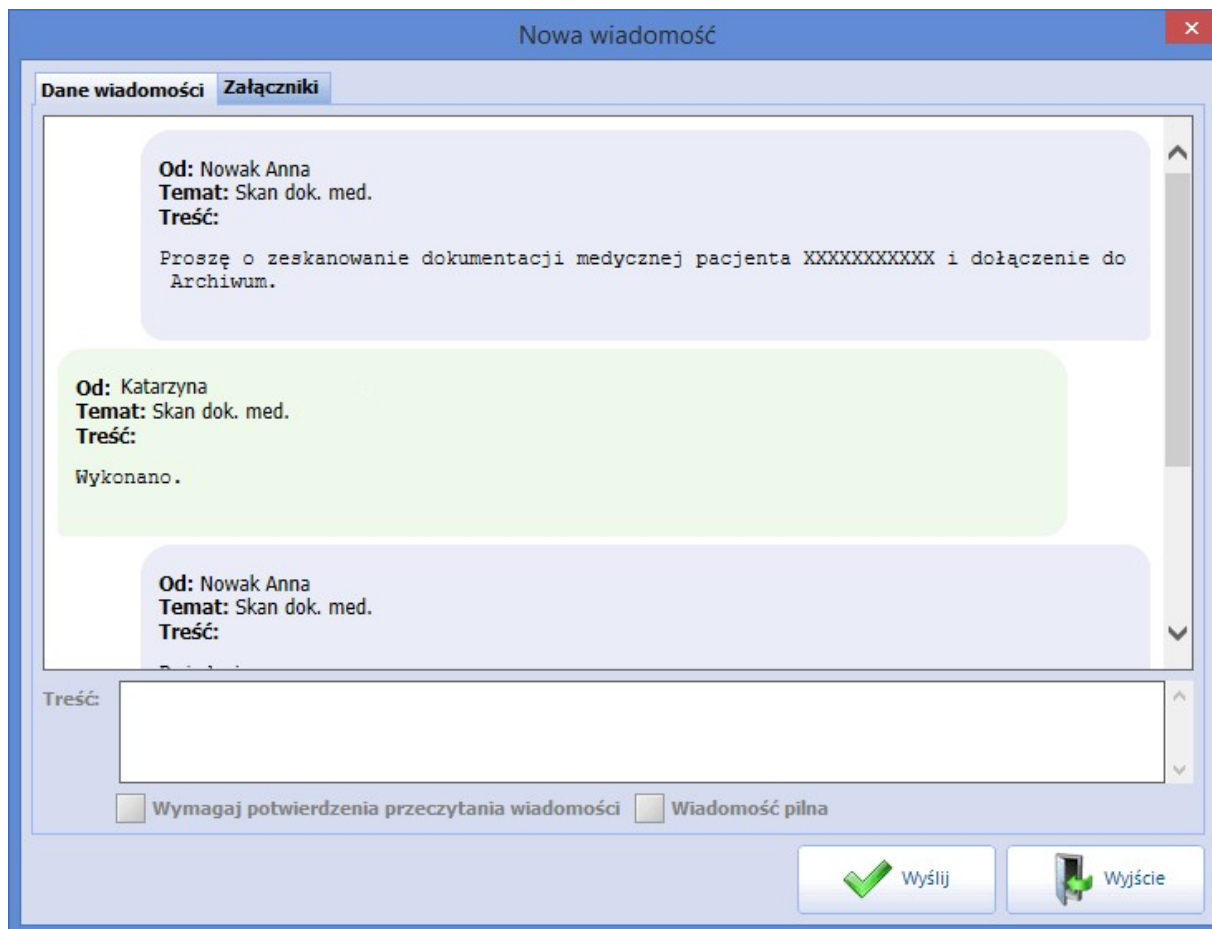
13.15.1 Konfiguracja poczty wewnętrznej w programie

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), sekcja: [Komunikacja](#) > [Poczta inna](#)

Konfiguracji poczty wewnętrznej w programie mMedica dokonuje się po przejściu do powyższej ścieżki w sekcji *Poczta wewnętrzna*.



- Zaznaczenie opcji "Dołączaj do odpowiedzi treść oryginalnej wiadomości" będzie powodować dołączanie historii korespondencji do każdej odpowiedzi. Każda odpowiedź wyświetlana jest w osobnym polu, wyróżnionym kolorem. Taka forma prezentacji uzależniona jest od włączenia omawianego parametru.



- Z kolei, jeśli zostanie zaznaczona opcja "**Automatycznie oznaczaj wiadomości jako przeczytane po ich wyświetleniu**", to otwarcie wiadomości będzie powodowało oznaczenie jej jako przeczytanej, bez konieczności wybierania przycisku **Oznacz jako przeczytane**.
- W programie została dodana funkcja informowania o nieprzeczytanych wiadomościach. Jeśli wiadomość nie zostanie odczytana przez użytkownika, to podczas kolejnego zalogowania do programu zostanie wyświetlona użytkownikowi w dodatkowym oknie dialogowym (tak jak w przypadku [pilnych wiadomości](#)).

13.15.2 Tworzenie grup odbiorców poczty

W razie konieczności wysłania wiadomości do konkretnej grupy użytkowników, np. zgodnie z pełnioną przez nich funkcją, istnieje możliwość utworzenia własnych grup odbiorców. W tym celu należy wykonać nast. czynności:

1. W górnym panelu okna *Poczta* wybrać przycisk **Grupy odbiorców**.
 2. W otwartym oknie *Grupy odbiorców poczty* wybrać przycisk **Nowa grupa**.
 3. W dolnej części okna w polu "Nazwa" wpisać nazwę grupy.
 4. Za pomocą dostępnych przycisków przenieść wybranych użytkowników programu do okna *Użytkownicy w grupie*, znajdującego się po prawej stronie.
 - Aby dodać użytkownika do grupy należy zaznaczyć go na liście, następnie skorzystać z przycisku ">".
 - Aby przenieść kilku użytkowników naraz należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL, zaznaczyć na liście kilku użytkowników, następnie skorzystać z przycisku ">".
 - W celu przeniesienia wszystkich użytkowników do utworzonej grupy, należy wybrać przycisk ">>".
- Nazwiska użytkowników, którzy zostali dodani do nowej grupy zostaną wyświetlone w oknie

Użytkownicy w grupie.

Dodatkowo, w polu "Dostępność" można określić dostęp użytkowników do utworzonej grupy, poprzez wybranie odpowiedniej wartości z listy rozwijanej:

- **Prywatny** - grupa będzie widoczna tylko dla użytkownika, który ją utworzył i przez niego będzie mogła być modyfikowana i usuwana.
- **Publiczny** - grupa będzie widoczna dla wszystkich użytkowników programu, którzy mogą ją dowolnie modyfikować i usuwać.
- **Publiczny bez modyfikacji** - grupa będzie widoczna dla wszystkich użytkowników, ale prawo do jej modyfikacji i usunięcia będzie miał tylko ten użytkownik, który ją utworzył.

The screenshot shows the 'Grupy odbiorców poczty' (Mail Recipient Groups) section of the mMedica software. On the left, there is a search panel with fields for 'Nazwa:' and 'Dostępność:', and buttons for 'Zastosuj' and 'Wyczyść'. The main area displays a table of groups:

Grupa	Dostępność	Właściciel	Liczba odbiorców
Lekarze	Prywatna	Nowak Anna	10
Pielęgniarki	Prywatna	Nowak Anna	6

Below the table, the 'Dane grupy' (Group Details) section is shown for the group 'Informatycy'. The 'Dostępność' is set to 'Prywatna'. There are two lists of users:

- Użytkownicy spoza grupy** (Users outside the group): ADMIN ADMIN, Brak danych, Fizjoterapeuta, Kowalska Marianna, Lekarz.
- Użytkownicy w grupie** (Users in the group): Administrator Pierwszy.

Navigation arrows are visible between the two lists.

13.15.3 Wysłanie wiadomości

W celu utworzenia nowej wiadomości należy wykonać następujące czynności:

1. W górnym panelu okna *Poczta* wybrać przycisk **Nowa wiadomość**.
2. W polu "Do" wskazać odbiorcę(-ów) wiadomości. W tym celu należy rozwinąć listę i wybrać użytkownika(-ów) poprzez dodanie zaznaczenia obok nazwiska. Użytkownicy, którzy są aktualnie zalogowani do programu mMedica, są wyróżnieni na liście zieloną, pogrubioną czcionką (zdej. poniżej). Zaznaczenie checkboxa "Wszyscy" spowoduje wysłanie wiadomości do wszystkich użytkowników, znajdujących się na liście rozwijanej. Z kolei po zaznaczeniu nazwy [grupy](#) w sekcji "**Grupy**", wiadomość zostanie wysłana do wszystkich osób, które zostały przypisane do danej grupy.

Nowa wiadomość

Dane wiadomości Załączniki

Do: Nowak Anna, Lekarz

Temat: Wszyscy

Treść: **Grupy**

- Lekarze
- Pielęgniarki

Użytkownicy

- ADMIN ADMIN
- Administrator Pierwszy
- Nowak Anna
- Pielęgniarka
- Kowalska Marianna
- Lekarz

Wymagaj potwierdzenia przeczytania wiadomości

Wyślij Wyjście

- Następnie uzupełnić pola "Temat" oraz "Treść". Do wysyłanej wiadomości można dołączyć dowolne załączniki (zeskanowane dokumenty, zdjęcia itd.), czego dokonuje się na zakładce *Załączniki*.

Zaznaczenie checkboxa **"Wymagaj potwierdzenia przeczytania wiadomości"** włącza potwierdzenie odczytu, a więc powiadomienie nadawcy o przeczytaniu wiadomości przez odbiorcę. Nadawca wiadomości otrzyma stosowną wiadomość, potwierdzającą odczytanie informacji przez odbiorcę. Zaznaczenie **"Wiadomość pilna"** nada wiadomości wysoki priorytet.

Nowa wiadomość

Dane wiadomości Załączniki

Do: Wszyscy

Temat: Przerwa w dostawie prądu

Treść: Jutro (czwartek) w godzinach 11-12:00 będzie przerwa w dostawie prądu. Proszę odpowiedni wcześniej zlecić rejestratorom wydruk dokumentów z programu.

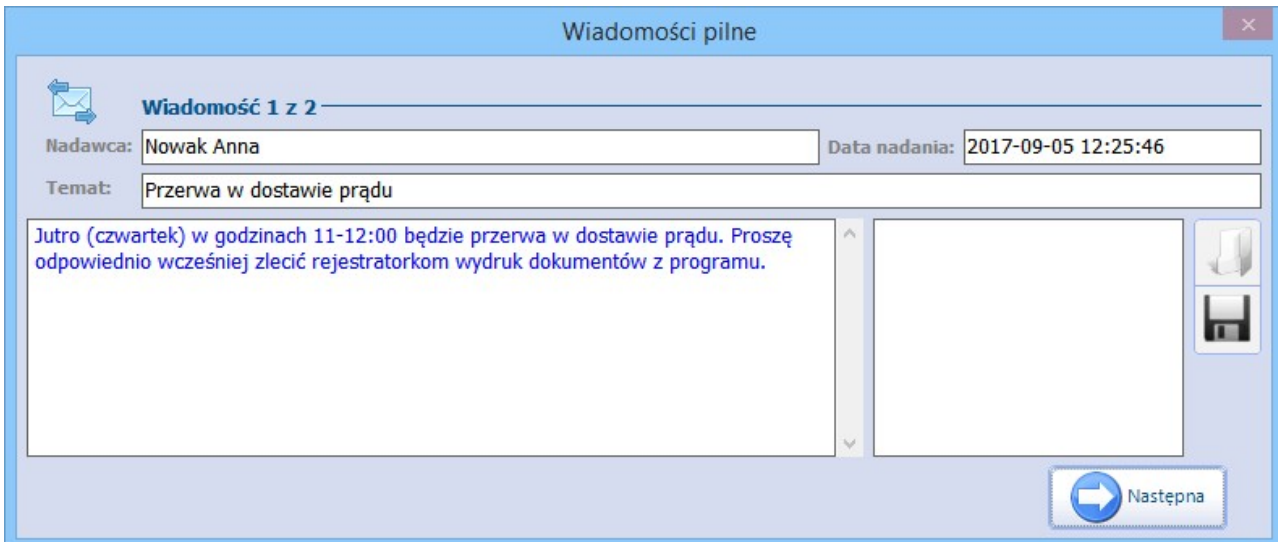
Wymagaj potwierdzenia przeczytania wiadomości Wiadomość pilna

Wyślij Wyjście


13.15.4 Wiadomość pilna

Jeśli podczas tworzenia wiadomości zostanie zaznaczony checkbox **"Wiadomość pilna"**, to wiadomość taka zostanie wysłana do użytkownika w specjalnym trybie.

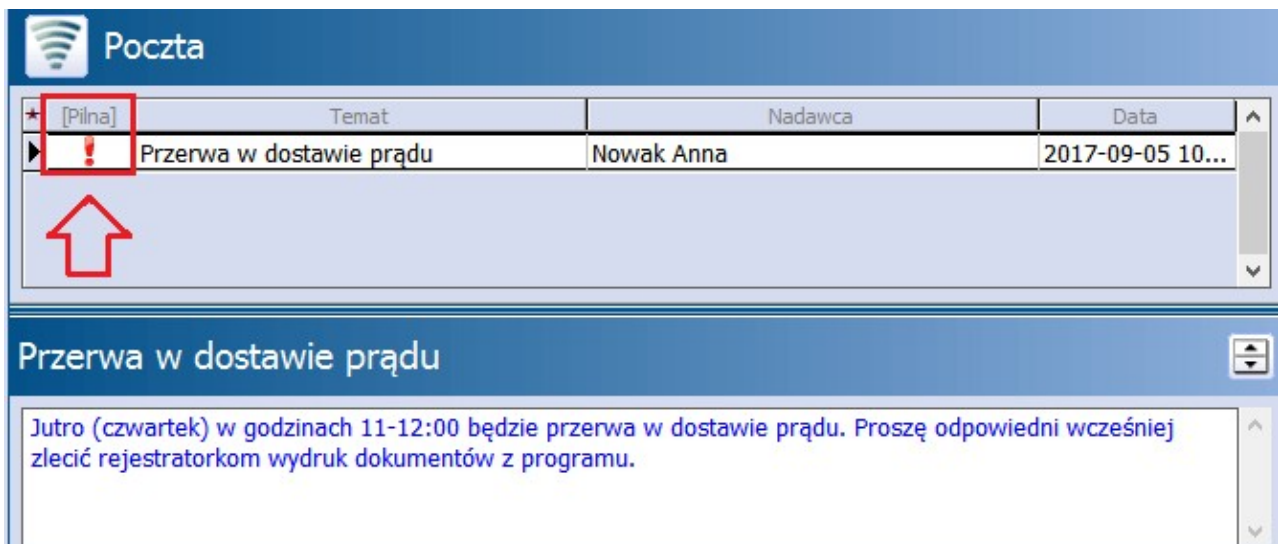
Treść wiadomości zostanie wyświetlona użytkownikowi w dodatkowym oknie dialogowym, tuż po zalogowaniu do programu mMedica:



W przypadku otrzymania więcej niż 1 wiadomości zostanie wyświetlony przycisk **Następna**, przekierowujący do kolejnego okna z wiadomością pilną. Po zapoznaniu się z treścią wiadomości, użytkownik powinien

zamknąć okno za pomocą przycisku .

Dodatkowo, w oknie poczty wiadomości pilne wyróżniane są ikoną czerwonego wykrzyknika:

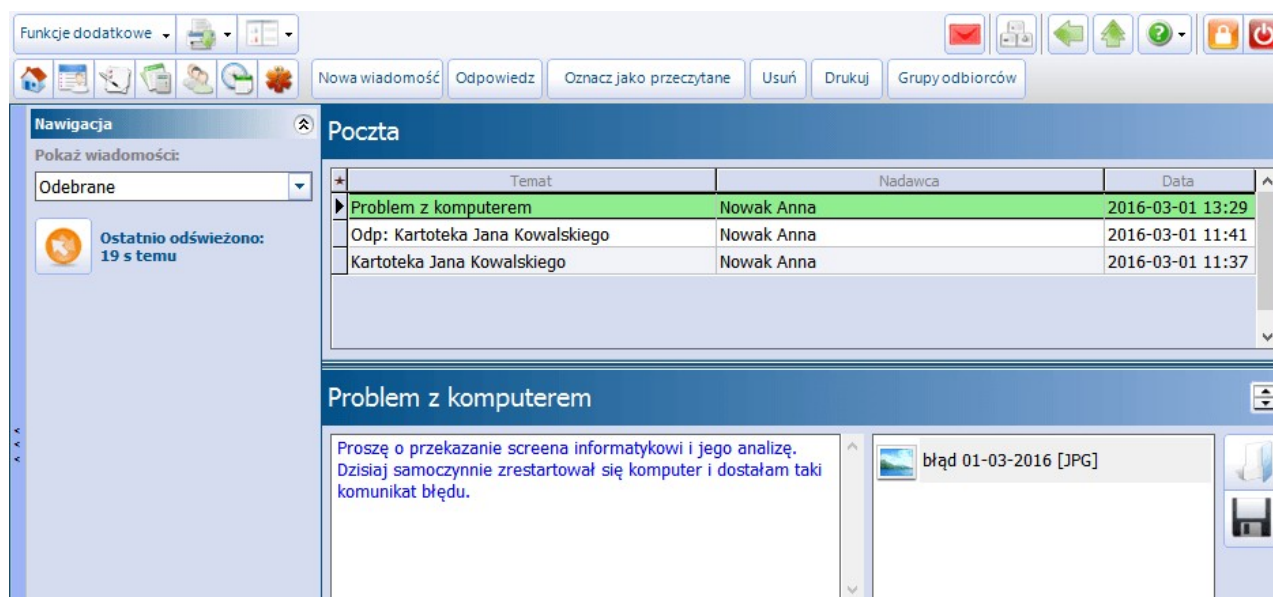


13.15.5 Odebranie wiadomości

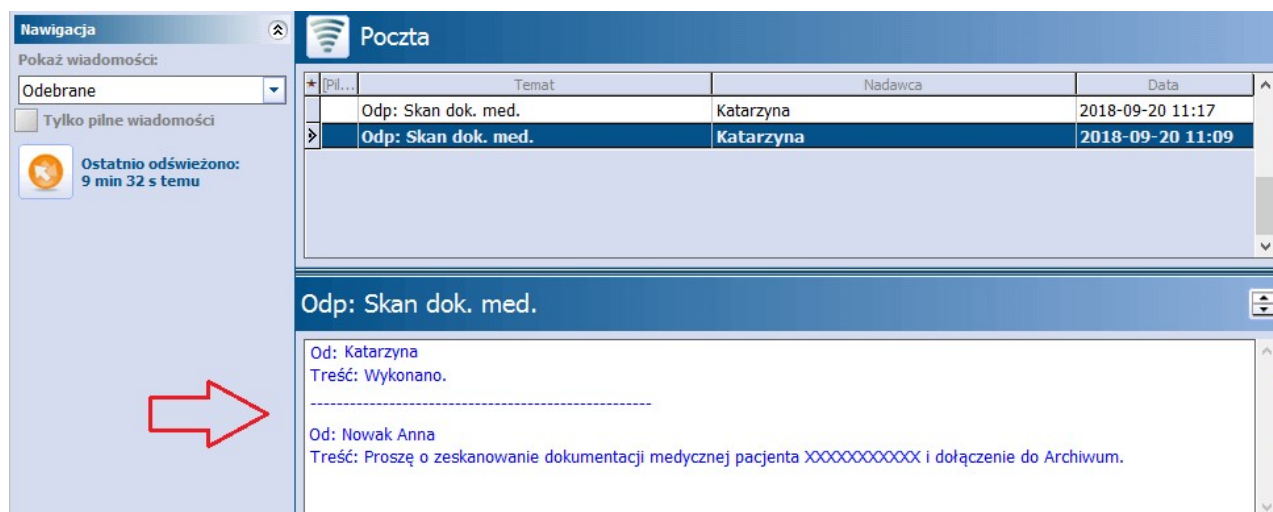
Aplikacja mMedica sprawdza nadejście nowych wiadomości co 2 minuty. Nadejście nowej wiadomości sygnalizowane jest poprzez:

- Sygnał dźwiękowy - jest nim dźwięk skonfigurowany w panelu sterowania systemu Windows dla nowej wiadomości poczty,
- Zmianę koloru koperty - z białej na czerwoną.

Nowa, nieodczytana wiadomość oznaczana jest na liście wiadomości kolorem zielonym (zdz. poniżej). Odebranie wiadomości poprzez kliknięcie przycisku **Oznacz jako przeczytane**, powoduje usunięcie zielonego podświetlenia i zmianę koloru koperty - z czerwonej na białą.



W dolnym oknie formatki wyświetlana jest pełna historia korespondencji. Wiadomości prezentowane są od najnowszej do najstarszej.

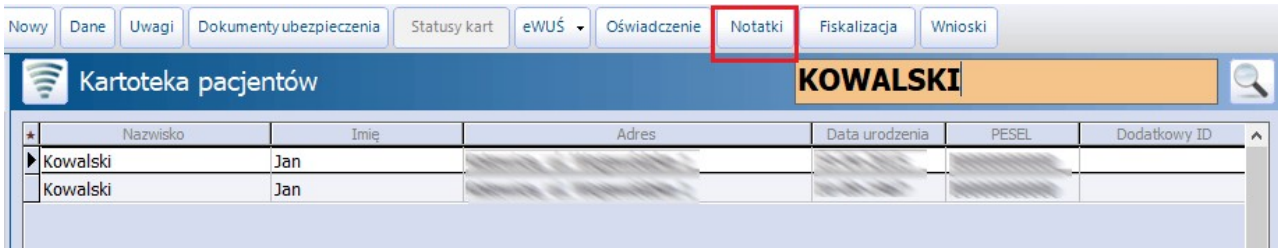


W wersji 10.3.0 aplikacji mMedica w wiadomościach poczty wewnętrznej wprowadzono obsługę hiperłączy. Jeżeli w treści wiadomości zostanie zamieszczony adres strony internetowej, po jej odebraniu będzie on widoczny w postaci linku. Kliknięcie w niego spowoduje otwarcie strony w przeglądarce.

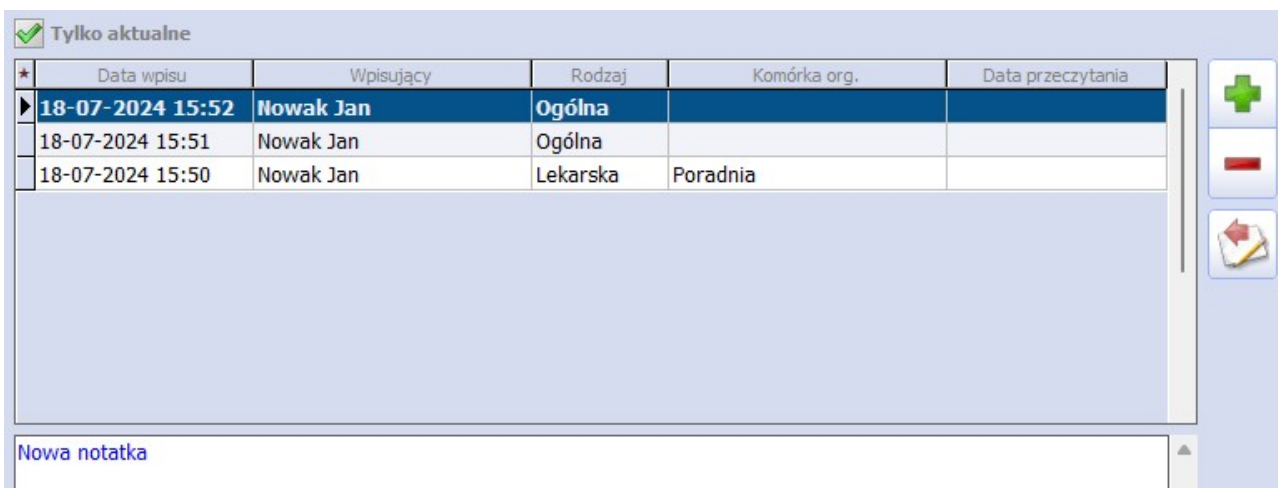
13.16 Notatki


W programie istnieje możliwość dodawania krótkich notatek dotyczących pacjenta. Funkcja opiera się na rozwiązaniu powiadomień - dodana notatka będzie wyświetlana po wskazaniu pacjenta w wybranych miejscach programu, do czasu oznaczenia jej jako przeczytanej.

Możliwość dodania notatki została wprowadzona w trzech miejscach w aplikacji: *Kartotece pacjentów*, *Terminarzu* - dla czynności rejestracji i rezerwacji oraz na wizycie realizowanej w *Gabiniecie*. Adnotacja wprowadzona w ramach danego pacjenta może być wykorzystywana w celu przekazania istotnych informacji osobie realizującej świadczenie lub rejestratorce dokonującej zapisu na wizytę.

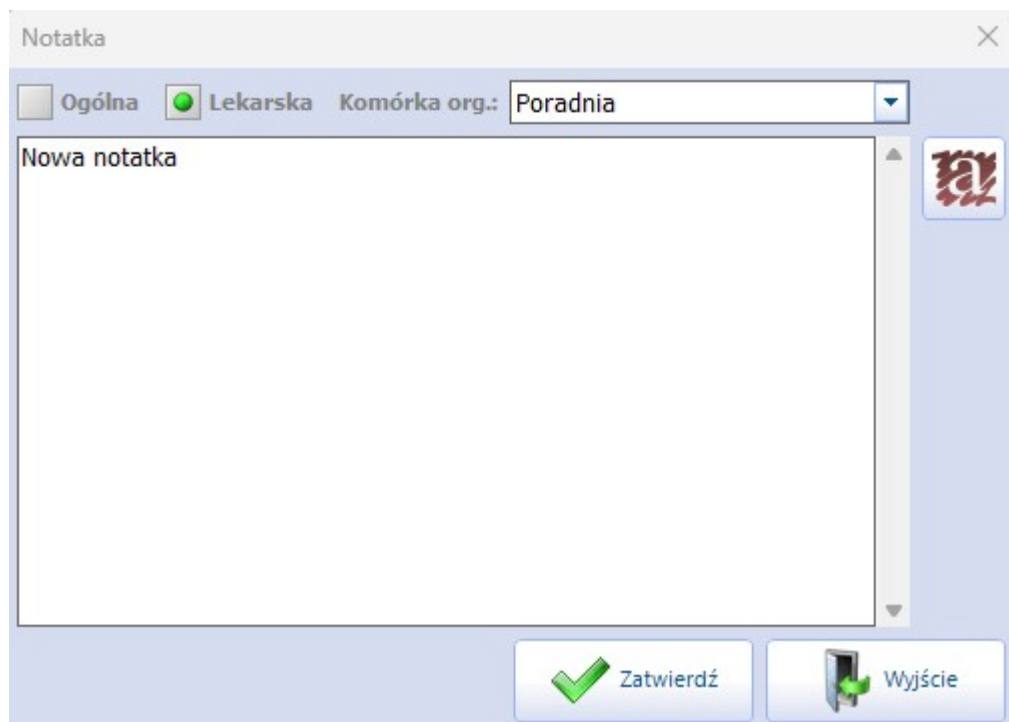



W górnym panelu każdej z wyżej wymienionych formatek znajduje się przycisk **Notatki**, uruchamiający okno podglądu wprowadzonych wcześniej dla wybranego pacjenta notatek. Treść wskazanej na liście notatki wyświetli się w dolnej części okna.



Po wybraniu przycisku  pojawi się okno dodawania nowej notatki (zdz. poniżej). Do wprowadzania notatek można wykorzystać funkcjonalność szablonów [tekstów standardowych](#), do czego służy przycisk





W celu usunięcia zaznaczonej notatki należy wybrać przycisk . Aby notatka przestała się wyświetlać dla danego pacjenta, należy oznaczyć ją jako nieaktualną (przeczytaną) za pomocą przycisku **Oznacz jako**

nieaktualna . Domyślnie na liście prezentowane są tylko aktualne notatki dotyczące pacjenta. Aby wyświetlić również nieaktualne, należy wyłączyć parametr **Tylko aktualne**.

Dodatkowo istnieje możliwość określenia rodzaju wprowadzanej notatki. Dokonuje się tego poprzez zaznaczenie jednego z parametrów: **Ogólna** lub **Lekarska**, dostępnych w górnej części okna edycji notatki (zdj. powyżej). *Od wersji 10.7.0 aplikacji mMedica parametry te są dostępne również przy tworzeniu notatki z poziomu Terminarza lub Kartoteki pacjentów.* Dla notatki w rodzaju **Lekarska** wymagany jest wybór komórki organizacyjnej (w polu "Komórka org.").

Notatka w rodzaju **Ogólna** będzie się wyświetlać dla pacjenta we wszystkich miejscach, gdzie funkcjonalność ta jest dostępna. Natomiast notatka w rodzaju **Lekarska** wyświetli się w oknie wizyty realizowanej w *Gabinecie* w komórce organizacyjnej, w której lub dla której została wystawiona. Notatka lekarska wystawiona poza *Gabinetem* będzie widoczna w pozostałych miejscach niezależnie od wskazanej w niej komórki.

Notatki dotyczące danego pacjenta będą się automatycznie wyświetlać, z uwzględnieniem wyżej opisanych zasad dotyczących rodzajów notatek, przy wprowadzaniu jego rezerwacji/rejestracji w *Terminarzu* lub przy otwieraniu jego wizyty w *Gabinecie*. W oknie, które się pojawi, będzie możliwość podglądu, kiedy i przez kogo dana notatka była wystawiona oraz jaka jest jej treść.

Informacje o wszystkich notatkach dodanych w ramach pacjenta gromadzone są w [Kartoteka pacjentów > Dane > 11. Notatki](#). Na liście prezentowane są notatki, jakie zostały utworzone z informacją o dacie wpisu, osobie wpisującej notatkę oraz dacie jej przeczytania. Podgląd treści notatki widoczny jest w dolnym oknie, po podświetleniu wybranej notatki. Z tego poziomu istnieje również możliwość dodania nowej notatki oraz usunięcia istniejącej.

13.17 Powiadomienia e-mailowe

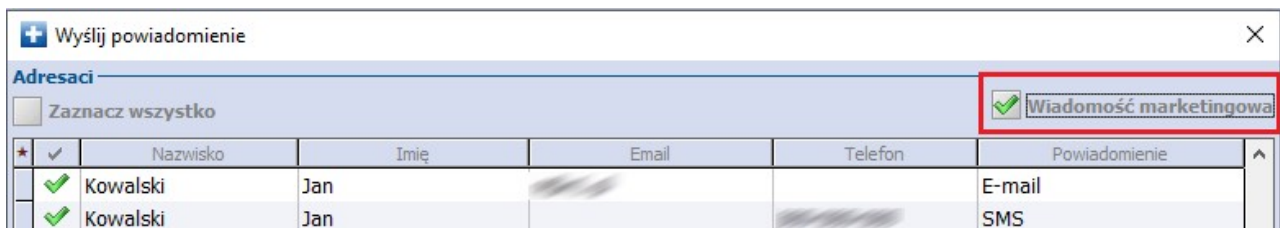
Aplikacja mMedica umożliwia wysyłanie informacji i powiadomień do pacjentów w formie wiadomości e-mail, po uprzedniej konfiguracji programu. Funkcjonalność kontaktowania się z pacjentem drogą e-mailową jest dostępna w każdej wersji programu mMedica (PS-STD+) i nie wymaga posiadania żadnego dodatkowego modułu. Wysyłka może odbywać się w sposób automatyczny, po wystąpieniu określonego zdarzenia lub ręczny do indywidualnie wybranej grupy odbiorców.

Powiadomienia e-mail są automatycznie wysyłane z aplikacji mMedica między innymi w następujących sytuacjach:

- W przypadku dokonania rezerwacji wizyty w Terminarzu
- W przypadku zmiany terminu rezerwacji z poziomu Terminarza
- W przypadku odwołania rezerwacji pacjenta z poziomu Terminarza
- W przypadku wystawienia recepty na wizycie receptowej podczas autoryzacji wizyty realizowanej w Gabinetce

Ponadto kilka dni przed wizytą pacjenci mogą otrzymać przypomnienie o zbliżającej się wizycie, o konieczności doniesienia skierowania, o upływie terminu jego dostarczenia lub przypomnienie o terminie szczepienia.

Dzięki funkcjonalności wysyłania zbiorczych powiadomień do wybranych grup marketingowych, placówka uzyskuje sposobność prowadzenia różnorodnych akcji informacyjnych i promocyjnych, kierując je do odpowiednich grup odbiorców.




Szczegółowe informacje dotyczące konfiguracji powiadomień e-mail oraz sposobu działania zostały opisane w instrukcji Modułu mPowiadomienia, znajdującej się na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.

13.18 Teksty standardowe w polach opisowych

W codziennej pracy pomocnym może okazać się zbiór tekstów standardowych, który przyspiesza wprowadzanie niezbędnych informacji w większości pól opisowych, znajdujących się w programie mMedica. Wcześniej stworzone przez użytkownika teksty wybiera się z dostępnej listy i dodaje do właśnie uzupełnianego okna.

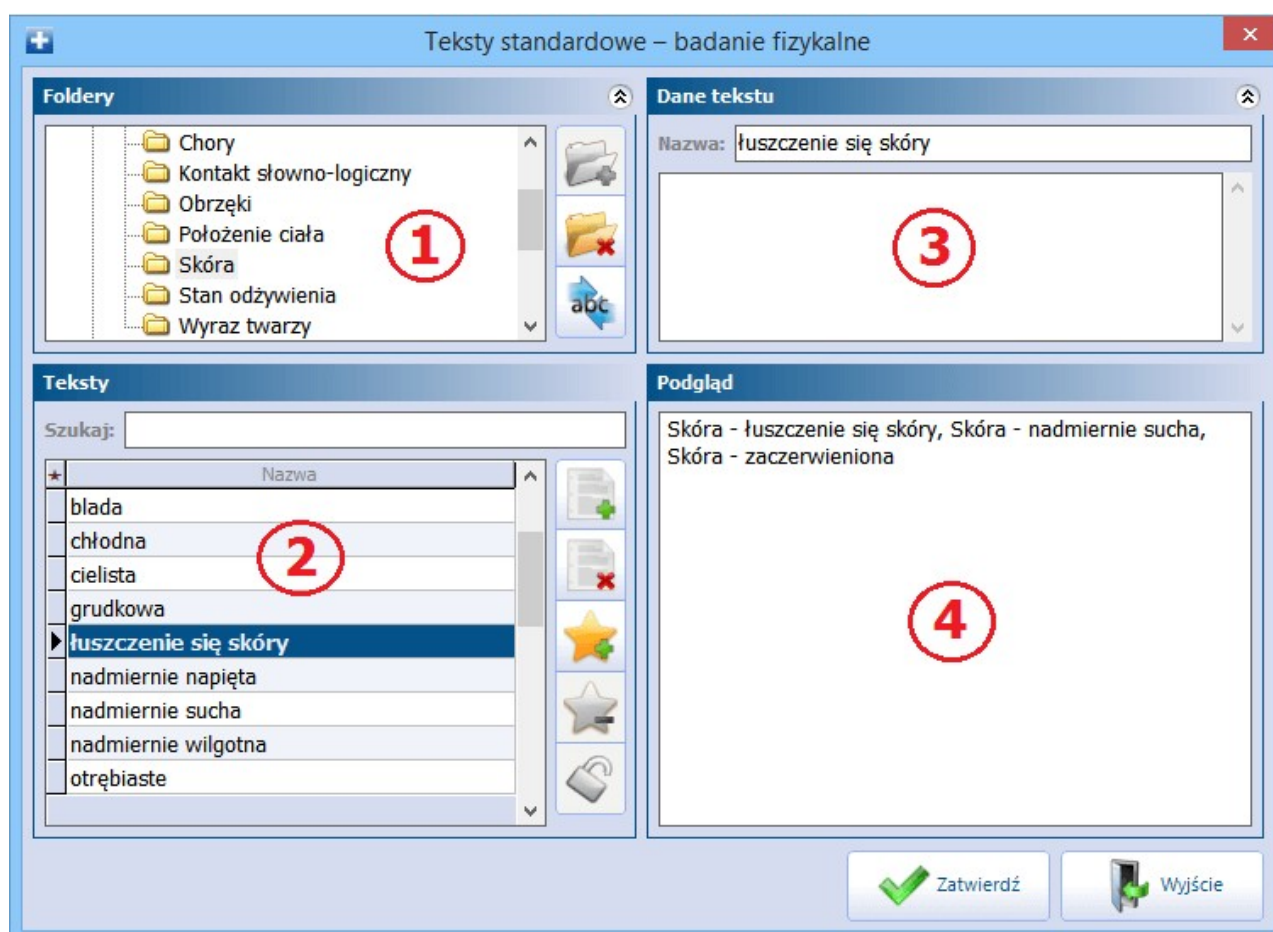
Funkcjonalność najczęściej wykorzystywana jest podczas pracy w [Gabinetce](#) podczas uzupełniania wywiadu, badania fizykalnego, wystawiania skierowań, a także podczas uzupełniania danych medycznych pacjenta. Możliwość skorzystania z funkcjonalności szablonów tekstów standardowych obrazowana jest za pomocą

ikony , umieszczanej obok pól opisowych. Poniższy zrzut ekranowy obrazuje okno wywiadu znajdujące się w Gabinetce:



Wybranie omawianego przycisku otwiera okno dialogowe *Teksty standardowe*, dotyczące uzupełnianego obszaru. Okno podzielone jest na 4 mniejsze okna, omówione poniżej.

W oknie *Foldery* (1) znajduje się drzewo folderów domyślnie zdefiniowanych w programie mMedica, a w oknie *Teksty* (2) lista tekstów zamieszczonych w wybranym folderze. Twórca oprogramowania zdefiniował domyślne teksty standardowe dla wywiadu i badania fizykalnego wprowadzanego w Gabinetce. Szablony tekstów standardowych odnoszące się do pozostałych pól opisowych (np. w skierowaniach) użytkownik musi skonfigurować samodzielnie.




Opis pól znajdujących się w oknie *Teksty standardowe*:


- 1) Foldery** - lista folderów, w których znajdują się gotowe teksty. Użytkownik może tworzyć własne foldery tematyczne, do czego służy przycisk **Dodaj folder**.
- 2) Teksty** - lista tekstów utworzonych/zapisanych w danym folderze. Za pomocą przycisków znajdujących się po prawej stronie okna można wykonywać operacje na tekstach - opis poniżej.
- 3) Dane tekstu** - w polu wyświetlana jest treść wybranego tekstu (zaznaczonego w oknie *Teksty* (2)). W przypadku wybrania gotowego tekstu istnieje możliwość jego modyfikacji. Natomiast w przypadku dodawania nowego tekstu wprowadza się jego nazwę/tytuł i rozszerzoną treść tekstu, jeśli jest taka potrzeba.


- 4) Podgląd** - pole stanowi rzeczywisty podgląd zawartości okna, w którym zostaną wprowadzone dane. Wyświetlane są w nim wszystkie teksty, które zostały wybrane przez użytkownika.


Opis przycisków znajdujących się w oknie *Teksty*:


 **Dodaj tekst** - dodaje nowy tekst. W oknie *Dane tekstu* (3) należy wprowadzić nazwę/tytuł tekstu i jego rozszerzoną treść, jeśli jest taka potrzeba.

 **Usuń tekst** - usuwa tekst zaznaczony w oknie *Teksty* (2).

 **Dodaj do preferowanych** - zaznaczony tekst (2) zostanie dodany do preferowanych. Będzie dostępny w folderze (1) "Preferowane".

 **Usuń z preferowanych** - zaznaczony tekst (2) zostanie usunięty z preferowanych. Zostanie usunięty z folderu (1) "Preferowane".

 **Oznacz jako publiczny** - zaznaczony tekst (2) zostanie oznaczony jako publiczny i będzie dostępny dla wszystkich użytkowników programu. Każdy nowo dodany tekst jest domyślnie oznaczany jako publiczny.


 **Oznacz jako prywatny** - zaznaczony tekst (2) zostanie oznaczony jako prywatny i będzie dostępny tylko dla użytkownika, który go utworzył.

Sposób działania pola do wyszukiwania tekstu w polu "Szukaj" w oknie *Teksty* (2) określa się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Różne](#). W sekcji *Teksty standardowe* w polu "Szukaj tekstu według" dostępne są dwie wartości:

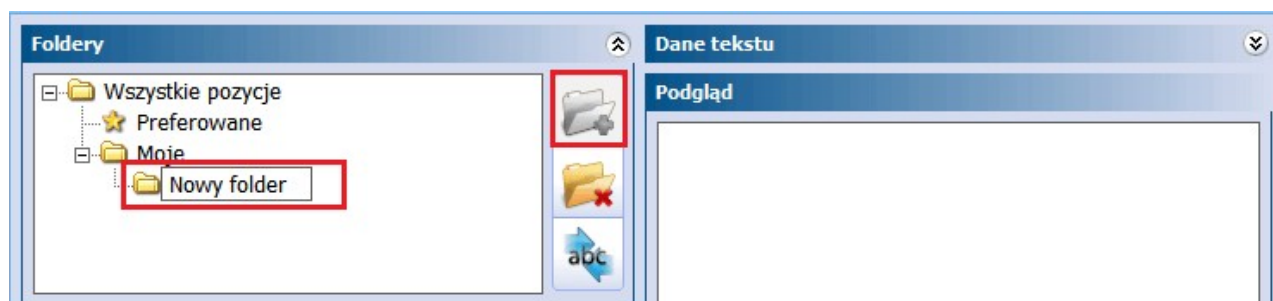
- **Początku nazwy** - tekst wyszukiwany będzie po początku wprowadzonej nazwy.
- **Dowolnego fragmentu nazwy** - tekst wyszukiwany będzie po dowolnym fragmencie wprowadzonej nazwy. Przykładowo: po wpisaniu słowa "sienny" aplikacja mMedica wyszuka wszystkie teksty zawierające w swojej nazwie to słowo.

13.18.1 Dodanie nowego tekstu

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > okno "Wywiad"](#)

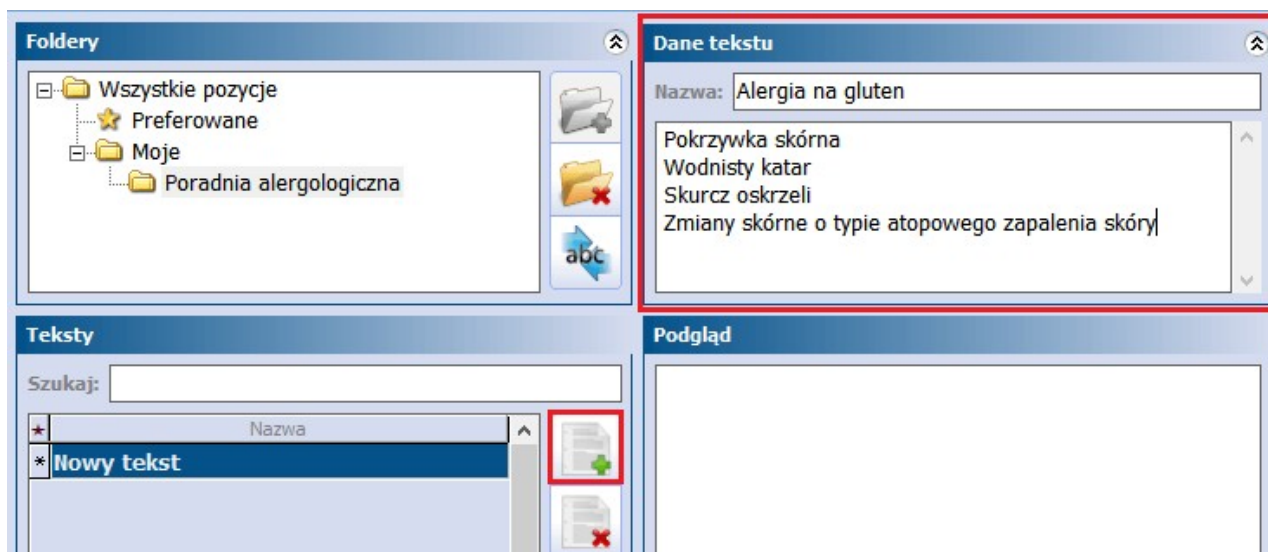
Aby rozpocząć proces tworzenia tekstów standardowych należy wybrać przycisk  znajdujący się po prawej stronie okna tekstowego. W ramach przykładu zostanie omówiony proces dodania nowego folderu i tekstu standardowego w oknie *Wywiad* znajdującym się w Gabinetce.

1. W oknie *Foldery* dodać nowy folder za pomocą przycisku **Dodaj folder** i nadać mu nazwę. Dla przykładu utworzono folder "Poradnia alergologiczna".



2. W oknie *Teksty* wybrać przycisk **Dodaj tekst**. W prawym górnym rogu aktywuje się okno *Dane tekstu*, w którym należy wprowadzić:
 - W polu "Nazwa" wpisać nazwę/tytuł tekstu. Nazwa ta będzie wyświetlana potem na liście wszystkich tekstów w oknie *Teksty*.

- W polu tekstowym poniżej wpisać treść tekstu.



3. Wybranie przycisku **Zatwierdź** zapisuje zmiany i zamyka okno.

Tak wprowadzony tekst będzie można wybrać i dodać do okna wywiadu podczas kolejnego korzystania z funkcjonalności tekstów standardowych.

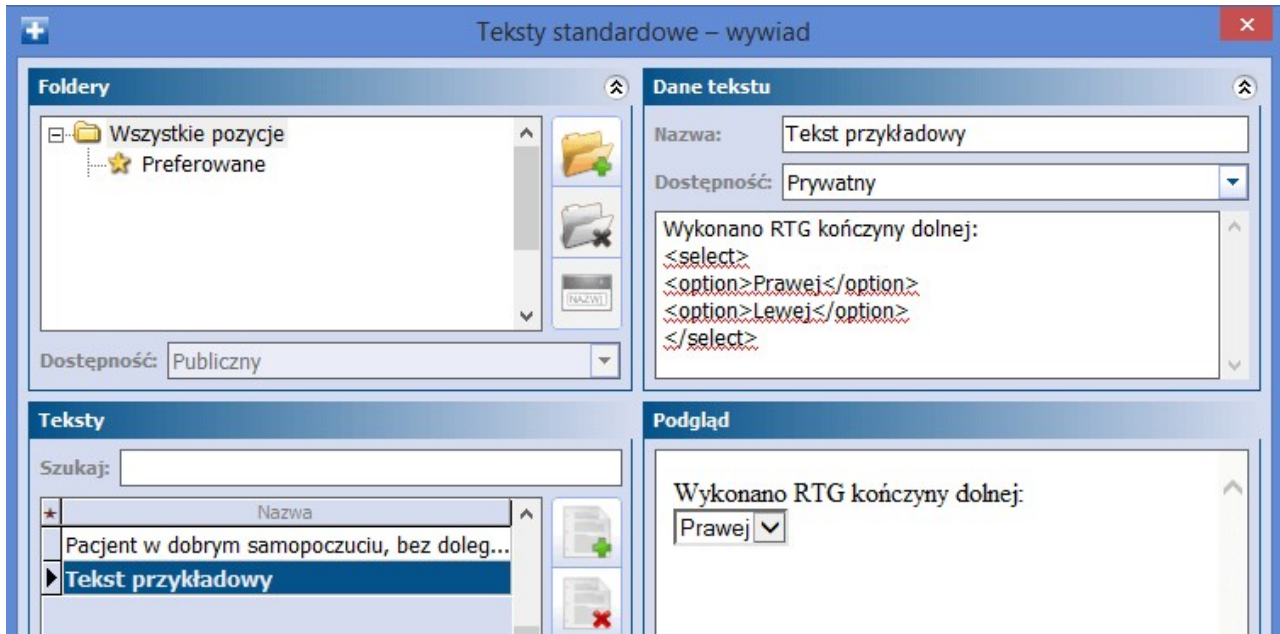
13.18.2 Dodanie znacznika w tekście standardowym

Do definiowania tekstów standardowych można wykorzystać funkcjonalność dodawania znaczników. Polega ona na definiowaniu pól w szablonie, które następnie będą uzupełniane lub zaznaczane przez lekarza przed naniesieniem tekstu do np. okna wywiadu.

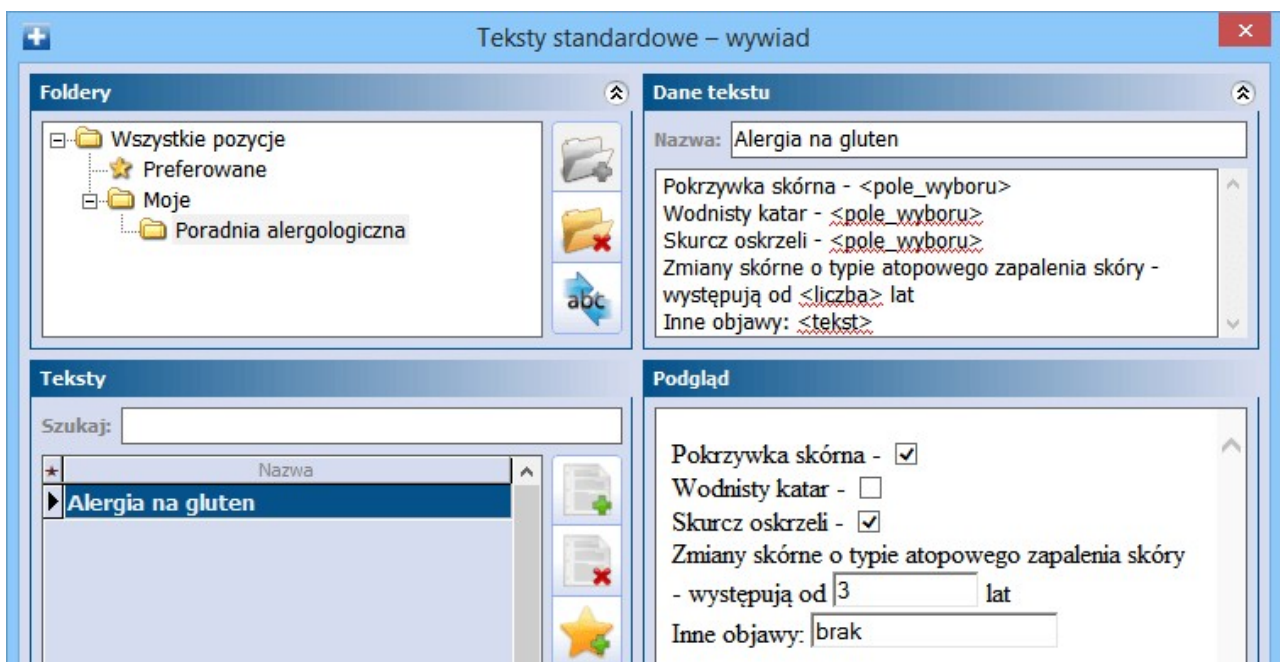
Do utworzenia nowego tekstu standardowego można wykorzystać następujące znaczniki:

- <tekst>** - znacznik dodaje pole tekstowe, w którym można wprowadzić zarówno tekst jak i cyfry.
- <liczba>** - znacznik dodaje pole liczbowe, w którym można wprowadzić jedynie cyfry.
- <pole_wyboru>** - znacznik dodaje pole wyboru do zaznaczenia przez użytkownika:
 - Brak zaznaczenia - w uzupełnianym oknie tekstowym zostanie podpowiedziana wartość NIE.
 - Zaznaczenie - w uzupełnianym oknie tekstowym zostanie podpowiedziana wartość TAK.

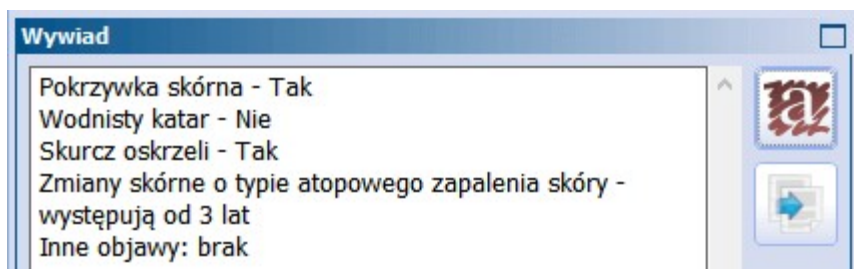
W aplikacji mMedica dodano obsługę standardowych znaczników html `<select>` oraz `<select multiple>`, umożliwiających umieszczenie w tekście listy wyboru jedno i wielokrotnego. Przykład poniżej:



Ww. znaczniki wprowadza się w oknie *Dane tekstu* jako dodatkowy element tekstu (zdzj. poniżej). Po wybraniu tekstu przez użytkownika, w polu *Podgląd* zostaną wyświetlone odpowiednie pola do uzupełnienia.



Po ich uzupełnieniu i zatwierdzeniu zmian, w uzupełnianym polu tekstowym zostaną podpowiedziane dane z wybranego szablonu:



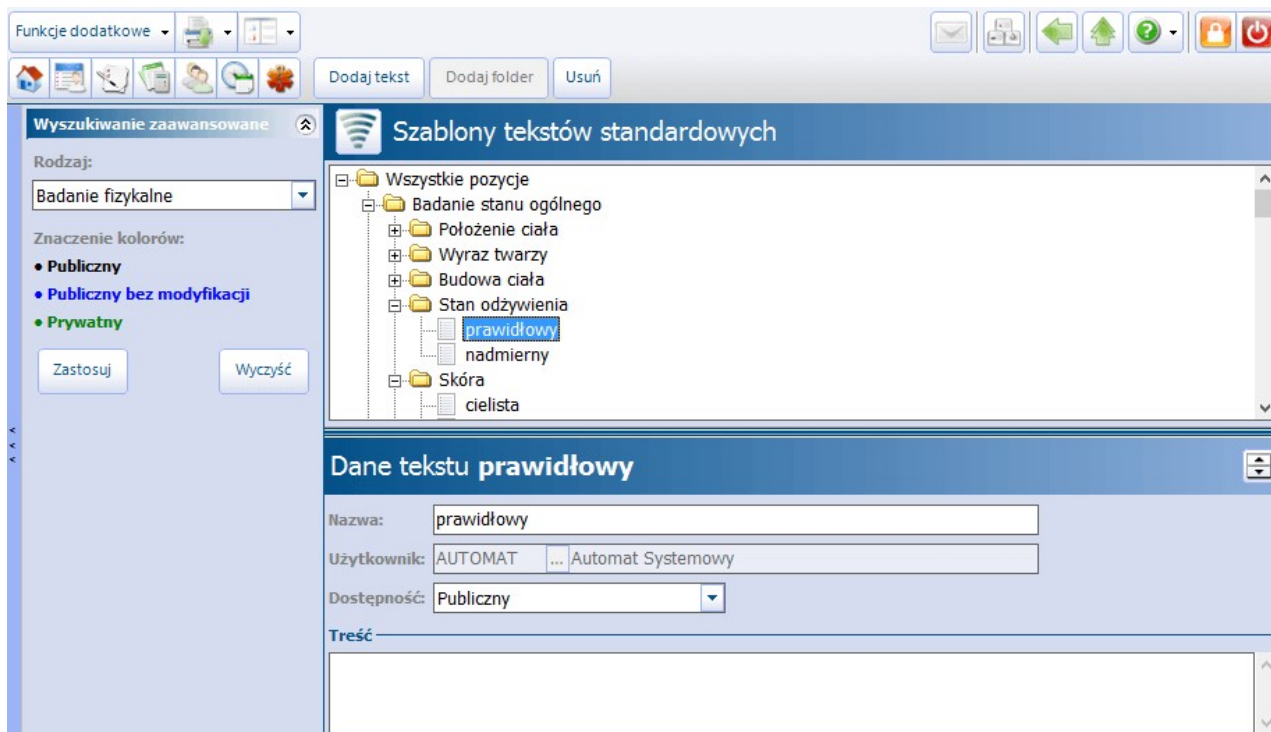
13.18.3 Zarządzanie szablonami tekstów standardowych

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Szablony tekstów standardowych](#)

Funkcjonalność stanowi zbiór wszystkich szablonów tekstów standardowych, jakie istnieją w programie mMedica. Administrator systemu posiadający uprawnienie "Zarządzanie szablonami tekstów standardowych" nadawane w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) będzie miał możliwość nadzoru nad wszystkimi aktualnie funkcjonującymi szablonami (bez względu na status ich prywatności) oraz prawo do ich modyfikacji.

Formatka *Szablony tekstów standardowych* podzielona jest na dwa okna. W górnej części okna wyświetlane jest drzewo folderów, czyli układ folderów i podfolderów danego rodzaju tekstów standardowych. Ze względu na to, że w aplikacji mMedica istnieje kilka funkcjonalności, dla których można tworzyć teksty standardowe, ich wyszukiwania dokonuje się za pomocą filtra "Rodzaj". Formatka zostaje domyślnie otwarta na filtrze "Rodzaj: Badania fizykalne", prezentując foldery tekstów standardowych z zakresu badań fizykalnych.

I tak oto dodanie przez użytkownika nowego tekstu standardowego w Gabinetecie na formatce skierowań, spowoduje przyporządkowanie szablonu tekstu do rodzaju "Skierowania".



W dolnym oknie *Edycja* wyświetlane są szczegółowe dane tekstu, który został zaznaczony na drzewie folderów. W polu "Użytkownik" wyświetlany jest login użytkownika, który jest autorem tekstu.

Dzięki dostępnym funkcjom administrator może wykonywać następujące czynności:

- Modyfikować drzewo folderów tekstów standardowych (poprzez zmianę nazwy folderów, ich dodawanie i usuwanie).
- Edytować treści istniejących tekstów standardowych (modyfikować istniejące teksty, dodawać nowe, usuwać teksty).
- Modyfikować sposób dostępności tekstu (prywatny, publiczny lub publiczny bez modyfikacji).

Szczegółowy opis dotyczący tworzenia tekstów standardowych znajduje się w: [Teksty standardowe](#).

13.19 Aktualizacja słownika kodów terytorialnych/miejscowości/ulic

W aplikacji mMedica istnieje możliwość aktualizacji słowników kodów terytorialnych, miejscowości oraz ulic, wykorzystywanych przy wprowadzaniu danych adresowych.

W celu wykonania omawianej aktualizacji należy postąpić zgodnie z poniższą instrukcją:

1. Pobrać wersję **podstawową** aktualnych słowników publikowanych na [stronie GUS-u](#):
 - a) Słownik TERC (identyfikatorów i nazw jednostek podziału terytorialnego),
 - b) Słownik SIMC (identyfikatorów i nazw miejscowości),
 - c) Słownik ULIC (identyfikatorów i nazw ulic).
2. Pobrane słowniki rozpakować na dysku komputera za pomocą programu archiwizującego np. WinRAR lub 7-Zip.
3. Dokonać zacytania słowników w formacie .XML do aplikacji mMedica w ścieżce: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).

W module dodatkowym "Menedżer eksportów" istnieje możliwość utworzenia zadania automatycznej aktualizacji powyższych słowników.

Aby utworzyć takie zadanie, w przypadku posiadania wyżej wspomnianego modułu, należy przejść do: [Zarządzanie > Operacje techniczne > Harmonogram zadań](#), a następnie wybrać przycisk **Nowy**, zamieszczony w górnym panelu ekranu. W dolnej części ekranu, w oknie definicji danych pozycji, należy:

1. Wybrać z listy rozwijalnej w polu "Rodzaj" pozycję "**Synchronizacja słowników kodów terytorialnych/miejscowości/ulic**".
2. W polach do tego przeznaczonych określić częstotliwość wykonywania zadania.
3. W sekcji [Sposób logowania](#) wpisać login i hasło. W celu pozyskania tych danych należy dokonać rejestracji zgodnie z wytycznymi opublikowanymi na stronie <https://api.stat.gov.pl/Home/TerytApi>.

Szczegółowe informacje na temat funkcjonalności harmonogramu zadań znajdują się w [instrukcji obsługi](#) modułu "Menedżer eksportów".

Jeżeli wprowadzone w danych pacjenta kody terytorialny oraz miejscowości są niezgodne z najnowszym, zacytanym do programu słownikiem, informacja o ich nieaktualności pojawi się w oknie weryfikacji danych pacjenta, wyświetlanym przy jego rezerwacji/rejestracji w Terminarzu. Dokładne informacje na temat funkcjonalności wyświetlania tego okna zawiera rozdział [Aktualizacja danych pacjenta na podstawie komunikatu eWUŚ](#).

13.20 Zamiana kodów terytorialnych


Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Zamiana kodów terytorialnych](#)

Skorzystanie z funkcjonalności zaleca się w przypadku urzędowej zmiany kodów terytorialnych. Aplikacja, na podstawie wprowadzonych warunków, wyfiltruje pacjentów posiadających pierwotny kod terytorialny wprowadzony w adresie zamieszkania i/lub adresie zameldowania i dokona jego zamiany na nowy kod, wskazany przez użytkownika.

Od wersji 10.9.0 aplikacji mMedica omawiany mechanizm umożliwia również zbiorczą zmianę ulicy na inną, występującą w danej miejscowości.

Przed skorzystaniem z funkcjonalności należy zczytać do aplikacji mMedica najnowsze słowniki opublikowane przez GUS, zgodnie z instrukcją zawartą w rozdziale [Aktualizacja słownika kodów terytorialnych/miejscowości/ulic](#).

W celu zamiany kodów należy:

1. Przejsć do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Zamiana kodów terytorialnych](#).
2. W panelu "Wyszukiwanie zaawansowane" za pomocą przycisku słownikowego  wybrać:
 - a) Aktualny, dotychczasowy kod terytorialny,
 - b) Aktualny, dotychczasowy kod miejscowości,
 - c) Nowy, docelowy kod terytorialny,
 - d) Nowy, docelowy kod miejscowości,
 - e) W przypadku zmiany ulicy - odpowiednie dane w polach "Aktualny kod ulicy"/"Aktualna nazwa ulicy" oraz "Docelowy kod ulicy" (pola dodane w wersji 10.9.0 aplikacji mMedica).
3. Potwierdzić wybór przyciskiem **Zastosuj**. Na podstawie wypełnionych aktualnych danych aplikacja wyświetli pacjentów, którzy w adresie zamieszkania lub adresie zameldowania posiadają wskazany kod terytorialny oraz miejscowości, a także ulicę (jeżeli została podana).
4. Wybrać przycisk **Zamień automatycznie**, znajdujący się w górnym panelu formatki. Po jego wybraniu w odpowiednich kolumnach formatki podpowie się nowy kod terytorialny/miejscowości/ulicy.
5. W celu zapisania zmian należy wybrać przycisk **Zatwierdź** w prawym dolnym rogu formatki.
6. Potwierdzić komunikat o zamianie kodów terytorialnych pacjentów:

Czy na pewno zamienić kody terytorialne dla wyświetlonych pacjentów?

Wyszukiwanie zaawansowane

Aktualny kod terytorialny
2469011 ... Katowice

Aktualny kod miejscowości
0937474 ... Katowice

Aktualny kod ulicy
... ..

Aktualna nazwa ulicy
.....

Docelowy kod terytorialny
2469011 ... Katowice (miasto)

Docelowy kod miejscowości
0937474 ... Katowice

Docelowy kod ulicy
... ..

Zastosuj Wyczyść

Zamiana kodów terytorialnych

Zmień automatycznie

Nazwisko	Imiona	PESEL	Kod terytorialny	Nazwa terytorialna	Kod miejscowości	
Kow...	Jan		2469011	Katowice (miasto)	0937474	Katowice
Kowa...	Jan		2469011	Katowice (miasto)	0937474	Katowice
Nazw...	Imie...		2469011	Katowice (miasto)	0937474	Katowice
Nazw...	Imie...		2469011	Katowice (miasto)	0937474	Katowice
Nazw...	Imie...		2469011	Katowice (miasto)	0937474	Katowice
Nazw...	Imie...		2469011	Katowice (miasto)	0937474	Katowice
Nazw...	Imie...		2469011	Katowice (miasto)	0937474	Katowice
Nazw...	Imie...		2469011	Katowice (miasto)	0937474	Katowice
Nowak	Alina		2472011	Ruda Śląska (miasto)	0942707	Kłodnica

Zatwierdź Anuluj

13.21 Eksport Jednolitego Pliku Kontrolnego

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Plik JPK dla faktur](#)

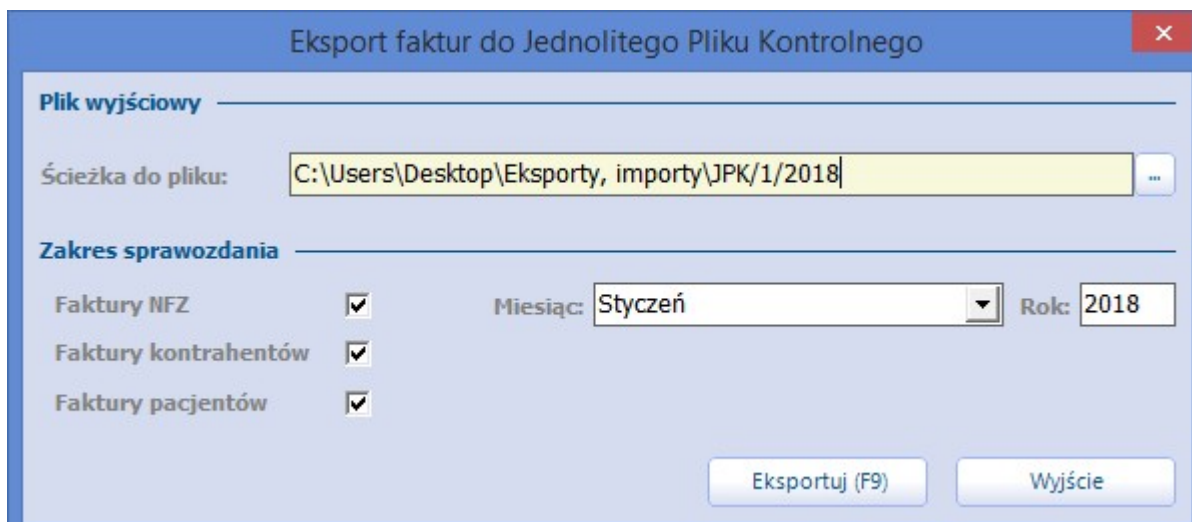
Aplikacji mMedica posiada funkcjonalność eksportu JPK (Jednolitego Pliku Kontrolnego). Rozwiązanie zostało utworzone na prośbę użytkowników, którzy chcą wykorzystać pliki JPK wyeksportowane z aplikacji mMedica do scalenia w jeden plik w programie księgowym, jeśli umożliwia takie operacje. Plik JPK eksportowany z mMedica jest plikiem XML zgodnym ze strukturą JPK_VAT(3) opublikowaną na stronie Ministerstwa Finansów.

Plik JPK to zestaw informacji o sprzedaży dokonanych w mMedica, wynikający z ewidencji wystawionych faktur za dany okres. Dane do utworzenia JPK_VAT są pobierane z zaewidencjonowanych w aplikacji faktur NFZ, pacjentów komercyjnych oraz kontrahentów za wskazany miesiąc oraz rok.

Uwaga! Omawiana funkcjonalność jest dostępna w ramach modułu dodatkowego **Jednolity Plik Kontrolny** (JPK). Po zacytaniu do aplikacji licencji zawierającej moduł należy dokonać jego włączenia w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Moduły dodatkowe](#), w sekcji [Zarządzanie i komunikacja](#) na każdej stacji roboczej, na której będzie wykorzystywany.

Aby wyeksportować plik JPK należy wykonać poniższe czynności:

- Przejdź do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Plik JPK dla faktur](#).
- W oknie dialogowym wskazać:
 - Ścieżkę zapisu pliku oraz jego nazwę. Aplikacja domyślnie podpowiada ścieżkę zapisu na podstawie danych zdefiniowanych w: [Konfigurator](#) > [Komunikacja](#) > [Eksport](#) > "Folder na pliki wyjściowe".
 - Rodzaj faktur jakie zostaną sprawozdane:
 - Faktury NFZ
 - Faktury kontrahentów - jeśli jest wykorzystywany Moduł Komercyjny
 - Faktury pacjentów - jeśli jest wykorzystywany Moduł Komercyjny
 - Okres, za który zostaną wysłane faktury (miesiąc i rok). Domyślnie podpowiadany jest miesiąc poprzedni.
- Uruchomić eksport danych za pomocą przycisku **Eksportuj**.

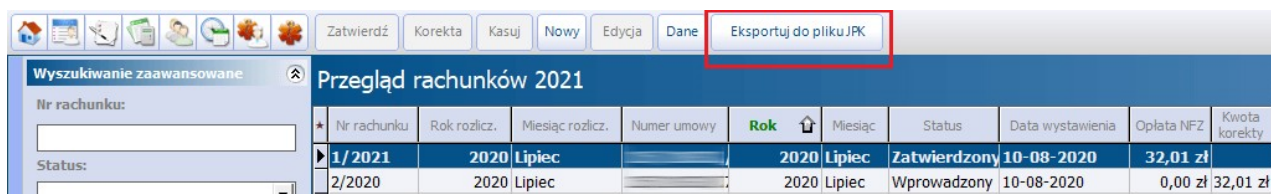


W ramach modułu dodatkowego Jednolity Plik Kontrolny (JPK) dostępna jest funkcjonalność eksportu wybranego rachunku (lub wielu rachunków - od wersji 10.3.0) do pliku JPK_FA. Struktura tego pliku jest zgodna z opublikowaną przez Ministerstwo Finansów na dedykowanej stronie internetowej.

Powyższa opcja jest dostępna z poziomu:

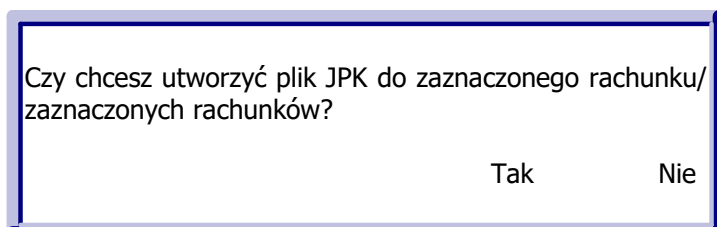
- przeglądu rachunków wystawionych dla NFZ - ścieżka: [Rozliczenia > Przegląd rachunków](#),
- przeglądu rachunków kontrahentów w [Module Komercyjnym](#),
- przeglądu rachunków pacjentów w [Module Komercyjnym](#).

W celu utworzenia pliku JPK_FA dla rachunku należy zaznaczyć go na liście i wybrać zamieszczony na górze ekranu przycisk **Eksportuj do pliku JPK**. Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica operację tę można wykonać zbiorczo dla wielu rachunków po zaznaczeniu ich na liście za pomocą klawisza Ctrl lub Shift na klawiaturze i lewego przycisku myszy.



W przypadku rachunków dotyczących rozliczeń z NFZ eksport uwzględni pozycje ze statusem **Zatwierdzony**. Status ten nadawany jest po wybraniu dla wskazanego rachunku przycisku **Zatwierdź**.

Po zaznaczeniu na liście rachunku (lub rachunków) i wybraniu przycisku **Eksportuj do pliku JPK** pojawi się komunikat:



Po naciśnięciu **Tak** wyświetli się okno umożliwiające zapis pliku na dysku komputera we wskazanej przez użytkownika ścieżce.

Aby generacja powyższego pliku była możliwa, w danych świadczeniodawcy ([Zarządzanie > Konfiguracja >](#)

Dane świadczeniodawcy) na zakładce **3. Dane dodatkowe** musi być uzupełnione pole "Urząd Skarbowy". W polu tym należy, po skorzystaniu z przycisku , wybrać odpowiednią pozycję ze słownika urzędów skarbowych.

The screenshot shows a window titled "Dane świadczeniodawcy" with three tabs: "1. Podmiot leczniczy", "2. Zakład leczniczy", and "3. Dane dodatkowe". Under the "3. Dane dodatkowe" tab, there is a section "Archiwum dokumentacji" with a field "Folder dokumentacji archiwalnej:" and a button "Utwórz strukturę folderów". Below this is a dropdown menu for "Urząd Skarbowy", which is highlighted with a red box. The dropdown menu is also highlighted with a red box, showing a list of tax authorities. At the bottom, there is a section "Uwagi".

13.22 Obsługa eRejestracja w mMedica

eRejestracja jest dodatkowo płatnym modułem, umożliwiającym pacjentom umawianie się na wizyty drogą elektroniczną. Instalacji i konfiguracji rozwiązania dokonuje się przede wszystkim w odrębnej aplikacji webowej - Portalu, który jest stroną internetową udostępnianą użytkownikom (pacjentom i administratorom). Instrukcje opisujące instalację, konfigurację oraz sposób użytkowania modułu eRejestracja znajdują się na [witrynie internetowej](#) produktu mMedica.

W niniejszej instrukcji opisano funkcje dotyczące modułu eRejestracja, dostępne z poziomu aplikacji mMedica. Są nimi m.in.:

- Konfiguracja połączenia programu mMedica z Portalem eRejestracja
- Dodanie pacjenta do eRejestracja
- Reset hasła pacjenta w eRejestracja
- Lista rezerwacji wymagających wpisu do kolejki oczekujących
- [Udostępnianie harmonogramu pracy lekarza w eRejestracja](#)
- [Obsługa wniosków przekazanych za pomocą Portalu eRejestracja](#)

13.22.1 Konfiguracja połączenia

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

Po zainstalowaniu Portalu eRejestracja i wszystkich wymaganych komponentów należy skonfigurować parametry połączenia z oprogramowaniem mMedica. W tym celu należy przejść do Konfiguratora programu i wprowadzić adresy usług sieciowych oraz hasło.

Szczegółowy opis postępowania znajduje się w rozdziale "Konfiguracja programu mMedica" w [instrukcji instalacji i konfiguracji Modułu eRejestracji](#) opublikowanej na witrynie internetowej produktu.

13.22.2 Dodanie pacjenta do eRejestracja

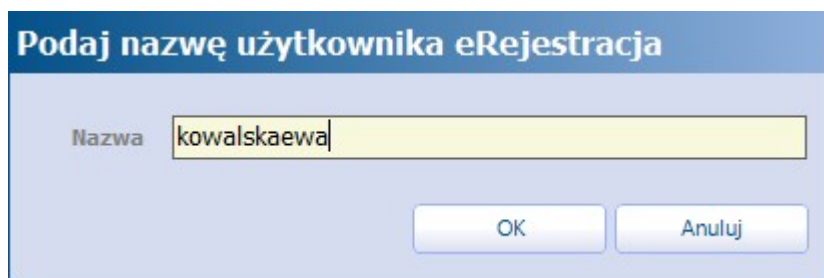
Ścieżka: [Kartoteka pacjentów](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Dodaj pacjenta do serwisu eRejestracja](#)

Pacjent chcący rezerwować terminy wizyt drogą internetową, musi założyć konto w serwisie eRejestracja. Może dokonać tego samodzielnie, logując się na stronę internetową udostępnianą przez placówkę lub poprosić o to pracownika, przy okazji pobytu w przychodni.

W celu zarejestrowania pacjenta na Portalu eRejestracja wymagane jest uzupełnienie w programie jego danych adresowych tj. ulica, numer domu oraz adresu e-mail, na który zostanie wysłany link aktywacyjny. Dane te wprowadza się w danych pacjenta na zakładce 2. *Adres*.

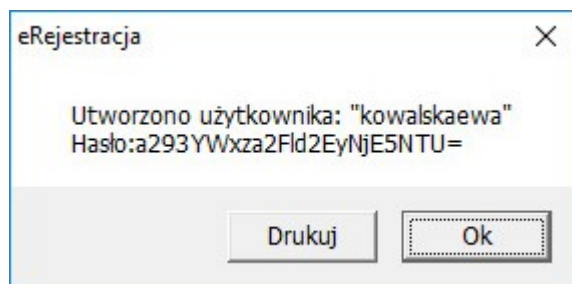
Aby dodać pacjenta do serwisu eRejestracja należy:

1. Na formatce *Kartoteka pacjentów* odszukać pacjenta i podświetlić go na liście.
2. W lewym górnym rogu wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe** i opcję **Dodaj pacjenta do serwisu eRejestracja**.
Przycisk jest nieaktywny, jeśli pacjent posiada już konto na Portalu eRejestracja.
3. W wyświetlonym oknie wprowadzić nazwę użytkownika podaną przez pacjenta i zatwierdzić przyciskiem **OK**. Nazwa użytkownika będzie wykorzystywana przez pacjenta do logowania na swoje konto.



Poprawne założenie konta na Portalu eRejestracja zostanie potwierdzone komunikatem, a pacjent na podany adres e-mail otrzyma wiadomość z linkiem aktywacyjnym. Po kliknięciu w link aktywacyjny konto pacjenta zostanie aktywowane, umożliwiając mu logowanie do serwisu eRejestracja.

Dodatkowo, w oknie potwierdzającym rejestrację zostanie wyświetlone tymczasowe hasło, przy użyciu którego pacjent dokonuje pierwszego logowania na swoje konto. Informacje o nazwie użytkownika i hasło można wydrukować i wręczyć pacjentowi - te same dane zostały wysłane na jego adres e-mail.



Informacja o loginie pacjenta wykorzystywanym na Portalu eRejestracja prezentowana jest w danych pacjenta w polu "Login eRejestracja", jak na poniższym zrzucie:

Dane pacjenta: **Kowalska Ewa (K)** 88

1. Dane podstawowe 2. Adres 3. Miejsca pracy 4. Opiekun 5. Upoważn./oświadcz./uprawn. 6. Inne dokumenty 7. Ubezpieczenie komercyjne 8. Ubezpie

Dane osobowe

Pacjent nieznany Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: * Kowalska Imię: * Ewa Drugie imię:

PESEL: * 88 Status PESEL: * N - nie dotyczy Data urodzenia: * 04-12-1988 Płeć: * Kobieta

Data zgonu: Miejsce zgonu:

Ubezpieczyciel

Oddział NFZ: * 05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia Status potwierdzenia ubezpieczenia: N - Nie dotyczy

Uprawnienia: - Uprawnienia dod.:

Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ): Nr pacjenta w UE:

Ewidencja danych pacjenta komercyjnego Dokumenty >>>

Dodatkowe dokumenty (seria i numer)

Dowód osobisty: Paszport: Kraj wydania:

Karta stałego pobytu: Inny: Uchodźca

Informacje dodatkowe

Nazwisko rodowe: Imię ojca: Imię matki:

Wykształcenie: NIP: Dodatkowy ID: 4794

Zawód: Pacjent archiwalny: Login eRejestracja: kowalskaewa

13.22.3 Reset hasła pacjenta

Ścieżka: [Kartoteka pacjentów](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Reset hasła pacjenta w serwisie eRejestracja](#)

W razie konieczności zresetowania hasła pacjenta w serwisie eRejestracja należy wykonać poniższe czynności:

1. Na formatce *Kartoteka pacjentów* odszukać pacjenta i podświetlić go na liście.
2. W lewym górnym rogu wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe** i opcję **Reset hasła pacjenta w serwisie eRejestracja**. Przycisk jest nieaktywny, jeśli pacjent nie posiada konta na Portalu eRejestracja.
3. Zresetowanie hasła zostanie potwierdzone odpowiednim komunikatem.

Na adres e-mail podany przez pacjenta podczas rejestracji zostanie wysłana wiadomość z nowym, jednorazowym hasłem, umożliwiającym logowanie do serwisu eRejestracja. Pacjent po wpisaniu hasła w Portalu eRejestracji jest następnie proszony o wprowadzenie własnego hasła do konta.

13.22.4 Lista eRezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [eRezerwacje](#)

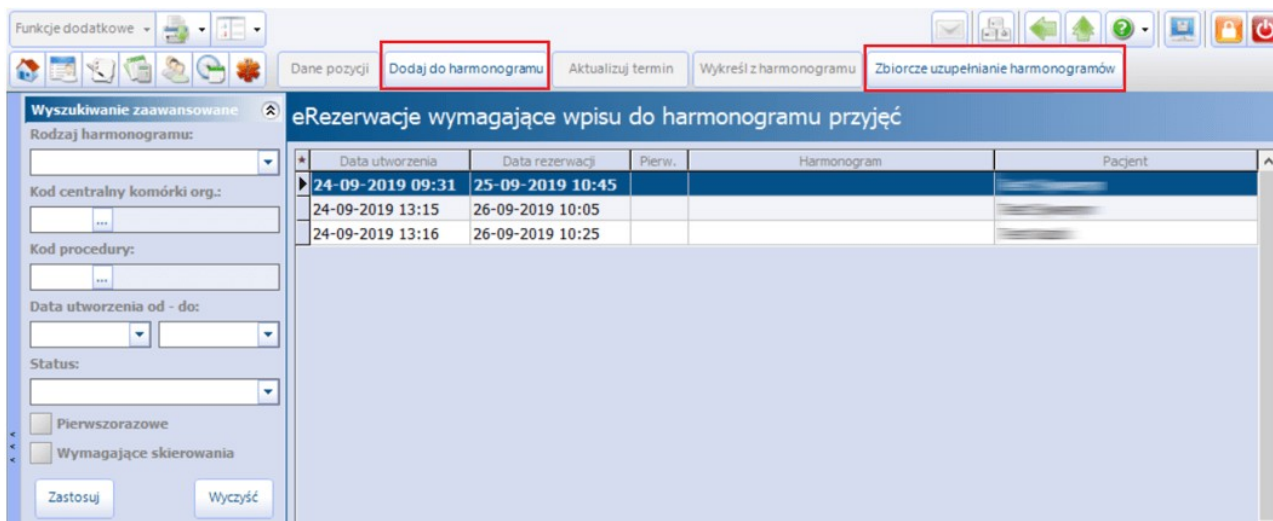
Na formatce *eRezerwacje wymagające wpisu do harmonogramu przyjęć* prezentowane są m.in. rezerwacje utworzone przy wykorzystaniu systemu eRejestracja do komórek organizacyjnych, do których w programie mMedica prowadzone są harmonogramy przyjęć. Użytkownik z tego poziomu dokonuje dodania pacjenta do harmonogramu przyjęć za pomocą przycisku **Dodaj do harmonogramu**.

W kolumnach dostępnych na formatce wyświetlane są szczegółowe informacje dotyczące zaplanowanego terminu np. data utworzenia rezerwacji (moment rezerwacji terminu przez pacjenta na portalu eRejestracja), zaplanowana data wizyty, oznaczenie czy wizyta jest pierwszorazowa, dane pacjenta.

Rezerwacje mogą posiadać następujące statusy:

Funkcjonalności uzupełniające

- **Do aktualizacji** - rezerwacje powiązane z aktywną pozycją w harmonogramie przyjęć, wymagające aktualizacji danych. Konieczność poprawy danych wynika z różnicy w datach - w dacie zaplanowanej wizyty i dacie realizacji pozycji w harmonogramie. Pozycje w tym statusie wyróżnione są zieloną czcionką.
- **Do wpisania** - rezerwacje wymagające dodania pozycji do harmonogramu przyjęć. Pozycja otrzymuje status "Do wpisania", jeśli została zaplanowana w Terminarzu do komórki organizacyjnej, dla której istnieje w systemie harmonogram przyjęć.
- **Do wykreślenia** - rezerwacje powiązane z aktywną pozycją w harmonogramie przyjęć, które zostały odwołane w Terminarzu (rezerwacje w statusie "Odwołana"). Pozycje należy wykreślić z harmonogramu. Pozycje w tym statusie wyróżnione są czerwoną czcionką.



Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Dane pozycji** - otwiera podgląd pozycji z harmonogramu przyjęć. Przycisk aktywny dla rezerwacji w statusie "Do aktualizacji" i "Do wykreślenia".
- **Dodaj do harmonogramu** - dodaje pozycję do harmonogramu przyjęć powiązanego z komórką organizacyjną, do której dokonano rezerwacji. Przycisk aktywny dla rezerwacji w statusie "Do wpisania".
- **Aktualizuj termin** - otwiera okno zmiany terminu pozycji w harmonogramie, umożliwiając zmianę planowanej daty realizacji pozycji - powinna być równa dacie rezerwacji. Przycisk aktywny dla rezerwacji w statusie "Do aktualizacji".
- **Wykreśl z harmonogramu** - otwiera okno wykreślenia pozycji z harmonogramu przyjęć. Przycisk aktywny dla rezerwacji w statusie "Do wykreślenia".
- **Zbiorcze uzupełnienie harmonogramów** - zbiorcza aktualizacja pozycji w harmonogramach przyjęć dla eRezerwacji wyświetlonych na formatce. Przy tej operacji pomijane są pozycje dotyczące harmonogramów przyjęć do procedur wysokospecjalistycznych (AP-KOLCE) oraz rezerwacje z datą z przeszłości.

13.23 Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP

W aplikacji mMedica zostało dodane wyświetlanie ikony informującej o posiadaniu przez pacjenta konta IKP oraz o ustawionych na nim kanałach komunikacyjnych.

Aplikacja mMedica pobiera powyższe informacje, jeżeli spełnione są następujące warunki:

1. W programie została przeprowadzona konfiguracja umożliwiająca komunikację z systemem P1 (opisana w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#)).
2. Od wersji 8.2.0 aktualizacji sprawdzane jest uprawnienie zalogowanego użytkownika. Musi posiadać on w swoich danych, w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#), na zakładce: **5. Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi: [Obsługa rejestru pacjentów](#), zaznaczoną pozycję **"Aktualizacja danych pacjenta z systemem P1"**.

Pobranie informacji na temat konta IKP pacjenta następuje po utworzeniu dla niego rejestracji lub po rozpoczęciu jego wizyty.

Ikona wyświetlana jest w oknie informacji o pacjencie po jego zaznaczeniu na liście do gabinetu, a także w lewym górnym rogu ekranu wizyty otwartej w: Gabinetcie lekarza, Gabinetcie pielęgniarki, Gabinetcie rehabilitacyjnym, Pracowni diagnostycznej. Podobny sposób prezentacji wprowadzono dla hospitalizacji otwartej w module "Hospitalizacje". Ikona wyświetlana jest także w oknie danych medycznych pacjenta oraz w kartotece pacjentów (w oknie informacji o pacjencie).

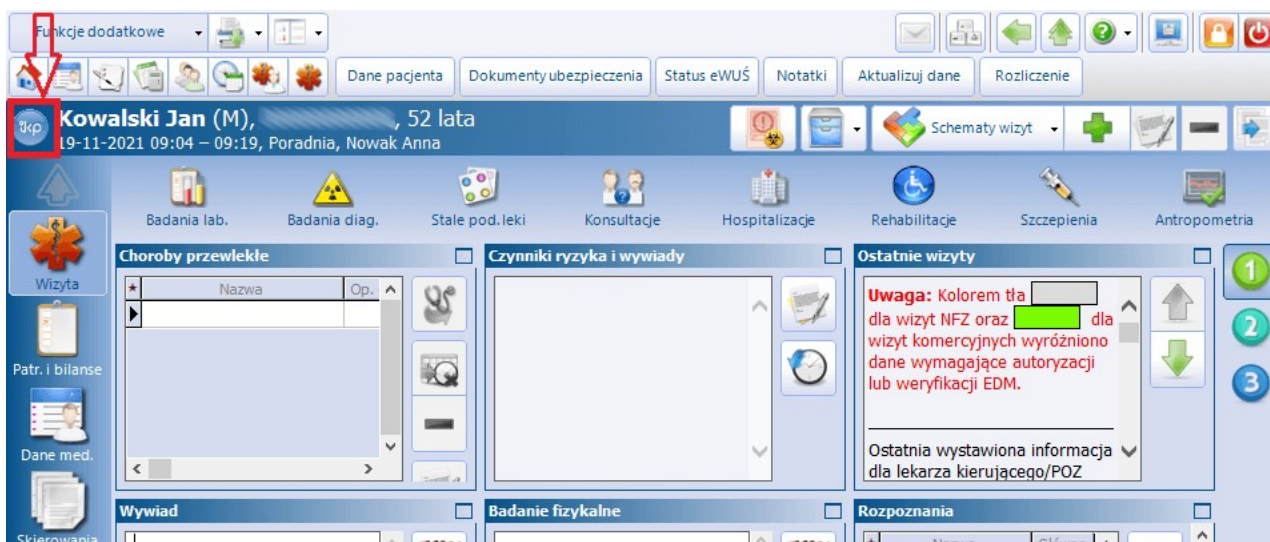
Poniższe zdjęcia przedstawiają umiejscowienie ikony na przykładzie Gabinetu lekarza.

The screenshot shows the 'Lista pacjentów do gabinetu' (List of patients for the clinic) window. The table below lists patient data:

Nr rej.	Pacjent	ID pacj...	Wiek	Umówiony na	Zarejestrowany
>	Kowalski Jan	190	51 lat	19-11-2021 08:58	19-11-2021 08:58

Below the table, the patient's profile bar for 'Kowalski Jan (M), 51 lat' is visible. A red square highlights an 'ikp' icon, and a red arrow points to it from the table row. The profile bar includes sections for 'INFORMACJE O PACJENCIE', 'DEKLARACJA I UBEZPIECZENIE', and 'DANE MEDYCZNE I UWAGI'.

Funkcjonalności uzupełniające



Możliwy wygląd ikony i jego znaczenie:



- Pacjent na swoim koncie IKP ma ustawione kanały komunikacji: e-mail, SMS.



- Pacjent na swoim koncie IKP ma ustawiony jako kanał komunikacji tylko e-mail.



- Pacjent na swoim koncie IKP ma ustawiony jako kanał komunikacji tylko SMS.



- Pacjent posiada konto IKP bez ustawionych kanałów komunikacji.



- Pacjent nie posiada konta IKP.

Informacja o statusie konta IKP oraz ustawionych na nim kanałach komunikacyjnych wyświetlana jest w prawym panelu okna Terminarza, po zaznaczeniu rezerwacji/rejestracji pacjenta. Więcej informacji na ten temat zawiera rozdział [Omówienie okna Terminarza](#).

Rozdział

14

Wielozakładowość

Na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z późn. zm., w aplikacji mMedica wprowadzono funkcjonalność umożliwiającą prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z zapisami tej ustawy. Funkcjonalność dostępna jest w wersjach PLUS (+) programu mMedica, po uprzednim włączeniu parametru w Konfiguratorze programu.

Zakłady lecznicze w programie mMedica funkcjonują pod jednym kodem świadczeniodawcy i numerem instalacji, a ich identyfikacja następuje na podstawie numeru REGON.

14.1 Konfiguracja wielozakładowości

Po odpowiednim skonfigurowaniu danych podmiotu i zakładu(ów) leczniczego(ych) wszystkie dokumenty wystawiane w systemie będą zawierały prawidłowe dane w nagłówkach.

14.1.1 Domyślny zakład leczniczy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Wielozakładowość](#)

W celu włączenia funkcjonalności w aplikacji należy przejść do powyższej ścieżki, wybrać ikonę **Systemu** lub **Stacji** w lewym dolnym rogu okna i zaznaczyć parametr "Włącz obsługę wielu zakładów leczniczych". Aby aplikacja mMedica domyślnie podpowiadała zakład leczniczy i drukowała jego dane na [dokumentach](#), należy wybrać ikonę **Stacja** w lewym dolnym rogu okna i w ramach stacji roboczej zdefiniować domyślny zakład leczniczy.



Dzięki temu, wybrany zakład będzie domyślnie podpowiadany we filtrach wyszukiwania znajdujących się w aplikacji i podczas wydruku dokumentów oświadczeń/upoważeń.

Funkcje dodatkowe

Nowy Usun

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwa:

Rok: 2017

Nr umowy:

Zakład leczniczy: AOS Zespół Poradni Wielospecj...

Tylko aktualne

Zastosuj Wyczyść

Przegląd struktury organizacyjnej

Kod	Kod edycyjny	Nazwa	Zakład leczniczy
1	PLR1	PORADNIA LEKARZA POZ	AOS Zespół Poradni Wielospe...

Komórka: PORADNIA LEKARZA POZ

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

Kod: * 1 Kod edycyjny: * PLR1

Nazwa: * PORADNIA LEKARZA POZ

Kod resortowy cz. III: ...

Wydruk oświadczenia/upoważnienia

Zakład leczniczy: AOS Zespół Poradni Wielospecjalistycznych

PORADNIA LEKARZA POZ

Wybierz komórki organizacyjne, których dotyczy oświadczenie/upoważnienie (brak wyboru oznacza, że dokument dotyczy wszystkich komórek):

Drukuj... Wyjście

W przypadku braku zdefiniowania domyślnego zakładu leczniczego, użytkownik przed wydrukiem dokumentów będzie musiał każdorazowo wskazywać zakład leczniczy.

14.2 Dodanie zakładu leczniczego

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Dane świadczeniodawcy](#)

Informacje o podmiocie i zakładach leczniczych wprowadza się w powyższej ścieżce, po wybraniu dedykowanych zakładek. Na podstawie danych podmiotu wprowadzonych na zakładce 1. *Podmiot leczniczy*, program domyślnie utworzy zakład leczniczy na drugiej zakładce i dopisze do niego wszystkie komórki organizacyjne istniejące w programie.


The screenshot shows a software window titled "Dane świadczeniodawcy" with three tabs: "1. Podmiot leczniczy", "2. Zakłady lecznicze", and "3. Dane dodatkowe". The "2. Zakłady lecznicze" tab is active, displaying a table with columns: "Akt.", "Nazwa zakładu", "Adres", and "Regon". One row is selected, showing "Wojewódzka, Katowice 40-001" and "000111222". Below this is the "Komórki" section with a table of columns "Kod" and "Nazwa", listing various medical services like "POZ komercja", "ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO (DOMOWEGO)", and "Gabinet stomatologiczny". Buttons for "Zatwierdź" and "Wyjście" are at the bottom right.

Akt.	Nazwa zakładu	Adres	Regon
<input checked="" type="checkbox"/>	NZOZ "Eskulap"	Wojewódzka, Katowice 40-001	000111222

Kod	Nazwa
10	POZ komercja
111	11
2	ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO (DOMOWEGO)
3	PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
33	Gabinet stomatologiczny

Jeśli w ramach podmiotu leczniczego funkcjonuje kilka zakładów leczniczych, należy dokonać ich dodania. Możliwość dodawania i usuwania zakładów leczniczych warunkowana jest przez uprawnienie "Modyfikacja struktury organizacyjnej", które nadaje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Zarządzanie instytucją](#).

W celu dodania zakładu leczniczego należy:

1. Przejść do danych świadczeniodawcy i do zakładki 2. *Zakłady lecznicze*.
2. Wybrać przycisk  **Dodaj zakład** i w otwartym oknie dialogowym dokonać uzupełnienia danych zakładu leczniczego jak: Nazwa, REGON, dane adresowe, dane do korespondencji itd. i informacje o kodach resortowych.
3. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Zakład leczniczy
✕

Dane identyfikacyjne

Nazwa: * Nazwa skrócona:

REGON: NIP: Kod IPIŃ: Rodz. prakt.:

Konto:

Adres

Kod poczt.: Miejscowość: Kod teryt.:

Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Telefon: Fax: E-mail:

Adres do korespondencji

Kod poczt.: Miejscowość:

Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Telefon: Fax: E-mail:

Strony WWW

Zakład: eRejestracja:

Kod resortowy

Część VI:

Domyślny kod resortowy dla ewidencji skierowań

Część VII: Część VIII:



W razie konieczności zmiany danych zakładu leczniczego należy skorzystać z przycisku **Edytuj zakład**, znajdującego się w oknie *Dane świadczeniodawcy*.

Za pomocą przycisku **Usuń zakład** dokonuje się usunięcia zakładu, który został zaznaczony na liście. Jeśli zakład leczniczy nie posiadał przypisanych komórek organizacyjnych, to zostanie bezpowrotnie usunięty z bazy danych programu mMedica. Jeśli przypisano do niego komórki, to usunięcie zakładu nie będzie możliwe. W tej sytuacji należy dokonać [przypisania](#) komórek do innego, aktywnego zakładu leczniczego, a dopiero potem usunąć zakład.


W wersji 9.4.0 aplikacji mMedica w danych zakładu leczniczego dodano możliwość wpisania kodu nadanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (pole "Kod IPIŃ").

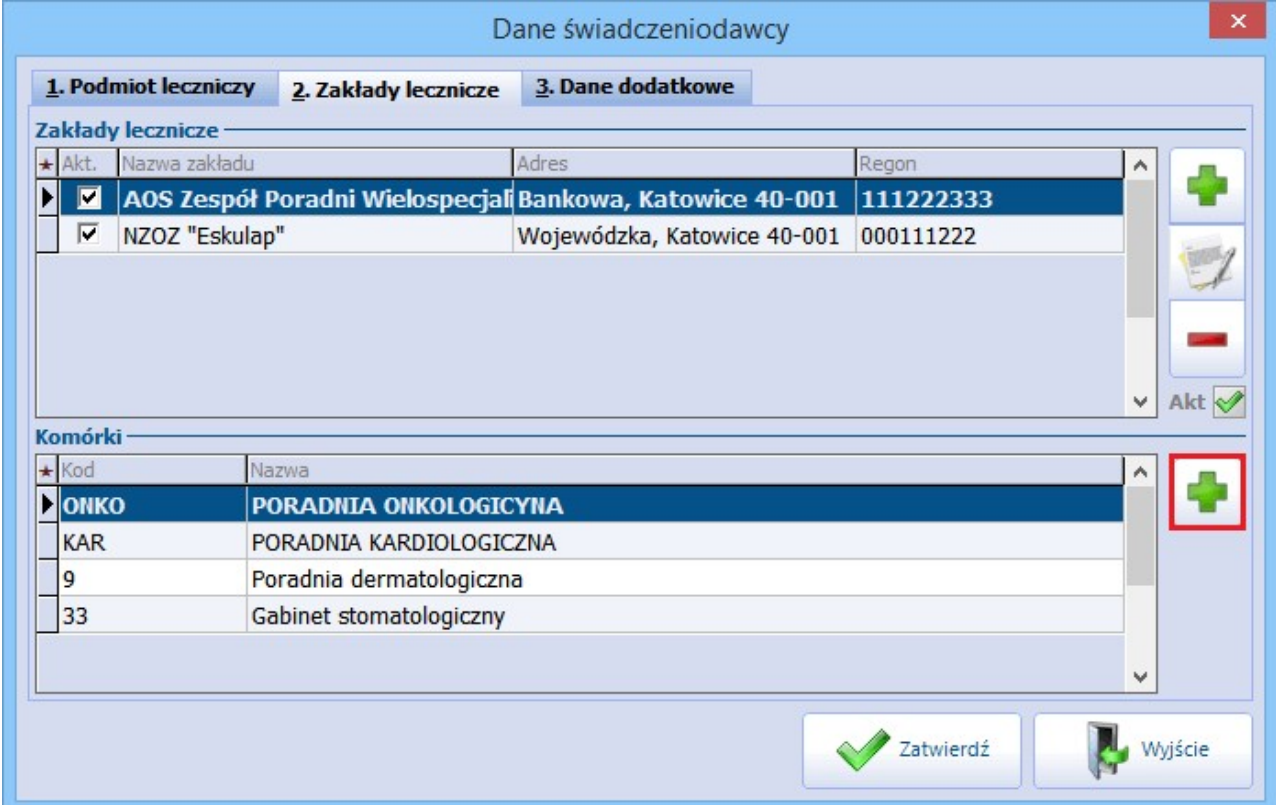
14.2.1 Powiązanie komórki z zakładem

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

W przypadku gdy każdy z zakładów leczniczych udziela świadczeń medycznych o innym zakresie, należy dokonać powiązania komórek organizacyjnych z poszczególnymi zakładami. Dzięki temu rozróżnieniu na dokumentach drukowanych z programu mMedica (recepty, skierowania, kupony, upoważnienia itp.) będą widnieć dane odpowiedniego zakładu leczniczego.

Aby dokonać dodania komórki organizacyjnej do zakładu leczniczego należy:

1. Przejsz do powyższej ścieżki i do zakładki *2. Zakłady lecznicze*.
2. Podświetlić na liście właściwy zakład leczniczy i w dolnym oknie *Komórki* wybrać przycisk  **Dodaj komórkę**.
3. W oknie dialogowym *Jednostki organizacyjne - wielowybór* zaznaczyć na liście odpowiednią komórkę organizacyjną. W razie konieczności wyboru kilku komórek należy przytrzymać klawisz CTRL i lewym przyciskiem myszki zaznaczać kolejno komórki na liście.
4. Zapisać zmiany.



Dane świadczeniodawcy

1. Podmiot leczniczy 2. Zakłady lecznicze 3. Dane dodatkowe

Zakłady lecznicze

Akt.	Nazwa zakładu	Adres	Regon
<input checked="" type="checkbox"/>	AOS Zespół Poradni Wielospecjalistycznej	Bankowa, Katowice 40-001	111222333
<input checked="" type="checkbox"/>	NZOZ "Eskulap"	Wojewódzka, Katowice 40-001	000111222

Komórki

Kod	Nazwa
ONKO	PORADNIA ONKOLOGICZNA
KAR	PORADNIA KARDIOLOGICZNA
9	Poradnia dermatologiczna
33	Gabinet stomatologiczny

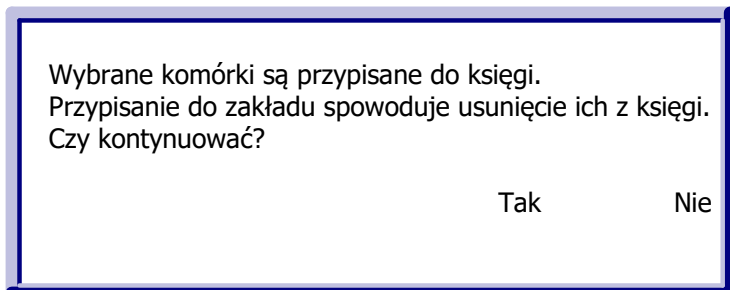
Zatwierdź Wyjście

Uwaga! Komórka organizacyjna może być powiązana tylko z 1 zakładem leczniczym. Jeśli wybrana komórka była pierwotnie powiązana z zakładem A, to po przepisaniu do zakładu B, zostanie automatycznie usunięta z zakładu A.

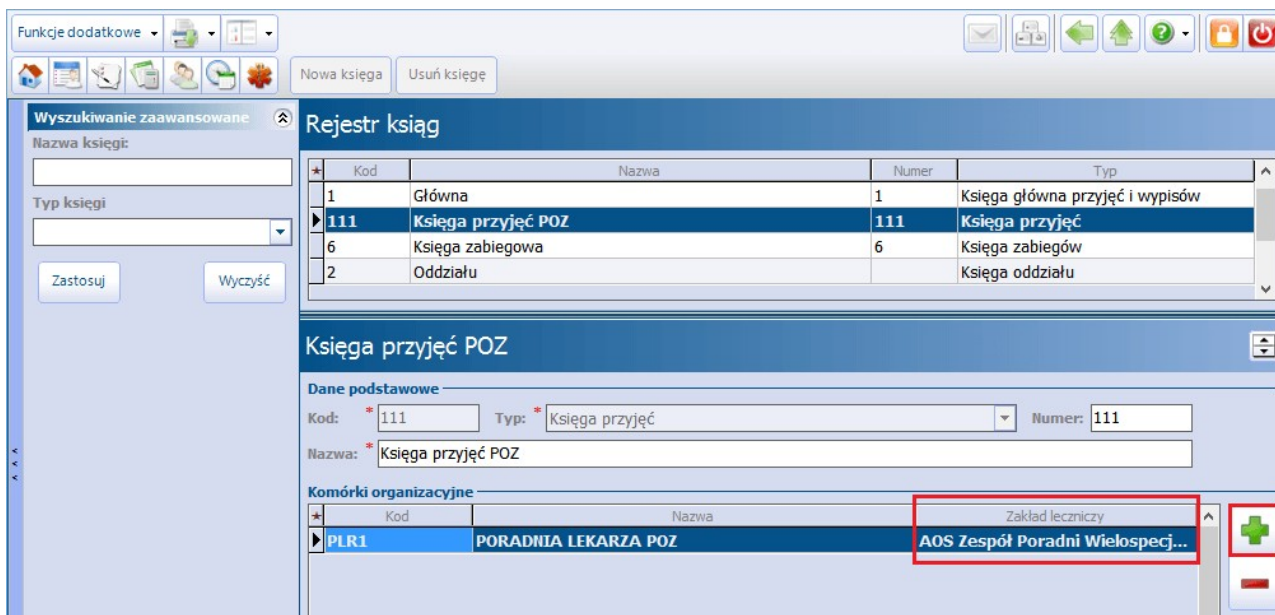
Jeśli komórka "przenoszona" między zakładami leczniczymi jest powiązana z księgą medyczną, to przypisanie komórki do nowego zakładu spowoduje usunięcie jej z Rejestru ksiąg. Szczegóły w rozdziale: [Powiązanie komórki z księgą medyczną](#).

14.2.2 Powiązanie komórki z księgą medyczną

Jeśli komórka organizacyjna przypisywana do nowego zakładu leczniczego jest powiązana z księgą medyczną (np. księgą przyjęć, księgą zabiegów itd.), to podczas operacji dodawania komórki zostanie wyświetlony komunikat:



Wybranie przycisku **Tak** spowoduje usunięcie przenoszonych komórki organizacyjnej z księgi w Rejestrze ksiąg. Wpisy, które dotychczas zostały dokonane w księdze medycznej zostaną zachowane, jednak użytkownik musi pamiętać o ponownym dodaniu komórki organizacyjnej do wybranej księgi. Czynność tą należy wykonać w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr ksiąg](#).



14.3 Dane zakładu na dokumentach

Zgodnie z wytycznymi rozporządzenia MZ z dnia 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania na dokumentach drukowanych z programu mMedica zamieszczamy:

„oznaczenie podmiotu:

- nazwę podmiotu,
- kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- nazwę przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
- nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu

lecniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;

f) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych"

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych rozumiany jest jako adres komórki organizacyjnej, w której zostało udzielone świadczenie. Jeśli w danych komórki nie wprowadzono danych adresowych, na dokumencie będzie drukowany adres zakładu leczniczego.

Powyższe zasady uwzględniane są na wszystkich dokumentach drukowanych z programu, np.:

- rachunki/faktury,
- dokumenty drukowane w Gabinetach (skierowania, druki, dane medyczne, zalecenia, historia wizyt, podsumowanie wizyty itd.),
- deklaracje,
- wykazy, raporty definiowanie, raporty pomocnicze,
- księgi medyczne,
- dokumenty upoważniające, uprawniające, oświadczenia

itd.

Podpis elektroniczny

Aplikacja mMedica wykorzystuje zaawansowany podpis elektroniczny:

- **Podpis kwalifikowany**
 - podpis złożony przy pomocy karty kryptograficznej (np. Certum, KIR)
 - podpis w chmurze (np. SimplySign)
 - podpis z wykorzystaniem e-dowodu - funkcjonalność wprowadzona w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica
- **Podpis niekwalifikowany**
 - podpis złożony przy pomocy klucza zapisanego w pliku (ZUS)
 - profil zaufany ePUAP

W myśl ustawy bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany za pomocą certyfikatu kwalifikowanego jest równoważny pod względem skutków prawnych podpisowi własnoręcznemu. Składany jest on za pomocą bezpiecznego urządzenia, pozostającego pod wyłączną kontrolą osoby składającej podpis. Do odczytu kart można wykorzystywać:

- czytniki lub tokeny dostarczone przez podmioty świadczące usługi certyfikacyjne,
- czytniki kart chipowych wykorzystywane w woj. śląskim (np. SCR-3310, Cloud 2700), dedykowane dużym kartom kryptograficznym np. KIR Szafir.

mMedica współpracuje z różnymi dostawcami podpisu elektronicznego np. Eurocert, Enigma, Unizeto, CenCert, Kir, Sigillum.

Uwaga! Przed zakupem certyfikatu należy zapoznać się wymaganiami technicznymi dostawcy podpisu, niezbędnymi do prawidłowej pracy zestawu.

15.1 Porównanie podpisów elektronicznych w mMedica

W poniższych tabelkach przedstawiono porównanie podpisów elektronicznych wykorzystywanych w aplikacji mMedica (zestawienie cech oraz funkcjonalności).

Porównanie cech podpisów elektronicznych				
Główne cechy	Kwalifikowany		Niekwalifikowany	
	SimplySign (podpis w chmurze)	Karta kryptograficzna	ePUAP	Certyfikat ZUS

Podpisywanie dokumentów medycznych	✓	✓	✓	✓
Podpisywanie dokumentacji niemedyceynej	✓	✓	✓	X
Nie wymaga czytnika kart kryptograficznych	✓	X	✓	✓
Rozwiązania mobilne	✓	X	X	X

Porównanie funkcji podpisów elektronicznych			
	Podpisy niekwalifikowane		Podpis kwalifikowany
	PUE ZUS	Podpis zaufany (ePUAP)	
Podpisywanie zwolnień lekarskich	✓	✓	✓
Podpisywanie dokumentacji medycznej	✓	✓	✓
Podpisywanie skierowań	X (wkrótce)	X (wkrótce)	X (wkrótce)
Wystawianie recept	✓	✓	✓
Zlecenie leków, badań laboratoryjnych, zabiegów	X	X	✓
Sprawy urzędowe	X	✓	✓
Relacje biznesowe	X	X	✓
Czynności cywilno-prawne: umowy o pracę, zlecenia...	X	X	✓
Dokumentacja pracownicza	X	X	✓
Interoperacyjność i transgraniczność	X	X	✓

Prosta integracja z innym funkcjonującym systemem IT	X	X	✓
Wsparcie techniczne	X	X	✓

15.2 Wybór rodzaju podpisu elektronicznego dla użytkownika

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [3. Autoryzacja](#)

Wyboru rodzaju podpisu elektronicznego, którym będzie posługiwał się użytkownik, dokonuje się w jego danych na zakładce **3. Autoryzacja** w polu "Rodzaj podpisu".

The screenshot shows a web interface for user configuration. At the top, there are four tabs: '1. Dane użytkownika', '2. eRejestracja / Systemy NFZ / Chmura dla zdrowia', '3. Autoryzacja', and '4. Uprawnienia do danych'. The '3. Autoryzacja' tab is active. Below the tabs, there are two input fields: 'Domena:' and 'Nazwa użytkownika:'. Underneath, there is a section titled 'ePodpis' with a label 'Rodzaj podpisu:' and a dropdown menu. The dropdown menu is open, showing a list of options: 'eDowód', 'ePUAP', 'Kwalifikowany', 'SimplySign', and 'ZUS'. The list is enclosed in a red rectangular box.


Szczegółowy opis zacytowania do aplikacji certyfikatu ZUS i ePUAP został zamieszczony w [instrukcji obsługi](#) Modułu e-ZLA+.

Konfiguracja podpisu SimplySign oraz podpisu elektronicznego została opisana w następujących rozdziałach niniejszej instrukcji.

15.3 Konfiguracja podpisu SimplySign

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 3. Autoryzacja

W programie mMedica wprowadzono możliwość korzystania z podpisu SimplySign. W celu jego konfiguracji należy w danych użytkownika na zakładce **3. Autoryzacja** w polu "Rodzaj podpisu" wybrać z listy pozycję "SimplySign".

Kolejnym krokiem będzie wpisanie nazwy użytkownika w usłudze SimplySign w polu "Nazwa użytkownika" oraz pobranie jego aktualnych certyfikatów za pomocą przycisku  **Pobierz listę certyfikatów.** Następnie, po pobraniu listy certyfikatów, należy w polu "Domyślny certyfikat" wybrać certyfikat, który ma być wykorzystywany w programie mMedica. Zarówno przy pobieraniu certyfikatów, jak i każdorazowo przy autoryzacji podpisem SimplySign, pojawi się wymóg wprowadzenia tokena z aplikacji SimplySign, zainstalowanej na urządzeniu mobilnym.

W polu "Dane certyfikatu" wyświetlą się dane zczytanego certyfikatu, między innymi daty jego ważności.

Pełne informacje na temat działania, instalacji i konfiguracji podpisu SimplySign zawarte są na stronie jego producenta: <https://simplysign.certum.pl/>.

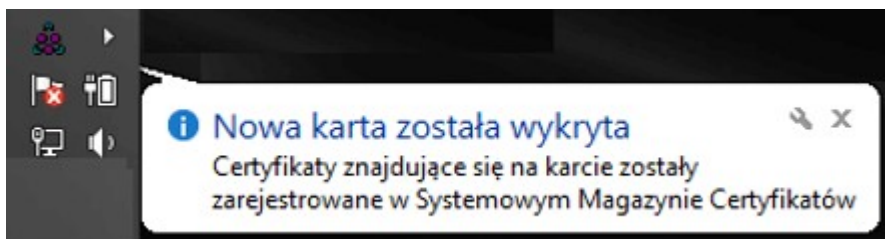
Przydatne linki:

Aktywacja podpisu elektronicznego: <https://www.certum.pl/pl/aktywacja-podpisu-elektronicznego/>

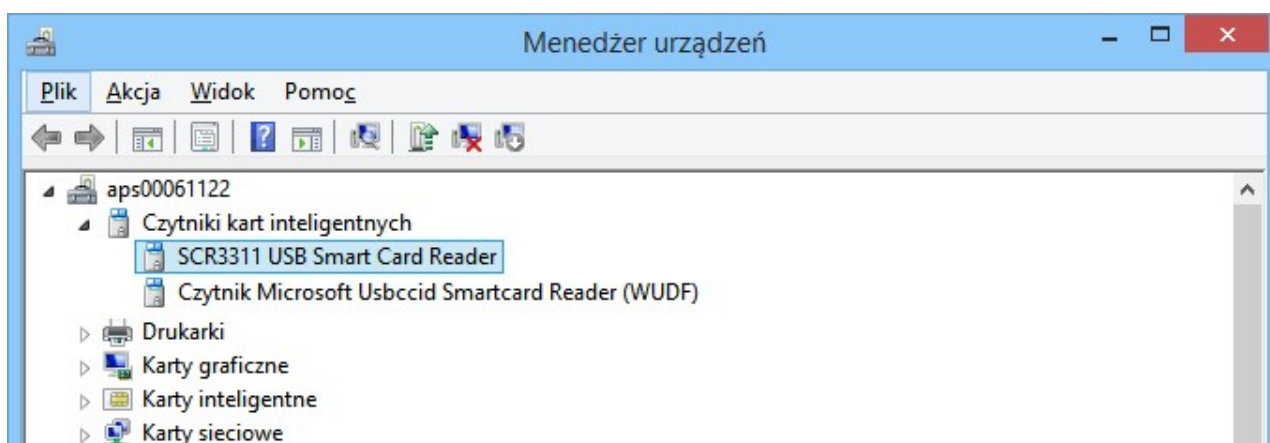
Aktywacja odnowienia podpisu elektronicznego: <https://www.certum.pl/pl/aktywacja-odnowienia-podpisu-elektronicznego/>

15.4 Instalacja podpisu cyfrowego

Dostawca podpisu elektronicznego przekazuje użytkownikowi zestaw do składania kwalifikowanego podpisu wraz z instrukcją postępowania. Postępując zgodnie z otrzymaną instrukcją należy zainstalować oprogramowanie dołączone do zestawu, aktywować kartę kryptograficzną oraz zarejestrować certyfikat w systemie Windows. Poprawna rejestracja karty w Magazynie Certyfikatów Windows zostanie potwierdzona nast. komunikatem:



Z kolei prawidłowo zainstalowany i podłączony do stacji klienckiej czytnik kart inteligentnych powinien być wyświetlany na liście menedżera urządzeń systemu Windows:



Po zainstalowaniu wszystkich wymaganych komponentów należy podłączyć czytnik/token do użytkowanego komputera i przystąpić do [konfiguracji](#) programu mMedica.


15.5 Konfiguracja podpisu elektronicznego

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#)

Przed rozpoczęciem pracy z podpisem elektronicznym należy określić zakres danych, które będą podlegały uwierzytelnianiu przy jego użyciu. Ustawień tych dokonuje się po przejściu do powyższej ścieżki, w sekcji *Podpis elektroniczny*.

Aplikacja mMedica umożliwia wykorzystywanie podpisu elektronicznego w następujących funkcjonalnościach:

- W zakresie logowania do aplikacji - opcja dostępna w każdej wersji programu mMedica.
- Podczas udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta - opcja dostępna w module dodatkowym EDM.
- Podczas eksportu eFaktury/eRachunku - opcja dostępna w każdej wersji programu mMedica.

W celu włączenia wybranej funkcji, należy dodać zaznaczenie  w odpowiednim polu.

Konfiguracja – System » Urządzenia zewnętrzne Nadpisz wartościami domyślnymi

- System
 - Identyfikacja
 - Moduły dodatkowe
 - Kopia zapasowa
 - Urządzenia zewnętrzne**
 - Różne
- Ewidencja
 - Podstawowe
 - Terminarz
 - Rozliczenia
 - Deklaracje
 - Kupony (ewidencja)
 - Kupony (skierowania)
- Komunikacja
 - Eksport
 - Import
 - Poczta NFZ
 - Poczta inna
 - FTP
 - Kanały RSS
 - Inne
 - Powiadomienia
- Moduły dodatkowe
 - Personalizacja
 - Komercja
 - EDM

Drukarka dla raportów w formacie A4

Nazwa: PDFCreator Zasobnik papieru: (Domyślny) Druk dwustronny: Wyłączony

Drukarka dla raportów w formacie A5

Nazwa: Zasobnik papieru: Druk dwustronny: Wyłączony

Drukarka dla raportów w formacie recepty

Nazwa: Zasobnik papieru: Druk dwustronny: Wyłączony

Ustawienia wydruku

Włącz podgląd wydruku

Skaner

Nazwa: Domyślny format: JPEG Jakość: 90

Czytnik kart ubezpieczenia zdrowotnego

Włącz obsługę

Model: SCR3310/3311 Port: COM1

Podpis elektroniczny

Podpisuj udostępnianą dokumentację EDM

Podpisuj rachunek/fakturę

Po zainstalowaniu czytnika i włączeniu funkcjonalności w aplikacji może zostać wyświetlony następujący komunikat błędu:

ePodpis: Nie odczytano certyfikatów do podpisywania (kod błędu: 2017). Sprawdź, czy czytnik jest podpięty do komputera oraz czy karta z podpisem jest włożona do czytnika.

OK

W tej sytuacji należy zweryfikować, czy do komputera został podpięty token lub czytnik z włożoną kartą oraz czy dany producent podpisu kwalifikowanego został odblokowany w pliku konfiguracyjnym 'providers.xml'.

W aplikacji mMedica wprowadzono mechanizm wykonywania podpisów XAdES (podpis XML) za pomocą podpisu kwalifikowanego (w formie: kart chipowych wkładanych do czytnika, jednolitych urządzeń klucz-usb), który nie wymaga zainstalowanego środowiska uruchomieniowego Java.

Nowy mechanizm podpisu kwalifikowanego posiada następujące wbudowane sterowniki do kart:

- Sigillum PWPW / KIR Carbon: CCP11s
- KIR Graphite: Graphitep11
- Sigillum PWPW Dark: asepkcs
- EuroCert: enigmap11
- CenCert: cmP11
- Asseco Certum: cryptoCertum3PKCS

Struktura katalogów odpowiedzialna za mechanizm podpisu wygląda następująco:

- ds_drivers – katalog z plikami konfiguracyjnymi oraz sterownikami do kart.
 - settings.xml – plik z listą kluczy publicznych. **Uwaga!** W przeciwieństwie do poprzednich wersji mMedica w tym pliku nie należy nic modyfikować.
 - providers.xml – plik konfiguracyjny z listą obsługiwanych sterowników do kart. Biblioteka automatycznie dobiera stosowny sterownik na podstawie listy sterowników w pliku providers.xml.

- o x32 – folder ze sterownikami do kart oraz plikami zależnymi.

Mechanizm podpisu umożliwia personalizację poprzez dodanie własnego sterownika do karty lub przyspieszenie procesu podpisu przez usunięcie zbędnych sterowników do kart. Przypadki personalizacji:

- a) Dodanie nowej wersji sterownika, który jest wymieniony w pliku providers.xml: podmienić plik sterownika w katalogu ds_drivers\x32.
- b) Dodanie nowego sterownika do karty: dodanie pliku sterownika do folderu ds_drivers\x32 oraz rozszerzenie listy obsługiwanych sterowników w pliku ds_drivers\providers.xml (należy pamiętać o zachowaniu struktury XML).
- c) Usunięcie nieużywanego sterownika karty: usunięcie wpisu zawierającego nazwę sterownika z pliku ds_drivers\providers.xml (z zachowaniem struktury XML) oraz opcjonalnie usunięcie plików sterowników z katalogu ds_drivers\x32.

Uwaga! Wszystkie podmieniane lub dodawane sterowniki do kart muszą być w wersji 32-bitowej.

Usunięcie zbędnych sterowników do kart może przyspieszyć proces wykonywania podpisów, ponieważ mechanizm podpisu automatycznie dopasowuje sterownik do karty na podstawie wszystkich wymienionych sterowników w ds_drivers\providers.xml.

Instalator mMedica, wykonując aktualizację pliku ds_drivers\providers.xml, będzie wykonywał zmianę wersji pliku, która jest zapisana w atrybucie „version” w elemencie „HardwareProviders”. Istnieje możliwość zablokowania edycji pliku ds_drivers\providers.xml (np. po personalizacji ustawień) przez instalator. W tym celu należy przestawić atrybut „notUpdate” w elemencie „HardwareProviders” na wartość „true”.

W folderze ds_drivers\x32 mogą znajdować się pliki, których nazwy nie występują w pliku ds_drivers\settings.xml, co wynika z zależności bibliotek sterowników od innych plików. Podobnie w przypadku dodawania nowego sterownika należy upewnić się, czy nie wymaga on dodatkowych plików.

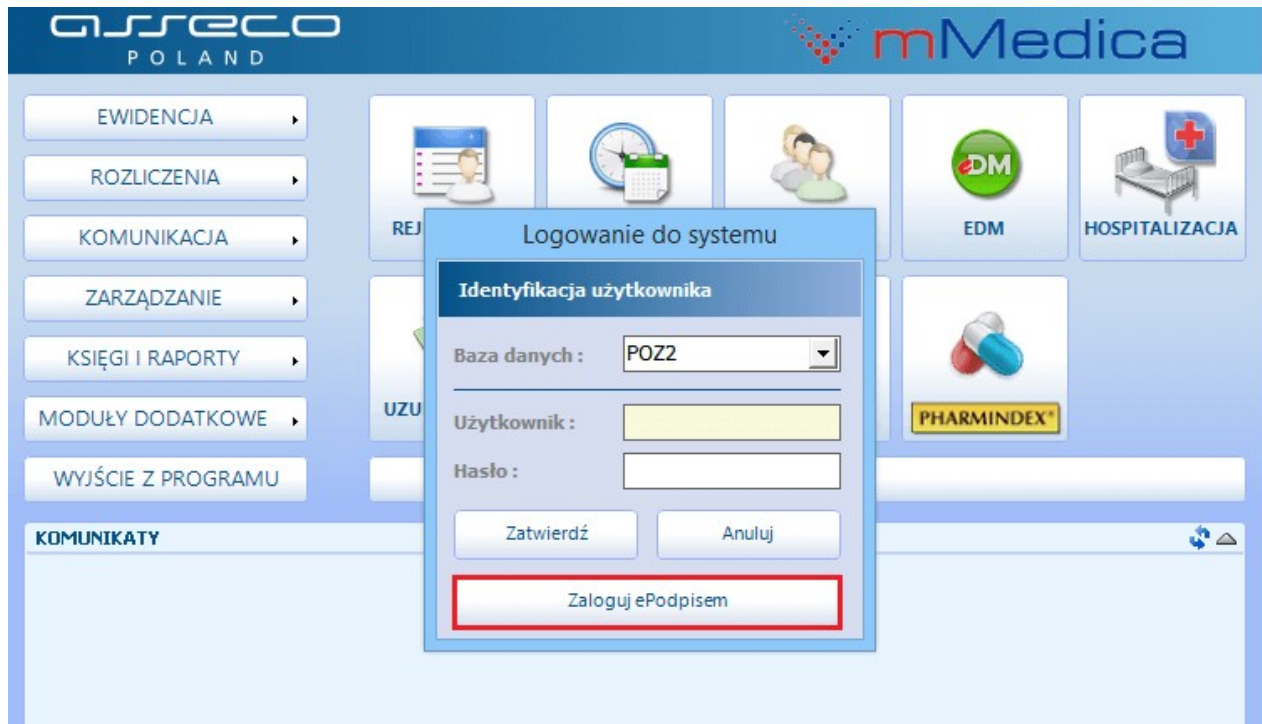
W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica została dodana obsługa podpisu kwalifikowanego CenCert Thales IdPrime. Korzystanie z podpisu CenCert Thales IdPrime wymaga instalacji oficjalnego oprogramowania do podpisu CenCert o nazwie PEM-HEART Signature (w wersji 32-bitowej), udostępnionego na stronie <https://www.cencert.pl/do-pobrania/oprogramowanie-do-podpisu/>. Oprogramowanie instaluje wszystkie niezbędne zależności do sterownika dla kart CenCert Thales IdPrime. Po instalacji oprogramowania zalecane jest ponowne uruchomienie komputera.

15.6 Logowanie do mMedica za pomocą podpisu

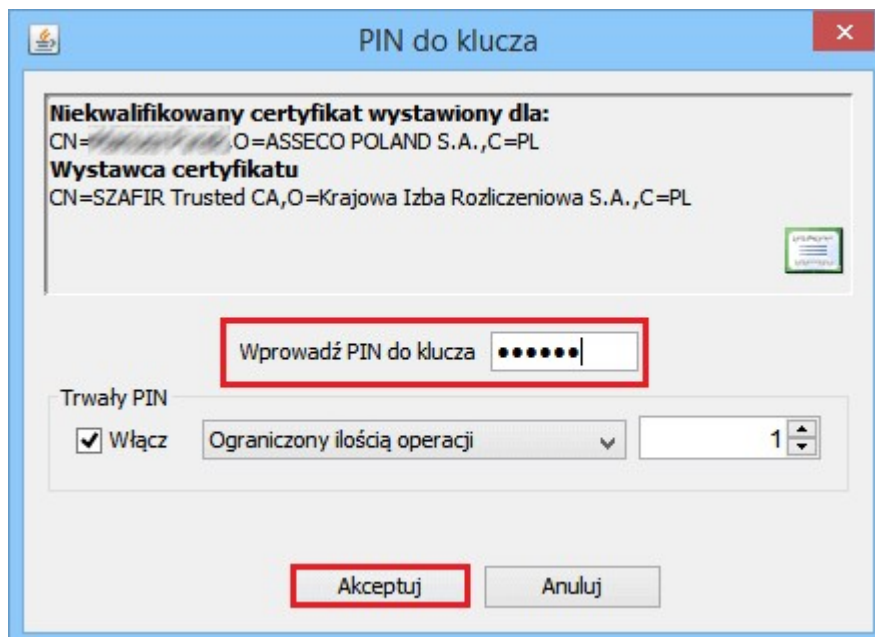
Użytkownicy wykorzystujący w swojej pracy podpis elektroniczny, mogą logować się do programu mMedica przy użyciu opcji **Zaloguj ePodpisem**.

Podczas pierwszego logowania aplikacja będzie wymagała dokonania jednorazowego [powiązania użytkownika](#) z wykorzystywanym podpisem elektronicznym. Dzięki temu, podczas kolejnych logowań do programu można wykorzystywać jedynie podpis, bez konieczności wprowadzania loginu i hasła użytkownika. Wtedy logowanie do programu powinno przebiegać następująco:

1. W oknie logowania do programu wybrać przycisk **Zaloguj ePodpisem**. Pola "Użytkownik" i "Hasło" mogą pozostać nieuzupełnione, jeśli czytnik z włożoną kartą został podpięty do komputera.



2. W oknie dialogowym *Pin do klucza* wprowadzić PIN do klucza otrzymany wraz z podpisem.
3. Zatwierdzić przyciskiem **Akceptuj**.



Poprawne zalogowanie elektronicznym podpisem będzie skutkowało uruchomieniem programu. W przypadku wpisania nieprawidłowego kodu PIN, w oknie dialogowym zostanie wyświetlone ostrzeżenie: "**Wprowadzono niepoprawny PIN!!!**". Należy pamiętać, iż kilkukrotne podanie błędnego kodu PIN spowoduje zablokowanie karty - wtedy do jej odblokowania wykorzystywany jest kod PUK.

Wybranie przycisku **Anuluj** w oknie *Pin do klucza* spowoduje zaniechanie logowania ePodpisem i wyświetlenie poniższego komunikatu:

ePodpis: Nie wprowadzono hasła dostępu do klucza prywatnego (kod błędu: 2002)

OK

Korzystanie z opcji **Zaloguj ePodpisem** wymaga, aby do użytkowanego komputera podpięty był token lub czytnik z włożoną kartą. W przypadku ich braku zostanie wyświetlony komunikat:

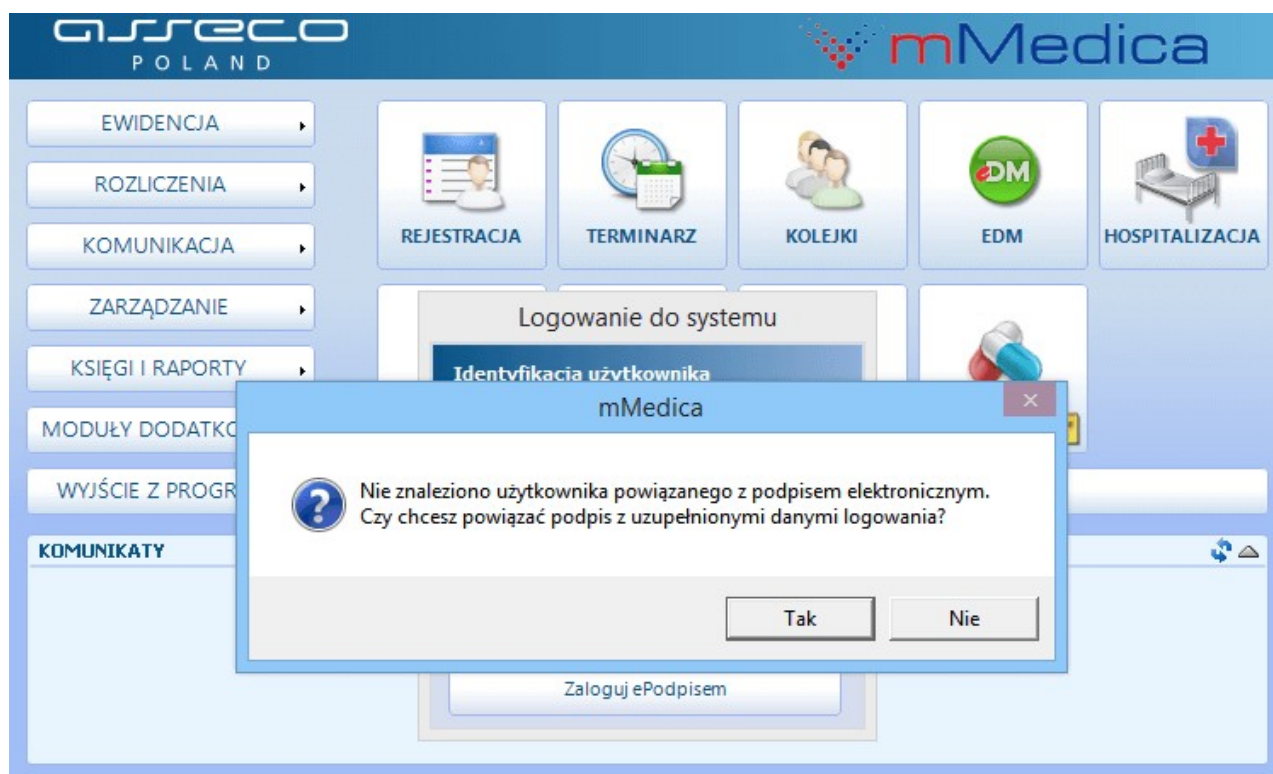
ePodpis: Nie odczytano certyfikatów do podpisywania (kod błędu: 2017). Sprawdź, czy czytnik jest podpięty do komputera oraz czy karta z podpisem jest włożona do czytnika.

OK

15.6.1 Powiązanie użytkownika z podpisem

Podczas pierwszego logowania aplikacja będzie wymagała dokonania jednorazowego powiązania użytkownika z podpisem elektronicznym.

Po wprowadzeniu danych logowania w polach "Użytkownik" oraz "Hasło" i po wybraniu przycisku **Zaloguj ePodpisem**, zostanie wyświetlony poniższy komunikat:



Aby powiązać wykorzystywany podpis z uzupełnionymi danymi logowania należy wybrać przycisk **Tak**. Poprawne wykonanie operacji zostanie potwierdzone komunikatem:

Podpis elektroniczny został pomyślnie powiązany z użytkownikiem NOWAKA.

OK

Oznaczenie powiązania użytkownika z podpisem prezentowane jest w danych użytkownika na zakładce 3. *Autoryzacja*, poprzez zaznaczenie checkboxa w polu "Logowanie za pomocą certyfikatu kwalifikowanego". W razie konieczności usunięcia powiązania, należy usunąć zaznaczenie w polu.

The screenshot shows a software interface with several tabs: "1. Dane użytkownika", "2. eRejestracja / eWUŚ", "3. Autoryzacja", "4. Uprawnienia do danych", and "5. Uprawy". The "3. Autoryzacja" tab is active. Under the "Active Directory" section, there are input fields for "Domena:" and "Nazwa użytkownika:". Below this, the "ePodpis" section contains a checkbox labeled "Logowanie za pomocą certyfikatu kwalifikowanego", which is checked.

15.7 Autoryzacja dokumentów podpisem

Każdorazowo przy autoryzacji dokumentów podpisem elektronicznym należy podać kod PIN. Stanowi on zabezpieczenie klucza prywatnego przechowywanego na karcie i przekazywany jest użytkownikowi wraz z wykupionym certyfikatem.

Okno dialogowe umożliwiające wpisanie PIN-u, otwierane jest przez aplikację automatycznie, po wybraniu odpowiedniej funkcji.

The screenshot shows a dialog box titled "PIN do klucza". It contains the following text: "Niekwalifikowany certyfikat wystawiony dla: CN=... O=ASSECO POLAND S.A., C=PL" and "Wystawca certyfikatu CN=SZAFIR Trusted CA, O=Krajowa Izba Rozliczeniowa S.A., C=PL". Below this is a text input field labeled "Wprowadź PIN do klucza" with a red box around it, containing several dots. Underneath, there is a section for "Trwały PIN" with a checked checkbox "Włącz" and a dropdown menu set to "Ograniczony ilością operacji" with a value of "1". At the bottom, there are two buttons: "Akceptuj" (highlighted with a red box) and "Anuluj".

W programie mMedica wprowadzono funkcjonalność podpisu elektronicznego między innymi dla następujących dokumentów:

- [Dokumentacji medycznej](#) tworzonej przy wykorzystaniu Modułu EDM.
- Dokumentu [eFaktury/eRachunku](#).

W celu korzystania z powyższych funkcjonalności należy dokonać ich aktywacji w [Konfiguratorze](#) programu, poprzez zaznaczenie odpowiedniego parametru.

15.7.1 Podpisywanie dokumentacji EDM

Ścieżka: EDM > Udostępnianie > opcja: [Zapisz jako PDF](#)

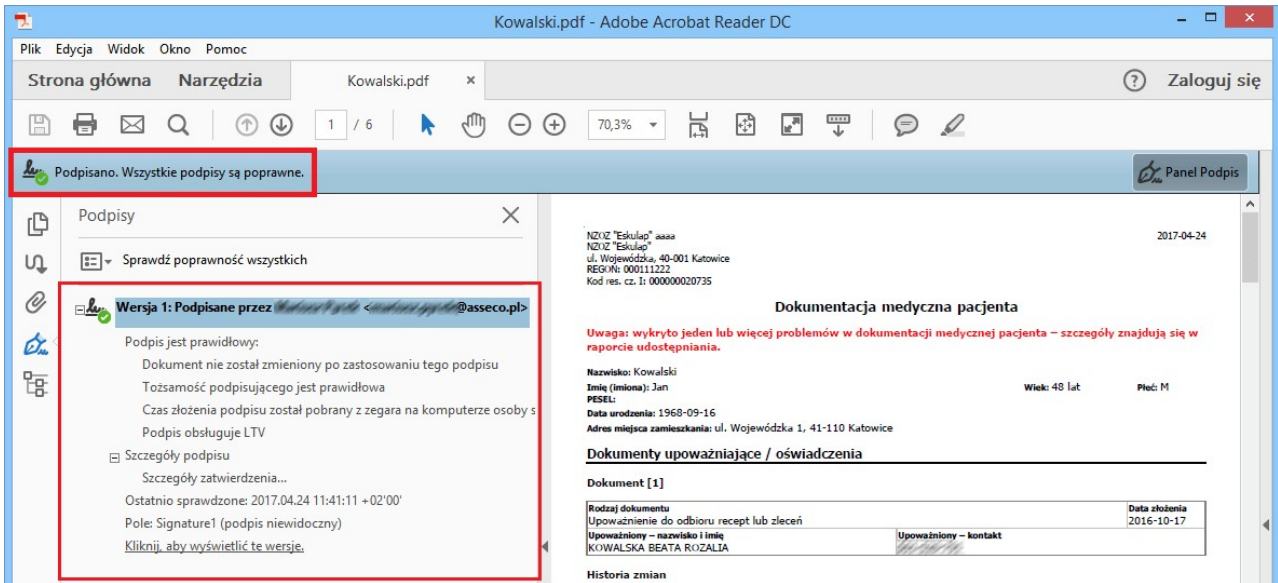
Aplikacja mMedica wykorzystuje ePodpis do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej, udostępnianej pacjentowi w formie pliku PDF.

W celu podpisania dokumentu należy przejść do powyższej ścieżki i za pomocą dostępnych filtrów wybrać pacjenta oraz określić zakres dokumentacji medycznej, która zostanie udostępniona. Następnie wybrać przycisk **Zapisz jako PDF...** znajdujący się w prawym górnym rogu formatki. Kolejnym krokiem jest wskazanie miejsca zapisu pliku PDF, który zostanie wygenerowany i wprowadzenie kodu PIN w celu podpisania dokumentu.

The screenshot shows the 'Dokumentacja medyczna' interface. At the top, there are fields for 'Pacjent: 00000000000 ... Kowalski Jan', 'Zakład lecz.: NZOZ "Eskulap"', and 'Data od: ... do: ...'. A toolbar on the right contains icons for 'Udostępnianie', 'Zapisz jako PDF', and a warning icon. A red arrow points to the 'Zapisz jako PDF' icon. Below the toolbar, there are filters for 'Kolejność' and a list of documents. A modal dialog box is open, titled 'Dokumentacja medyczna pacjenta', showing a certificate for 'Niekwalifikowany certyfikat wystawiony dla: ASSECO POLAND S.A., C=PL' and a PIN entry field. The dialog also has 'Akceptuj' and 'Anuluj' buttons.

Poprawnie podpisany dokument PDF zawiera szczegółowe informacje:

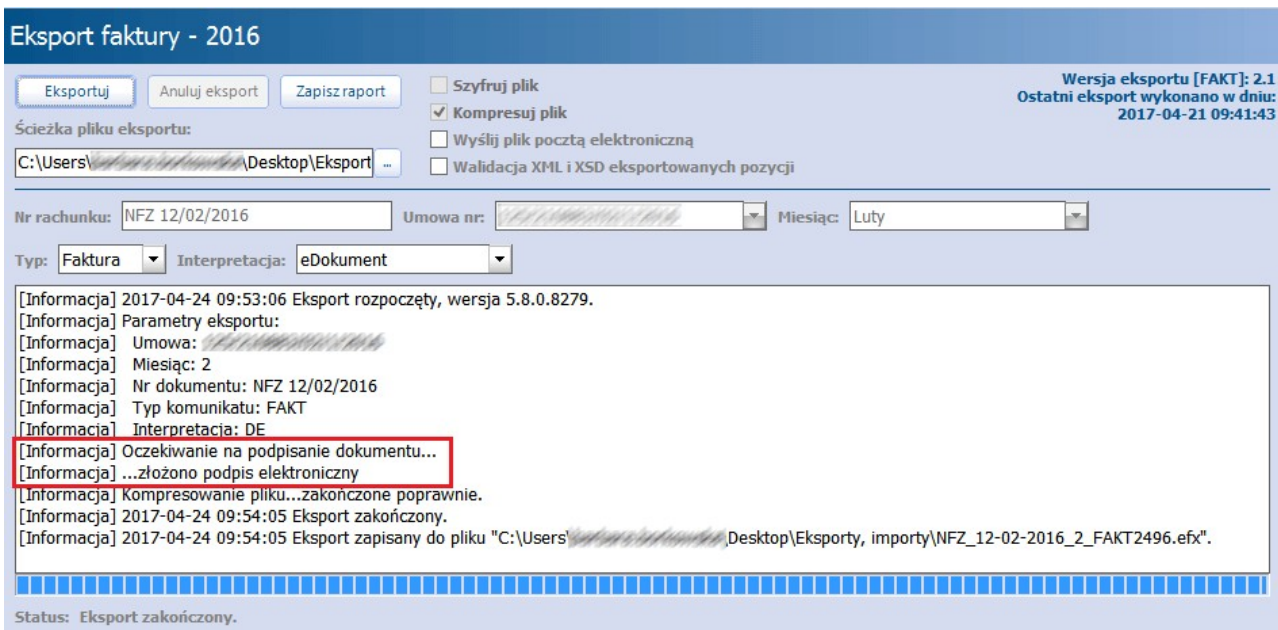
- o autorze,
- o poprawności użytego podpisu elektronicznego,
- o zmianach dokonywanych w dokumencie po zastosowaniu podpisu,
- inne dodatkowe informacje - np. o dacie złożenia podpisu elektronicznego.



15.7.2 Podpisywanie eFaktury

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rachunków](#) > przycisk: [Eksportuj eFakturę](#)

Podpisywanie dokumentu eFaktury lub eRachunku następuje podczas eksportu dokumentu, po wybraniu przycisku **Eksportuj**. W otwartym oknie dialogowym użytkownik zostanie poproszony o wpisanie kodu PIN. Informacja potwierdzająca złożenie podpisu elektronicznego wyświetlana jest w oknie z komunikatami.



15.8 Zapamiętywanie kodu PIN do certyfikatu podpisu kwalifikowanego

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 3. Autoryzacja

W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość włączenia zapamiętywania kodu PIN do certyfikatu podpisu kwalifikowanego.

The screenshot shows a configuration window with four tabs: 1. Dane użytkownika, 2. eRejestracja / Systemy NFZ / Chmura dla zdrowia, 3. Autoryzacja, and 4. Uprawnienia do danych. The 'Active Directory' section has input fields for 'Domena' and 'Nazwa użytkownika'. The 'ePodpis' section has a dropdown for 'Rodzaj podpisu' set to 'Kwalifikowany'. A checkbox labeled 'Pamiętaj PIN do certyfikatu' is checked and highlighted with a red rectangle. Below it is an unchecked checkbox labeled 'Logowanie za pomocą certyfikatu kwalifikowanego'.

Jeżeli dla danego użytkownika, z ustawionym podpisem kwalifikowanym, zostanie włączony parametr **"Pamiętaj PIN do certyfikatu"** (zaznaczony na zdj. powyżej), po jego zalogowaniu i pierwszym wprowadzeniu przez niego PIN-u zostanie on zapamiętany do momentu wylogowania/wyjścia z programu. Oznacza to, że podczas jednej sesji zalogowania przy każdej kolejnej autoryzacji tym podpisem nie będzie konieczności wpisywania kodu PIN. Użytkownik będzie musiał go podać dopiero przy pierwszej autoryzacji po kolejnym zalogowaniu.

15.9 Autoryzacja e-dowodem

W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica została wprowadzona możliwość logowania do aplikacji oraz podpisywania dokumentów za pomocą e-dowodu. Podstawowym warunkiem korzystania z niej jest posiadanie e-dowodu z podpisem kwalifikowanym wraz z obsługującym go czytnikiem oraz zainstalowanego oprogramowania **E-dowód menadżer**, udostępnianego na stronie <https://www.gov.pl/web/mswia/oprogramowanie-do-pobrania>.

W Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji: System > Urządzenia zewnętrzne, w sekcji **Inne** podpowiadana jest domyślna ścieżka dla sterownika e-dowodu (wymagany 32-bitowy), instalowanego wraz z powyższym oprogramowaniem. W przypadku zmiany jego lokalizacji należy w tym miejscu wskazać prawidłową ścieżkę.

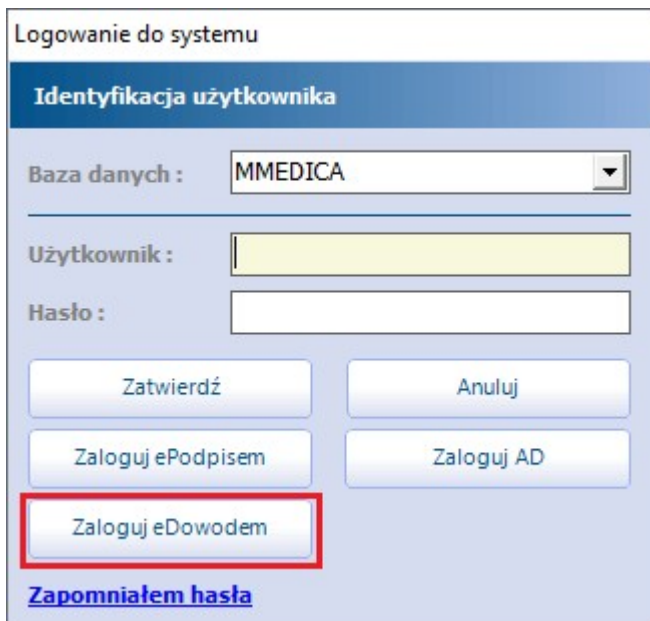
The screenshot shows a configuration window with a tab labeled 'Inne'. Below the tab is a text input field labeled 'Sterownik dla eDowodu:' containing the path 'C:\Program Files\PWPW\e-dowod\32\e-dowod-pkcs11-32.dll'.

Korzystanie z e-dowodu wymaga podania numeru CAN, który wpisuje się w dedykowanym oknie aplikacji **E-dowód menadżer**, wyświetlanym po położeniu e-dowodu na podpiętym do komputera czytniku. Pominięcie tego kroku będzie skutkowało pojawianym się przy wykonywaniu późniejszych czynności komunikatem:

"Brak odpowiedniego sterownika obsługi lub niepodłączone urządzenie do podpisu dowodem osobistym".

15.9.1 Logowanie za pomocą e-dowodu

W oknie logowania do programu dostępny jest przycisk **Zaloguj eDowodem**, umożliwiający logowanie za pomocą e-dowodu (przy użyciu czytnika, po wprowadzeniu numeru CAN).



Logowanie do systemu

Identyfikacja użytkownika

Baza danych : MMEDICA

Użytkownik :

Hasło :

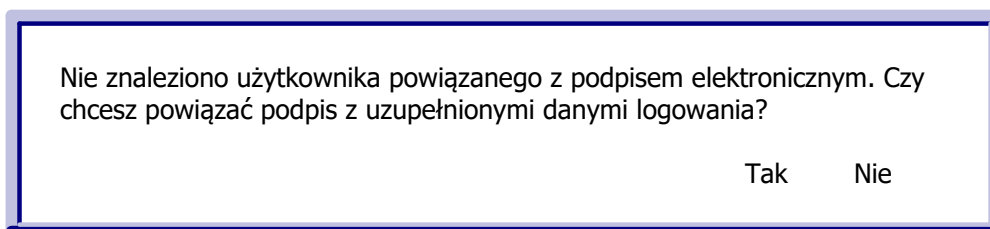
Zatwierdź Anuluj

Zaloguj ePodpisem Zaloguj AD

Zaloguj eDowodem

[Zapomniałem hasła](#)

Podczas pierwszego tego typu logowania konieczne jest wpisanie danych użytkownika (uzupełnienie pól "Użytkownik" i "Hasło"), który zostanie powiązany z e-dowodem. Po wprowadzeniu danych użytkownika, a następnie wybraniu wspomnianego przycisku i podaniu składającego się z sześciu cyfr numeru PIN do e-dowodu wyświetli się komunikat:



Nie znaleziono użytkownika powiązanego z podpisem elektronicznym. Czy chcesz powiązać podpis z uzupełnionymi danymi logowania?

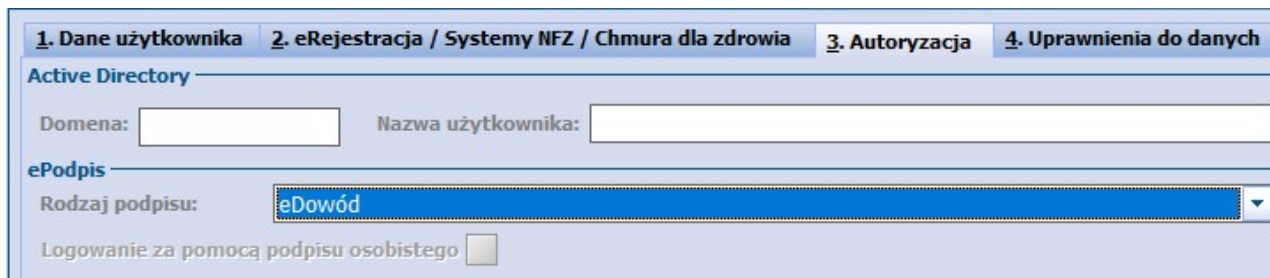
Tak Nie

Wybór przycisku **Tak** umożliwi powiązanie podanego użytkownika aplikacji z e-dowodem. Operacja ta spowoduje automatyczne zaznaczenie w jego danych, w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)), na zakładce **3. Autoryzacja** parametru "**Logowanie za pomocą podpisu osobistego**", widocznego po wyborze w polu "Rodzaj podpisu" wartości "eDowód". W razie konieczności można usunąć te powiązanie poprzez odznaczenie parametru.

Opisane powiązanie spowoduje, że kolejne logowania e-dowodem nie będą wymagały podawania danych logowania do aplikacji. Po położeniu e-dowodu na czytniku i wprowadzeniu numeru CAN, a następnie wyborze przy uruchamianiu aplikacji przycisku **Zaloguj eDowodem** i podaniu numeru PIN nastąpi zalogowanie na właściwego użytkownika.

15.9.2 Podpisywanie dokumentów e-dowodem

Aby użytkownik mógł wykorzystywać w programie mMedica e-dowód do podpisywania dokumentów (na przykład e-Recepty, e-Skierowania, Informacji dla lekarza kierującego itd.), należy w jego danych, w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#)), na zakładce **3. Autoryzacja** w polu "Rodzaj podpisu" ustawić wartość "eDowód".



The screenshot displays the configuration interface for user authentication. At the top, there are four tabs: '1. Dane użytkownika', '2. eRejestracja / Systemy NFZ / Chmura dla zdrowia', '3. Autoryzacja', and '4. Uprawnienia do danych'. The '3. Autoryzacja' tab is active. Below the tabs, there is a section for 'Active Directory' with two input fields: 'Domena:' and 'Nazwa użytkownika:'. Below that is the 'ePodpis' section, which includes a dropdown menu for 'Rodzaj podpisu:' with 'eDowód' selected. At the bottom of this section, there is a checkbox labeled 'Logowanie za pomocą podpisu osobistego' which is currently unchecked.

Podpisanie dokumentu e-dowodem dokonuje się (przy wykorzystaniu czytnika) poprzez wprowadzenie w dedykowanym oknie 6-cyfrowego numeru PIN do e-dowodu.

Rozdział

16

Terminarz

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



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Przed rozpoczęciem pracy z Terminarzem mMedica zaleca się jego konfigurację, poprzez zdefiniowanie następujących elementów:

- [Kalendarza pracy](#)
- [Szablonów](#) harmonogramów pracy
- [Wygenerowanie harmonogramów](#) pracy

W oknie **Terminarza** prezentowany jest harmonogram pracy dla określonego personelu, komórki lub miejsca z wyróżnieniem terminów wolnych i już zarezerwowanych. Z tego poziomu można wykonać następujące czynności:

- Przejrzeć listę wolnych terminów dla wybranego personelu, komórki lub miejsca
- Utworzyć nową rezerwację
- Utworzyć nową rejestrację
- Zarejestrować na dzień bieżący zarezerwowaną wizytę pacjenta
- Podejrzeć dane istniejącej rezerwacji/rejestracji
- Zmienić dane istniejącej rezerwacji/rejestracji (zmiana terminu, godziny, lekarza itp.)
- Sprawdzić eWUŚ zbiorczo dla pacjentów posiadających rezerwację na dzień dzisiejszy
- Wprowadzić i wydrukować oświadczenie o przysługującym pacjentowi prawie do świadczeń opieki zdrowotnej
- Rozliczyć wizytę poprzez przejście do danych rozliczeniowych (przycisk dostępny w wariantcie **mMedica+**)
- Odświeżyć e-Rezerwacje (przycisk dostępny dla aktywnego modułu e-Rejestracja)

Wszystkie powyższe czynności można wykonać za pomocą przycisków, znajdujących się w górnej części ekranu. Działanie przycisków zostało opisane w dalszej części tej instrukcji.



Za obsługę Terminarza odpowiadają uprawnienia: **Modyfikacja terminarza** oraz **Przegląd terminarza**. Uprawnienia nadawane są w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. [Uprawnienia funkcjonalne](#) w gałęzi "Terminarz". Użytkownik posiadający uprawnienie "Przegląd terminarza" będzie miał kompetencje wyłącznie do przeglądania zapisów w Terminarzu, bez możliwości tworzenia rezerwacji/rejestracji, modyfikacji istniejących już wpisów.

16.1 Aktualizacja Terminarza do wersji 5.7.0

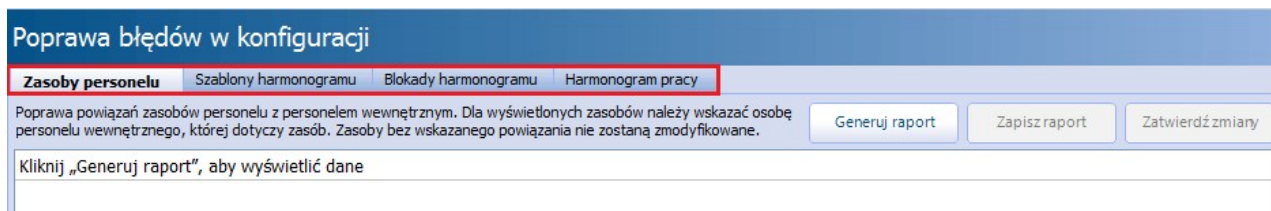
Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Poprawa błędów w konfiguracji](#)

Przed wykonaniem aktualizacji do wersji 5.7.0 zalecana jest weryfikacja poprawności konfiguracji Terminarza. **Wykonuje się ją na aplikacji w wersji 5.6.1.**

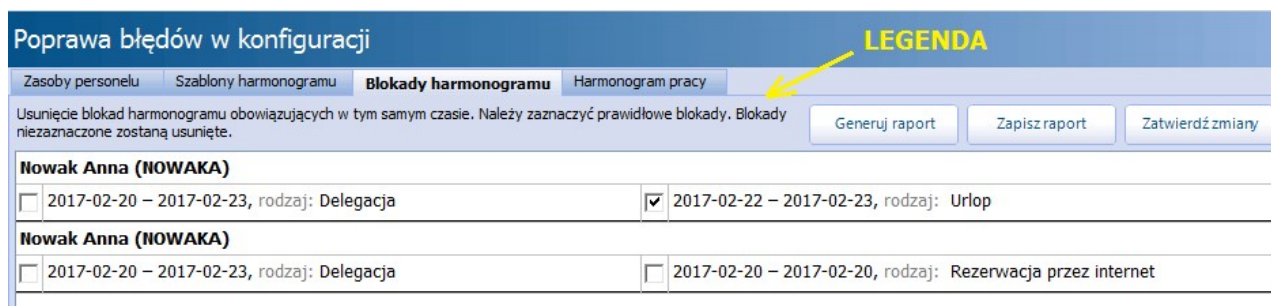
Podczas wykonywania aktualizacji instalator sprawdza poprawność konfiguracji dotychczas użytkowanego Terminarza. W przypadku wykrycia błędów konfiguracyjnych, użytkownik zostanie poinformowany o tym stosownym komunikatem i aktualizacja zostanie wycofana. Aby uniknąć takiej sytuacji zalecane jest wykonanie poniższych czynności przed aktualizacją programu:

1. Jeśli program jest w wersji niższej niż 5.6.1, należy dokonać jego aktualizacji do wymaganej wersji.
2. Zalogować się do programu mMedica.
3. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Poprawa błędów w konfiguracji](#).
4. Zaznaczyć jedną z zakładek zaznaczonych na zrzucie ekranu i wybrać przycisk **Generuj raport**, który rozpocznie proces sprawdzania poprawności danych. W zależności od wielkości bazy generacja raportu może trwać do kilkudziesięciu minut. W tym czasie aplikacja może przestać odpowiadać. Czynność tą należy wykonać kolejno dla każdej z zakładek.

W przypadku braku błędów można przystąpić do aktualizacji programu do wersji 5.7.0.



5. W przypadku wykrycia błędów, zostaną one wyświetlone w poniższym oknie. W tej sytuacji należy wykonać czynności opisane w legendzie, następnie rozpocząć proces naprawy poprzez wybranie przycisku **Zatwierdź zmiany**.

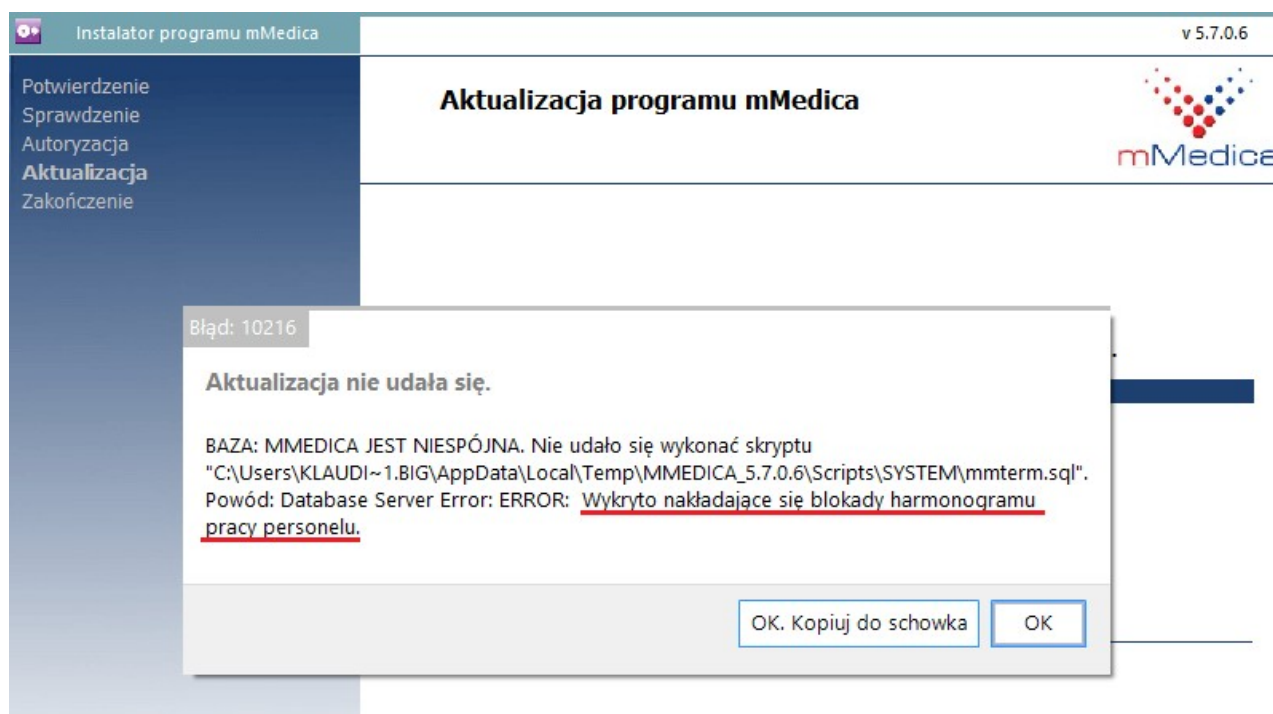


6. Po poprawieniu wszystkich błędów można przystąpić do aktualizacji programu do najnowszej wersji instalatorem 5.7.0.

16.1.1 Poprawa błędów aktualizacji

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Poprawa błędów w konfiguracji](#)

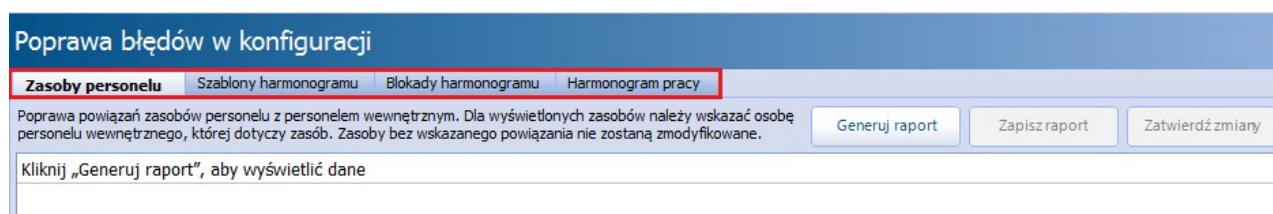
Jeśli przed wykonaniem aktualizacji do wersji 5.7.0 użytkownik nie skorzystał z funkcjonalności poprawy błędów w konfiguracji, podczas aktualizacji programu instalator może wykryć błędy konfiguracyjne i wycofać aktualizację. W przypadku wystąpienia takiej sytuacji należy zanotować komunikat błędu wyświetlany przez instalator (podkreślony czerwoną linią na poniższym zrzucie ekranu), następnie dokonać poprawy tych błędów.



W tym celu należy wykonać poniższe czynności:

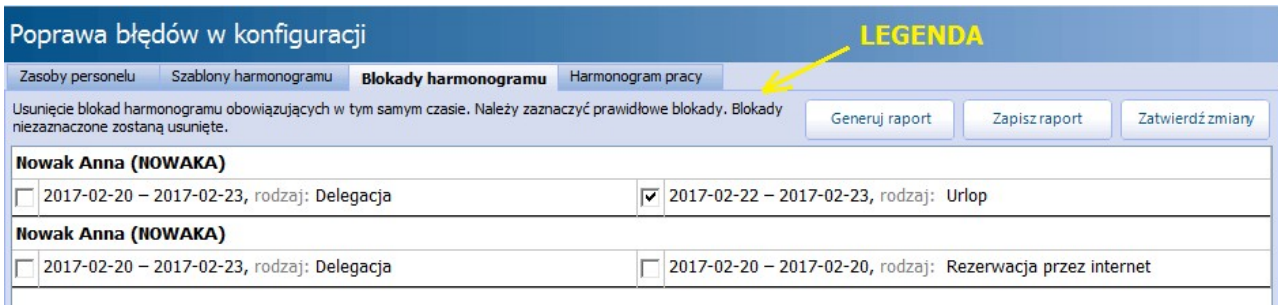
1. Zalogować się do programu mMedica.
2. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Poprawa błędów w konfiguracji](#). Funkcjonalność ta dostępna jest od wersji 5.6.1 programu mMedica. Jeżeli posiadana wersja programu jest niższa od wymaganej, należy wykonać aktualizację do wersji 5.6.1, następnie wykonać opisywane czynności.
3. Wybrać zakładkę, do której odnosił się błąd aktualizacji.

Na omawianym przykładzie instalator wykrył nakładające się blokady harmonogramu pracy personelu, w związku z tym należy przejść na zakładkę *Blokady harmonogramu*.



4. Wybrać przycisk **Generuj raport**, który szczegółowo wykaże błędne dane.
W zależności od wielkości bazy generacja raportu może trwać do kilkudziesięciu minut. W tym czasie aplikacja może przestać odpowiadać.
5. Kolejnym krokiem jest wykonanie czynności opisanych w legendzie.
Zgodnie z omawianym przykładem należy zaznaczyć tylko prawidłowe blokady. Te niezaznaczone

zostaną usunięte przez program po wybraniu przycisku **Zatwierdź zmiany**.



- Wybranie przycisku **Zatwierdź zmiany** rozpocznie proces zapisywania zmian do bazy danych.
- Po poprawieniu wszystkich błędów można przystąpić do aktualizacji programu do najnowszej wersji instalatorem 5.7.0.

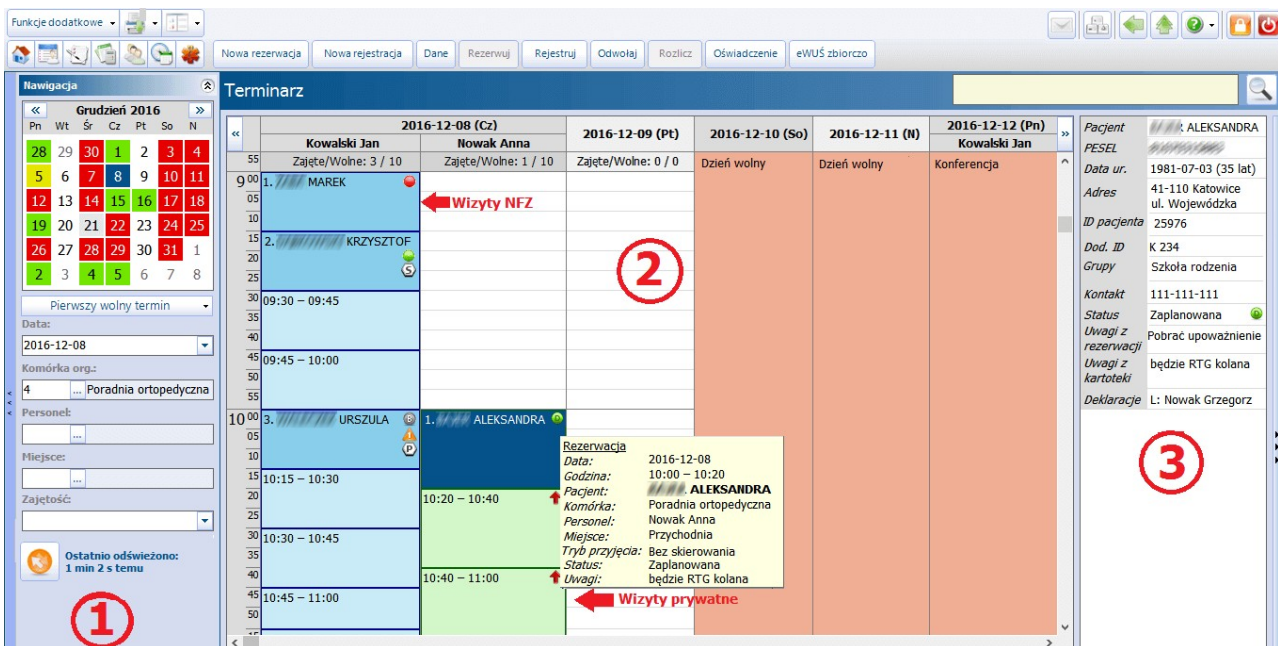
16.2 Omówienie okna Terminarza

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



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Formatka Terminarza podzielona jest na trzy obszary:



1) Nawigacja

W tym obszarze znajdują się filtry, za pomocą których wprowadza się szczegółowe dane rezerwacji m.in. jak: data, komórka, personel, miejsce i zajętość terminów (wolne, zajęte lub wszystkie). Aby wyświetlić wybrany harmonogram pracy i móc rozpocząć zapisywanie pacjentów na wizyty, należy w dostępnych filtrach za pomocą przycisków ******* wybrać komórkę lub personel. Wybrana komórka organizacyjna zapamiętywana jest po wyłączeniu aplikacji i będzie domyślnie podpowiadana podczas kolejnego uruchomienia programu mMedica. Jeśli we filtrach nie zostanie wskazana żadna wartość, w Terminarzu

zostaną wyświetlone wszystkie rezerwacje i wolne terminy z bieżącego dnia dla wszystkich komórek, osób personelu oraz miejsc.

Nad filtrami znajduje się **kalendaryz**, za pomocą którego można wybierać poszczególne daty do rezerwacji. Na kalendarzu domyślnie wyświetlany jest miesiąc bieżący, a zaznaczenie daty na kalendarzu spowoduje podświetlenie jej na kolor niebieski i wyświetlenie w polu "Data" w poniższym filtrze. Za pomocą strzałek przewijania << >> umieszczonych po bokach kalendarza można wyświetlić następny lub poprzedni miesiąc. Aby szybko przejść do wybranego miesiąca lub roku wystarczy kliknąć np. na nazwie miesiąca i z listy rozwijanej wybrać odpowiednią wartość.

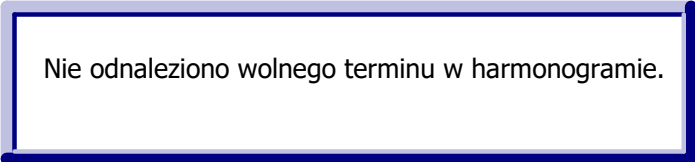
Poszczególne dni na kalendarzu mogą być oznaczone kolorem (domyślnie zdefiniowanym przez producenta oprogramowania), w zależności od dostępności terminu:

- **Zielonym** – istnieją jeszcze wolne godziny; możliwość dodania rezerwacji.
- **Żółtym** – przekroczono limit wizyt na dany dzień, określony w harmonogramie. Istnieje możliwość dodania kolejnej rezerwacji, po zatwierdzeniu komunikatu: "Przekroczono limit wizyt dla harmonogramu. Kontynuować?".
- **Szarym** - brak wolnych godzin; istnieje możliwość dodania rezerwacji, jeśli godzina rezerwacji zostanie wprowadzona ręcznie. Wyświetlony zostanie komunikat "Rezerwacja poza obowiązującym harmonogramem. Czy kontynuować?".
- **Czerwonym** – zablokowanie terminu poprzez wcześniej dodaną [blokade](#) harmonogramu pracy lekarza lub zdefiniowanie dnia wolnego w [kalendarzu](#) pracy. Istnieje możliwość dodania rezerwacji, po zatwierdzeniu komunikatu: "Rezerwacja w dniu wolnym od pracy komórki. Rezerwacja poza harmonogramem. Kontynuować?".

Pod kalendarzem został umieszczony przycisk **Pierwszy wolny termin**, po wybraniu którego system zaznaczy pierwszy wolny slot dla wybranej komórki organizacyjnej i/lub osoby personelu, jeśli została wskazana. Przycisk można rozwinąć, aby wyszukiwać wolne terminy zgodnie z zasadami prowadzenia list oczekujących dla [harmonogramów przyjęć](#). Po kliknięciu w prawą część przycisku zostanie rozwinięta lista z następującymi opcjami:

- **Harmonogram przyjęć - przypadki stabilne** - system wyszuka pierwszy wolny termin w Terminarzu zgodnie z wpisami w prowadzonym harmonogramie przyjęć dla przypadków stabilnych.
- **Harmonogram przyjęć - przypadki pilne** - system wyszuka pierwszy wolny termin w Terminarzu zgodnie z wpisami w prowadzonym harmonogramie przyjęć dla przypadków pilnych.

W przypadku nieodnalezienia terminu wg. zadanych kryteriów wyszukiwania, zostanie wyświetlony poniższy komunikat. Powodem wystąpienia komunikatu może być również brak wygenerowanego harmonogramu pracy dla terminu, dla którego na liście oczekujących harmonogramu przyjęć widnieje ostatni wpis (np. ostatni wpis na liście oczekujących dotyczy terminu 2020-04-01, a harmonogram pracy wygenerowano do dnia 2019-12-31).



Nie odnaleziono wolnego terminu w harmonogramie.

2) Terminarz

W środkowym oknie Terminarza prezentowana jest lista terminów (godzin), spośród których można wybrać godzinę planowanej wizyty pacjenta. Puste sloty przygotowane do rezerwacji, które powstały na podstawie harmonogramu pracy, oznaczone są dwoma kolorami:

- **Niebieskim** - sloty dotyczące wizyt refundowanych przez NFZ.
- **Zielonym** - sloty dotyczące wizyt komercyjnych, opłacanych przez pacjenta.

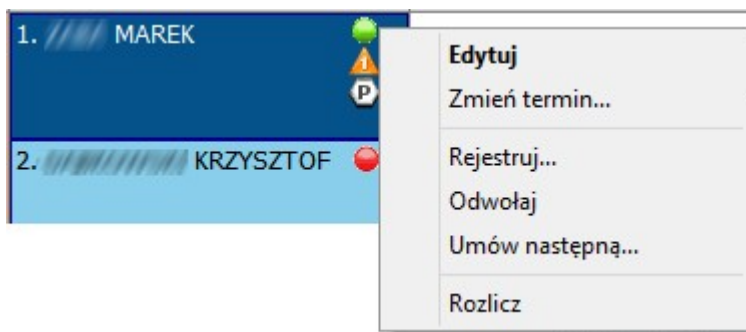
Dostępne sloty odpowiadające wolnym godzinom, oznaczone są jasnym kolorem. W przypadku dokonania

rezerwacji terminu, kolor zmieni barwę na bardziej intensywną, a na slotcie wyświetli się imię i nazwisko pacjenta.

Blokady harmonogramu pracy oznaczane są kolorem czerwonym wraz z podaniem przyczyny nałożenia blokady. Z kolei brak slotów i białe tło oznaczają brak wygenerowanego harmonogramu pracy na ten dzień.

Na slotach z rezerwacją przed nazwiskiem pacjenta wyświetlane są numery kolejnych rezerwacji (liczba porządkowa), ułatwiając określenie liczby zarejestrowanych pacjentów.

Po najechaniu kursorem myszy na slot z dokonaną rezerwacją, zostaną wyświetlone jej szczegóły (zdz. powyżej). Funkcje dostępne w menu, otwieranym prawym przyciskiem myszy, są zależne od statusu wybranego slotu:



Na slotach z rezerwacją na dzień bieżący wyświetlane są ikony, obrazujące status ubezpieczenia pacjenta:

- brak weryfikacji ubezpieczenia eWUŚ.
- pozytywna weryfikacja eWUŚ - pacjent jest uprawniony do świadczeń.
- negatywna weryfikacja eWUŚ - pacjent nie posiada uprawnień do świadczeń.
- istnienie dokumentu ubezpieczeniowego innego niż eWUŚ (np. EKUZ, legitymacja ubezpieczeniowa itd.).

Oraz następujące ikony:

- pacjent pierwszorazowy.
- dane wprowadzone do Terminarza przez system eRejestracji.
- uwagi wprowadzone podczas rezerwacji/rejestracji wizyty.
- wizyta domowa (na podstawie wartości wybieranej w polu "Miejsce" podczas tworzenia rez/rej.).
- teleporada
- pozycja powiązana z e-Skierowaniem.
- informuje o tym, że dla rezerwacji został przez portal eRejestracji przekazany 4-cyfrowy kod dostępu dla e-Skierowania. Kod ten podpowie się w danych rezerwacji po uruchomieniu opcji pobierania e-Skierowania z systemu P1.
- informuje o tym, że dla pacjenta został utworzony i poprawnie sprawozdany IPOM (w ramach modułu "Opieka koordynowana").

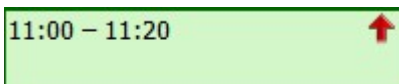
Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć:

- powiązanie rezerwacji dla kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący" z harmonogramem przyjęć - przypadek stabilny.
- powiązanie rezerwacji dla kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący" z harmonogramem przyjęć - przypadek pilny.
- powiązanie rezerwacji z harmonogramem przyjęć dla świadczeń onkologicznych.

W oknie Terminarza dla wpisów powiązanych z harmonogramem przyjęć wprowadzono wyświetlanie ikonek wskazujących na wybraną w pozycji harmonogramu kategorię świadczeniobiorcy inną niż "Oczekujący":

- B** Harmonogram przyjęć – przyjęty na bieżąco
- K** Harmonogram przyjęć – kontynuujący leczenie
- N** Harmonogram przyjęć – przyjęty w stanie nagłym
- U** Harmonogram przyjęć – poza kolejnością

Osiągnięcie [limitu](#) rezerwacji na dany dzień (czyli maksymalnej liczby pacjentów, jaką lekarz jest w stanie przyjąć w danym dniu), obrazowane jest poprzez oznaczenie pozostałych slotów czerwoną strzałką (zdj. poniżej). Po przekroczeniu tej liczby, podczas dodawania kolejnej rezerwacji zostanie wyświetlony komunikat "Przekroczono limit wizyt dla harmonogramu. Kontynuować?".



W górnym panelu formatki *Terminarz* w nagłówkach kolumn prezentowane są daty i dni tygodnia. Liczba wyświetlanych kolumn zależy od parametru, definiowanego w [kalendarzu](#) dla komórki - domyślnie jest to 5 kolumn (5 dni tygodnia). Oprócz tego wyświetlane są dane lekarzy, którzy posiadają harmonogramy do wybranej komórki organizacyjnej.

Przykład: Terminarz poradni dla środy został podzielony na dwie kolumny, ponieważ lekarz Kowalski A. i Nowak J. posiadają harmonogram w tej komórce na ten dzień.

		02-08-2023 (śr.)		04-08-2023 (pt.)
«		Kowalski Adam	Nowak Jan	Kowalski Adam
		Zajęte/Wolne: 0 / 22	Zajęte/Wolne: 0 / 18	Zajęte/Wolne: 0 / 18
9:00	09:00 – 09:15			
15	09:15 – 09:30			
30	09:30 – 09:45			09:30 – 09:45

W wersji **Plus (+)** programu udostępniono możliwość dodania komentarza do nagłówka kolumny ze zdefiniowanym [harmonogramem pracy](#). Jego przykład zaprezentowano na powyższym zdjęciu.

Dostęp do funkcjonalności uwarunkowany jest posiadaniem przez użytkownika w jego danych w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)) na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi *Terminarz* aktywnego uprawnienia **"Zarządzanie harmonogramami"**.

W celu dodania komentarza należy kliknąć prawym przyciskiem myszy w nagłówek kolumny i wybrać opcję **"Dodaj komentarz"** (dla kolumny z dodanym komentarzem będzie ona zastąpiona pozycją **"Edytuj komentarz"**). Spowoduje to wyświetlenie okna umożliwiającego edycję jego treści.

Harmonogram 2023-08-02: Nowak Jan

Komentarz

Podgląd pełnej treści dodanego komentarza, który ze względu na swoją długość nie jest w całości widoczny w nagłówku kolumny, wyświetli się po najechaniu na niego kursorem myszy.

Aby usunąć komentarz, należy kliknąć w nagłówek kolumny prawym przyciskiem myszy i wybrać opcję **"Usuń komentarz"**.

3) Dane pacjenta - podgląd

Po prawej stronie formatki użytkownik ma podgląd na najważniejsze dane pacjenta, po podświetleniu w

Terminarz

Terminarzu wybranej rezerwacji/rejestracji.



Szczególnie pomocne w pracy rejestratorek medycznych mogą okazać się pola dotyczące deklaracji oraz "Uwagi".


Informacje o deklaracjach dla poszczególnych list aktywnych wyświetlane są w osobnych, odpowiednio opisanych wierszach (Dekl. L/O/P). Wpisy dotyczące deklaracji oznaczane są kolorami:

- fioletowym - dla deklaracji odrzuconej w weryfikacji NFZ. Dodatkowo wyświetlany jest dopisek "odrzucona". Po najechaniu na niego kursorem myszy prezentowana jest treść otrzymanej z NFZ informacji o przyczynie odrzucenia.
- czerwonym - dla deklaracji wycofanej. Dodatkowo wyświetlany jest dopisek "wycofana".

Tekst prezentowany w polach "Uwagi..." pobierany jest z uwag, wpisywanych podczas dodawania nowej rezerwacji/rejestracji i z uwag wpisywanych w danych pacjenta w Kartotece. Podgląd na dane pacjenta można ukryć za pomocą przycisku znajdującego się po prawej stronie okna.

Dodano również wyświetlanie informacji o złożonych [zgodach](#) w Kartotece pacjentów - marketingowa lub zgoda dot. usług elektronicznych.

Pacjent	██████: ALEKSANDRA
PESEL	██████████
Data ur.	1981-07-03 (35 lat)
Adres	41-110 Katowice ul. Wojewódzka
ID pacjenta	25976
Dod. ID	K 234
Zgody	Marketing Usługi elektroniczne
Grupy	Szkoła rodzenia
Kontakt	111-111-111
Status	Zaplanowana   
Uwagi z rezerwacji	Pobrać upoważnienie
Uwagi z kartoteki	będzie RTG kolana
Dekl. L:	Jan Nowak
Upr. dod.	47CZ (2022-03-21)
IKP	AKTYWNE-eMail




Oprócz tego, na podglądzie danych pacjenta prezentowany jest status rezerwacji/rejestracji i ikony, których znaczenie zostało już wyjaśnione powyżej.

Wyświetlana jest także informacja o wprowadzonych dokumentach [uprawnień dodatkowych](#) (pole "Upr. dod.") oraz o statusie konta IKP pacjenta i ustawionych na nim kanałach komunikacyjnych (pole "IKP"). Więcej informacji na temat prezentacji tych danych w programie mMedica zawiera rozdział [Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP](#).

Od wersji 10.6.0 aplikacji mMedica dla rezerwacji komercyjnej (wprowadzonej w ramach funkcjonalności Komerccji/Modułu Komerccyjnego) wyświetlane jest dodatkowe pole "Usługi", w którym prezentowane są nazwy zarezerwowanych usług komercyjnych.

16.3 Konfiguracja Terminarza

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Terminarz](#) > [Podstawowe](#)

przycisk  w oknie Terminarza

Na pozycji [Terminarz](#) > [Podstawowe](#) poprzez dodanie lub usunięcie zaznaczenia w poszczególnych polach można dokonać włączenia/wyłączenia komunikatów, informujących o braku złożenia wymaganych dokumentów. Dodatkowo można włączyć/wyłączyć walidacje działające w zakresie dokonywania rezerwacji i rejestracji wizyt.

Rezerwacja i rejestracja	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wyświetlaj okno weryfikacji danych pacjenta podczas dodawania rezerwacji lub rejestracji
<input type="checkbox"/>	Wyświetlaj informację o braku oświadczenia/upoważnienia pacjenta podczas dodawania rejestracji
<input type="checkbox"/>	Wyświetlaj informację o braku danych przedstawiciela ustawowego podczas dodawania rejestracji
<input type="checkbox"/>	Traktuj sobotę jako dzień roboczy przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania
<input type="checkbox"/>	Wyświetlaj informację o braku ankiety kwalifikacji wstępnej
<input type="checkbox"/>	Wyświetlaj informację o konieczności wykonania antropometrii
Walidacja danych rezerwacji i rejestracji	
<input type="checkbox"/>	Wymagaj personelu w rezerwacji
<input type="checkbox"/>	Wymagaj zgodności płatnika z harmonogramem
<input type="checkbox"/>	Zablokuj możliwość tworzenia rezerwacji i rejestracji kolidujących
<input type="checkbox"/>	Zablokuj możliwość tworzenia rezerwacji i rejestracji poza harmonogramem
<input type="checkbox"/>	Zablokuj możliwość przekroczenia dziennego limitu wizyt pierwszorazowych
<input type="checkbox"/>	Ostrzegaj o braku złożonych deklaracji dla wizyty POZ
<input type="checkbox"/>	Wymagaj wypełnienia ankiety kwalifikacji wstępnej w rejestracji
<input checked="" type="checkbox"/>	Wymagaj podania przyczyny odwołania
Główne okno	
Automatycznie odświeżaj listę co:	<input type="text"/> (min)
Domyślna czynność dla wolnego terminu w dniu bieżącym:	Rejestruj ▼
<input type="checkbox"/>	Ukryj wpisy dla wizyt utworzonych w gabinecie (bez wcześniejszej rezerwacji ani rejestracji)
Słowniki	
<input checked="" type="checkbox"/>	Podpowiadaj datę w polu „Z harmonogramem na dzień” w słowniku personelu
Plan wizyt	
<input type="checkbox"/>	Drukuj tylko pierwszą literę nazwiska pacjenta

Znaczenie wybranych parametrów:

Sekcja: [Rezerwacja i rejestracja](#)

- **Traktuj sobotę jako dzień roboczy przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania** - dla włączonego parametru [✓] aplikacja będzie uwzględniała sobotę jako dzień roboczy, przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania do placówki. Program wyznacza 14 dni roboczych, licząc od następnego dnia po dniu dokonania rezerwacji.

- **Wyświetlaj informację o konieczności wykonania antropometrii** - parametr dodany w wersji 9.11.0 aplikacji mMedica. Jego włączenie spowoduje, że przy zatwierdzaniu rezerwacji/rejestracji na wizytę typu POZ, realizowaną pacjentowi pierwszy raz w roku kalendarzowym, wyświetlać się będzie komunikat o treści: **"Pierwsza wizyta w roku kalendarzowym - uzupełnił dane antropometryczne"**. Jeżeli dane antropometryczne pacjenta nie zostaną uzupełnione, przy zatwierdzaniu jego kolejnych rezerwacji/rejestracji na wizytę POZ pojawiać się będzie ostrzeżenie: **"Nie uzupełniono danych antropometrycznych"**.

Sekcja: Walidacja danych rezerwacji i rejestracji

- **Wymagaj zgodności płatnika z harmonogramem** - podczas tworzenia rezerwacji program będzie wymagał zgodności płatnika (wizyty NFZ i wizyty komercyjne/prywatne) z utworzonym harmonogramem pracy. Np. w przypadku zaznaczenia checkboxa "Komersyjna/prywatna" dla rezerwacji tworzonej dla harmonogramu NFZ, zostanie wyświetlony komunikat:

Rezerwacja w harmonogramie przeznaczonym na wizyty NFZ.

- **Zablokuj możliwość tworzenia rezerwacji i rejestracji kolidujących** - niemożność utworzenia rezerwacji/rejestracji dla terminu, który został już zajęty. Podczas próby zarezerwowania terminu zostanie wyświetlony poniższy komunikat:

Rezerwacja w konflikcie z inną rezerwacją do personelu (10:00 - 10:15 Kowalski Jan).

- **Zablokuj możliwość tworzenia rezerwacji i rejestracji poza harmonogramem** - włączenie parametru spowoduje, że przy tworzeniu rezerwacji lub rejestracji, których terminy nie pokrywają się lub pokrywają się tylko częściowo z utworzonym harmonogramem pracy, będzie się wyświetlał komunikat blokujący ich zatwierdzenie (twarda walidacja), jeden z zamieszczonych poniżej. W przypadku nieaktywnego parametru komunikat zostanie wyświetlony, ale nie będzie blokował zatwierdzenia danych (miękką walidacja).

Rezerwacja/rejestracja poza harmonogramem.

Rezerwacja/rejestracja częściowo poza harmonogramem.

- **Zablokuj możliwość przekroczenia dziennego limitu wizyt pierwszorazowych** - parametr dodany w wersji 10.9.0 aplikacji mMedica. Po jego włączeniu blokowana będzie możliwość rezerwacji/rejestracji wizyty pierwszorazowej po przekroczeniu dziennego limitu wizyt pierwszorazowych zdefiniowanego w [kalendarzu pracy komórki](#). Blokada ta będzie objawiać się komunikatem wyświetlanym przy zatwierdzaniu danych rezerwacji/rejestracji:

Przekroczono limit wizyt pierwszorazowych dla komórki.

- **Ostrzegaj o braku złożonych deklaracji dla wizyty POZ** - podczas dodawania rezerwacji/rejestracji pacjentowi bez złożonej deklaracji do lekarza POZ zostanie wyświetlony stosowny komunikat.
- **Wymagaj podania przyczyny odwołania** (dodany w wersji 10.10.0 aplikacji mMedica) - określa, czy ma być wymagane podawanie przyczyny [odwołania](#) rezerwacji.

Sekcja: Główne okno

- **Domyślna czynność dla wolnego terminu w dniu bieżącym** - określa się domyślną czynność - rezerwację lub rejestrację terminu, która będzie wywoływana poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki na wolnym slotie w Terminarzu. Parametr jest dostępny od wersji **Standard** programu mMedica.
- **Ukryj wpisy dla wizyt utworzonych w Gabinetcie (bez wcześniejszej rezerwacji ani rejestracji)** - w przypadku włączenia parametru [✓] w głównym oknie Terminarza ukrywane będą sloty rezerwacji, które powstają na skutek utworzenia wizyty bezpośrednio z Gabinetu za pomocą przycisku "Nowa wizyta", z pominięciem ścieżki rejestracji pacjenta.

Sekcja: Słowniki

- **Podpowiadaj datę w polu "Z harmonogramem na dzień" w słowniku personelu** - dla włączonego parametru [✓] aplikacja będzie podpowiadać bieżącą datę w polu "Z harmonogramem na dzień" (2) po otwarciu słownika z personelem w oknie Terminarza (1). Skutkuje to wyświetlaniem tylko tych osób personelu, które na dzień bieżący posiadają wygenerowany harmonogram pracy.

The screenshot displays the 'Terminarz' (Appointment) section of the mMedica application. On the left, there is a navigation pane with a calendar for 'Wrzesień 2017'. The main area shows a grid of appointments for '2017-09-21 (Cz)' and '2017-09-22 (Pt)'. A pop-up window titled 'Personel wewnętrzny' is open, showing a search field and a dropdown menu for 'Z harmonogramem na dzień' set to '2017-09-21'. A red circle with the number '2' highlights the dropdown menu. Another red circle with the number '1' highlights a search button in the personnel list. The personnel list shows 'NOWAKA Nowak Anna' with the role 'Lekarz'.

Sekcja: Plan wizyt

- **Drukuj tylko pierwszą literę nazwiska pacjenta** - dotyczy danych pacjenta na wydruku [planu wizyt](#).

16.3.1 Definicja kolorów w Terminarzu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Terminarz](#) > [Wygląd](#)

W sekcji *Kolory predefiniowane* definiuje się kolory, które oznaczają dostępność terminu i status rezerwacji w głównym oknie Terminarza. Dostawca oprogramowania określił domyślne kolory, jednak użytkownik może dokonać ich modyfikacji. W celu zmiany koloru należy dwukrotnie kliknąć lewym przyciskiem myszki w prostokąt z kolorem i w oknie dialogowym *Kolory* wybrać dowolny kolor z dostępnej palety.



Uwaga! Użytkownicy posiadający dodatkowy Moduł Personalizacyjny mogą zdefiniować własne kolory i przyporządkować do nich poszczególne rodzaje wizyt np. pierwszorazowe, komercyjne, ze względu na status realizacji, rodzaj wizyty itd, a także dokonać przypisania ikonki do rodzaju wizyty. Szczegółowe informacje znajdują się w [instrukcji obsługi](#) Modułu Personalizacyjnego.

W sekcji *Różne* można dokonać zmiany rozmiaru tekstu wyświetlanego w slotach Terminarza (domyślnie 10). Zdjęcie poglądowe poniżej dla ustawień czcionki o rozmiarze 12:

	2017-07-11 (Wt)	2017-07-12 (Śr)
<<	Nowak Anna	Nowak Anna
	Zajęte/Wolne: 1 / 37	Zajęte/Wolne: 0 / 38
8 ⁰⁰	1. Kowalski Jan	08:00 – 08:15
15	08:15 – 08:30	08:15 – 08:30
30	08:30 – 08:45	08:30 – 08:45

Włączenie parametru **"Rozszerzaj kolumny przy większej liczbie rezerwacji w tym samym wierszu"** powoduje rozszerzenie kolumny w środkowym oknie Terminarza, gdzie prezentowana jest lista terminów (godzin), w przypadku istnienia co najmniej 2 rezerwacji w tym samym wierszu, tj. na tą samą godzinę.

16.4 Kalendarz pracy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Kalendarz pracy](#)

Funkcjonalność kalendarza pracy umożliwia zdefiniowanie czasu pracy i dni wolnych od pracy placówki medycznej jak i poszczególnych komórek organizacyjnych. Na formatce *Kalendarz pracy* prezentowany jest kalendarz dla bieżącego roku z podziałem na poszczególne miesiące. Zmiany roku kalendarzowego można dokonać za pomocą listy rozwijanej, znajdującej się w prawym górnym rogu okna. W wersji 9.7.0 aplikacji mMedica okres czasu, dla którego można zdefiniować kalendarz pracy placówki, został wydłużony do roku 2028.

Ustawienia kalendarza pracy dokonuje się dla [przychodni](#) (zakładka *Świadczeniodawca*) i dla [komórek](#) organizacyjnych. Ustawienia zdefiniowane dla przychodni domyślnie dziedziczą komórki organizacyjne. Jednak w przypadku odmiennego czasu pracy komórek, istnieje możliwość dokonania dla nich indywidualnych ustawień terminarza (zakładka *Komórki organizacyjne*).

Ponadto kalendarz pracy umożliwia zdefiniowanie podstawowych parametrów wizyt w komórkach organizacyjnych.

U góry okna kalendarza dostępny jest przycisk **Kopiuj z poprzedniego roku** (zaznaczony na poniższym zdjęciu). Jego wybór powoduje skopiowanie do kalendarza dla danego roku, aktualnie wyświetlonego, ustawień kalendarza z roku go poprzedzającego.

Przykładowo, jeżeli w oknie wyświetlony jest kalendarz dla roku 2021, zastosowanie przycisku umożliwi skopiowanie do niego danych kalendarza z roku 2020.

W ramach funkcjonalności kopiowane są ustawienia dla wszystkich dni oprócz 29 lutego.

Uwaga! Jeżeli dla wybranego roku został już utworzony kalendarz, skorzystanie z przycisku spowoduje jego nadpisanie lub wyczyszczenie, jeśli dla roku poprzedniego nie było żadnych ustawień.

Od wersji 9.10.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość skopiowania kalendarza z poprzedniego roku odrębnie dla przychodni i dla komórek organizacyjnych.

Kopiowanie kalendarza dla przychodni odbywa się z poziomu zakładki [Świadczeniodawca](#).

Aby skopiować kalendarz dla poszczególnych komórek, należy przejść na zakładkę [Komórki organizacyjne](#). Jeżeli operacja ma zostać przeprowadzona dla konkretnych komórek, należy je zaznaczyć na liście, korzystając z przycisku Ctrl na klawiaturze i lewego przycisku myszy, a dopiero później wybrać przycisk **Kopiuj z poprzedniego roku**. W przypadku gdy nie zostaną wskazane żadne pozycje, po wyborze przycisku wyświetlony zostanie komunikat:


"Nie wybrano żadnej komórki. Kopiowanie kalendarza dla wszystkich komórek. Kontynuować?"

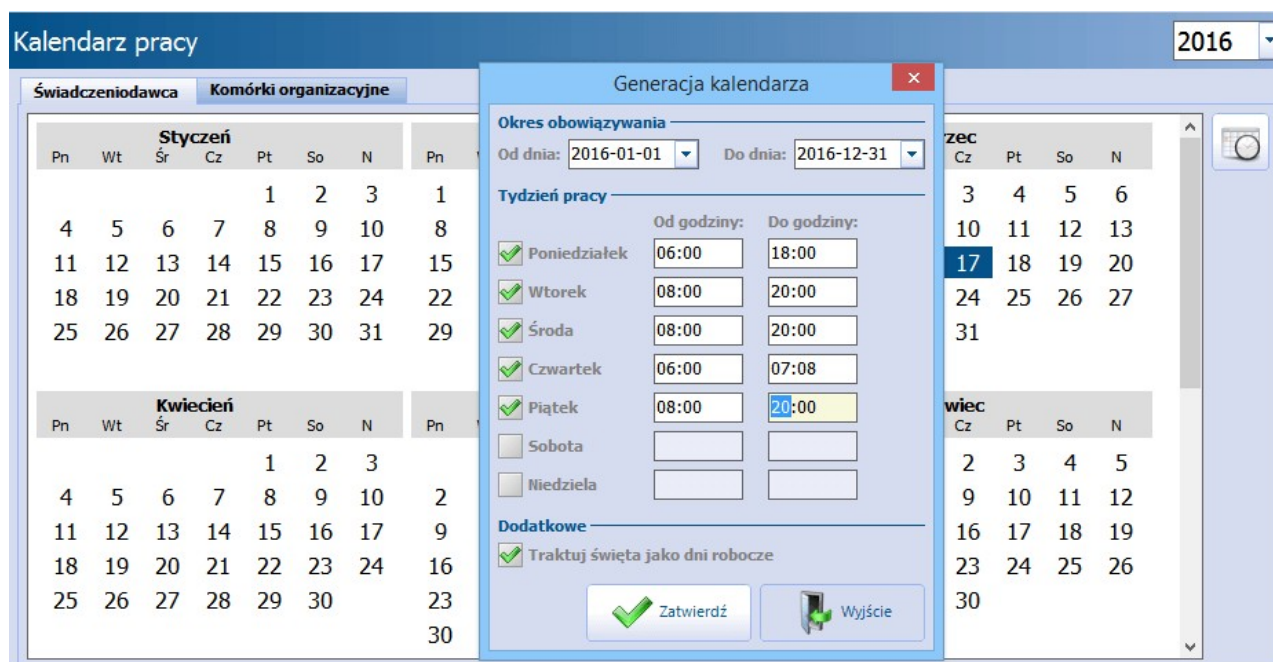
Wybór kontynuacji spowoduje skopiowanie kalendarza z poprzedniego roku dla wszystkich komórek organizacyjnych.

16.4.1 Kalendarz dla przychodni

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Kalendarz pracy](#) > zakładka [Świadczeniodawca](#)

Na zakładce [Świadczeniodawca](#) dokonuje się ustawień kalendarza w odniesieniu do całej przychodni. Pierwszym krokiem jest wskazanie roku, dla którego będzie definiowany kalendarz, poprzez wybranie go z

listy rozwijanej w prawym górnym rogu okna. Następnie należy wybrać przycisk  **Generuj kalendarz**, który otworzy okno modalne *Generacja kalendarza*.



- **Okres obowiązywania** - zakres dat obowiązywania kalendarza pracy. Domyślnie podpowiadany jest okres roku czasu, na podstawie roku wskazanego w prawym górnym rogu okna. Okres obowiązywania można dowolnie modyfikować, poprzez wybranie innej wartości z listy rozwijanej.
- **Tydzień pracy** - określenie dni i godzin pracy placówki medycznej. Domyślnie zdefiniowano tydzień pracy od poniedziałku do piątku. Aby zaznaczyć na kalendarzu dni tygodnia, w których pracuje przychodnia należy dodać zaznaczenie w odpowiednim polu np. **Poniedziałek**. Brak zaznaczenia w polu rozumiane jest jako dzień wolny od pracy. Ponadto w każdym dniu pracującym należy określić godziny pracy przychodni, poprzez uzupełnienie pól "Od godziny" i "Do godziny".
- **"Traktuj święta jako dni robocze"** - znaczenie parametru:

- brak zaznaczenia - daty świąt wolnych od pracy zostaną zaznaczone na kalendarzu jako dni wolne.
- zaznaczenie - daty świąt wolnych od pracy zostaną potraktowane jako dni robocze placówki.

Po wprowadzeniu danych należy je zapisać za pomocą przycisku **Zatwierdź**. Na wygenerowanym kalendarzu pracy kolorem **zielonym** zostaną oznaczone dni robocze placówki, natomiast kolorem **czerwonym** dni wolne od pracy.

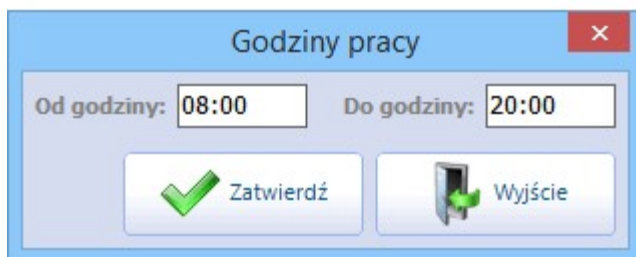
Zapisany kalendarz można ponownie zdefiniować, pamiętając jednak, że każda kolejna generacja spowoduje jego nadpisanie:

W wybranym okresie już istnieje zdefiniowany kalendarz.
Ponowne generacja spowoduje jego nadpisanie.
Kontynuować?

TAK NIE

W razie konieczności zmodyfikowania wybranego dnia na kalendarzu, należy kliknąć na nim prawym przyciskiem myszki i wybrać jedną z opcji:

- **Oznacz jako roboczy** - oznacza dzień jako roboczy; opcja dostępna po zaznaczeniu dnia wolnego.
- **Oznacz jako wolny** - oznacza dzień jako wolny; opcja dostępna po zaznaczeniu dnia roboczego.
- **Zmień godziny pracy** - otwiera okno *Godziny pracy* w celu ich modyfikacji - opcja dostępna po zaznaczeniu dnia roboczego.



- **Usuń** - usuwa zdefiniowane dane. Niezdefiniowany dzień w kalendarzu jest zaznaczony kolorem białym.
- **Zaznacz wszystkie** - zaznacza wszystkie dni w kalendarzu, umożliwiając wykonywanie zbiorczych czynności. Zaznaczenie obrazowane jest niebieskim kolorem.

16.4.2 Kalendarz dla komórki

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Kalendarz pracy](#) > zakładka [Komórki organizacyjne](#)

Na zakładce *Komórki organizacyjne* dokonuje się indywidualnych ustawień kalendarza i parametrów wizyt dla poszczególnych komórek organizacyjnych.

W przypadku, gdy dni lub godziny pracy wybranych poradni różnią się od czasu pracy placówki, należy dokonać indywidualnych ustawień kalendarza komórek organizacyjnych. Jeżeli utworzono wcześniej kalendarz pracy dla [przychodni](#), to zgodnie z funkcją dziedziczenia dane te zostaną skopiowane do kalendarza komórek i oznaczone jasnym kolorem **(2)**. Dokonanie indywidualnych ustawień dla komórki wpłynie na intensywność kolorów prezentowanych na kalendarzu (zdj. poniżej).

Aby zdefiniować indywidualny kalendarz dla komórki, należy podświetlić ją na liście komórek organizacyjnych **(1)**. W przypadku istnienia wielu komórek w bazie, można posłużyć się polem do wyszukiwania "Kod lub nazwa". Kolejnym krokiem jest zdefiniowanie na podglądzie kalendarza pracy **(2)** indywidualnych dni lub godzin pracy komórki. Modyfikacji wybranego dnia dokonuje się przy użyciu menu, dostępnego po kliknięciu prawym przyciskiem myszy na wybranej dacie. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Kalendarz dla przychodni](#).

Uwaga! Podczas [wyznaczania pierwszego wolnego terminu](#) dla harmonogramów przyjęć, aplikacja uwzględni dni pracy komórki zdefiniowane w kalendarzu pracy.

Kalendarz pracy 2019

Świadczeniodawca Komórki organizacyjne

Kod lub nazwa:

Kod	Nazwa
101	Poradnia endokrynologiczna
100	Poradnia stomatologiczna

1

Typowe długości wizyty (min)

Domyślna:

Pozostałe:

Dane wymagane podczas tworzenia rezerwacji

Skierowanie:

Wpis do harmonogramu przyjęć:

Parametry dodatkowe

Liczba dni wyświetlanych w widoku terminarza:

Dzienny limit wizyt pierwszorazowych:

Dodatkowo, dla każdej komórki organizacyjnej można zdefiniować podstawowe parametry wizyt, wykorzystywane podczas tworzenia [rezerwacji](#) w Terminarzu:

Sekcja: Typowe długości wizyty (min)

Określenie 5 możliwych czasów trwania wizyty, podawane w minutach. Maksymalna długość wizyty to 480 minut (8h). Wartości domyślnie podpowiadane przez aplikację są jedynie propozycją i użytkownik może zmienić je według własnego uznania.

- **Domyślna** - domyślna długość wizyty, która jest automatycznie podpowiadana podczas generowania szablonu, harmonogramu pracy oraz w oknie *Nowa rezerwacja* podczas dodawania rezerwacji.
- **Pozostałe** - cztery pozostałe długości wizyty wybierane podczas dodawania rezerwacji w oknie *Nowa rezerwacja*.

Sekcja: Dane wymagane podczas tworzenia rezerwacji

- **Skierowanie** - parametr definiuje wymóg otrzymania/wprowadzenia skierowania podczas rezerwacji terminu. Możliwe wartości do wyboru, dostępne po rozwinięciu listy:
 - **Nigdy** - brak wymogu. W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość "Bez skierowania". Wyjątkiem jest sytuacja, gdy pacjent miał już w danej komórce realizowaną wizytę, w której w polu "Kont. lecz." wprowadzono wartość "Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej" - wtedy będzie podpowiadany tryb "Kontynuacja leczenia".
 - **Tylko dla pacjentów pierwszorazowych** - wymagane skierowanie dla pacjentów pierwszorazowych, czyli takich, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie (komórce org.). W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość "Ze skierowaniem", w przypadku tworzenia rezerwacji dla pacjenta 1-razowego.
 - **Zawsze** - wymagane skierowanie podczas każdej rezerwacji terminu. W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość "Ze skierowaniem".
- **Wpis do harmonogramu przyjęć** - parametr definiuje wymóg wpisania pacjenta do [harmonogramu przyjęć](#). Do wyboru są dwie pozycje:
 - **Nigdy** - brak wymogu.
 - **Zawsze** - wymagane dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć. Wybranie tej pozycji spowoduje domyślne zaznaczenie opcji wymagalności wpisu do harmonogramu przyjęć przy

wprowadzaniu rezerwacji/rejestracji, a także automatyczne dodanie do harmonogramu przyjęć dla tej komórki pozycji pacjenta z kategorią świadczeniobiorcy "Przyjęty na bieżąco" każdorazowo przy utworzeniu wizyty bez rezerwacji/ rejestracji w *Gabiniecie*.

Sekcja: [Parametry dodatkowe](#)

W polu "Liczba dni wyświetlanych w widoku terminarza" określa się liczbę dni wybranego harmonogramu pracy, która będzie prezentowana w głównym oknie Terminarza. Maksymalnie można zdefiniować 5 dni.

Parametr "Dzienny limit wizyt pierwszorazowych" określa, ilu pacjentów pierwszorazowych można zaplanować do komórki w ramach jednego dnia.

W przypadku przekroczenia ustalonej liczby rezerwacji dla pacjentów pierwszorazowych, podczas dodawania kolejnej rezerwacji zostanie wyświetlony komunikat "Przekroczono limit wizyt dla harmonogramu. Kontynuować?".

16.5 Zasoby miejsca

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Zasoby miejsca](#)

Pod pojęciem "Zasoby miejsca" należy rozumieć miejsca, w których świadczone są usługi zdrowotne (np. przychodnia, szpital), a także każdy inny zasób przychodni, do którego można dopisać osobę i określić harmonogram czasu wykorzystania. W programie mMedica zasoby miejsca są wykorzystywane podczas tworzenia [szablonu](#) i [harmonogramu](#) pracy lekarza.

W górnym oknie formatki *Zasoby miejsca* wyświetlane są zasoby domyślnie utworzone przez dostawcę oprogramowania. Natomiast w dolnym oknie prezentowane są szczegółowe dane wybranej pozycji. Systemowe zasoby miejsca są nieedytowalne, można je jedynie dezaktywować poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Aktualne".

Kod	Nazwa	Akt.
PRZYCH	Przychodnia	✓
SZPIT	Szpital	✓
WDOMU	Wizyta domowa	✓

Dane miejsca - Przychodnia

Kod: PRZYCH

Nazwa: Przychodnia

Maksymalna liczba osób personelu w tym samym czasie:

Maksymalna liczba pacjentów w tym samym czasie:

Aktualne

Za pomocą przycisku **Nowy** użytkownik może dodać swój własny zasób.

16.5.1 Dodanie nowego zasobu

W celu dodania nowego zasobu miejsca należy wybrać przycisk **Nowy**, znajdujący się w górnym panelu formatki. W dolnym oknie należy uzupełnić dane miejsca:

- **Kod** - kod zasobu miejsca nadany przez użytkownika, identyfikujący zasób w bazie danych. Wartość jest dowolnym ciągiem znaków i powinna być unikalna.
- **Nazwa** - nazwa zasobu nadana przez użytkownika.
- Parametr "**Maksymalna liczba osób personelu w tym samym czasie**" - maksymalna liczba osób personelu, dla których można wygenerować harmonogram pracy, dotyczący tego samego miejsca i tych samych godzin.
Przykład: Dwóch rehabilitantów korzysta z sali zabiegowej w godzinach 10:00-15:00. W związku z tym należy określić maksymalną liczbę osób = 2.
- Parametr "**Maksymalna liczba pacjentów w tym samym czasie**" - maksymalna liczba pacjentów, którym można utworzyć rezerwację na tę samą godzinę do tego samego miejsca.
Przykład: W sali zabiegowej o godzinie 10:00 przyjmuje dwóch rehabilitantów. Na tę godzinę mogą przyjąć tylko 2 pacjentów. W przypadku próby dodania rezerwacji dla trzeciej osoby na tę godzinę, aplikacja wyświetli komunikat: "Przekroczono limit pacjentów dla miejsca. Kontynuować?".

The screenshot displays the 'Zasoby miejsca' (Resources) management screen. On the left, there is a search panel with fields for 'Kod:' and 'Nazwa:', a 'Tylko aktualne' checkbox, and 'Zastosuj' and 'Wyczyść' buttons. The main area features a table with columns for 'Kod', 'Nazwa', and 'Akt.'. The table contains the following data:

Kod	Nazwa	Akt.
PRZYCH	Przychodnia	✓
SALAZ	Sala zabiegowa	✓
SZPIT	Szpital	✓
WDOMU	Wizyta domowa	✓

Below the table, the 'Dane miejsca – Sala zabiegowa' form is visible, showing the following fields:

- Kod: SALAZ
- Nazwa: Sala zabiegowa
- Maksymalna liczba osób personelu w tym samym czasie: 2
- Maksymalna liczba pacjentów w tym samym czasie: 2
- Aktualne

W celu usunięcia danego zasobu z listy należy go podświetlić, następnie wybrać przycisk **Usuń**. Usuwać można wyłącznie zasoby miejsca, utworzone przez użytkownika. Zasoby systemowe nie mogą zostać usunięte, można je jedynie oznaczyć jako nieaktualne, poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Aktualne".

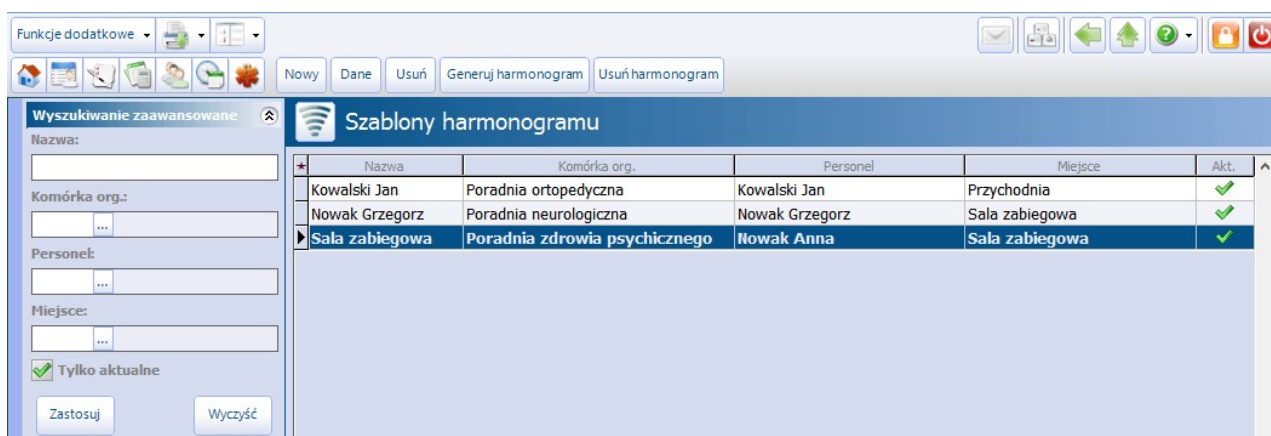
16.6 Szablony harmonogramu pracy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Szablony harmonogramu](#)

Szablon harmonogramu jest traktowany jako wzór, na podstawie którego w dalszej kolejności zostanie wygenerowany harmonogram pracy lekarza. W szablonie definiuje się miejsce i komórkę organizacyjną, w której personel będzie udzielał świadczeń oraz grafik pracy lekarza. Za pomocą dodatkowych opcji można określić dostępność szablonu (program mMedica, portal eRejestracji), płatnika świadczeń (NFZ, komercyjny/prywatny) oraz domyślną długość wizyty.

Uwaga! Tworzenie szablonu harmonogramu nie jest obowiązkowe! Harmonogram pracy lekarza można wygenerować [ręcznie](#) bez użycia szablonu. Szablon jest jedynie ułatwieniem, bazą, na podstawie której użytkownik będzie generował harmonogram dla wybranego okresu czasu.

Formatka *Szablony harmonogramu* służy do tworzenia, przeglądania oraz modyfikowania szablonu harmonogramu pracy lekarzy. W głównym oknie wyświetlana jest lista szablonów utworzonych przez użytkownika. Prezentowane dane można zawęzić za pomocą filtrów, znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Ponadto z poziomu formatki można dokonać [wygenerowania](#) i [usunięcia](#) harmonogramu pracy dla utworzonych już szablonów, do czego służą przyciski **Generuj harmonogram** i **Usuń harmonogram**.



16.6.1 Tworzenie szablonu

W celu dodania szablonu harmonogramu należy wybrać przycisk **Nowy**, znajdujący się w górnym panelu formatki i korzystając z dostępnych słowników i list rozwijanych wykonać następujące czynności:

1. W polu "Nazwa" wpisać dowolną nazwę szablonu. Jeśli pole nie zostanie uzupełnione, aplikacja automatycznie nada nazwę, którą będzie imię i nazwisko osoby personelu.
2. W polu "Komórka org." wskazać komórkę organizacyjną, w której przyjmuje lekarz.
3. W polu "Personel" wskazać osobę personelu.
4. W polu "Miejsce" wskazać miejsce (zasób miejsca), w którym świadczone będą usługi zdrowotne.
5. W polu "Rodzaj" wybrać rodzaj wizyty z dostępnego słownika.

Uwaga! Do utworzenia szablonu wymagane jest zdefiniowanie co najmniej dwóch danych: komórki org. i personelu lub komórki org. i miejsca. Temat omówiono szerzej w rozdziale: [Dodanie rezerwacji](#).

6. Zdefiniować dodatkowe parametry szablonu:
 - **Dostępność** - określenie dostępności harmonogramu pracy lekarza w przypadku korzystania z modułu eRejestracja. Możliwe wartości do wyboru:

- **mMedica** - domyślnie podpowiadana. Oznacza, że harmonogram pracy lekarza jest dostępny tylko z poziomu aplikacji - w przypadku aktywnego modułu eRejestracja grafik nie zostanie udostępniony na Portalu eRejestracji.
 - **eRejestracja** - harmonogram pracy lekarza będzie udostępniony tylko na Portalu eRejestracji (grafik offline).
 - **mMedica i eRejestracja** - harmonogram pracy będzie dostępny z poziomu aplikacji mMedica i z poziomu Portalu eRejestracji.
- **Płatnik** - określenie płatnika świadczeń. Możliwe wartości do wyboru:
 - **NFZ** - domyślnie podpowiadany płatnik. Oznacza, że tworzony jest szablon dla komórki/personelu realizującego kontrakt z NFZ. Blok czasu dotyczący wizyt, dla których płatnikiem jest NFZ, oznaczany jest na szablonie kolorem niebieskim.
 - **Komercyjny/prywatny** - oznacza, że tworzony jest harmonogram dla komórki/personelu komercyjnego. Opcja dostępna tylko dla włączonego modułu Komercyjnego. Blok czasu dotyczący wizyt komercyjnych oznaczany jest na szablonie kolorem zielonym.
 - **Długość wizyty** - określenie średniego czasu trwania wizyty - maksymalna wartość to 120 minut. Długość wizyty jest podpowiadana z domyślnej długości wizyty zdefiniowanej w komórce w [Kalendarzu pracy](#).

6. Wypełnić szablon godzinami pracy lekarza.

Szablon harmonogramu

Nazwa: Rodzaj:

Komórka org.: Zabieg:

Personel: Dostępność: Płatnik:

Miejsce: Długość wizyty: (min) Aktualny

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
7 ⁰⁰							
8 ⁰⁰	08:00 – 09:00	08:00 – 17:00			08:00 – 16:00		
9 ⁰⁰							
10 ⁰⁰							
11 ⁰⁰							
12 ⁰⁰							
13 ⁰⁰							
14 ⁰⁰				14:00 – 20:00			
15 ⁰⁰							
16 ⁰⁰							
17 ⁰⁰							
18 ⁰⁰							
19 ⁰⁰							
20 ⁰⁰							
21 ⁰⁰							
22 ⁰⁰							

Aby uzupełnić szablon grafikiem pracy lekarza należy, w polach reprezentujących tygodniowy rozkład godzin pracy, określić zakres czasu pracy poprzez:

- a) Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy w pole odpowiadające godzinie rozpoczęcia pracy. Na szablonie pojawi się granatowy prostokąt, który należy przeciągnąć w dół aż do godziny zakończenia pracy tzn. najechać kursorem myszki na dolny bok prostokąta (bloku czasu) do pojawienia się strzałki z dwoma grotami, następnie przytrzymując lewy przycisk myszy przeciągnąć w dół slot czasu. Na utworzonym słocie wyświetli się zakres godzin pracy lekarza dla danego dnia tygodnia.

	Poniedziałek
7 ⁰⁰	
8 ⁰⁰	08:00 – 09:00
9 ⁰⁰	

- b) Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy w dowolne pole na szablonie do pojawienia się granatowego prostokąta. Następnie należy kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszy w granatowy blok czasu i w otwartym oknie dialogowym wybrać dzień tygodnia i godziny pracy lekarza.

Dialogowe okno o tytule "Pozycja szablonu harmonogramu" zawiera następujące elementy:


- Pole "Dzień:" z menu rozwiniętym na "Poniedziałek".
- Pole "Od godziny:" z wartością "08:00".
- Pole "Do godziny:" z wartością "14:00".
- Przycisk "Zatwierdź" z ikoną zielonej kłódki.
- Przycisk "Wyjście" z ikoną zielonej kłódki i strzałki.

- c) Kliknięcie prawym przyciskiem myszy w pole odpowiadające wybranemu dniu tygodnia i godzinie pracy lekarza i wybranie opcji "Dodaj". W otwartym oknie dialogowym należy zdefiniować godzinę zakończenia pracy.

	Poniedziałek
7 ⁰⁰	
8 ⁰⁰	
9 ⁰⁰	Dodaj...
10 ⁰⁰	Edytuj
11 ⁰⁰	Usuń

W przypadku pomyłki należy podświetlić dany blok czasu, następnie dokonać jego usunięcia za pomocą klawisza DELETE na klawiaturze komputera lub poprzez kliknięcie prawym przyciskiem myszy na słocie i wybranie opcji "Usuń" z menu. Aby usunąć kilka slotów jednocześnie należy zbiorczo zaznaczyć wybrane bloki czasu, przytrzymując na klawiaturze klawisz CTRL.

16.6.2 Kopiowanie grafika z innego szablonu

Istnieje możliwość utworzenia szablonu harmonogramu na podstawie innego, wcześniej zdefiniowanego szablonu. Służy do tego przycisk  **Kopuj z innego szablonu**, z którego należy skorzystać po uzupełnieniu podstawowych danych szablonu.

Szablon harmonogramu

Nazwa: Rodzaj:

Komórka org.: Zabieg:

Personel: Dostępność: Płatnik:

Miejsce: Długość wizyty: (min) Aktualny

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
7 ⁰⁰							
8 ⁰⁰	08:00 – 09:00	08:00 – 17:00			08:00 – 11:00		
9 ⁰⁰							
10 ⁰⁰							
11 ⁰⁰							



Z otwartego okna dialogowego *Szablony harmonogramu* zawierającego wszystkie istniejące szablony, użytkownik wybiera jeden szablon i zatwierdza wybór przyciskiem **Wybierz**.

Szablony harmonogramu

Nazwa: Tylko aktualne

Widok: Preferowane Ostatnio wybierane Wszystkie

*	Nazwa	Komórka	Personel	Miejsce
▶	Kowalski Jan	Poradnia ortopedyczna	Kowalski Jan	Przychodnia
	Nowak Grzegorz	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
	Sala zabiegowa	Poradnia zdrowia psychicznego	Nowak Anna	Sala zabiegowa

W przypadku gdy na szablonie wprowadzono już jakieś pozycje, wyświetlony zostanie komunikat informujący o nadpisaniu istniejących danych, wartościami skopiowanymi z wybranego szablonu.

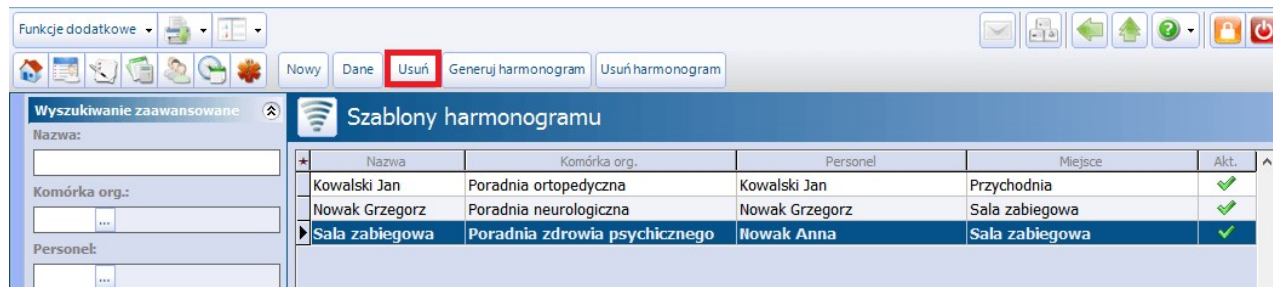
Szablon już zawiera pozycje. Skopiowanie danych spowoduje ich nadpisanie.
Kontynuować?

TAK

NIE

16.6.3 Usunięcie szablonu

Usunięcia wybranego szablonu dokonuje się z poziomu formatki *Szablony harmonogramu*, poprzez zaznaczenie go na liście i wybranie przycisku **Usuń**. Zalecane jest rozważne korzystanie z tej funkcji, gdyż nie ma możliwości przywrócenia usuniętego szablonu.



16.7 Harmonogramy pracy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)

Harmonogram pracy określa czas pracy personelu medycznego w komórce organizacyjnej dla danego okresu czasu. Harmonogram pracy wykorzystywany jest w Terminarzu do planowania wizyt pacjentów. Na formatce *Harmonogramy pracy* użytkownik uzyska informacje o istniejących harmonogramach pracy dla personelu i miejsca, datach ich obowiązywania i ewentualnych blokadach.

W górnym oknie formatki wyświetlane są aktualne harmonogramy pracy, jakie zostały utworzone dla personelu i dla miejsca. Natomiast w dolnym oknie *Pozycje harmonogramu* prezentowana jest lista wygenerowanych pozycji (dni pracy) dla danego harmonogramu. Pozycje harmonogramu wyświetlane są domyślnie do końca bieżącego miesiąca, jednak użytkownik może zmienić zakres dat za pomocą filtra "Data od-do", znajdującego się w panelu *Wyszukiwanie podrzędnych*.

Dane prezentowane na formatce można zawęzić za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Zaznaczenie checkboxa "Tylko z pozycjami" powoduje wyświetlenie tylko tych harmonogramów, dla których zostały utworzone pozycje.

The screenshot shows the 'Harmonogram pracy' (Work Schedule) module in the mMedica application. It features a search panel on the left with filters for 'Tylko aktualne' and 'Tylko z pozycjami'. The main area displays a table of work schedule entries for 'Nowak Grzegorz'.

Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	✓
Sala zabiegowa	✓	2016-11-21	2016-12-25	

Below this, a detailed view titled 'Pozycje harmonogramu – Nowak Grzegorz' shows a table of specific work positions:

Data od	Data do	Komórka org.	Personel	Miejsce	Rodzaj blokady
2016-11-29	2016-11-29		Nowak Grzegorz		Konferencja
2016-11-29 08:00	2016-11-29 17:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa	
2016-11-25 08:00	2016-11-25 16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa	
2016-11-24 14:00	2016-11-24 20:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa	
2016-11-22 08:00	2016-11-22 17:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa	

Na formacie *Harmonogram pracy* można wykonywać następujące działania:

- [Wygenerować](#) harmonogram pracy lekarza na podstawie wcześniej utworzonego szablonu
- [Ręcznie](#) wygenerować harmonogram pracy
- [Edytować](#) istniejący już harmonogram
- [Przedłużyć/powtórzyć](#) harmonogram pracy na kolejny okres
- [Usunąć](#) harmonogram lub wybraną pozycję (dzień)
- Ustalić [blokady](#) harmonogramu pracy (w przypadku, gdy personel nie jest do dyspozycji pacjenta)
- [Wydrukować](#) harmonogram pracy wybranego lekarza/miejsca

Wszystkie wymienione czynności zostały szczegółowo opisane w dalszej części tego rozdziału.

16.7.1 Tworzenie harmonogramu pracy

Harmonogram pracy w aplikacji mMedica można wygenerować na dwa sposoby:

- a) [ręcznie](#) - poprzez zdefiniowanie dni i godzin pracy personelu oraz innych szczegółowych parametrów
- b) [na podstawie szablonu](#) - poprzez wskazanie utworzonego wcześniej szablonu

O sposobie generacji harmonogramu decyduje użytkownik. W przypadku personelu/miejsca, którego grafik pracy jest stały, wygodniejsze może okazać się utworzenie jednego szablonu i generowanie na jego podstawie kolejnych harmonogramów pracy. Z kolei w przypadku personelu posiadającego elastyczny grafik pracy, często podlegający zmianom, zalecane jest korzystanie z funkcjonalności ręcznego generowania harmonogramu.

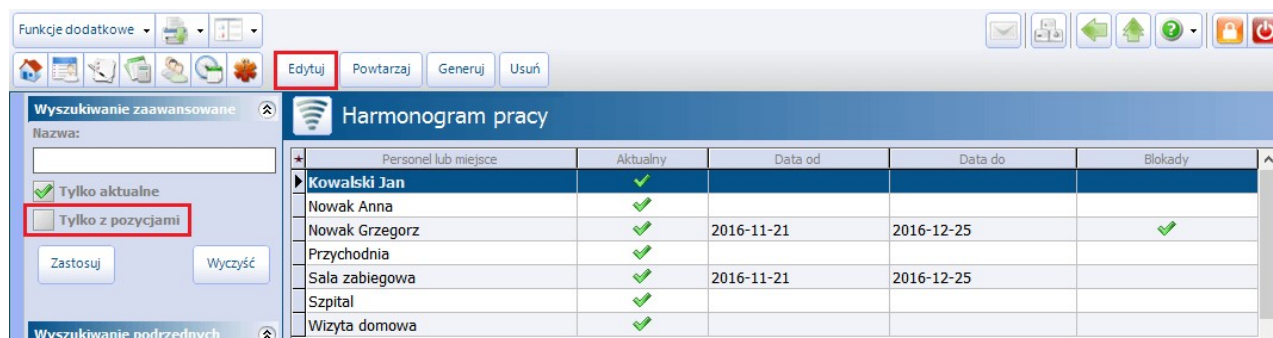
Możliwość wykonywania operacji na harmonogramach pracy warunkują uprawnienia ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#), sekcja: [Terminarz](#)):

- Generowanie harmonogramów
- Zarządzanie harmonogramami - w zakresie modyfikacji oraz usuwania harmonogramów.
- Zarządzanie blokadami - w zakresie dodawania, modyfikacji oraz usuwania blokad harmonogramów pracy.

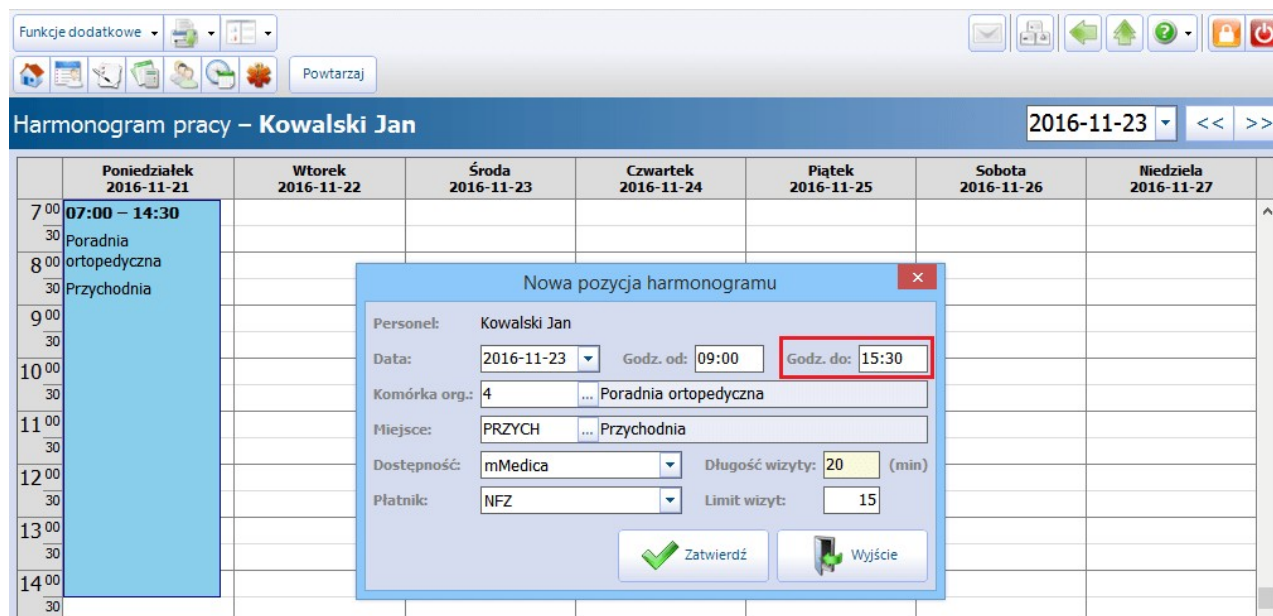
16.7.1.1 Generowanie ręczne

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)

Przed przystąpieniem do ręcznego generowania harmonogramu pracy, należy wyświetlić wszystkie dostępne w mMedica zasoby personelu i miejsca, co dokonuje się poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Tylko z pozycjami" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Kolejnym krokiem jest podświetlenie wybranej osoby personelu lub miejsca i wybór przyciskiem **Edytuj** lub dwukrotnym kliknięciem myszą.



Na nowej formacie zostanie wyświetlony pusty harmonogram dotyczący bieżącego tygodnia pracy. Zmiany widoku tygodnia dokonuje się poprzez wybór daty z kalendarza wyświetlanego po rozwinięciu listy w polu **2016-11-23** lub poprzez skorzystanie z przycisków **<<** **>>**, wyświetlających następny lub poprzedni tydzień.



Aby uzupełnić harmonogram grafiką pracy lekarza należy, w polach reprezentujących tygodniowy rozkład godzin pracy, określić zakres czasu pracy i dodatkowe dane poprzez:

- Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy w pole odpowiadające dniu tygodnia i godzinie rozpoczęcia pracy. W otwartym oknie dialogowym *Nowa pozycja harmonogramu* (zdz. powyżej) należy uzupełnić szczegółowe dane harmonogramu jak np. komórka org., miejsce, dostępność, które zostały szczegółowo opisane w rozdziale: [Tworzenie szablonu](#).

Opis poszczególnych pól znajdujących się w oknie *Nowa pozycja harmonogramu*:

- **Godz. od** - godzina rozpoczęcia pracy podpowiadana jest z pola, w którym użytkownik postawił kursor myszy i wywołał okno dialogowe. Godzina może być modyfikowana przez użytkownika. W sposób analogiczny podpowiadane są dane w polu "Data".
- **Godz. do** - należy pamiętać o ręcznym wprowadzeniu godziny końca pracy w danym dniu.
- **Limit wizyt** - określenie maksymalnej liczby pacjentów, jaką lekarz jest w stanie przyjąć w danym dniu. Po przekroczeniu tej liczby, podczas dodawania kolejnej rezerwacji w Terminarzu zostanie wyświetlony odpowiedni komunikat.

b) Kliknięcie prawym przyciskiem myszy w pole odpowiadające dniu tygodnia i godzinie rozpoczęcia pracy i wybranie opcji "Dodaj" z dostępnego menu. W otwartym oknie dialogowym należy uzupełnić szczegółowe dane harmonogramu.



Aby [edytować](#) dodany już blok czasu, należy kliknąć na nim dwukrotnie lewym przyciskiem myszy. Wszystkie dodatkowe czynności, które można wykonać na formatce *Harmonogram pracy* jak dodawanie, kopiowanie, usuwanie i przesuwanie bloków czasu, zostały opisane w rozdziale: [Edycja harmonogramu](#).

Uwaga! Jeśli harmonogram definiowany jest na dłuższy okres czasu, a personel posiada stały grafik pracy, wystarczy zdefiniować jeden tydzień pracy lekarza, a następnie skorzystać z opcji [powtarzania harmonogramu](#). Wybranie przycisku **Powtarzaj** umożliwi przedłużenie, powielenie harmonogramu pracy na wybrany okres czasu (np. miesiąc, kwartał, pół roku).

16.7.1.2 Generowanie na podstawie szablonu

Ścieżka: [Zarządzanie > Terminarz > Szablony harmonogramu](#)
[Zarządzanie > Terminarz > Harmonogram pracy](#)

Aby wygenerować harmonogram pracy na podstawie wcześniej utworzonego szablonu, należy skorzystać z przycisku **Generuj**, który otworzy okno dialogowe *Generacja harmonogramu*. Do wygenerowania harmonogramu konieczne jest określenie czasu jego obowiązywania przy wykorzystaniu jednego z dostępnych pól:

- **Okres obowiązywania** - okres czasu na jaki zostanie utworzony harmonogram pracy. Możliwe wartości do wyboru po rozwinięciu listy: tydzień, miesiąc, kwartał, pół roku, rok.
- **Data od-do** - data "od" podpowiadana jest przez system domyślnie i jest nią zawsze bieżąca data. Data "do" uzupełni się automatycznie po wskazaniu okresu lub można zdefiniować ją samodzielnie, wybierając datę z kalendarza.
- **Co drugi tydzień** - zaznaczenie pola spowoduje, że harmonogram zostanie wygenerowany z 2-tygodniową częstotliwością (co 2 tygodnie).

Kolejnym krokiem jest wybranie szablonu, na podstawie którego zostanie utworzony harmonogram. Lista wszystkich szablonów zdefiniowanych w programie mMedica wyświetlana jest w oknie zaznaczonym na poniższym zrzucie ekranu. Zakres wyświetlanych szablonów można zawęzić korzystając z filtrów: komórka org., personel oraz miejsce.

Wybrania szablonu dokonuje się poprzez dodanie zaznaczenia w pierwszej kolumnie. W celu

wygenerowania harmonogramów dla kilku osób personelu/miejsc należy po prostu dodać zaznaczenia przy wybranych nazwach szablonów.

Generacja harmonogramu

Parametry

Okres obowiązywania: Rok Data od: 2016-11-23 Data do: 2017-11-22 << >>

Co drugi tydzień

Szablony harmonogramu

Komórka org.:

Personel:

Miejsce: SALAZ ... Sala zabiegowa

* <input checked="" type="checkbox"/>	Nazwa	Komórka org.	Personel	Miejsce
<input checked="" type="checkbox"/>	Nowak Grzegorz	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
<input checked="" type="checkbox"/>	Sala zabiegowa	Poradnia zdrowia psychiczn...	Nowak Anna	Sala zabiegowa

Zatwierdź Wyjście

Jeżeli w danym okresie czasu istnieje już wygenerowany harmonogram dla personelu/miejsc, aplikacja wyświetli stosowne ostrzeżenie. Wybranie przycisku "Tak" spowoduje nadpisanie dotychczas istniejącego harmonogramu nowym.

W wybranym okresie już istnieje harmonogram dla następujących osób personelu:

- Nowak Grzegorz

Czy chcesz usunąć ten harmonogram przed wygenerowaniem nowego?

TAK NIE

Pomyślne wygenerowanie harmonogramu zostanie potwierdzone komunikatem:

Harmonogram został pomyślnie wygenerowany.

Podczas generacji harmonogramu mogą wystąpić konflikty zasobów miejsca lub personelu, które zostały szczegółowo opisane w rozdziale: [Konflikty harmonogramu](#).

16.7.1.3 Konflikty harmonogramu

Podczas generowania harmonogramu pracy należy pamiętać o zachowaniu dwóch podstawowych zasad:

1. Personel pracujący w tych samych godzinach powinien mieć rozróżnione miejsce udzielania świadczeń (konflikt miejsca).
2. Personel może posiadać tylko jeden harmonogram pracy w tym samym godzinach (konflikt personelu).

W odniesieniu do punktu 1 - istnieje możliwość zdefiniowania maksymalnej liczby osób personelu, które w tym samym czasie będą pracować w jednym miejscu udzielania świadczeń. Po przekroczeniu tej liczby aplikacja mMedica wyświetli konflikt miejsca i nie wygeneruje harmonogramów dla osób, które przekroczą ustalony limit. Omawiany parametr **"Maksymalna liczba osób personelu w tym samym czasie"** znajduje się w: [Zarządzanie > Terminarz > Zasoby miejsca](#).

W przypadku niezastosowania się do powyższych zasad, po wygenerowaniu harmonogramu zostanie wyświetlone okno błędów, obrazujące konflikty dla miejsca lub personelu. Konflikty oznaczane są czerwonym kolorem w kolumnie odpowiadającej rodzajowi konfliktu.

Błędy podczas tworzenia harmonogramu

Data	Godz. od	Godz. do	Komórka org.	Personel	Miejsce
2016-11-25	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-11-29	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-12-02	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-12-06	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-12-09	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-12-13	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa

Wyjście

W prezentowanym przykładzie wystąpił konflikt miejsca, gdyż dwóch lekarzy Nowak Anna i Grzegorz w tym samym terminie i godzinach (25-11-2016 8:00-16:00) mają pracować w tym samym miejscu - sali zabiegowej. W tej sytuacji należy poprawić wykazane błędy tj. zmienić miejsce pracy dla jednego z lekarzy i przystąpić do ponownego wygenerowania harmonogramu pracy.

16.7.2 Udostępnianie terminów w eRejestracji

Aby umożliwić pacjentom umawianie się na wizyty do wybranych lekarzy drogą elektroniczną, należy odpowiednio zdefiniować szablony/harmonogramy pracy lekarzy w mMedica. Podstawową rzeczą jest określenie godzin, które zostaną udostępnione pacjentom do rezerwacji na Portalu eRejestracji. Dostępność harmonogramu pracy lekarza określa się w polu "Dostępność" poprzez wybór jednej z dostępnych wartości:

- **mMedica** - domyślnie podpowiadana. Oznacza, że harmonogram pracy lekarza jest dostępny tylko z poziomu aplikacji - w przypadku aktywnego modułu eRejestracja grafik nie zostanie udostępniony na Portalu eRejestracji.
- **eRejestracja** - harmonogram pracy lekarza będzie udostępniony tylko na Portalu eRejestracji (grafik offline).
- **mMedica i eRejestracja** - harmonogram pracy będzie dostępny z poziomu aplikacji mMedica i z poziomu Portalu eRejestracji.

Uwaga! W przypadku konieczności jawnego rozdzielenia terminów wizyt refundowanych od komercyjnych na Portalu eRejestracji, wymagane jest posiadanie dodatkowego Modułu Komercyjnego. Tylko wtedy podczas definiowania szablonu lub harmonogramu pracy jest możliwość wskazania płatnika świadczeń.

Szablon harmonogramu

Nazwa: Rodzaj:

Komórka org.: ... Poradnia ginekologiczna Zabieg:

Personel: ... Nowak Jakub Dostępność: Płatnik:

Miejsce: Długość wizyty: (min) Aktualny

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
30			08:30 – 18:30				
9 00							
30							
10 00							
30							

Oprócz możliwości rejestracji na wizytę, pacjent może dokonać zamówienia recepty drogą internetową. Aby mu to umożliwić należy po stronie Portalu eRejestracji dokonać aktywowania funkcjonalności, a w aplikacji mMedica:

- oznaczyć leki jako [stale podawane](#) w ramach pacjenta,
- terminy udostępnione w eRejestracji przypisać do miejsca "Wizyta receptowa". Podczas zamawiania recept wyświetlane są wyłącznie terminy, które zostały skonfigurowane w Terminarzu jako przypisane do predefiniowanego miejsca "Wizyta receptowa".

Pozycja harmonogramu

Personel: Nowak Jakub

Data: 2018-05-30 Godz. od: 08:30 Godz. do: 18:30

Komórka org.: 2 ... Poradnia ginekologiczna

Miejsce: REC ... Wizyta receptowa

Rodzaj: ...

Zabieg: ...

Dostępność: mMedica i eRejestracja Długość wizyty: 15 (min)

Płatnik: NFZ Limit wizyt:

Zatwierdź Wyjście

16.7.3 Edycja harmonogramu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)

Na wygenerowanym harmonogramie pracy można w każdym momencie nanieść zmiany. Aby przejść do trybu edycji należy podświetlić wybrany harmonogram na liście i otworzyć go dwuklikiem lub skorzystać z przycisku **Edytuj**.

Funkcje dodatkowe

Edytuj Powtarzaj Generuj Usuń

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwa:

Tylko aktualne
Tylko z pozycjami

Zastosuj Wyczyść

Harmonogram pracy

Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
Kowalski Jan	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Nowak Anna	✓	2016-11-21	2016-12-18	
Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Przychodnia	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Sala zabiegowa	✓	2016-11-21	2016-12-25	

Na nowej formacie zostanie wyświetlony harmonogram personelu/miejsca, dotyczący bieżącego tygodnia pracy, który można poddać modyfikacji.

Harmonogram pracy – Kowalski Jan

2016-11-24 << >>

	Poniedziałek 2016-11-21	Wtorek 2016-11-22	Środa 2016-11-23	Czwartek 2016-11-24	Piątek 2016-11-25	Sobota 2016-11-26	Niedziela 2016-11-27
7:00							
8:00	08:00 – 14:00						
9:00	Poradnia ortopedyczna						
10:00	Przychodnia						
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							

Edycja harmonogramu pracy dostępna jest po kliknięciu prawym przyciskiem myszy w dowolnym polu/bloku na harmonogramie:

- **Dodanie nowego bloku** - dodanie nowego bloku zostało opisane w rozdziale: [Generowanie ręczne](#).
- **Edycja** - aby edytować dodany już blok czasu należy kliknąć na nim dwukrotnie lewym przyciskiem myszy lub wybrać opcję "Edytuj". Otwarte zostanie okno *Pozycja harmonogramu*, w którym należy dokonać zmian. Szczegóły w: [Generowanie ręczne](#).
- **Usunięcie** - usunięcia wybranego bloku dokonuje się za pomocą klawisza DELETE na klawiaturze komputera lub opcji "Usuń". Aby usunąć kilka slotów jednocześnie należy zbiorczo zaznaczyć wybrane bloki czasu, przytrzymując na klawiaturze klawisz CTRL.
- **Kopiowanie i wklejanie** - utworzony blok czasu można skopiować, wybierając opcję "Kopiuuj", a następnie wkleić w inne miejsce harmonogramu (dzień) wybierając opcję "Wklej".

Ponadto istnieje możliwość przeniesienia bloku w inne miejsce harmonogramu - w tym celu należy kliknąć lewym przyciskiem myszy na bloku i przytrzymując przycisk (pojawi się kursor jak na zdj. poniżej) przenieść blok w wybraną kolumnę odpowiadającą dniu tygodnia, następnie puścić przycisk myszy.

	Poniedziałek 2016-11-21	Wtorek 2016-11-22
7 ⁰⁰		
8 ⁰⁰	08:00 – 14:00	
9 ⁰⁰	Poradnia	
10 ⁰⁰	ortopedyczna	
11 ⁰⁰	Przychodnia	
12 ⁰⁰		
13 ⁰⁰		

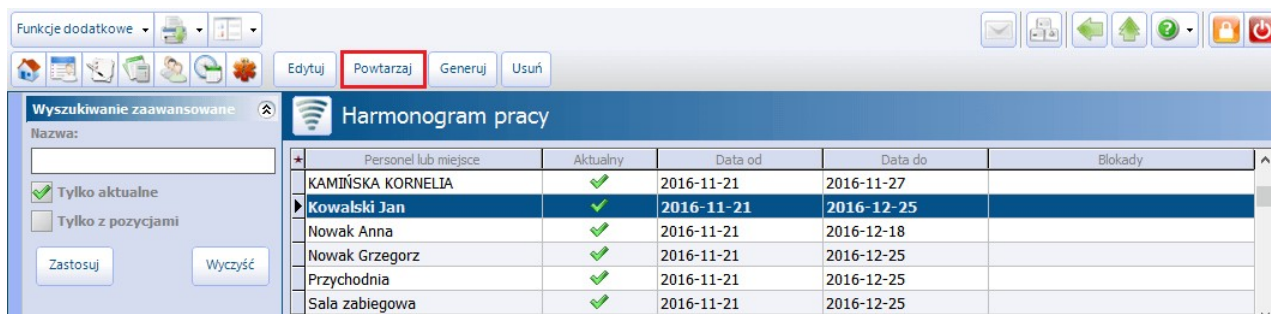
Dokonane zmiany należy zapisać i ponownie wygenerować harmonogram.

16.7.4 Powtarzanie harmonogramu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)
[Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#) > przycisk **Harmonogram**

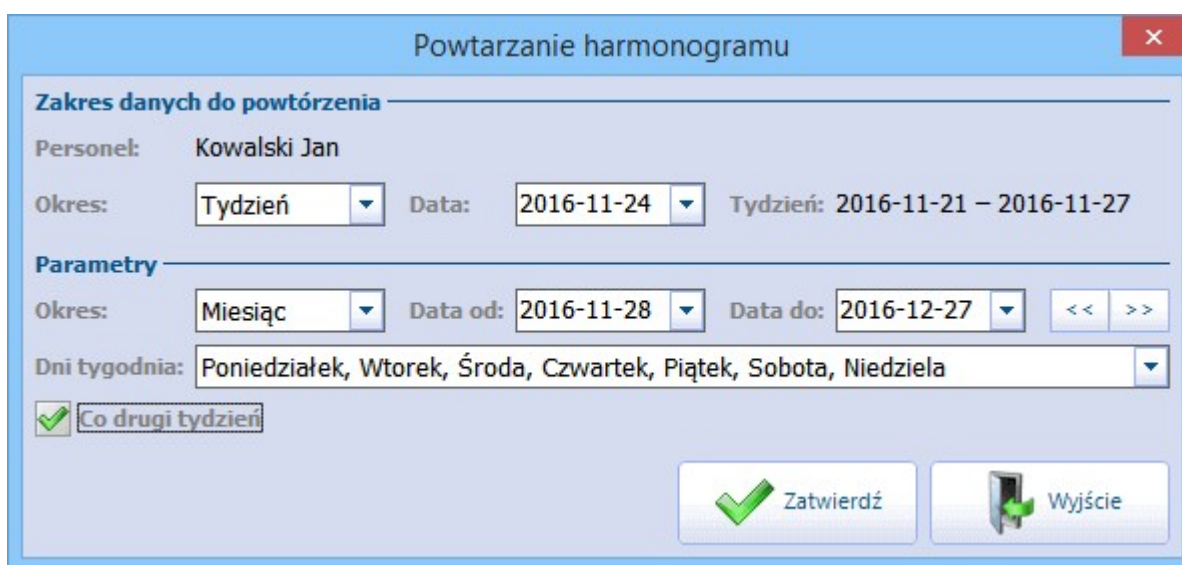
Funkcjonalność powtarzania harmonogramu umożliwia przedłużenie, powielenie harmonogramu pracy na kolejny okres. Zalecana jest głównie dla przedłużenia harmonogramów utworzonych ręcznie, gdyż w przypadku harmonogramów przygotowanych na podstawie szablonu wystarczy dokonać ponownej [generacji](#) na kolejny okres obowiązywania.

W celu powtórzenia harmonogramu należy zaznaczyć na liście właściwy harmonogram pracy, następnie wybrać przycisk **Powtarzaj**.



Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
KAMIŃSKA KORNELIA	✓	2016-11-21	2016-11-27	
Kowalski Jan	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Nowak Anna	✓	2016-11-21	2016-12-18	
Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Przychodnia	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Sala zabiegowa	✓	2016-11-21	2016-12-25	

W otwartym oknie dialogowym *Powtarzanie harmonogramu* należy zdefiniować warunki powtórzenia harmonogramu.



Powtarzanie harmonogramu

Zakres danych do powtórzenia

Personel: Kowalski Jan

Okres: Tydzień Data: 2016-11-24 Tydzień: 2016-11-21 – 2016-11-27

Parametry

Okres: Miesiąc Data od: 2016-11-28 Data do: 2016-12-27

Dni tygodnia: Poniedziałek, Wtorek, Środa, Czwartek, Piątek, Sobota, Niedziela

Co drugi tydzień

Zatwierdź Wyjście

Sekcja: Zakres danych do powtórzenia

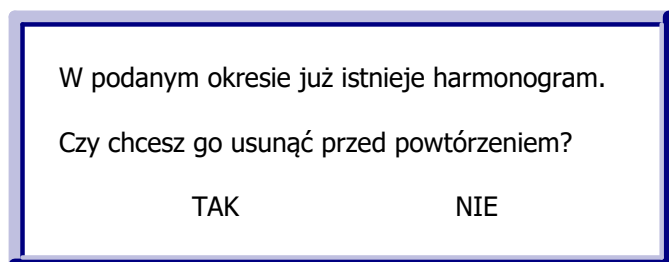
W tej sekcji za pomocą dat określa się zakres danych, które mają zostać powtórzone.

- **Okres** - okres czasu z harmonogramu, który zostanie powtórzony. Możliwe wartości do wyboru:
 - **Dzień** - wybrany dzień zdefiniowany w harmonogramie, który zostanie powielony. Konkretny dzień wskazuje się w polu "Data" ręcznie lub za pomocą kalendarza.
 - **Tydzień** - domyślnie podpowiadany. Konkretny tydzień pracy lekarza/komórki, który zostanie powielony. Zmiany tygodnia dokonuje się poprzez wyznaczenie daty w polu "Data". Na podstawie tej daty system wyświetli zakres dat tygodnia od poniedziałku do piątku.

Sekcja: Parametry

- **Okres** - okres czasu na jaki zostanie powielony harmonogram pracy. Możliwe wartości do wyboru po rozwinięciu listy: tydzień, miesiąc, kwartał, pół roku, rok. W przypadku niewybrania żadnej z wartości należy uzupełnić pole "Data od-do".
- **Data od-do** - data "od" podpowiadana jest przez system domyślnie i jest nią kolejny dzień po ostatnim dniu wskazanym w polu "Tydzień". Data "do" uzupełni się automatycznie po wskazaniu okresu lub można zdefiniować ją samodzielnie, wybierając datę z kalendarza.
- **Dni tygodnia** - określenie dni tygodnia z harmonogramu, które mają zostać powtórzone. Domyślnie podpowiadają się wszystkie dni tygodnia. Po rozwinięciu listy można usunąć zaznaczenie przy wybranych dniach.
- **Co drugi tydzień** - zaznaczenie pola spowoduje, że harmonogram zostanie powtórzony z 2-tygodniową częstotliwością (co 2 tygodnie).

Wybranie przycisku **Zatwierdź** uruchamia proces powtarzania harmonogramu. Jeśli w podanym okresie czasu istnieje już harmonogram, zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie. Wybranie przycisku "Tak" spowoduje usunięcie dotychczasowego harmonogramu i utworzenie nowego.



16.7.5 Blokady harmonogramu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)

Blokady harmonogramu pracy są bardzo przydatną funkcją w planowaniu harmonogramu pracy personelu i planowaniu wizyt pacjentów w Terminarzu. Jeżeli wybrana osoba personelu nie jest do dyspozycji pacjentów w określonym czasie (z powodu delegacji, konferencji, urlopu itp.), to należy założyć blokadę harmonogramu na ten okres. Funkcja ta może być również wykorzystywana do tworzenia blokad dla wybranych zasobów miejsca (np. przychodnia, sala zabiegowa).

Założone blokady prezentowane są w dolnym oknie formatki *Harmonogram pracy* za pomocą czerwonej czcionki/czerwonych pól (w zależności od zaznaczenia) wraz z podaniem przyczyny blokady, a także z poziomu Terminarza w postaci czerwonych kwadratów na kalendarzu.

Harmonogram pracy

Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
Kowalski Jan	✓	2016-11-21	2017-03-26	✓
Przychodnia	✓	2016-11-21	2017-03-26	
Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	

Pozycje harmonogramu – Kowalski Jan

Data od	Data do	Komórka org.	Personel	Miejsce	Rodzaj blokad
2016-12-21	2016-12-29		Kow...		Urlop
2016-12-29 09:00	2016-12-29 12:00	Poradnia ortopedyczna	Kowa...	Przychod...	
2016-12-26 08:00	2016-12-26 12:30	Poradnia ortopedyczna	Kowa...	Przychod...	
2016-12-22 09:00	2016-12-22 12:00	Poradnia ortopedyczna	Kowa...	Przychod...	
2016-12-21 09:00	2016-12-21 15:30	Poradnia ortopedyczna	Kowa...	Przychod...	
2016-12-19 08:00	2016-12-19 12:30	Poradnia ortopedyczna	Kowa...	Przychod...	
2016-12-15 09:00	2016-12-15 12:00	Poradnia ortopedyczna	Kowa...	Przychod...	
2016-12-12	2016-12-14		Kowa...		Konferencja
2016-12-14 09:00	2016-12-14 15:30	Poradnia ortopedyczna	Kowa...	Przychod...	

Grudzień 2016

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	N
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8

Aby dodać blokadę harmonogramu należy zaznaczyć na liście harmonogram personelu/miejsca, następnie wybrać przycisk **Nowa blokada**, znajdujący się w dolnym panelu formatki. W nowym oknie dialogowym należy ręcznie lub za pomocą kalendarza określić przedział czasowy obowiązywania blokady. W polu "Rodzaj" wskazuje się przyczynę blokady, możliwe wartości do wyboru:

- Delegacja
- Konferencja
- Urlop
- Zwolnienie lekarskie
- Wcześniejsze wyjście
- Inna

Nowa blokada harmonogramu

Personel: Kowalski Jan


Data od: 26-10-2022 00:00 Data do: 30-10-2022 00:00

Rodzaj: U ... Urlop

Wstrzymaj wysyłanie przypomnień

Zatwierdź Wyjście

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica w oknie definicji blokady dodano parametr **"Wstrzymaj wysyłanie przypomnień"**. Należy go włączyć, jeżeli dla rezerwacji, których blokada dotyczy, nie mają być wysyłane do pacjentów przypomnienia o zbliżającej się wizycie. Dokładne informacje na temat funkcjonalności przesyłania przypomnień zawiera instrukcja obsługi modułu [mPowiadomienia](#).

Istnieje możliwość wydrukowania raportu blokad harmonogramu pracy wybranej osoby personelu. Raport dostępny jest na formatce *Harmonogram pracy* po wybraniu przycisku  i opcji **"Blokady harmonogramu"**.

Aby dodać blokadę harmonogramu pracy bezpośrednio w oknie Terminarza, należy kliknąć na wybranym słocie godzinowym prawym przyciskiem myszki i wybrać opcję **"Zablokuj"**. Następnie określić rodzaj blokady i czas jej trwania.

	2017-09-21 (Cz)	2017-09-22 (Pt)
<<	Nowak Anna	Nowak Anna
	Zajęte/Wolne: 0 / 48	Zajęte/Wolne: 0 / 48
8:00	08:00 – 08:10	08:00 – 08:10
10	08:10 – 08:20	
20	08:20 – 08:30	
30	08:30 – 08:40	
40	08:40 – 08:50	
50	08:50 – 09:00	

Rezerwuj...

Rejestruj...

Zablokuj...

Wydruk terminu wizyty na drukarce fiskalnej

Możliwość zarządzania blokadami harmonogramu pracy warunkuje uprawnienie "Zarządzanie blokadami": [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#), sekcja: [Terminarz](#).

16.7.6 Usunięcie harmonogramu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)
[Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#) > przycisk **Usuń harmonogram**

W celu usunięcia harmonogramu należy zaznaczyć na liście właściwy harmonogram pracy, następnie wybrać przycisk **Usuń**.

The screenshot shows the 'Harmonogram pracy' window. At the top, there are several icons and buttons: 'Funkcje dodatkowe', 'Edytuj', 'Powtarzaj', 'Generuj', and 'Usuń' (highlighted with a red box). Below this is a search panel on the left with 'Wyszukiwanie zaawansowane' and options for 'Tylko aktualne' and 'Tylko z pozycjami'. The main area contains a table with the following data:

Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
KAMIŃSKA KORNELIA	✓	2016-11-21	2016-12-04	
Kowalski Jan	✓	2016-11-21	2017-03-26	✓
Nowak Anna	✓	2016-11-21	2016-12-18	
Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Przychodnia	✓	2016-11-21	2017-03-26	

W otwartym oknie dialogowym *Usuwanie harmonogramu* należy zdefiniować warunki usunięcia. Wymagane jest określenie zakresu czasu, dla którego ma zostać usunięty harmonogram oraz kryterium usunięcia: komórka org., personel, miejsce.

Uwaga! Do usunięcia harmonogramu wymagane jest wskazanie co najmniej jednego z kryteriów tj. komórki, personelu lub miejsca. **Należy pamiętać, że zbyt ogólne zdefiniowanie warunków usunięcia, może spowodować usunięcie większej ilości harmonogramów pracy.** Np. wybranie tylko komórki organizacyjnej spowoduje usunięcie wszystkich harmonogramów, które zostały utworzone dla tej komórki.

Przykład: lekarz Kowalski J. posiada 2 harmonogramy dla 2 różnych komórek organizacyjnych. Zdefiniowanie w oknie *Usuwanie harmonogramu* tylko zakresu dat i personelu, spowoduje usunięcie harmonogramu w obydwóch komórkach organizacyjnych. Jeśli użytkownik chce usunąć harmonogram tylko z jednej komórki, powinien zawęzić warunki usunięcia do tej konkretnej komórki.

The 'Usuwanie harmonogramu' dialog box contains the following fields and options:

- Okres obow.:** Pół roku (dropdown menu)
- Data od:** 2016-11-25 (calendar icon)
- Data do:** 2017-05-24 (calendar icon)
- Dni tygodnia:** Poniedziałek, Wtorek, Środa, Czwartek, Piątek, Sobota, Niedziela (dropdown menu)
- Komórka org.:** 4 (dropdown menu) Poradnia ortopedyczna
- Personel:** JKOWALSKI (dropdown menu) Kowalski Jan
- Miejsce:** (empty dropdown menu)

At the bottom, there are two buttons: 'Zatwierdź' (with a green checkmark icon) and 'Wyjście' (with a green arrow icon).

- **Okres obow.** - okres obowiązywania harmonogramu, który zostanie usunięty. Możliwe wartości do wyboru po rozwinięciu listy: tydzień, miesiąc, kwartał, pół roku, rok. W przypadku niewybrania żadnej z wartości należy uzupełnić pole "Data od-do".
- **Data od-do** - data "od" podpowiadana jest przez system domyślnie i jest nią zawsze bieżąca data. Data "do" uzupełni się automatycznie, po wskazaniu okresu lub można zdefiniować ją samodzielnie, wybierając datę z kalendarza.
- **Dni tygodnia** - określenie wybranych dni tygodnia z harmonogramu, które mają zostać usunięte. Domyślnie podpowiadają się wszystkie dni tygodnia. Po rozwinięciu listy można usunąć zaznaczenie

przy wybranych dniach.

- **Komórka org.** - komórka organizacyjna, dla której zostanie usunięty harmonogram/y.
- **Personel** - personel, dla którego zostanie usunięty harmonogram/y.
- **Miejsce** - zasób miejsca, dla którego zostanie usunięty harmonogram/y.

Wybranie przycisku **Zatwierdź** rozpocznie proces usuwania harmonogramu/ów zgodnie z określonymi warunkami. Jeśli w podanym okresie czasu istnieją zaplanowane rezerwacje w Terminarzu, zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie:

W wybranym harmonogramie istnieją zaplanowane rezerwacje.
Usunięcie harmonogramu spowoduje, że znajdą się one poza harmonogramem.
Kontynuować?

TAK

NIE

Uwaga! Usunięcie harmonogramu **nie powoduje** usunięcia zaplanowanych wizyt w Terminarzu.

Planowanie wizyt w Terminarzu

W niniejszym rozdziale omówiono różne sposoby planowania wizyt w Terminarzu, ich odwoływanie i rozliczanie. Przedstawiono również dodatkowe funkcjonalności Terminarza, które wpływają na poprawę organizacji pracy w rejestracji medycznej.

17.1 Rezerwacja wizyty

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



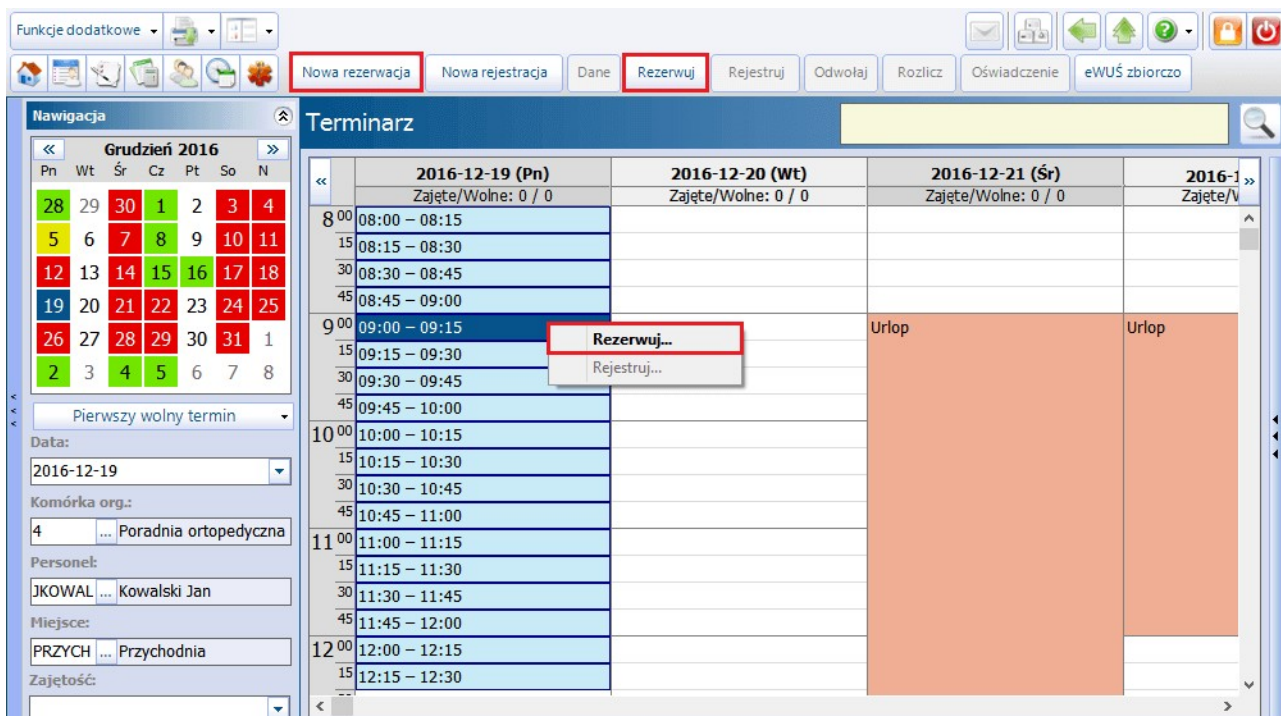
lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Rezerwacja wizyty rozumiana jest jako wcześniejsze umówienie terminu wizyty. Wizyta taka ma nastąpić w przyszłości, a więc co najmniej następnego dnia.

Poniżej przedstawiono krótką instrukcję tworzenia rezerwacji w programie mMedica:

1. Przejść do okna Terminarza korzystając z jednej z powyższych ścieżek.
2. Wyznaczyć termin rezerwowanej wizyty za pomocą kalendarza lub poprzez wprowadzenie daty w polu "Data".
3. Wybrać komórkę organizacyjną lub personel.
4. Wybrać godzinę wizyty z prezentowanego harmonogramu pracy (zalecane) lub ze slotu poza harmonogramem. Można tego dokonać w następujący sposób:
 - a) Wybrać przycisk **Nowa rezerwacja** i uzupełnić wymagane dane. W tym wypadku tworzona rezerwacja nie odnosi się do żadnego harmonogramu, a więc większość danych należy wprowadzić samodzielnie, jak np. godzina i data wizyty.
 - b) Zaznaczyć na liście slot odpowiadający wolnej godzinie, następnie wybrać przycisk **Rezerwuj**.
 - c) Kliknąć prawym przyciskiem myszy na slot odpowiadającym danej godzinie i z otwartego menu wybrać opcję "Rezerwuj".
 - d) Kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszy na slot odpowiadającym danej godzinie.
5. Uzupełnić pozostałe dane rezerwacji.

Tworzenie rezerwacji według opisu przedstawionego w punktach b) - d) powoduje podpowiedzenie na formacie *Nowa rezerwacja* godziny i daty wizyty na podstawie zaznaczonego slotu (punkt 4).



17.1.1 Dodanie rezerwacji

Wykonanie jednej z czynności omówionych w rozdziale [Rezerwacja wizyty](#) spowoduje otwarcie formatki *Nowa rezerwacja*, na której ustala się szczegóły rezerwacji terminu wizyty wybranemu pacjentowi.

Większość pól znajdujących się na formatce zostaje uzupełniona przez program automatycznie, na podstawie:

- wybranego harmonogramu pracy lekarza (sekcja *Termin*)
- daty i godziny wybranej z harmonogramu pracy (sekcja *Termin*)
- indywidualnych ustawień komórek dokonanych w Kalendarzu pracy (pole "Wpis do harmonogramu przyjęć" i "Skierowanie")
- ustawień domyślnych personelu (sekcja *Wizyta*)

W tej sytuacji użytkownik jest zobowiązany jedynie do wskazania pacjenta, któremu rezerwuje termin wizyty, poprzez kliknięcie w przycisk obok pola "PESEL" i wybranie go ze słownika pacjentów. Dodatkowo w polu "Uwagi" może wpisać ważne informacje dotyczące wizyty. Uwagi będą wyświetlane w podglądzie danych pacjenta w Terminarzu i na liście pacjentów do Gabinetu.

Nowa rezerwacja

Termin

Komórka org.: 101 ... Poradnia endokrynologiczna

Personel: NOWAKA ... Nowak Anna

Miejsce: PRZYCH ... Przychodnia

Data: 20.11.2019 Godzina: 10:30 Długość: 15

Pacjent

PESEL: Kontakt:

Nazwisko i imię:

Wizyta

Wizyta: Specjalistyczna

Tryb przyjęcia: Bez skierowania

Rodzaj: 50 ... Pierwsza wizyta

Komercyjna/prywatna Pierwszorazowa

Rehabilitacja

Urządzenie:

Zabieg:

Parametry:

Okolica ciała:

Harmonogram przyjęć

Wymagany

Kat. świadc.:

Uprawn. dod.:

Kat. medyczna: Ostatni wpis:

Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin proponowany przez świadc.:

Dostarczenie skierowania

Termin dost.: Dostarczono w dniu:

Wysłano pocztą

Uwagi

Należy zwrócić uwagę, że dodawanie rezerwacji poprzez przycisk **Nowa rezerwacja** nie odnosi się do żadnego slotu harmonogramu pracy. Spowoduje to otwarcie praktycznie pustej formatki *Nowej rezerwacji*, gdzie pozostałe dane użytkownik musi uzupełnić samodzielnie.

Wymóg uzupełnienia poszczególnych pól uzależniony jest od wielu czynników, np. od typu rezerwowanej wizyty i trybu przyjęcia. Jednak dzięki systemowi walidacji, użytkownik informowany jest dodatkowymi komunikatami o danych, które wymagają uzupełnienia:

Brak personelu lub miejsca.

Ikony znajdujące się w lewym panelu okna aktywowane zostają w momencie spełnienia odpowiednich warunków, np. wybranie trybu przyjęcia "Ze skierowaniem" aktywuje ikonę *Skierowanie*, umożliwiając tym samym jego ewidencję. Szczegółowy opis poszczególnych ikon i ich funkcjonalności znajduje się w dalszej części tego dokumentu.

Jeśli proponowany termin nie odpowiada pacjentowi, można wyznaczyć nowy termin wizyty zgodny z jego oczekiwaniami i harmonogramem pracy lekarza, do czego służy przycisk **Wybierz termin**, znajdujący się w górnym panelu okna. Przekierowuje on do formatki *Wybór terminu*, umożliwiając wybranie innego terminu wizyty. Zaznaczenie checkboxa **"Tylko wolne"** powoduje wyświetlenie tylko wolnych terminów - terminy zajęte zostaną ukryte poprzez zaznaczenie białym rekordem. Termin wizyty wybiera się poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy lub podświetlenie i potwierdzenie przyciskiem **Wybierz**.

The screenshot shows the 'Wybór terminu' (Date Selection) window in the mMedica software. On the left, there is a calendar for December 2016. The date '2016-12-15' is selected in the 'Data:' field. Below it, the 'Komórka org.' (Organizational Unit) is set to '4 ... Poradnia ortopedyczna'. The main area displays a grid of time slots for three consecutive days: 2016-12-15 (Cz), 2016-12-16 (Pt), and 2016-12-17 (So). The time slots range from 8:00 to 10:45. The 'Wybierz' button is highlighted in red.

Po uzupełnieniu wszystkich danych, należy zapisać rezerwację przyciskiem **Zatwierdź**.

17.1.2 Dodanie rezerwacji bez określenia personelu

Istnieje możliwość utworzenia rezerwacji do konkretnej komórki organizacyjnej i miejsca, ale bez wskazania personelu realizującego wizytę. W tej sytuacji lekarz realizujący zostanie dopisany do wizyty dopiero w momencie jej otwarcia w Gabinetcie i będzie nim personel aktualnie zalogowany do programu mMedica. Aby móc skorzystać z tej funkcjonalności należy wyłączyć parametr "Wymagaj personelu w rezerwacji" znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Terminarz > Podstawowe](#).

Tych specyficznych ustawień można dokonać już na etapie definiowania [szablonu](#) i [harmonogramu](#) pracy personelu. Aby w Terminarzu wyświetlić tak utworzony harmonogram pracy, należy w panelu nawigacji skorzystać z filtra "Komórka org." i za pomocą przycisku wybrać komórkę organizacyjną, do której będzie tworzona rezerwacja/rejestracja. Jeśli utworzono wcześniej harmonogram pracy dla komórki i miejsca, nazwa zasobu miejsca będzie wyświetlana w nagłówku kolumny.

Planowanie wizyt w Terminarzu

Nawigacja

Grudzień 2016

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	N
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8

Data: 2016-12-06

Komórka org.: 3 ... Poradnia neurologiczna

Personel:

Terminarz

	2016-12-06 (Wt)	2016-12-07 (Śr)
	Sala zabiegowa	
	Zajęte/Wolne: 0 / 15	Zajęte/Wolne: 0 / 0
8:00	08:00 – 08:25	
05		
10		
15		
20		
25	08:25 – 08:50	
30		
35		
40		
45		
50	08:50 – 09:15	
55		
9:00		

Po otwarciu okna *Nowa rezerwacja* należy uzupełnić wymagane pola, pozostawiając pole "Personel" puste.

Nowa rezerwacja

Termin	Komórka org.: 101 ... Poradnia endokrynologiczna	Harmonogram przyjęć	Wymagany 189507 ... Poradnia
Personel:		Kat. świadcz.:	Oczekujący
Miejsce:	GAB1 ... Gabinet 1	Uprawn. dod.:	
Data:	19.11.2019 Godzina: 09:30 Długość: 15	Kat. medyczna:	Przypadek stabilny Ostatni wpis: 19.11.2019 08:00

W celu wyfiltrowania wizyty na liście pacjentów do Gabinetu, należy w panelu nawigacji skorzystać tylko z filtru "Komórka org." i za pomocą przycisku [...] wybrać komórkę organizacyjną, w której będzie realizowana wizyta. Po otwarciu wizyty gabinetowej, w danych wizyty zostanie uzupełniony personel realizujący wizytę, a będzie nim użytkownik obecnie zalogowany do programu mMedica i posiadający przypisaną osobę personelu.

Nawigacja

Wszyscy na dziś

Zarejestrowani na dziś

Umówieni na dziś

Umówieni na jutro

Z dzisiejszych wizyt

Z wczorajszych wizyt

Data: 19.11.2019

Komórka org.: Poradnia endokrynologiczna

Realizujący:

Lista pacjentów do gabinetu

Nr rej.	Pacjent	ID pacjenta	Wiek	Umówiony na	Zarejestrowany
	Kowalski Jan	173	52 lata	19.11.2019 09:30	


17.1.3 Rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjęć

W programie mMedica istnieje możliwość dodania pacjenta do [harmonogramu przyjęć](#) podczas dokonywania rezerwacji wizyty. Jeśli w danej komórce organizacyjnej wymagane jest prowadzenie harmonogramu przyjęć, warto skonfigurować w programie parametr dotyczący domyślnego wpisu do harmonogramu przyjęć. W tym celu należy wykonać poniższe czynności:

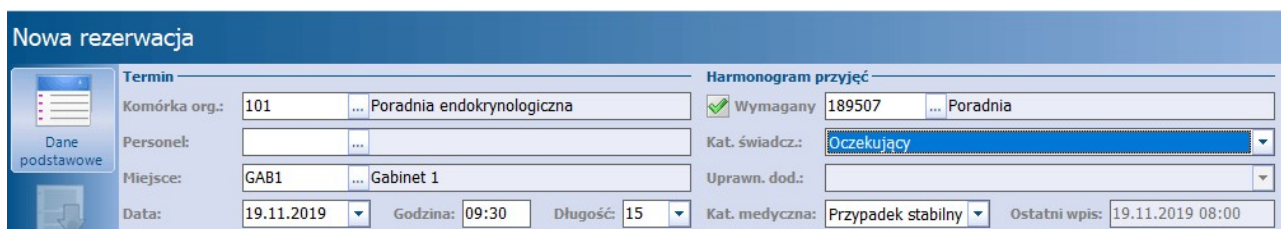
1. Przejść w: [Zarządzanie > Terminarz > Kalendarz pracy](#) > zakładka: [Komórki organizacyjne](#).
2. Zaznaczyć na liście komórkę organizacyjną, która będzie konfigurowana.
3. W polu "Wpis do harmonogramu przyjęć" wybrać jedną z wartości:
 - **Nigdy** - brak wymogu wpisania pacjenta do harmonogramu przyjęć.
 - **Zawsze** - wymagane dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć podczas każdej rezerwacji terminu.


W zależności od dokonanych ustawień, na formatce *Nowa rezerwacja* zaznaczany będzie checkbox **"Wymagana"** w sekcji [Harmonogram przyjęć](#).

Aby dodać pacjenta do harmonogramu przyjęć podczas rezerwacji terminu wizyty, należy wykonać następujące czynności:

1. Uzupełnić wszystkie wymagane pola rezerwacji terminu.
2. W sekcji [Harmonogram przyjęć](#) zaznaczyć checkbox **"Wymagany"** i kliknąć w przycisk .
3. W otwartym oknie dialogowym *Harmonogramy przyjęć* wybrać z listy harmonogram przyjęć, do którego zostanie dodany pacjent.
4. Określić kategorię świadczeniobiorcy. Jej rodzaj podpowiada się automatycznie na podstawie danych pacjenta, trybu przyjęcia oraz planowanej daty. W przypadku, gdy ma być ona inna niż automatycznie wyznaczona przez program, należy wybrać odpowiednią pozycję z listy w polu "Kat. świadcz."
5. Określić kategorię medyczną w przypadku kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący". Domyślnie podpowiadaną wartością jest "Przypadek stabilny".

Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica w przypadku [rezerwacji ze skierowaniem](#), w którego danych zostało zaznaczone pole "Cito" lub zostało zacytane e-Skierowanie z trybem realizacji pilnym, dla kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący" jest ustawiana automatycznie kategoria medyczna "Przypadek pilny".



6. Zapisać wprowadzone dane przyciskiem .
7. Program automatycznie otworzy formatkę *Nowa pozycja harmonogramu przyjęć*, na której należy uzupełnić wymagane dane.
8. Zapisać wprowadzone dane.

W oknie rezerwacji dostępne jest pole **"Termin na życzenie pacjenta"**. Zaznacza się je, gdy termin wizyty wyznacza się na wyraźne życzenie pacjenta i jest on różny od terminu proponowanego przez placówkę. Zaznaczenie przenoszone jest do pozycji harmonogramu przyjęć.

W polu **"Ostatni wpis"** wyświetlana jest data ostatniego wpisu do wybranego harmonogramu przyjęć dla wskazanej kategorii medycznej z pominięciem pozycji na życzenie pacjenta. Dzięki temu, użytkownik już we wstępnym etapie rezerwacji otrzymuje informację o okresie oczekiwania i może tę informację przekazać pacjentowi.

Większość danych znajdujących się na formatce *Nowa pozycja harmonogramu przyjęć* podpowiadana jest automatycznie, na podstawie danych wprowadzonych podczas rezerwacji terminu. Po stronie użytkownika

leży uzupełnienie pozostałych danych wymaganych w zależności od rodzaju harmonogramu przyjęć. Szczegółowy opis okna pozycji harmonogramu przyjęć znajduje się w rozdziale [Szczegółowe dane pozycji](#).

Nowa pozycja harmonogramu przyjęć

Harmonogram przyjęć
Harmonogram: 189507 ... Poradnia endokrynologiczna Procedura:





Dane świadczeniobiorcy
Nazwisko i imię / PESEL: Kowalski Jan Telefon:
Dokument identyfikujący: Inny kontakt:
Adres zamieszkania:

Pozycja harmonogramu
Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący Uprawnienie dodatkowe: Kategoria medyczna: Przypadek stabilny
Planowany termin realizacji: 20-11-2019 08:00 Dokładność planowania: Dzień
 Termin na życzenie pacjenta Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:
Data wpisu do harmonogramu u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia:

Rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjęć dla pacjenta z kategorią świadczeniobiorcy "Oczekujący" oznaczana jest w podglądzie danych pacjenta w [Terminarzu](#) następującymi ikonami:

Zaplanowana		- dla przypadków stabilnych
Zaplanowana		- dla przypadków pilnych

W oknie Terminarza dla wpisów powiązanych z harmonogramem wprowadzono wyświetlanie ikonek wskazujących na wybraną w pozycji harmonogramu kategorię świadczeniobiorcy inną niż "Oczekujący":

-  Harmonogram przyjęć – przyjęty na bieżąco
-  Harmonogram przyjęć – kontynuujący leczenie
-  Harmonogram przyjęć – przyjęty w stanie nagłym
-  Harmonogram przyjęć – poza kolejnością

17.1.4 Rezerwacja wizyty ze skierowaniem

W programie mMedica istnieje możliwość ewidencji danych skierowania, podczas dokonywania rezerwacji wizyty. Tak dodane skierowanie będzie podpowiadać się na wizycie, bez konieczności jego ponownej ewidencji.

Jeśli do realizacji wizyty w danej komórce organizacyjnej wymagane jest dostarczenie przez pacjenta skierowania, warto skonfigurować w programie parametr, który będzie go domyślnie wymagał. W tym celu należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejść w: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Kalendarz pracy](#) > zakładka: [Komórki organizacyjne](#).
2. Zaznaczyć na liście komórkę organizacyjną, która będzie konfigurowana.
3. W polu "Skierowanie" wybrać jedną z wartości:
 - **Nigdy** - brak wymogu dostarczenia skierowania. W polu "Przyjęcie" podczas rezerwacji będzie podpowiadana wartość "**Bez skierowania**".
 - **Tylko dla pacjentów pierwszorazowych** - wymagane skierowanie dla pacjentów pierwszorazowych. W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość "**Ze skierowaniem**" w przypadku tworzenia rezerwacji dla pacjenta 1-razowego.
 - **Zawsze** - wymagane skierowanie podczas każdej rezerwacji terminu. W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość "**Ze skierowaniem**".

Dzięki powyższym ustawieniom wymagalność skierowania będzie podpowiadana przez program automatycznie.

Aby dokonać ewidencji skierowania podczas rezerwacji terminu wizyty, należy wykonać następujące

czynności:

1. W polu "Tryb przyjęcia" wybrać wartość **Ze skierowaniem**.
2. Wybrać ikonę *Skierowanie* dostępną w lewym panelu okna. Ikona aktywuje się, jeśli zostanie wybrane przyjęcie "Ze skierowaniem" lub "Kontynuacja ze skierowaniem", umożliwiając ewidencję danych skierowania lub podejrzenia już istniejącego.

The screenshot shows the 'Nowa rezerwacja' form with the following fields and options:


- Termin:** Komórka org.: 101 (Poradnia endokrynologiczna), Personel: NOWAKA (Nowak Anna), Miejsce: ..., Data: 20-11-2019, Godzina: 14:00, Długość: 15.
- Pacjent:** PESEL: ..., Kontakt: ..., Nazwisko i imię: ...
- Wizyta:** Wizyta: Specjalistyczna, Tryb przyjęcia: Ze skierowaniem (highlighted), Rodzaj: ..., Komercyjna/prywatna, Pierwszorazowa.
- Rehabilitacja:** Urządzenie: ..., Zabieg: ..., Parametry: ..., Okolica ciała: ...
- Harmonogram przyjęć:** Wymagany, Kat. świadcz.: ..., Uprawn. dod.: ..., Kat. medyczna: ..., Ostatni wpis: ...
- Dostarczenie skierowania:** Termin dost.: ..., Dostarczono w dniu: ..., Wysłano pocztą.
- Uwagi:** [Empty text area]

3. Wprowadzić do systemu dane otrzymanego skierowania za pomocą przycisku . Szczegółowy opis ewidencji skierowań znajduje się w rozdziale: [Skierowanie](#).

The screenshot shows the 'Nowa rezerwacja' form with the following fields and options:

- Rodzaj:** Cito, Opieka koordynowana.
- Nr skierowania:** [Empty field]
- Data wystawienia:** [Empty field], **Typ zleceniodawcy:** [Empty dropdown]
- Instytucja kierująca:** REGON, **Personel kierujący:** NPWZ.
- Kod res. cz. V:** [Empty field], **Nazwa jedn. org.:** [Empty field]
- Kod res. cz. VII:** [Empty field], **Nazwa kom. org.:** [Empty field]
- Kod res. cz. VIII:** [Empty field]
- Rozpoznanie:** [Empty field]
- Uwagi:** [Empty text area]

W przypadku, gdy skierowanie na wizytę znajduje się już w bazie programu mMedica lub gdy dokonywana jest rezerwacja wizyty dla trybu przyjęcia "Kontynuacja ze skierowaniem", należy dokonać wyboru skierowania ze słownika skierowań pacjenta. Wszystkie skierowania zgromadzone w bazie programu mMedica są prezentowane w ścieżce: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Przegląd skierowań na wizytę](#).

W tym celu należy wybrać przycisk , który otworzy okno dialogowe, prezentujące wszystkie dotychczas wprowadzone skierowania pacjenta. Skierowania można posortować za pomocą filtrów "Komórka org." oraz

"Nr skierowania". Po wybraniu odpowiedniego skierowania, pola na formatce *Skierowanie* wypełnią się automatycznie danymi wskazanego skierowania.

Uwaga! Przyjęcie "Kontynuacja ze skierowaniem" będzie podpowiadało się automatycznie w polu "Tryb przyjęcia", jeśli na ostatniej wizycie pacjenta w tej samej komórce organizacyjnej w polu "Kont. lecz." wybrano wartość "Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej."

Jeżeli tworzona jest [rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjęć](#) i kategorią świadczeniobiorcy "Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO", wymagane jest uzupełnienie informacji o karcie DiLO. W tym celu w polu "Rodzaj" należy wybrać pozycję "Karta DiLO", a następnie wypełnić pozostałe wymagane dane.

Jeżeli rezerwacja powiązana jest z wpisem do harmonogramu przyjęć, wprowadzenie skierowania spowoduje automatyczne uzupełnienie sekcji Dostarczenie skierowania, znajdującej się w danych podstawowych rezerwacji, danymi wprowadzonymi na zleceniu.



Uwaga! Pola znajdujące się w sekcji Dostarczenie skierowania (termin, dostarczono w dniu, wysłano pocztą) zostają aktywowane jedynie podczas dokonywania rezerwacji powiązanej z wpisem do harmonogramu przyjęć.

Skierowanie wprowadzone w rezerwacji będzie podpowiadane podczas rozliczenia wizyty w *Uzupełnianiu świadczeń*. Wszystkie skierowania wprowadzone w programie mMedica gromadzone są w [Rejestrze skierowań](#).

17.1.5 Rezerwacja wizyty dla pacjenta pierwszorazowego

Pacjent pierwszorazowy zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ to świadczeniobiorca, który w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie (komórce org.) i otrzymuje świadczenie w trybie nagłym lub ze skierowaniem. Pacjent pierwszorazowy musi posiadać skierowanie (poza komórkami, do których nie jest ono wymagane, tj. ginekologia i położnictwo, stomatologia, onkologia, psychiatria), którego oryginał zobowiązany jest dostarczyć do 14 dni roboczych od dnia rezerwacji (pod rygorem wykreślenia z kolejki oczekujących).

W programie mMedica funkcjonuje mechanizm, który sprawdza, czy w ciągu 730 dni w danej komórce została pacjentowi zrealizowana wizyta. Jeśli nie, pacjent kwalifikowany jest jako pierwszorazowy, co zostaje zakomunikowane użytkownikowi poprzez zaznaczenie checkboxa "Pierwszorazowa".



W aplikacji dostępny jest parametr "**Wyznaczaj pierwszorazowość na podstawie danych w terminarzu**", znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja > Podstawowe](#), w sekcji *Wizyty i hospitalizacje*. Po jego włączeniu i ręcznym zaznaczeniu checkboxa "Pierwszorazowa" podczas dokonywania rezerwacji/rejestracji terminu, program mMedica będzie traktował tę informację jako nadrzędną wyznaczając pierwszorazowość. To oznacza, że wizyta pacjenta zostanie rozliczona z podwyższonym współczynnikiem 1,1. Włączenie parametru zaleca się użytkownikom nie posiadającym historii leczenia pacjenta np. rozpoczynającym pracę z programem.

W celu przyspieszenia procesu rezerwacji pacjenta pierwszorazowego warto skonfigurować program wg poniższych kroków:

1. Przejdź w: [Zarządzanie > Terminarz > Kalendarz pracy](#) > zakładka: [Komórki organizacyjne](#).
2. Zaznaczyć na liście komórkę organizacyjną, która będzie konfigurowana.
3. W polu "Skierowanie" wybrać wartość: **Tylko dla pacjentów pierwszorazowych**.

Dzięki temu podczas tworzenia rezerwacji, program będzie automatycznie podpowiadał przyjęcie ze skierowaniem. Należy również pamiętać, że świadczeniodawca jest zobowiązany wpisać pacjenta pierwszorazowego na listę oczekujących - szczegóły w: [Rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjęć](#).

Pacjent pierwszorazowy jest zobowiązany dostarczyć do placówki oryginał skierowania do 14 dni roboczych od dnia rezerwacji terminu. W związku z tym wymogiem wprowadzono do programu sekcję [Dostarczenie skierowania](#):

- **Termin** – w polu wyświetlany jest termin, do kiedy pacjent powinien dostarczyć skierowanie do placówki. Program wyznacza 14 dni roboczych, licząc od następnego dnia po dniu dokonania rezerwacji. Sposób obliczania terminu warunkuje parametr "[Traktuj sobotę](#) jako dzień roboczy przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania".
- **Dostarczono w dniu** – pole zaznacza się w momencie otrzymania skierowania od pacjenta - datę dostarczenia wprowadza się w polu obok. Dodania tej informacji dokonuje się również w [Rejestrze skierowań](#).
- **Wysłano pocztą** - należy zaznaczyć, jeśli pacjent dostarczył skierowanie pocztą.

Jeśli pacjent w momencie rezerwowania terminu posiada skierowanie, należy pobrać je od niego i wprowadzić do systemu, poprzez przejście na zakładkę *Skierowanie*, znajdującą się w lewym panelu okna. Szczegółowy opis ewidencji skierowań znajduje się w rozdziale: [Rezerwacja wizyty ze skierowaniem](#).

Rezerwacja wizyty dla pacjenta pierwszorazowego oznaczana jest na słocie rezerwacji i w podglądzie danych pacjenta w [Terminarzu](#) następującą ikoną: *Status* Zaplanowana

17.1.6 Rezerwacja wizyty receptowej

Pacjenci kontynuujący leczenie mogą otrzymać receptę, bez konieczności poddania się badaniu lekarskiemu. W programie mMedica istnieje możliwość dokonania rezerwacji/rejestracji na wizytę receptową w komórkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz komórkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Warunkiem poprawnego utworzenia rezerwacji/rejestracji pacjentowi jest wybranie stale podawanych leków lub zleceń na zaopatrzenie comiesięczne, wcześniej wprowadzonych do systemu, na które lekarz wystawi zlecenie.

Aby dodać rezerwację wizyty receptowej, należy wykonać następujące czynności:

1. W polu "Wizyta" wybrać jedną z wartości po rozwinięciu listy:
 - a) **Receptowa** - porada receptowa realizowana w AOS.

b) **Receptowa (POZ)** - porada receptowa realizowana w POZ.

- Wybrać ikonę *Wizyta receptowa* dostępną w lewym panelu okna. Ikona aktywuje się na podstawie danych wybranych w punkcie 1, umożliwiając wskazanie leków/zleceń do przepisania przez lekarza.

- Kolejne okno zawiera dwie sekcje:

- Stale podawane leki** - jeśli pacjent posiada leki oznaczone jako stale podawane, będą wyświetlać się na liście wraz z informacjami o: nazwie, opakowaniu, odpłatności, ostatniej przepisanej ilości. Aby wybrać lek z listy należy dodać zaznaczenie w pierwszej kolumnie. Ilość leku do przepisania definiuje się w kolumnie "Ilość".
- Zlecenia na zaopatrzenie comiesięczne** - jeśli pacjent posiada stałe zlecenie na zaopatrzenie medyczne, będzie wyświetlać się na liście wraz z informacjami o: nazwie wyrobu medycznego, liczbie sztuk, dacie ostatniego zlecenia, ostatnim wystawionym miesiącu. Aby wybrać zlecenie z listy należy dodać zaznaczenie w pierwszej kolumnie.


Dzięki zaznaczeniu omawianych pozycji, lekarz po otwarciu wizyty gabinetowej otrzyma informacje o zleceniu, które ma wystawić pacjentowi.

- Informacje wprowadzone w polu "Uwagi" zostaną wyświetlone lekarzowi po otwarciu wizyty gabinetowej.

Uwaga! Recepty wystawione na wizycie receptowej mogą zostać odebrane zarówno przez pacjenta jak i przez osoby do tego uprawnione. W tym celu wymagane jest pobranie od pacjenta:

- Upoważnienia do odbioru recept lub zleceń (upoważnienie konkretnej, wskazanej osoby) lub
- Oświadczenia o sposobie realizacji prawa do odbioru recept lub zleceń (uprawnienie dowolnej osoby).

Wydruk powyższych dokumentów można dokonać z poziomu *Kartoteki pacjentów* poprzez wybranie

przycisku  w lewym górnym rogu formatki. Natomiast ewidencji dokumentów w programie mMedica

dokonyje się w: [Kartoteka pacjentów](#) > przycisk [Dane](#) > 5. [Upoważn./oświadcz./uprawn.](#), sekcja: [Dokumenty upoważniające/oświadczenia](#).

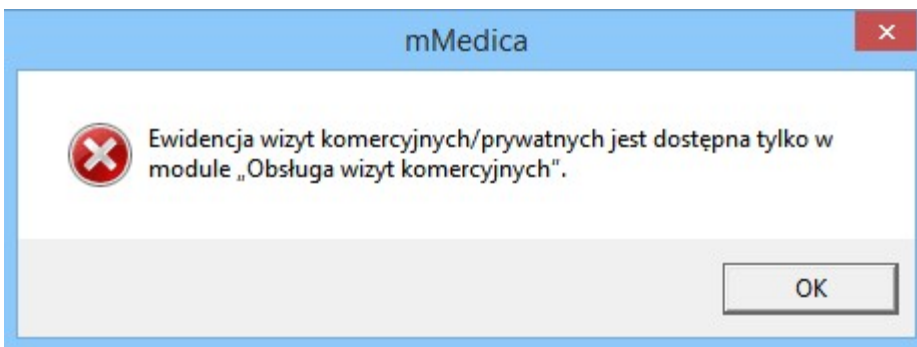
W związku z powyższym, jeśli pacjent nie posiada złożonych ww. dokumentów, w momencie zatwierdzania rezerwacji użytkownik może spotkać się z komunikatem:

Brak złożonego oświadczenia/upoważnienia do odbioru recept lub zleceń.
Kontynuować?

TAK NIE

17.1.7 Rezerwacja wizyty prywatnej

Funkcjonalność rezerwacji/rejestracji, a następnie rozliczenia wizyt prywatnych jest dostępna tylko dla użytkowników posiadających włączony dodatkowy Moduł Komercyjny. Należy mieć świadomość, że otwarcie wizyty gabinetowej dla rezerwacji, która została wykonana z zaznaczeniem checkboxa "Komercyjna/prywatna", bez posiadania włączonego modułu, nie będzie możliwa. Przy próbie otwarcia rezerwacji w Gabinetce, zostanie wyświetlony następujący komunikat:



W przypadku komórek organizacyjnych, które udzielają wyłącznie świadczeń komercyjnych, warto zdefiniować prywatne [szablony](#) lub [harmonogramy](#) pracy poprzez określenie płatnika "Komercyjny/prywatny". Takie harmonogramy dla rozróżnienia oznaczone są w Terminarzu kolorem zielonym.

Nowa rezerwacja

Termin

Komórka org.: 101 ... Poradnia endokrynologiczna

Personel: NOWAKA ... Nowak Anna

Miejsce: ...

Data: 22.11.2019 Godzina: 15:00 Długość: 15

Pacjent

PESEL: ... Kontakt: ...

Nazwisko i imię: ...

Wizyta

Wizyta: Specjalistyczna

Tryb przyjęcia: Bez skierowania

Rodzaj: ...

Komercyjna/prywatna Pierwszorazowa

Harmonogram przyjęć

Wymagany ...

Kat. świadcz.: ...

Uprawn. dod.: ...

Kat. medyczna: ... Ostatni wpis: ...

Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin proponowany przez świadcz.: ...

Dostarczenie skierowania

Termin dost.: ... Dostarczone w dniu: ...

Wysłano pocztą

Uwagi

...

Dla rezerwacji oznaczonej jako "Komercyjna/prywatna" sekcja dotycząca wpisu do harmonogramu przyjęć

jest nieaktywna do edycji.

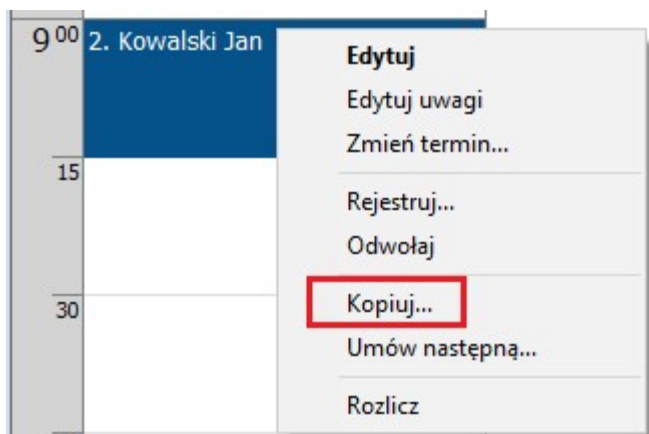
Szczegółowy opis rezerwacji usług komercyjnych znajduje się w instrukcji Modułu Komercyjnego dostępnej na [stronie internetowej](#) produktu.

17.1.8 Kopiowanie rezerwacji

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność kopiowania rezerwacji pacjenta. Umożliwia ona utworzenie rezerwacji zbiorczo, dla wybranych dat, na podstawie rezerwacji już istniejącej. Stosuje się ją w sytuacji, gdy pacjent ma mieć wykonaną wielokrotnie, w różnych dniach, taką samą wizytę. Funkcjonalność jest dostępna w wersji programu mMedica **Plus (+)**. Dotyczy rezerwacji wizyt typu: "POZ", "Specjalistyczna", "Inna", "Rehabilitacja" bez wybranego urządzenia, które posiadają status **Zaplanowana**, i tylko takich, w których danych pacjent został wybrany z *Kartoteki pacjentów*.

Aby skopiować rezerwację pacjenta, należy w Terminarzu kliknąć w jej pole lewym przyciskiem myszy i w oknie, które się wyświetli, wybrać opcję **"Kopiuj"**.

Opcja będzie nieaktywna w przypadku niespełnienia któregoś z wcześniej wymienionych warunków, dotyczących rezerwacji.



Powyższa czynność spowoduje wyświetlenie okna kalendarza, w którym użytkownik za pomocą klawisza Ctrl na klawiaturze i lewego przycisku myszy może wskazać daty tworzonych rezerwacji.

Wybierz daty

Wrzesień 2022

Tydz.	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
36	29	30	31	1	2	3	4
37	5	6	7	8	9	10	11
38	12	13	14	15	16	17	18
39	19	20	21	22	23	24	25
40	26	27	28	29	30	1	2
41	3	4	5	6	7	8	9

Tylko dni robocze Zapamiętaj wybór

Na dole okna dostępne są pola "Tylko dni robocze" oraz "Zapamiętaj wybór". Zaznaczenie pierwszego z nich blokuje na kalendarzu możliwość wyboru dni wolnych od pracy. Zaznaczenie drugiego powoduje zapamiętanie dokonanego wyboru, aby podpowiedział się przy kolejnej operacji kopiowania.

Po naciśnięciu **Wybierz** zostaną utworzone nowe rezerwacje dla wskazanych dat z danymi pobranymi z pierwotnej rezerwacji i z trybem przyjęcia "Kontynuacja leczenia" lub "Kontynuacja ze skierowaniem", jeżeli kopiowana rezerwacja posiadała skierowanie.

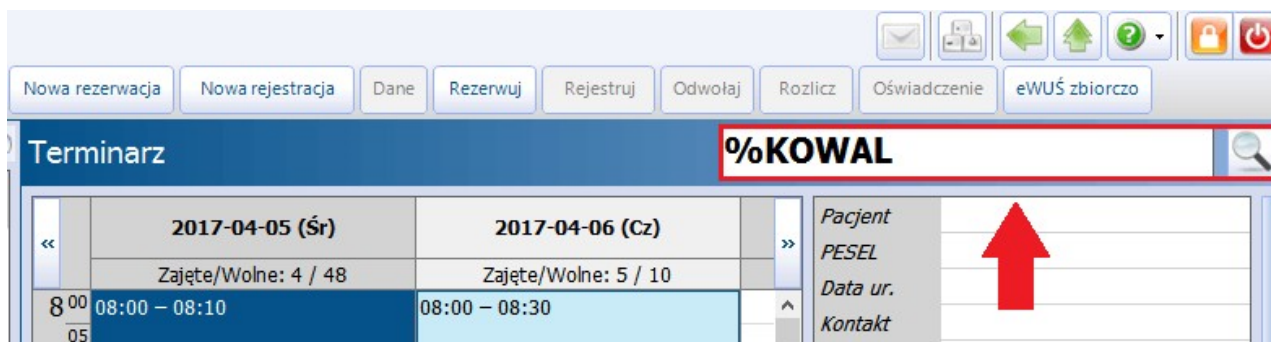
W przypadku powiązania kopiowanej rezerwacji [z wpisem do harmonogramu przyjęć](#) dla nowo dodanych rezerwacji utworzą się w *Harmonogramie przyjęć* odpowiednie, powiązane z nimi wpisy z kategorią świadczeniobiorcy "Kontynuujący leczenie".

Podczas operacji kopiowania rezerwacji sprawdzany jest szereg dodatkowych warunków, wpływających na możliwość jej wykonania. W przypadku ich niespełnienia zostaną wyświetlone stosowne komunikaty.


17.2 Wyszukiwanie rezerwacji pacjenta

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wyszukiwania zaplanowanych rezerwacji pacjenta. W tym celu użytkownik może skorzystać z:

1. Pola wyszukiwania, znajdującego się w prawym górnym rogu formatki Terminarza.



W polu wyszukiwania należy wpisać nazwisko lub numer PESEL danego pacjenta lub ich fragmenty i

zatwierdzić przyciskiem  lub klawiszem ENTER na klawiaturze komputera.


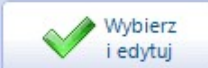

Przykład: po wpisaniu słowa „KOWAL” system wyświetli wszystkich pacjentów o nazwisku Kowal oraz tych, których nazwisko zaczyna się od słowa „Kowal”, np. Kowalski. W przypadku wpisania fragmentu nazwiska poprzedzonego znakiem % (np. %OWALSKI), system wyświetli wszystkich pacjentów, których nazwisko kończy się lub zawiera ciąg liter „OWALSKI”.

W otwartym oknie dialogowym *Zaplanowane rezerwacje* zostaną wyświetlone rezerwacje, spełniające wprowadzone warunki wyszukiwania. Wybranie przycisku **Wybierz i edytuj** otworzy formatkę danych rezerwacji, umożliwiając jej edycję.

Zaplanowane rezerwacje

Nazwisko / PESEL:

*	Data	Pacjent	PESEL	Komórka org.	
▶	03-10-2024 08:00	Ko...		Poradnia	Nowak Ja
	29-03-2021 11:15	Kow...		Poradnia	
	05-10-2020 15:00	Kow...		Poradnia	Pielęgniar
	05-10-2020 11:00	Kow...		Poradnia	Pielęgniar

W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica na dole okna został dodany przycisk **Odwołaj**. Umożliwia on [odwołanie](#) zaznaczonej na liście rezerwacji.

2. Opcji "**Lista rezerwacji pacjenta**", znajdującej na liście wyboru w menu *Funkcje dodatkowe*, dostępnym w lewym górnym rogu okna Terminarza. Jej opis zawarty jest w rozdziale [Funkcje dodatkowe Terminarza](#).

17.3 Rejestracja wizyty

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



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

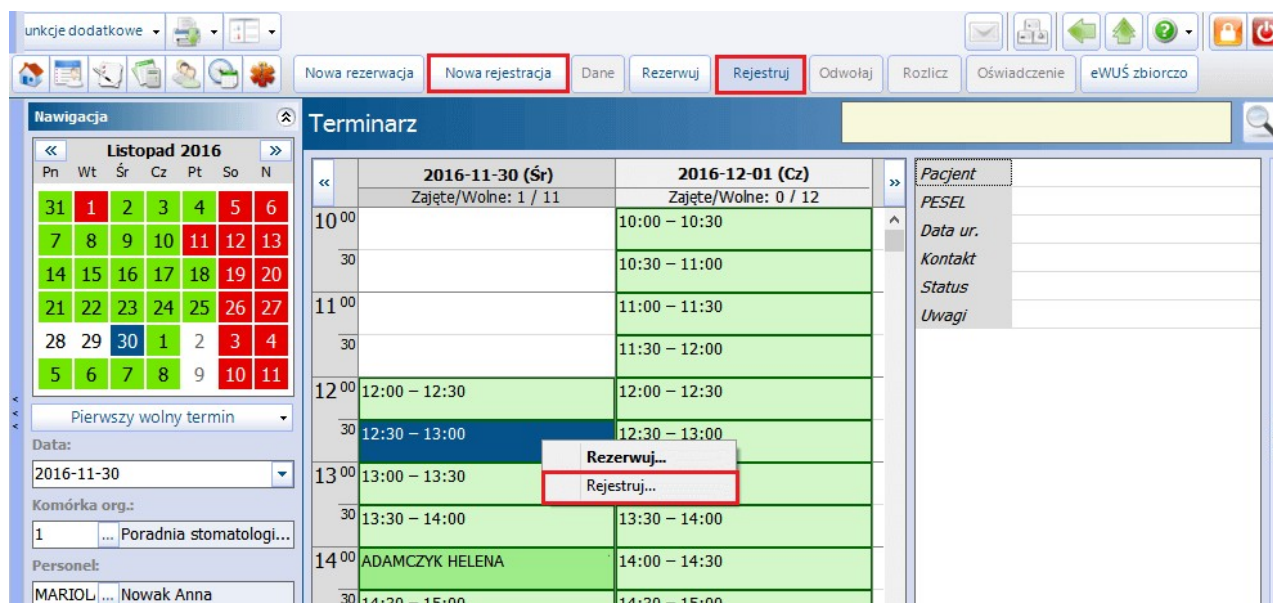
Rejestracja wizyty rozumiana jest jako zapisanie pacjenta na wizytę, która ma odbyć się w dniu bieżącym. Poniżej przedstawiono krótką instrukcję tworzenia rejestracji w programie mMedica:

1. Przejść do okna Terminarza korzystając z jednej z powyższych ścieżek.
2. Zaznaczyć na kalendarzu datę bieżącą.
3. Wybrać komórkę organizacyjną lub personel.
4. Wybrać godzinę wizyty z prezentowanego harmonogramu pracy (zalecane) lub ze slotu poza harmonogramem. Można tego dokonać w następujący sposób:
 - a) Wybrać przycisk **Nowa rejestracja** i uzupełnić wymagane dane. W tym wypadku tworzona rejestracja nie odnosi się do żadnego harmonogramu, a więc większość danych należy

Planowanie wizyt w Terminarzu

- wprowadzić samodzielnie, jak np. godzina i data wizyty.
- Zaznaczyć na liście slot odpowiadający wolnej godzinie, następnie wybrać przycisk **Rejestruj**.
 - Kliknąć prawym przyciskiem myszy na slotcie odpowiadającym danej godzinie i z otwartego menu wybrać opcję "Rejestruj".
 - Zaznaczyć na liście dokonaną wcześniej rezerwację i wykonać czynności z punktu b) lub c).
5. Uzupełnić pozostałe dane rejestracji.

Tworzenie rejestracji według opisu przedstawionego w punktach b) - d) powoduje podpowiedzenie na formacie *Nowa rejestracja* godziny i daty wizyty na podstawie zaznaczonego slotu (punkt 4).



Uwaga! Użytkownicy korzystający z funkcjonalności Gabinetu, powinni rejestrować wizyty, które zostały zarezerwowane w Terminarzu. W tym celu należy podświetlić na liście Terminarza slot z dodaną rezerwacją i skorzystać z przycisku **Rejestruj**. Rejestracja wizyty w dniu jej realizacji jest potwierdzeniem przybycia pacjenta do placówki i okazją na ewentualne dokonanie zmian w danych rejestracji, np. zmiany godziny wizyty, dopisanie istotnych uwag.

Ponadto rejestracja wizyty wpływa na zmianę statusu wizyty gabinetowej (z "Zaplanowana" na "Do realizacji") oraz umożliwia wykorzystanie funkcjonalności wyświetlania czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do Gabinetu.

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność zapamiętywania danych ostatnio wykonanej rejestracji z poziomu Kartoteki pacjentów. Oznacza to, że w przypadku dokonywania rejestracji poprzez ścieżkę: [Kartoteka pacjentów > Rejestruj](#) program będzie podpowiadał komórkę, personel i miejsce na podstawie wartości z poprzednio zatwierdzonej rejestracji.

17.3.1 Dodanie rejestracji

Wykonanie jednej z czynności omówionych w rozdziale [Rejestracja wizyty](#) spowoduje otwarcie formatki *Nowa rejestracja*, na której ustala się szczegóły dzisiejszej wizyty.

Większość pól znajdujących się na formacie zostaje uzupełniona przez program automatycznie, na podstawie:

- wybranego harmonogramu pracy lekarza (sekcja *Termin*)
- daty i godziny wybranej z harmonogramu pracy (sekcja *Termin*)
- ustawień domyślnych personelu (sekcja *Wizyta*)

W tej sytuacji użytkownik jest zobowiązany jedynie do wskazania pacjenta, któremu rejestruje wizytę. Pacjenta wybiera się ze słownika pacjentów, do którego program automatycznie przekierowuje tuż po otwarciu rejestracji. Po wybraniu pacjenta otwarte zostanie okno *Nowa rejestracja* z uzupełnionymi danymi. Należy zwrócić uwagę, że dodawanie rejestracji poprzez przycisk **Nowa rejestracja** nie odnosi się do żadnego slotu harmonogramu pracy. Spowoduje to otwarcie praktycznie pustej formatki *Nowej rejestracji*, gdzie pozostałe dane użytkownik musi uzupełnić samodzielnie.

Nowa rejestracja – Kowalski Jan (M), 52 lata

Termin
 Komórka org.: 101 ... Poradnia endokrynologiczna
 Personel: NOWAKA ... Nowak Anna
 Miejsce: ...
 Data: 22.11.2019 Godzina: 11:30 Długość: 15

Dostępne terminy
 Tylko wolne

Nowak Anna	
Wolne: 18	
11 ³⁰	11:30 – 11:45
45	11:45 – 12:00
12 ⁰⁰	12:00 – 12:15
15	12:15 – 12:30
30	12:30 – 12:45
45	12:45 – 13:00
13 ⁰⁰	13:00 – 13:15
15	13:15 – 13:30
30	13:30 – 13:45
45	13:45 – 14:00
14 ⁰⁰	14:00 – 14:15
15	14:15 – 14:30
30	14:30 – 14:45
45	14:45 – 15:00
15 ⁰⁰	15:00 – 15:15
15	15:15 – 15:30
30	15:30 – 15:45
45	15:45 – 16:00

Wizyta
 Wizyta: Specjalistyczna
 Tryb przyjęcia: Bez skierowania
 Rodzaj: ...
 Komercyjna/prywatna Pierwszorazowa

Rehabilitacja
 Urządzenie: ...
 Zabieg: ...
 Parametry: ...
 Okolica ciała: ...

Harmonogram przyjęć
 Wymagany 189507 ... Poradnia endokrynologiczna
 Kat. świadcz.: Przyjęty na bieżąco

Dostarczenie skierowania
 Termin dost.: ... Dostarczono w dniu: ...

Uwagi

Jeśli podczas rejestracji konieczna jest zmiana godziny przyjęcia pacjenta przez lekarza, należy dokonać jej modyfikacji. W tym celu należy skorzystać z harmonogramu pracy lekarza, znajdującego się w sekcji *Dostępne terminy*. Domyślnie zaznaczony checkbox "Tylko wolne" powoduje wyświetlenie tylko wolnych slotów godzin. W celu wskazania innej godziny wizyty należy kliknąć dwukrotnie na wybranym slotie - wybrana godzina podpowie się w polu "Godzina" w sekcji *Termin*.

Informacje wprowadzone w polu "Uwagi" będą wyświetlane w podglądzie danych pacjenta w Terminarzu i na liście pacjentów do Gabinetu.

Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu okna można wykonać następujące czynności:

- **Drukuj kupon** - wydruk kuponów wolnych pacjenta bez użycia karty chipowej. Kupon będzie zawierał dane pacjenta, poradni i lekarza.
- **Rejestruj kupon** - rejestracja wolnego kuponu w celu powiązania go z pacjentem. Numer kuponu

wprowadza się ręcznie lub przy użyciu czytnika kodów kreskowych.

- **Puste kupony** - wyświetlenie listy pustych kuponów z podaniem ich liczby i nazwy poradni, do której zostały przypisane.

Uwaga! Możliwość wydruku kuponów dostępna jest dla użytkowników mMedici, którzy mają włączoną obsługę kuponów RUM (np. woj. śląskie).

Po uzupełnieniu wszystkich danych, należy zapisać rezerwację przyciskiem **Zatwierdź**.

W aplikacji mMedica umożliwiono dodanie pacjenta do [Harmonogramu przyjęć](#) podczas dokonywania jego rejestracji. Odbywa się ono podobnie jak w przypadku tworzenia [rezerwacji z wpisem do harmonogramu przyjęć](#). Analogicznie jak przy tworzeniu rezerwacji, aby nastąpiło automatyczne wywołanie dodania wpisu do harmonogramu przyjęć na podstawie rejestracji po jej zatwierdzeniu, w sekcji [Harmonogram przyjęć](#) musi być zaznaczone pole "Wymagany" oraz wskazany odpowiedni harmonogram przyjęć. Domyślne zaznaczenie wymagalności harmonogramu przyjęć jest uzależnione od ustawień w [Kalendarzu pracy](#) dla komórki organizacyjnej.

Wpis do harmonogramu przyjęć wymaga określenia poprawnej kategorii świadczeniobiorcy (pole "Kat. świadcz."). Kategoria świadczeniobiorcy jest podpowiadana przez program na podstawie trybu przyjęcia oraz rodzaju skierowania. W razie konieczności można ją zmienić, wybierając odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej. Podczas dokonywania rejestracji można wskazać jedną z trzech kategorii świadczeniobiorcy:

- Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO,
- Przyjęty na bieżąco,
- Przyjęty w stanie nagłym.

Uwaga!

Sekcja dotycząca wpisu do harmonogramu przyjęć będzie nieaktywna do edycji dla [rejestracji wizyty komercyjnej](#). Natomiast w przypadku dokonywania rejestracji na podstawie rezerwacji powiązanej z wpisem do harmonogramu przyjęć, dane dotyczące tego wpisu wyświetlą się, jednak nie będzie możliwości ich zmiany.

17.3.2 Rejestracja wizyty prywatnej

Funkcjonalność rejestracji umożliwia zarejestrowanie pacjenta na wizytę w dniu bieżącym. Dodatkową funkcją rejestracji jest obsługa płatności za usługi komercyjne i weryfikacja ubezpieczenia komercyjnego. Opcje te są dostępne tylko dla użytkowników posiadających wykupiony i włączony dodatkowy Moduł Komercyjny.

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

Nowa rejestracja – Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat eWUŚ

Termin

Komórka org.: ... Poradnia stomatologiczna

Personel: ... Nowak Anna

Miejsce: ... Przychodnia

Data: Godzina: Długość:

Wizyta

Wizyta:

Tryb przyjęcia:

Rodzaj:

Komercyjna/prywatna Pierwszorazowa

Uwagi

Dostępne terminy

Tylko wolne

Nowak Anna	
9 ⁰⁰	
30	
10 ⁰⁰	
30	10:30 – 11:00
11 ⁰⁰	11:00 – 11:30
30	11:30 – 12:00
12 ⁰⁰	12:00 – 12:30
30	12:30 – 13:00

Dane podstawowe

Skierowanie

Wizyta recepcyjna

Rejestracja usług

Ubezpieczenie komercyjne

17.4 Zmiana terminu wizyty

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



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność zmiany terminu wizyty dla wizyt w statusie "Zaplanowana". Funkcja **Zmień termin** znajduje się w menu dostępnym po kliknięciu prawym przyciskiem myszki na slotcie odpowiadającym danej rezerwacji.

2017-08-11 (Pt)	2017-08-12 (So)
Zajęte/Wolne: 1 / 39	Zajęte/Wolne: 0 / 0
08:00 – 08:15	
08:15 – 08:30	
08:30 – 08:45	
08:45 – 09:00	
1. Kowalski Jan	
09:15 – 09:30	
09:30 – 09:45	
09:45 – 10:00	
10:00 – 10:15	
10:15 – 10:30	
10:30 – 10:45	

Edytuj...

Rejestruj...

Zmień termin...

Odwołaj

Rozlicz

Otwarta zostanie formatka *Wybór terminu*, prezentująca wolne terminy w Terminarzu, umożliwiając wskazanie użytkownikowi nowego terminu.

17.5 Odwołanie wizyty

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



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

W przypadku odwołania wizyty przez pacjenta, należy fakt ten odnotować w programie mMedica. Odwołania można dokonać tylko dla wizyt w statusie "Zaplanowana" i "Do realizacji".

Odwołania zaznaczonej wizyty dokonuje się za pomocą przycisku **Odwołaj**, znajdującego się w górnym panelu formatki *Terminarz*. Spowoduje to zwolnienie slotu harmonogramu, umożliwiając rezerwację tego terminu innemu pacjentowi.

The screenshot shows the 'Terminarz' (Appointment Book) window in mMedica. The 'Odwołaj' (Cancel) button is highlighted with a red box. A dialog box titled 'mMedica' is overlaid on the appointment for '2. WALECZEK URSZULA' at 09:45 - 10:00, asking 'Czy na pewno odwołać rezerwację?' (Are you sure you want to cancel the reservation?). The dialog has 'Tak' (Yes) and 'Nie' (No) buttons.

Przy odwołaniu wizyty wyświetlane jest okno służące do wskazania przyczyny odwołania (zdz. poniżej).

The 'Odwołanie rezerwacji' dialog box contains a 'Przyczyna:' dropdown menu, a 'Uwagi:' text area with a scroll bar, and two buttons: 'Zatwierdź' (Confirm) with a green checkmark icon and 'Wyjście' (Exit) with a door icon.

W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica w oknie [konfiguracji Terminarza](#) dodano parametr **"Wymagaj podania przyczyny odwołania"**. W przypadku jego wyłączenia program nie będzie wymagał podawania przyczyny odwołania rezerwacji.

W celu odwołania wizyt powiązanych z harmonogramem przyjęć, konieczne jest [wykreślenie pozycji](#) z harmonogramu. W tej sytuacji po wybraniu przycisku **Odwołaj** zostanie wyświetlone poniższe okno dialogowe:

Rezerwacja jest powiązana z harmonogramem przyjęć.
Odwołanie rezerwacji wymaga wykreślenia pozycji z harmonogramu.

Po wskazaniu przyczyny odwołania pojawi się okno wykreślenia pacjenta z harmonogramu przyjęć.

17.6 Umówienie następnej wizyty

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



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

W programie dostępna jest funkcjonalność umówienia kolejnej wizyty pacjentowi w tej samej poradni. Umówienia kolejnej wizyty dokonuje się poprzez kliknięcie prawym przyciskiem myszy na slotcie z rezerwacją pacjenta i wybranie z dostępnego menu opcji **"Umów następną..."**. Spowoduje to otwarcie formatki *Nowa rezerwacja* z domyślnie uzupełnionymi danymi o komórce organizacyjnej oraz personelu na podstawie bieżącej rezerwacji.

17.7 Rozliczenie wizyty w Terminarzu

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



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Za pomocą przycisku **Rozlicz**, znajdującego się w górnym panelu formatki *Terminarz*, można dokonać rozliczenia wizyty z poziomu Terminarza. W przypadku wizyt NFZ zostanie otwarta formatka [Uzupełnianie świadczeń](#), umożliwiając wprowadzenie do systemu danych statystycznych i rozliczeniowych wizyty. Rozliczenia można również dokonać klikając prawym przyciskiem myszki na slotcie rezerwacji/rejestracji pacjenta i wybierając opcję "Rozlicz" z listy rozwijanej.

The screenshot shows the 'Terminarz' (Appointment Book) interface. At the top, there is a navigation bar with buttons: 'Nowa rezerwacja', 'Nowa rejestracja', 'Dane', 'Rezerwuj', 'Rejestruj', 'Odwolaj', 'Rozlicz' (highlighted with a red box), and 'Oświadczenie'. Below this is a 'Nawigacja' (Navigation) section with a calendar for 'Grudzień 2016'. The main area displays a grid of appointments for two dates: '2016-12-07 (Śr)' and '2016-12-08 (Cz)'. For 2016-12-07, the patient is 'Kowalski Jan' with 'Zajęte/Wolne: 2 / 10'. For 2016-12-08, the patient is 'Kowalski Jan' with 'Zajęte/Wolne: 2 / 10' and 'Nowak Anna' with 'Zajęte/Wolne: 0 / 10'. A specific appointment for '1. DĄBKOWSKI KRZYSZTOF' is visible on 2016-12-08.

Uwaga! Aby aplikacja automatycznie wykreślała pacjenta z harmonogramu przyjęć w przypadku, gdy dokonano rezerwacji z wpisem do harmonogramu, należy rozliczyć wizytę za pomocą przycisku **Rozlicz** lub zrealizować ją z poziomu Gabinetu.

17.7.1 Rozliczenie wizyty prywatnej

W przypadku wizyt prywatnych/komercyjnych istnieje możliwość rozliczenia płatności z poziomu Terminarza za pomocą przycisku **Rozlicz**, znajdującego się w górnej części ekranu. Przycisk jest aktywny dla wizyt w statusie "Do realizacji", "W realizacji" oraz "Zrealizowana", tylko w przypadku włączonego Modułu Komercyjnego.

Wybranie przycisku powoduje otwarcie okna *Rozliczenie wizyty*, w którym prezentowane są szczegóły usług zrealizowanych na wizycie. Aby rozliczyć usługi należy skorzystać z przycisków znajdujących się po prawej stronie okna *Usługi wybrane*.

Rozliczenie wizyty – **Kowalski Jan (M)**, 00000000000, 48 lat
2016-12-06 08:00 – 08:30, Poradnia stomatologiczna, Nowak Anna

Dostępne usługi

Kontrahent:

Umowa: 1L/090/2016 Pakiet: Pakiet usług

Typ usługi: Zakres:

Usługa:

Kod	Nazwa	Cena pac.	Cena kontr.
KAM	Usunięcie kamienia nazębnego ultradźwiękami	50,00	50,00
KAM + PIASKO	Usunięcie kamienia wraz z piaskowaniem	75,00	75,00
KIRET O	Kiretaż otwarty	150,00	150,00
KIRET Z	Kiretaż zamknięty (ćwiartka)	75,00	75,00
PIASKO	Piaskowanie	50,00	50,00

Zaległe płatności

Data	Kod	Nazwa	Krotność	Oplata pac.	Oplata kontr.	Ko
2016-12-06	KIRET O	Kiretaż otwarty	1	150,00	150,00	Poradnia sto
2016-12-01	KIRET O	Kiretaż otwarty	1	150,00	150,00	Poradnia sto
Razem:				300,00	300,00	

Usługi wybrane

Kod	Nazwa	Cena jedn. pac.	Rabat %	Rabat Kwota
KIRET O	Kiretaż otwarty	150,00		
PIASKO	Piaskowanie	50,00		

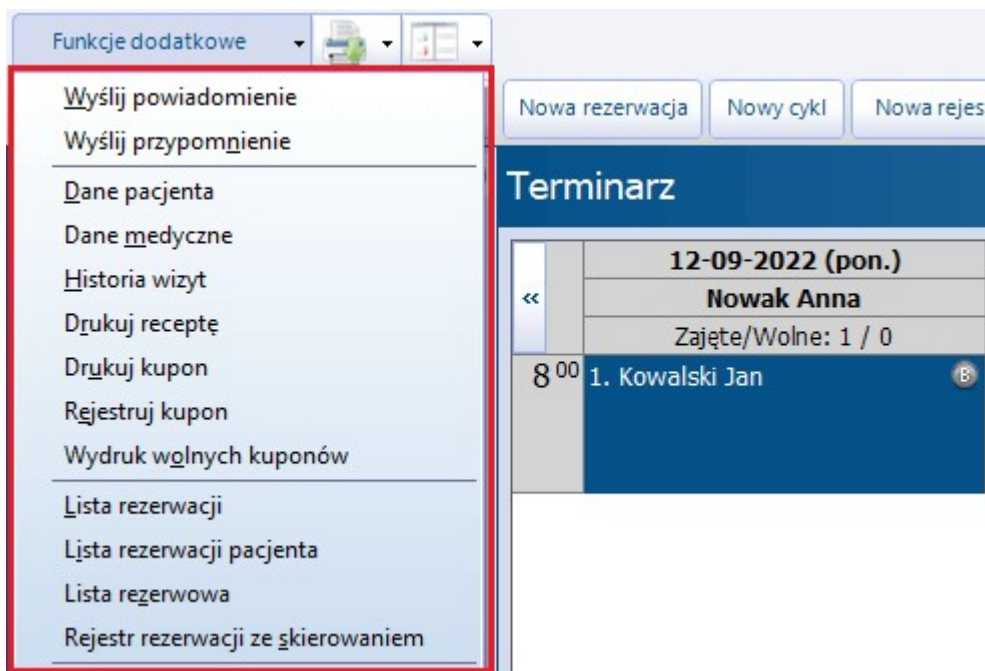
Szczegółowe informacje dot. rozliczenia wizyty prywatnej znajdują się w [instrukcji obsługi](#) modułu Komercyjnego.

17.8 Funkcje dodatkowe Terminarza

W lewym górnym rogu Terminarza znajduje się menu *Funkcje dodatkowe*, po rozwinięciu którego można skorzystać z następujących funkcji:

- **Wyślij powiadomienie** - możliwość wysłania powiadomienia o dowolnej treści do wybranej grupy odbiorców. Funkcjonalność wysyłania powiadomień drogą mailową dostępna jest w każdej wersji programu mMedica, natomiast wysyłanie innych form wiadomości wymaga posiadania odpowiednich modułów dodatkowych. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w [instrukcji](#) modułu mPowiadomienia.
- **Wyślij przypomnienie** - możliwość wysłania przypomnienia o zbliżającej się wizycie lub o konieczności doniesienia skierowania. Funkcjonalność wysyłania przypomnień... jw.
- **Dane pacjenta** - otwiera formatkę *Dane pacjenta* w celu ich podglądu/modyfikacji.
- **Dane medyczne** - otwiera formatkę *Dane medyczne* pacjenta, którego rezerwacja/rejestracja została zaznaczona w Terminarzu. Dane medyczne pacjenta można otworzyć również przy użyciu klawisza szybkiego dostępu: kliknąć w menu "Funkcje dodatkowe" i na klawiaturze wybrać **przycisk M**.
- **Historia wizyt** - [historia](#) wszystkich wizyt pacjenta zaewidencjonowanych w programie mMedica.
- **Drukuj receptę** - wydruk [pustych recept](#) dla pacjenta, którego rezerwacja/rejestracja została zaznaczona w Terminarzu.
- **Drukuj kupon** - wydruk [kuponów wolnych](#) pacjenta bez użycia karty chipowej. Funkcja dostępna jest dla użytkowników mMedica, którzy mają włączoną obsługę kuponów RUM (np. woj. śląskie).
- **Rejestruj kupon** - [rejestracja wolnego kuponu](#) w celu powiązania go z pacjentem.
- **Wydruk wolnych kuponów** - wydruk kuponów wolnych bez użycia karty chipowej. Kupon będzie zawierał tylko dane poradni i lekarza.

- **Lista rezerwacji** - lista wszystkich rezerwacji zaplanowanych w Terminarzu. Więcej informacji w rozdziale: [Lista wszystkich rezerwacji](#).
- **Lista rezerwacji pacjenta** - funkcja dodana w wersji 8.3.0 programu. Służy do wyświetlenia listy rezerwacji wybranego pacjenta. Po zaznaczeniu rezerwacji/rejestracji danego pacjenta w oknie Terminarza i wybraniu omawianej opcji wyświetli się okno *Lista rezerwacji pacjenta* z domyślnie wyfiltrowanymi rezerwacjami tego pacjenta. Działanie okna jest analogiczne do działania wspomnianego we wcześniejszym punkcie okna *Lista wszystkich rezerwacji*.
- **Lista rezerwowa** - lista pacjentów oczekujących na zwolnienie terminu i wcześniejsze przyjęcie. Więcej informacji w rozdziale: [Lista rezerwowa](#).
- **Rejestr rezerwacji ze skierowaniem** - więcej informacji w rozdziale: [Rejestr rezerwacji ze skierowaniem](#).



Wybranie przycisku  i opcji **Konfiguracja** wywołuje okno [konfiguracji](#) Terminarza.

Dodatkową funkcjonalnością Terminarza są również [wydruki](#), przydatne do organizacji pracy w placówce: plan wizyt oraz wydruk harmonogramu pracy lekarza oraz możliwość zbiorczego sprawdzenia potwierdzenia [eWUŚ](#).

17.8.1 Sprawdzanie potwierdzenia eWUŚ

Aplikacja mMedica umożliwia sprawdzanie potwierdzeń uprawnień do świadczeń dla pacjentów, którzy zostali zaplanowani na dzień bieżący. Aby dokonać zbiorczej weryfikacji systemu eWUŚ należy wybrać przycisk **eWUŚ zbiorczo**, znajdujący się w górnym panelu formatki *Terminarz*.

Do listy zbiorczego potwierdzenia systemu eWUŚ dodawani są pacjenci, którym zaplanowano wizytę na dzień bieżący, a więc:

- pacjenci, którym zarezerwowano termin (rezerwacja w statusie "Zaplanowana")
- pacjenci, którym zarejestrowano wizytę (rejestracja w statusie "Do realizacji")

PESEL	Pacjent	Data ur.	Status wizyty	Status eWUŚ	Oznaczenie recepty	Komórka org.	Personel
ŻYLUK IZABE...	1977-...	Zaplanowana	Nie pobrano statusu ubezpiecz...				
ZYGMUND BŁ...	2000-...	Do realizacji	Nie pobrano statusu ubezpieczenia		Poradnia dermatologiczna	Nowak Anna	
BANEK EUGEN...	1977-...	Do realizacji	Nie pobrano statusu ubezpieczenia		Poradnia dermatologiczna	Nowak Anna	
ADAMCZYK B...	2010-...	Do realizacji	Nie pobrano statusu ubezpieczenia		Poradnia stomatologiczna	Nowak Anna	
00000...	Kowalski Jan	1968-...	Do realizacji	Nie pobrano statusu ubezpieczenia		Poradnia stomatologiczna	Nowak Anna

Wybranie przycisku **Sprawdź wszystkie** spowoduje weryfikację ubezpieczenia pacjentów, którzy nie posiadają jeszcze pobranego eWUŚ na dzień bieżący.

17.8.2 Rejestr rezerwacji ze skierowaniem

Ścieżka: [Terminarz](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr rezerwacji ze skierowaniem](#)
[Rejestracja](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr rezerwacji ze skierowaniem](#)

Zgodnie ze zmianami obowiązującymi od stycznia 2015 r., pacjent zobligowany jest dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących. W związku z tym przygotowano funkcjonalność, która pozwala na bieżąco i w przejrzysty sposób monitorować ważność rezerwacji, dla których pacjent zobowiązany jest dostarczyć skierowanie.

Przejdźcie do jednej z powyższych ścieżek otworzy formatkę *Rejestru rezerwacji ze skierowaniem*, dzięki której można podejrzeć przeterminowane skierowania, wprowadzić do systemu jego dane, oznaczyć dostarczenie lub zwrot pacjentowi.

Dane skierowania Dostarczenie skierowania Zwrot skierowania Pobieranie eSkierowania z P1

W Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwisko / PESEL:

Harmonogram przyjęć:

Data rezerwacji od - do:

Przeterminowane:

Rodzaj skierowania:

Tylko eSkierowanie

Status eSkierowania:

Pacjent:

Komórka org.:

Personel:

Źródło:

R Rejestr rezerwacji ze skierowaniem

Data utworzenia	Data rezerwacji	Pacjent	PESEL	Komórka org.	Personel	Termin dost. skier.
26-04-2021 12:16	26-04-2021 12:30	Kowalski Jan		Poradnia	Nowak Anna	
26-04-2021 11:49	26-04-2021 10:00	Kowalski Jan		Poradnia	Nowak Anna	
26-04-2021 11:03	26-04-2021 10:00	Kowalski Jan		Poradnia	Nowak Anna	
29-03-2021 10:28	29-03-2021 10:00	Kowalski Jan		Poradnia	Nowak Anna	

Zakres danych można zawęzić za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*:

- **Nazwisko/PESEL** - wpisanie nazwiska lub nr PESEL pacjenta pozwoli na szybkie odszukanie jego rezerwacji.
- **Harmonogram przyjęć** - po wybraniu harmonogramu przyjęć wyszukane zostaną rezerwacje, które zostały z nim powiązane.
- **Data rezerwacji od - do**
- **Przeterminowane** - możliwość wyszukania rezerwacji, dla których minął termin dostarczenia skierowania. Możliwe filtry do wyboru:
 - **Dzisiaj** - rezerwacje, dla których termin dostarczenia skierowania upływa w dniu dzisiejszym.
 - **Wszystkie** - przeterminowane rezerwacje, dla których termin dostarczenia skierowania już upłynął.
 - **Za 3 dni** - rezerwacje, dla których termin dostarczenia skierowania upływa za max. 3 dni.
 - **Puste pole** - rezerwacje powiązane z harmonogramem przyjęć, wymagające dodania skierowania.
- **Rodzaj skierowania** - służy do wyszukiwania rezerwacji powiązanych ze skierowaniem danego rodzaju, wystawionym wewnątrz w placówce na wizycie realizowanej w *Gabiniecie*.
- **Tylko eSkierowanie** - możliwość wyszukania rezerwacji powiązanych z e-Skierowaniem.
- **Status eSkierowania** - pozwala na wyszukiwanie pozycji wg statusu przyjętego e-Skierowania.

W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica udostępniono dodatkowe filtry: "Pacjent", "Komórka org.", "Personel", "Źródło" (do wyboru wartości: eRejestracja, eRejestracja P1, mMedica).

W kolumnach "Rodzaj skierowania" oraz "Badanie, poradnia lub oddział" wyświetlane są odpowiednie dane dotyczące skierowań wystawionych wewnątrz w placówce.

Kolumna "Status P1" prezentuje statusy e-Skierowań dla rezerwacji, dla których pobrano skierowania elektroniczne.

W górnym panelu okna znajdują się przyciski, za pomocą których można wykonywać dodatkowe działania na skierowaniach. Znaczenie przycisków:

- **Dane skierowania** - pozwala podejrzeć dane skierowania już zaewidencjonowanego lub dodać

informacje o otrzymanym skierowaniu.

- **Dostarczenie skierowania** - pozwala dodać informacje o dacie dostarczenia skierowania przez pacjenta.

Jeśli pacjent dostarczył skierowanie w innym dniu, niż następuje jego ewidencja, użytkownik powinien najpierw uzupełnić datę dostarczenia skierowania, dopiero później przejść do jego ewidencji.

- **Zwrot skierowania** - przycisk aktywny jest tylko dla rezerwacji, które posiadają wprowadzone skierowanie.

Zwrócenie oryginału skierowania pacjentowi związane jest z wykreśleniem pacjenta z harmonogramu przyjęć oraz odwołaniem rezerwacji, o czym informuje stosowny komunikat:

Zwrócenie skierowania spowoduje wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć oraz odwołanie rezerwacji.
Kontynuować?

TAK

NIE

- **Pobieranie eSkierowania z P1** - przycisk dodany w wersji 10.7.0 aplikacji mMedica, aktywny dla rezerwacji w statusie "Zaplanowana" bez uzupełnionych danych skierowania. Po jego wyborze otwarte zostanie okno umożliwiające pobranie e-Skierowania.

Po zatwierdzeniu komunikatu, w nowo otwartym oknie należy wskazać datę oraz przyczynę zwrotu:

- Rezygnacja pacjenta z oczekiwania.
- Zaprzestanie wykonywania świadczeń danego rodzaju – dla tej przyczyny zostanie wydrukowane zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących, które powinno zostać wydane pacjentowi wraz z oryginałem skierowania.

17.8.3 Lista wszystkich rezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#)
Terminarz > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Lista rezerwacji](#)

Przejdzie do powyższej ścieżki otworzy formatkę *Lista rezerwacji* domyślnie prezentującej listę wszystkich zaplanowanych rezerwacji na dzień bieżący.

Dzięki filtrom znajdującym się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można wyszukiwać rezerwacje spełniające konkretne warunki. Np. wyszukać rezerwacje wybranego pacjenta, w zadanym okresie czasu, do personelu, komórki organizacyjnej. Ponadto można wyfiltrować rezerwacje m.in. ze względu na płatnika (NFZ i komercyjne/prywatne), powiązanie z harmonogramem przyjęć lub posiadające konkretny status (odwołana, usunięta, zrealizowana itd.).

W wersji 10.5.0 aplikacji mMedica umożliwiono wyszukiwanie wg instytucji kierującej lub personelu kierującego.

W wersji 10.9.0 programu dodano filtr "Źródło rezerwacji", dostępny w przypadku posiadania modułu eRejestracja/eRejestracja+. Umożliwia wyszukiwanie rezerwacji wg źródła ich pochodzenia (mMedica, eRejestracja, eRejestracja P1 - widoczność opcji uzależniona od posiadanych modułów).



Przyciski znajdujące się w górnym panelu formatki umożliwiają wykonanie szeregu czynności dotyczących rezerwacji, jak dodanie nowej rezerwacji, rejestracji i ich odwołanie. Przycisk [Historia zmian](#) ukazuje informacje dotyczące zmian dokonywanych na wybranej rezerwacji/rejestracji.

17.8.4 Zbiorcza modyfikacja rezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiorcza modyfikacja rezerwacji](#)

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność zbiorczej modyfikacji rezerwacji w zakresie personelu, miejsca lub urządzenia. Funkcja może zostać wykorzystana wyłącznie do modyfikacji rezerwacji w statusie "Zaplanowana".

Aby przepisać rezerwację do innej osoby personelu, innego miejsca realizacji lub urządzenia należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejdź do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#).
2. W panelu Wyszukiwanie zaawansowane skorzystać z filtrów (np. "Personel" i/lub "Miejsce") i dokonać wyświetlenia rezerwacji spełniających wybrane warunki.
3. Zaznaczyć na liście rezerwacje, które mają zostać zmodyfikowane.
Aby zaznaczyć wszystkie rezerwacje znajdujące się w oknie należy za pomocą lewego przycisku myszki zaznaczyć jeden rekord (zostanie podświetlony granatowym kolorem), a następnie na klawiaturze przycisnąć równocześnie przyciski CTRL + A.
4. W lewym górnym rogu formatki kliknąć w menu "Funkcje dodatkowe" i wybrać opcję **Zbiorcza modyfikacja rezerwacji**.
5. W otwartym oknie *Zbiorcza modyfikacja rezerwacji* wskazać dane, które mają ulec zmianie:
 - **Zmień personel** - z dostępnego słownika personelu wewnętrznego należy wybrać osobę personelu, do którego zostaną przepisane wybrane rezerwacje.
 - **Zmień miejsce** - z dostępnego słownika zasobów miejsca należy wybrać miejsce, do którego zostaną przepisane wybrane rezerwacje.
 - **Zmień urządzenie** - pole dodane w wersji 8.2.0 aplikacji mMedica. Pozwala zbiorczo zmienić urządzenie w rezerwacjach utworzonych w module [Rehabilitacja ambulatoryjna](#). W tym celu należy wybrać odpowiednią pozycję z dostępnego słownika zasobów urządzeń.
6. Po zatwierdzeniu zmian dane zostaną zmienione wraz z podsumowaniem liczby zmienionych rezerwacji.

The screenshot displays the 'Lista rezerwacji' (Reservation List) interface. On the left, there is a search panel with fields for patient name/PESEL, date range, and organization. A 'Personel' (Personnel) dropdown is highlighted with a red box, showing 'NOWAK/... Nowak Anna'. Below it, the 'Status' (Status) dropdown is also highlighted with a red box, showing 'Zaplanowana'. The main area shows a table of reservations with columns for Date, Start Time, End Time, Duration, Patient Name, PESEL, Contact, and Remarks. A dialog box titled 'Zbiorcza modyfikacja rezerwacji' is open, showing 'Liczba pozycji: 2' (Number of items: 2) and three options: 'Zmień personel' (checked), 'Zmień miejsce' (unchecked), and 'Zmień urządzenie' (unchecked). Buttons for 'Zatwierdź' (Confirm) and 'Wyjście' (Exit) are at the bottom of the dialog.

17.8.5 Zbiorcze odwołanie rezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiorcze odwołanie rezerwacji](#)

W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość zbiorczego odwołania rezerwacji posiadających status "Zaplanowana".

W celu skorzystania z funkcjonalności należy po przejściu do okna z [listą wszystkich rezerwacji](#) wyszukać i zaznaczyć odpowiednie pozycje, a następnie rozwinąć w lewym górnym rogu ekranu menu "Funkcje dodatkowe" i wybrać opcję **Zbiorcze odwołanie rezerwacji**.

17.8.6 Historia zmian rezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#) > [Historia zmian](#)

Aby uzyskać szczegółowe informacje dotyczące zmian dokonywanych na wybranej rezerwacji/rejestracji, należy na formatce *Lista rezerwacji* zaznaczyć ją na liście, następnie wybrać przycisk **Historia zmian** w górnym panelu formatki.

W kolejnym oknie zostanie wyświetlona historia zmian z podaniem nazwy użytkownika, daty i nazwy stacji roboczej, na której zostały wprowadzone modyfikacje.

Historia zmian rezerwacji						
*	Data	Użytkownik	Stacja robocza	Pole	Stara wartość	Nowa wartość
▶	2017-02-09 09:24:35	SZEWCZYK MAREK	APS00061122	Data i godzina	2017-02-09 10:15	2017-02-09 10:30
	2017-02-09 09:22:56	Nowak Anna	APS00061122	Data i godzina	2017-02-09 08:15	2017-02-09 10:15
				Uwagi		Dać do wypełnienia upowż. do odbioru recept

17.8.7 Lista rezerwowa

Ścieżka: [Terminarz > Funkcje dodatkowe > Lista rezerwowa](#)
[Terminarz > Rejestruj / Nowa rejestracja > Wybierz z listy rejestrowej](#)

W aplikacji mMedica istnieje możliwość prowadzenia listy rezerwowej. Na listę zapisywani są pacjenci z pilnymi potrzebami, których termin wizyty jest odległy, a w razie zwolnienia miejsca, mogą dostać się do lekarza wcześniej.

Dodanie pacjenta do listy rezerwowej dokonuje się w Terminarzu, poprzez wybranie opcji **Lista rezerwowa** dostępnej w menu "Funkcje dodatkowe" w lewym górnym rogu formatki. Zostanie otwarta formatka *Lista rezerwowa* prezentująca listę wszystkich pacjentów, którzy zostali wpisani na tzw. "listę rezerwową". Dzięki filtrom znajdującym się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można wyświetlać pozycje listy rezerwowej według interesujących warunków, np. wyszukać konkretnego pacjenta, wyświetlić listę pacjentów zapisanych do lekarza lub poradni.

W celu dodania pacjenta do listy rezerwowej należy wykonać poniższe czynności:

1. Wybrać przycisk **Nowa pozycja** znajdujący się w górnym panelu formatki.
2. Z okna *Słownik pacjentów* dwuklikiem wybrać pacjenta, który prosi o wpisanie na listę rezerwową.
W nagłówku dolnego okna zostaną wyświetlone dane wybranego pacjenta tj. imię, nazwisko, płeć, PESEL oraz wiek.
3. W dolnym oknie należy uzupełnić informacje o poradni oraz lekarzu w polach: Komórka org., Personel. Dodatkowo, w polu "Uwagi" można wprowadzić komentarz.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

W przypadku dwukrotnego wpisania pacjenta na listę rezerwową, zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie.

W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica w prezentowanej tabeli dodano kolumnę "Lp.", w której wyświetlane są kolejne numery wpisów, generowane w kontekście komórki organizacyjnej (odrębna numeracja dla każdej komórki oraz dla wpisów bez uzupełnionej komórki).

Uwaga! Należy pamiętać, że wpisanie pacjenta na listę rezerwową nie jest tożsame z rezerwacją terminu na wizytę!

The screenshot shows the 'Lista rezerwowa' (Waiting List) interface in the mMedica application. At the top, there are buttons for 'Nowa pozycja' (New entry) and 'Usuń pozycję' (Delete entry). Below this is a search panel titled 'Wyszukiwanie zaawansowane' (Advanced search) with fields for 'Pacjent' (Patient), 'Komórka org.' (Department), and 'Personel' (Staff), along with 'Zastosuj' (Apply) and 'Wyczyść' (Clear) buttons. The main area displays a table of reservations:

Lp.	Pacjent	PESEL	Kontakt	Komórka org.	Personel	Uwagi	Data wpisu	Użytkownik ...
1	Kowa...			Poradnia	Nowa...	Ból i gorączka	14-06-2023 11:49	Nowak Jan
1	Kowa...			Oddział ...	Nowa...		14-06-2023 11:50	Nowak Jan
1	Kowa...				Nowa...		14-06-2023 11:51	Nowak Jan
2	Kow...			Poradnia	Now...		14-06-2023 11:49	Nowak Jan
2	Kowa...			Oddział ...	Nowa...		14-06-2023 11:51	Nowak Jan


Below the table, there is a section titled 'Dane pozycji – Kowalski Jan (M), 54 lata' (Entry details – Kowalski Jan (M), 54 years old). This section contains input fields for 'Komórka org.' (000, Poradnia), 'Personel' (NOWAKA, Nowak Jan), and 'Uwagi' (Remarks).

W sytuacji zwolnienia terminu do lekarza, pracownik rejestracji medycznej może w pierwszej kolejności

zweryfikować, czy na liście rezerwowej są zapisani pacjenci, oczekujący na termin. Jeśli tak, wybiera osobę z listy i zapisuje ją w wolne miejsce w Terminarzu.

Sposób wskazania pacjenta z listy rezerwowej uzależniony jest od wykonywanej czynności w Terminarzu - rezerwacji lub rejestracji. Poniżej krótki opis.

Aby wybrać pacjenta z listy rezerwowej podczas **rezerwacji** terminu należy:

1. Otworzyć okno [rezerwacji](#) wizyty w Terminarzu przy wykorzystaniu przycisków: Nowa rezerwacja lub Rezerwuj.
2. W sekcji Pacjent kliknąć w przycisk  obok pola "PESEL". Użytkownik zostanie przekierowany do formatki *Słownik pacjentów*.
3. W górnym panelu formatki wybrać przycisk **Wybierz z listy rezerwowej**, który otworzy okno *Lista rezerwowa - wybór pozycji*.
4. Odszukać na liście rezerwowej pacjenta i wybrać go dwuklikiem lub za pomocą przycisku **Wybierz**. Wskazany pacjent zostanie podpowiedziany w oknie tworzenia rezerwacji i jednocześnie usunięty z listy rezerwowej.

Aby wybrać pacjenta z listy rezerwowej podczas **rejestracji** terminu należy:

1. Otworzyć okno rejestracji wizyty w Terminarzu przy wykorzystaniu przycisków: Nowa rejestracja lub Rejestruj. Użytkownik zostanie przekierowany do formatki *Słownik pacjentów*.
2. W górnym panelu formatki wybrać przycisk **Wybierz z listy rezerwowej**, który otworzy okno *Lista rezerwowa - wybór pozycji*.
3. Odszukać na liście rezerwowej pacjenta i wybrać go dwuklikiem lub za pomocą przycisku **Wybierz**. Wskazany pacjent zostanie podpowiedziany w oknie tworzenia rejestracji i jednocześnie usunięty z listy rezerwowej.



17.8.8 Wydruki

W programie mMedica można wydrukować następujące raporty, dotyczące Terminarza:

- Plan wizyt na wybrany dzień,
- Harmonogram pracy.

Wydruk raportów dostępny jest po wybraniu ikony , znajdującej się w lewym górnym rogu Terminarza lub formatki *Harmonogram pracy*.

Istnieje możliwość wydruku informacji o rezerwacji na drukarce fiskalnej.

17.8.8.1 Plan wizyt

Wydruk planu wizyt dostępny jest z poziomu Terminarza, formatki *Harmonogram pracy* oraz *Kartoteka pacjentów*.

Wydruk planu wizyt X

Zakres danych

Personel:

Miejsce:

Urządzenie:

Komórka org.:

Rodzaj:

Data/data od: Data do:

Płatnik: Dostępność:

Status: Wolne terminy Tylko zaplanowane

Format wydruku

Układ strony: Kolejność: Rozmiar tekstu:

Grupowanie: Wg personelu i miejsca

Dane na wydruku

Termin:	<input checked="" type="checkbox"/> Godzina	<input type="checkbox"/> Personel	<input type="checkbox"/> Miejsce
	<input checked="" type="checkbox"/> Rodzaj wizyty	<input type="checkbox"/> Płatnik	<input type="checkbox"/> Zabiegi
Pacjent:	<input checked="" type="checkbox"/> Nazwisko i imię	<input checked="" type="checkbox"/> Adres i kontakt	<input type="checkbox"/> PESEL
	<input type="checkbox"/> ID pacjenta	<input type="checkbox"/> Dodatkowy ID	<input type="checkbox"/> Pierwszorazowy
	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie	<input type="checkbox"/> Kod kreskowy PESEL	<input type="checkbox"/> Deklaracja POZ
Uwagi:	<input checked="" type="checkbox"/> Z rezerwacji	<input type="checkbox"/> Z kartoteki	
Inne:	<input type="checkbox"/> Notatki		

Do wydruku planu wizyt konieczne jest uzupełnienie co najmniej jednego z pól znajdujących się w sekcji *Zakres danych*, a więc personelu, miejsca lub komórki organizacyjnej. Należy również wskazać, dla jakich dat ma on być wygenerowany. Jeżeli wydruk planu wizyt ma dotyczyć jednego dnia, wystarczy uzupełnić tylko pole "Data/data od:" - domyślnie podpowiada się w nim data bieżąca. Pole "Data do" umożliwia generację wydruku planu wizyty dla dowolnego okresu czasu.

W powyższej sekcji w ramach dodatkowego modułu "Rehabilitacja ambulatoryjna" zostało udostępnione pole "Urządzenie", umożliwiające wygenerowanie planu wizyt dla wskazanego urządzenia. W przypadku braku modułu pole te jest niewidoczne.

W wersji 10.5.0 aplikacji mMedica dodano pole "Zabiegi". Należy je zaznaczyć, jeżeli wydruk ma zawierać dodatkową kolumnę z informacją o zabiegach zaplanowanych w ramach modułu "Rehabilitacja ambulatoryjna".

Przed wydrukiem użytkownik może zdecydować o układzie strony wydruku (pionowa, pozioma), kolejności wydruku (według godzin wizyt lub nazwisk pacjentów) oraz o rozmiarze czcionki, jaka zostanie

zastosowana. Ponadto użytkownik ma wpływ na ilość danych, jakie zostaną umieszczone na wydruku, poprzez dodanie lub usunięcie zaznaczenia pól w sekcji *Dane na wydruku*.

Opis poszczególnych pól znajdujących się w sekcji *Zakres danych*:

- **Dostępność** - określa sposób wprowadzenia rezerwacji do systemu mMedica. Możliwe wartości do wyboru:
 - **mMedica** - w raporcie zostaną uwzględnione tylko te rezerwacje, które zostały wprowadzone w programie mMedica.
 - **eRejestracja** - w raporcie zostaną uwzględnione tylko te rezerwacje, które zostały wprowadzone przez pacjenta w portalu eRejestracja.
 - **mMedica i eRejestracja** - w raporcie zostaną uwzględnione rezerwacje wprowadzone w programie mMedica i poprzez portal eRejestracji.
- **Status: Wolne terminy** - w raporcie zostaną uwzględnione dane zaplanowanych wizyt i dane dotyczące wolnych terminów w zadanym okresie czasu. Dla wolnych terminów zostaną wydrukowane puste linijki do ręcznego uzupełnienia.
- **Status: Tylko zaplanowane** - w raporcie zostaną uwzględnione dane zaplanowanych wizyt.
- **Płatnik** - możliwość ograniczenia danych na raporcie do wizyt realizowanych przez płatnika komercyjnego/prywatnego lub publicznego.

W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w [Terminarz > Podstawowe](#), został dodany parametr "**Drukuj tylko pierwszą literę nazwiska pacjenta**". Po jego zaznaczeniu wydruk planu wizyt zamiast pełnych nazwisk pacjentów będzie zawierał tylko ich pierwsze litery.

17.8.8.2 Wydruk harmonogramu pracy

Wydruk harmonogramu pracy można dokonać z poziomu formatki *Harmonogram pracy*. Personel, miejsce lub urządzenie, których ma on dotyczyć, podpowiadane są na podstawie zaznaczonego harmonogramu (dane te można zmienić lub wyczyścić).

The screenshot shows a dialog box titled "Wydruk harmonogramu pracy" with a close button (X) in the top right corner. The dialog contains several input fields:

- "Data od:" with a dropdown menu showing "01-02-2024".
- "Data do:" with a dropdown menu showing "29-02-2024".
- "Personel:" with a text input field containing a blurred orange box and a clear button (X).
- "Miejsce:" with a text input field containing a blurred white box and a clear button (X).
- "Urządzenie:" with a text input field containing a blurred white box and a clear button (X).
- "Komórka org.:" with a text input field containing a blurred white box and a clear button (X).

 At the bottom of the dialog, there are two buttons: "Zatwierdź" (with a green checkmark icon) and "Wyjście" (with a green arrow icon).

W wersji 10.2.0 aplikacji mMedica umożliwiono zbiorczy wydruk harmonogramu dla wskazanego zakresu dat, podpowiadanego na podstawie ustawień w panelu filtrów - zniesiono wymóg wyboru konkretnego personelu, komórki organizacyjnej, miejsca lub urządzenia.

Wydruk może dotyczyć dowolnego okresu czasu, na który został wygenerowany harmonogram. Zakres dat określa się w polach "Data od" oraz "Data do".

Na wydruku harmonogramu pracy, oprócz dat i godzin pracy, znajdują się informacje o istniejących blokadach harmonogramu oraz o zaplanowanej liczbie wizyt i ustalonym limicie na dany dzień.

17.8.8.3 Dane terminu (wydruk na paragonie fiskalnym)

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wydruku informacji o rezerwacji na drukarce fiskalnej. Rozwiązanie dostępne jest dla użytkowników posiadających Moduł Komercyjny i włączoną obsługę drukarki fiskalnej w Konfiguratorze programu.

W celu dokonania wydruku należy w głównym oknie Terminarza zaznaczyć na liście pacjenta, któremu dodano rezerwację, następnie w lewym górnym rogu formatki wybrać ikonę drukarki i opcję **"Dane terminu (drukarka fiskalna)"**. Na paragonie fiskalnym zostaną wydrukowane następujące dane: nazwa i telefon poradni, dane lekarza, planowany termin i godzina wizyty oraz imię i nazwisko pacjenta.

17.8.9 System kolejkowy - numerki

W aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność numerowania zarejestrowanych wizyt tzw. system kolejkowy. Rozwiązanie może być wykorzystywane do wywoływania pacjentów oczekujących przed gabinetem lekarskim. Lekarz może wezwać na wizytę pacjenta, wyczytując unikalny numer przyznany podczas rejestracji na potrzebę zrealizowania zaplanowanej wizyty.

Uwaga! Aby funkcjonalność była dostępna, należy dokonać rozszerzenia posiadanej licencji na program o moduł dodatkowy **mKolejka**.

Działanie modułu polega na nadawaniu stałego numeru zarejestrowanej wizycie, podczas [rejestracji](#) w Terminarzu. Numer wyświetlany jest:

- W panelu z podglądem danych pacjenta w Terminarzu (po prawej stronie okna) – dodano nowe pole „**Nr rej.**”
- Na liście pacjentów do Gabinetu w kolumnie „Nr rej.” (nowa kolumna, umieszczona przed nazwiskiem pacjenta)

Numery są niezmiennie, nadawane według kolejności rejestracji. Oznacza to, że podczas nadawania kolejnego numeru, brana jest pod uwagę godzina dokonania rejestracji przez pracownika. W przypadku odwołania rejestracji, wykorzystany numer nie zostaje zwolniony.

Nr rej.	Pacjent	ID pacjenta	Wiek	Umówiony na	Zarejestrowany	Czas
1	BARBARA BEATA		44 lata	2018-11-09 11:16	2018-11-09 11:18	
2	Bolesław		63 lata	2018-11-09 11:26	2018-11-09 11:26	
3	DANUTA		68 lat	2018-11-09 11:30	2018-11-09 11:18	
4	HANNA		44 lata	2018-11-09 11:35	2018-11-09 11:28	
5	BOŻENA EWA		61 lat	2018-11-09 11:50	2018-11-09 11:27	
6	RENATA BARBARA		46 lat	2018-11-09 12:00	2018-11-09 11:19	

Rozdział

18

Obsługa gabinetu lekarskiego

Ścieżka:



przycisk **GABINET** ze strony startowej programu

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

Obsługa gabinetu lekarskiego dostępna jest w wariantach **Standard i Komercja** programu mMedica. Gabinet jest funkcjonalnością pozwalającą na szybkie i proste ewidencjonowanie danych wizyty podczas udzielania świadczeń pacjentowi. Dane prezentowane są na przejrzystych i czytelnych ekranach, przedstawiających ważne informacje z historii leczonego pacjenta: stale podawane leki, choroby przewlekłe, czynniki ryzyka i inne. Informacje i funkcje pogrupowane zostały tematycznie, tak aby elementy wykorzystywane na określonym etapie pracy (np. wystawianie recepty) były łatwe i szybko dostępne. Natomiast wdrożony system tekstów standardowych i szablonów wizyt pozwala na szybkie i sprawne zapisanie potrzebnych informacji.

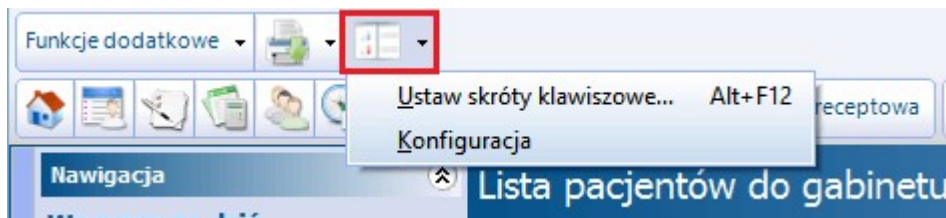
Podstawowymi funkcjonalnościami **Gabinetu** są:

- Podgląd do danych ostatnich wizyt pacjenta
- Obsługa i wydruk skierowań na wzorach przedstawionych przez NFZ w trzech dostępnych formatach: recepty, A5 i A4
- Dostęp do Bazy Leków Pharmindex w wersji podstawowej
- Uproszczona obsługa wydruku recept, w tym leków stale podawanych
- Wydruk podsumowania wizyty i zaleceń dot. przepisanych leków i wydanych skierowań/druków
- Możliwość ewidencji Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
- Automatyczne dopisywanie wyniku badania zleconego w Gabinecie (Standard+)
- Ewidencja zabiegów przeprowadzanych na wizycie lekarskiej w Gabinecie

18.1 Konfiguracja Gabinetu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#)

Przed rozpoczęciem pracy zaleca się dokonania samodzielnej konfiguracji ustawień Gabinetu za pomocą opcji, dostępnych po przejściu do powyższej ścieżki lub po wybraniu przycisku w lewym górnym rogu formatki Gabinetu i opcji "Konfiguracja".



Konfiguracja Gabinetu została podzielona na poszczególne kategorie, dostępne w lewym panelu okna Konfiguratora. W następnych podrozdziałach opisano każdą z kategorii i omówiono najważniejsze parametry oraz opcje z nią związane.

Funkcjonalności, które zostały już opisane we wcześniejszych rozdziałach instrukcji, zostały oznaczone hiperłączem, po kliknięciu którego czytelnik zostanie przeniesiony do właściwego rozdziału.

- Wygląd
- Wizyta
- [Recepta](#)
- [Skierowanie](#)
- Historia wizyt
- Wydruki różne
- [Różne](#)

18.1.1 Wygląd Gabinetu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Wygląd](#)

Konfiguracja wyglądu polega na możliwości ukrycia ikon/funkcji, z których użytkownik nie korzysta podczas pracy w Gabinetecie oraz na zmianie kolejności ich wyświetlania.

W sekcji *Pola opisowe* można dokonać zmiany rozmiaru tekstu wpisywanego w oknach tekstowych np. Wywiad, Badanie fizykalne (domyślnie 10).

- **Włącz sprawdzanie pisowni** - parametr dostępny w wersji PLUS (+) programu mMedica. Poprawność ortograficzna danych wpisywanych w oknach tekstowych weryfikowana jest za pomocą funkcjonalności autokorekty (zaznaczenie wyrazów czerwonym podkreśleniem).

Sekcja *Przyciski na paskach nawigacji* dedykowana jest dla wersji PLUS (+) programu mMedica. Umożliwia ona konfigurację kolejności i dostępności ikon prezentowanych na wizycie gabinetowej np. w panelu z ikonami po lewej stronie ekranu lub w danych medycznych pacjenta. Ikony/funkcje, z których nie korzysta użytkownik można ukryć, poprzez usunięcie zaznaczenia w polu . Ukrycie ikony nie wyklucza ponownego włączenia funkcjonalności - w dowolnym momencie można ponownie włączyć wybrany przycisk nawigacji. Oprócz tego można zmienić kolejność wyświetlania ikon poszczególnych przycisków. Aby zmienić kolejność należy „złapać” myszką nazwę przycisku nawigacji i przenieść w interesujące miejsce. W rezultacie nastąpi zmiana widoku w panelach nawigacji w Gabinetecie.

Konfiguracja – Gabinet » Wygląd Nadpisz wartościami domyślnymi

System

- Identyfikacja
- Autoryzacja
- Moduły dodatkowe
- Kopia zapasowa
- Urządzenia zewnętrzne
- Różne

Ewidencja

- Podstawowe
- Rozliczenia
- Deklaracje
- Kupony (ewidencja)
- Kupony (skierowania)
- Wielozakładowość

Terminarz

- Podstawowe
- Wygląd

Komunikacja

- Eksport
- Import
- Poczta NFZ
- Poczta inna
- FTP
- Kanale RSS
- Inne
- Powiadomienia

Moduły dodatkowe

- Personalizacja

Pola opisowe

Rozmiar czcionki: 14

Włącz sprawdzanie pisowni

Przyciski na paskach nawigacji

Wspólne **Gabinet lekarza** Gabinet pielęgniarki Gabinet rehabilitacji Pracownia diagnostyczna

Dane medyczne:	Skierowania:	Recepty:
<input checked="" type="checkbox"/> Rozpoznanie	<input checked="" type="checkbox"/> Badania laboratoryjne	<input checked="" type="checkbox"/> Stale podawane leki
<input checked="" type="checkbox"/> Badania laboratoryjne	<input checked="" type="checkbox"/> Badanie diagnostyczne	<input checked="" type="checkbox"/> Leki preferowane
<input checked="" type="checkbox"/> Statystyka badań laboratoryjnych	<input checked="" type="checkbox"/> Do specjalisty	<input checked="" type="checkbox"/> Pharmindex
<input checked="" type="checkbox"/> Badania diagnostyczne	<input checked="" type="checkbox"/> Do szpitala/zakładu	<input checked="" type="checkbox"/> BAZYL
<input checked="" type="checkbox"/> Czynniki ryzyka	<input checked="" type="checkbox"/> Do szpitala psychiatrycznego	<input checked="" type="checkbox"/> Leki recepturowe
<input checked="" type="checkbox"/> Konsultacje	<input checked="" type="checkbox"/> Zabiegi rehabilitacyjne	<input checked="" type="checkbox"/> Historia leków
<input checked="" type="checkbox"/> Skierowania	<input checked="" type="checkbox"/> Transport	<input checked="" type="checkbox"/> Historia recept
<input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitacje	<input checked="" type="checkbox"/> Transport > 120 km	
<input checked="" type="checkbox"/> Sanatoria	<input checked="" type="checkbox"/> Opieka długoterminowa	
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalizacje	<input checked="" type="checkbox"/> Sanatorium	
<input checked="" type="checkbox"/> Szczepienia	<input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitacja ogólnoustrojowa	
<input checked="" type="checkbox"/> Antropometria	<input checked="" type="checkbox"/> Pielęgniarka/położna	
<input checked="" type="checkbox"/> Badania wstępne	<input checked="" type="checkbox"/> Zaopatrzenie rehabilitacyjne	
<input checked="" type="checkbox"/> Badania wstępne do karty ciąży	<input checked="" type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie	
<input checked="" type="checkbox"/> Zabiegi	<input checked="" type="checkbox"/> Druk OL-9 (stan zdrowia)	
<input checked="" type="checkbox"/> Karta ciąży	<input checked="" type="checkbox"/> Druk N-14 (stan zdrowia)	
<input checked="" type="checkbox"/> Karta śródowniskowa	<input checked="" type="checkbox"/> Druk PR-4 (rehabilitacja)	
<input checked="" type="checkbox"/> Karta położnicy	<input checked="" type="checkbox"/> Zaświadczenie dla Zespołu ds. OoN	
<input checked="" type="checkbox"/> Karta śródowniskowa ciężarnej	<input checked="" type="checkbox"/> Zaświadczenie przed szczepieniem	
<input checked="" type="checkbox"/> Karta opieki pielęgniarskiej	<input checked="" type="checkbox"/> Informacja dla lekarza kierującego	
<input checked="" type="checkbox"/> Karta DILO	<input checked="" type="checkbox"/> Odmowa pacjenta	

W sekcji wprowadzono podział na zakładki. Dostępność poszczególnych zakładek jest uzależniona od posiadanej przez świadczeniodawcę licencji.

W związku z powyższym:

- zakładki **Wspólne** i **Gabinet lekarza** są dostępne zawsze,
- zakładka **Gabinet pielęgniarki** jest dostępna przy aktywnym module dodatkowym [Gabinet pielęgniarki](#),
- zakładka **Gabinet rehabilitacji** jest dostępna przy aktywnym module dodatkowym [Rehabilitacja ambulatoryjna](#),
- zakładka **Pracownia diagnostyczna** jest dostępna przy aktywnym module dodatkowym "Pracownia diagnostyczna".

Dostępność pozycji na zakładkach jest zgodna ze specyfiką poszczególnych gabinetów.

W przypadku aktywnego modułu [Medycyna pracy](#) na zakładce **Gabinet lekarza** będzie widoczna dodatkowa sekcja umożliwiająca konfigurację przycisków w oknie wizyty orzecznika medycyny pracy.

Przyciski na paskach nawigacji

Wspólne Gabinet lekarza Gabinet pielęgniarki Gabinet rehabilitacji Pracownia diagnostyczna

Główne:

- Wizyta
- POZ – ChUK
- Patronaż i bilanse
- Dane medyczne
- Skierowania
- Skala Barthel
- Skala Becka
- Druki
- Recepty
- Zwolnienia
- Stomatologia
- Procedury
- Historia wizyt
- Stan zdrowia
- Przegląd EDM
- Dokumentacja archiwalna

Główne w wizycie receptowej:

- Wizyta
- Dane medyczne
- Recepty
- Zaopatrzenie
- Historia wizyt
- Stan zdrowia

Główne w wizycie orzecznika medycyny pracy:

- Wizyta
- Dane medyczne
- Skierowania
- Karta badania
- Recepty
- Procedury
- Historia wizyt
- Stan zdrowia
- Przegląd EDM
- Dokumentacja archiwalna

Wizyta:

- Badania laboratoryjne
- Badania diagnostyczne
- Stale podawane leki
- Konsultacje
- Hospitalizacje
- Rehabilitacje
- Szczepienia
- Antropometria

18.1.2 Ekran wizyty

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Wizyta](#)

Funkcjonalność dostępna po wykupieniu dodatkowego Modułu Personalizacyjnego. Umożliwia modyfikację widoku okna wizyty gabinetowej według indywidualnych upodobań użytkownika.

Więcej informacji znajduje się w [instrukcji obsługi](#) Modułu Personalizacyjnego, udostępnionej na stronie internetowej produktu mMedica.

18.1.3 Wyświetlanie historii wizyt

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Historia wizyt](#)

Z uwagi na zróżnicowane wymagania użytkowników udostępniono parametry określające sposób wyświetlania [historii wizyt](#) pacjenta. Istnieją dwie możliwości definicji wyświetlanych zakresów danych:

1. Od najnowszej do najstarszej - w tym przypadku w polu "Wizyty nie starsze niż" należy podać liczbę dni, jaka ma być wyświetlana.
2. Od najstarszej do najnowszej (wizyty zapamiętanej w systemie).

Okno *Wyświetlane dane* (zaznaczone na zdj. poniżej) dedykowane jest dla użytkowników posiadających wersję PLUS (+) programu mMedica. Mogą w nim określić, jakie elementy będą wyświetlane w historii wizyt pacjenta, poprzez dodanie lub usunięcie zaznaczenia w polu .

Konfiguracja – Gabinet » Historia wizyt Nadpisz wartościami domyślnymi

Domyślny filtr

Kolejność danych: Od najnowszej do najstarszej **Wizyty nie starsze niż:** 1 (dni)

Wyświetlane dane:

<input checked="" type="checkbox"/> Badanie fizykalne	<input checked="" type="checkbox"/> Diagramy zębowe - wszystkie	<input checked="" type="checkbox"/> Powiązane dokumenty	<input checked="" type="checkbox"/> Skale ocen
<input checked="" type="checkbox"/> Choroby przewlekłe	<input checked="" type="checkbox"/> Druki	<input checked="" type="checkbox"/> Procedury	<input checked="" type="checkbox"/> Skierowania
<input checked="" type="checkbox"/> Dane rozliczeniowe	<input checked="" type="checkbox"/> Komentarz do wizyty	<input checked="" type="checkbox"/> Recepty	<input checked="" type="checkbox"/> Stale podawane leki
<input checked="" type="checkbox"/> Dane wizyty	<input checked="" type="checkbox"/> Odwołane wizyty	<input checked="" type="checkbox"/> Recepty bez wizyty	<input checked="" type="checkbox"/> Usługi komercyjne
<input checked="" type="checkbox"/> Diagramy zębowe - ostatni	<input checked="" type="checkbox"/> Orzec. med. pracy	<input checked="" type="checkbox"/> Rozpoznanie	<input checked="" type="checkbox"/> Wyniki badań

Stronicowanie

Włącz stronicowanie Liczba pozycji na stronie:

Panel „Ostatnie wizyty” w głównym oknie wizyty

Liczba wizyt:

Pokaż wizyty:

Pokaż ostatnio wystawione informacje dla lekarza kierującego/POZ w wizycie POZ

Różne

Rozmiar czcionki: Drukarka:

Sekcja: Stronicowanie

Sekcja została dodana w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica i zawiera pola umożliwiające ustawienie stronicowania w oknie historii wizyt. Zaznaczenie pola **"Włącz stronicowanie"** pozwala zdefiniować ilość wizyt wyświetlanych na jednej stronie. Ilość tą należy wprowadzić w polu **"Liczba pozycji na stronie"**. W przypadku włączenia stronicowania w oknie historii wizyt, po prawej stronie, widoczne będą przyciski umożliwiające przechodzenie pomiędzy kolejnymi stronami (zdj. poniżej).



Sekcja: Panel "Ostatnie wizyty" w głównym oknie wizyty

W sekcji dokonuje się ustawień dla okna "Ostatnie wizyty" znajdującego się na głównej formatce wizyty gabinetowej. W polu "Liczba wizyt" określa się liczbę ostatnich wizyt, które będą wyświetlane w oknie wizyty.

Pole "Pokaż wizyty" pozwala określić zakres wyświetlanych wizyt, poprzez wybór z listy rozwijalnej jednej z wartości:

- "Z bieżącej komórki" (ustawiona domyślnie) - wyświetlane będą ostatnie wizyty pacjenta zrealizowane w tej komórce organizacyjnej, w której realizowana jest bieżąca wizyta w Gabinetecie,
- "Z komórek o tej samej specjalności" - wyświetlane będą ostatnie wizyty pacjenta zrealizowane w komórkach organizacyjnych o tej samej specjalności (kod resortowy cz VIII),
- "Z wszystkich dostępnych komórek".

Parametr **"Pokaż ostatnio wystawione informacje dla lekarza kierującego/POZ w wizycie POZ"** (domyślnie zaznaczony) dotyczy tylko i wyłącznie wizyt realizowanych w komórkach POZ. Jeśli parametr zostanie wyłączony, to na wizycie POZ nie będzie wyświetlana informacja o wystawieniu omawianego dokumentu.

Sekcja: Różne

Parametr **"Rozmiar czcionki"** określa rozmiar czcionki dla wydruku "Historii wizyt", a także w oknie "Ostatnie wizyty" i na zakładce **Historia wizyt**.

W polu "Drukarka" dokonuje się wyboru domyślnej drukarki dla wydruku "Historii wizyt".

18.1.4 Wydruki w Gabinetcie

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Wydruki różne](#)

Opcja pozwala na wybranie domyślnych formatów oraz widoków danych różnych wydruków dostępnych w Gabinetcie, np. podsumowanie wizyty, wynik badania, zalecenia. W tym miejscu można również określić wielkość marginesów oraz rozmiar czcionki dla poszczególnych wydruków.

- **Czy druk uproszczony** - zaznaczenie [] powoduje włączenie uproszczonego druku podsumowania wizyty, zawierającego w nagłówku: imię i nazwisko pacjenta, PESEL, płeć, datę urodzenia, datę wizyty, dane realizującego. W standardowym podsumowaniu są dodatkowo drukowane informacje o danych podmiotu, OW NFZ, adresie pacjenta, przyjęciu i rodzaju wizyty.

W sekcji [Zwolnienie lekarskie](#) istnieje możliwość sterowania nadrukiem danych na zwolnieniu lekarskim. Po wyborze drukarki należy wprowadzić wartość wyrażoną w milimetrach, która przesunie nadruk danych na druku w żadaną stronę, aby wydruk był prawidłowy.

W aplikacji mMedica funkcjonuje skrót klawiszowy odpowiadający za wydruk dokumentów w Gabinetcie : **CTRL + P**. W zależności od formatki, na której pracuje użytkownik, po wybraniu skrótu klawiszowego zostanie wydrukowany odpowiedni dokument np. podsumowanie wizyty na formatce Wizyta, skierowanie na formatce Skierowanie, diagram zębowy pacjenta na formatce Stomatologia itd.

W sekcji [Wynik badania diagnostycznego](#) istnieje możliwość ustawienia sposobu wydruku załączników do wyniku badania diagnostycznego. Służy do tego pole rozwijalne "Rozmiar załączników", w którym do wyboru dostępne są następujące formaty wydruku:

- **Standardowy** - ustawiony domyślnie. Przy tego typu wyborze obraz załącznika drukowany jest na osobnej stronie wyniku badania.
- **Miniatury** - załączniki drukowane są w formie miniatur.
- **Brak** - załączniki nie są drukowane.

18.1.5 Inne ustawienia

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Różne](#)

Na pozycji [Gabinet](#) > [Różne](#) zostały zebrane pozostałe ustawienia Gabinetu, dotyczące głównie konfiguracji słowników leków oraz funkcjonalności tekstów standardowych. Poniżej wyjaśniono znaczenie poszczególnych parametrów.

Sekcja: [Lista pacjentów/wizyt](#)

- **Wyróżniaj wizyty oczekujące na realizację dłużej niż ... (min)** - w polu wprowadza się wartość minutową, po przekroczeniu której, wizyty oczekujące na realizację w Gabinetcie podświetlone zostaną na czerwono. Jeżeli na liście pacjentów do Gabinetu wartość w kolumnie "Czas oczekiwania" przekroczy wartość wprowadzoną w w/w polu, wizyta ta zostanie oznaczona czerwonym kolorem.
- **Obliczaj czas oczekiwania wizyty na realizację od godziny** - parametr dodany w wersji 10.9.0 aplikacji mMedica. Pozwala określić, czy czas wyświetlany na [liście pacjentów oczekujących do Gabinetu](#) w kolumnie "Czas oczekiwania" ma być liczony od godziny rejestracji, widocznej w kolumnie "Zarejestrowany", czy od godziny planowanej, prezentowanej w kolumnie "Umówiony na" (należy wybrać odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej, domyślnie wybrana wartość to "Rejestracji").

Sekcja: [Teksty standardowe](#)

- **Doklejaj nazwę folderu przy wyborze tekstu badania fizykalnego** - zaznaczenie [✓] powoduje, że w opisie badania fizykalnego oprócz wybranego tekstu będzie dodawana również nazwa folderu, z którego pochodzi. Przykład: z folderu "Żrenice" wybieramy tekst "szerokie". Na wizycie zostanie dodany tekst: "Żrenice szerokie".
- **Szukaj tekstu według** - określa sposób wyszukiwania tekstu w oknie *Teksty standardowe* w funkcjonalności szablonów [tekstów standardowych](#) dostępnych w Gabinetecie.

Sekcja: [Słowniki leków](#)

W sekcji dokonuje się włączenia obsługi słownika leków [PharmindeX](#).

Sekcja: [Rozliczenie wizyty](#)

- **Automatycznie generuj numer świadczenia (kuponu)** - zaznaczenie [✓] powoduje, że wizyty wprowadzane w Gabinetecie będą powiązane z kuponami wygenerowanymi dla pacjenta w Rejestracji. Jeśli pacjent nie posiada żadnych pustych kuponów, to przy otwarciu wizyty, numer zostanie automatycznie wygenerowany przez program. Parametr dotyczy użytkowników z śląskiego OW NFZ.
- **Kontroluj rozpoznania wielochorobowości w wizytach POZ** - jego działanie zostało opisane w rozdziale [Wielochorobowość](#).

Sekcja: [Rozpoczęcie wizyty](#)

- **Wyświetlaj potwierdzenie rozpoczęcia wizyty** - zaznaczenie [✓] powoduje, że przy otwarciu w Gabinetecie wizyty na podstawie wprowadzonej wcześniej rezerwacji/rejestracji będzie się wyświetlał komunikat:

Wizyta nie została jeszcze rozpoczęta.
Czy chcesz rozpocząć jej realizację?
Tak Nie

- **Zablokuj możliwość realizacji wizyt NFZ pacjentów bez potwierdzenia prawa do świadczeń** - w przypadku jego zaznaczenia nie będzie możliwości utworzenia wizyty NFZ pacjentowi bez ważnego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń. Przy próbie utworzenia wizyty takiemu pacjentowi wyświetli się komunikat "**Brak dokumentu potwierdzającego prawo pacjenta do świadczeń**" i dalsze czynności nie będą możliwe. Przy wyłączonym parametrze komunikat będzie się wyświetlać, ale w formie ostrzeżenia (z dostępną opcją **Kontynuuj**).
- **W wizytach POZ sprawdzaj uzupełnienie antropometrii i danych na temat palenia** - po jego zaznaczeniu program za pomocą odpowiedniego komunikatu będzie informował o konieczności uzupełnienia danych antropometrycznych, takich jak wzrost i waga, oraz weryfikacji aktualności informacji na temat palenia przy otwarciu w *Gabinetecie* pierwszej wizyty POZ pacjenta w danym roku kalendarzowym. W przypadku braku uzupełnienia danych antropometrycznych będzie się wyświetlać stosowne ostrzeżenie dla kolejnych wizyt.

Sekcja: [Autoryzacja wizyty](#)

- **Koryguj kod świadczenia** - odpowiedzialny za automatyczne uzupełnianie kodu świadczenia przy autoryzacji wizyty powiązanej z IPOM (szczegóły w instrukcji obsługi modułu "Opieka koordynowana") lub z utworzonym patronażem/bilansem (szczegóły w instrukcji obsługi modułu "Gabinet pielęgniarki").
Parametr został udostępniony w wersji 10.5.0 aplikacji mMedica.
- **Wymuszaj wypełnienie druku zgłoszenia choroby zakaźnej** - zaznaczenie będzie powodować wymuszenie wypełnienia druku zgłoszenia choroby zakaźnej przy autoryzacji wizyt otwartych w Gabinetecie z wprowadzonym kodem rozpoznania choroby zakaźnej.
- **Wyświetlaj potwierdzenie autoryzacji wizyty** - odpowiada za wyświetlanie przez program przy autoryzacji wizyty w Gabinetecie komunikatu:

Czy na pewno chcesz autoryzować wizytę?

Tak **Nie**

- **Włącz modyfikację daty zakończenia wizyty** - pozwala określić sposób wyznaczania czasu zakończenia wizyty przy jej autoryzacji. Na znajdującej się w nim liście rozwijalnej są do wyboru następujące pozycje: "Zakończ wizytę z czasem rzeczywistym", "Zakończ wizytę z czasem rzeczywistym bez wyświetlania komunikatu powiadomienia" oraz pusta wartość (domyślnie wybrana). W przypadku wyboru pustej wartości czas zakończenia wizyty będzie wyznaczany przez program na podstawie Terminarza.

Sekcja: Procedury medyczne

- **Uzupełnianie procedur** - służy do konfiguracji sposobu automatycznego dodawania procedur ICD-9, powiązanych z badaniami, przy dopisywaniu wyników badań do wizyty. Na znajdującej się w nim liście rozwijalnej dostępne są do wyboru następujące pozycje: "Dodaj procedury z datą wyniku", "Dodaj procedury z datą wizyty", "Nie dodawaj procedur", pusta wartość (domyślnie wybrana).
W przypadku ustawienia pustej wartości każdorazowo przy dopisywaniu do wizyty wyniku, posiadającego datę wcześniejszą niż data wizyty, wyświetli się okno, w którym użytkownik będzie musiał wskazać, czy dodawane procedury mają mieć datę wyniku, datę wizyty, czy też nie mają być w ogóle dodane. Dokładne informacje na ten temat zawiera rozdział [Dodanie wyniku badania](#).
Dla pozostałych wartości, wskazanych w omawianym polu, dodawanie procedur będzie wykonywane przez program automatycznie, zgodnie z ustawionym sposobem, bez wyświetlania dodatkowego komunikatu.

Sekcja: Dane medyczne

- **Podpowiadaj komórkę ze skierowania podczas podpisywania danych medycznych zawierających załącznik** - jego włączenie spowoduje, że przy podpisywaniu wyniku z załącznikiem, wprowadzanego w powiązaniu ze skierowaniem do danych medycznych pacjenta na zakładce wyników badań laboratoryjnych/diagnostycznych, pobytów uzdrowiskowych, hospitalizacji lub konsultacji, będzie podpowiadana komórka organizacyjna poradni, która wystawiła skierowanie. Komórka ta zostanie wyświetlona w dedykowanym polu na zakładce załączników w oknie dodawania wyniku.

18.2 Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu



Wybranie ikony **GABINET** ze strony startowej programu powoduje otwarcie okna *Lista pacjentów do gabinetu*. Użytkownik (będący lekarzem realizującym) zalogowany do programu, po wejściu do Gabinetu będzie widział listę pacjentów, którzy zostali do niego [zarejestrowani](#) w Terminarzu.

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

Lista pacjentów do gabinetu

Pacjent	ID...	Wiek	Umówiony na	Zarejestro...	Data wizyty	Czas ocze...	Wizyta	Rodzaj	Realizujący	Status	Uwagi
Kowalski Jan	173	55 lat	26-03-202...	26-03-20...		6 min	POZ		Nowak Jan	Do realizacji	
Kowalska Anna	44	55 lat	26-03-202...				POZ		Nowak Jan	Zaplanowana	
Kowalski Jan	173	55 lat	26-03-202...				POZ		Nowak Jan	Zaplanowana	
Nazwisko_12...	125	39 lat		26-03-20...	26-03-20...		POZ		Nowak Jan	W realizacji	

Kowalski Jan (M), 55 lat

INFORMACJE O PACJENCIE	DEKLARACJA I UBEZPIECZENIE	DANE MEDYCZNE I UWAGI
Adres: ██████████ Telefon: (brak) Upow.: Stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU Dokumentacja – BRAK DOKUMENTU Odbiór recept – BRAK DOKUMENTU	OW NFZ: Kraje UE eWUŚ: brak uprawnień do świadczeń Data podpisania: (brak) Do: (brak)	Uczulenia: wzwienne; jad owada Uwagi: (brak) Zaplanowane szczepienia: (brak)

Formatka podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie wyświetlana jest lista pacjentów, uporządkowana według planowanej godziny przyjęcia. 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". Jeżeli przed wejściem do gabinetu pacjent zgłosi się i rejestruje w punkcie przyjęć/rejestracji, to wówczas w kolumnie "Zarejestrowany" pojawi się stosowna adnotacja (data i godzina rejestracji), a status wizyty zmieni się na "Do realizacji". Na tym etapie można jeszcze zmienić lub odwołać każdą rezerwację korzystając z przycisków dostępnych w górnej części okna (tj. Zmień, Odwołaj).

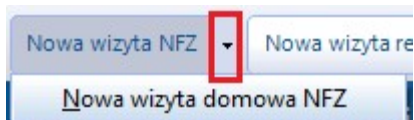
W wersji 10.3.0 aplikacji mMedica została dodana kolumna "Data wizyty", w której wyświetlana jest rzeczywista data i godzina rozpoczęcia wizyty.

W kolumnie "Czas oczekiwania" wyświetlana jest wartość zgodna z ustawieniem parametru **"Obliczaj czas oczekiwania wizyty na realizację od godziny"**, opisanego szczegółowo w rozdziale [Inne ustawienia](#). Ponadto w Konfiguratorze istnieje parametr, przy użyciu którego można wyróżniać na liście wizyty, które oczekują na realizację dłużej niż zdefiniowaną w nim ilość czasu. Mowa o opcji **"Wyróżniaj wizyty oczekujące na realizację dłużej niż ... (min)"** znajdującej się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Różne](#). Jeśli czas oczekiwania danej wizyty na realizację przekroczy wartość wprowadzoną w parametrze, wizyta ta zostanie oznaczona na liście czerwonym kolorem.

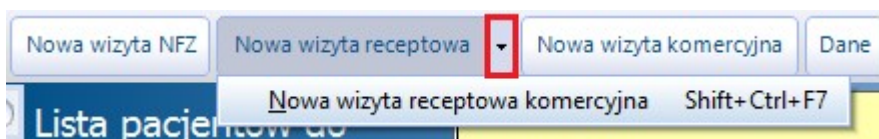
Z kolei w dolnym oknie formatki *Lista pacjentów do Gabinetu* wyświetlane są [podstawowe informacje](#) o pacjencie, jego ubezpieczeniu i danych medycznych.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu:

- **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).

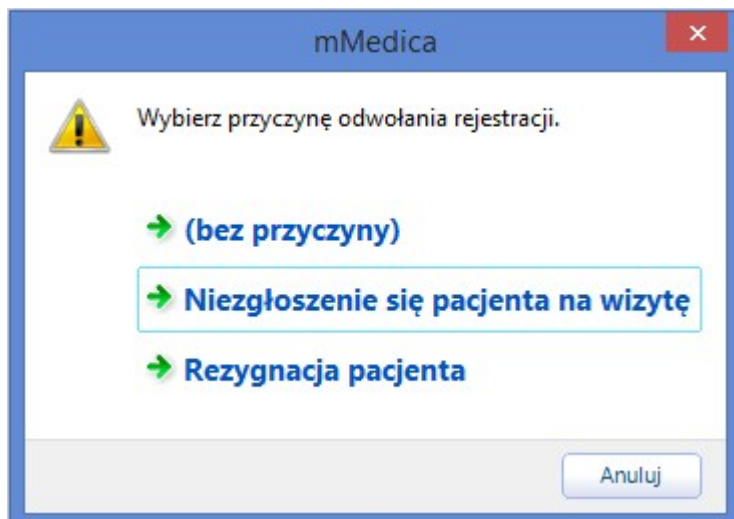


- **Nowa wizyta receptowa** - tworzy [wizytę receptową](#). W aplikacji umożliwiono tworzenie komercyjnych wizyt receptowych - użytkownicy posiadający dodatkowy Moduł Komercyjny, tworzą ją poprzez kliknięcie w element znajdujący się po prawej stronie przycisku i wybranie opcji **Nowa wizyta receptowa 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** - otwiera wizytę gabinetową. W przypadku wizyty w statusie "Zaplanowana/Do realizacji" wybranie przycisku spowoduje rozpoczęcie wizyty, a więc zmianę jej statusu na "W realizacji".
- **Dane rezerwacji** - otwiera okno rezerwacji terminu w celu dokonania zmiany danych rezerwacji/rejestracji. Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "Do realizacji".
- **Odwołaj** - odwołuje rezerwację i wycofuje rejestrację. Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "Zaplanowana/Do realizacji".

Po wybraniu przycisku zostanie otwarte okno dialogowe (zdz. poniżej), w którym wskazuje się przyczynę. Przyczyna odwołania odnotowywana jest na [liście rezerwacji](#).



- **Umów następną** - otwiera okno nowej rezerwacji w celu umówienia kolejnej wizyty wybranemu pacjentowi do tego samego lekarza.
- **Usuń** - usuwa wizytę. Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "W realizacji/Zrealizowana".
- **Rozlicz** - otwiera formatkę *Uzupełnianie świadczeń* w celu uzupełnienia danych rozliczeniowych wizyty.

Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "W realizacji/Zrealizowana".

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 lekarza.
- **Usunięta** - wizyta usunięta.
- **W realizacji** - wizyta rozpoczęta przez lekarza, 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 lekarza.
- **Zrealizowana** - wizyta, która została już zrealizowana i autoryzowana przez lekarza. W aplikacji wyświetlany jest status "**Zrealizowana, rozliczona**" dla wizyt, które zostały autoryzowane i posiadają dodaną co najmniej 1 pozycję rozliczeniową lub w przypadku wizyt komercyjnych - dodaną usługę.

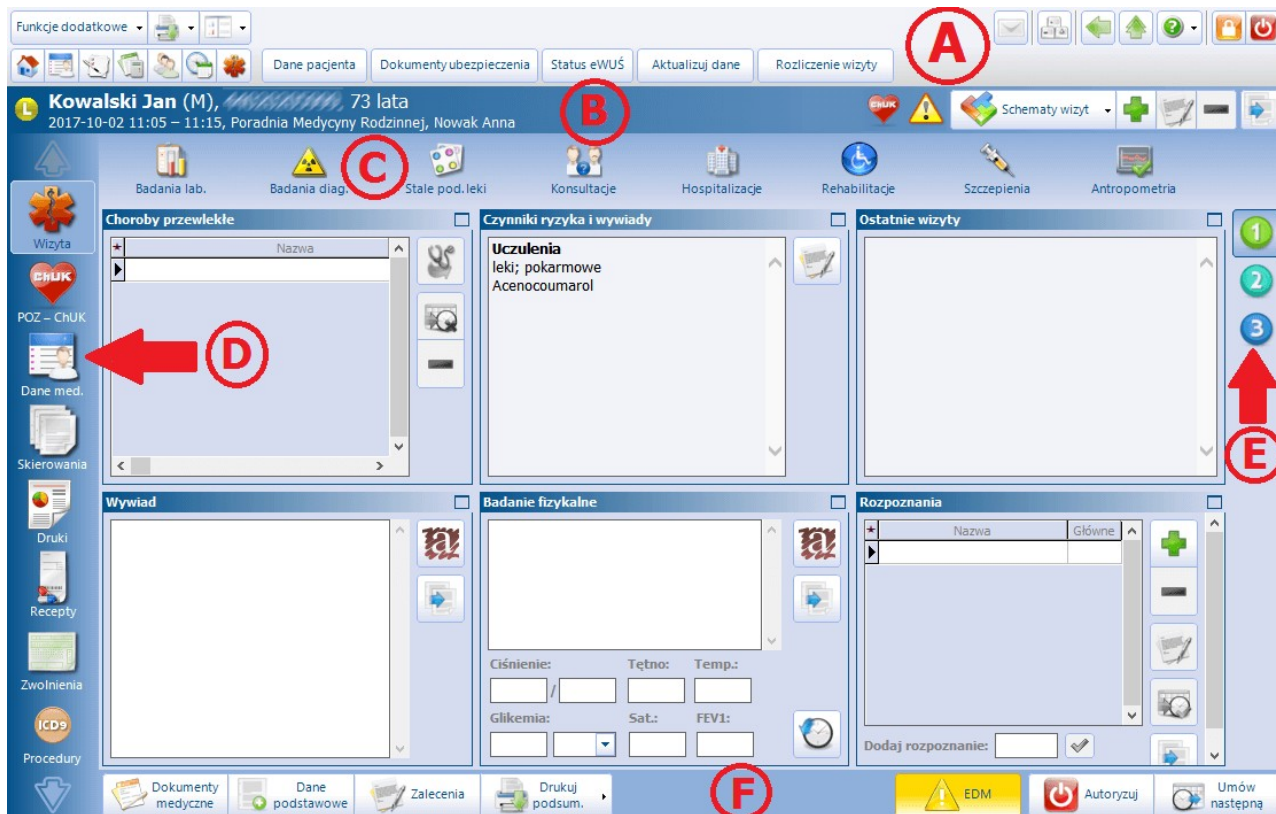
Po lewej stronie formatki znajduje się panel *Nawigacja*, przy użyciu którego można dokonać wyfiltrowania danych - może być to szczególnie przydatne przy długiej liście osób oczekujących do gabinetu. Za pomocą dostępnych filtrów można wyświetlić listę pacjentów m.in. na podstawie zaplanowanej daty wizyty,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

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

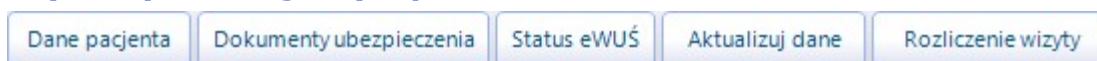
- **Wszyscy na dziś** - pacjentów w dniu dzisiejszym zapisanych do lekarza, który został wskazany we filtrze "Realizujący" (bez względu na status wizyty).
- **Zarejestrowani na dziś** - wszystkich pacjentów, którzy w dniu dzisiejszym zostali zarejestrowani do lekarza (status wizyty "Do realizacji").
- **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").

18.3 Omówienie formatki Gabinetu

Po wybraniu pacjenta z listy osób zarejestrowanych do poradni i lekarza (dwuklikiem lub poprzez użycie przycisku **Dane**) zostanie otwarta formatka wizyty. Formatka podzielona jest domyślnie na 6 okien, które zostały szczegółowo omówione w rozdziale: [Omówienie okna wizyty lekarskiej](#).



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.

Po prawej stronie okna znajdują się przyciski służące do obsługi schematów wizyty.



Sposób definicji i działania schematów wizyt w *Gabinecie* jest podobny jak w przypadku [schematów wizyt](#) w oknie uzupełniania świadczeń.

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

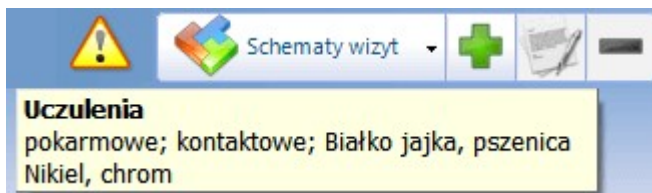
Dodatkowo mogą zostać wyświetlone nast. ikony:



- pacjent pierwszorazowy.



- ostrzega o występowaniu uczuleń, które zostały zaewidencjonowane w [czynnikiem ryzyka](#) w danych medycznych pacjenta. Po najechaniu kursorem na ikonę, wyświetlą się szczegółowe informacje o uczuleniach:



- pacjent zakwalifikowany do [profilaktyki ChUK](#)



- pacjentka zakwalifikowana do [profilaktyki](#) raka szyjki macicy



- pacjentka zakwalifikowana do profilaktyki raka piersi



- pacjent został objęty opieką nad chorymi przewlekle w ramach deklaracji wyboru lekarza POZ.

Wyświetlanie ikony zostało wycofane w wersji 9.7.0 aplikacji mMedica.

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. Pełny dostęp do [danych medycznych](#) pacjenta uzyskuje się poprzez wybranie ikony w lewym panelu formatki **(D)**.

Zawartość zakładki w górnym panelu okna jest zmienna, gdyż jest zależna od przycisku/funkcji wybieranej w lewym panelu formatki **(D)**.

D) Główny panel Gabinetu

Po lewej stronie formatki Gabinetu znajduje się główny panel z przyciskami. Wybór każdego z przycisków zmienia zawartość ekranu oraz listę zakładki w górnym panelu formatki, np. po wyborze przycisku **Skierowanie**, u góry ekranu użytkownik uzyska dostęp do nast. zakładki: Badania lab., Transport, Sanatorium, Do szpitala itd. Użytkownicy wersji PLUS (+) programu mMedica mają możliwość [ukrycia przycisków](#) na paskach nawigacji, z których nie korzystają w codziennej pracy.

Wszystkie funkcjonalności głównego panelu z przyciskami zostały szczegółowo omówione w dalszej części tego rozdziału.

E) Okna Gabinetu

Po prawej stronie formatki Gabinetu znajdują się przyciski, umożliwiające przełączanie się między oknami:

1. [Wizyty](#)
2. [Zabiegów](#)
3. [Soczewek okularowych](#)



F) Przyciski w dolnym panelu formatki

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



- **Dokumenty medyczne** - otwiera okno prezentujące wszystkie dokumenty medyczne pacjenta powiązane z wizytą. Wprowadzenie przed wizytą danych typu: wyniki badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji, skierowanie na wizytę, badania wstępne, powoduje, że po otwarciu wizyty jako pierwsze otworzy się okno *Dokumenty medyczne*, gdzie zostaną wyświetlone wcześniej wprowadzone dane. Celem jest powiadomienie lekarza o nowych, istotnych dla realizowanego świadczenia danych medycznych, które lekarz powinien obejrzeć oraz dopisać do e-dokumentacji. Wyniki dopisuje się do wizyty, używając przycisku **Dopisz do wizyty**. Nowe wyniki z wykonanych badań będą wyświetlane na czerwono, dopóki nie zostaną dopisane do wizyty.

- **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. W oknie danych podstawowych wizyty jest także możliwość uzupełnienia kodu świadczenia wg MZ.

Na podstawie opublikowanych zmian komunikatu I fazy (SWIAD), obowiązujących od 1.10.2021 r., dotyczących przesyłania dodatkowych danych porady pielęgniarstwa i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, została dodana sekcja **Porada pielęgniarstwa/położnej POZ**. W przypadku wizyty typu **POZ** realizowanej przez personel w rodzaju **Pielęgniarka** lub **Położna**, dla której został wybrany kod świadczenia **4 - Porada**, po rozwinięciu listy w polu "Zakres" wyświetlą się pozycje dla zakresu porady pielęgniarstwa lub położnej, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2020 r. (tabela 19 i 20). Wyboru pozycji dokonuje się poprzez ich zaznaczenie za pomocą kliknięcia w odpowiednie pole lewym przyciskiem myszy. Wybrane pozycje podpowiedzą się później w oknie uzupełniania danych rozliczenia wizyty na zakładce [Świadczenia POZ](#) oraz zostaną przesłane do NFZ podczas eksportu [I fazy](#). Aby eksport zawierał wszystkie wymagane dane, w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), w pozycji: [Komunikacja > Eksport](#) powinna być wybrana aktualnie obowiązująca wersja komunikatu I fazy (SWIAD).

Sekcja [Porada pielęgniarstwa/położnej POZ](#) jest również dostępna w oknie danych podstawowych wizyty realizowanej w module [Gabinet pielęgniarstwa](#).

Dane wizyty

1. Realizacja 2. Skierowanie 3. Dodatkowe dane do rozliczenia

Data od: 29-10-2021 09:38 do: 29-10-2021 09:53 Wizyta: POZ
 Komórka org.: Poradnia Miejsce real.: Porada ambulatoryjna
 Realizujący: Nowak Anna Przyjęcie: Bez skierowania

Świadczenie

Kod: 4 ... Porada
 Podtyp: Wersja: rozp. MZ 23.12.2019

Porada pielęgniarki/położnej POZ

Zakres: Wersja: rozp. MZ 11.09.2020

Nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska

Przyczyna zgłoszenia:
 Uzasadnienie odmowy:

Daty dla wizyty w miejscu przebywania świadczeniobiorcy

Przyjęcie zgłoszenia: Wyjazd: Powrót:

Zatwierdź Wyjście

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. Zawiera ono między innymi informację dla pacjenta o przepisanych na wizycie lekach wraz z dawkowaniem i stosowaniem, informację o wydanych na wizycie skierowaniach/drukach, terminie następnej wizyty (jeśli została już dokonana rezerwacja w Terminarzu). Ponadto lekarz może dopisać inne zalecenia dla pacjenta ręcznie lub korzystając ze schematów zaleceń.

Od wersji 9.4.0 aplikacji mMedica dla recept wystawionych z oznaczeniem "365 dni" prezentowana jest informacja o końcowej dacie ich realizacji.

Zalecenia można wydrukować na papierze w formacie recepty, A5, A4 lub korzystając z własnego szablonu.

W dolnej części okna zaleceń znajdują się parametry:

- **Wydruk skrócony** - zaznaczenie powoduje wydruk zaleceń w uproszczonej formie. W porównaniu z pełnym wydrukiem, wydruk skrócony zawiera ograniczone informacje dotyczące przepisanych na wizycie leków. Nie będą widniały na nim dane takie jak: odpłatność, uwagi, data realizacji. Pomijana jest również informacja o postaci leku i jego ilości w opakowaniu. Ponadto w nagłówku nie zostaną wydrukowane dane jednostki organizacyjnej.

Zaznaczenie tego parametru jest zapamiętywane i podpowiadane w kontekście użytkownika.

- **Rozpoznanie główne** - pozwala określić, czy na wydruku zaleceń ma być widoczne rozpoznanie główne.
- **Zalecenia ze skierowań** - określa, czy wydruk ma zawierać zalecenia zamieszczone na wystawionym skierowaniu na badania laboratoryjne lub diagnostyczne.
- **Stale podawane leki** - służy do określenia, czy wydruk ma obejmować stale podawane leki.

Na zaleceniach wyświetlają się kody dostępu prawidłowo przesłanych e-Recept oraz e-Skierowań, a także identyfikator elektronicznego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

- **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 formacie A4, A5, A5 - poziomo lub korzystając z własnego szablonu. Istnieje również możliwość wydruku uproszczonego podsumowania wizyty, zawierającego mniejszą ilość informacji - w tym celu należy zaznaczyć parametr "**Czy druk uproszczony**" w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Wydruki różne](#).

W wersji 9.8.0 aplikacji mMedica w ramach modułu „Opieka Koordynowana” na wydruku „Podsumowania wizyty pacjenta”, dodano informację o utworzeniu Indywidualnego Planu opieki medycznej (IPOM). W przypadku edycji danych IPOM, w ramach kolejnych wizyt pacjenta, informacja o modyfikacji jest również uwzględniona w danych niniejszego wydruku.


- **Autoryzuj** - zapisuje wizytę, która otrzyma status "Zrealizowana".
- **Umów następną** - otwiera okno *Rezerwacja terminu* w celu zarezerwowania terminu kolejnej wizyty.

18.4 Funkcje dodatkowe Gabinetu

W lewym górnym rogu formatki *Lista pacjentów do Gabinetu* oraz Gabinetu znajduje się menu Funkcje dodatkowe, po rozwinięciu którego można skorzystać z następujących funkcji:

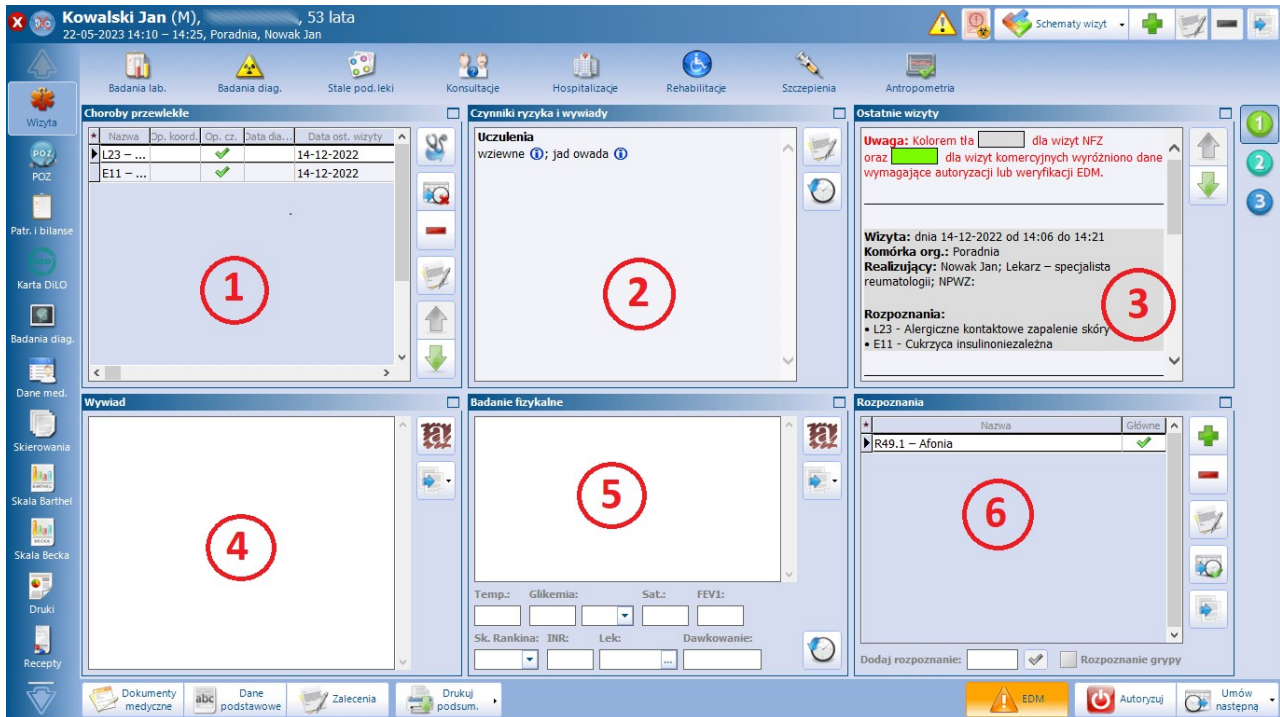
- Uzyskanie informacji o [historii](#) wizyt pacjenta.
- [Rejestr wystawionych e-Skierowań](#) - od wersji 10.7.0 aplikacji mMedica
- Przegląd [zwolnień](#) lekarskich, jakie zostały wystawione pacjentom na wizycie realizowanej w Gabinetecie.
- Podgląd słownika badań diagnostycznych wykorzystywanego w Gabinetecie do wystawiania skierowań.
- Podgląd słownika badań laboratoryjnych wykorzystywanego w Gabinetecie do wystawiania skierowań.
- Podgląd i edycja słownika grup dyspanseryjnych - na podstawie dokonanych powiązań rozpoznań z wybraną grupą dyspanseryjną, pacjent zostanie do niej przyporządkowany.
- Podgląd zbiorczego słownika leków, na który składa się słownik leków własnych, recepturowych oraz Pharmindex, z możliwością dodania nowego leku własnego lub recepturowego.
- Podgląd słownika procedur ICD-9.
- Dostęp do słownika rozpoznań ICD-10.




Po wybraniu przycisku  można dokonać wydruk podsumowania wizyty w formacie A4 lub A5 dla pacjenta zaznaczonego na liście, któremu zrealizowano wizytę. Istnieje również możliwość zbiorczego wydruku podsumowania wizyt kilku pacjentów. W tym celu należy zaznaczyć na liście pacjentów do Gabinetu kilka rekordów (poprzez przytrzymanie przycisku CTRL na klawiaturze i lewy przycisk myszy) i wybrać jedną z opcji wydruku podsumowania. Warunkiem poprawnego działania funkcjonalności jest posiadanie uprawnienia "Przegląd danych medycznych pacjenta" w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne > Dane medyczne](#).

18.5 Omówienie okna wizyty lekarskiej

Po wybraniu pacjenta z listy osób zarejestrowanych do poradni i lekarza (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.



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. W kolumnie "**Data diagnozy**" można wprowadzić datę zdiagnozowania choroby przewlekłej. W kolumnie "**Data ost. wizyty**" wyświetlana jest data ostatniej wizyty, na której zaewidencjonowano rozpoznanie oznaczone jako choroba przewlekła.

Znaczenie przycisków znajdujących się po prawej stronie okna:



Dodaj do rozpoznań - rozpoznanie oznaczone jako choroba przewlekła zostanie dodane jako rozpoznanie główne w bieżącej wizycie.




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 - wyświetli się okno do wprowadzenia opisu choroby przewlekłej.


Pozycja, dla której zostanie wprowadzony, będzie oznaczona symbolem . Aby podejrzeć treść wprowadzonego opisu, należy najechać na ikonkę symbolu kursorem myszy. W celu jego edycji należy skorzystać z omawianego przycisku.



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 dyspenseryjnych, informacje o przeprowadzonych wywiadach środowiskowych itd.

Lekarz może zdecydować, które ze zgromadzonych informacji są dla niego istotne i podjąć decyzję o ich ukryciu, bądź wyświetleniu w oknie wizyty gabinetowej. Dokonuje się tego, poprzez zaznaczenie  wybranej kategorii w danych medycznych pacjenta.

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. Ilość wyświetlanych wizyt definiuje się w [Konfiguratorze](#) programu.

Okno zawiera dwa przyciski, umożliwiające pokazywanie kolejnych/poprzednich wizyt zgodnie z ilością określoną w Konfiguratorze.

Ponadto, w przypadku poradni POZ i specjalistycznych wyświetlane są komunikaty o wystawieniu dokumentu "Informacja dla lekarza kierującego/POZ":

- a) **na wizycie POZ** - komunikaty o braku wystawienia dokumentu wyświetlane są czerwoną czcionką odrębnie dla każdego skierowania. W nagłówku wyświetlana jest nazwa poradni, do której został skierowany pacjent oraz rozpoznanie wybrane na skierowaniu (zdz. powyżej).

Jeśli lekarz specjalista wystawi dokument, na wizycie POZ wyświetlane będą nast. informacje wyróżnione niebieską czcionką: nazwa poradni specjalistycznej, rozpoznanie, data wystawienia dokumentu oraz wytyczne dla dalszego postępowania medycznego (zdz. poniżej).

W Konfiguratorze dostępny jest [parametr](#) warunkujący wyświetlanie tych informacji na wizycie POZ: "Pokaż ostatnio wystawione informacje dla lekarza kierującego/POZ w wizycie POZ".

- b) **na wizycie specjalistycznej** - realizowanej w trybie przyjęcia "Ze skierowaniem" lub "Kontynuacja ze skierowaniem" wyświetlany jest komunikat o braku wystawienia dokumentu, wyróżniony czerwoną czcionką.

Po wystawieniu dokumentu zostanie wyświetlona informacja o dacie wystawienia dokumentu oraz wytycznych dla dalszego postępowania medycznego. **Od wersji 10.6.0 aplikacji mMedica, jeżeli ostatnia informacja dla lekarza kierującego została wystawiona ponad rok temu, dane jej dotyczące będą prezentowane na czerwono.**

Ostatnia wystawiona informacja dla lekarza kierującego/POZ

Poradnia alergologiczna (146 – Stan astmatyczny)

Data: 2018-01-02 (dzisiaj)

Wytyczne: Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej

4) Wywiad

Przygotowane okno tekstowe służy do wprowadzania informacji z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem. Tekst można wprowadzić ręcznie, skopiować z poprzedniej wizyty lub skorzystać z szablonów [tekstów standardowych](#).

Znaczenie przycisków znajdujących się po prawej stronie okna:



Szablony tekstów standardowych - otwiera okno *Teksty standardowe-wywiad* w celu wybrania gotowego tekstu i zamieszczenia go w oknie.



Kopiuj z poprzedniej wizyty - kopiuje wywiad z poprzedniej wizyty tego pacjenta, realizowanej w tej samej komórce organizacyjnej. Na przycisku dostępna jest lista rozwijalna zawierająca następujące pozycje:

- **"Kopiuj z poprzedniej wizyty"** - jej wybór wywołuje działanie, które jest domyślnie przypisane do przycisku.
- **"Kopiuj z wybranej wizyty..."** - umożliwia kopiowanie wywiadu z wcześniejszych wizyt pacjenta zrealizowanych w dowolnej komórce organizacyjnej i przez dowolnego lekarza. Po jej wyborze otworzy się okno umożliwiające wyszukanie wizyt pacjenta zrealizowanych w zadanym okresie czasu, przez wskazanego lekarza, we wskazanej komórce organizacyjnej (domyślnie w filtrach podpowiadane są dane z bieżącej wizyty). Ich lista wyświetli się w oknie. Po zaznaczeniu odpowiedniej wizyty w polu obok widoczna będzie treść wprowadzonego na niej wywiadu (zdj. poniżej).

Lista wywiadów z poprzednich wizyt

Data od - do: [] Realizujący: Nowak Anna Komórka org.: Poradnia

Data wizyty	Komórka org.	Realizujący
29-09-2022	Poradnia	Nowak Anna
29-09-2022	Poradnia	Nowak Anna

tekst 1

Wybierz Wyjście

Aby dodać go do okna wywiadu bieżącej wizyty, należy nacisnąć **Wybierz**.

Na dole okna wywiadu dodano pole "Cięża", wyświetlane tylko na wizycie realizowanej kobiecie. W celu uzupełnienia informacji o ciąży należy wybrać odpowiednią wartość z dostępnej w nim listy rozwijalnej (zdj. poniżej).

Cięża: Niepotwierdzona

5) Badanie fizykalne

Przygotowane okno tekstowe służy do wprowadzania informacji z przeprowadzonego badania fizykalnego. Dodatkowo w dolnej części okna dodano pola do wprowadzania danych z pomiaru ciśnienia, tętna, glikemii, temperatury ciała pacjenta i saturacji, a także do ewidencji wyniku spirometrii (FEV1), wyniku INR i

dawkowania leków przeciwkrzepliwych (pola "Dawkowanie" oraz "Lek", które odwołuje się do słownika stale podawanych leków pacjenta).

W omawianym miejscu dodano także pole dla ewidencji oceny pacjenta wg skali Rankina. Zawiera ono listę rozwijalną, z której użytkownik wybiera odpowiednią wartość z zakresu od 0 do 5.

Użytkownicy wykorzystujący do pracy Moduł Personalizacyjny mają [możliwość zdefiniowania](#), które pola do wprowadzania danych będą wyświetlane w oknie *Badanie fizykalne*.

Jeśli zdefiniowano w aplikacji [powiązania dla procedur ICD-9](#), to uzupełnienie ciśnienia lub glikemii spowoduje automatyczne dodanie powiązanej procedury ICD-9 na wizycie pacjenta.

Znaczenie przycisków:




Kopiuj z poprzedniej wizyty - kopiuje badanie fizykalne z poprzedniej wizyty pacjenta, realizowanej w tej samej komórce organizacyjnej. Istnieje także możliwość kopiowania badania fizykalnego z wizyt pacjenta zrealizowanych w dowolnej komórce organizacyjnej i przez dowolnego lekarza. Sposób korzystania z tej funkcjonalności jest analogiczny jak dla sekcji wywiadu, opisanej w punkcie 4).



Historia badań fizykalnych - otwiera okno *Historia...* w celu podejrzenia pomiarów zaewidencjonowanych na poprzednich wizytach pacjenta.


6) Rozpoznanie

W oknie ewidencjonuje się rozpoznania, jakie zostały postawione podczas wizyty lekarskiej. Można tego dokonać w nast. sposób:

- Poprzez wybranie przycisku  i wybranie odpowiedniej pozycji ze słownika.
- Poprzez ręczne wpisanie kodu ICD-10 w polu "Dodaj rozpoznanie" i zatwierdzenie przyciskiem Enter na klawiaturze.
- Poprzez skopiowanie rozpoznania z poprzedniej wizyty pacjenta zrealizowanej w tej samej komórce



org. za pomocą przycisku **Kopiuj z poprzedniej wizyty**. Od wersji 10.9.0 aplikacji mMedica po rozwinięciu listy na przycisku istnieje możliwość wyboru opcji kopiowania rozpoznania z dowolnej wizyty pacjenta (opcja "**Kopiuj z wybranej wizyty...**" - działanie analogiczne jak w oknie wywiadu).

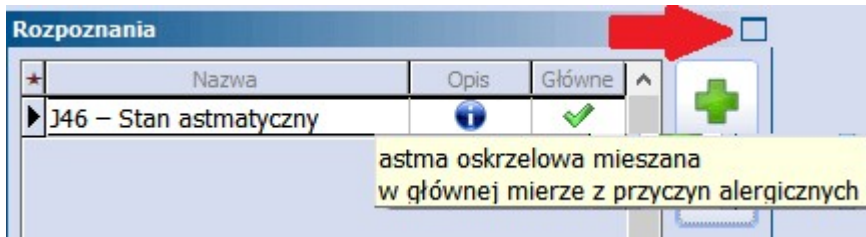
W przypadku wprowadzenia więcej niż 1 rozpoznania na wizycie, istnieje możliwość oznaczenia wybranego rozpoznania jako głównego. Aby oznaczyć rozpoznanie jako główne należy kliknąć myszką w kolumnie "**Główne**", co spowoduje oznaczenie rozpoznania .

Znaczenie przycisku:




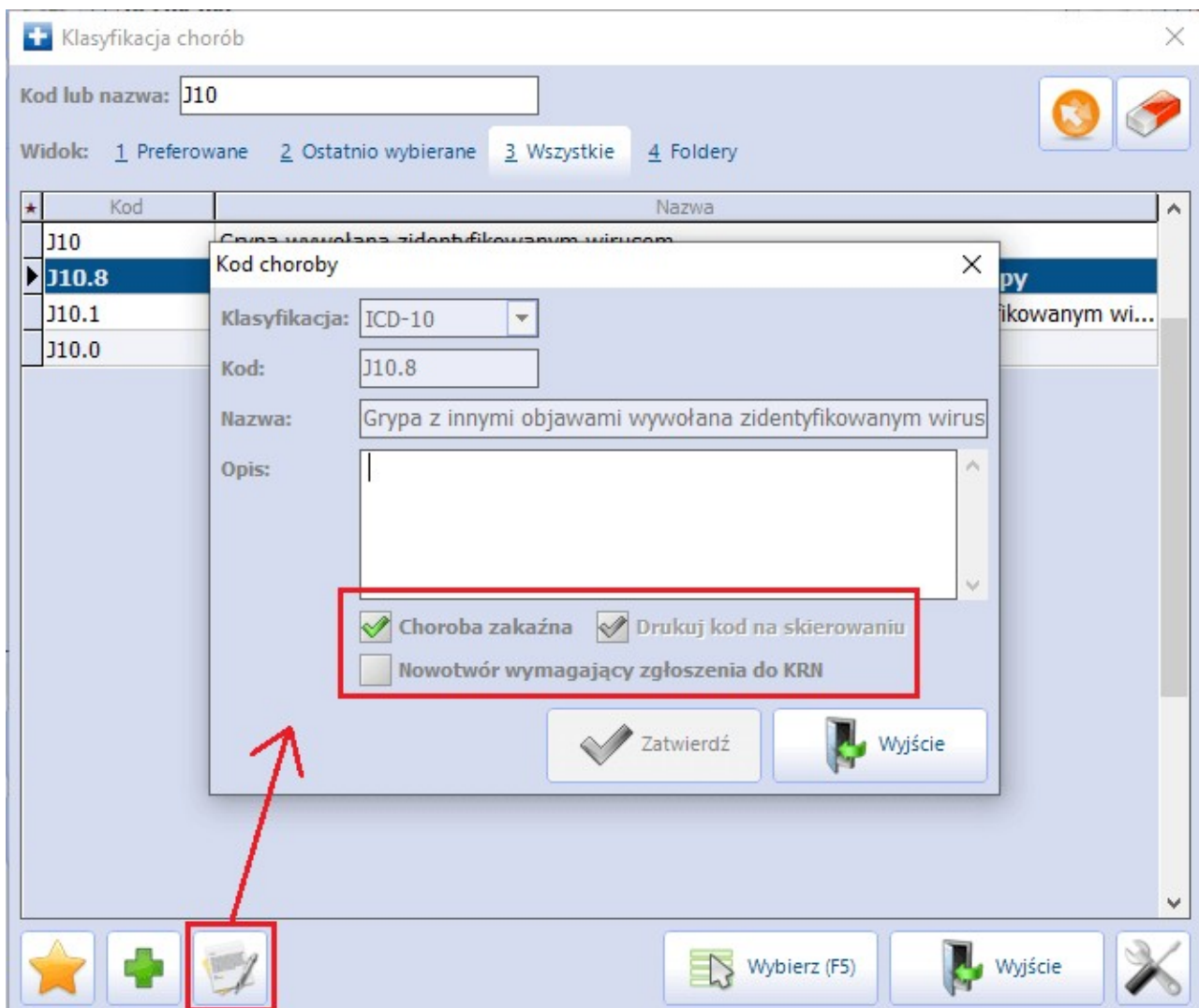
Opis rozpoznania - umożliwi precyzyjne opisanie rozpoznania pacjenta w dodatkowym oknie. Rozszerzony opis będzie wyświetlany na wszystkich formatkach wizyty gabinetowej, w których występuje pole z rozpoznaniem oraz drukowany na nast. dokumentach: historia wizyt, podsumowanie wizyty, zalecenia, karta ciąży. W oknie *Rozpoznanie* zostanie dodana kolumna "Opis", a po najechnaniu kursorem

myszki na ikonę  wyświetli się pełny opis rozpoznania.



Dodaj do chorób przewlekłych - oznacza zaznaczone rozpoznanie jako chorobę przewlekłą. Tak oznaczone rozpoznanie będzie występowało na liście chorób przewlekłych w każdej kolejnej wizycie tego pacjenta.

Po otwarciu słownika rozpoznań poprzez przycisk  i przejściu do danych wybranego rozpoznania, jest możliwość zaznaczenia, że dotyczy ono choroby zakaźnej (parametr **Choroba zakaźna**).



Dla niektórych rozpoznań powyższy parametr został w programie włączony domyślnie.

Po wybraniu rozpoznania oznaczonego jako choroba zakaźna zostanie wyświetlone powiadomienie o konieczności zgłoszenia rozpoznania do odpowiedniej jednostki epidemiologicznej oraz możliwość przejścia do okna formularza zgłoszenia choroby zakaźnej w celu jego wypełnienia. Dokładniejsze informacje na ten temat zawarte są w rozdziale [Druki](#).

W danych rozpoznania istnieje możliwość zaznaczenia, że dotyczy ono nowotworu wymagającego zgłoszenia do KRN (opcja włączona domyślnie dla pewnej grupy rozpoznań). Wybór tak oznaczonego rozpoznania spowoduje wyświetlenie komunikatu:

Wybrane rozpoznanie " " kwalifikuje do wystawienia karty zgłoszenia nowotworu.
Czy chcesz przejść do edycji karty?

Tak Nie

Wybór przycisku **Tak** spowoduje otwarcie formularza karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

Na dole okna *Rozpoznania* znajduje się parametr "**Rozpoznanie grypy**", niezaznaczony i nieaktywny do edycji w przypadku wizyty innej niż "POZ" i "NiŚOLiP", niezależnie od wskazanego rozpoznania.

Dla wizyty typu "POZ" lub "NiŚOLiP" zasada jego działania jest następująca:

1. Po wyborze rozpoznania o kodzie J09, J10 lub J11 pole to jest domyślnie zaznaczone bez możliwości edycji.
2. Jeżeli zostało wybrane rozpoznanie o kodzie B34.9, J00, J01.9, J02.9, J03.9, J04, J06, J12.9, J18, J20.9, J21.9, J22, J40, M79.1, R05, R06.0, R06.2, R06.5, R06.7, R06.8, R07.0, R07.1, R40.0, R50.8, R50.9, R51, R53, R56.0 lub R65, pole to jest aktywne do edycji - o jego zaznaczeniu decyduje użytkownik.
3. Dla rozpoznań innych niż wyżej wymienione pole to jest niezaznaczone i zablokowane do edycji.

Zaznaczenie pola ma wpływ na wartości generowane w sprawozdaniu MZ-55. Dokładne informacje na ten temat zawarte są w instrukcji obsługi modułu "Dane do sprawozdań MZ/GUS", w rozdziale "Sprawozdanie MZ-55".

W aplikacji mMedica wprowadzono oznaczanie kolorami rozpoznań dotyczących wielochorobowości (szczegółowy opis w rozdziale [Wielochorobowość](#)).

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 (zdz. powyżej).

18.5.1 Wielochorobowość

W związku z publikacją zarządzeń 163/2022/DSOZ oraz 124/2022/DSOZ, zawierających informację o specjalnym dodatku za tzw. wielochorobowość pacjenta, w wersji 9.7.0 aplikacji mMedica zostały wprowadzone zmiany dotyczące prezentacji rozpoznań, a także ich sprawozdawania do Narodowego Funduszu Zdrowia w przypadku pacjenta z wielochorobowością z obszaru grup chorobowych (dziedzinowych) określonych w zarządzeniach, takich jak:

- Kardiologia
- Endokrynologia
- Diabetologia
- Pulmonologia

Na podstawie zarządzenia 156/2023/DSOZ z dnia 2 listopada 2023 r. w wersji 9.10.0 programu zaktualizowano listę rozpoznań objętych wspomnianymi wyżej zmianami. Uwzględniona została także nowa grupa dziedzinowa:

- Nefrologia

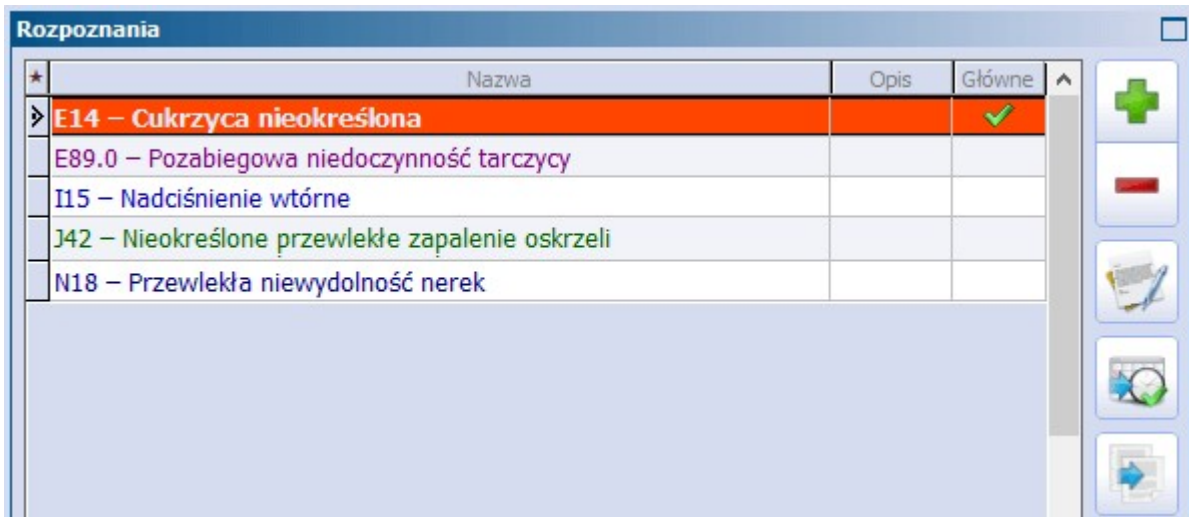
Omawiany mechanizm działa dla wizyty otwartej w Gabinetzie lekarza lub w module "Gabinet pielęgniarki", jeżeli spełnione są równocześnie następujące warunki:

1. Wizyta jest typu POZ lub NiŚOLiP (wartość wskazana w polu "Wizyta" w oknie danych podstawowych wizyty).
2. Wizyta jest realizowana w ramach NFZ (nie jest wizytą komercyjną).
3. W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)) w pozycji: [Gabinet > Różne](#) jest włączony

parametr "**Kontroluj rozpoznania wielochorobowości w wizytach POZ**".

W przypadku spełnienia powyższych warunków po wprowadzeniu na wizycie w oknie *Rozpoznania* pozycji należących do listy rozpoznań, powiązanych z określonymi grupami dziedziny, zawartej w załączniku do zarządzenia, zostaną one oznaczone na liście odpowiednimi kolorami (odrębna kolorystyka dla poszczególnych grup dziedziny).

Poniższe zdjęcie prezentuje przypadek wyboru po jednym rozpoznaniu z każdej grupy.




Ponadto (przy spełnieniu wspomnianych warunków) podczas eksportu [I fazy](#) program zweryfikuje, czy wizyta zawiera rozpoznania należące do którejś z grup. Jeżeli tak, eksport obejmie w pierwszej kolejności takie rozpoznania, po jednym z każdej grupy, uwzględniając dopuszczalną liczbę rozpoznań możliwą do sprawozdania komunikatem SWIAD (rozpoznanie główne i maksymalnie 5 rozpoznań współistniejących, w przypadku wizyty POZ - [od wersji komunikatu SWIAD 11;11,1, udostępnionej w aktualizacji 9.11.0](#)).


Uwaga! Opisana funkcjonalność nie dotyczy wizyt receptowych.

18.6 Wizyta lekarska

18.6.1 Utworzenie karty ChUK

W Gabinetnie lekarskim istnieje możliwość ewidencji karty ChUK, dostępnej po wybraniu ikony **POZ** w głównym panelu Gabinetu, a następnie zakładki **Karta profilaktyki ChUK**. Aby wspomniana ikona była dostępna, wizyta musi mieć wskazany rodzaj "POZ" (wartość w polu "Wizyta" w oknie danych podstawowych).

Potwierdzeniem kwalifikacji pacjenta do programu profilaktyki ChUK jest wyświetlenie ikony  w górnym panelu formatki Gabinetu (na pasku z prezentowanymi podstawowymi danymi pacjenta). Ikonka będzie wyświetlana, jeśli pacjent został zakwalifikowany do profilaktyki ChUK - na podstawie zacytowanej do aplikacji [listy osób zakwalifikowanych](#) w programie.

Po przejściu do okna zostanie wyświetlona pusta formatka karty do uzupełnienia. Jeśli karta nie istnieje jeszcze w systemie, należy ją dodać za pomocą przycisku . W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica został zniesiony wymóg posiadania złożonej, aktywnej deklaracji do lekarza POZ. Obecnie, w przypadku gdy pacjent nie ma złożonej deklaracji do lekarza/pielęgniarki POZ, przy dodawaniu karty wyświetlany jest


komunikat w formie miękkiej walidacji:

"Brak złożonej deklaracji do lekarza lub pielęgniarki POZ. Kontynuować?"

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność automatycznego pobierania bezpośrednio z systemu SIMP, przy dodawaniu karty, informacji o zakwalifikowaniu pacjenta do profilaktyki ChUK. Warunkiem jest posiadanie przez użytkownika dostępu do systemu SIMP i jego odpowiednia konfiguracja w danych użytkownika na zakładce [eRejestracja / Systemy NFZ](#).

Ponadto powinny być spełnione następujące kryteria:

- W ciągu ostatnich 5 lat pacjent nie miał wystawionej karty ChUK.
- Pacjent nie posiada żadnej wizyty z rozpoznaniem z grup: N18, E10, E11, E12, E13, E14, I11, I12, I13, I20, I21, I22, I23, I24, I25, I50, I63, I64, I65, I66, I67.2, I70, I71 (zakres rozpoznań uaktualniony w wersji 10.6.0 aplikacji mMedica).
- Pacjent jest w przedziale wiekowym od 35 do 65 lat na dzień udzielania świadczenia.

Jeśli na wcześniejszej wizycie pacjenta dodano już kartę ChUK, to dane z karty zostaną podpowiadane, a przycisk  będzie powodował dodanie kolejnej wizyty do karty. Każdy lekarz POZ może edytować kartę, która została wystawiona przez innego lekarza.

Część danych w polach znajdujących się na formatce podpowiadana jest przez program automatycznie na podstawie danych, które zostały wcześniej zaewidencjonowane np.:

Sekcja: Obciążenia rodzinne i Papierosy

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

Sekcja: Badanie fizykalne

Dane podpowiadane z karty badania antropometrycznego uzupełnianego na wizycie gabinetowej. W przypadku braku uzupełnienia tych danych na wizycie podpowiedzą się one dla nowo dodanej karty z danych medycznych pacjenta, jeżeli istnieje w nich wynik takiego badania z datą równą dacie wizyty.

Sekcja: Ciśnienie i tętno

Dane podpowiadane z okna *Badanie fizykalne* uzupełnianego na formatce "Wizyta". W przypadku braku uzupełnienia tych danych na wizycie podpowiedzą się one z wyniku badania wstępnego istniejącego w danych medycznych pacjenta, posiadającego datę równą dacie wizyty.

Wartość średnia wyliczana jest na podstawie II oraz IV pomiaru.

Sekcja: Badania biochemiczne

W polach będą podpowiadane wyniki z wykonanych badań, jeśli do realizowanej wizyty zostały przypisane wyniki badań laboratoryjnych dot. cholesterolu, trójglicerydów i glukozy.

Na podstawie wprowadzonych danych w sekcji *Ocena ryzyka chorób układu krążenia* obliczane jest ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego według algorytmu SCORE. Wynik wyrażony jest w procentach i z odpowiednim oznaczeniem kolorystycznym, obrazującym ryzyko zgonu w ciągu następnych 10 lat.

Po przeprowadzeniu wszystkich koniecznych badań oraz po uzyskaniu wyniku wg skali SCORE można

dokonać zamknięcia karty za pomocą przycisku . Po zamknięciu karty ChUK można otworzyć ją

ponownie do edycji, poprzez wybranie przycisku **Otwórz do edycji**  (przycisk pojawi się w miejscu przycisku zamknięcia karty). Po zamknięciu karty nie ma możliwości jej usunięcia.

Od wersji 9.5.0 aplikacji mMedica w oknie **podpowiadane są dane karty utworzonej dla pacjenta w Gabinetcie pielęgniarki**. Więcej informacji ten temat znajduje się w instrukcji obsługi modułu "Gabinet pielęgniarki", w rozdziale "Karta profilaktyki ChUK".

Istnieje możliwość dodania do karty ChUK załącznika poprzez bezpośrednie zeskanowanie go do bazy lub wskazanie pliku z danego miejsca na dysku. Sekcja dodawania załącznika zlokalizowana jest w dolnej części okna edycji karty.

W aplikacji mMedica dostępny jest raport wykazujący wizyty, w ramach których utworzono karty ChUK. Raport o nazwie **"Wizyty, w ramach których realizowane były karty ChUK"** znajduje się w: [Księgi i raporty > Raporty definiowane > Wykazy > Świadczenia > Wizyty](#).

W aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność [eksportu kart ChUK](#) do pliku xml (możliwego do

zaimportowania w systemie SIMP).

18.6.1.1 Eksport kart ChUK

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Eksport kart ChUK](#)

W aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność eksportu kart ChUK do pliku xml, możliwego do zaimportowania w systemie SIMP. Ponadto w wersji 10.7.0 aplikacji mMedica w ramach modułu dodatkowego [Wsparcie rozliczeń](#) umożliwiono wysłanie kart ChUK bezpośrednio do systemu SIMP.

Aby eksport był możliwy, użytkownik musi posiadać w swoich danych w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#)) na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi "Komunikacja" włączone uprawnienie **"Eksport kart ChUK"**. Oprócz tego wymagane jest wprowadzenie danych dostępowych dla komunikacji z systemem SIMP w danych użytkownika na zakładce [eRejestracja / Systemy NFZ](#).

Omawiana funkcjonalność dotyczy kart, które zostały zamknięte. W celu wykonania ich eksportu należy przejść do okna *Eksport kart ChUK*, znajdującego się w wyżej zamieszczonej ścieżce, przedstawionego na poniższym zdjęciu.

Okno to zawiera następujące pola (dostępne w panelu górnym):

- **Ścieżka pliku eksportu** - służy do ustawienia ścieżki zapisu tworzonego pliku.
- **Miesiąc od - do** - określa zakres miesięcy, w którym mają się zawierać daty wystawienia eksportowanych kart.
- **Numer umowy** - w przypadku jego uzupełnienia sprawdzane jest powiązanie ze wskazaną umową pierwszych wizyt dopisanych do kart.
- **Kody komórek** - po jego wypełnieniu eksport uwzględni tylko karty, których pierwsze wizyty były realizowane we wskazanych komórkach organizacyjnych.

Program weryfikuje powiązanie w umowie kodów komórek, w których realizowano karty ChUK, z zakresem świadczeń **1.0032.180.11 (ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNIARKI POZ W RAMACH REALIZACJI PROFILAKTYKI ChUK)** lub **01.0010.107.11 (ŚWIADCZENIA LEKARZA W POZ W RAMACH REALIZACJI PROFILAKTYKI ChUK)**. Karty, dla których takie powiązanie nie istnieje, są pomijane przy eksporcie.

W przypadku zaznaczenia parametru **"Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia"** w eksporcie uwzględnione zostaną karty bez statusu eksportu, a także posiadające status eksportu "Wyeksportowana" lub "Błąd importu w SIMP". Jeżeli parametr nie będzie zaznaczony, eksport obejmie tylko pozycje, które nie posiadają statusu eksportu. Statusy eksportu kart ChUK zostały szczegółowo opisane w rozdziale [Rejestr wypełnionych kart badania ChUK](#).

Po wyborze przycisku **Eksportuj** rozpocznie się proces eksportu do pliku xml danych zamkniętych kart spełniających określone kryteria. O jego przebiegu użytkownik będzie informowany za pomocą odpowiednich komunikatów, wyświetlanych w oknie.

Podczas powyższej operacji nawiązane zostanie połączenie z systemem SIMP w celu pobrania wygenerowanych przez niego identyfikatorów badań, wymaganych przez plik.

Od wersji 10.7.0 aplikacji mMedica w ramach modułu dodatkowego "Wsparcie rozliczeń" dostępny jest

parametr **"Wyślij do SIMP"**. W przypadku jego zaznaczenia skorzystanie z przycisku **Eksportuj** spowoduje wysłanie pliku eksportu kart ChUK bezpośrednio do systemu SIMP.

Przy braku zaznaczenia wspomnianego wyżej parametru utworzony podczas eksportu plik, zapisany w zdefiniowanej ścieżce, należy pobrać i zaimportować w systemie SIMP.

W przypadku wystąpienia w pliku eksportu błędnych pozycji w systemie SIMP zostanie wygenerowany stosowny raport, który z kolei należy zaimportować w programie mMedica po przejściu do okna importu danych ([Komunikacja > Import danych](#)) za pomocą przycisku **Import z pliku**.

Statusy eksportu kart oraz treści komunikatów błędów prezentowane są w [Rejestrze wypełnionych kart badania ChUK](#). W rejestrze tym udostępniono możliwość eksportu wybranych kart ChUK.

18.6.2 Skale ocen

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > Skale ocen](#)

Od wersji 10.9.0 aplikacji mMedica ewidencja skal ocen w danych wizyty możliwa jest po wyborze w panelu głównym ikony **Skale ocen**.

18.6.2.1 Skala Barthel

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność oceny samodzielności i sprawności ruchowej pacjenta poprzez uzupełnienie skali Barthel. [Od wersji 10.9.0 aplikacji mMedica jest ona dostępna po wyborze ikony Skale ocen](#)



ocen, a następnie zakładki [Skala Barthel](#) (zdz. poniżej).

Skala Barthel pomaga określić, jakie czynności chory jest w stanie wykonywać samodzielnie i w jakim zakresie potrzebuje pomocy. Wywiad z pacjentem przeprowadza lekarz (np. geriatra) lub/oraz pielęgniarka środowiskowa w celu określenia, czy pacjent wymaga skierowania do ośrodka opieki długoterminowej.

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 a web-based application for medical assessment. At the top, three scale selection buttons are visible: "Skala Barthel" (highlighted with a red box), "Skala Becka", and "Skala HAS-BLED". The main content area is divided into several sections with radio button options:

- Wchodzenie i schodzenie po schodach**
 - 0 – Nie jest w stanie
 - 5 – Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie
 - 10 – Samodzielny
- Ubieranie się i rozbieranie**
 - 0 – Zależny
 - 5 – Potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy
 - 10 – Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.
- Kontroloowanie stolca/zwieracza odbytu**
 - 0 – Nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw
 - 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)
 - 10 – Panuje, utrzymuje stolec
- Kontroloowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego**
 - 0 – Nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny
 - 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)
 - 10 – Panuje, utrzymuje mocz

Wynik kwalifikacji

Liczba punktów: Pacjent wymaga skierowania: Do pielęgniarstwa długoterminowej domowej Do zakładu opiekuńczego

Uwagi

At the bottom, there is a navigation bar with buttons: "Dokumenty medyczne", "Dane podstawowe", "Zalecenia", "Drukuj...", "EDM", "Autoryzuj", and "Umów następną". The "Skale ocen" button in the left sidebar is also highlighted with a red box.

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

18.6.2.2 Skala Becka

W oknie wizyty realizowanej w Gabinetcie istnieje możliwość ewidencji skali depresji Becka. Od wersji 10.9.0 aplikacji mMedica dokonuje się jej na zakładce **Skala Becka** (zdj. poniżej).

Uwaga! Aby funkcjonalność była dostępna, świadczeniodawca musi posiadać w swojej licencji dodatkowy moduł "Gabinet Lekarza Specjalisty". W celu jego aktywacji należy w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w sekcji: [System > Moduły dodatkowe](#), włączyć parametr: **Gabinety specjalistyczne**.

The screenshot displays the Becka Scale assessment interface. At the top, three tabs are visible: 'Skala Barthel', 'Skala Becka' (highlighted with a red box), and 'Skala HAS-BLED'. The main content area contains the following questions and options:

- Pytanie 19:**
 - 3 – Nie mam w ogóle apetytu
 - 0 – Nie tracę na wadze (w ostatnim miesiącu)
 - 1 – Straciłem na wadze więcej niż 2 kg
 - 2 – Straciłem na wadze więcej niż 4 kg
 - 3 – Straciłem na wadze więcej niż 6 kg
- Pytanie 20:**
 - 0 – Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze
 - 1 – Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle
 - 2 – Stan mojego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę
 - 3 – Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć
- Pytanie 21:**
 - 0 – Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom
 - 1 – Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu)
 - 2 – Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują
 - 3 – Utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksu

Wynik oceny: Liczba punktów: Brak depresji

Skale ocen (highlighted with a red box)

Uwagi: [Empty text area]

Toolbar: Dokumenty medyczne, Dane podstawowe, Zalecenia, Drukuj ocenę, EDM, Autoryzuj, Umów następną

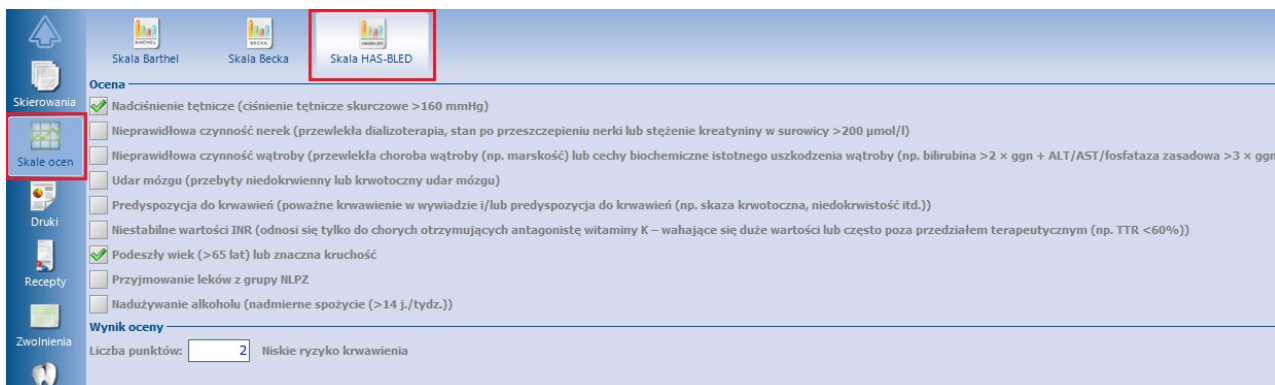
Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi na dole okna wyświetli się wynik oceny w postaci sumy punktów i opisu.

Istnieje również możliwość zamieszczenia przez użytkownika jego uwag.

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

18.6.2.3 Skala HAS-BLED

Skala HAS-BLED (skala medyczna używana do oceny ryzyka krwawień u chorych z migotaniem przedsionków w trakcie terapii przeciwkrzepliwą antagonistami witaminy K) została dodana w wersji 10.9.0 aplikacji mMedica. W celu jej uzupełnienia należy przejść na dedykowaną zakładkę, dostępną po wyborze ikony **Skale ocen** (zdz. poniżej).



Na podstawie zaznaczonych pól w sekcji Wynik oceny zostanie wyznaczona liczba punktów oraz wyświetli się informacja dotycząca ryzyka krwawienia (Niskie ryzyko krwawienia/Duże ryzyko krwawienia).

18.6.3 Wizyta receptowa

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Nowa wizyta receptowa](#)

Ewidencja wizyty receptowej w **POZ** jest analogiczna do ewidencji wizyty receptowej w specjalistycie. Jedyną różnicą jest brak ograniczeń czasowych pomiędzy wizytami (brak walidacji opisanych poniżej).

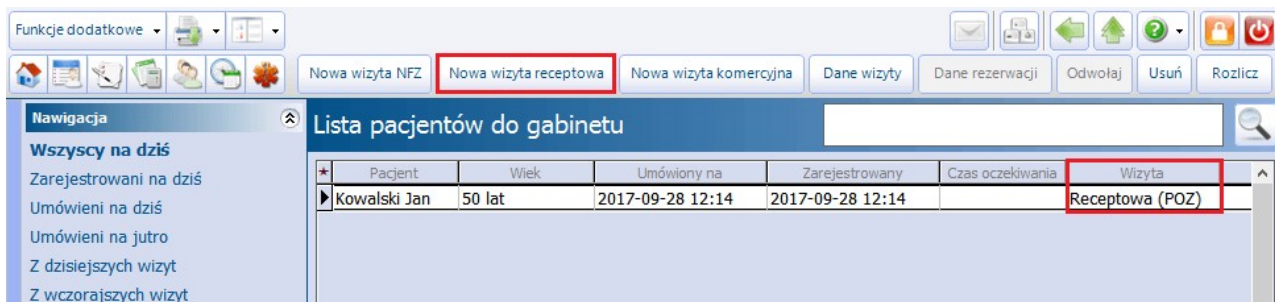
Uwaga! Recepty wystawione na wizycie receptowej mogą zostać odebrane zarówno przez pacjenta jak i przez osoby do tego uprawnione. W tym celu wymagane jest pobranie od pacjenta:

- Upoważnienia do odbioru recept lub zleceń (upoważnienie konkretnej osoby),
lub
- Oświadczenia o sposobie realizacji prawa do odbioru recept lub zleceń (uprawnienie dowolnej osoby).

Dodania i wydruku powyższych dokumentów dokonuje się w: [Rejestracja](#) > [Dane](#) > [5.Upoważn./oświadcz./uprawn.](#), sekcja: [Dokumenty upoważniające/oświadczenia](#).

Wizytę receptową w Gabinetcie można utworzyć na dwa sposoby:

1. Wybierając pacjenta z listy osób zarejestrowanych do poradni (w kolumnie "Wizyta" powinien widnieć rodzaj "Receptowa" - dla specjalistki i rodzaj "Receptowa (POZ)" - dla POZ).
2. Poprzez wybór przycisku **Nowa wizyta receptowa** i wskazanie pacjenta ze słownika.



Rozpoczęcie realizacji wizyty receptowej w Gabinetcie powoduje automatyczne dopisanie rozpoznania o kodzie **Z76.0 Wydanie powtórnej recepty**, jako rozpoznania głównego dla wizyt receptowych i

receptowych POZ.

Uwaga! Zgodnie z warunkami zawartymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dn. 05.12.2014 § 15, pkt 4: "Nie kwalifikuje się do rozliczenia porady receptowej, wykonywanej częściej niż co 90 dni, lub wykonywanej w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad." dodano w programie następujące walidacje:

Pacjent ma już zaewidencjonowaną wizytę receptową w ciągu ostatnich 90 dni. Kontynuować?

Tak Nie

Pacjent ma już zaewidencjonowaną wizytę receptową w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Kontynuować?

Tak Nie

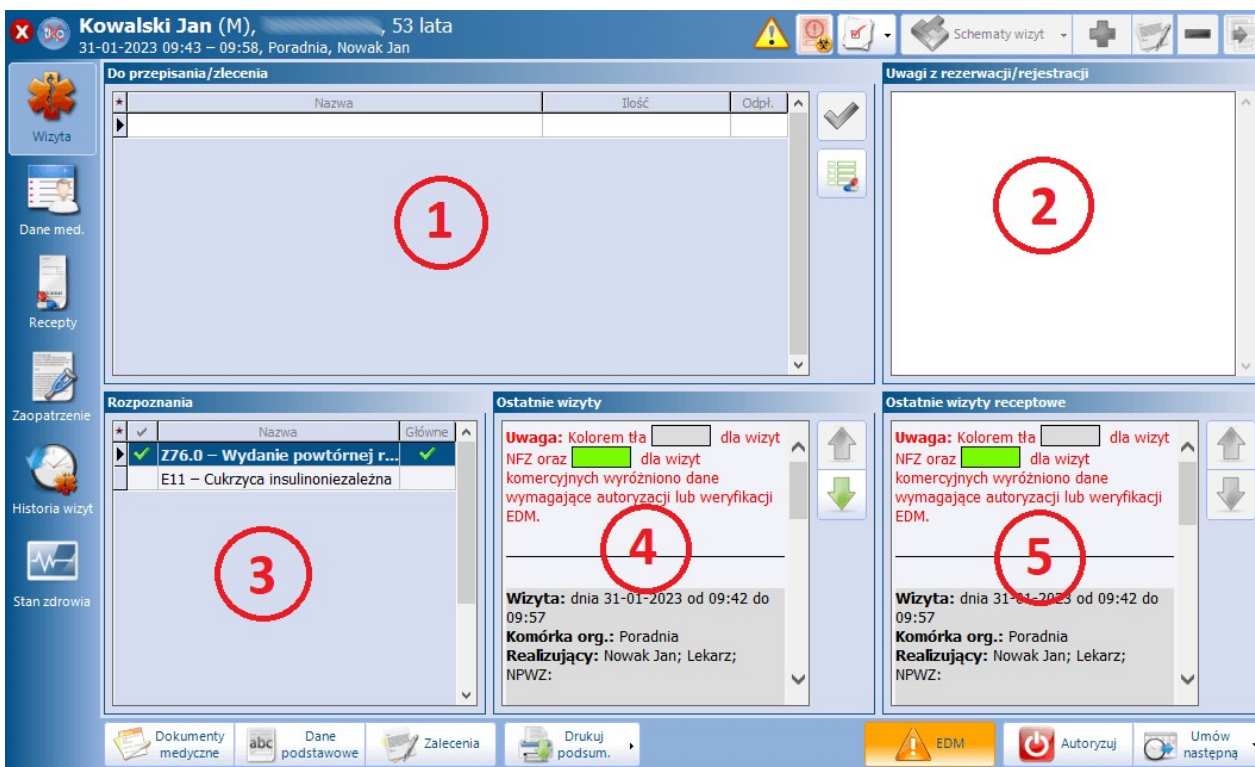
Jeśli pacjent nie posiada leków oznaczonych jako stale podawane lub zleceń na comiesięczne zaopatrzenie w wyroby medyczne, wyświetlony zostanie komunikat:

Brak stale podawanych leków oraz zleceń na comiesięczne zaopatrzenie w wyroby medyczne.
Czy na pewno utworzyć wizytę receptową?

Tak Nie

Zaakceptowanie komunikatu spowoduje otwarcie okna wizyty receptowej, ograniczonej do:


- Wystawiania recept
- Wystawiania zleceń na zaopatrzenie rehabilitacyjne
- Przeglądu danych medycznych pacjenta
- Przeglądu historii wizyt pacjenta
- Przeglądu stanu zdrowia pacjenta



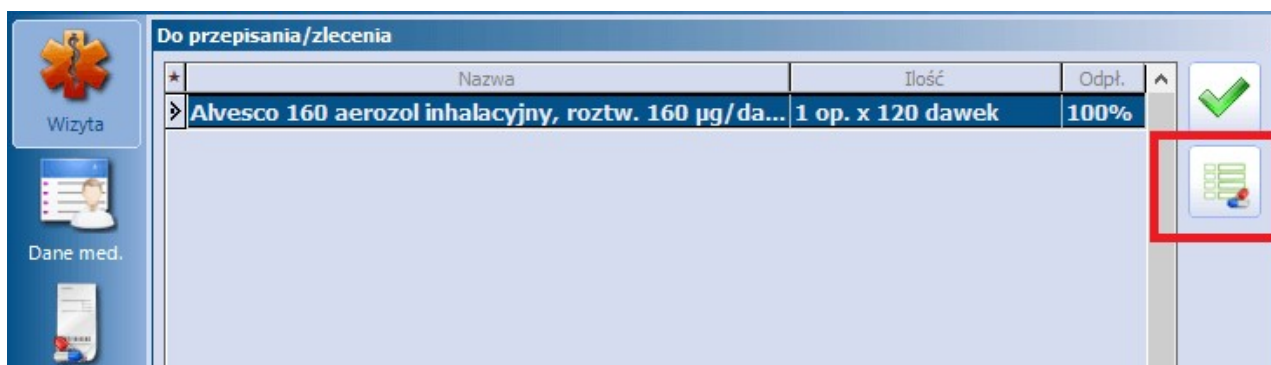
Formatka wizyty (zdj. powyżej) podzielona jest na 5 okien:

1) Do przepisania/zlecenia

Zawiera informacje o lekach do przepisania i zleceniach do wystawienia pacjentowi na wizycie. Informacje te będą wyświetlać się jedynie w przypadku, gdy zostały dodane podczas [rezerwacji/rejestracji wizyty](#) w Terminarzu.

Z poziomu tego okna można dokonać przepisania leków na receptę - wystarczy dwukrotnie kliknąć lewym przyciskiem myszy na nazwę leku, a zostanie on automatycznie przepisany na receptę. Kolejnym krokiem jest wystawienie recepty, co dokonuje się po wybraniu przycisku **Recepty**. Jeśli w oknie *Do przepisania/zlecenia* znajduje się więcej niż jeden lek, można dokonać równoczesnego przepisania kilku leków na receptę. W tej sytuacji należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL, zaznaczyć leki na liście, następnie wybrać przycisk , który aktywuje się po prawej stronie okna.

W omawianym oknie dodano możliwość podglądu elektronicznych recept wystawionych pacjentowi i przekazanych do systemu P1.




Po zaznaczeniu leku i wybraniu przycisku  wyświetli się okno *Pobranie recept pacjenta*. Jego

funkcjonalność opisana jest dokładnie w rozdziale [Podgląd e-Recept pacjenta w P1](#).

2) Uwagi z rezerwacji/rejestracji

W oknie prezentowane będą uwagi, które zostały wprowadzone przez rejestratorkę medyczną podczas rezerwacji/rejestracji wizyty w Terminarzu.

3) Rozpoznanie

Nazwa okna została zmieniona w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica (wcześniejsza nazwa to "Choroby przewlekłe"). W oknie *Rozpoznanie* domyślnie podpowiadane jest rozpoznanie **Z76.0 - Wydanie powtórnej recepty**, oznaczone jako rozpoznanie główne wizyty. Prezentowane są również rozpoznania dot. chorób przewlekłych pacjenta. Istnieje możliwość zaznaczenia wybranej choroby , co spowoduje dodanie jej do rozpoznań współistniejących w wizycie.

4) 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. Ilość wyświetlanych wizyt definiuje się w [Konfiguratorze](#) programu.

Okno zawiera dwa przyciski umożliwiające pokazywanie kolejnych/poprzednich wizyt zgodnie z ilością określoną w Konfiguratorze

5) Ostatnie wizyty receptowe

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

Jeśli na poprzednich wizytach pacjenta wystawiano zlecenia na zaopatrzenie medyczne, to informacja taka będzie wyświetlana w sekcji *Poprzednie zlecenia*, po przejściu na zakładkę **Zaopatrzenie**. Poprzednio wystawione zlecenie można skopiować poprzez dwukrotne kliknięcie na nim lewym przyciskiem myszki lub

poprzez wybranie przycisku  z prawej strony formatki. Z poprzedniego zlecenia zostaną przepisane nast. dane: rozpoznanie, nr ewidencyjny, kod wyrobu, liczba sztuk, dodatkowe informacje, zaopatrzenie.

Informacje o wszystkich wizytach receptowych zrealizowanych w Gabinetie gromadzone są w rejestrze dostępnym po przejściu do ścieżki: [Kartoteka pacjentów](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr wizyt receptowych](#).

18.6.4 Ewidencja badań POZ

W celu przyspieszenia ewidencji wykonanych badań laboratoryjnych i diagnostycznych, wdrożono funkcjonalność automatycznego dodawania procedur ICD-9 oraz badań na formatce *Badania POZ*, podczas dopisywania wyniku zleconego badania do wizyty w Gabinetce.

Warunkiem poprawnego działania funkcjonalności jest wydanie skierowania na badania laboratoryjne lub diagnostyczne w komórce POZ, a następnie wprowadzenie otrzymanych wyników w **Danych medycznych** pacjenta w Kartotece. Tak zaewidencjonowane wyniki badań zleconych należy dopisać na kolejnej wizycie gabinetowej. Sposób postępowania przedstawiono w poniższej instrukcji dla skierowania na badania laboratoryjne.

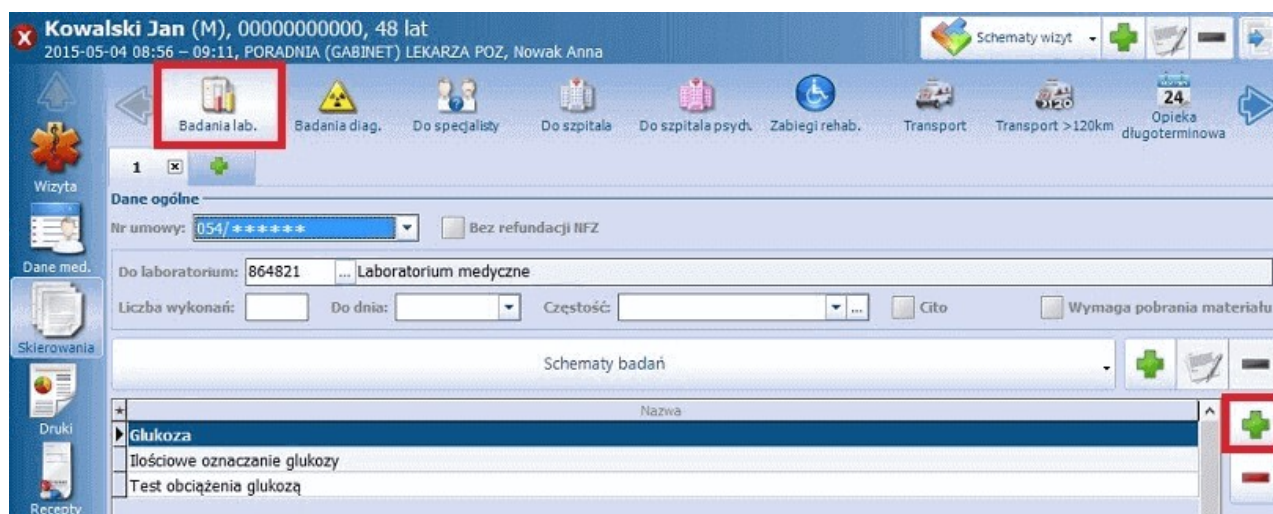
1. Wydanie skierowania na badania laboratoryjne.

Z listy pacjentów zarejestrowanych do poradni i lekarza należy wybrać pacjenta lub wskazać go ze słownika pacjentów, korzystając z przycisku „Nowa wizyta NFZ”.

W otwartym oknie wizyty w oknie **Rozpoznanie** wprowadzić rozpoznanie główne, następnie wybrać

formatkę **Skierowania** znajdującą się w lewym panelu.

Na zakładce **Badania laboratoryjne** dodać odpowiednie badania i autoryzować wizytę. Szczegółowy opis wystawiania skierowań znajduje się w rozdziale: [Badania laboratoryjne](#) oraz [Badania diagnostyczne](#).

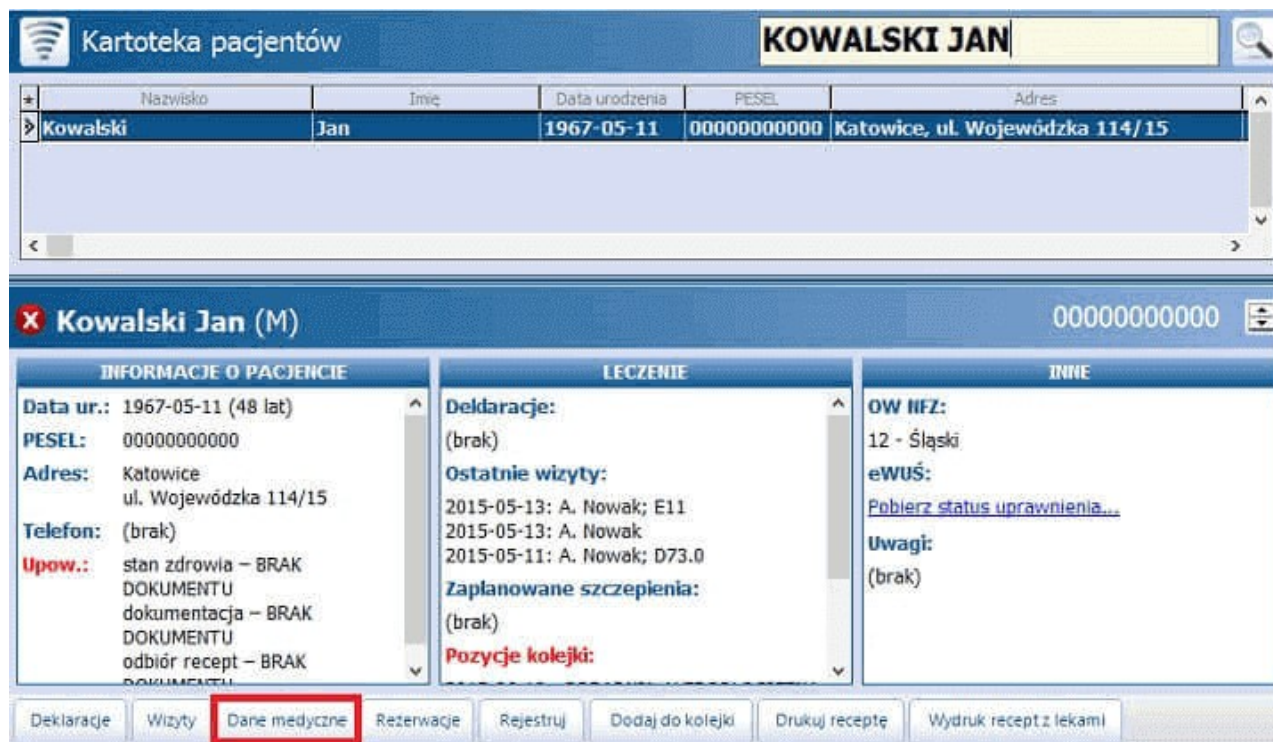


2. Ewidencja wyników badań w Danech medycznych pacjenta.

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Dane medyczne](#)

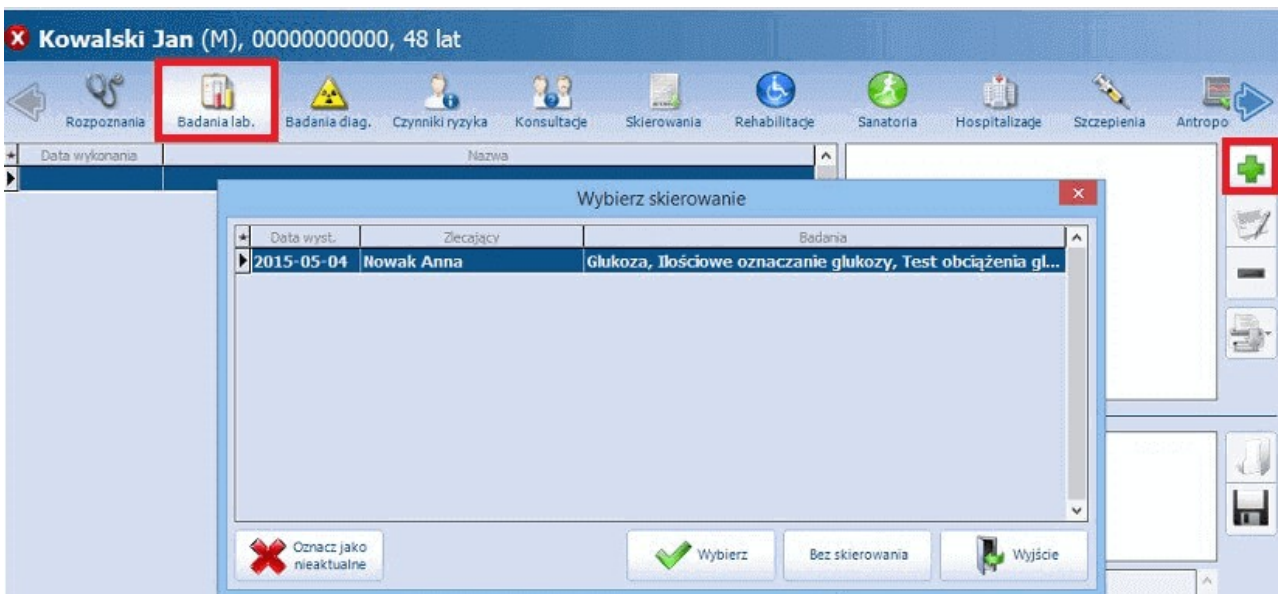
Otrzymane wyniki zleconych badań laboratoryjnych należy zaewidencjonować w danych medycznych pacjenta.

W tym celu należy przejść do Kartoteki pacjentów, podświetlić na liście odpowiedniego pacjenta i wybrać przycisk „Dane medyczne” znajdujący się u dołu ekranu.

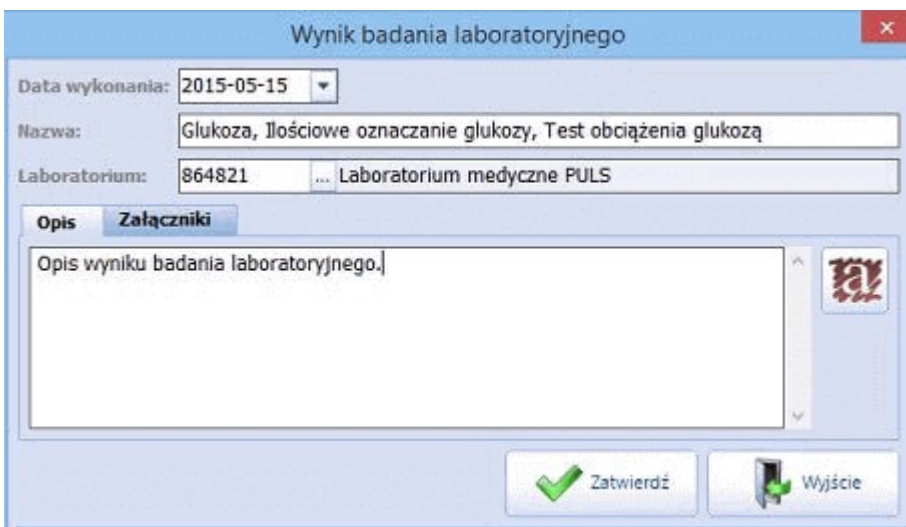


Zakładka **Badania lab.**, znajdującą się w górnym panelu, służy do wprowadzania wyników wykonanych badań i wiązania ich z wystawionym skierowaniem.

Aby dodać wynik badania laboratoryjnego należy wybrać przycisk „+”, znajdujący się po prawej stronie ekranu. Otwarte zostanie okno „Wybierz skierowanie”, w którym należy wskazać skierowanie, do którego przypisane zostaną wyniki badań.



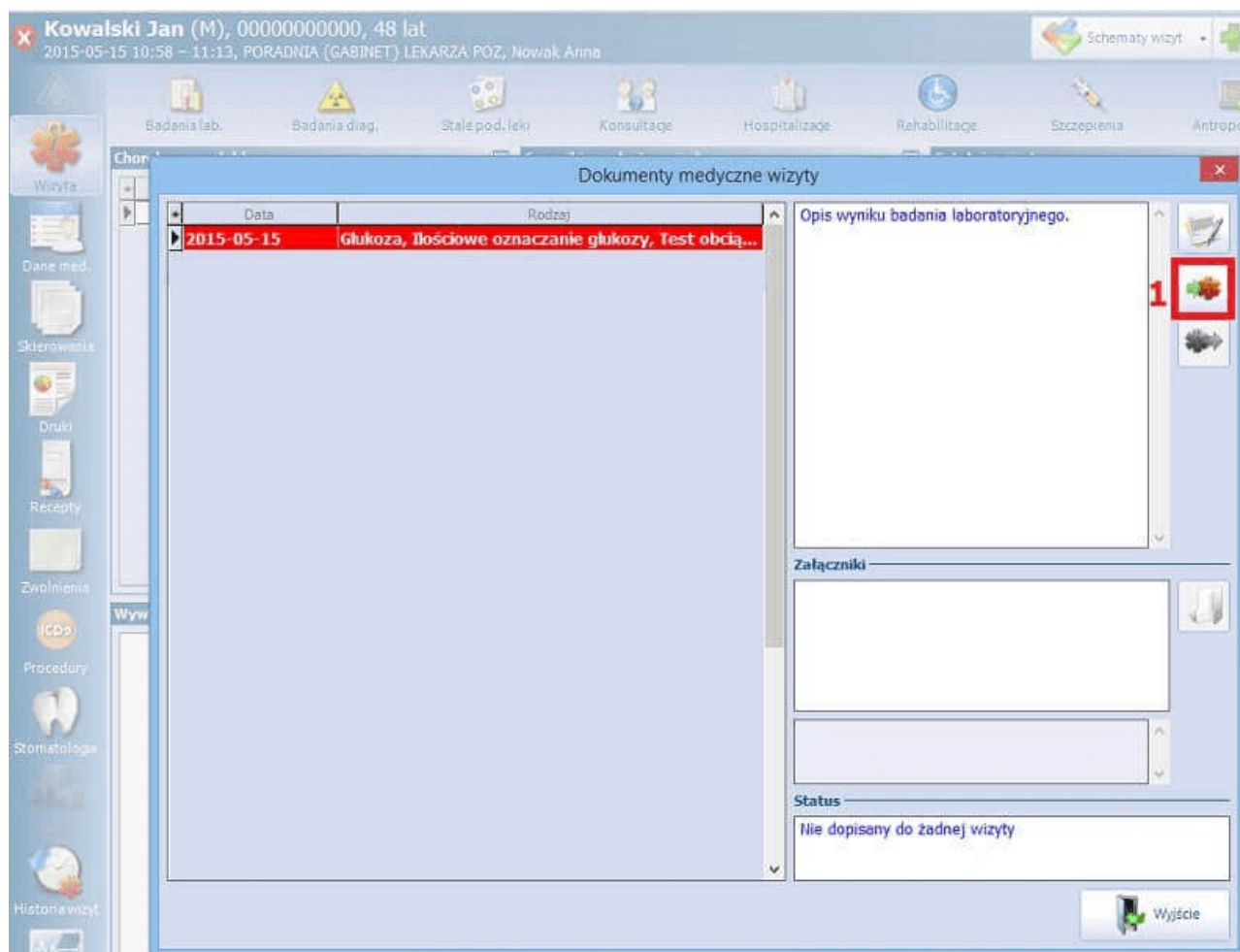
W oknie *Wyniki badania laboratoryjnego* można wprowadzić opis wyniku badania (zakładka *Opis*) lub dodać zeskanowany załącznik (zakładka *Załączniki*).



3. Dopisanie wyniku zleconego badania w Gabinetce.

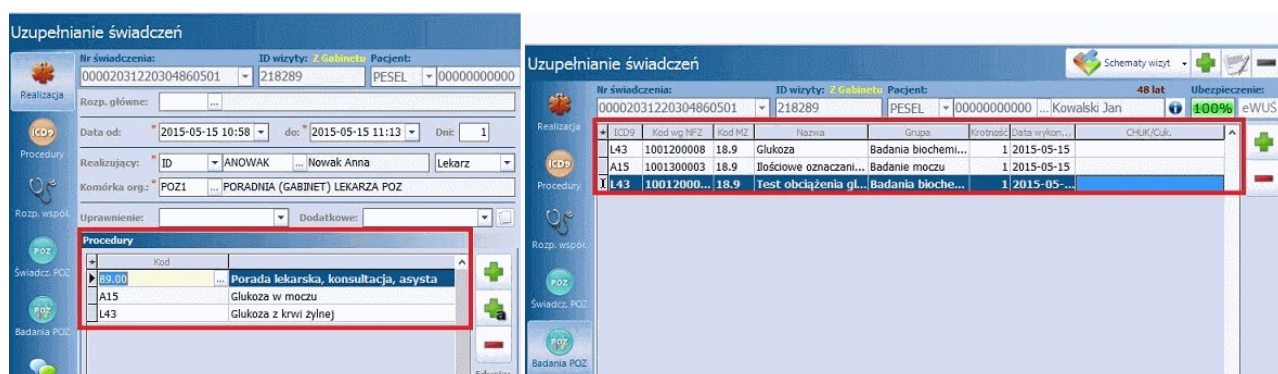
W celu odczytania wyników badań i postawienia diagnozy, pacjent udaje się ponownie do lekarza, który zlecił wykonanie badań. Jeśli wyniki badań zostaną wprowadzone do systemu z poziomu Danych medycznych pacjenta, po wejściu do kolejnej wizyty gabinetowej tego pacjenta, lekarz otrzyma informację o wyniku.

Po wejściu do wizyty otwarte zostanie okno *Dokumenty medyczne wizyty* zawierające informacje o wynikach badań, wprowadzone wcześniej w Danych medycznych. Aby dopisać wynik badania zleconego do wizyty, należy skorzystać z przycisku „Dopisz do wizyty” (1), zdj. poniżej.



Przycisk **Dopisz do wizyty** powoduje dopisanie do wizyty odpowiednich procedur ICD-9 oraz badań na formacie *Badania POZ*, zgodnie z tym, co zostało zlecone na skierowaniu.

Dla wyników posiadających datę wcześniejszą niż data wizyty istnieje możliwość określenia, jaka ma być data dopisywanych procedur. Więcej informacji na ten temat zawiera rozdział [Dodanie wyniku badania](#).



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, pole tekstowe **Wizyta** pozostanie puste (zdj. poniżej).


The screenshot shows the mMedica application interface. At the top, there are navigation icons for 'Rozpoznania', 'Badania lab.', 'Badania diag.', 'Czynniki ryzyka', 'Konsultacje', 'Skierowania', 'Rehabilitacje', and 'Sanatoria'. Below this is a header for the current view: '2015-09-03 Wynik badania laboratoryjnego'. The main area contains a table of laboratory results:

Nr	Kod	Nazwa	Wyni
1.	PBA_3592296	Aminotransferaza alaninowa	3
2.	PBA_3592402	Aminotransferaza asparagininowa	3
3.	PBA_3592368	Bilirubina całkowita	0,8
4.	PBA_3592354	OB	
5.	PBA_3592075	Leukocyty	9,
6.	PBA_3592074	Granulocyty	6,
7.	PBA_3592051	Granulocyty %	62,
8.	PBA_3592069	Limfocyty	2,
9.	PBA_3592053	Limfocyty%	30,
10.	PBA_3592068	Monocyty	0,
11.	PBA_3592047	Monocyty%	6,
12.	PBA_3592064	Erytrocyty	4,5
13.	PBA_3592063	Hemoglobina	14,
14.	PBA_3592062	Hematokryt	44,
15.	PBA_3592061	MCV	9
16.	PBA_3592060	MCH	32,
17.	PBA_3592059	MCHC	33,
18.	PBA_3592058	RDW	12,

Below the table is a 'Załączniki' section and a 'Wizyta' section containing the text: '2015-09-04 14:02, PRZYCHODNIA NR 6 Nowak Anna'.

W aplikacji mMedica dodana została funkcjonalność oznaczania czerwonym kolorem wyniku badania laboratoryjnego, którego norma została przekroczona (zdz. powyżej).

18.6.5 Okno: Zabieg

Wybranie przycisku , znajdującego się w prawym górnym rogu okna *Wizyta*, otwiera okno zabiegów. Jego funkcjonalność została zmodyfikowana w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica. Obecnie okno *Zabieg* dedykowane jest ewidencji danych wizyty ambulatoryjnej, na której wykonywany jest zabieg. Dostępna wcześniej ewidencja danych badania diagnostycznego została przeniesiona na odrębną zakładkę **Badania diag.**.


We wspomnianym oknie istnieje możliwość szczegółowego zapisu informacji o rodzaju zabiegu, jego przebiegu, a w przygotowanych polach tekstowych można wprowadzić rozbudowany opis zabiegu i wskazówki dla dalszego leczenia.

Jeśli świadczenie związane z wykonanym zabiegiem ma zostać odnotowane w księdze zabiegów, przed wprowadzeniem jego danych należy utworzyć [księgę zabiegów](#) dla komórki, w której jest ona wykonywany.


Opis pól znajdujących się w oknie:

- **Przebieg** - z listy rozwijanej wybiera się przebieg zabiegu/badania. Możliwe wartości do wyboru:
 - Nie wykonano badania ze względu na brak tolerancji ze strony pacjenta
 - Pacjent źle toleruje badanie, ocena niepełna
 - Przebieg badania bez powikłań
 Wymienione powyżej wartości są jedynie propozycją. Użytkownik może dodać własne opisy przebiegu zabiegu/badania poprzez wybranie przycisku wyboru i ręczne dodanie własnych opisów.
- **Rodzaj** - wybór badania ze słownika "Rodzaj zabiegu", który użytkownik tworzy samodzielnie. Istnieje możliwość powiązania definiowanego w nim zabiegu z procedurą ICD-9.
- **Opis** - w przygotowanym polu tekstowym wprowadza się opis zabiegu ręcznie lub za pomocą szablonów tekstów standardowych.
- Oznacza się sposób kontynuacji leczenia pacjenta poprzez zaznaczenie jednego z pól:
 - **Wymaga dalszego leczenia**
 - **Nie wymaga dalszego leczenia**
 - **Wydano skierowanie na hospitalizację**
- **Wskazówki w zakresie diagnostyki/farmakoterapii/inne** - w przygotowanych polach tekstowych wprowadza się wskazówki dla dalszego leczenia lub inne. Opis można wprowadzić ręcznie lub za pomocą szablonów tekstów standardowych.

Istnieje możliwość dołączenia załącznika poprzez bezpośrednie zeskanowanie go do bazy lub wskazanie pliku z danego miejsca i dołączenie do dokumentacji medycznej pacjenta.

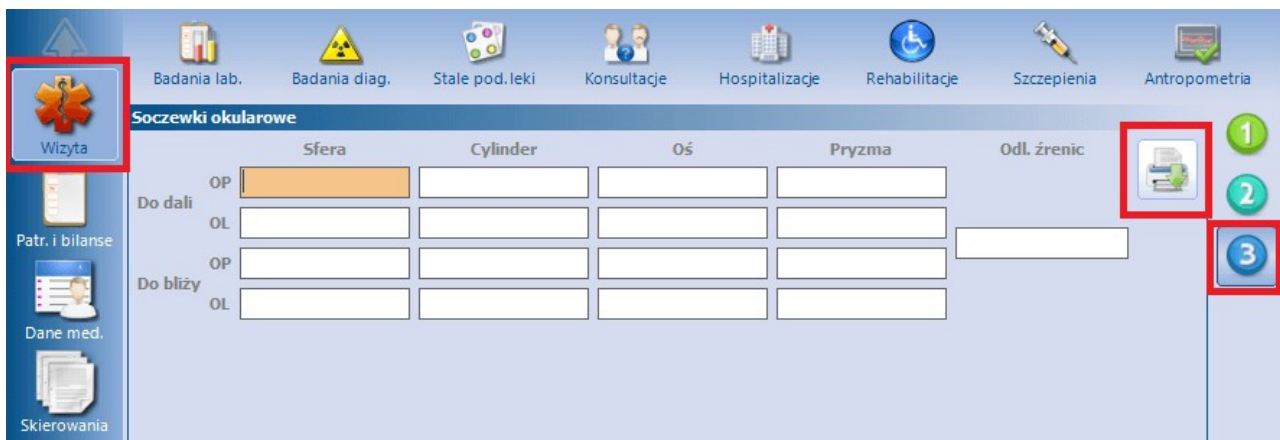
Wprowadzone dane zabiegu można wydrukować, korzystając z ikony drukarki . Po rozwinięciu dostępnej na niej listy możliwe jest wskazanie formatu wydruku - A4 lub A5.

18.6.6 Okno: Soczewki okularowe/ Diagnozy psychologiczne/ Zaawansowanie choroby nowotworowej


Wybranie przycisku  znajdującego się w prawym górnym rogu okna **Wizyta** otwiera okno do ewidencji danych dotyczących:

1. Soczewek okularowych

Okno **Soczewki okularowe** dedykowane jest do ewidencji wartości szkieł korekcyjnych w poradni okulistycznej. We wspomnianym oknie istnieje możliwość szczegółowego zapisu informacji z przeprowadzonego badania fizykalnego jak: sfera, cylinder, oś, pryzma, odległość źrenic.



	Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	Odł. źrenic
Do dali	OP				
	OL				
Do bliży	OP				
	OL				

W powyższym oknie umożliwiono wydruk wprowadzonych danych w formie recepty okularowej. Służy do tego przycisk .

Oprócz tego dane wprowadzone w oknie **Soczewki okularowe** są automatycznie podpowiadane na nowo dodanym zleceniu na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Po wybraniu ikony **Skierowania** a następnie **Zaopatrzenie rehab.** dane dotyczące soczewek okularowych korekcyjnych uzupełnią się we właściwych polach (zdj. poniżej).

Kowalski Jan (M), 00000000000, 47 lat
 2015-11-10 09:40 – 09:55, Gabinet lekarza POZ, Nowak Anna

Rehabilitacja ogólnoustr.
 Pielęgniarka / Położna
 Zaopatrzenie rehab.
 Zaśw. lekarskie
 Druk N-9 (stan zdrowia)
 Druk N-14 (stan zdrowia)
 Zaśw. dla Zespołu ds. OoN
 Zaśw. przy szczepieni

1 (nowe)

Rozpoznanie:

Wyrób medyczny

Kod wyrobu:

Liczba sztuk:

Dodatkowe informacje:

Zaopatrzenie: Lewostronne Prawostronne

Soczewki okularowe korekcyjne

	Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	Odległość zrenic (mm)
Do dali	OP -1,25	+0,5	38		62
	OL -1,0	+0,75	167		
Do bliży	OP +1,0	+0,5	38		60
	OL +1,25	+0,75	167		

Miesiące


Styczeń
 Luty
 Marzec
 Kwiecień
 Maj
 Czerwiec
 Lipiec
 Sierpień
 Wrzesień
 Październik
 Listopad
 Grudzień


2. Diagnoz psychologicznych

3. Zaawansowania choroby nowotworowej


Uwaga! Funkcjonalności wymienione w punktach **2.** i **3.** zostały udostępnione w ramach dodatkowego modułu "Gabinet lekarza specjalisty". Aby móc korzystać z którejs z nich, świadczeniodawca musi posiadać wspomniany moduł w swojej licencji. W celu jego aktywacji należy w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w sekcji: [System > Moduły dodatkowe](#), włączyć parametr: **Gabinety specjalistyczne**.

Aby okno **Diagnozy psychologiczne** było aktywne do edycji, w danych podstawowych wizyty (przycisk **Dane podstawowe**) musi być wskazany typ wizyty: "Specjalistyczna". W celu dodania diagnozy należy

nacisnąć , a następnie wybrać odpowiednią pozycję (lub kilka pozycji) z uruchomionego w wyniku tej czynności słownika *Diagnozy psychologiczne - wielowybór*. Każda wybrana pozycja zostanie dodana jako odrębny rekord tabeli.


Usunięcia wskazanego rekordu dokonuje się przyciskiem .

Istnieje możliwość kopiowania diagnoz psychologicznych z poprzedniej wizyty pacjenta. Służy do tego

przycisk , zamieszczony po prawej stronie okna. Kopiowane są diagnozy, które zostały dodane na poprzedniej wizycie pacjenta, zrealizowanej przez tego samego lekarza i w tej samej komórce organizacyjnej lub w komórce o tym samym kodzie resortowym cz. VIII, w zależności od ustawień parametru **"Pokaż wizyty"**, dostępnego w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w [Gabinet > Historia wizyt](#). Parametr ten został opisany szczegółowo w rozdziale [Wyświetlanie historii wizyt](#).

Ewidencja danych zaawansowania choroby nowotworowej jest możliwa w przypadku typu wizyty "Specjalistyczna" i pod warunkiem wyboru w danych wizyty rozpoznania głównego o kodzie z zakresu: C18–C20, C34, C50, C56, C61.

W oknie **Zaawansowanie choroby nowotworowej** należy zaznaczyć właściwy rodzaj klasyfikacji, a następnie uzupełnić odpowiednio dostępne dla tej klasyfikacji pola. Pole "Stopień" staje się aktywne po wskazaniu rodzaju klasyfikacji.

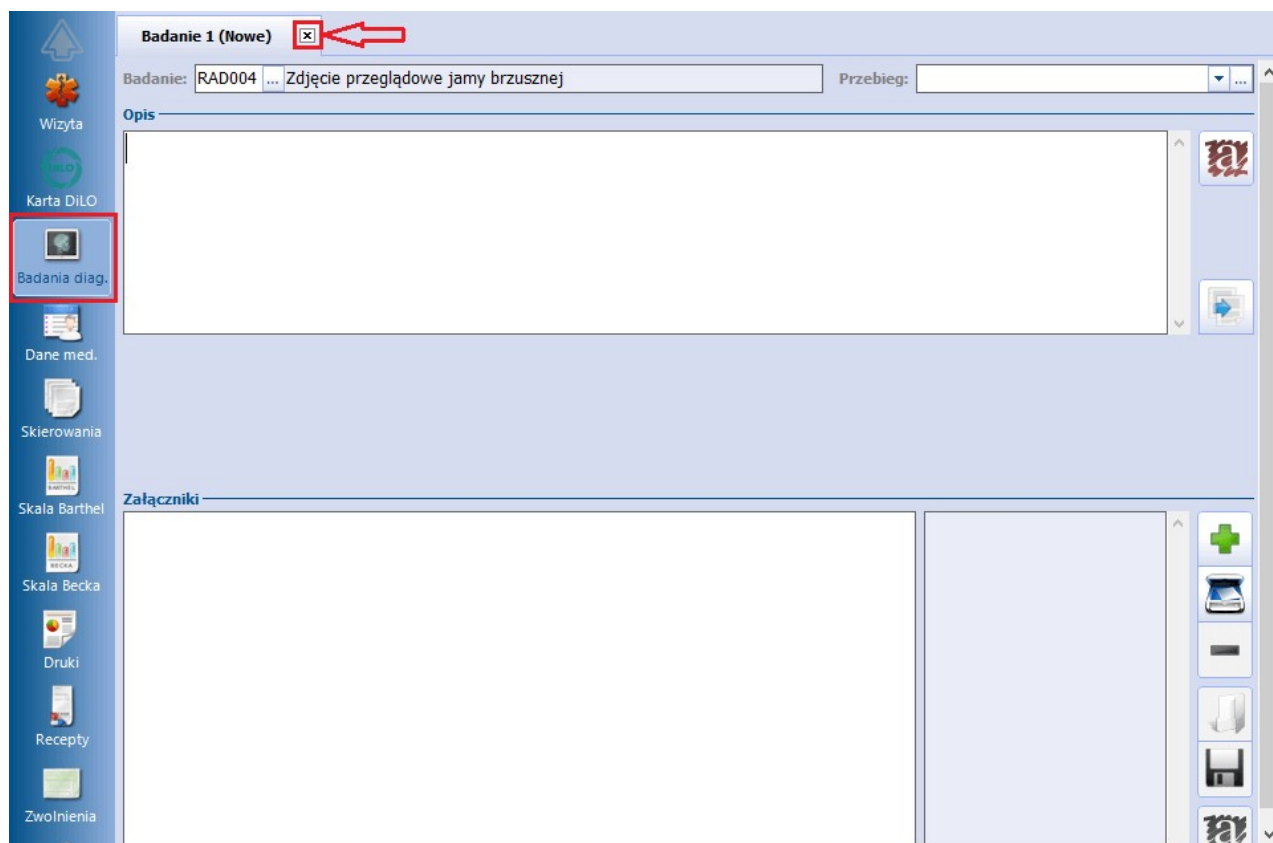
W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica został dodany przycisk , umożliwiający skopiowanie danych zaawansowania choroby nowotworowej z poprzedniej wizyty pacjenta. Sposób jego działania jest analogiczny do sposobu działania wcześniej opisanego przycisku kopiowania diagnoz psychologicznych.

Uzupełnione dane dotyczące diagnoz psychologicznych bądź stopnia zaawansowania choroby nowotworowej zostaną przesłane do NFZ podczas eksportu [I fazy](#), zgodnie z wytycznymi komunikatu SWIAD. Jednym z warunków poprawnego eksportu jest ustawienie w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), w pozycji: [Komunikacja > Eksport](#) aktualnie obowiązującej wersji komunikatu I fazy (SWIAD).

18.6.7 Badania diagnostyczne

Ewidencji danych badania diagnostycznego, przeprowadzonego na wizycie, dokonuje się po wyborze ikony **Badania diag.**, znajdującej się w lewym panelu okna wizyty.

Jeśli świadczenie związane z badaniem ma zostać odnotowane w księdze zabiegów, przed zaewidencjonowaniem badania należy utworzyć [księgę zabiegów](#) dla komórki, w której jest ono wykonywane.



Opis dostępnych pól:

- **Badanie** - należy wybrać odpowiednią pozycję z dostępnego słownika badań diagnostycznych.
- **Przebieg** - z listy rozwijanej wybiera się opis przebiegu badania. Możliwe wartości do wyboru:
 - Nie wykonano badania ze względu na brak tolerancji ze strony pacjenta
 - Pacjent źle toleruje badanie, ocena niepełna
 - Przebieg badania bez powikłań

Użytkownik może również zdefiniować własne opisy po wyborze przycisku .

- **Opis** - pole tekstowe służące do wprowadzenia opisu badania (ręcznie lub za pomocą szablonów tekstów standardowych).
- **Załącznik** - umożliwia dodanie załącznika (lub załączników).

Możliwość wprowadzenia w omawianym oknie kilku badań diagnostycznych istnieje w przypadku posiadania przez świadczeniodawcę na stanowisku aktywnego modułu dodatkowego "Pracownia Diagnostyczna" (szczegóły w instrukcji obsługi modułu).

Do wydruku danych badania służy przycisk **Drukuj**, zamieszczony na dole ekranu. Na dostępnej na nim liście rozwijalnej istnieje możliwość wskazania formatu wydruku - A4 lub A5.

Aby usunąć badanie, należy skorzystać z przycisku z symbolem "x" znajdującego się w nagłówku zakładki, wskazanego na powyższym zdjęciu.

18.6.8 Karta DiLO

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Karta DiLO](#)

Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego wydawana jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jeśli podejrzewa u pacjenta nowotwór złośliwy. Kartę wydać może również lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, a także lekarz udzielający świadczeń w szpitalu (SZP).

W aplikacji mMedica istnieje możliwość ewidencji karty DiLO w oknie wizyty otwartej w Gabinetcie po wyborze dedykowanej ikony, dostępnej w panelu bocznym.

Z uwagi na to, że karta może być wystawiana przez różnych lekarzy, umożliwiono edycję poszczególnych sekcji karty oraz dodano funkcjonalność dołączania zeskanowanych części kart, przyniesionych przez pacjenta od innego lekarza.

Ze względu na to, niniejsza instrukcja zawierać będzie opis poszczególnych sekcji karty i etapów, na których może zostać uzupełniana: przez lekarza POZ oraz lekarza AOS.

W wersji 9.9.0 aplikacji mMedica został udostępniony [rejestr wystawionych kart DiLO](#) (ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr wystawionych kart DiLO](#)).

Podstawowe informacje:

- Aby dodać kartę DiLO w mMedica rozpoznanie główne w wizycie musi dotyczyć nowotworu złośliwego lub nowotworu o niepewnym/nieznanym charakterze, tj. C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0-D33.4, D35 2, D35.4, D45, D37 – D44, D46, D47.0-D47.7, D47.9, D48, D75.2, D76.0.
- W celu rozpoczęcia kolejnego etapu leczenia onkologicznego należy zakończyć dotychczas ewidencjonowany, za pomocą przycisku **Zakończ etap**.


Do wydruku karty służy przycisk **Drukuj kartę**, znajdujący się na dole okna.

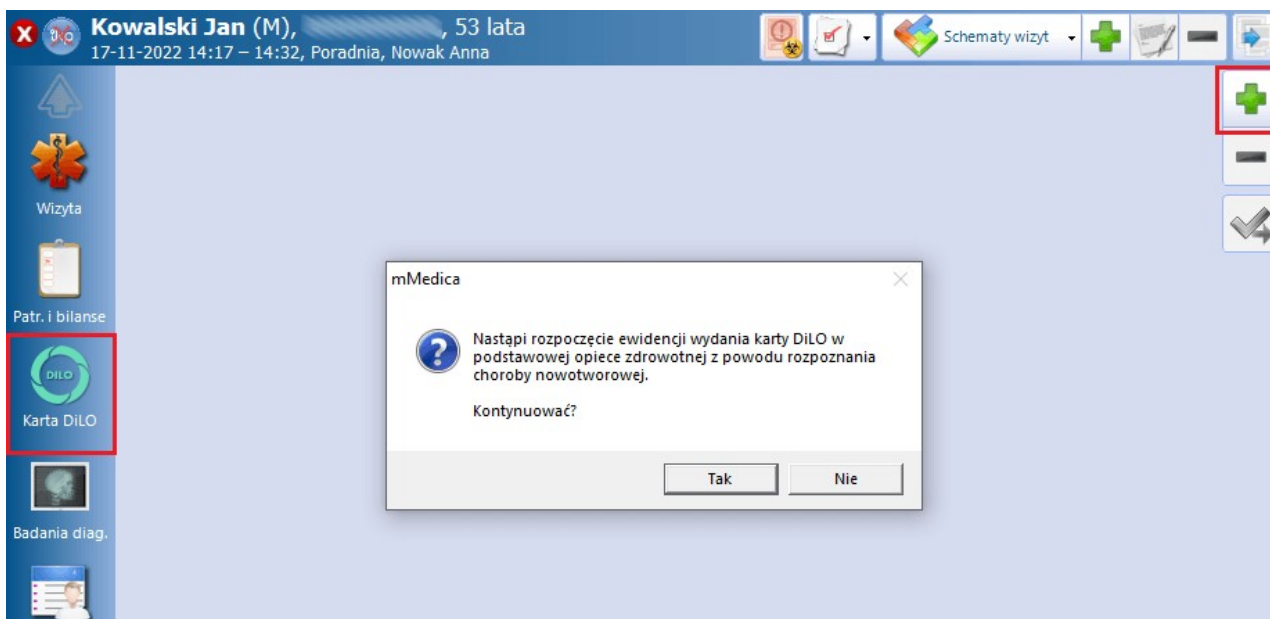
Uwaga! W wersji 9.1.0 aplikacji mMedica w ramach ewidencji karty wprowadzono możliwość komunikacji z systemem DiLO Narodowego Funduszu Zdrowia. Aby taka komunikacja była możliwa, użytkownik musi posiadać dostęp do systemu DiLO, który należy odpowiednio skonfigurować w jego danych w rejestrze użytkowników na zakładce [eRejestracja / Systemy NFZ](#).

Poniższa instrukcja opisuje sytuację, gdy karta DiLO zostaje wystawiona przez lekarza POZ, a pacjent przechodzi przez kolejne etapy diagnostyki onkologicznej.

18.6.8.1 Diagnostyka podstawowa

Poniżej opisano etap wydania Karty DiLO przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

1. Na wizycie realizowanej w komórce POZ dodać rozpoznanie dotyczące nowotworu złośliwego lub nowotworu o niepewnym/nieznanym charakterze (lista kodów ICD-10 powyżej).
2. W lewym panelu formatki wybrać ikonę **Karta DiLO**.
3. Po prawej stronie ekranu wybrać przycisk  **Dodaj kartę**, który wywoła okno ewidencji wydania karty DiLO, poprzedzając to komunikatem:



Utworzona karta będzie posiadać trzy aktywne formatki: *Wydanie karty*, *Diagnostyka podstawowa*, *Diag. podst. – wynik* oraz formatkę *Wizyty*, na której wyświetlana jest lista wszystkich wizyt powiązanych z kartą DiLO.

Na formatce *Załącznik* można dodać zeskanowane dokumenty medyczne, a także w przejrzysty sposób obejrzeć dodane załączniki i ich opisy.

Opis poszczególnych pól na formatce: [Wydanie karty](#)

- **Numer karty** - numer pozyskany na Portalu Świadczeniodawcy. Wprowadza się ręcznie lub skanuje przy użyciu czytnika, jeśli pacjent przychodzi na wizytę z kartą wystawioną w innej placówce. Numer ten może zostać również uzupełniony automatycznie przy zakończeniu etapu diagnostyki (szczegóły w dalszej części niniejszego rozdziału).
- **Nr umowy** – podpowiadany jest nr umowy powiązanej z komórką organizacyjną, w której realizowana jest wizyta.

Po wprowadzeniu danych należy przejść na formatkę *Diagnostyka podstawowa*.

Opis poszczególnych pól na formatce: [Diagnostyka podstawowa](#)

Formatka dostępna zarówno w komórkach podstawowej opieki zdrowotnej jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

- **Rozpoznanie choroby nowotworowej** – podpowiadane rozpoznanie główne z wizyty. Można dokonać jego zmiany za pomocą przycisku
- **Dalsze postępowanie** - określenie dalszego postępowania leczniczego:
 - **Diagnostyka wstępna w poradni** - aktywne dla karty wydanej z powodu podejrzenia nowotworu (rozpoznanie główne z zakresu: D37-D44, D47.9, D48),
 - **Diagnostyka pogłębiona w poradni** - aktywne dla karty wydanej z powodu rozpoznania nowotworu.

Opis poszczególnych pól na formatce: [Diagnostyka podstawowa - wyniki](#)

Na formatce prezentowane są wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych w ciągu 30 dni poprzedzających wizytę pacjenta. Opis badań wraz z załącznikami wyświetlany jest w tabeli prawej stronie ekranu.



Wybranie przycisku **Zakończ etap**, zamieszczonego po prawej stronie okna, kończy wydanie karty DiLO w POZ i nadaje karcie status "Skierowanie na diagnostykę wstępną" bądź "Skierowanie na diagnostykę pogłębioną" w zależności od wskazań dla dalszego postępowania. Po zakończeniu etapu możliwy jest tylko podgląd danych wprowadzonych na karcie, bez prawa do edycji.


Od wersji 9.1.0 aplikacji mMedica, jeżeli użytkownik posiada skonfigurowane dane logowania do systemu DiLO i na formatce [Wydanie karty](#) nie został uzupełniony numer karty, wybranie przycisku zakończenia etapu spowoduje przesłanie odpowiednich informacji do systemu DiLO. Jeśli wspomniana komunikacja przebiegnie pomyślnie, w oknie danych karty zostaną automatycznie uzupełnione pola "Numer karty" oraz "Data wydania".


Ewentualne błędy komunikacji zostaną wyświetlone w dedykowanym oknie.

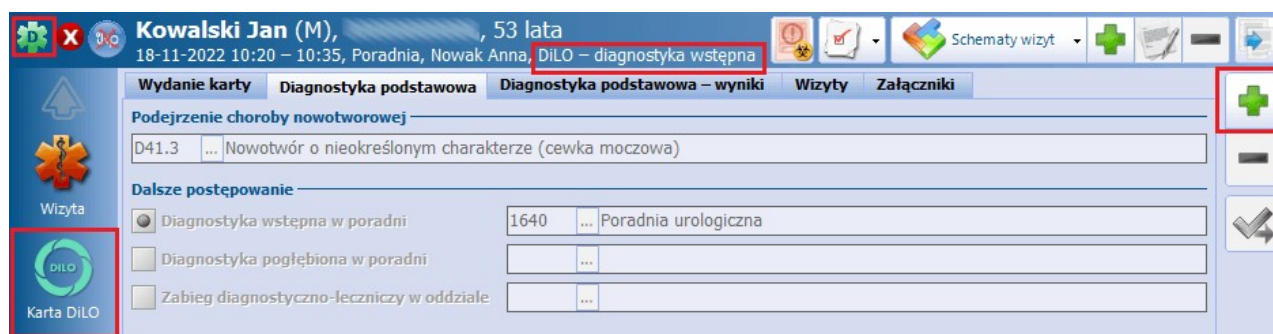
Jeżeli numer karty został wprowadzony przez użytkownika w polu "Numer karty", zakończenie etapu nie uruchomi komunikacji z systemem DiLO.

18.6.8.2 Diagnostyka wstępna

Poniżej opisano etap diagnostyki wstępnej wykonywany przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Podstawą realizacji wizyty, której celem jest rozpoczęcie diagnostyki wstępnej nowotworu, jest otrzymanie od pacjenta skierowania-karty DiLO i wprowadzenie go w danych podstawowych wizyty na zakładce Skierowanie. Na tej podstawie w górnym panelu formatki Gabinetu będzie wyświetlany napis "DiLO - diagnostyka wstępna", a w lewym górnym rogu ikona .

Po wybraniu w lewym panelu formatki ikony **Karta DiLO** zostaną wyświetlone do podglądu dane karty dotyczące przeprowadzonej diagnostyki podstawowej. W celu rozpoczęcia diagnostyki wstępnej należy dopisać do karty kolejną wizytę poprzez wybranie przycisku  **Dopisz wizytę do karty**.



Zaakceptowanie poniższego komunikatu spowoduje otwarcie karty do dalszej ewidencji:

Nastąpi dopisanie wizyty do karty DiLO w celu rozpoczęcia diagnostyki wstępnej. Kontynuować?

Tak Nie

W przypadku braku zarejestrowanego skierowania DiLO, wyświetlony zostanie następujący komunikat:

Wizyta musi być realizowana na podstawie skierowania-karty DiLO.


OK

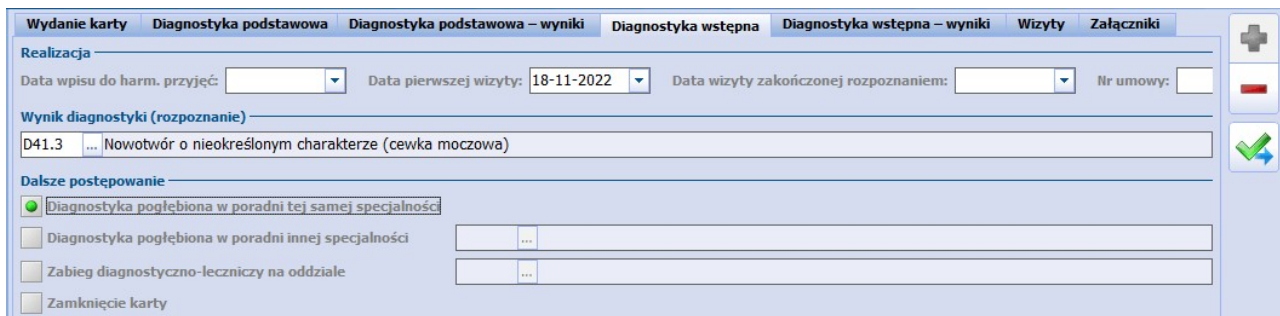
Od wersji 9.1.0 aplikacji mMedica, jeżeli użytkownik posiada skonfigurowane dane logowania do systemu DiLO, przy dopisywaniu wizyty do karty uruchomiona zostanie komunikacja z systemem DiLO w celu przesłania odpowiednich danych. Warunkiem jej powodzenia jest powiązanie komórki realizującej z odpowiednią umową NFZ. W przeciwnym wypadku zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie. Po jego zatwierdzeniu etap zostanie rozpoczęty bez przesyłania danych do systemu DiLO.


Podobnie program zachowa się w przypadku innych problemów dotyczących wspomnianej komunikacji.

W oknie karty dostępne będą formatki: *Wydanie karty*, *Diagnostyka podstawowa*, *Diagnostyka podstawowa - wyniki*, służące jedynie do podglądu wprowadzonych wcześniej danych. Na kolejnych formatkach: *Diagnostyka wstępna*, *Diagnostyka wstępna - wyniki*, *Załączniki* ewidencjonuje się informacje pozyskiwane na tym etapie rozpoznania choroby. Na formatce *Wizyty* prezentowana jest lista wszystkich wizyt pacjenta powiązanych z wydaną Kartą DiLO.

Opis poszczególnych pól na formatce: Diagnostyka wstępna

- **Data wpisu do harmonogramu przyjęć** - pole uzupełnianie automatycznie, jeśli karta została wystawiona w POZ, a pacjent wpisany na listę oczekujących.
- **Data pierwszej wizyty** – data pierwszej wizyty w komórce AOS. System domyślnie podpowiada datę bieżącą.
- **Data wizyty zakończonej rozpoznaniem** – pole zostanie uzupełnione datą bieżącą po wybraniu przycisku **Zakończ etap**.
- **Wynik diagnostyki (rozpoznanie)** – podpowiadane rozpoznanie główne z wizyty, jeśli zostało wprowadzone. Można dokonać jego zmiany za pomocą przycisku .
- **Dalsze postępowanie** - określenie dalszego postępowania leczniczego:
 - **Diagnostyka pogłębiona w poradni tej samej specjalności**
 - **Diagnostyka pogłębiona w poradni innej specjalności**
 - **Zabieg diagnostyczno-leczniczy na oddziale**
 - **Zamknięcie karty** - pole zaznaczy się automatycznie, jeśli wprowadzono rozpoznanie spoza zakresu: C00–C43, C45–C97, D00–D03, D05–D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4, D37–D48, D75.2, D76.0.




Wybranie przycisku  **Zakończ etap** kończy etap realizacji diagnostyki wstępnej na karcie DiLO, nadając jej status "Skierowanie na diagnostykę pogłębioną" bądź "Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy" w zależności od wskazań dla dalszego postępowania. Po zakończeniu etapu możliwy jest tylko podgląd danych wprowadzonych na karcie, bez prawa do edycji.

Od wersji 9.1.0 aplikacji mMedica, jeżeli użytkownik posiada skonfigurowane dane logowania do systemu DiLO, przy zakończeniu etapu realizacji diagnostyki wstępnej uruchomiona zostanie komunikacja z systemem DiLO celem przekazania odpowiednich danych. W przypadku błędu komunikacji wyświetli się stosowna informacja i możliwe będzie zakończenie etapu z pominięciem wysyłki danych.

18.6.8.3 Diagnostyka pogłębiona

Poniżej opisano ostatni etap Karty DiLo - etap diagnostyki pogłębionej.

Podstawą realizacji wizyty, której celem jest rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej nowotworu jest otrzymanie od pacjenta skierowania-karty DiLO i wprowadzenie go w danych podstawowych wizyty na zakładce Skierowanie. Na tej podstawie w górnym panelu formatki Gabinetu będzie wyświetlany napis "DiLO - diagnostyka pogłębiona".


Po wybraniu w lewym panelu formatki ikony **Karta DiLO** zostaną wyświetlone do podglądu dane karty dotyczące wcześniejszych etapów diagnostyki. W celu rozpoczęcia diagnostyki pogłębionej należy dopisać do karty kolejną wizytę poprzez wybranie przycisku  **Dopisz wizytę do karty**.

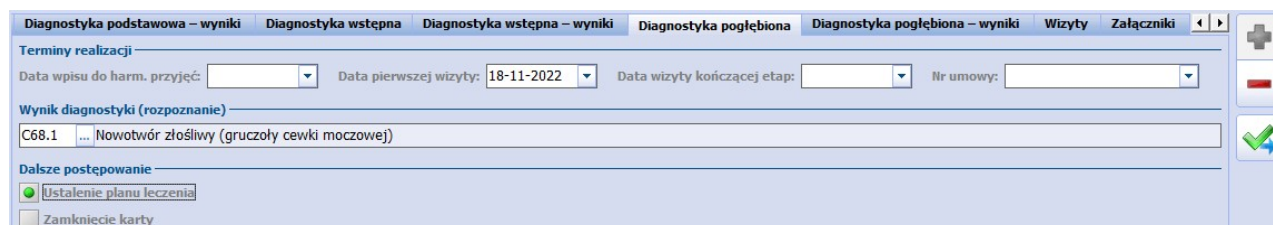
Od wersji 9.1.0 aplikacji mMedica, jeżeli użytkownik posiada skonfigurowane dane logowania do systemu DiLO, przy dopisywaniu wizyty do karty uruchomiona zostanie komunikacja z systemem DiLO w celu przesyłania odpowiednich danych. Warunkiem jej powodzenia jest powiązanie komórki realizującej z odpowiednią umową NFZ. W przeciwnym wypadku zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie. Po jego zatwierdzeniu etap zostanie rozpoczęty bez przesyłania danych do systemu DiLO.

Podobnie program zachowa się w przypadku innych problemów dotyczących wspomnianej komunikacji.

W oknie karty dostępne będą formatki odpowiadające poprzednim etapom diagnostyki, służące jedynie do podglądu wprowadzonych wcześniej danych. Na formatkach: *Diagnostyka pogłębiona*, *Diagnostyka pogłębiona - wyniki*, *Załączniki* ewidencjonuje się informacje pozyskiwane na tym etapie rozpoznania choroby. Na formatce *Wizyty* prezentowana jest lista wszystkich wizyt pacjenta powiązanych z wydaną Kartą DiLO.

Opis poszczególnych pól na formatce: Diagnostyka pogłębiona

- **Data wpisu do harmonogramu przyjęć** - pole uzupełnianie automatycznie, jeśli realizowana wizyta powiązana jest z pozycją na liście oczekujących.
- **Data pierwszej wizyty** – data pierwszej wizyty w komórce AOS. System domyślnie podpowiada datę bieżącą.
- **Data wizyty kończącej etap** – pole zostanie uzupełnione datą bieżącą po wybraniu przycisku **Zakończ etap**.
- **Wynik diagnostyki (rozpoznanie)** – podpowiadane rozpoznanie główne z wizyty, jeśli zostało wprowadzone. Można dokonać jego zmiany za pomocą przycisku .
- **Dalsze postępowanie** - określenie dalszego postępowania leczniczego:
 - **Ustalenie planu leczenia** - pole zaznaczy się automatycznie, jeśli wprowadzono rozpoznanie z zakresu: C00–C43, C45–C97, D00–D03, D05–D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4, D45–D46, D47.0–D47.7, D75.2, D76.0.
 - **Zamknięcie karty** - pole zaznaczy się automatycznie, jeśli wprowadzono rozpoznanie spoza powyższego zakresu.



Opis poszczególnych pól na formatce: Diagnostyka pogłębiona - wyniki

Na formatce prezentowane są wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych w ciągu 28 dni poprzedzających wizytę pacjenta. Opis badań wraz z załącznikami wyświetlany jest w tabeli prawej

stronie ekranu.



Wybranie przycisku **Zakończ etap** kończy etap realizacji diagnostyki pogłębionej na karcie DiLO, nadając jej status "Ustalenie planu leczenia" bądź "Zamknięta" w zależności od wskazań dla dalszego postępowania. Po zakończeniu etapu możliwy jest tylko podgląd danych wprowadzonych na karcie, bez prawa do edycji.

Diagnostyka pogłębiona jest ostatnim etapem pakietu onkologicznego, który można zaewidencjonować w mMedica. Pozostałe części karty dotyczące leczenia szpitalnego, konsylium, planu leczenia onkologicznego mogą zostać zeskanowane i dołączone do wizyty POZ, jeśli pacjent wróci z kartą po zakończeniu leczenia onkologicznego.


Od wersji 9.1.0 aplikacji mMedica, jeżeli użytkownik posiada skonfigurowane dane logowania do systemu DiLO, przy zakończeniu etapu realizacji diagnostyki pogłębionej uruchomiona zostanie komunikacja z systemem DiLO celem przekazania odpowiednich danych. W przypadku błędu komunikacji wyświetli się stosowna informacja i możliwe będzie zakończenie etapu z pominięciem wysyłki danych.

18.6.8.4 Historia komunikacji

W wersji 9.1.0 aplikacji mMedica w oknie ewidencji karty DiLO dodano zakładkę Historia komunikacji. Prezentowana jest na niej historia komunikacji z systemem DiLO dla poszczególnych etapów diagnostyki (przykładowe zdj. poniżej).

Data	Użytkownik	Operacja	Status
27-03-20...	Nowak Jan	Rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej	Poprawny
27-03-202...	Nowak Jan	Anulowanie diagnostyki pogłębionej	Poprawny
27-03-202...	Nowak Jan	Zakończenie diagnostyki pogłębionej	Poprawny
27-03-202...	Nowak Jan	Rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej	Poprawny
27-03-202...	Nowak Jan	Zakończenie diagnostyki wstępnej	Poprawny
27-03-202...	Nowak Jan	Rozpoczęcie diagnostyki wstępnej	Poprawny
27-03-202...	Nowak Jan	Wydanie karty	Poprawny

W kolumnie "Status" dla każdej z operacji wyświetla się status eksportu ("Poprawny", "Błąd" lub "Ostrzeżenie"). Po zaznaczeniu pozycji ze statusem "Błąd" lub "Ostrzeżenie" w oknie poniżej widoczna będzie treść otrzymanego komunikatu błędu/ostrzeżenia.

Nazwa operacji "Anulowanie diagnostyki..." odnosi się do anulowania etapu diagnostyki, którego dokonuje się poprzez wybór przycisku  **Usuń wizytę z karty**.

18.7 Dane medyczne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Dane medyczne](#)

Wybranie w głównym panelu ikony **Dane medyczne**, daje dostęp do wszystkich danych medycznych pacjenta zgromadzonych w systemie. Z tego poziomu oprócz przeglądania danych, można wprowadzić nowe informacje dotyczące danych medycznych.

U góry ekranu prezentowana jest lista wszystkich dostępnych zakładek t.j. Rozpoznanie, Badania laboratoryjne, Badania diagnostyczne, Czynniki ryzyka, Konsultacje, Skierowania, Rehabilitacje, Sanatoria, Hospitalizacje, Szczepienia, Antropometria (tylko w wariantcie **Standard+**), Badania wstępne, Badania wstępne do karty ciąży, Zabiegi, Karta ciąży, Karta opieki pielęgniarskiej, Karta DiLO.



W rozdziale zostały opisane dokumenty medyczne, których utworzenie jest możliwe jedynie z poziomu wizyty gabinetowej. Pozostałe zakładki znajdujące się na formacie danych medycznych zostały opisane w rozdziale: [Dane medyczne](#).

18.7.1 Badania wstępne do karty ciąży

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Dane medyczne](#) > [Badania wstępne do karty ciąży](#)

Jeśli wyniki badania zostaną wprowadzone przez rejestratorkę/położną z poziomu kartoteki pacjentów ([Rejestracja](#) > [Dane medyczne](#) > [Badania wstępne do karty ciąży](#)) w tym samym dniu co data wizyty, to po otwarciu wizyty w Gabinetcie lekarz otrzyma w pierwszej kolejności informację o wynikach badania.

+
Dokumenty medyczne wizyty
×

Data	Rodzaj
2016-03-30	Badanie wstępne do karty ciąży

Waga: 67 kg
Wzrost: 174 cm
BMI: 22,1
Obwód brzucha: 96 cm
Ciśnienie: 120/80 mmHg
Tętno: 70/min
Tętno płodu: 120/min
Temperatura: 36,8°C
Glikemia: 75 mg/dl

Załączniki

Status

Nie dopisany do żadnej wizyty

Wyjście



Jeśli pacjentce utworzono wcześniej kartę ciąży, to lekarz za pomocą przycisku **"Dopisz do wizyty"** będzie mógł powiązać wyniki badań z wizytą. Dzięki temu dane wprowadzone w dokumencie "Badanie wstępne do karty ciąży", zostaną przepisane w odpowiednie pola wizyty i karty ciąży, t.j.:

- Ciśnienie, tętno - zostanie dopisane do badań fizykalnych i karty ciąży
- Temperatura, glikemia - zostanie dopisana do badań fizykalnych
- Masa ciała, wzrost, obwód brzucha, BMI, tętno płodu - zostanie dopisane do karty ciąży
- Obrzęki, żylaki - [informacje możliwie do uzupełnienia w badaniu wstępnym od wersji 9.6.0 aplikacji mMedica](#). Zostaną dopisane do karty ciąży.

W przypadku gdy pacjentce nie założono karty ciąży, nie będzie możliwości dopisania wyników do karty, o czym użytkownik zostanie poinformowany stosownym komunikatem.


Pacjentka nie ma aktywnej karty ciąży.
Wyniki nie zostaną przepisane do danych medycznych.

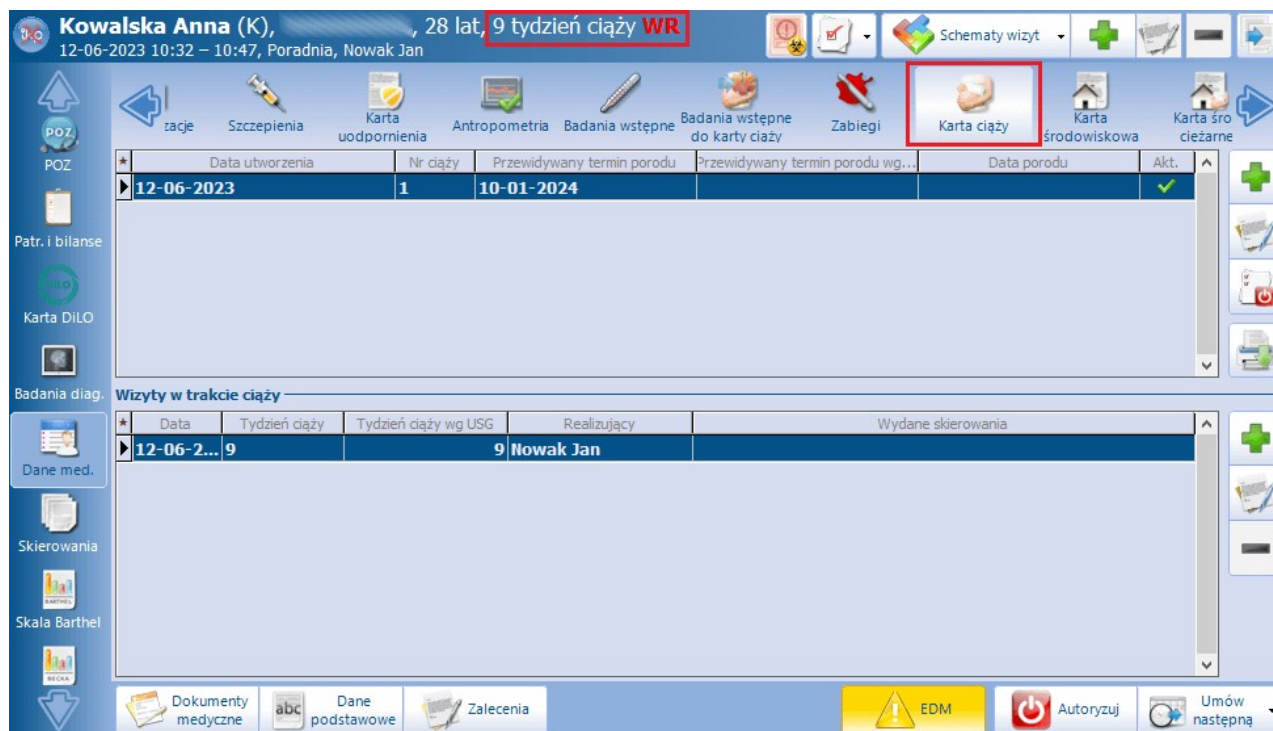
OK

18.7.2 Karta ciąży

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Dane medyczne](#) > [Karta ciąży](#)

Formatka **Karta ciąży** zostaje aktywowana na wizycie realizowanej kobiecie. W górnej części okna prezentowane są dane karty ciąży, jeżeli została utworzona. Natomiast w dolnej części okna *Wizyty w trakcie ciąży* prezentowane są wizyty, które zostały zrealizowane pacjentce w trakcie ciąży i powiązane z kartą.

Pacjentka może mieć jednocześnie tylko jedną aktualną kartę ciąży. Aby wprowadzić do systemu kartę ciąży należy wybrać przycisk **"Nowa karta"** , znajdujący się po prawej stronie ekranu.



Kowalska Anna (K), 28 lat, 9 tydzień ciąży WR
12-06-2023 10:32 – 10:47, Poradnia, Nowak Jan

zacje Szczepienia Karta uodpornienia Antropometria Badania wstępne Badania wstępne do karty ciąży Zabiegi **Karta ciąży** Karta środowiskowa Karta śro ciężarne

Data utworzenia	Nr ciąży	Przewidywany termin porodu	Przewidywany termin porodu wg...	Data porodu	Akt.
12-06-2023	1	10-01-2024			✓

Wizyty w trakcie ciąży

Data	Tydzień ciąży	Tydzień ciąży wg USG	Realizujący	Wydane skierowania
12-06-2...	9		9 Nowak Jan	

Dokumenty medyczne Dane podstawowe Zalecenia EDM Autoryzuj Umów następną

Formatka *Karta ciąży* obejmuje informacje zgromadzone na siedmiu zakładkach: Dane ogólne, Wizyty, Badania laboratoryjne, Badania diagnostyczne, Konsultacje, Hospitalizacje, Leczenie ambulatoryjne.

Karta ciąży – Kowalska Anna (K), 28 lat, 9 tydzień ciąży **WR**

Dane ogólne Wizyty Badania lab. Badania diag. Konsultacje Hospitalizacje Leczenie amb.

Data ostatniej miesiączki: * 05-04-2023 Data porodu: Liczba poprzednich ciąż: * 0 Grupa krwi matki: Przewidywany termin porodu: 10-01-2024 Data rozp. ciąży: 19-04-2023 Liczba porodów: * 0 Grupa krwi ojca: Data ostatniej miesiączki wg USG: 05-04-2023 Tydzień rozp. ciąży: Liczba ur. dzieci żywych: * 0 Waga (kg): Przewidywany termin porodu wg USG: Ciąża mnoga Liczba ur. dzieci martwych: * 0 Wzrost (cm): Martwe urodzenie Liczba poronień: * 0

Czynniki ryzyka: Badanie ginekologiczne w momencie rozpoznania ciąży:

Ciąża wysokiego ryzyka

Czy aktualna

Zatwierdź Anuluj

Pola, których uzupełnienie jest obowiązkowe oznaczone zostały (*). Przewidywany termin porodu oraz tydzień ciąży jest wyznaczany na podstawie daty ostatniej miesiączki. Informacja o tygodniu ciąży będzie wyświetlana w górnym pasku okna obok danych pacjentki we wszystkich wizytach i komórkach organizacyjnych, dopóki karta ciąży nie zostanie zamknięta.


W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica na zakładce *Dane ogólne* w dolnej części okna zostało dodane pole "**Ciąża wysokiego ryzyka**". W przypadku jego zaznaczenia wraz ze wspomnianą wyżej informacją o tygodniu ciąży będzie wyświetlany również symbol **WR**.

Na zakładkach *Badania lab.*, *Badania diag.*, *Konsultacje*, *Hospitalizacje*, *Leczenie amb.* znajdują się dokumenty medyczne, które zostały dodane wcześniej do danych medycznych pacjenta i dopięte do wizyty lub ręcznie wprowadzone przez lekarza.

Zakładka *Wizyty* służy do ewidencji wszystkich wizyt kontrolnych, jakie odbywają się w czasie ciąży. Aby dodać nowy wpis należy wybrać przycisk "**Nowy wpis**"  w sekcji *Wizyty w trakcie ciąży*.

Wizyty w trakcie ciąży

Data	Tydzień ciąży	Tydzień ciąży wg USG	Realizujący	Wydane skierowania
2015-12-29	21		Anna Nowak	



Otwarta zostanie nowe okno na zakładce *Wizyty*, umożliwiając ewidencję porady ginekologicznej. Część danych znajdujących się na zakładce zostanie uzupełniona automatycznie na podstawie wcześniej przepisanych leków czy zaewidencjonowanych danych.

Po lewej stronie okna prezentowane są daty wizyt, które zostały powiązane z kartą ciąży. Zaznaczenie na liście wybranej daty, spowoduje wyświetlenie danych wizyty. Tekst w przygotowanych oknach tekstowych można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, wcześniej zdefiniowanych przez użytkownika.

Karta ciąży – Kowalska Aleksandra (K), 00000000000, 27 lat, 21 tydzień ciąży

Dane ogólne Wizyty Badania lab. Badania diag. Konsultacje Hospitalizacje Leczenie amb.

Tydzień ciąży: 21 Tydzień ciąży wg USG: Rozpoznanie główne: Z32.1 ... Ciąża potwierdzona

Wywiad

Badanie ginekologiczne

USG PŁODU - Aparat Voluson Expert E8
 Łożysko: Lokalizacja (ściana): tylna
 Płyn owodniowy (ilość): prawidłowa
 Ruchy płodu: prawidłowe
 Położenie : podłużne główkowe

Czynniki ryzyka

Wyniki

Waga (kg): 67 Obrzęki: brak Morfologia:
 Wzrost (cm): 174 Żyłki: brak HbC 3,5 mln/ mm³
 BMI: 22,1 Dno macicy: HGB 12 g/dl
 Obwód brzucha (cm): 96 Szyjka macicy: L, WBC 13,5 tys./ mm³
 Ciśnienie: 120 / 90 Kwalif. do opieki perinatalnej: **Badanie moczu:**
 Tętno: 80
 Tętno płodu: 120

Przepisane leki

- Acidum folicum Richter; tabl. 15 mg; 2 op. x 30 szt.; Odpl.: 100%
- Prenalen Magnez-Fol; tabl. powl.; 1 op. x 30 szt.; Odpl.: 100%

Wydane skierowania

Skierowanie do specjalisty - Poradnia endokrynologiczna

Zalecenia

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje wykonanie 3 badań ultrasonograficznych- przesiewowych w ciąży : 11-14 tydzień , 20 tydzień(+/- 2 hbd), 30 tydzień(+/- 2 hbd). Jednocześnie informujemy, że w okresie życia płodowego niektóre anomalie mogą pozostać niewykryte w badaniu usg,

Opis poszczególnych pól znajdujących się na zakładce *Wizyty*:

- **Tydzień ciąży/wg USG** - tydzień ciąży wyznaczany jest na podstawie daty ostatniej miesiączki wprowadzonej na zakładce *Dane ogólne*
- **Rozpoznanie główne** - kod rozpoznania uzupełni się automatycznie, jeśli zostanie wprowadzony na formatce *Wizyta* w Gabinetce. Można również wybrać go ręcznie za pomocą przycisku wyboru [...].
- **Wyniki** - wyniki badań wstępnych do karty ciąży uzupełnią się automatycznie, jeśli zostaną wprowadzone wcześniej w danych medycznych pacjentki i dopisane do wizyty. Pozostałe dane należy uzupełnić ręcznie.
- **Przepisane leki** - wyświetlą się informacje o lekach, które zostały przepisane pacjentce na wizycie.
- **Wydane skierowania** - wyświetlą się informacje o skierowaniach, jakie zostały wystawione na wizycie.

Po zakończeniu 42 tygodnia ciąży, podczas otwierania wizyty w Gabinetce, każdorazowo wyświetlany będzie komunikat informujący o konieczności zamknięcia aktualnej karty ciąży:

Pacjentka ma aktywną kartę ciąży.
 Należy uzupełnić datę porodu albo oznaczyć kartę jako nieaktualną.

OK



W celu dezaktywowania, zamknięcia karty ciąży należy wybrać przycisk **Zamknij kartę**, znajdujący się w prawym panelu formatki. Ponadto uzupełnienie daty porodu na zakładce *Dane ogólne* również spowoduje zamknięcie karty ciąży. Aby tego dokonać należy dodać nowy wpis w sekcji *Wizyty w trakcie ciąży*.

Informacje o opiece okołoporodowej wyświetlane są również na pozycji rozliczeniowej (zdj. poniżej).

1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP

Rozliczenia z tytułu OC _____

Status: _____

Nr pisma: _____

Opieka okołoporodowa _____

Tydzień ciąży: _____ 1 Termin porodu: 2016-07-05


18.7.3 Karta opieki pielęgniarskiej

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Dane medyczne](#) > [Karta opieki pielęgniarskiej](#)

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

Data utworzenia	Lekarz POZ	Pielęgniarka POZ	Akt.
2017-04-18	EWA	ANNA	✓

Data	Realizujący	Opis
2017-04-18	Nowak Anna	

Aby dodać kartę należy wybrać przycisk  **Nowa karta** znajdujący się po prawej stronie ekranu. Otwarte zostanie nowe okno *Karta opieki pielęgniarskiej*, które obejmuje informacje zgromadzone na pięciu zakładkach:

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

Karta opieki pielęgniarskiej – Kowalski Jan (M), 51 lat

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

Stan pacjenta
 Zdrowy
 Chory
 Nosicielstwo HBs

Dane antropometryczne
 Wzrost (cm):
 Waga (kg):
 Data pomiaru:

Występujące alergie

Nałogi

Choroby zasadnicze
 Z chorób przewlekłych:

*	Kod	Nazwa
▶		

 Inne:

Choroby współistniejące
 Z chorób przewlekłych:

*	Kod	Nazwa
▶		

 Inne:

Zatwierdź Anuluj

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 Gabinetzie lekarskim.


Sekcja: Przyjmowane leki

Informacje o lekach stale podawanych z ostatnich 3 miesięcy.

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

Założoną kartę można uzupełniać o dodatkowe wpisy i informacje na kolejnych wizytach realizowanych pacjentowi. W tym celu należy w sekcji *Udzielone świadczenia* (zaprezentowanej na 1 rzucie ekranu)

wybrać przycisk , który do istniejącej karty doda kolejną wizytę, umożliwiając jej dalszą ewidencję. Karta dostępna jest również z poziomu danych medycznych pacjenta Kartoteki pacjentów, ale tylko do odczytu ([Kartoteka pacjentów](#) > [Dane medyczne](#) > [Karta opieki piel.](#)).

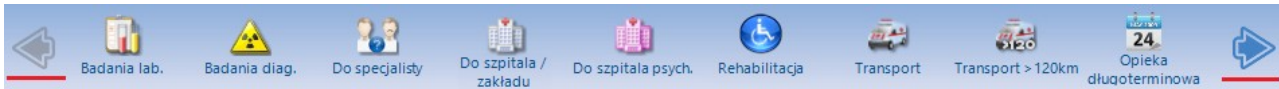
Dezaktywacji karty dokonuje się za pomocą przycisku  **Zamknij kartę**. Dane nieaktywnej karty są zapisywane w danych medycznych pacjenta i tam dostępne do przeglądu. Z kolei możliwość utworzenia nowej karty opieki pielęgniarskiej istnieje na kolejnej wizycie pacjenta.

18.8 Skierowania

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#)

Wybranie w głównym panelu ikony **Skierowania** umożliwia wystawienie i wydrukowanie pacjentowi skierowania na drukach zgodnych ze wzorami publikowanymi przez NFZ.

U góry ekranu prezentowana jest lista wszystkich dostępnych skierowań, zleceń i innych potrzebnych wydruków, wystawianych w gabinecie lekarskim. Z uwagi na to, że lista skierowań jest długa i nie mieści się w całości na ekranie, dodano strzałki przewijania, które znajdują się z lewej i prawej strony paska zakładek/przycisków.



W wersji programu Standard dostępne są następujące skierowania:

- na badania laboratoryjne
- na badania diagnostyczne
- do specjalisty
- do szpitala
- na rehabilitację

które zostały przygotowane do wydruku w trzech formatach: A4, A5 i w formacie recepty. Te i pozostałe zlecenia/druki są dostępne tylko w wersji **mMedica PLUS**: do szpitala psychiatrycznego, na transport i transport powyżej 120 km, na opiekę długoterminową, zaopatrzenie rehabilitacyjne, do sanatorium, na rehabilitację leczniczą KRUS, do pielęgniarki/położnej, zaświadczenie lekarskie, druk OL-9 (stan zdrowia), druk N-14 (stan zdrowia), druk PR-4 (rehabilitacja), zaświadczenie dla zespołu ds. OoN, zaświadczenie przed szczepieniem, informacja dla lekarza kierującego, odmowa pacjenta, na badania cytologiczne, na badania prenatalne, na badania histopatologiczne.

Aby wystawić pacjentowi skierowanie należy w górnej części ekranu wybrać odpowiednią ikonę, następnie uzupełnić przygotowane pola. Część danych wprowadzonych wcześniej na zakładce **Wizyta** jest automatycznie przenoszona w odpowiednie pola na skierowaniu (np. wprowadzone rozpoznanie podpowie się domyślnie na skierowaniu na badania diagnostyczne).

Istnieje możliwość podejrzenia informacji medycznych dotyczących pacjenta z poziomu wystawianego skierowania. W zależności od wybranego rodzaju skierowania, program uzupełnia na nim informacje o wynikach badań pacjenta, przebytych hospitalizacjach, pobytach w sanatorium, przeprowadzonych konsultacjach. W celu wyświetlenia tych informacji należy kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszki na wybranej informacji medycznej lub wybrać przycisk **Pokaż dane** z prawej strony ekranu.

18.8.1 Konfiguracja skierowań

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Skierowania](#)

Przed rozpoczęciem pracy w Gabinecie zalecane jest skonfigurowanie programu, co może znacząco wpłynąć na komfort pracy i jakość wydruków skierowań.

Każde skierowanie/druk można wydrukować w wybranym formacie (recepty, A4, A5) lub wykorzystać do tego własny szablon wydruku, poprzez wybranie przycisku **Drukuj skierowanie**, znajdującego się zawsze w dolnym panelu formatki.

Ustawienia dotyczącego domyślnego formatu wydruku definiuje się w Konfiguratorze. Dodatkowo istnieje możliwość ustawienia szerokości marginesów i zaznaczenia danych, które będą umieszczane przez aplikację na wydruku skierowań (zdzj. poniżej).

Konfiguracja – Gabinet » Skierowania Nadpisz wartościami domyślnymi

Moduły dodatkowe

- Personalizacja
- Komercja
- EDM
- eRejestracja
- eWyniki
- Stomatologia
- SMS
- Hospitalizacje
- Opieka dzienna
- eArchiwum
- Obrót lekami
- Medycyna pracy
- Teleporada
- Pracownia diagnostyczn

Gabinet

- Wygląd
- Wizyta
- Recepty
- Skierowania
- Historia wizyt
- Wydruki różne
- Różne

Marginesy

Format A4: (mm) Format A5: (mm)

Dane na wydruku

- Nazwa podmiotu leczniczego
- REGON
- NIP
- VIII część kodu resortowego
- Dane lekarza
- Kody i nazwy z przekodowania słownika badań (skierowanie na badania laboratoryjne i badanie diagnostyczne)
- Kod kreskowy z numerem skierowania (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, cytologiczne, do specjalisty, do szpitala i na rehabilitację)
- Kod kreskowy z PESEL-em pacjenta (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, cytologiczne, do specjalisty, do szpitala, do szpitala psychiatrycznego, na rehabilitację i do pielęgniarki/położnej)
- Informacja o braku refundacji na skierowaniu wystawionym w wizycie komercyjnej/prywatnej (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, do specjalisty i na rehabilitację)

Treść informacji:

Informacja o płatniku na skierowaniu wystawionym w wizycie komercyjnej/prywatnej (skierowanie na badania laboratoryjne)

Informacja dla lekarza kierującego/POZ

Domyślny format: Widok szablonów wydruku: ... Informacja dla lekarza kierującego

Domyślne wytyczne:

Odmowa pacjenta

Domyślny format: Widok szablonów wydruku: ... Odmowa pacjenta

Znaczenie wybranych parametrów:

- **Kody i nazwy z przekodowania słownika badań** - zaznaczenie powoduje wydruk na skierowaniu kodu i nazwy zewnętrznej badania z przekodowania słownika. Parametr ten prawidłowo funkcjonuje dla aktywnej licencji na moduł dodatkowy eWyniki Lab i eWyniki Diag.
- **Informacja o braku refundacji na skierowaniu wystawionym w wizycie komercyjnej/prywatnej** - zaznaczenie powoduje wydruk na skierowaniu (w lewym górnym rogu) dopisku o braku refundacji - treść pobierana jest z pola "Treść informacji", w którym domyślnie podpowiadana jest wartość "Płatnik: świadczenie nie będzie finansowane ze środków publicznych". Tekst ten jest tylko propozycją i może zostać dowolnie zmieniony przez użytkownika. Warunkiem poprawnego działania parametru jest utworzenie wizyty komercyjnej.
- **Informacja o płatniku na skierowaniu wystawionym w wizycie komercyjnej/prywatnej (skierowanie na badania laboratoryjne)** - parametr dodany w wersji 9.10.0 aplikacji mMedica. Po jego zaznaczeniu wydruk skierowania do laboratorium wystawionego na wizycie komercyjnej (realizowanej w ramach Modułu Komercyjnego/Komercji), na którym wskazano umowę komercyjną, będzie zawierał informację o płatniku - nazwę kontrahenta i numer umowy.

Na dole okna dodano parametr **"Zablokuj możliwość edycji danych wydrukowanego skierowania"** - po jego włączeniu i po dokonaniu wydruku skierowania zostanie zablokowana możliwość edycji danych wystawionego skierowania.

18.8.2 Kopiowanie skierowań

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność kopiowania danych z wcześniej wystawionych skierowań. Rozwiązanie zostało przygotowane dla następujących skierowań:

- Badania laboratoryjne,
- Badania diagnostyczne,
- Zabiegi rehabilitacyjne,
- Transport,
- Transport > 120 km,
- Sanatorium,
- Zaopatrzenie rehabilitacyjne,
- Zaświadczenie lekarskie,
- Druk OL-9, N-14, PR-4,
- Zaświadczenie dla zespołu ds. OoN,
- Informacja dla lekarza kierującego,
- Rehabilitacja lecznicza KRUS - od wersji 10.4.0 aplikacji mMedica.

Przycisk umożliwiający skopiowanie danych z wybranego, wcześniej wystawionego skierowania znajduje się



w prawym górnym rogu jednego z w/w skierowań. Po jego wybraniu zostanie otwarte okno *Skierowania* prezentujące listę wszystkich skierowań w danym rodzaju wystawionych pacjentowi. Wybranie odpowiedniego skierowania z listy spowoduje uzupełnienie pól na formatce informacjami z wybranego skierowania.

The screenshot shows the 'Skierowania' window with the following data:

Dane	Data wyst.	Wystawil
Hormon tyreotropowy (TSH)	2015-06-22	Ewa
L69 Hormon tyreotropowy (TSH)	2014-06-23	Ewa
L69 Hormon tyreotropowy (TSH)	2013-12-18	Ewa
L69 Hormon tyreotropowy (TSH), O18 Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	2013-09-25	Ewa

18.8.3 Badania laboratoryjne


Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania laboratoryjne](#)

W celu wystawienia skierowania na badania laboratoryjne należy w głównym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie zakładkę **Badania lab.** znajdującą się w górnym panelu. System wyświetli formatkę, na której należy uzupełnić dane.

The screenshot shows the 'Badania lab.' tab selected in the top navigation bar. The main area contains several sections:

- Dane ogólne:** Includes fields for 'Nr umowy', 'Do laboratorium', 'Liczba wykonań', 'Do dnia', 'Interwał', 'Częstość', and 'Daty zleceń'. There are also checkboxes for 'Bez refundacji NFZ' and 'Cito'.
- Rozpoznanie:** A table with columns for 'Kod', 'Nazwa', and 'Główne'. It contains two entries:

Kod	Nazwa	Główne
L23	Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry	✓
R49.1	Afonia	
- Badania:** A list of tests with a '+' button next to it, highlighted by a red box. The tests listed are:
 - Bilirubina całkowita
 - Kreatynina
 - Morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi

Aby dodać badanie, należy wybrać przycisk , zaznaczony na powyższym zdjęciu. Otwarte zostanie okno *Badania laboratoryjne - wielowybór* (zdz. poniżej), zawierające słownik badań laboratoryjnych. Na prezentowanej liście należy zaznaczyć badania, które mają znaleźć się na skierowaniu i zatwierdzić wybór przyciskiem **Wybierz**.

Badania laboratoryjne - wielowybór


Kod lub nazwa: Grupa:


Tylko aktualne Tylko refundowane

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Kod	Nazwa	Materiał	Grupa	Procedura
AA	AA	Krew	Badania biochemi...	
BIS001	Albumina	Surowica	Badania biochemi...	I09
BIS002	Aminotransferaza alaninowa (...)	Surowica	Badania biochemi...	I17
BIS003	Aminotransferaza asparaginia...	Surowica	Badania biochemi...	I19
BIS004	Amylaza	Surowica	Badania biochemi...	I25
BIS005	Antygen HBs-AgHBs	Surowica	Badania biochemi...	V39
BIS006	Białko C-reaktywne (CRP)	Surowica	Badania biochemi...	I81
BIS007	Białko całkowite	Surowica	Badania biochemi...	I77
BIS012	Cholesterol całkowity	Surowica	Badania biochemi...	I99
BIS013	Czynnik reumatoidalny (RF)	Surowica	Badania biochemi...	K21
BIS014	Fosfataza alkaliczna (ALP)	Surowica	Badania biochemi...	L11
BIS015	Fosfataza kwaśna całkowita (...)	Surowica	Badania biochemi...	L15
BIS016	FT3	Surowica	Badania biochemi...	O55
BIS017	FT4	Surowica	Badania biochemi...	O69

Wybierz (F5) Wyjście

W razie potrzeby, istnieje możliwość dodania badania do słownika poprzez wybór przycisku  lub zmiany

istniejącego przez wybór przycisku .



Opis poszczególnych pól znajdujących się na formacie **Badania lab.:**

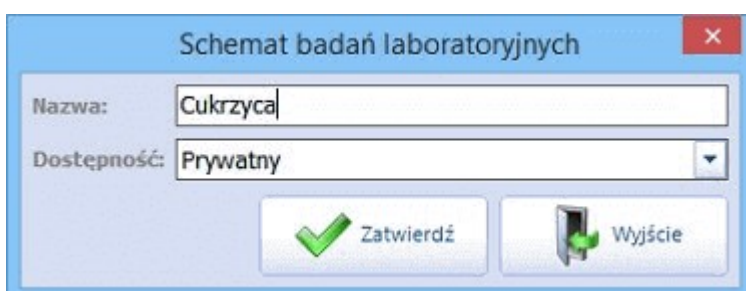
- **Numer umowy** - aby numer umowy drukował się na skierowaniu, należy wybrać go z listy rozwijanej. Numer umowy będzie podpowiadał się w polu automatycznie, jeśli zostanie wskazany w Ustawieniach domyślnych personelu.
Od wersji 9.10.0 aplikacji mMedica w przypadku wizyty komercyjnej (realizowanej w ramach Modułu Komercyjnego/Komercji) dostępna w polu lista zawiera numery umów komercyjnych.
- **Bez refundacji NFZ** - należy zaznaczyć, jeśli badanie nie będzie opłacane przez NFZ. Jeśli w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Skierowania](#) zaznaczony zostanie parametr "Informacja o braku refundacji na skierowaniu wystawionym na wizycie komercyjnej/prywatnej..." na wydruku skierowania zostanie dodany opis: "Płatnik: świadczenie nie będzie finansowane ze środków publicznych". W tym miejscu można również wprowadzić własną treść informacji o braku refundacji, która drukowana będzie na skierowaniu.
- **Do laboratorium** - za pomocą przycisku wyboru [...] można wybrać laboratorium, do którego zostanie skierowany pacjent. Dane instytucji wprowadza się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr instytucji](#), gdzie na zakładce 4. *Rodzaje* należy zaznaczyć wartość "Laboratorium". Aby nazwa jednostki podpowiadała się domyślnie, bez konieczności każdorazowego wybierania ze słownika, w Rejestrze instytucji należy zaznaczyć checkbox **"Czy domyślny"** wg. powyższej ścieżki.
- **Liczba wykonań, Do dnia, Częstość** - w celu wydrukowania skierowania cyklicznego należy określić liczbę wykonań, datę "do dnia" oraz częstość.
- **Cito** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "Tryb wykonania: CITO". W przypadku braku zaznaczenia na wydruku pojawi się wartość: "Tryb wykonania: normalny".
- **Wymaga pobrania materiału** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku

"Materiał pobierany u świadczeniodawcy". W przypadku braku zaznaczenia na wydruku pojawi się wartość: "Materiał pobierany w laboratorium".

W przypadku posiadania włączonego modułu eWyniki Lab, zaznaczenie parametru spowoduje skierowanie zlecenia do Punktu pobrań ([Moduły dodatkowe > Integracja > Punkt pobrań](#)) w celu pobrania materiału.

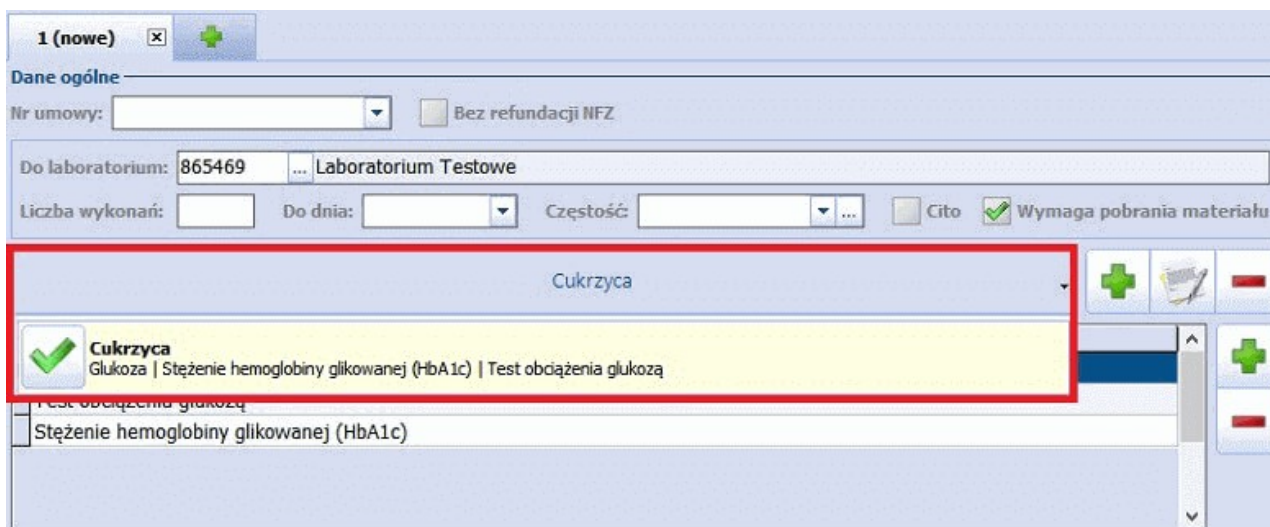
- **Rozpoznania** - pole dodane w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica. Na wyświetlonej liście podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty, jeśli zostały one w niej uzupełnione. W skierowaniu zostaną ujęte te z nich, które posiadają zaznaczenie [✓] w pierwszej kolumnie tabeli. Zaznaczenia/odznaczenia pozycji dokonuje się poprzez kliknięcie lewym przyciskiem myszy w odpowiednie pole.

Funkcjonalność schematów badań umożliwia zapamiętywanie najczęściej zlecanych badań w schematach. W tym celu należy dodać do skierowania badania (za pomocą przycisku  "Dodaje badanie(a)"), które mają zostać zapisane w schemacie. Następnie wybrać przycisk  **Dodaj schemat** znajdujący się po prawej stronie przycisku "Schematy badań". Otwarte zostanie okno *Schemat badań laboratoryjnych*:



- **Nazwa** - należy wprowadzić nazwę schematu. Nazwa wyświetlana będzie po wyborze schematu.
- **Dostępność** - z listy rozwijanej należy wybrać wartość, określającą dostęp użytkowników do utworzonych schematów. Do wyboru możliwe są 3 wartości:
 - a) Prywatny** - będzie widoczny tylko dla użytkownika, który go utworzył i przez niego będzie mógł być modyfikowany i usuwany.
 - b) Publiczny** - będzie widoczny dla wszystkich użytkowników programu, którzy mogą go dowolnie modyfikować i usuwać.
 - c) Publiczny bez modyfikacji** - będzie widoczny dla wszystkich użytkowników, ale prawo do jego modyfikacji i usunięcia będzie miał tylko ten użytkownik, który go utworzył.

Zapisany schemat dostępny będzie na liście rozwijanej, po wyborze przycisku **Schematy badań** (zdj. poniżej).



Ponadto w przygotowanych polach tekstowych (Uwagi, Zalecenia...) użytkownik ma możliwość wpisania dodatkowych informacji, które wydrukowane zostaną na skierowaniu.

18.8.4 Badania diagnostyczne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diagnostyczne](#)

W celu wystawienia skierowania na badania diagnostyczne należy w głównym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie zakładkę **Badania diag.** znajdującą się w górnym panelu. System wyświetli formatkę, na której należy uzupełnić dane.

W polu "Badanie diagnostyczne" należy wybrać przycisk , a następnie w otwartym oknie *Badania diagnostyczne* zaznaczyć badanie diagnostyczne, na które kierowany jest pacjent, i zatwierdzić wybór przyciskiem **Wybierz**. Nazwa wybranego badania zostanie wyświetlona we wspomnianym polu.

Opis poszczególnych pól znajdujących się na zakładce:

- **Numer umowy** - aby numer umowy drukował się na skierowaniu, należy wybrać go z listy rozwijanej. Numer umowy będzie podpowiadał się w polu automatycznie, jeśli zostanie wskazany w Ustawieniach domyślnych personelu.
- **Bez refundacji NFZ** - zaznacza się, jeśli badanie nie będzie opłacane przez NFZ. Jeśli w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Skierowania](#) zaznaczony zostanie parametr "Informacja o braku refundacji na skierowaniu wystawionym na wizycie komercyjnej/prywatnej..." na wydruku skierowania zostanie dodany opis: "Płatnik: świadczenie nie będzie finansowane ze środków publicznych". W tym miejscu można również wprowadzić własną treść informacji o braku refundacji, która będzie drukowana na skierowaniu.
- **Cito** - zaznaczenie spowoduje wystawienie skierowania z trybem wykonania: CITO.
- **Do pracowni diagnostycznej** - za pomocą przycisku wyboru [...] wskazuje się pracownię, do której zostanie skierowany pacjent. Aby nazwa jednostki podpowiadała się w polu domyślnie, bez konieczności każdorazowego wybierania jej ze słownika, w [Rejestrze instytucji](#) należy zaznaczyć checkbox "Czy domyślny" na zakładce 4. Rodzaje.
- **Badanie diagnostyczne** - należy wskazać w nim, korzystając ze słownika badań diagnostycznych, badanie, na które kierowany jest pacjent.

Obsługa gabinetu lekarskiego

- **Okolica ciała** - skorzystanie z dostępnego w nim przycisku wyboru [...] powoduje wyświetlenie słownika okolic ciała, w którym należy wskazać odpowiednią pozycję.
- **Strona ciała** - dokonuje się w nim wyboru z listy rozwijalnej jednej z następujących wartości: Lewa, Prawa, Prawa i lewa.
- **Rozpoznanie** - na liście rozpoznań podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty i z historii chorób przewlekłych, jeśli takowe istnieją. Aby skierowanie zawierało informację o rozpoznaniach, należy dokonać ich zaznaczenia [✓] w przygotowanej do tego kolumnie (zdj. poniżej).

Rozpoznanie			
	Kod	Nazwa	Główne
<input checked="" type="checkbox"/>	M50.1	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów ...	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	J46	Stan astmatyczny	

Stronę ciała można również określić w odniesieniu do rozpoznania. Służy do tego pole "Strona ciała" zamieszczone pod tabelą rozpoznań.

Ponadto w przygotowanych polach opisowych użytkownik ma możliwość wpisania dodatkowych informacji o celu przeprowadzenia badania, zaleceniach przed zabiegiem czy dodatkowych uwag. Jeśli w polu "Opis przygotowań przed zabiegiem" wprowadzony zostanie tekst, system wydrukuje go na osobnej kartce. Natomiast zalecenia drukują się jednocześnie ze skierowaniem.

Jeśli u danego pacjenta były wcześniej wykonywane badania diagnostyczne, lista tych badań będzie wyświetlana w sekcji *Badania diagnostyczne dotychczas wykonane*. Aby skierowanie zawierało informację o dotychczas wykonanych badaniach, należy dodać zaznaczenie [✓] przy wybranym badaniu. Aby zbiorczo zaznaczyć/odznaczyć badania dotychczas wykonane, należy prawym przyciskiem myszy kliknąć w pole z badaniami i wybrać odpowiednią opcję (zdj. poniżej).

Badania dotychczas wykonane		
	Data	Nazwa
<input checked="" type="checkbox"/>	2015-10-23	Obrazowanie rezonansu magnetycznego, klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii...
<input checked="" type="checkbox"/>	2015-09-18	Tomografia komputerowa, głowa lub mózg; bez
<input type="checkbox"/>	Zdjęcie czaszki - 2012-09-22	

Wybierz wszystkie
Usuń wybór

W sekcji *Badania laboratoryjne dotychczas wykonane*, prezentowane są wszystkie badania laboratoryjne, które zostały wykonane pacjentowi.

Jeśli w systemie mMedica brak jest informacji o innych badaniach wykonanych pacjentowi, informację taką można dopisać ręcznie w polu tekstowym "Inne".

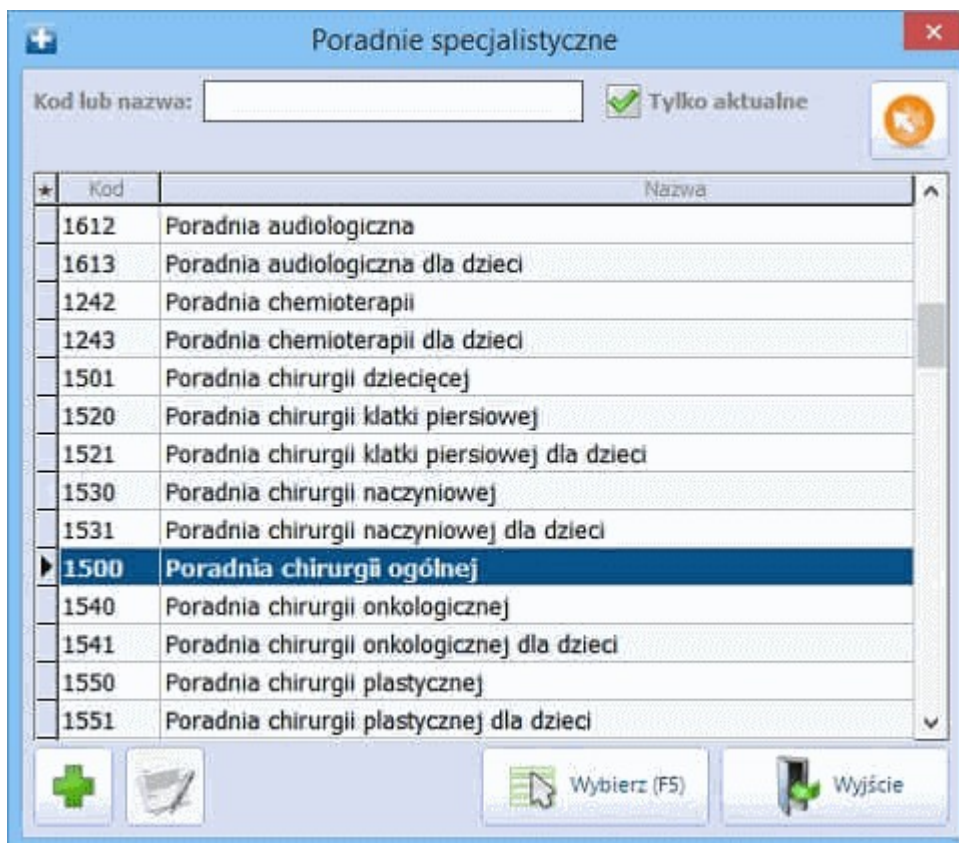
18.8.5 Do specjalisty



Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Do specjalisty](#)

W celu wystawienia skierowania do specjalisty należy w głównym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie zakładkę **Do specjalisty** znajdującą się w górnym panelu. System wyświetli formatkę, na której należy uzupełnić dane.

The screenshot shows the 'Do specjalisty' (To specialist) form in the medical software. The interface includes a top navigation bar with icons for 'Badania lab.', 'Badania diag.', 'Do specjalisty', 'Do szpitala', 'Do szpitala psych.', 'Zabiegi rehab.', 'Transport', and 'Transport >120km'. The 'Do specjalisty' icon is highlighted with a red box. Below the navigation bar, there is a section for '1 (nowe)' (1 new) with a dropdown for 'Nr umowy:' and a 'Poradnia' field containing '1500' and 'Poradnia chirurgii ogólnej'. The 'Rozpoznanie' (Diagnosis) table lists 'M50.1 Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych' and 'J46 Stan astmatyczny'. The 'Badania laboratoryjne' (Laboratory tests) table shows 'Amylaza, Badanie ogólne, Biliru...' and 'Białko C-reaktywne (CRP), Białk...'. The 'Badania diagnostyczne' (Diagnostic tests) table shows 'Obrazowanie rezonansu magne...' and 'Tomografia komputerowa, gło...'. The 'Stale podawane leki' (Regularly administered drugs) table lists 'Abaktal roztw. do inf. 400 mg/5 ml', 'Abra test paskowy', and 'Zyrtec krople doustne, roztwór 10 mg/ml'.

Aby wystawić skierowanie do specjalisty należy obligatoryjnie wskazać poradnię, do której kierowany jest pacjent. W tym celu w polu **Poradnia** należy wybrać przycisk wyboru [...]. Otwarte zostanie okno "Poradnie specjalistyczne" (zdj. poniżej), w którym należy odnaleźć właściwą poradnię i wybrać ją dwuklikiem lub poprzez przycisk "Wybierz".



W razie potrzeby, istnieje możliwość dodania nowej poradni do słownika poprzez wybór przycisku  lub zmiany istniejącego przez wybór przycisku .

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formatce **Do specjalisty**:

- **Numer umowy** - aby numer umowy drukował się na skierowaniu, należy wybrać go z listy rozwijanej. Numer umowy będzie podpowiadał się w polu automatycznie, jeśli zostanie wskazany w Ustawieniach domyślnych personelu.
- **Porada** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "Proszę o poradę specjalistyczną".
- **Objęcie leczeniem specjalistycznym** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym".
- **Cito** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "PILNE!". W przypadku braku zaznaczenia na wydruku pojawi się wartość: "Tryb wykonania: normalny".
- **Do pracowni diagnostycznej** - za pomocą przycisku wyboru [...] można wybrać pracownię, do której zostanie skierowany pacjent. Dane instytucji wprowadza się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr instytucji](#), gdzie na zakładce 4. *Rodzaje* należy zaznaczyć wartość "Pracownia diagnostyczna". Aby nazwa jednostki podpowiadała się domyślnie, bez konieczności każdorazowego wybierania ze słownika, w Rejestrze instytucji należy zaznaczyć checkbox **"Czy domyślny"** wg. powyższej ścieżki.
- **Rozpoznanie** - na liście rozpoznań podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty i z historii chorób przewlekłych, jeśli takowe istnieją. Aby na skierowaniu wydrukować informacje o rozpoznaniach, należy zaznaczyć [✓] w przygotowanej do tego kolumnie (zdj. poniżej).

Rozpoznanie				
*	✓	Kod	Nazwa	Główne
▶	✓	M50.1	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów ...	✓
		J46	Stan astmatyczny	

W przygotowanym polu opisowym **Cel porady** użytkownik ma możliwość wpisania dodatkowych informacji o celu porady.

W polach **Badania lab/diag dotychczas wykonane** i **Stale podawane leki** będą wyświetlane dane o pozycjach już wprowadzonych w dotychczasowej historii wizyt pacjenta oraz o lekach oznaczonych jako stale podawane. Aby na skierowaniu została wydrukowana informacja o dotychczas wykonanych badaniach lub lekach stale przyjmowanych przez pacjenta, należy zaznaczyć [✓] przy wybranej pozycji. Aby zbiorczo zaznaczyć/odznaczyć np. badania dotychczas wykonane, należy prawym przyciskiem myszy kliknąć w pole z badaniami i wybrać odpowiednią opcję (zdj. poniżej).

Badania laboratoryjne dotychczas wykonane			
	Data	Nazwa	Wynik
<input type="checkbox"/>	2015-10-14	Amylaza, Badanie ogólne, Biliru...	
<input checked="" type="checkbox"/>	2015-09-16	Białko C-reaktywne (CRP), Białk...	Opis zeskanowany, dostępny w archiwum
I N N E	Wybierz wszystkie		
	Usuń wybór		

Jeśli w systemie mMedica brak jest informacji o innych badaniach wykonanych pacjentowi, informację taką można dopisać ręcznie w polu tekstowym "Inne".

18.8.6 Na rehabilitację

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Rehabilitacja](#)

W wersji 8.0.4 aplikacji mMedica skierowanie na rehabilitację (ikona **Rehabilitacja**) zastąpiło wcześniej funkcjonujące skierowania: na zabiegi rehabilitacyjne (ikona **Zabiegi rehab.**) oraz na rehabilitację ogólnoustrojową (ikona **Rehabilitacja ogólnoustr.**).

Dane ogólne

Nr umowy: W warunkach domowych Cito

Poradnia/oddział/ośrodek: 1300 **Poradnia rehabilitacyjna**

Rozpoznanie

Kod	Nazwa	Główne
T11	Inne urazy kończyny górnej, poziom nieokreślony	✓

Zabiegi

Schematy zabiegów

Nazwa	Liczba powt.	Czas trwania	Parametry	Okolica ciała
Masaże ręczne	10	15		kończyna
Światłolecznictwo	10	15		kończyna

Cel zabiegów, określenie dysfunkcji

Choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji

Badania laboratoryjne

W przypadku skierowania wystawianego w formie elektronicznej (e-Skierowania) obligatoryjne jest wypełnienie pola "Poradnia/oddział/ośrodek". W tym celu należy nacisnąć i ze słownika "Poradnie, oddziały i ośrodki rehabilitacji", który się wyświetli (patrz zdjęcie poniżej), wybrać odpowiednią pozycję.

Poradnie, oddziały i ośrodki rehabilitacji

Kod lub nazwa:


Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie


Kod	Nazwa
1330	Dział (pracownia) balneoterapii
1331	Dział (pracownia) balneoterapii dla dzieci
1310	Dział (pracownia) fizjoterapii
1311	Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci
1312	Dział (pracownia) fizykoterapii
1313	Dział (pracownia) fizykoterapii dla dzieci
1316	Dział (pracownia) hydroterapii
1317	Dział (pracownia) hydroterapii dla dzieci
1314	Dział (pracownia) kinezyterapii
1315	Dział (pracownia) kinezyterapii dla dzieci
1318	Dział (pracownia) krioterapii
1319	Dział (pracownia) krioterapii dla dzieci
1320	Dział (pracownia) masażu leczniczego
1321	Dział (pracownia) masażu leczniczego dla dzieci
2702	Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny
2703	Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci
4756	Oddział rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejący...
4757	Oddział rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejący...
4308	Oddział rehabilitacji kardiologicznej

Wybierz (F5) Wyjście

Dostępne u góry zakładki parametry "**W warunkach domowych**" oraz "**Cito**" pozwalają określić, czy rehabilitacja ma odbyć się w warunkach domowych, a także czy skierowanie ma być zrealizowane w trybie pilnym.

W sekcji Rozpoznanie podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty i z historii chorób przewlekłych, jeśli takowe istnieją. Rozpoznanie, które mają być uwzględnione w skierowaniu, należy zaznaczyć [✓] w przygotowanej do tego kolumnie. Czynność ta jest wymagana w przypadku e-Skierowania.

Wprowadzenia informacji o zabiegu/zabiegach dokonuje się w sekcji Zabiegi. W wersji 8.2.0 programu **zmienił się w niej sposób ewidencji danych**. Obecnie w celu dodania zabiegu należy wybrać przycisk . Czynność ta spowoduje wyświetlenie słownika zabiegów rehabilitacyjnych, z którego należy wybrać właściwą pozycję. Każdy dodany zabieg będzie się wyświetlał jako odrębny rekord tabeli. W celu zbiorczego wybrania ze słownika wielu pozycji, należy je najpierw zaznaczyć, korzystając z klawisza Ctrl na klawiaturze i lewego przycisku myszy, a następnie nacisnąć **Wybierz**. Dla każdego dodanego zabiegu można w odpowiednich polach uzupełnić dane, takie jak: liczba powtórzeń, czas trwania, parametry, okolica ciała. Dane te podpowiedzą się ze słownika zabiegów, jeżeli wcześniej zostały w nim zdefiniowane.

Do usunięcia dodanego zabiegu służy przycisk . Za pomocą przycisków strzałek można zmieniać kolejność zabiegów na liście. Aby przenieść zabieg o pozycję wyżej lub niżej, należy go podświetlić i wybrać odpowiednio skierowaną strzałkę.

Istnieje także możliwość utworzenia schematu zabiegów. Sposób jego tworzenia oraz późniejszego użycia

jest analogiczny jak w przypadku schematu badań na skierowaniu do laboratorium, opisanego w rozdziale [Badania laboratoryjne](#).

W polach **Badania lab/diag** i **Stale podawane leki** będą wyświetlane dane o pozycjach już wprowadzonych w dotychczasowej historii wizyt pacjenta oraz o lekach oznaczonych jako stale podawane. Aby skierowanie zawierało informację o dotychczas wykonanych badaniach lub lekach stale przyjmowanych przez pacjenta, należy zaznaczyć [✓] przy wybranej pozycji. Aby zbiorczo zaznaczyć/odznaczyć np. badania dotychczas wykonane, należy prawym przyciskiem myszy kliknąć w pole z badaniami i skorzystać z opcji "Wybierz wszystkie".

18.8.7 Do sanatorium

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Sanatorium](#)

Skierowanie do sanatorium dostępne jest w wersji **Plus** (Standard+, Komercja+) programu. W celu jego wystawienia należy w głównym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie zakładkę **Sanatorium**, znajdującą się w górnym panelu.

The screenshot displays the 'Skierowania' (Referrals) section of the medical software. The top navigation bar includes icons for 'Skierowania' (highlighted with a red box), 'Pielegniarka / Polozna', 'Zaopatrzenie rehab.', and 'Zaśw. lekarskie'. The main content area is divided into several sections:

- Dane ogólne:** Includes fields for 'Nr umowy' and 'Rodzaj skierowania' (Leczenie uzdrowiskowe, Rehabilitacja uzdrowiskowa).
- Rozpoznanie:** A table showing diagnosis codes and names. One entry is visible:


Kod	Nazwa	Główne
M79.0	Reumatyzm, nieokreślony	✓
- Uzasadnienie:** A text field for justification.
- Wywiad:** A text field for history.
- Przebyte leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat:** A table showing previous sanatorium treatments. One entry is visible:

Od	Do	Nazwa
01-05-2023	22-05-2023	Sanatorium
- Inne:** A text field for additional information, with a blue play button icon (highlighted with a red box) for data retrieval.
- Badania przedmiotowe:** Fields for weight, height, RR, and heart rate.

The bottom toolbar contains icons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Wyślij', 'Drukuj skierowanie', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

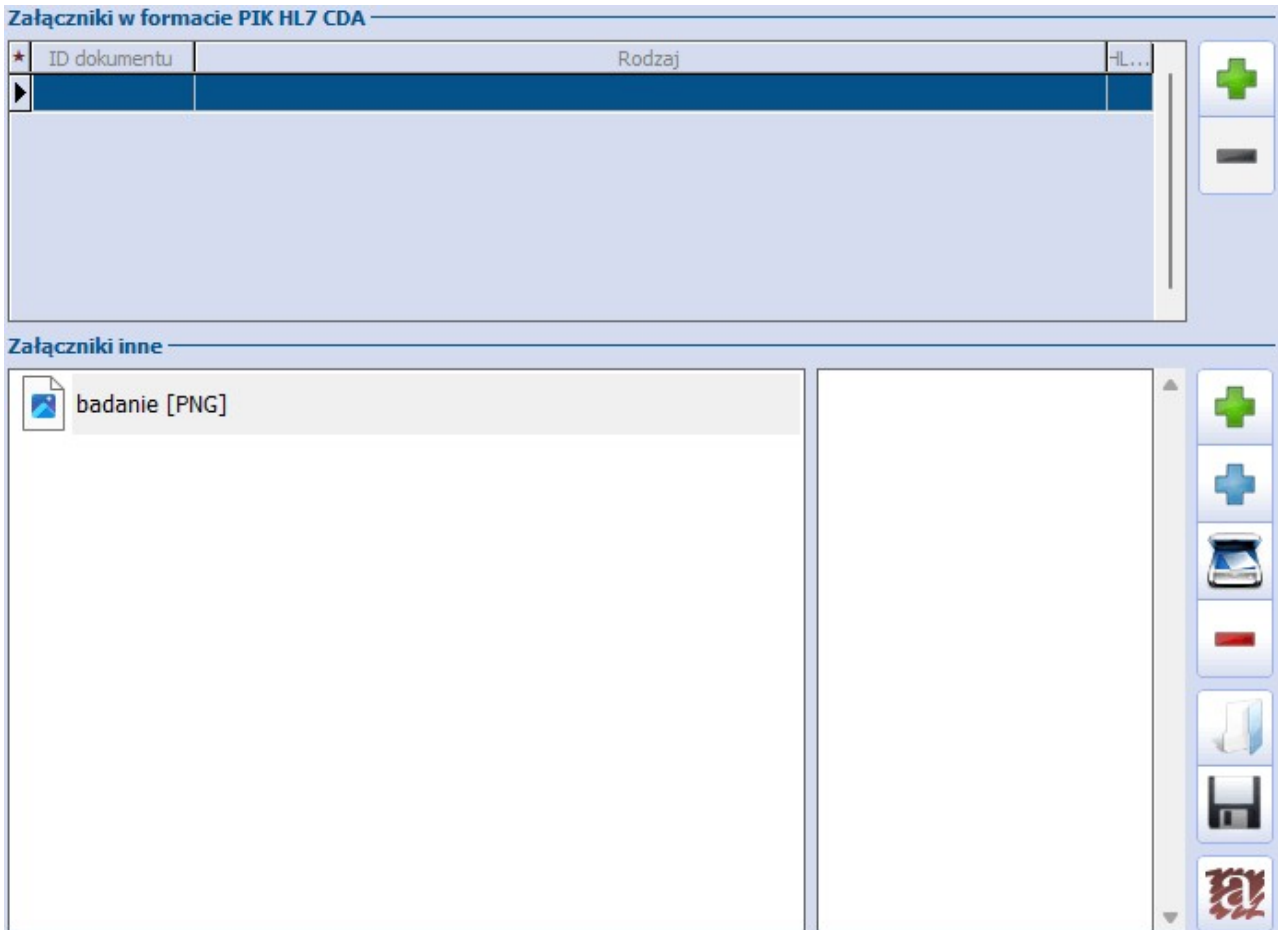
W sekcji Rozpoznanie wyświetlane są rozpoznania z chorób przewlekłych pacjenta oraz rozpoznania wybrane na wizycie. Należy zaznaczyć te, które mają być zamieszczone na skierowaniu.


Sekcja Przebyte leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat prezentuje pozycje z danych medycznych pacjenta, wprowadzone na zakładce [Sanatoria](#). Pozycje zaznaczone zostaną ujęte w skierowaniu.

Przycisk , wskazany na powyższym zdjęciu, służy do pobrania z systemu P1 informacji o ostatnim

pobycie pacjenta w uzdrowisku w ciągu ostatnich 3 lat. Pobrana informacja zostanie wyświetlona w polu "Inne", a następnie dodana do generowanego skierowania.


Istnieje możliwość dodania do e-Skierowania na leczenie uzdrowiskowe załączników dokumentacji medycznej pacjenta (sekcje [Załączniki w formacie PIK HL7 CDA](#) oraz [Załączniki inne](#)).




W celu dodania dokumentu w formacie PIK HL7 CDA należy wybrać przycisk , w wyniku czego otwarte zostanie okno *Wyszukiwanie dokumentów HL7 CDA*.

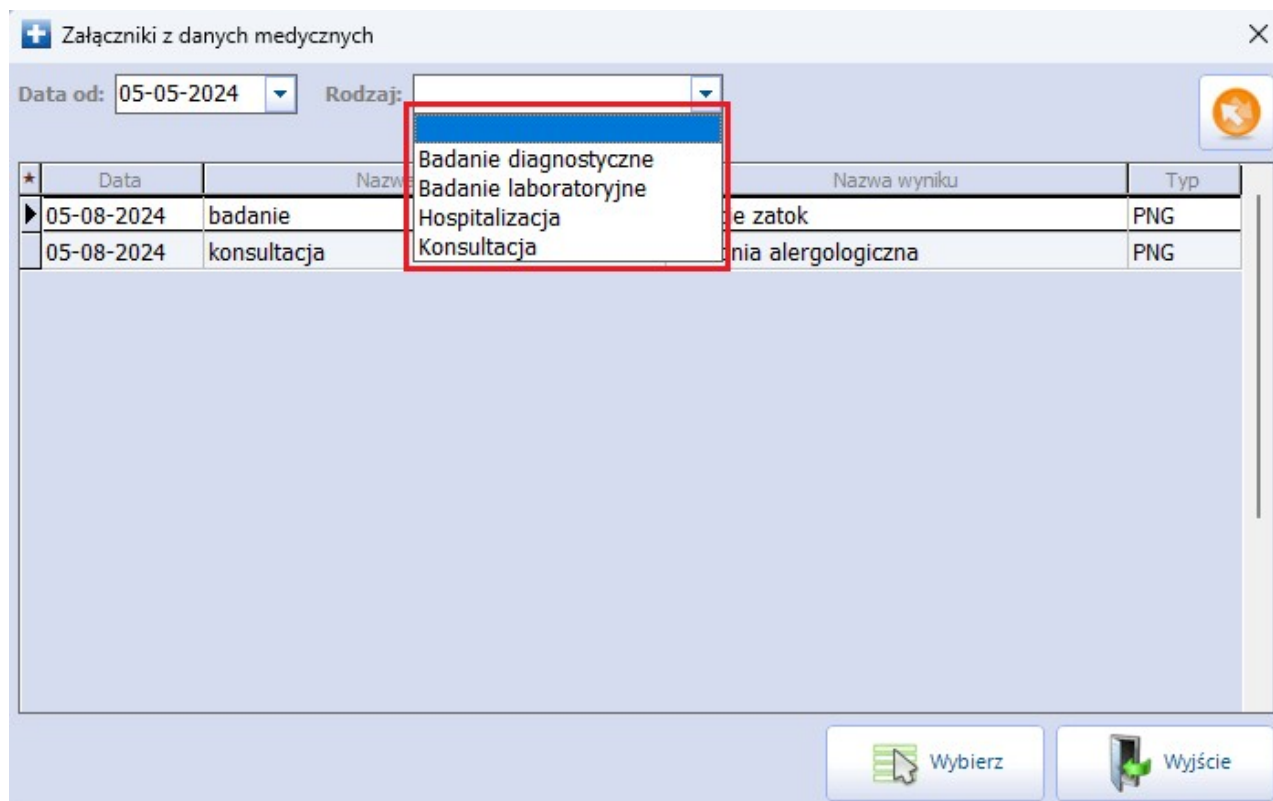
Po określeniu zakresu dat, rodzaju dokumentu i komórki organizacyjnej prezentowane są dokumenty zaindeksowane w systemie P1 oraz - od wersji 10.9.0 aplikacji mMedica - dokumenty pobrane z systemu zewnętrznego poprzez P1.

Właściwy dokument należy dołączyć do e-Skierowania za pomocą przycisku **Wybierz**, zamieszczonego w dolnej części okna. W celu pobrania dokumentów pacjenta udostępnionych przez inny podmiot należy

wybrać przycisk .

W sekcji [Załączniki inne](#) istnieje możliwość dodania załączników/skanów dokumentów w formacie jpg, jpeg, png, pdf. Maksymalna dopuszczalna objętości załączników to 11 MB. Wymagane jest, aby nazwa załącznika posiadała co najmniej 5 znaków.


W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica został dodany przycisk . Jego wybór uruchamia okno umożliwiające pobranie załączników z danych medycznych pacjenta (zdz. poniżej).



Aby wybrać załącznik, należy go zaznaczyć na liście, a następnie nacisnąć **Wybierz**. W celu zaznaczenia kilku pozycji można skorzystać z klawisza Ctrl lub Shift klawiatury i lewego przycisku myszy. Wybrane załączniki dodadzą się do skierowania.

U góry okna znajdują się filtry umożliwiające wyszukanie załączników wg daty lub wg rodzaju (możliwe rodzaje: Badanie diagnostyczne, Badanie laboratoryjne, Hospitalizacja, Konsultacja).



Przycisk  umożliwia bezpośrednie zeskanowanie dokumentów. Podczas dołączania dokumentów aplikacja weryfikuje wielkość i format oraz nazwę pliku, w przypadku niezgodności wyświetlony zostanie stosowny komunikat.

Z prawej strony sekcji dostępne jest pole tekstowe z możliwością dodania tekstów standardowych.

Aby wydrukować skierowanie, należy skorzystać z przycisku **Drukuj skierowanie**.

Istnieje możliwość wysyłki skierowania do systemu P1 w formie [e-Skierowania](#) na leczenie uzdrowskowe. Do wykonania tej operacji służy przycisk **Wyślij**.

Przy wysyłaniu/wydruku skierowania program będzie weryfikował, czy zostały uzupełnione wszystkie wymagane dane. W przypadku wykrycia braków zostanie wyświetlona stosowna informacja.

Aplikacja mMedica sprawdza zgodność oznaczenia sposobu informowania pacjenta o kolejnych etapach przetwarzania skierowania z ustawieniami kanałów komunikacyjnych w jego IKP, pod warunkiem wcześniejszego pobrania informacji o tych ustawieniach przez system mMedica (szczegóły w rozdziale [Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP](#)).

Jeżeli w znajdującej się na dole okna sekcji Sposób informowania pacjenta o kolejnych etapach przetwarzania skierowania zostanie wskazany sposób elektroniczny, a pacjent posiada konto IKP bez wybranych kanałów komunikacji, przy wysyłce skierowania wyświetli się stosowny komunikat w formie miękkiej walidacji, o treści:

"Wybrany sposób informowania pacjenta o kolejnych etapach przetwarzania skierowania nie odpowiada danym w P1. Kontynuować?"

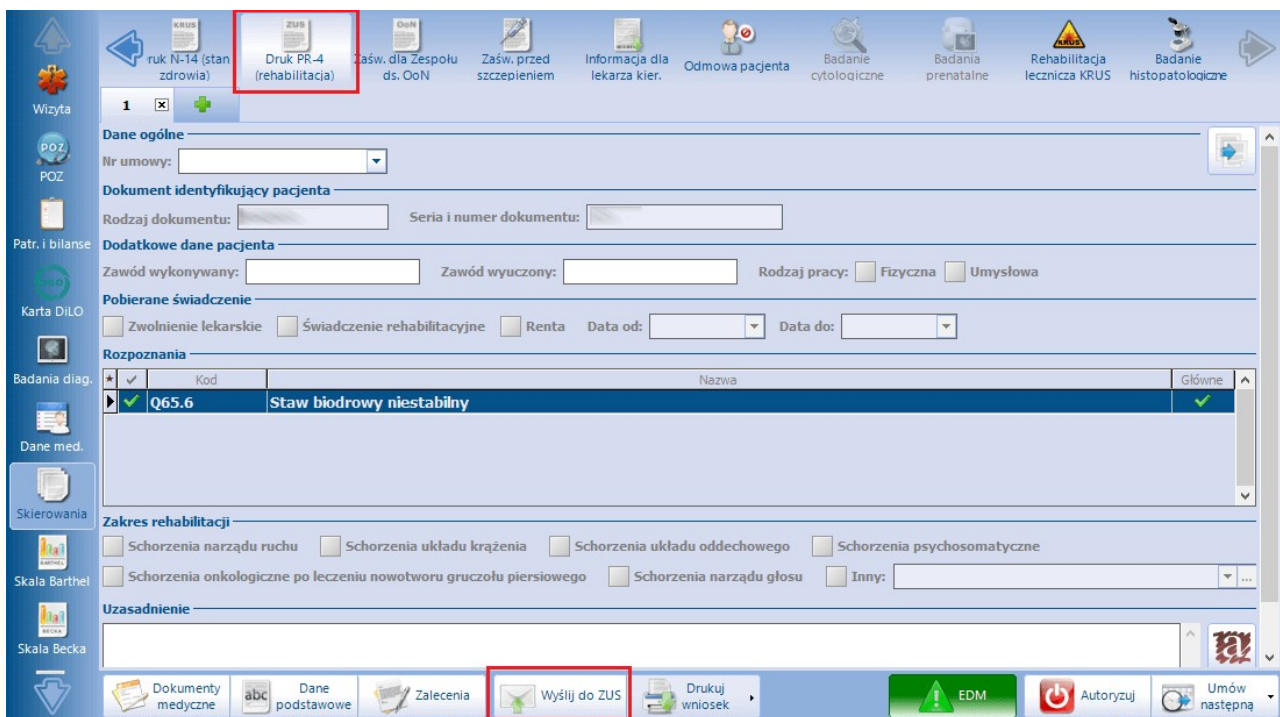
Powyższy komunikat pojawi się także w przypadku wskazania formy papierowej dla pacjenta z wybranym po stronie IKP kanałem komunikacji SMS lub/i e-mail.

Uwaga! Przed wysłaniem e-Skierowania należy zweryfikować w oknie [danych pacjenta](#), czy w jego danych adresowych na zakładce **2. Adres** jest wskazany odpowiedni kod ulicy (pole "Kod ulicy"). W przypadku jego braku należy wybrać odpowiednią pozycję ze słownika ulic i zatwierdzić zmiany, a następnie w oknie wizyty skorzystać z przycisku **Aktualizuj dane**.

18.8.8 Druk PR-4

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Druk PR-4 \(rehabilitacja\)](#)

Druk PR-4 (Wniosek o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS) jest dostępny w wersji **Plus** (Standard+, Komercja+) programu. W celu jego wystawienia należy w głównym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie u góry ekranu ikonę zaznaczoną na poniższym zdjęciu.



W sekcji **Rozpoznanie** wyświetlane są rozpoznania z chorób przewlekłych pacjenta oraz rozpoznania wybrane na wizycie. Należy zaznaczyć te, które mają być ujęte we wniosku.

W wersji 10.2.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość przesłania omawianego wniosku do PUE ZUS. W tym celu po uzupełnieniu wszystkich wymaganych danych należy wybrać przycisk **Wyślij do ZUS**, zaznaczony powyżej.

Po poprawnym przesłaniu wniosku uzyska on status "Wysłane" (wyświetli się w nagłówku zakładki).

Od wersji 10.8.0 aplikacji mMedica w polach „Zawód wykonywany” i „Zawód wyuczony” jest dostępny słownik zawodów.

Uwaga! Opis warunków, jakie muszą być spełnione, aby możliwa była komunikacja z PUE ZUS, znajduje się w instrukcji obsługi modułu eZLA+ (dostępnej na witrynie programu mMedica), w rozdziale "Założenia funkcjonalności".

18.8.9 Informacja dla lekarza kierującego

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Informacja dla lekarza kierującego](#)

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

The screenshot shows a medical software interface with a sidebar on the left containing icons for 'Wizyta', 'Dane med.', 'Skierowania', 'Druki', 'Recepty', 'Zwolnienia', 'Procedury', 'Skierowania', 'Historia wizyt', and 'Recepty'. The main window displays the 'Informacja dla lekarza kier.' form, which is highlighted in the top navigation bar. The form contains the following sections:


- Dane ogólne:** Includes a dropdown for 'Nr umowy'.
- Poprzednie informacje:** A table with columns 'Data', 'Rozpoznanie', and 'Opis udzielonego świadczenia'. One entry is visible: 2015-12-23, J46 - Stan astmatyczny, Alergicznego nieżyt nosa, alergicznego zapalenie spojówek.
- Dalsze postępowanie:** Includes a dropdown for 'Wytyczne' (set to 'Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej') and a text field for 'Poradnia specjalistyczna' (set to '1010 ... Poradnia alergologiczna').
- Rozpoznanie:** A table with columns 'Kod', 'Nazwa', and 'Główne'. One entry is visible: J46, Stan astmatyczny.
- Opis udzielonego świadczenia:** A text area containing: 'Alergicznego nieżyt nosa, alergicznego zapalenie spojówek. Świszczący oddech, wieczorne napady duszącego kaszlu'.
- Wykonane badania laboratoryjne:** A table with columns 'Data', 'Nazwa', and 'Wynik'. Two entries are visible: 2015-10-14 (Amylaza, Badanie ogólne, Bilirubina bezpośredni...) and 2015-09-16 (Białko C-reaktywne (CRP), Białko całkowite, Test...).
- Wykonane badania diagnostyczne:** A table with columns 'Data', 'Nazwa', and 'Wynik'. Two entries are visible: 2015-10-23 (Obrazowanie rezonansu magnetycznego, klatka ...) and 2015-09-18 (Tomografia komputerowa, głowa lub mózg; bez ...).
- Wskazówki:** Three empty text areas for 'Wskazówki w zakresie diagnostyki', 'Wskazówki w zakresie farmakoterapii', and 'Wskazówki inne'.

The bottom of the interface features a toolbar with icons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj informacje', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formatce **Informacja dla lekarza kier.:**

- **Numer umowy** - aby numer umowy drukował się na skierowaniu, należy wybrać go z listy rozwijanej. Numer umowy będzie podpowiadał się w polu automatycznie, jeśli zostanie wskazany w Ustawieniach domyślnych personelu.

Sekcja "Poprzednie informacje" - w polu wyświetlane będą dane dotyczące poprzednich informacji dla

lekarza kierującego, o ile takie były wystawione. Wybranie przycisku  spowoduje skopiowanie do bieżącej wizyty opisu udzielonego świadczenia.

Sekcja "Dalsze postępowanie"

- **Wytyczne** - należy wskazać wytyczne dotyczące dalszego postępowania w leczeniu pacjenta. Domyślnie podpowiada jest wartość "Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej", którą można zmienić w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet](#) > [Skierowania](#) w polu **Domyślne wytyczne**. Możliwe wartości do wyboru:
 - Pusta wartość - na skierowaniu nie będzie podpowiadana żadna wartość
 - Dalsze leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej
 - Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej
 - Skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny
 - Skierowanie do szpitala\./zx
 - Zakończenie leczenia specjalistycznego
- **Poradnia specjalistyczna** - za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać poradnię specjalistyczną.
- **Rozpoznanie** - na liście rozpoznań podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty i z historii chorób przewlekłych, jeśli takowe istnieją. Aby na skierowaniu wydrukować informacje o rozpoznaniach, należy zaznaczyć [✓] w przygotowanej do tego kolumnie (zdz. poniżej).

W przygotowanym polu opisowym **Opis udzielonego świadczenia** użytkownik ma możliwość wpisania dodatkowych informacji o udzielonym świadczeniu. Jeśli na wizycie wprowadzony został wywiad lub badania

fizykalne, treść z tych pól można skopiować za pomocą przycisków .

W polach **Wykonane badania lab/diag** wyświetlane będą dane o pozycjach już wprowadzonych w dotychczasowej historii wizyt pacjenta. Aby na skierowaniu została wydrukowana informacja o dotychczas wykonanych badaniach, należy zaznaczyć [✓] przy wybranej pozycji. Aby zbiorczo zaznaczyć/odznaczyć np. badania dotychczas wykonane, należy prawym przyciskiem myszy kliknąć w pole z badaniami i wybrać odpowiednią opcję (zdz. poniżej).

Badania laboratoryjne dotychczas wykonane			
	Data	Nazwa	Wynik
<input type="checkbox"/>	2015-10-14	Amylaza, Badanie ogólne, Biliru...	
<input checked="" type="checkbox"/>	2015-09-16	Białko C-reaktywne (CRP), Białk...	Opis zeskanowany, dostępny w archiwum
I N N E	Wybierz wszystkie		
	Usuń wybór		

W razie konieczności przekazania lekarzowi kierującemu dodatkowych wskazówek w zakresie diagnostyki lub farmakoterapii, należy wpisać je w przygotowane pola tekstowe.

18.8.10 Badanie cytologiczne


Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badanie cytologiczne](#)

Skierowanie na badanie cytologiczne dostępne jest w wersji Standard+ oraz Komercja+.

W celu wystawienia skierowania na badanie cytologiczne należy w lewym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie w górnym panelu zakładkę **Badanie cytologiczne**. Formatka zostaje aktywowana tylko na wizycie realizowanej kobiecie.

Do wystawienia skierowania konieczne jest zaznaczenie odpowiednich parametrów i wpisanie danych w przygotowanych polach tekstowych, jeśli jest to wymagane. Wpisanie tygodnia ciąży w polu "Hdb" powoduje automatyczne zaznaczenie pola "Cięża".

W sekcji [Badania](#) istnieje możliwość wyboru badań ze słownika badań cytologicznych, wyświetlanego po

wyborze przycisku . Słownik ten zawiera badania przypisane do grupy: "Badanie cytologiczne". Użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia, ma możliwość dodania do niego brakujących pozycji.

W górnej części formatki dostępne jest pole do oznaczenia trybu pilnego ("Cito"). W wersji 9.4.0 aplikacji mMedica zostało w tym miejscu dodane pole "Bez refundacji NFZ", umożliwiające oznaczenie braku refundacji NFZ.

Natomiast w sekcji dotyczącej pobrania materiału umożliwiono wprowadzenie dodatkowych informacji, takich jak: data pobrania, data utrwalenia oraz sposób utrwalenia materiału.

W sekcja [Rozpoznanie](#) podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty. W skierowaniu zostaną ujęte te z nich, które posiadają zaznaczenie [✓] w pierwszej kolumnie tabeli. Zaznaczenia/odznaczenia pozycji dokonuje się poprzez kliknięcie lewym przyciskiem myszy w odpowiednie pole.

W wersji 10.2.0 aplikacji mMedica w sekcji [Rozpoznanie kliniczne](#) dodano pole "Liczba porodów" oraz na dole ekranu pole do wprowadzenia informacji dodatkowych/zaleceń.

Po wprowadzeniu wszystkich danych można wydrukować skierowanie w formacie A5 lub recepty. Istnieje również możliwość skorzystania z samodzielnie zdefiniowanego [szablonu wydruku](#).

Badanie cytologiczne

Dane ogólne

Nr umowy: Bez refundacji NFZ Cito

Do laboratorium:

Rozpoznanie

* ✓	Kod	Nazwa	Główne
▶ ✓	L24	Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia	✓
	R49.1	Afonia	

Rozpoznanie kliniczne

Nr preparatu: Nr próbek:

Badanie profilaktyczne Ektopia Polip Stan zapalny

Inne:

Cięża Hbd Pológ IUD HTZ Terapia hormonalna

Data ostatniej miesiączki: Cykle miesiączkowe: Regularne Nieregularne Po menopauzie Liczba porodów:

Badania

* ✓	Nazwa
▶	

Pobrany materiał

Miejsce: Z kanału szyjki Z tarczy cz. pochwowej Ze sklepienia pochwy Data pobrania:

Utrwalono w: Roztwór formaliny Roztwór alkoholu etylowego Data utrwalenia:

Inny

Wcześniej nieprawidłowy wymaz

Nie Tak Kiedy:

W aplikacji mMedica umożliwiono ewidencję otrzymanego wyniku badania cytologicznego w powiązaniu ze skierowaniem. Aby wprowadzić do programu wynik badania np. w postaci zeskanowanego dokumentu, należy przejść do [danych medycznych](#) pacjenta i wybrać rodzaj "Badania laboratoryjne". W oknie dodawania wyniku badania należy wskazać skierowanie, na podstawie którego wykonano badanie - nazwą skierowania będzie zawsze "Cytologiczne badanie wymazu z pochwy".

18.8.11 Badania prenatalne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania prenatalne](#)

Skierowanie na badania prenatalne jest dostępne w wersji Standard+ oraz Komercja+ programu.

W celu jego wystawienia należy w lewym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie w górnym panelu zakładkę **Badania prenatalne**. Formatka jest aktywna tylko na wizycie realizowanej kobiecie.

*	✓	Data	Nazwa	Wynik
	✓	06-08-2024	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej o...	opis
		06-08-2024	Zdjęcie zatok	opis

Pola wymagane do uzupełnienia na skierowaniu to:

- **Tydzień ciąży** - wartość pobierana z karty ciąży, jeżeli wizyta powiązana jest z takim dokumentem.
- **Badania diagnostyczne** - zawiera słownik badań diagnostycznych. Wybór badania jest wymagany, jeżeli ma być wysłane e-Skierowanie. **Pole zostało dodane w wersji 9.6.0 aplikacji mMedica.**
- **Rozpoznanie** - podpowie się w nim rozpoznanie główne z wizyty. Możliwy jest wybór pozycji z dostępnego słownika, zawierającego rozpoznania wskazane na wizycie oraz choroby przewlekłe pacjenta.
- **Wskazania** - należy z listy rozwijalnej wybrać jedną z czterech pozycji, zaznaczonych na powyższym zdjęciu (**lista uaktualniona w wersji 10.7.0 aplikacji mMedica**).

Ponadto istnieje możliwość uzupełnienia numeru umowy NFZ oraz dodatkowego opisu.

W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica została dodana sekcja Badania diagnostyczne dotychczas wykonane. Należy zaznaczyć w niej pozycje, które mają zostać ujęte w skierowaniu. W wersji 10.7.0 udostępniono również pole tekstowe "Inne".

Po wypełnieniu danych skierowania można dokonać jego wydruku za pomocą przycisku **Drukuj skierowanie**, dostępnego na dole ekranu. Wydruk będzie posiadał format A5.

Istnieje możliwość wysyłki omawianego skierowania w formie [e-Skierowania](#) na badania diagnostyczne. Aby wygenerować e-Skierowanie, należy po uzupełnieniu wymaganych danych wybrać przycisk **Wyślij**, dostępny na dole ekranu.

18.8.12 Badanie histopatologiczne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badanie histopatologiczne](#)

Skierowanie na badanie histopatologiczne dostępne jest w wersji Standard+ oraz Komercja+.

W celu wystawienia skierowania na badania histopatologiczne należy w lewym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie w górnym panelu zakładkę **Badanie histopatologiczne**.

Do wystawienia skierowania konieczne jest zaznaczenie odpowiednich parametrów i wpisanie danych w przygotowanych polach tekstowych, jeśli jest to wymagane.

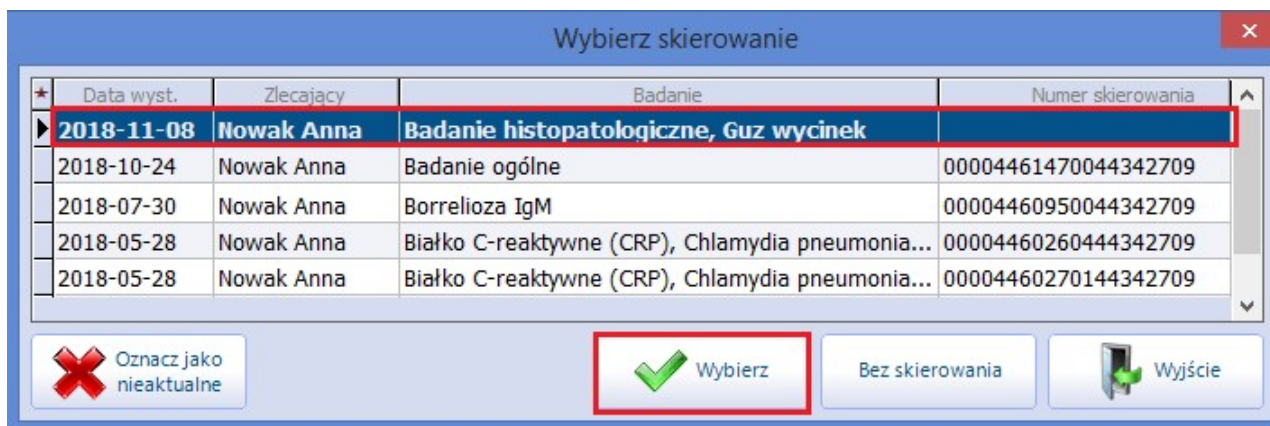
W polach "Rodzaj", "Lokalizacja zmiany" oraz "Inny" wykorzystano funkcjonalność słowników, które użytkownik tworzy samodzielnie. W polu "Rodzaj" definiuje rodzaj pobranego materiału do badania, a w polu "Inny" sposób utrwalenia materiału do badania histopatologicznego. W celu dodania pozycji do słownika należy wybrać przycisk , w otwartym oknie wprowadzić dane i zapisać zmiany. Jeśli istnieje konieczność wprowadzenia kilku pozycji do słownika, każda z nich powinna rozpoczynać się od nowej linii (należy posłużyć się przyciskiem Enter). Wprowadzone pozycje będą dostępne do wyboru po rozwinięciu listy (zdzj. powyżej).

W oknie skierowania dostępne są także pola "Data pobrania" oraz "Data utrwalenia". Drugie z nich staje się aktywne do edycji po wcześniejszym wskazaniu rodzaju użytego utrwalacza.

W wersji aplikacji 8.3.0 udostępniono możliwość wpisania liczby pobranych wycinków (pole "Liczba wycinków"), a także umożliwiono wprowadzenie informacji dotyczącej oznaczenia receptorów (sekcja [Oznaczenie receptorów](#)). Dodano także pole "Pacjent onkologiczny", służące do oznaczenia pacjenta onkologicznego.

Po wprowadzeniu wszystkich danych można wydrukować skierowanie w formacie A4, A5 lub recepty. Od wersji 9.0.0 aplikacji mMedica istnieje również możliwość skorzystania z [samodzielnie zdefiniowanego szablonu wydruku](#).

W aplikacji mMedica umożliwiono ewidencję otrzymanego wyniku badania histopatologicznego w powiązaniu ze skierowaniem. Aby wprowadzić do programu wynik badania np. w postaci zeskanowanego dokumentu, należy przejść do [danych medycznych](#) pacjenta i wybrać rodzaj "Badania laboratoryjne". W oknie dodawania wyniku badania należy wskazać skierowanie, na podstawie którego wykonano badanie - nazwą skierowania będzie zawsze "Badanie histopatologiczne" i nazwa materiału, jaki został wybrany na skierowaniu.



18.8.13 Obsługa e-Skierowań

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diag./Do specjalisty/Do szpitala \(zakładu\)/Rehabilitacja/Sanatorium/Badania prenatalne](#)

System mMedica posiada funkcjonalność obsługi e-Skierowań. Wymagany przez nią sposób konfiguracji programu, w tym zaczytania certyfikatów, opisany jest w w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#).

Aktualnie program obsługuje następujące typy e-Skierowań:

- na badania diagnostyczne - dla wybranych grup badań na podstawie znacznika (dokładny opis poniżej). **Od wersji 9.6.0 aplikacji mMedica ten rodzaj e-Skierowania obejmuje również skierowanie [na badania prenatalne](#).**
- do specjalisty
- do szpitala
- na rehabilitację
- **na leczenie uzdrowskowe ([sanatorium](#)) - od wersji 9.6.0 aplikacji mMedica**

Badania diagnostyczne, dla których jest możliwość wystawienia e-Skierowania, identyfikowane są na podstawie odpowiedniego oznaczenia sposobu wysyłki na przypisanej grupie badań w słowniku badań diagnostycznych.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w oknie danych grupy dodano pole "Sposób wysyłki". Dla badań, dla których ma być generowane e-Skierowanie, powinna być w nim wybrana wartość "eSkierowanie". Wymagane jest również wskazanie odpowiedniego kodu resortowego cz. VIII (pole "Kod res. VIII").

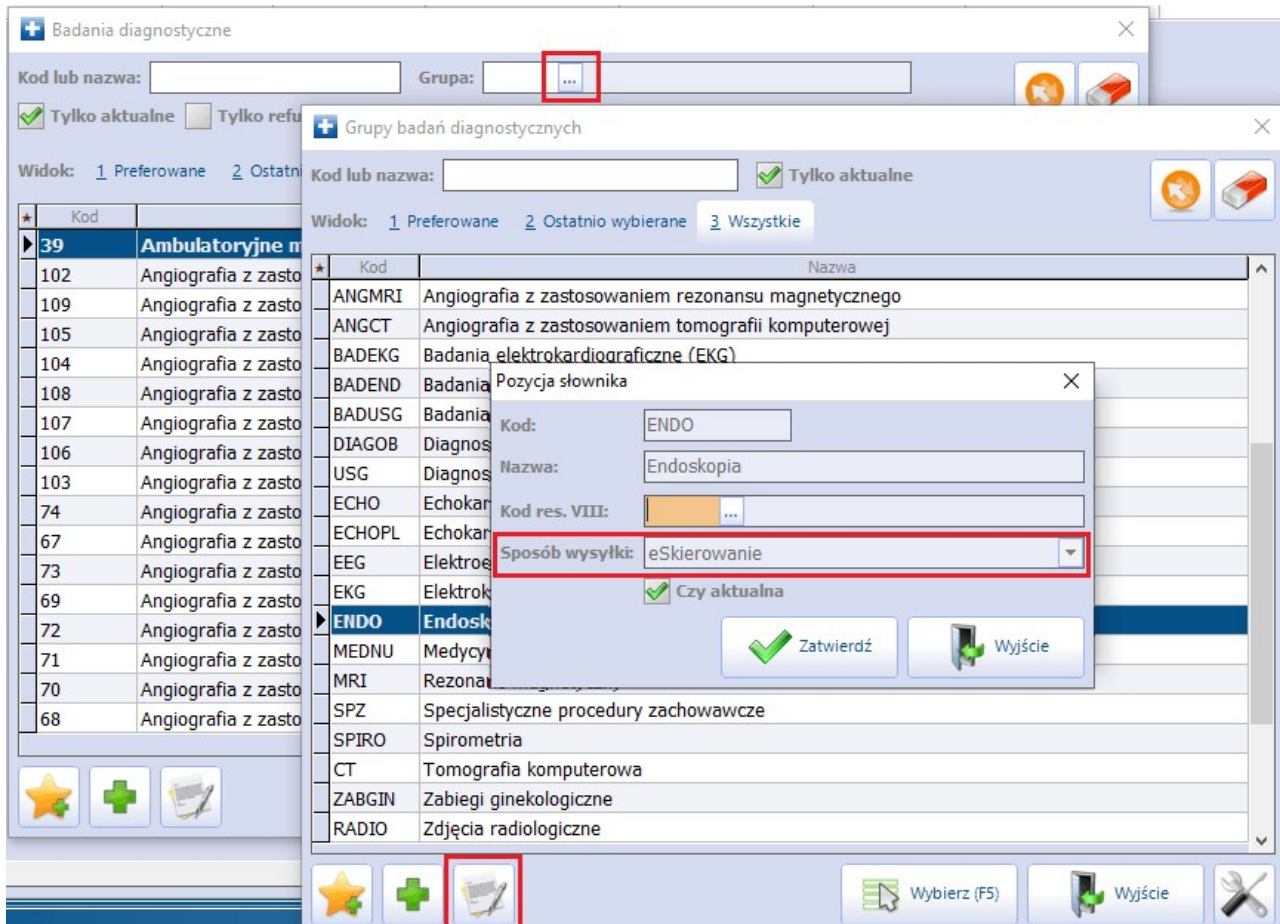
Podgląd danych grupy badań możliwy jest po przejściu do słownika badań diagnostycznych według jednej ze ścieżek:

[Gabinet](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Słownik badań diagnostycznych](#),

[Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diag.](#) > [Słownik badań diagnostycznych](#).

W celu otwarcia słownika grup badań diagnostycznych należy w oknie słownika badań w polu "Grupa"

wybrać przycisk . Podgląd danych wskazanej grupy jest możliwy przez wybór przycisku  **Pokaż dane po zycji słownika.**



Domyślnie aplikacja umożliwia wystawienie e-Skierowania dla następujących grup badań diagnostycznych:

- Tomografia komputerowa – dla skierowanie refundowanego i bez refundacji,
- Medycyna nuklearna - dla skierowania refundowanego i bez refundacji,
- Rezonans magnetyczny – dla skierowania refundowanego,
- Endoskopia, badania endoskopowe - dla skierowania refundowanego,
- Echokardiografia płodu - dla skierowania refundowanego.

Dla wyżej wymienionych pozycji sposób wysyłki "eSkierowanie" jest wybrany domyślnie i nie ma możliwości zmiany tego ustawienia. Dla pozostałych grup istnieje w nim możliwość wyboru z listy rozwijalnej jednej z wartości: "Brak", "eSkierowanie", "Pracownia diag."

18.8.13.1 Wystawienie e-Skierowania

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diag./Do specjalisty/Do szpitala \(zakładu\)/Rehabilitacja/Sanatorium/Badania prenatalne](#)

W celu wysłania skierowania w formie elektronicznej należy przejść do jednej z powyższych ścieżek, odpowiedniej dla rodzaju wystawianego skierowania, następnie uzupełnić wymagane dane i wybrać przycisk **Wyślij skierowanie**.

e-Skierowanie może wystawić użytkownik będący lekarzem. Może tego dokonać w imieniu lekarza również [asystent medyczny](#).

Poniższy przykład prezentuje wystawienie e-Skierowania do specjalisty.

1 (nowe)

Dane ogólne

Nr umowy: Cito

Poradnia: 1050 ... Poradnia gastroenterologiczna

Rozpoznania

*	✓	Kod	Nazwa
▶	✓	K31	Inne choroby żołądka i dwunastnicy

Strona ciała:

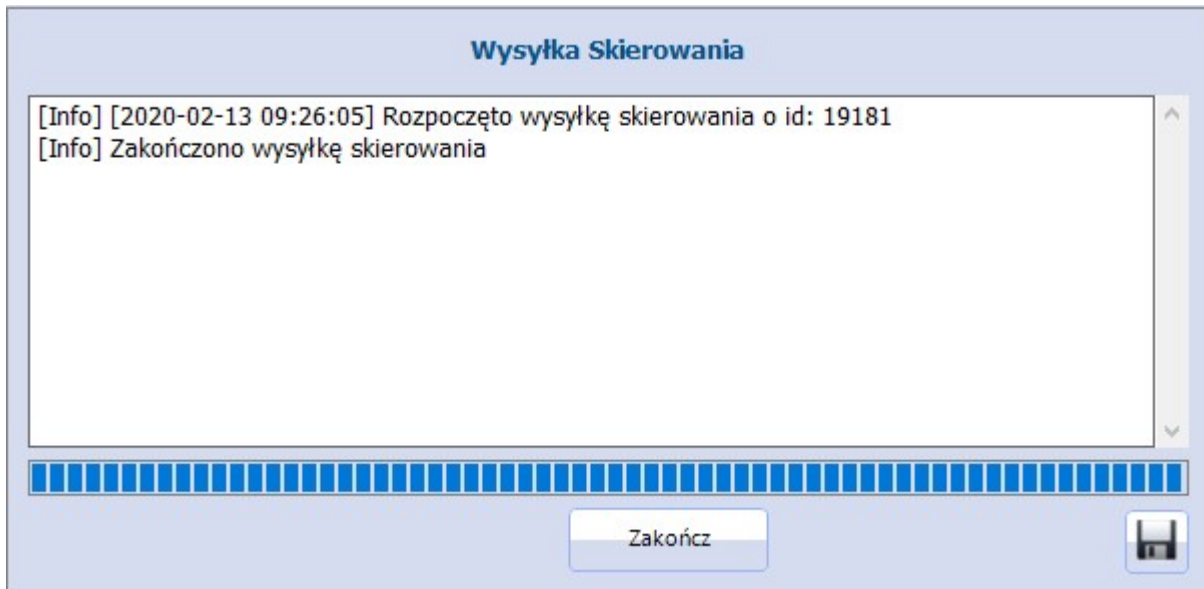
Cel porady

Badania laboratoryjne dotychczas wykonane





*	✓	Data	Nazwa
▶			

Dokumenty medyczne Dane podstawowe Zalecenia **Wyślij skierowanie** Drukuj skierowanie

Po wybraniu powyższego przycisku zostanie otwarte okno dialogowe *Podaj hasło do certyfikatu*, w którym należy wprowadzić hasło do wykorzystywanego certyfikatu podpisu elektronicznego. Wybór przycisku **OK** finalizuje proces wysłania e-Skierowania do systemu P1.

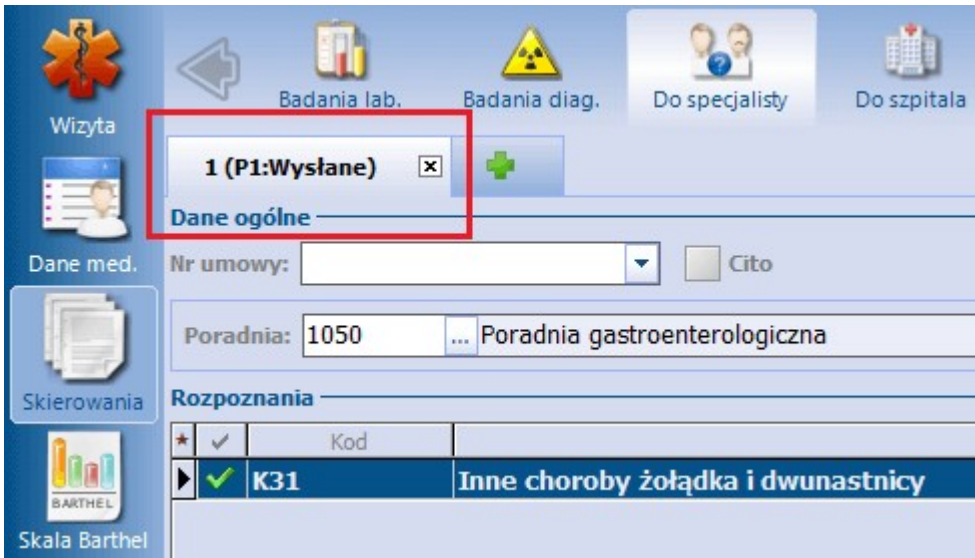


Poprawne wysłanie e-Skierowania do P1 zostanie potwierdzone komunikatem "Zakończono wysyłkę skierowania" (zdj. powyżej), a system automatycznie wygeneruje wydruk informacyjny, którego przykład został zamieszczony poniżej.

eSkierowanie Skierowanie do specjalisty Poradnia gastroenterologiczna (1050)  10032886837330330297719585073821581226591020 ID zb. w 2.16.840.1.113883.3.4424.2.7.26 00000000000000mm1996915	
Kod dostępu 0000	Wystawiono 13.02.2020
Pacjent	
Wystawca	
Rozpoznanie Inne choroby żołądka i dwunastnicy (K31)	
Inne informacje Proszę o konsultację specjalistyczną w Poradnia gastroenterologiczna (1050)	
Osoba wystawiająca  (podpis osoby wystawiającej) <small>Niniejszy dokument (tzw. informacja o e-skierowaniu) opatrzony podpisem osoby wystawiającej e-skierowanie, jest równoważny ze skierowaniem w postaci papierowej. Wejdź na pacient.gov.pl i poznaj szczegóły</small>	

Wydruk informacyjny można od razu wręczyć pacjentowi. Aby ponownie go wygenerować, należy wybrać przycisk **Drukuj skierowanie** dostępny w dolnej części okna wystawionego skierowania. W razie konieczności należy odnaleźć i otworzyć wizytę w oknie *Gabinetu*, a następnie przejść do okna tego skierowania i skorzystać ze wspomnianego przycisku.

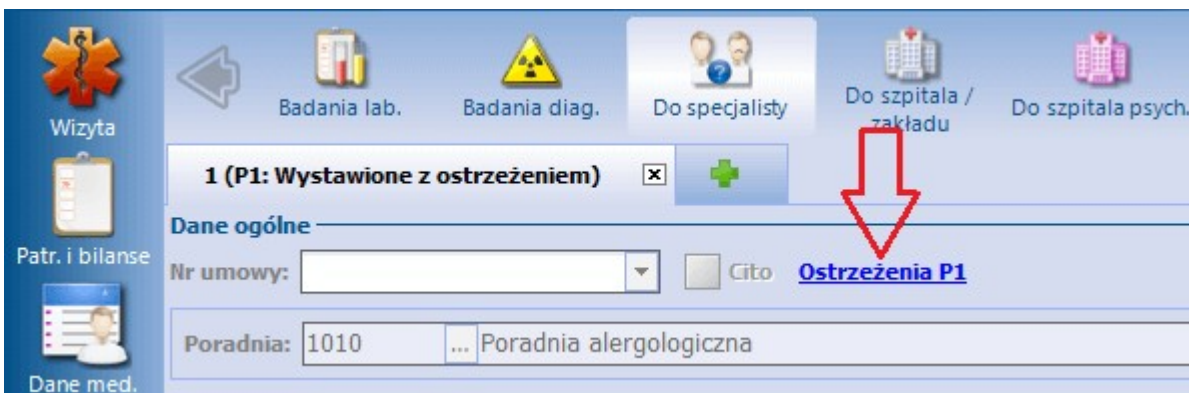
W nagłówku zakładki wystawionego e-Skierowania wyświetli się jego status, który będzie uzależniony od rodzaju odpowiedzi uzyskanej zwrotnie z P1 (patrz przykład poniżej).



Możliwe statusy i ich znaczenie:

- **nowe** - nie została jeszcze wykonana czynność wysłania skierowania,
- **P1:Wystawione** - wysyłka skierowania zakończyła się pozytywnie,
- **P1:Wystawione z ostrzeżeniem** - dla przesłanego skierowania system P1 wygenerował ostrzeżenie.

Istnieje możliwość podglądu treści otrzymanego ostrzeżenia. W tym celu należy kliknąć lewym przyciskiem myszy w odnośnik **Ostrzeżenia P1** znajdujący się na zakładce e-Skierowania (patrz zdjęcie poniżej).



W wyniku powyższej czynności wyświetli się okno *LogiP1* zawierające treść ostrzeżenia.

W programie istnieje funkcjonalność automatycznego wysyłania powiadomień do pacjentów o wystawionym e-Skierowaniu, zawierających 4-cyfrowy kod dostępu dla jego realizacji. Aby była ona aktywna, w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Komunikacja > Powiadomienia](#), w sekcji: [Powiadamianie automatyczne](#), musi być włączony parametr "**O wysłaniu eSkierowania**". Warunkiem automatycznego wysyłania powiadomień do pacjenta jest wskazanie w jego danych w [kartotece pacjentów](#) na zakładce **2.Adres** w polu "Powiadamianie" sposobu powiadamiania oraz wypełnienie odpowiednich danych kontaktowych, a także w przypadku sposobów powiadamiania: SMS, Aplikacja IM - posiadanie licencji na odpowiednie moduły dodatkowe i ich konfiguracja. Sposób konfiguracji dla poszczególnych rodzajów powiadomień jest opisany w instrukcji obsługi [Modułu mPowiadomienia](#).

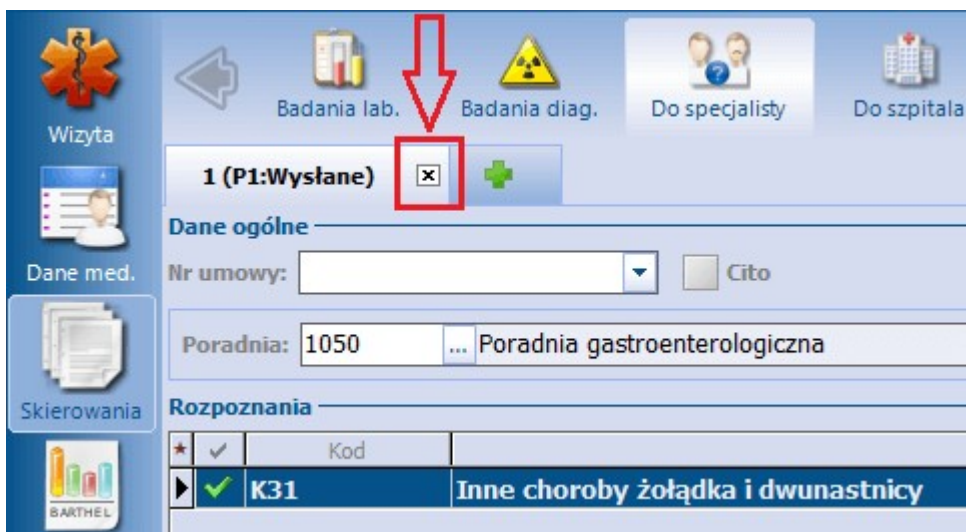
Uwaga! Jeżeli, pomimo spełnienia powyższych warunków, po poprawnym wysłaniu e-Skierowań powiadomienia automatyczne się nie generują, należy zweryfikować, czy w przeglądzie [struktury organizacyjnej](#) w danych komórki, w której są one wystawiane, na zakładce **3.Dane dodatkowe** nie jest przypadkiem wyłączona opcja "Czy aktywne powiadomienia".

Kod dostępu e-Skierowania wyświetli się na zaleceniach (przycisk **Zalecenia** w oknie wizyty otwartej w *Gabiniecie*). Jest on również umieszczany na wydruku podsumowania wizyty, na której e-Skierowanie zostało wystawione.

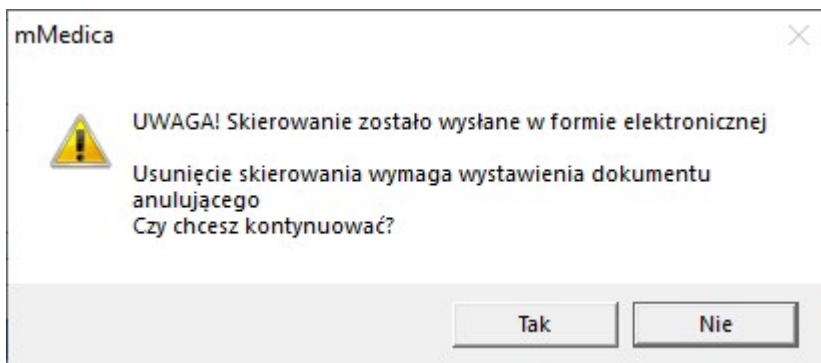
18.8.13.2 Anulowanie e-Skierowania

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diag./Do specjalisty/Do szpitala \(zakładu\)/Rehabilitacja/Sanatorium/Badania prenatalne](#)

W celu anulowania e-Skierowania należy na zakładce, na której zostało ono wystawione, wybrać przycisk usuwania "x" (patrz zdjęcie poniżej).



Po tej czynności pojawi się komunikat:



Generacja dokumentu anulującego wymaga wprowadzenia hasła do wykorzystywanego certyfikatu. Po tej czynności rozpocznie się proces jego wysyłki do systemu P1. W oknie, które się pojawi, wyświetli się informacja o jej pozytywnym lub negatywnym zakończeniu.

Uwaga! W przypadku konieczności poprawy e-Skierowania należy je anulować w wyżej opisany sposób, a następnie ponownie dodać i przesłać do systemu P1.

18.8.13.3 Realizacja e-Skierowania

Pobranie e-Skierowania pacjenta z systemu P1 dokonuje się poprzez:

- okno rezerwacji lub rejestracji wprowadzanej z trybem "Ze skierowaniem",
- okno danych podstawowych wizyty otwartej w *Gabinecie*.


Uwaga! Aby użytkownik mógł pobierać eSkierowania z systemu P1, musi posiadać poniższe uprawnienia:

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

Sposób pobrania e-Skierowania z poziomu rezerwacji/rejestracji:

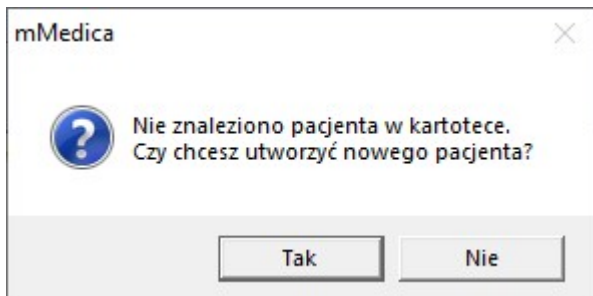
Dokładny opis sposobu ewidencji rezerwacji i rejestracji zawiera rozdział [Planowanie wizyt w Terminarzu](#).

Aby pobrać e-Skierowanie pacjenta z systemu P1, w oknie otwartej rezerwacji/rejestracji należy wypełnić jej podstawowe dane oraz w polu "Tryb przyjęcia" ustawić wartość **Ze skierowaniem**, następnie przejść do formatki uzupełniania danych skierowania poprzez wybór ikony *Skierowanie* dostępnej w lewym panelu okna.

Kolejnym krokiem jest wybór zlokalizowanego po prawej stronie przycisku  **Pobierz eSkierowanie z P1**, a następnie w oknie *Pobieranie eSkierowania z P1* wpisanie klucza dostępu (długi numer) lub kodu dostępu (czterocyfrowy numer PIN) zaczytywanego e-Skierowania i wybranie przycisku **Pobierz eSkierowanie**. Jeżeli dane rezerwacji nie zawierają numeru PESEL pacjenta, należy go wpisać w oknie pobierania e-Skierowania w przypadku użycia czterocyfrowego kodu dostępu.

Jeżeli rezerwacja została wprowadzona przez portal eRejestracji i tam został dla niej przekazany kod dostępu e-Skierowania, kod ten podpowie się w oknie *Pobranie eSkierowania z P1* w danych tej rezerwacji otwartej w aplikacji mMedica.

W programie istnieje możliwość pobrania e-Skierowania dla rezerwacji, w której nie został uzupełniony numer PESEL pacjenta (na zakładce *Dane podstawowe* w sekcji **Pacjent**). W takim wypadku, jeżeli e-Skierowanie dotyczy pacjenta istniejącego w kartotece pacjentów, po zacytaniu e-Skierowania uzupełni się automatycznie sekcja **Pacjent** w danych podstawowych rezerwacji. Natomiast jeżeli pacjenta nie ma w kartotece pacjentów, pojawi się komunikat:



Po wyborze przycisku **Tak** otworzy się okno weryfikacji danych pacjenta pobranych z e-Skierowania. W celu ich aktualizacji/uzupełnienia należy wprowadzić odpowiednie zmiany i wybrać zamieszczony na dole okna przycisk **Aktualizuj**. Jeżeli mają one pozostać niezmienione, należy wybrać przycisk **Dalej**. Po wykonaniu jednej z powyższych czynności dane pacjenta uzupełnią się automatycznie w rezerwacji. Zostanie on również dodany do kartoteki pacjentów.

W przypadku wyboru w danych podstawowych rezerwacji/rejestracji komórki organizacyjnej posiadającej kod resortowy cz. VIII inny niż wskazany w pobieranym skierowaniu wyświetli się okno ze stosownym komunikatem.

Na podstawie kodu resortowego cz. VIII placówki docelowej, określonego w zacytywanym e-Skierowaniu, w danych rezerwacji/rejestracji podpowiadany jest odpowiedni typ wizyty (pole "Wizyta" na zakładce *Dane podstawowe*). Przykładowo, jeżeli kod ten dotyczy poradni specjalistycznej, jako typ wizyty podpowie się "Specjalistyczna". Jeżeli we wspomnianym polu zostanie wcześniej wybrany inny typ wizyty niż ten, na który będzie wskazywać kod w zacytywanym e-Skierowaniu, program wyświetli komunikat z propozycją jego zmiany.

W aplikacji mMedica dodano funkcjonalność wyboru instytucji zlecającej w momencie przyjmowania eSkierowania w przypadku, gdy w rejestrze instytucji znajdują się podobne wpisy. Aplikacja po pobraniu danych z elektronicznego skierowania sprawdza, czy w [rejestrze instytucji](#) znajduje się instytucja z takim samym kodem resortowym cz. I, jak ta, która wystawiła skierowanie. Jeśli nie ma takiego wpisu, program dodaje instytucję automatycznie i w tle bez dodatkowego angażowania użytkownika.

W przypadku gdy w rejestrze istnieje już instytucja o tym samym kodzie resortowym cz. I co w skierowaniu, zostanie wyświetlone okno *Wybór instytucji*. W oknie zostaną zaprezentowane dane instytucji ze skierowania oraz dane instytucji istniejących już w rejestrze mMedica. Użytkownik zostanie poproszony o wskazanie instytucji z listy, której dane zostaną uzupełnione/poprawione o informacje przekazane w skierowaniu. Wybór instytucji należy potwierdzić przyciskiem **Wybierz**.


Wybór instytucji.

Dane instytucji przekazane na skierowaniu

Nazwa: Asseco Poland S.A.
 Kod resortowy część I: 000000926927
 NIP: nie podano
 REGON: 01033457800005

	Nazwa	NIP	REGON	Kod resort cz. I
▶	Asseco Poland S.A.	5220003782	010334578	000000926927

Wybierz instytucję wystawiającą eSkierowanie





Pobranie e-Skierowania z systemu P1 spowoduje zczytanie jego danych i wyświetlenie ich w odpowiednich polach na formatce, a do systemu P1 zostanie przekazana informacja o rozpoczętej realizacji e-Skierowania. Potwierdzeniem poprawnego pobrania skierowania jest wyświetlenie jego statusu w polu **"Status P1"** jako "Wystawione". Zatwierdzenie danych traktowane jest jako przyjęcie skierowania, co wiąże się z jednoczesną zmianą jego statusu na "U realizatora" i przesłanie tej informacji do P1.

W przypadku e-Skierowania, które zostało zczytane w oknie rezerwacji, do systemu P1 przesyłana jest także informacja o planowanym terminie wizyty. Dzięki temu pacjent może mieć dostęp do tej informacji po zalogowaniu na swoje konto IKP.

Wybranie przycisku "Wyjście" anuluje wprowadzone dane i skierowanie zostanie zwrócone do systemu P1.

Realizacja skierowania

[Info] [2020-02-24 08:39:51] Rozpoczęto wysyłkę informacji o rozpoczętej realizacji skierowania
 [Info] Zakończono wysyłkę informacji o rozpoczętej realizacji skierowania

Na formatce skierowania umożliwiono podgląd numeru PIN zczytanego e-Skierowania. W tym celu należy kliknąć lewym przyciskiem myszy w link [Pokaż PIN](#), zamieszczony po prawej stronie wyświetlonego statusu e-Skierowania.

Uwaga! Link [Pokaż PIN](#) wyświetla się tylko dla e-Skierowań pobranych w wersji programu 8.1.0 lub wyższej. Dla e-Skierowań pobranych we wcześniejszych wersjach nie będzie on widoczny.

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




skierowania W oknie podglądu dodano przycisk **Drukuj**, umożliwiający wydruk pobranego e-Skierowania.

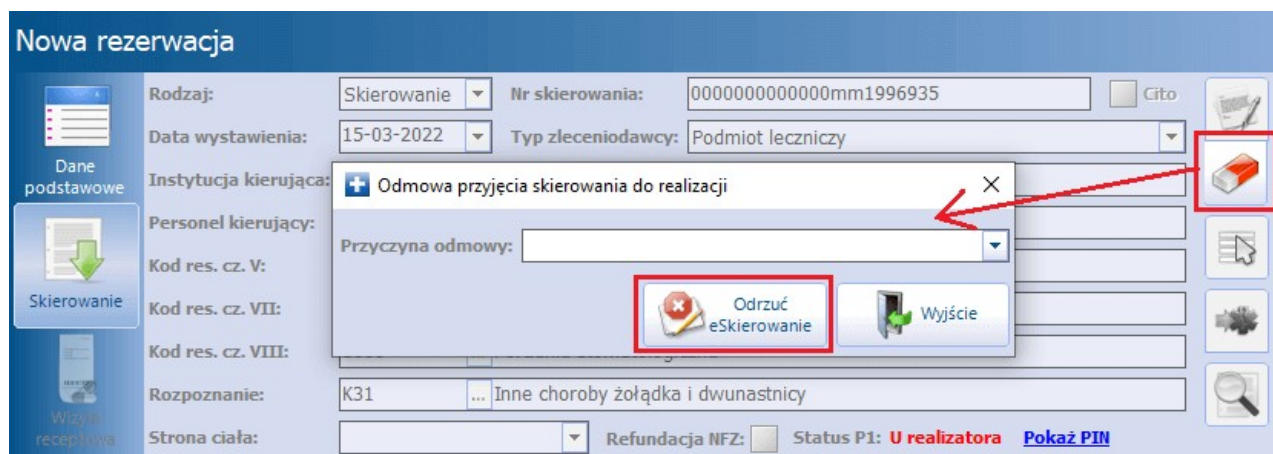
Pole "Cito" zaznacza się automatycznie po zczytaniu z sytemu P1 e-Skierowania wystawionego ze znacznikiem "pilne".

Pobrane e-Skierowania będą widoczne w [Rejestrze rezerwacji ze skierowaniem](#).

Uwaga! Dane zczytanego w rezerwacji/rejestracji e-Skierowania podpowiedzą się później w danych wizyty otwartej na jej podstawie. W przypadku rezerwacji/rejestracji z wpisem do [harmonogramu przyjęć](#), informacja o pobranym e-Skierowaniu uzupełni się w powiązanej z nią pozycji harmonogramu.



W przypadku konieczności odmowy przyjęcia zczytanego e-Skierowania, należy wybrać przycisk , a następnie w wyświetlonym oknie *Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji* wskazać przyczynę odmowy i wybrać przycisk **Odrzuć eSkierowanie**.



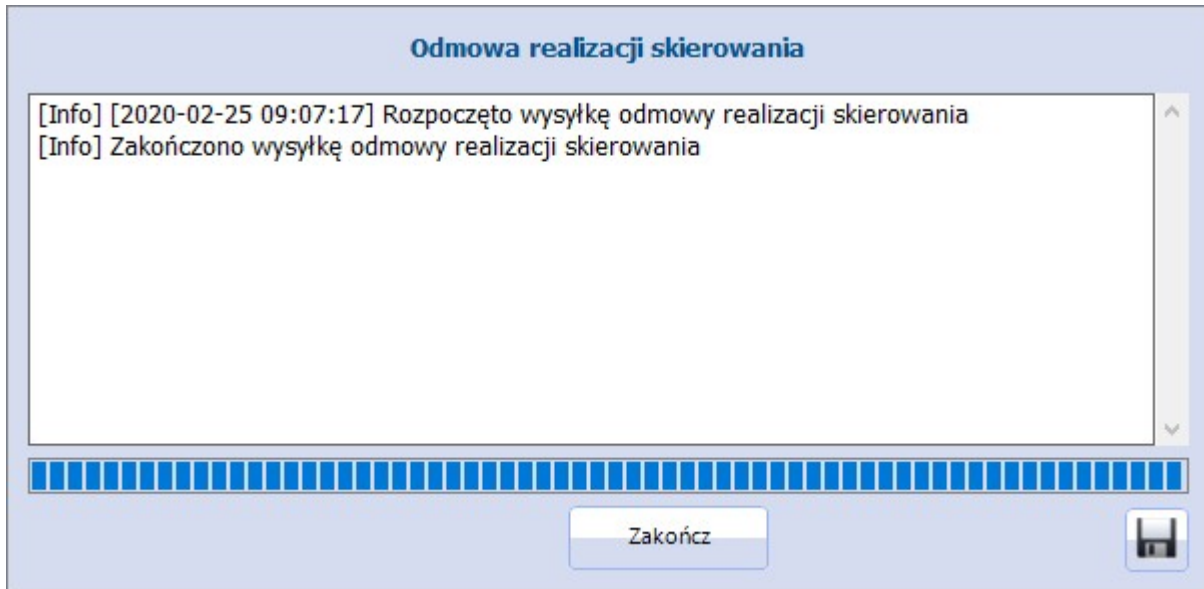
The screenshot shows the 'Nowa rezerwacja' form. The 'Rodzaj' is 'Skierowanie', 'Nr skierowania' is '000000000000mm1996935', and 'Data wystawienia' is '15-03-2022'. The 'Typ zleceńodawcy' is 'Podmiot leczniczy'. The 'Instytucja kierująca' is '+ Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji'. The 'Przyczyna odmowy' dropdown is open, showing 'Odrzuć eSkierowanie' and 'Wyjście' buttons. A red arrow points from the 'Odrzuć eSkierowanie' button in the dialog to the red stamp icon in the main form's right sidebar.

Na liście rozwijalnej w polu "Przyczyna odmowy" będą do wyboru następujące przyczyny odmowy przyjęcia skierowania:

- brak zleconych świadczeń w ofercie placówki,
- rezygnacja pacjenta.

Okno odmowy przyjęcia e-Skierowania pojawi się także przy anulowaniu wprowadzanej rezerwacji/rejestracji, odwołaniu rezerwacji lub wykreśleniu z [harmonogramu przyjęć](#) z przyczyną inną niż zrealizowanie świadczenia pozycji powiązanej z pobranym e-Skierowaniem.

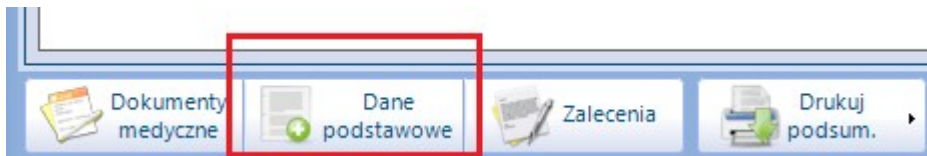
Informacja o odrzuceniu e-Skierowania zostanie przekazana do systemu P1.



Jeżeli przy zaczytywaniu e-Skierowania w oknie rezerwacji zostanie wykryta niezgodność danych pacjenta w e-Skierowaniu z danymi pacjenta wybranego w rezerwacji, nastąpi automatyczne wysłanie odmowy realizacji e-Skierowania. W takim wypadku w oknie wysyłki wyświetli się dodatkowy komunikat: "[Błąd] Skierowanie zostało wystawione dla innego pacjenta".

Pobranie e-Skierowania w oknie wizyty realizowanej w Gabinetce:


W celu pobrania e-Skierowania bezpośrednio na wizycie otwartej w *Gabinetce* należy przejść do danych podstawowych wizyty, wybierając przycisk **Dane podstawowe**, zamieszczony w na dole ekranu.



Jeżeli w oknie danych podstawowych na zakładce **1. Realizacja** zostanie wybrany rodzaj przyjęcia "Ze skierowaniem", na zakładce **2. Skierowanie** uaktywni się przycisk pobierania e-Skierowania z systemu P1



Po zaczytaniu e-Skierowania wyświetlą się w odpowiednich polach jego dane.

W celu odrzucenia e-Skierowania należy wybrać przycisk  i postąpić zgodnie ze wskazówkami zamieszczonymi we wcześniejszym opisie, dotyczącym okna rezerwacji/rejestracji.

Jeżeli na wizycie zostało pobrane e-Skierowanie i wizyta ta nie jest autoryzowana, to jej usunięcie również spowoduje wywołanie opcji odrzucenia e-Skierowania.

W momencie autoryzacji wizyty, zrealizowanej na podstawie e-Skierowania, bądź po wybraniu przycisku "Rozlicz" w Terminarzu do systemu P1 wysyłana jest automatycznie informacja o zakończeniu realizacji e-Skierowania. W wyniku tego skierowanie w danych podstawowych wizyty uzyskuje status P1: Zrealizowane.

Uwaga! Wizyty powiązanej ze zrealizowanym e-Skierowaniem nie można usunąć. Podczas próby usunięcia zostanie wyświetlony komunikat: "Wizyta zrealizowana na podstawie eSkierowania, brak możliwości usunięcia takiej wizyty".

Wykaz e-Skierowań pobranych przez świadczeniodawcę z systemu P1 jest dostępny w ścieżce: [Księgi i raporty > Raporty definiowane > Wykazy > Świadczenia > Skierowania](#), w pozycji "Wykaz pobranych e-Skierowań". Szczegółowy opis sposobu generowania wykazów zawiera rozdział [Wygenerowanie wykazu](#).

18.8.13.4 Wycofanie realizacji e-Skierowania

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wycofania zakończenia realizacji e-Skierowania. Funkcjonalność ma zastosowanie w przypadku powiązania e-Skierowania z błędnie zewidencjonowaną wizytą (na przykład posiadającą nieprawidłową komórkę organizacyjną) i daje możliwość ponownego wykorzystania e-Skierowania w ramach podmiotu, a także usunięcia błędnej wizyty.

We wspomnianej sytuacji, jeżeli po autoryzacji wizyty do systemu P1 została przesłana informacja o zakończeniu realizacji e-Skierowania (status skierowania "Zrealizowane"), operacja ta może zostać wycofana. Aby tego dokonać, po otwarciu w *Gabinecie* wizyty do edycji (przycisk **Otwórz do edycji** na dole ekranu wizyty) należy przejść do jej danych podstawowych (przycisk **Dane podstawowe**) i na zakładce **2.**



Skierowanie wybrać przycisk  **Wycofaj realizację eSkierowania z P1** (zaznaczony na zdjęciu poniżej).

Dane wizyty

1. Realizacja **2. Skierowanie**

Rodzaj: Skierowanie Nr skierowania: 000000000 Cito

Data wystawienia: 12-11-2021 Typ zleceniodawcy: Podmiot leczniczy

Instytucja kierująca:

Personel kierujący:

Kod res. cz. V:

Kod res. cz. VII:

Kod res. cz. VIII:

Rozpoznanie:

W wyniku powyższej czynności wyświetli się komunikat:

Skierowanie zostało zrealizowane i zostanie wysłane wycofanie zakończenia realizacji e-Skierowania.
Kontynuować?

Tak **Nie**

Po naciśnięciu **Tak** pojawi się okno *Wycofanie zakończenia realizacji eSkierowania*.

+ Wycofanie zakończenia realizacji eSkierowania.

Przyczyna:


Wycofaj real. eSkierowania Wyjście

W polu "Przyczyna" należy uzupełnić przyczynę wycofania, wpisując odpowiedni tekst lub wybierając z listy rozwijalnej jedną z pozycji:


- Rezygnacja pacjenta
- Brak zleconych świadczeń w ofercie placówki.

Następnie należy wybrać przycisk **Wycofaj real. eSkierowania**, co uruchomi proces wysyłki do systemu P1 informacji o wycofaniu zakończenia realizacji e-Skierowania. Po jego finalizacji status e-Skierowania zmieni się na "U realizatora".


Po wykonaniu powyższych czynności, jeżeli e-Skierowanie ma zostać zwrócone do systemu P1, należy

wybrać znajdujący się na zakładce **2. Skierowanie**, po prawej stronie formatki, przycisk . W wyniku tego wyświetli się okno odmowy realizacji e-Skierowania, którego funkcjonalność została opisana w rozdziale [Realizacja e-Skierowania](#). Czynność tę należy pominąć, jeżeli skierowanie nie ma być zwrócone, lecz wykorzystane w placówce w powiązaniu z inną wizytą.

Jeżeli e-Skierowanie ma zostać wykorzystane w placówce, należy w danych nowej wizyty pacjenta, posiadającej rodzaj przyjęcia "Ze skierowaniem", na zakładce **2. Skierowanie** (w oknie danych

podstawowych) nacisnąć znajdującą się po prawej stronie ikonę . W wyniku tej czynności wyświetli się okno *Wybór skierowania pacjenta*, w którym z listy skierowań należy wybrać odpowiednią pozycję.

Kolejnym krokiem, po przypisaniu e-Skierowania do nowej wizyty, jest przejście do okna danych

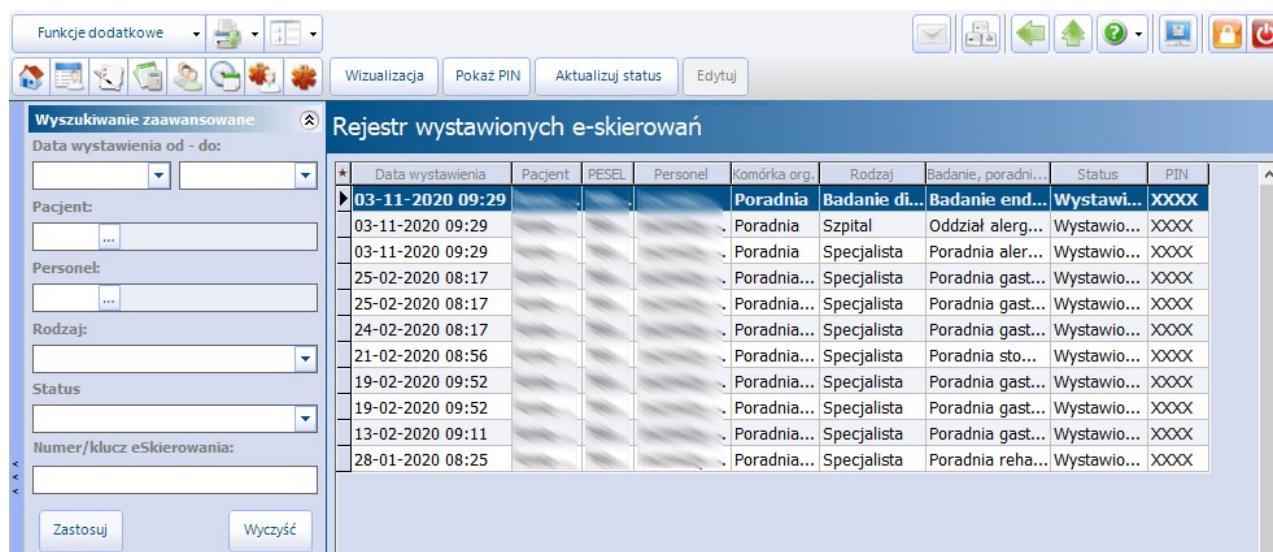
podstawowych wizyty pierwotnej na zakładkę **2. Skierowanie** i wybór przycisku , który wyczyści dane skierowania. Aby możliwe było zatwierdzenie zmian, na zakładce **1. Realizacja** w polu "Przyjęcie" należy wybrać wartość "Bez skierowania". Modyfikacje te pozwolą na usunięcie całej wizyty.

18.8.13.5 Rejestr wystawionych e-Skierowań

Użytkownik ma możliwość podglądu wystawionych e-Skierowań po przejściu do ścieżki:

[Rejestracja](#) (Kartoteka pacjentów) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr wystawionych e-skierowań](#).

W dostępnym oknie istnieje możliwość filtrowania pozycji oraz wywołania podglądu wizualizacji wskazanego e-Skierowania poprzez wybór przycisku **Wizualizacja**. Od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica za pomocą dostępnego w panelu filtrów pola "Numer/klucz eSkierowania" możliwe jest wyszukiwanie pozycji zarówno po numerze e-Skierowania nadanym przez P1, jak i numerze skierowania nadanym w programie.



* Data wystawienia	Pacjent	PESEL	Personel	Komórka org.	Rodzaj	Badanie, poradni...	Status	PIN
03-11-2020 09:29				Poradnia	Szpital	Oddział alerg...	Wystawio...	XXXX
03-11-2020 09:29				Poradnia	Specjalista	Poradnia aler...	Wystawio...	XXXX
25-02-2020 08:17				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
25-02-2020 08:17				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
24-02-2020 08:17				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
21-02-2020 08:56				Poradnia...	Specjalista	Poradnia sto...	Wystawio...	XXXX
19-02-2020 09:52				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
19-02-2020 09:52				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
13-02-2020 09:11				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
28-01-2020 08:25				Poradnia...	Specjalista	Poradnia reha...	Wystawio...	XXXX

Kolumna PIN powyższej tabeli zawiera zaszyfrowane numery PIN poszczególnych e-Skierowań. W celu wyświetlenia właściwego numeru należy zaznaczyć dany rekord, a następnie wybrać przycisk **Pokaż PIN**.

Po wyborze przycisku **Aktualizuj status** następuje pobranie z systemu P1 aktualnego statusu wskazanego na liście skierowania.

W przypadku wyboru dla e-Skierowania do sanatorium w statusie "Do uzupełnienia" przycisku **Edytuj**, nastąpi przekierowanie do okna wizyty, na której zostało ono wystawione, z domyślnie ustawionym widokiem tego skierowania. W górnej części okna skierowania zostaną wyświetlone otrzymane zwrotnie komentarze. Z tego poziomu będzie możliwość jego poprawy (w przypadku autoryzowanej wizyty należy ją otworzyć do edycji), a następnie ponownego przesłania.

W wersji 10.5.0 programu wprowadzono pobieranie (i wyświetlanie w danych skierowania) komentarzy również dla e-Skierowania do sanatorium w statusie "Odrzucone".

Od wersji 10.7.0 aplikacji mMedica omawiany rejestr dostępny jest także z poziomu [funkcji dodatkowych Gabinetu](#). Również od wersji tej w panelu filtrów rejestru podpowiadany jest zalogowany personel (możliwość zmiany).

18.8.14 Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Zaopatrzenie rehab.](#)

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przesyłanych w formie elektronicznej. Funkcjonalność ta jest dostępna w wersji **Plus (+)** programu.

Jednym z warunków poprawności wystawiania powyższego typu zleceń jest posiadanie przez użytkownika przypisanych danych logowania, z nadanymi odpowiednimi uprawnieniami w systemie eZWM Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane te muszą być uzupełnione w sekcji Systemy NFZ w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [2. eRejestracja / Systemy NFZ](#). W sekcji tej, w polu "Dostępne systemy" należy zaznaczyć pozycję "eZWM".

Istotne jest także posiadanie przez personel wystawiający uprawnień po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia do wystawiania zleceń na wybierany zakres wyrobów medycznych.

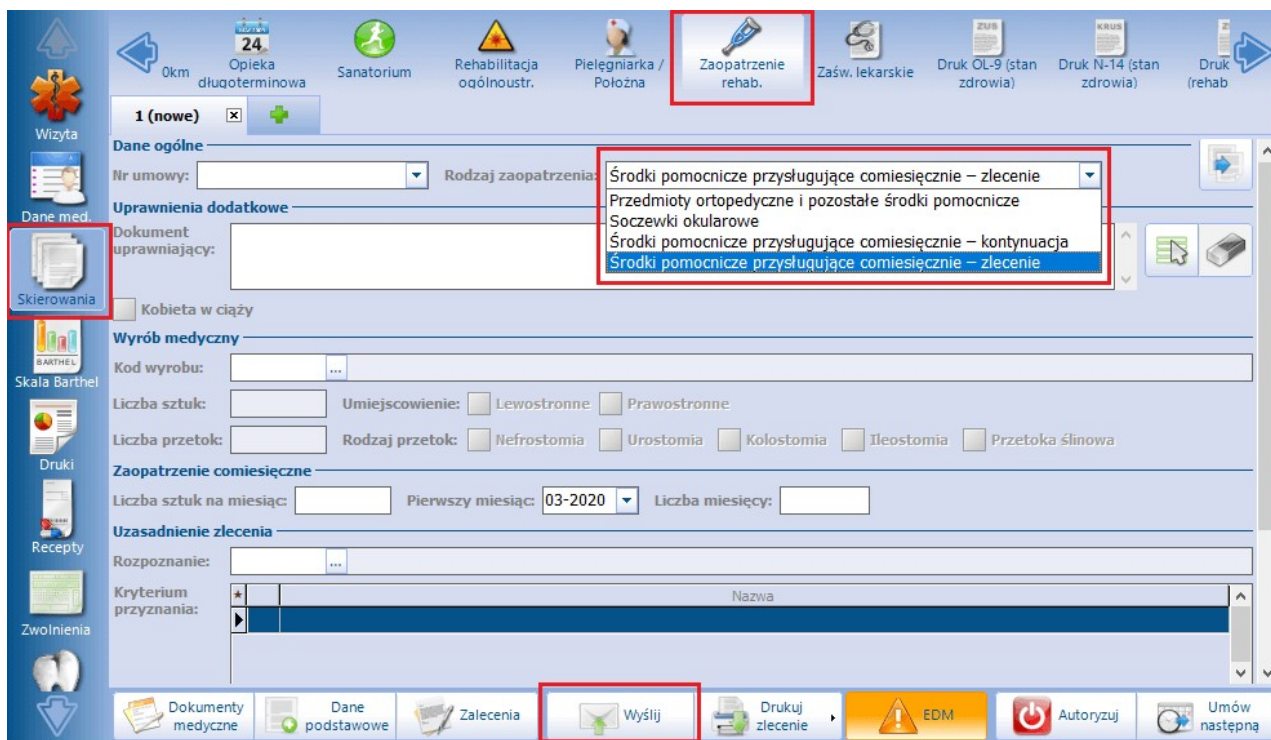
W przypadku niespełnienia powyższych warunków zlecenie zostanie odrzucone przez NFZ ze stosownym komunikatem.

Wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne dokonuje się na wizycie otwartej pacjentowi w *Gabiniecie*. Po przejściu na zakładkę **Zaopatrzenie rehab.** należy wybrać odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej w polu "Rodzaj zaopatrzenia", a następnie uzupełnić wszystkie dane wymagane dla wskazanego rodzaju.

W polu "Dokument uprawniający" istnieje możliwość wyboru z dostępnego słownika odpowiedniego dokumentu uprawniającemu dodatkowego pacjenta z zakresu **Prawo do wyrobów medycznych**. W wersji 9.9.0 programu w słowniku tym dodano parametr **"Tylko aktualne"**, domyślnie włączony. Po jego wyłączeniu wyświetlane są również dokumenty, których daty obowiązywania nie obejmują dnia bieżącego.

W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica, w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25.05.2023, zostały dodane nowe pola (zablokowane do edycji dla zleceń wystawianych do dnia 30.06.2023):

- "Uzasadnienie przyznania większej liczby sztuk (w przypadku uprawnienia dodatkowego 47DN, 47ZN, 47ZND)" - odblokowane do edycji dla zleceń wystawianych od dnia 01.07.2023, pod warunkiem, że wskazano dokument dla uprawnienia dodatkowego o kodzie wymienionym w nazwie pola. Pole wymagane, jeżeli wprowadzono liczbę sztuk (lub liczbę sztuk na miesiąc) większą od limitu.
- "Kryterium" w sekcji Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania - należy wybrać odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej. Pole jest aktywne do edycji dla zleceń wystawianych od dnia 01.07.2023, w których wskazano wyrób dopuszczający skrócenie okresu użytkowania.



Wybór przycisku **Wyślij** rozpocznie wysyłkę zlecenia do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Po wysłaniu zlecenia przycisk **Wyślij** zmieni nazwę na **Sprawdź status**, a w nagłówku zakładki zlecenia status **"nowe"** zmieni się na odpowiedni w zależności od stanu tego zlecenia po stronie systemu NFZ. Operacja sprawdzenia statusu następuje automatycznie po wysyłce lub po wybraniu wspomnianego przycisku. Po dokonaniu przez NFZ weryfikacji pojawi się okno z informacją o jej wyniku i ewentualnych błędach.

Poniższa lista prezentuje możliwe statusy zlecenia wyświetlane w programie:

- **NFZ: Zarejestrowane** - zlecenie zostało przyjęte przez system NFZ,
- **NFZ: W weryfikacji** - zlecenie jest weryfikowane przez NFZ,
- **NFZ: Zweryfikowane pozytywnie**,
- **NFZ: Zweryfikowane negatywnie** - zlecenie zweryfikowane przez NFZ jako błędne (komunikaty błędów są wyświetlane w oknie pobierania statusu),
- **NFZ: Zrealizowane** - zlecenie zostało zrealizowane przez pacjenta,
- **NFZ: Anulowane** - zlecenie zostało anulowane po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

W celu wydruku zlecenia należy wybrać przycisk **Drukuj zlecenie**. Aby wydruk zawierał informację o statusie weryfikacji, zaleca się wykonanie tej czynności po jej zacytaniu.

Poprawić i ponownie wysłać będzie można jedynie zlecenie ze statusem **"NFZ: Zweryfikowane negatywnie"**. W pozostałych przypadkach błędnie wystawione zlecenie należy anulować i ewentualnie wystawić ponownie.

Anulowanie zlecenia jest wywoływane automatycznie po wyborze przycisku usuwania "x" (zdjęcie poniżej).

The screenshot shows the mMedica software interface for a medical cabinet. The top navigation bar includes icons for 'Pielęgniarka / Położna', 'Zaopatrzenie rehab.', 'Zaśw. lekarskie', 'Druk OL-9 (stan zdrowia)', 'Druk N-14 (stan zdrowia)', 'Druk PR-4 (rehabilitacja)', and 'Zaśw. dla Zespołu ds. OoN'. Below this, a status bar shows '1 (NFZ: W weryfikacji)' with a red box around a small window icon and a red arrow pointing to it. The main form is divided into sections: 'Dane ogólne' (contract number and type), 'Uprawnienia dodatkowe' (document and pregnancy status), 'Wyrób medyczny' (product code, quantity, side, and type of prosthesis), 'Zaopatrzenie comiesięczne' (monthly quantity and start date), and 'Uzasadnienie zlecenia' (diagnosis and justification). The justification section shows a selected item: 'zaopatrzenie w wykonywaną na zamówienie i połączoną z butem ortezę stabilizującą, odcisk...'. At the bottom, there are buttons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Sprawdź status', 'Drukuj zlecenie', and a green 'EDM' button.

Operacja ta wymaga podania powodu anulowania i skutkuje przesłaniem do Narodowego Funduszu Zdrowia stosownego dokumentu anulującego. W jej wyniku zlecenie uzyska status **"NFZ: Anulowane"**.

Dla zleceń w statusie **"NFZ: Anulowane"** oraz **"NFZ: Zrealizowane"** wykonanie powyższej czynności będzie zablokowane.

Istnieje możliwość anulowania zlecenia częściowo zrealizowanego. Dotyczy to zlecenia w rodzaju "Środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie - zlecenie" oraz "Środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie - kontynuacja". **Od wersji 10.1.0 aplikacji mMedica, jeżeli takie zlecenie zostało wystawione na kilka miesięcy i za niektóre z nich zostało już zrealizowane w systemie NFZ, podczas jego usuwania pojawi się okno z możliwością wyboru miesiąca (spośród pozostałych miesięcy), od którego ma być ono anulowane.**

W programie istnieje funkcjonalność automatycznego wysyłania powiadomień do pacjentów o wystawionym elektronicznym zleceniu na zaopatrzenie w wyroby medyczne, zawierających numer zlecenia. Aby była ona aktywna, w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Komunikacja > Powiadomienia](#), w sekcji: [Powiadamianie automatyczne](#), musi być włączony parametr **"O wysłaniu zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne"**. Warunkiem automatycznego wysyłania powiadomień do pacjenta jest wskazanie w jego danych w [kartotece pacjentów](#) na zakładce **2.Adres** w polu "Powiadamianie" sposobu powiadamiania oraz wypełnienie odpowiednich danych kontaktowych, a także w przypadku sposobów powiadamiania: SMS, Aplikacja IM - posiadanie licencji na odpowiednie moduły dodatkowe i ich konfiguracja. Sposób konfiguracji dla poszczególnych rodzajów powiadomień jest opisany w instrukcji obsługi modułu "mPowiadomienia".

Automatyczne powiadomienie jest generowane, jeżeli zlecenie zostało pozytywnie zweryfikowane przez NFZ (status "NFZ:Zweryfikowane pozytywnie").

Uwaga! Jeżeli, pomimo spełnienia powyższych warunków, po poprawnym wysłaniu zleceń powiadomienia automatyczne się nie generują, należy zweryfikować, czy w przeglądzie [struktury organizacyjnej](#) w danych

komórki, w której są one wystawiane, na zakładce **3.Dane dodatkowe** nie jest przypadkiem wyłączona opcja "Czy aktywne powiadomienia".

Istnieje możliwość zacytowania do programu aktualnych wersji słownika wyrobów medycznych udostępnianych przez NFZ. Ścieżka postępowania w tym wypadku jest podobna jak dla [importu słownika procedur ICD-9](#).

Identyfikator przesłanego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wyświetli się na zaleceniach (przycisk **Zalecenia** w oknie wizyty otwartej w Gabinetecie).

W wersji 9.9.0 aplikacji mMedica udostępniono wysyłkę omawianego zlecenia w formie **e-Zlecenia** (obowiązek od 01.10.2023). Dokument taki może zostać wygenerowany jeżeli:

1. W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji [Gabinet > Skierowania](#), w sekcji [Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne](#), w polu "Kod nadawcy" wprowadzono **kod nadawcy** zleceń elektronicznych, przydzielany indywidualnie podmiotowi wystawiającemu zlecenia elektroniczne. W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica umożliwiono ewidencję tego kodu w Konfiguratorze również w kontekście stacji roboczej oraz użytkownika.

Każdy podmiot może mieć przydzielony więcej niż jeden kod nadawcy. Uzyskuje się go w systemie eZWM w portalu AP-ZZ. W przypadku gdy świadczeniodawca korzysta z większej ilości baz danych, zaleca się wygenerowanie odrębnego kodu nadawcy dla każdej z nich.

2. Zalogowany personel posiada skonfigurowany podpis elektroniczny.

e-Zlecenie generowane jest po wyborze przycisku **Wyślij** i wymaga podania hasła do posiadanego przez użytkownika certyfikatu podpisu elektronicznego. Po wysłaniu e-Zlecenia i wyborze przycisku **Drukuj zlecenie** generowany jest wydruk informacyjny (nie jest drukowany dokument zlecenia). Wydruk ten będzie zawierać m.in. numer i 4-cyfrowy kod dostępu (PIN) zlecenia, a także informację o statusie jego weryfikacji.

Wykaz wszystkich wystawionych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne znajduje się: [Ewidencja > Specjalne > Przegląd zleceń na zapatrzenie w wyroby medyczne](#). W oknie tym użytkownik ma możliwość między innymi podglądu statusu wysyłki poszczególnych zleceń, ich wydruku oraz filtrowania. W wersji 9.9.0 programu umożliwiono wyszukiwanie dokumentów wg formy ich wystawienia (w panelu [Wyszukiwanie zaawansowane](#) filtr "Forma wystawienia" z listą rozwijalną zawierającą pozycje: e-Zlecenie, Elektroniczne zlecenie papierowe). Dodano także przycisk **Pokaż PIN** służący do wyświetlenia w kolumnie "PIN" numeru PIN zaznaczonego na liście e-Zlecenia.

18.9 Druki


W oknie *Druki* (dostępnym po wyborze ikony *Druki* w panelu głównym wizyty) wprowadzono podział na zakładki:

- [Różne](#)
- [Zgłoszenie ZLK-1](#)
- [Zgłoszenie NOP](#)
- [Karta zgonu](#)

18.9.1 Różne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Druki](#) > [Różne](#)

W oknie *Druki* na zakładce Różne istnieje możliwość wystawienia i wydrukowania pacjentowi wybranego druku medycznego.

Wybranie przycisku  otworzy okno *Formularze dostępne w Gabinetcie*, prezentujące następujące formularze systemowe:

- Dokument ogólny
- Karta informacyjna o świadczeniach udzielonych osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji
- Karta konsultacji medycznej
- Karta zgonu - [pozycja niedostępna od wersji 10.6.0 aplikacji mMedica](#)
- MZ/N-1a Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego
- Niebieska karta - część A
- Odmowa przyjęcia pacjenta przez lekarza
- Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych
- Orzeczenie lekarskie dotyczące kształcenia i nauki zawodu
- Orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela
- Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
- Zaświadczenie dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych
- Zaświadczenie lekarskie o okresie, w którym konieczne jest sprawowanie opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat
- Zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do przewożenia w foteliku
- Zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do używania pasów
- Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka
- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność/niezdolność do stawiania się na wezwanie lub zawiadomienie organu uprawnionego
- Zaświadczenie lekarskie uprawniające do korzystania ze wsparcia dla dziecka
- Zaświadczenie lekarskie / wystawione przez położną, uprawniające do dodatku z tytułu urodzenia dziecka
- Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia pacjenta
- Zaświadczenie o stanie zdrowia ucznia
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozliczenia zakażenia HIV / zachorowania na AIDS / zgonu osoby zakażonej HIV / chorej na AIDS
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej
- Zgoda pacjenta na wykonanie świadczenia
- Wywiad - choroby żyłne - druk dostępny w ramach modułu dodatkowego "Gabinet lekarza specjalisty"
- Kwestionariusz osób uzależnionych od środków psychoaktywnych - druk dostępny w wersji **Plus (+)** programu.
- Zaświadczenie lekarskie o związku niezdolności do pracy z chorobą zawodową/wypadkiem
- Zaświadczenie o niemożności przybycia na posiedzenie w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- Zaświadczenie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń związanych z przemocą domową - druk dodany na podstawie załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023
- Poświadczenia pacjenta spoza gminy właściwej lub właściwego OW NFZ o udzieleniu świadczenia w przypadku nagłego zachorowania - [druk dodany w wersji 10.10.0 aplikacji mMedica](#)

Część danych prezentowanych na formularzu (np. dane podmiotu, pacjenta) uzupełni się automatycznie na podstawie informacji zgromadzonych w systemie. Treść formularza należy uzupełnić ręcznie.

Oprócz funkcjonalności wydruku formularzy aplikacja posiada mechanizm powiadamiania o konieczności zgłoszenia informacji o podejrzeniu lub rozpoznaniu wyżej wymienionych przypadków.

Jeśli użytkownik wprowadzi np. jedno z poniższych rozpoznań:

- A15-A19 - zgłoszenie gruźlicy
- A50-A64 - zgłoszenie choroby przenoszonej drogą płciową
- B20-B24 - zgłoszenie HIV/AIDS

Zostanie wyświetlony następujący komunikat:

Rozpoznanie o kodzie "A15.5" znajduje się na liście zakażeń i chorób zakaźnych.
Informację o rozpoznaniu należy zgłosić do odpowiedniej jednostki epidemiologicznej.
Czy chcesz przejść do wypełnienia formularza?



Tak Nie

Jeśli użytkownik wybierze przycisk **Tak**, zostanie przeniesiony do odpowiedniego formularza, który może uzupełnić i wydrukować.

Jeżeli zostanie wybrany przycisk **Nie**, to przy autoryzacji wizyty ponownie pojawi się informacja dotycząca wypełnienia powyższego formularza. W zależności od ustawienia parametru **Wymuszaj wypełnienie druku zgłoszenia choroby zakaźnej** opisanego w rozdziale [Inne ustawienia](#) dla konfiguracji Gabinetu, wypełnienie go będzie obowiązkowe lub będzie możliwość pominięcia tej czynności.

Uwaga! Do generowania formularzy dostępnych w Gabinetach konieczne jest posiadanie nadanych uprawnień do formularzy w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia do formularzy > Gabinet](#).

Druki wystawione pacjentowi będą prezentowane w postaci rekordów na liście wyświetlanej w oknie. W celu otwarcia danych wybranego druku należy kliknąć w niego dwukrotnie lewym przyciskiem myszy lub po jego

zaznaczeniu wybrać przycisk . Usunięcia pozycji dokonuje się przyciskiem .

18.9.2 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia/choroby zakaźnej (ZLK-1)

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > Druki > Zgłoszenie ZLK-1](#)

Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica uzupełnienia zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej (druk ZLK-1) oraz jego wystawienia do systemu P1 dokonuje się w oknie *Druki* na zakładce [Zgłoszenie ZLK-1](#) (zdj. poniżej).

Uwaga! Sposób konfiguracji programu, w tym zacytowania odpowiednich certyfikatów, umożliwiającej wystawienie zgłoszenia do systemu P1 został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.


Jeżeli w danych wizyty zostanie wybrane rozpoznanie będące chorobą zakaźną (odpowiednie oznaczenie w danych rozpoznania), wymagającą wypełnienia zgłoszenia ZLK-1, wyświetlony zostanie następujący komunikat:

Rozpoznanie o kodzie (...) znajduje się na liście zakażeń i chorób zakaźnych.
Informację o rozpoznaniu należy zgłosić do odpowiedniej jednostki epidemiologicznej.
Czy chcesz przejść do wypełnienia formularza?

Tak Nie

Wybór przycisku **Tak** spowoduje automatyczne przekierowanie użytkownika na formatkę zgłoszenia ZLK-1. Jeżeli zostanie wybrany przycisk **Nie**, to przy autoryzacji wizyty ponownie pojawi się informacja dotycząca wypełnienia powyższego formularza. W zależności od ustawienia parametru **Wymuszaj wypełnienie druku zgłoszenia choroby zakaźnej**, opisanego w rozdziale [Inne ustawienia](#) dla konfiguracji Gabinetu, wypełnienie go będzie obowiązkowe lub będzie możliwość pominięcia tej czynności.


The screenshot displays the medical software interface for patient Jan Kowalski (55 years old). The top navigation bar includes buttons for 'Różne', 'Zgłoszenie ZLK-1' (highlighted with a red box), 'Zgłoszenie NOP', and 'Karta zgonu'. The main form area contains sections for 'Rozpoznanie/Podejrzenie', 'Podstawa rozpoznania/podejrzenia', 'Miejsce pobytu', 'Dane kontaktowe', 'Szczepienia', and 'Miejsce pracy lub nauki'. A 'Druki' button is highlighted in the left sidebar. The bottom toolbar features buttons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Wyślij' (highlighted with a red box), 'Drukuj zgłoszenie', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'. A right-hand sidebar contains a plus sign icon and a minus sign icon, both highlighted with red boxes.

Aby dodać zgłoszenie ZLK-1, należy wybrać przycisk , znajdujący się w prawym górnym rogu okna. Czynność ta aktywuje poszczególne pola na formatce do edycji.

Dane, których uzupełnienie jest wymagane, to:

- adresat - w dedykowanym polu należy wybrać ze słownika odpowiednią instytucję. Są w nim dostępne

instytucje w rodzaju "Instytucja sanitarna". W polu podpowiadana jest instytucja sanitarna oznaczona jako domyślna (posiadająca w swoich danych w rejestrze instytucji na zakładce **Rodzaje** dla zaznaczonej pozycji "Instytucja sanitarna" znacznik w kolumnie "Czy domyślny").


- rodzaj zgłoszenia (należy zaznaczyć jedno z pól: "Rozpoznanie" lub "Podejrzenie")
- rozpoznanie (podpowiada się rozpoznanie główne z wizyty, jest możliwość wyboru innego rozpoznania z listy rozpoznań wskazanych na wizycie)
- daty rozpoznania/podejrzenia oraz zachorowania/pierwszych objawów
- podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczenie przynajmniej jednej podstawy i uzupełnienie dla niej opisu)
W dostępnych polach istnieje możliwość korzystania z list rozwijalnych z pozycjami zdefiniowanymi samodzielnie przez użytkowników. Aby dodać pozycję do listy, należy wybrać znajdujący się w polu przycisk  i w oknie, które się wyświetli, zamieścić w nowej linii odpowiedni tekst.
- miejsce pobytu pacjenta

W sekcji Miejsce pracy lub nauki w zależności od zaznaczonego parametru ("**Miejsce pracy**" lub "**Rejestr szkół**") istnieje możliwość skorzystania ze słownika miejsc pracy lub słownika szkół.

Dodatkowo, aby było możliwe wysłanie zgłoszenia, lekarz zgłaszający powinien w swoich danych w rejestrze personelu ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#)) mieć uzupełniony numer telefonu.

Wysłania dokumentu do sytemu P1 dokonuje się poprzez wybór przycisku **Wyślij**, zaznaczonego na powyższym zdjęciu. Po tej czynności wyświetlone zostanie okno *Wysyłka zgłoszenia ZLK-1*, w którym prezentowane będą komunikaty informujące o przebiegu eksportu, a w przypadku ewentualnego błędu eksportu - informacja o jego przyczynie.



Edycja przesłanego zgłoszenia jest możliwa po wyborze przycisku . Użycie przycisku **Wyślij** po dokonaniu edycji spowoduje przekazanie do systemu P1 korekty zgłoszenia.

Do usunięcia zgłoszenia służy przycisk .

Uwaga! Usunięcie przesłanego zgłoszenia **nie powoduje** jego anulowania po stronie systemu P1.

W celu wydruku uzupełnionego formularza należy wybrać przycisk **Drukuj**.

W programie dostępny jest [rejestr wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP](#) (ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP](#)).


18.9.3 Zgłoszenie NOP

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Druki](#) > [Zgłoszenie NOP](#)

W wersji 10.3.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość uzupełnienia danych oraz wysłania do systemu P1 zgłoszenia niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP). W tym celu w oknie *Druki* należy przejść na zakładkę Zgłoszenie NOP (zdj. poniżej).


Uwaga! Sposób konfiguracji programu, w tym zacytowania odpowiednich certyfikatów, umożliwiającej wysłanie zgłoszenia do systemu P1 został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

The screenshot shows a web-based form for reporting a vaccination reaction. The interface is in Polish. At the top, there are tabs for 'Różne', 'Zgłoszenie ZLK-1', 'Zgłoszenie NOP' (highlighted with a red box), and 'Karta zgonu'. Below the tabs, there are input fields for 'Data wystąpienia odczynu' (22-03-2024 16:26) and 'Adresat'. The main form is divided into several sections: 'Szczepionka przeciw' (Vaccine type) with checkboxes for various vaccines like Błonica, Cholera, Covid-19, etc.; 'Reakcja miejscowa' (Local reaction) with checkboxes for symptoms like redness, swelling, and pain; 'Reakcja ogólna' (General reaction) with checkboxes for fever, rash, and other symptoms; and 'Powikłania' (Complications) with checkboxes for allergic reactions and other conditions. At the bottom, there are buttons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Wyślij' (highlighted with a red box), 'Drukuj zgłoszenie', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

W celu utworzenia zgłoszenia należy wybrać przycisk . Po tej czynności możliwa będzie jego edycja. W polu "Data wystąpienia odczynu" wyświetli się data bieżąca (możliwość zmiany), natomiast w polu "Adresat" podpowie się domyślna instytucja sanitarna. Użytkownik ma możliwość wyboru z dostępnego słownika innej instytucji.

Po zaznaczeniu odpowiedniego rodzaju szczepionki w sekcji Szczepionka przeciw odblokują się do edycji odpowiednie pola w sekcjach poniżej.

Dla szczepionki przeciw gruźlicy (zaznaczone pole "**Gruźlica (BCG)**") możliwa będzie edycja danych w sekcji NOP po szczepieniu BCG.

W sekcji Szczepienia po wyborze przycisku  wyświetli jest słownik *Wykonane szczepienia pacjenta* z listą wykonanych szczepień pacjenta zaewidencjonowanych w module "Gabinet Pielęgniarki", z którego będzie można wybrać odpowiednie pozycje. Aby skorzystać z ogólnego słownika szczepień, należy wybrać przycisk



Wysłania uzupełnionego zgłoszenia do systemu P1 dokonuje się przyciskiem **Wyślij** (zaznaczonym na powyższym zdjęciu). Natomiast do jego wydruku służy przycisk **Drukuj zgłoszenie**.



Edycja wysłanego zgłoszenia będzie możliwa po wyborze przycisku , dostępnego po prawej stronie

okna. Użycie przycisku **Wyślij** po dokonaniu edycji spowoduje przekazanie do systemu P1 korekty zgłoszenia.

Usunięcia zgłoszenia dokonuje się przyciskiem .

Uwaga! Usunięcie przesłanego zgłoszenia **nie powoduje** jego anulowania po stronie systemu P1.

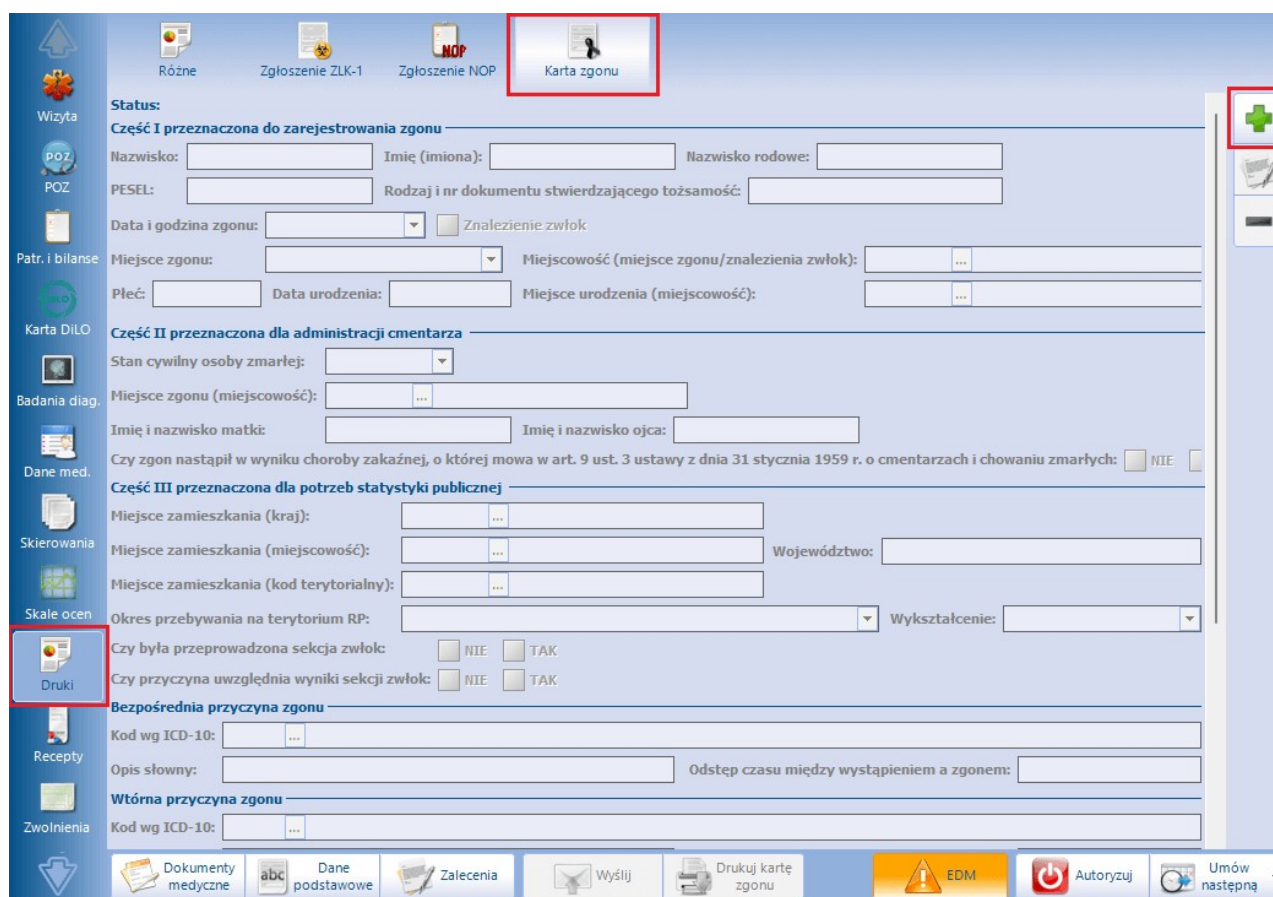
Od wersji 10.6.0 aplikacji mMedica przegląd wystawionych zgłoszeń NOP możliwy jest po przejściu do [rejstru wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP](#) (ścieżka: Ewidencja > Specjalne > Rejestr wystawionych dokumentów ZLK-1/NOP).

18.9.4 Karta zgonu

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Druki](#) > [Karta zgonu](#)

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica umożliwiono uzupełnienie karty zgonu na dedykowanej formatce, dostępnej w powyższej ścieżce.

W celu utworzenia karty należy wybrać przycisk , zaznaczony na poniższym zdjęciu.



The screenshot displays the 'Karta zgonu' (Death Certificate) form in the mMedica application. The interface includes a top navigation bar with icons for 'Różne', 'Zgłoszenie ZLK-1', 'Zgłoszenie NOP', and 'Karta zgonu'. The left sidebar contains various menu items, with 'Druki' (Print) highlighted. The main form area is divided into several sections: 'Część I przeznaczona do zarejestrowania zgonu' (Part I for registration), 'Część II przeznaczona dla administracji cmentarza' (Part II for cemetery administration), 'Część III przeznaczona dla potrzeb statystyki publicznej' (Part III for public statistics), and 'Bezpośrednia przyczyna zgonu' (Direct cause of death). The form includes fields for patient name, PESEL, date and time of death, place of death, sex, date of birth, and cause of death. A 'Drukuj kartę zgonu' (Print death certificate) button is visible in the bottom right corner of the form area.

Od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica w górę okna ewidencji karty zgonu wyświetlany jest jej status (w pozycji **"Status:"**, możliwe wartości: "wprowadzona", "wysłana do GUS", "zmodyfikowana").

W przypadku wcześniejszego uzupełnienia daty zgonu w danych pacjenta zostanie ona podpowiedziana w odpowiednim polu.

Wydruku uzupełnionej karty dokonuje się przyciskiem **Drukuj kartę zgonu**, zamieszczonym na dole okna.

Aby usunąć kartę, należy skorzystać z dostępnego po prawej stronie okna przycisku .

Uwaga! W omawianym oknie prezentowana będzie karta zgonu wystawiona w wersji programu 10.6.0 lub wyższej. Karta zgonu utworzona w wersji wcześniejszej będzie dostępna na liście wystawionych druków na zakładce [Różne](#).

W wersji 10.8.0 w polu Miejscowość (miejsce zgonu/znalezienia zwłok) dodano możliwość wprowadzenia jako miejsca zgonu miejscowość, która zostanie umieszczona na wydruku karty zgonu.

W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica umożliwiono wysłanie danych statystycznych z karty zgonu do systemu GUS. Służy do tego przycisk **Wyślij**, dostępny na dole ekranu. Aby wspomniana operacja była możliwa, użytkownik powinien posiadać w swoich danych w rejestrze użytkowników (ścieżka: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)) na zakładce **Autoryzacja** w sekcji Karta zgonu - dane statystyczne uzupełnione login oraz hasło umożliwiające przekazanie danych do GUS (zdz. poniżej).

1. Dane użytkownika	2. eRejestracja / Systemy NFZ / Chmura dla zdrowia	3. Autoryzacja	4. Uprawnienia do danych
Active Directory			
Domena:	<input type="text"/>	Nazwa użytkownika:	<input type="text"/>
KSeF parametry komunikacji			
Token:	<input type="text"/>		
Hasło:	<input type="text"/>		
Karta zgonu - dane statystyczne			
Login:	<input type="text"/>		
Hasło:	<input type="text"/>		
ePodpis			
Rodzaj podpisu:	<input type="text"/>		

W aplikacji mMedica dostępny jest [Rejestr kart zgonu](#), w którym możliwy jest przegląd wszystkich kart zgonu wystawionych w programie.

18.10 Recepty

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > Recepty](#)

Wybranie w głównym panelu ikony **Recepty** otwiera okno funkcjonalności wystawiania recept. Na formatce dostępne są następujące słowniki:

- Stale podawane leki pacjenta
- Leki preferowane - zapamiętywane w kontekście lekarza
- Baza leków Pharmindex
- Leki recepturowe
- Historia leków przepisywanych pacjentowi

przy użyciu których można dokonać wystawienia recepty. Funkcjonalność wydruku recept w Gabinetce została szczegółowo opisana w rozdziale: [Wydruk recept w Gabinetce](#).

18.10.1 Stale podawane leki

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Stale podawane leki](#)

Formatka *Stale podawane leki* zostanie automatycznie wyświetlona, jeśli pacjent ma dodane leki oznaczone jako stale podawane. W słowniku leków stale podawanych zapisywane są informacje o ostatnim dawkowaniu, z jakim lekarz przepisał dany lek oraz sposób i czas podawania leku. Informacje te prezentowane są w poszczególnych kolumnach.

Listę w każdym momencie można korygować - tzn. w przypadku wyleczenia pacjenta bądź zmiany farmakoterapii, lek można usunąć z listy lub dodać nowy.

W wersji 9.9.0 aplikacji mMedica dodano pole "Szukaj", umożliwiające wyszukiwanie leków po nazwie.

The screenshot shows the 'Stale podawane leki' screen in the mMedica application. At the top, there is a navigation bar with icons for 'Stale podawane leki', 'Leki preferowane', 'Baza leków', 'Leki recepturowe', 'Historia leków', and 'Historia recept'. Below this is a search bar labeled 'Szukaj:'. The main area contains a table with the following data:

Nazwa	Opakowanie	Dawkowanie	Odpl.
Aerius roztw. doustny 0,5 mg/ml	but. 60 ml	1 x 1	100%
Milukante tabl. do rozgr. i żucia 5 mg	28 szt.	1 x 1	100%

Below the table is a section titled 'Historia przepisanych leków' with a dropdown menu for 'Okres: ostatnie 6 miesięcy'. A timeline shows months from 'mar' to 'paź'. At the bottom, there are four buttons: 'Opis leku', 'Przepisz zaznaczone', 'Usuń zaznaczone', and 'Drukuj stale podawane leki'.

Opis przycisków znajdujących się na formatce:

- **Opis leku** - otwiera okno prezentujące szczegółowe dane wybranego leku, w tym np. cenę, skład, dawkowanie, przeciwwskazania, interakcje. Przycisk ten jest dostępny tylko dla użytkowników posiadających włączony moduł dodatkowy Baza leków Pharmindex.
- **Przepisz zaznaczone** - lek zaznaczony na liście zostanie przepisany na receptę. W celu zaznaczenia kilku leków należy przytrzymać klawisz CTRL na klawiaturze.
- **Usuń zaznaczone** - lek zaznaczony na liście zostanie usunięty z formatki *Stale podawane leki*.
- **Drukuj stale podawane leki** - domyślnie powoduje wydruk wszystkich leków prezentowanych na liście w formie dokumentu "Zalecenia stosowania dla ...". Po rozwinięciu listy zostaną wyświetlone dodatkowe opcje, które umożliwią wydruk wszystkich leków w wybranym formacie (A5 lub recepty) lub tylko tych leków, które zostały zaznaczone na liście.

Użytkownicy posiadający wersję Standard+ lub Komercja+ otrzymają dodatkowo dostęp do [historii przepisanych leków stale podawanych](#). Szczegółowy opis znajduje się w kolejnym podrozdziale.

18.10.1.1 Dodanie leku do stale podawanych

Aby oznaczyć lek jako stale podawany, należy wybrać go dwuklikiem z preferowanego słownika leków (np. z Bazy leków PharmindeX) - system przepisze dane o leku do kolejnego okna, które służy do przygotowania leku do wypisania. Następnie należy zaznaczyć pole "**Stale podawany**" i dodać lek na receptę.

Istnieje również funkcjonalność pozwalająca na dodawanie leków do stale podawanych, bez konieczności przepisywania leku na receptę. Dzięki temu lekarz może odnotować w programie informacje o lekach stale

zażywanych przez pacjenta, np. zleconych przez innego lekarza. Służy do tego przycisk znajdujący się w oknie prezentującym szczegółowe dane leku. Lek stale podawany zostanie zapamiętany z nast. danymi:



- Odpłatność
- Osobna recepta
- Cito
- Nie zamieniać
- Ilość
- Dawkowanie
- Sposób i czas podania
- Uwagi i zalecenia

Nazwa handlowa:
Silfeldrem tabl. powl. 50 mg

Opakowanie: 4 szt. Upr.: Odpl.: 100%

Stale podawany Osobna rec. Cito Nie zamieniać

Ilość: 1 opak. po 4 tabl.

Słownie: Wstaw

Dawkowanie: 1 x po 2 Użyte

Liczba dni stosowania leku: 2

Niestandardowe:

Sposób i czas podania: doustnie w czasie posiłku Użyte

Uwagi/zalecenia:

Interakcje **Dodaj do leków stałych** Dodaj na receptę

Po wybraniu przycisku konieczne jest wskazanie daty z jaką następuje dodanie leku do stale podawanych (program umożliwia wprowadzenie daty wstecznej):

Podaj datę przepisania leku

Data: 2016-06-07

OK Anuluj

Szczegółowe informacje o stale podawanych lekach niepowiązanych z wizytą prezentowane są po wybraniu ikony **Wizyta** a następnie **Stale pod. leki**:

Stale podawane leki						
Nazwa	Opakowanie	Dawkowanie	Podanie	Data pierwszej rec.	Data ost. rec.	
Abaktal tabl. powl. 400 mg	10 szt.			2016-04-21	2016-04-21	
Abilify roztw. do wstrz. 7,5 mg/ml	fiolka 1,3 ml			2016-06-07	2016-06-07	
Abilify tabl. 10 mg	28 szt.			2016-06-07	2016-06-07	
Abilify tabl. 15 mg	28 szt.			2016-06-07	2016-06-07	
Abra test paskowy	50 szt.			2016-04-13	2016-04-13	

Drukuj... Wyjście

Aplikacja mMedica weryfikuje, czy lek dodawany na receptę przy użyciu słownika leków Pharmindex znajduje się na liście stale podawanych leków. Jeśli lek znajduje się na liście, a mimo to wybierany jest z innego słownika leków, podczas dodawania leku na receptę zostanie wyświetlony następujący komunikat:

Lek znajduje się na liście stale podawanych leków pacjenta, ale nie zaznaczono pola "Stale podawany".
Czy chcesz oznaczyć lek jako stale podawany?

Tak

Nie

Anuluj

Wybranie przycisku "Tak" spowoduje automatyczne oznaczenie na receptce checkboxa "Stale podawany" i odświeżenie informacji o leku na formatce *Stale podawane leki*. Zaleca się wykorzystywanie funkcjonalności, gdyż np. w przypadku zmiany dawkowania leku, informacja to zostanie nadpisana i przy kolejnym przepisywaniu leku ze stale podawanych, lek zostanie przepisany z ostatnimi, aktualnymi danymi.

18.10.1.2 Historia przepisanych leków stale podawanych

Użytkownicy posiadający wersję Standard+ lub Komercja+ otrzymają dostęp do wykresu historii przepisanych leków, które zostały oznaczone jako stale podawane. Informacje te wyświetlane są w dolnej części formatki *Stale podawane leki*.

Formatka *Stale podawane leki* podzielona jest na dwa okna. W górnej części wyświetlane są leki, które zostały oznaczone jako stale podawane, zaś w dolnym oknie *Historia przepisanych leków* na osi czasu prezentowany jest lek, który został podświetlony w górnym oknie.

Nazwa	Opakowanie	Odpł.
• Concor COR 7,5 tabl. powł. 7,5 mg	28 szt.	X
› Digoxin Teva tabl. 100 µg	30 szt.	
Spiroinol tabl. 25 mg	20 szt.	P
• Tritace 10 tabl. 10 mg	28 szt.	
Tritace 5 tabl. 5 mg	28 szt.	
Xarelto tabl. powł. 15 mg	28 szt.	X

Historia przepisanych leków

Okres: ostatnie 12 miesięcy

Timeline (2017):

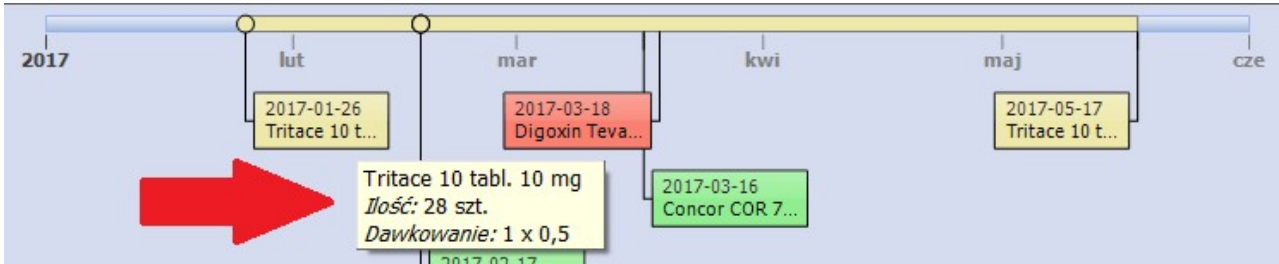
- lut: 2017-01-26 Tritace 10 t...
- mar: 2017-03-18 Digoxin Teva...
- mar: 2017-02-17 Tritace 10 t...
- mar: 2017-02-17 Concor COR 7...
- kwi: 2017-03-16 Concor COR 7...
- maj: 2017-05-17 Tritace 10 t...

Buttons: Opis leku, Przepisz zaznaczone, Usuń zaznaczone, Drukuj stale podawane leki

Wybrany lek prezentowany jest na osi czasu dla każdej recepty, która została wystawiona w wybranym okresie: ostatnie 3, 6, 12 miesięcy.

Kółka na osi czasu oznaczają dzień wystawienia recepty lub dzień, od którego można zrealizować receptę. Na podstawie ilości leku w opakowaniu, ilości przepisanych opakowań oraz dawkowania na osi czasu prezentowany jest okres stosowania leku, oznaczony jako kolorowy odcinek na osi. W przypadku zaznaczenia kilku leków stale podawanych, leki na osi czasu zostaną wyróżnione odrębnymi kolorami.

W wyświetlanych etykietach tekstowych prezentowana jest data wystawienia recepty oraz nazwa leku oraz data końca zażywania leku. Po najechaniu kursorem myszki na etykietę wyświetlane są dodatkowe informacje t.j. ilość leku w opakowaniu oraz dawkowanie, jeśli zostało określone na recepcie.



18.10.2 Leki preferowane

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Leki preferowane](#)

W słowniku leków preferowanych znajdują się leki, które lekarz realizujący choć raz przepisał na receptę któremukolwiek z pacjentów. Do słowników leków preferowanych nie są dodawane leki recepturowe. Formatka *Leki preferowane* zostanie automatycznie wyświetlona, jeśli pacjent nie ma żadnych leków oznaczonych jako stale podawane.

Na formatce zapisywane są informacje o opakowaniu, odpłatności oraz wskazaniach rejestracyjnych leku, co prezentowane jest w przygotowanych do tego kolumnach. Aby przyspieszyć proces wyszukiwania leku do przepisania na receptę, można skorzystać z pola **Szukaj**. Po wpisaniu nazwy leku w omawianym polu, system automatycznie wyfiltruje na liście leki o tej nazwie. Obok pola **Szukaj** znajduje się lista rozwijana, umożliwiająca filtrowanie leków preferowanych według sposobu ich pochodzenia i aktualności. Wyróżniamy następujące filtry:

- Wszystkie
- Wszystkie aktualne - wyświetlone zostaną leki, które są w aktualnej wersji słownika Pharmindex oraz wszystkie inne leki, które zostały dodane a mają inne pochodzenie niż Pharmindex
- Własne
- Z bazy Pharmindex
- Aktualne z bazy Pharmindex - wyświetlone zostaną tylko i wyłącznie leki, które znajdują się w aktualnej wersji bazy Pharmindex.
- Nieaktualne z bazy Pharmindex - dotyczy pozycji, których nie ma w aktualnej wersji bazy Pharmindex.

W programie dostępna jest funkcja wyświetlania leków preferowanych, które były wykorzystywane przez lekarza w wybranym okresie czasu. W filtrze domyślnie ustawiona jest wartość 6 miesięcy, co oznacza, że na liście wyświetlane będą leki preferowane, które w przeciągu ostatniego półrocza lekarz przepisał na receptę. Wartości dostępne na liście rozwijanej to: ostatni miesiąc, ostatnie 3 miesiące, ostatnie 6 miesięcy, ostatnie 12 miesięcy.

Program zapamiętuje i podpowiada ostatnio wybrany okres czasu w kontekście użytkownika.

Stale podawane leki **Leki preferowane** Baza leków Leki recepturowe Historia leków Historia recept

Szukaj: Wszystkie Ostatnie 6 miesięcy Pielęgniarka

Nazwa	Opakowanie	Odpł.	Wskazania
4Flex proszek do sporz. roztw. doustnego sm...	30 saszetek		
Abacavir + Lamivudine Mylan tabl. powl. 600 mg+3...	30 szt.		
Abacavir/Lamivudine Teva tabl. powl. 600 mg+300 ...	30 szt. (blister)		
Abaktal roztw. do inf. 400 mg/5 ml	10 amp. 5 ml		
Abaktal tabl. powl. 400 mg	10 szt.		
Abasaglar roztw. do wstrz. 100 j.m./ml	10 wkł. 3 ml	30% / 30...	E10 / E11, E10, E13, E11 +...
Abelcet konc. do sporz. zaw. do inf. 5 mg/ml	10 fiolek 20 ml		
Abilify roztw. do wstrz. 7,5 mg/ml	fiołka 1,3 ml		
Abilify tabl. 15 mg	28 szt.	R / R	F20 / F31
Accu-Chek Performa test paskowy	50 szt.	30% / R	O24, E13, E12, E11, E10 / ...

Opis leku Słownik leków własnych Usuń zaznaczone

Ponadto wraz z dodaniem leku na formatkę *Leki preferowane* aplikacja zapamiętuje wybrane dawkowanie leku. W oknie służącym do przygotowania leku do wypisania w polu **Użyte** są zapamiętywane wszystkie dawkowania leku, jakie zostały wcześniej przepisane. W celu usunięcia informacji o dawkowaniu należy rozwinąć pole **Użyte**, a następnie wybrać opcję **Usuń**. Aby zmienić zapamiętane dawkowanie należy z list dostępnych jednostek/sposobów dawkowania wybrać inne wartości.

Nazwa handlowa:
Zyrtec tabl. powł. 10 mg

Opakowanie: 30 szt. Upr.: [] Odpł.: 100%

Stałe podawany Osobna rec. Cito Nie zamieniać

Ilość: 1 opak. po 30 szt.

Słownie: [] Wstaw

Dawkowanie

Standardowe Niestandardowe

Częstość: Codziennie

Ilość: 1 x po 1 szt.

Opis: []

Okres stosowania: 30 dni

Sposób i czas podania: [] [] Użyte

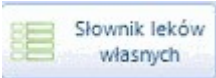
Uwagi/zalecenia: []

Dodaj do leków stałych Dodaj na receptę Interakcje

Opis przycisków znajdujących się na formatce:

- **Opis leku** - otwiera okno prezentujące szczegółowe dane wybranego leku, w tym np. cenę, skład, dawkowanie, przeciwwskazania, interakcje. Przycisk ten dostępny jest tylko dla użytkowników posiadających włączony moduł dodatkowy Baza leków Pharmindex.
- **Słownik leków własnych** - otwiera okno *Leki własne*, w którym istnieje możliwość ręcznego utworzenia bazy leków wykorzystywanych przez lekarza. Szczegółowy opis znajduje się poniżej.
- **Usuń zaznaczone** - usuwa z preferowanych leki zaznaczone na liście. Istnieje możliwość zaznaczenia wielu leków (za pomocą lewego przycisku myszy i klawisza Ctrl lub Shift).

Na formatce leków preferowanych znajduje się funkcjonalność tworzenia słownika leków własnych,

wykorzystywanych przez lekarza - służy do tego przycisk . Po jego wybraniu otwarte zostanie okno *Leki własne* prezentujące listę leków własnych, dodanych przez użytkownika programu.

Opis przycisków znajdujących się w oknie **Leki własne**:




- lek zaznaczony na liście zostanie dodany do preferowanych (zostanie skopiowany do folderu **Preferowane**).



- umożliwi dodanie nowej pozycji do słownika. Otwarte zostanie okno "Dane leku" w celu uzupełnienia informacji dotyczących leku własnego.



- otwiera okno "Dane leku" w celu edycji/modyfikacji danych leku własnego.

Aby dodać nowy lek własny należy wybrać przycisk  znajdujący się w lewym, dolnym rogu okna. Wybranie przycisku "Dodaj pozycję do słownika" otworzy okno *Dane leku* w celu ręcznego wprowadzenia informacji dotyczących leku własnego, np. nazwy handlowej, postaci, dawki, opakowania. Dodany lek można przyporządkować do grupy leków (pole **Grupa**), dzięki czemu wyszukiwanie leku w słowniku stanie się prostsze i szybsze.

- **Osobna recepta** - zaznaczenie pola [✓] powoduje, że lek za każdym razem będzie drukowany na osobnej receptce.
- **Ilość słownie** - zaznaczenie pola [✓] i uzupełnienie pola "Ilość w opakowaniu" powoduje, że po dodaniu leku na receptę ilość leku słownie będzie uzupełniana przez system automatycznie.

18.10.3 Słownik leków Pharmindex

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Baza leków Pharmidex](#)


Program mMedica w wersji **Standard** i **Standard+** jest dostosowany do pracy z podstawową wersją słownika leków Pharmindex. Wersja podstawowa Pharmindex umożliwia korzystanie z bazy leków w zakresie takich informacji jak: nazwa, postać, opakowanie, dawka, producent, odpłatność. Pozostałe informacje o lekach (w tym np. dawkowanie, przeciwwskazania, czy interakcje) zawarte w opisie (przycisk **Opis leku**) są dostępne w ramach pełnej wersji bazy leków Pharmindex, z której można skorzystać po zakupieniu licencji na moduł dodatkowy "Pharmindex Baza Leków".

Uwaga! W wersji 9.4.0 aplikacji mMedica funkcjonalność prezentacji wskazań refundacyjnych w kolumnie **"Wskazania"** w oparciu o kody ICD-10 została przeniesiona do modułu "Pharmindex Refundacje", zgodnie z opublikowanym komunikatem: <https://mmedica.asseco.pl/aktualnosci/refundacje-zmiany-w-dostepie-do-funkcji/>.

W przypadku braku modułu w kolumnie wyświetlany będzie symbol .

Kolumna **"Dostępność"** zawiera informację o dostępności leków. Informacja ta aktualizowana jest cyklicznie poprzez usługę mmService zainstalowaną na serwerze. Świadczeniodawca posiadający licencję na moduł dodatkowy [Menedżer Eksportów](#) będzie miał dostęp do podglądu i edycji zadania pobierania informacji o dostępności leków po przejściu do okna: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Harmonogram Zadań](#).

Jeżeli dla danego leku istnieje ryzyko pojawienia się problemów związanych z występowaniem specyficznych substancji czynnych, które nie pełnią roli leczniczej, ale mogą wpływać na stan pacjenta (uczulenia),

wówczas w kolumnie **"Substancje pomocnicze"** wyświetli się dla niego symbol ostrzeżenia . W przypadku aktywnego modułu dodatkowego "Pharmindex Bezpieczeństwo" po najechaniu na ikonkę symbolu kursorem myszy i kliknięciu w link, który się pojawi, użytkownik będzie mógł zapoznać się ze szczegółową informacją dotyczącą tych substancji zamieszczoną w opisie leku.

Prezentowane są również kolumny:

- **"Wiek - wpływ na refundację"** - dla danego leku pojawi się w niej symbol ostrzeżenia, jeżeli na poziom refundacji tego leku ma wpływ wiek pacjenta. Przy aktywnym module dodatkowym "Pharmidex Baza leków", po najechaniu na symbol kursorem myszy i kliknięciu w link, otworzy się opis leku ustawiony na sekcji [Zakres wskazań objętych refundacją](#).
- **"Wpływ na badania diagnostyczne"** - pojawi się w niej symbol ostrzeżenia dla leków, które mogą wpływać na wynik badania diagnostycznego. Informacja o wpływie na badania diagnostyczne znajduje się również w opisie leku dostępnym w module "Pharmindex Baza leków".

W celu korzystania ze słownika leków Pharmindex, należy go uruchomić według zaleceń przedstawionych

poniżej:

a) użytkownicy posiadający moduł dodatkowy - po zacytaniu opłaconej licencji do aplikacji, moduł należy uruchomić w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [System > Moduły dodatkowe](#), dostępny jako parametr dla stacji roboczej

b) użytkownicy posiadający wersję programu STD lub STD+ - słownik należy włączyć, zaznaczając opcję **Włącz słownik Pharmindex** w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Różne](#)

Po przejściu do lokalizacji: [Gabinet > Pacjent > Recepty > Baza leków Pharmidex](#) wyświetlona zostanie formatka, prezentująca leki uporządkowane alfabetycznie.

Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność	Wiek - wpływ na refundację	Substancje pomocnicze	Dostępność	Producent	Wpływ na badania diagnostyczne
4Flex proszek do sporz. zaw. doustnej	30 saszetek 10,02 g					80%	Valeant	
4Flex proszek do sporz. zaw. doustnej	30 saszetek 10,02 g					5%	Valeant	
Abacavir + Lamivudine Mylan tabl. powł. (600 mg+300 mg)	30 szt.				!	Brak danych	Mylan	
Abaktal® tabl. powł. (400 mg) (Skrócone pozw./wstrzymanie w	10 szt.				!	5%	Sandoz	!
Abasaglar roztw. do wstrz. (100 j.m./ml)	10 wkł. 3 ml	WSK/S75+/C	30%/S75+/C	!		50%	Eli Lilly Nederland	
Abelcet konc. do sporz. zaw. do inf. (5 mg/ml)	10 fiolek 20 ml				!	Brak danych	Teva Pharmaceuticals Polska	
ABE płyn na skórę ((89 mg+89 mg)/g)	but. 8 g					100%	Grupa Inco	
Abilify roztw. do wstrz. (7,5 mg/ml)	fiołka 1,3 ml					5%	Otsuka Pharmaceutical Netherlands	
Abilify tabl. (10 mg)	28 szt.				!	5%	Otsuka Pharmaceutical Netherlands	
Abilify tabl. (15 mg)	56 szt.	WSK	R		!	20%	Otsuka Pharmaceutical Netherlands	
Abilify tabl. (15 mg)	14 szt.				!	5%	Otsuka Pharmaceutical Netherlands	
Abilify tabl. (15 mg)	28 szt.	WSK	R		!		Otsuka Pharmaceutical	

Aby wybrać lek należy wpisać jego nazwę lub początkowy fragment nazwy w polu **Szukaj**, następnie wybrać go dwuklikiem. Po określeniu dodatkowych informacji, jak: ilość, dawkowanie, sposób i czas podania, uwagi/zalecenia, uprawnienia wybrany lek należy przenieść na receptę za pomocą przycisku **Dodaj na receptę**. Szczegółowy opis dodawania leków na receptę znajduje się w rozdziale: [Recepty](#).

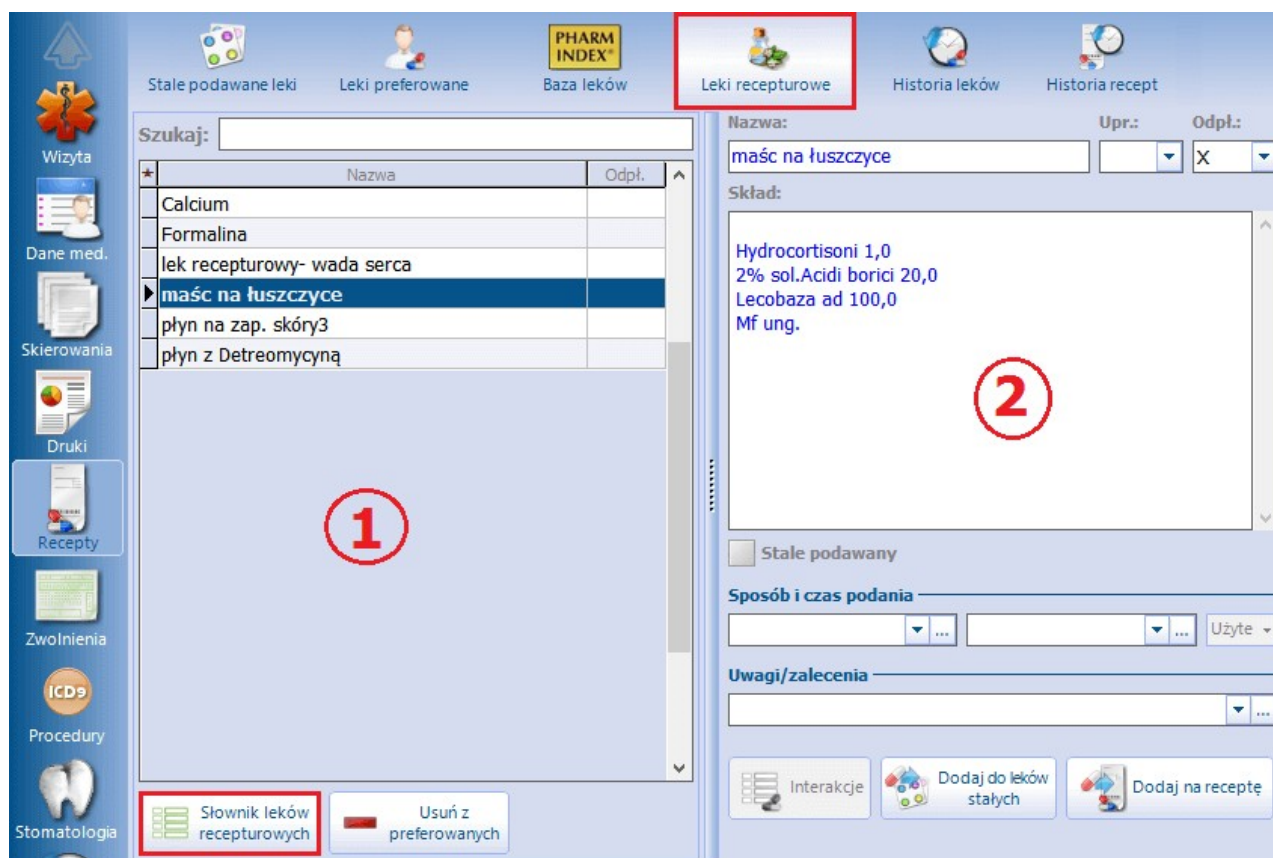
18.10.4 Leki recepturowe

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > Recepty > Leki recepturowe](#)

Funkcjonalność daje możliwość korzystania ze słownika leków recepturowych, czyli produktów leczniczych sporządzanych w aptece według recepty lekarskiej i przepisywanie ich na receptę. Słownik może być tworzony przez użytkowników systemu samodzielnie, poprzez dodanie informacji o składzie jakościowym i ilościowym preparatu zgodnie ze stopniem zaawansowania choroby i indywidualnymi cechami chorego. Słownik leków recepturowych jest dodatkowo zasilany danymi leków zacytywanymi podczas aktualizacji bazy leków Pharmindex. Informacje dotyczące sposobu wykonywania tej aktualizacji zawiera rozdział [Powiadomienia programu mMedica](#).

Formatka *Leki recepturowe* domyślnie jest pusta. Zostaną na niej wyświetlone leki, które podczas wyboru ze słownika leków recepturowych zostały oznaczone jako leki preferowane. W przypadku wyświetlania dużej ilości leków na formatce zaleca się skorzystanie z pola "Szukaj", które przyspieszy proces wyszukiwania. Po wpisaniu nazwy w omawianym polu, system automatycznie wyfiltruje na liście leki o tej nazwie.

Po najechaniu kursorem myszki na lek recepturowy znajdujący się na liście, zostanie wyświetlone dodatkowe okno prezentujące skład leku.



Wybranie przycisku **Słownik leków recepturowych** (zdz. powyżej) otworzy okno *Leki recepturowe* prezentujące listę leków dodanych do słownika przez użytkownika oraz pobranych podczas aktualizacji bazy leków Pharmindex. Sposób dodawania leków do słownika został omówiony w kolejnym podrozdziale.

Leki recepturowe

Nazwa: Grupa:

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Nazwa	Grupa
Płyn keratolityczny na odciski z kwasem salicylowym i mlekowym.	
Płyn Lugola.	
Płyn na grzybicę jamy ustnej z nystatyną i benzokainą.	
Płyn na ropne stany zapalne skóry z ichtiolem.	
Płyn przeciwgrzybiczy do butów z formaliną.	
Płyn z hydrokortyzonem, nalewką z arniki i pieprzowca, rezorcyną.	
Pręciki przeciwbakteryjne z biseptolem i kwasem borowym.	
Pręciki z metronidazolem.	
Pręciki z nystatyną i neomycyną.	
Proszki z bromkiem potasu.	
Puder płynny na bazie tlenku cynku, talku i gliceryny i wody oczys...	
Puder płynny na bazie tlenku cynku, talku, gliceryny i wody wapie...	
Puder płynny z neomycyną, tlenkiem cynku, talkiem, siarką i wod...	
Roztwór chlorku wapnia do zabiegów jonoforezy.	
Nazwa: Roztwór do dezynfekcji rąk z chlorheksydyną.	
Skład: Etanol 70° ad 100.00g	
20% roztwór chlorheksydyny diglukonianu 2.50g	
Dawkowanie: D.S. zewnątrznie	pi...
Zawiesina z gentamycyną, hydrokortyzonem, wodorowęglanem s...	
Zawiesina z urotropiną, tlenkiem cynku i talkiem.	


Wybierz (F5) Wyjście

Leki recepturowe zaczytane do słownika wraz z aktualizacją bazy leków Pharmindex są nieaktywne do edycji. W celu wyświetlenia danych takiego leku należy najechać kursorem myszy na odpowiednią pozycję na liście leków.

Aby dodać lek recepturowy na receptę należy:



- Dwuklikiem wybrać lek recepturowy:
 - Z głównego okna formatki, jeśli lek został dodany do preferowanych (1).
 - Ze słownika leków po kliknięciu w przycisk **Słownik leków recepturowych**.
Wybrany lek zostanie przeniesiony do okna służącego do przygotowania leku do wypisania (2).
- Określić sposób podania leku, wprowadzić dodatkowe zalecenia, jeśli wymagane. Następnie wybrać przycisk **Dodaj na receptę**.
- Dokonać wystawienia recepty.

18.10.4.1 Dodanie leku recepturowego do słownika

W aplikacji mMedica istnieje możliwość samodzielnego tworzenia słownika jednostek i oznaczeń skrótów farmaceutycznych tj. conct., dil., q.s., ad. za pomocą przycisku  dostępnego w odpowiedniej kolumnie np. "Oznaczenie".

Poszczególne leki recepturowe mogą być dodawane do słownika przez użytkownika samodzielnie. Korzystając z przygotowanego słownika surowców farmaceutycznych, można w prosty sposób zapisać skład leku recepturowego.

W celu dodania pozycji do słownika należy:

1. Na formatce *Leki recepturowe* wybrać przycisk **Słownik leków recepturowych**.
2. Otwarte zostanie okno *Leki recepturowe*, w którym należy wybrać przycisk  **Dodaj pozycję do słownika**.
3. W oknie *Lek recepturowy* wprowadzić:
 - a) Podstawowe informacje o leku, jak nazwa i odpłatność.
 - b) Ze słownika surowców farmaceutycznych, dostępnego po wybraniu przycisku , wybrać składnik leku.
 - c) W sekcji *Skład* określić jego ilość, jednostkę lub skrót farmaceutyczny w przeznaczonych do tego kolumnach.

Informacje o składzie jakościowym i ilościowym leku można również wprowadzić ręcznie, wpisując w polu tekstowym w sekcji *Opis*.

4. Określić dodatkowe parametry wyświetlania leku - wyjaśnienie poniżej:
 - **Grupa** - pozwala przyporządkować lek do grupy utworzonej wcześniej przez użytkownika, a następnie wyszukiwać go po grupie w słowniku leków recepturowych.
 - **Czy prywatny** - zaznaczenie pola [✓] powoduje, że lek recepturowy będzie widoczny tylko dla użytkownika, który go utworzył i przez niego będzie mógł być modyfikowany i usuwany.
 - **Dostępność** - określa dostępność leku recepturowego:
 - Gabinet - lek będzie widoczny w słowniku leków recepturowych na wizycie realizowanej w Gabinetecie.
 - Hospitalizacja - lek będzie widoczny w słowniku leków recepturowych w hospitalizacji.
 - Pusta wartość - lek będzie widoczny zarówno na wizytach gabinetowych, jak i w hospitalizacji.
5. W sekcji Dawkowanie uzupełnić informacje o dawkowaniu leku.
6. Jeżeli lek został oznaczony jako **Rpw**, wpisać nazwę i ilość substancji czynnej w sekcji Substancja czynna.
7. Zapisać lek przyciskiem **Zatwierdź**.

Lek recepturowy

Nazwa:

Grupa: ... Dermatologiczne Dostępność:

Odpłatność: Rpw Czy prywatny

Substancja czynna:

Nazwa:

Ilość:

Skład:

*	Nazwa	Oznaczenie	Ilość	Jednostka
1	Acidum salicylicum	aa	0,4 g	

Opis:

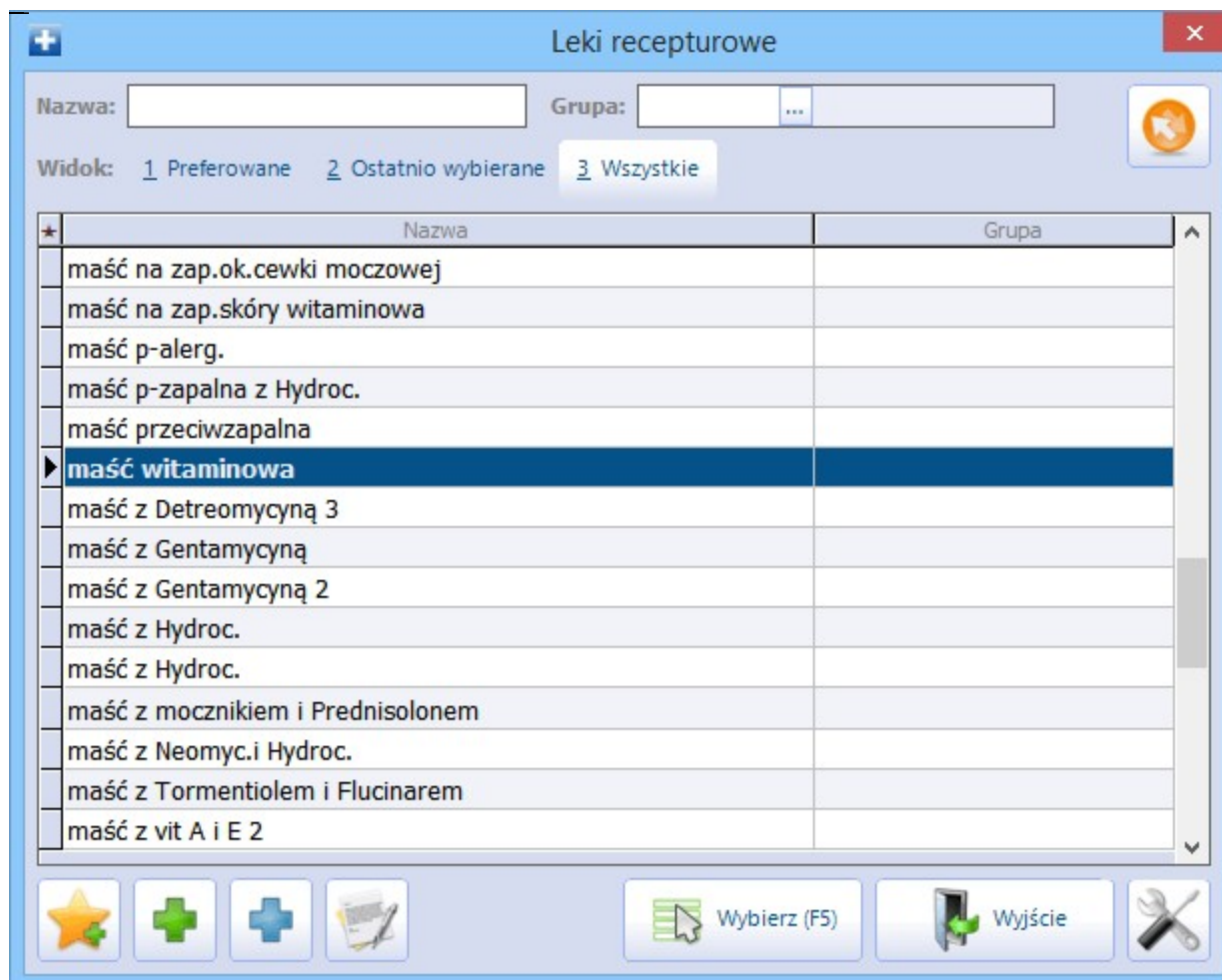
Ac. salicylici 0.4
3% ung. Ac. borici ad 200.0

Dawkowanie

x po

Niestandardowe:

Wszystkie dodane leki będą wyświetlane w słowniku leków recepturowych, który omówiono poniżej.



Opis przycisków znajdujących się w oknie *Leki recepturowe*:



Dodaj do preferowanych - dodaje do preferowanych lek zaznaczony na liście (kopiuje do folderu "Preferowane"). Ponadto będzie wyświetlany w głównym oknie leków recepturowych.



Dodaj pozycję do słownika - dodaje nowy lek do słownika. Otwarte zostanie okno *Lek recepturowy*, w celu uzupełnienia informacji dotyczących leku recepturowego.



Dodaj kopię leku - kopiuje skład leku zaznaczonego na liście. Opcja przydatna w przypadku tworzenia nowej pozycji o podobnym składzie. Przycisk ten jest nieaktywny dla leków zaczytanych do słownika wraz z aktualizacją bazy leków Pahrminindex.



Pokaż dane pozycji słownika - otwiera okno *Lek recepturowy* w celu edycji/modyfikacji danych leku recepturowego. Przycisk ten jest nieaktywny dla leków zaczytanych do słownika wraz z aktualizacją bazy leków Pahrminindex

W programie istnieje możliwość samodzielnego tworzenia słownika surowców farmaceutycznych. Aby dodać nową pozycję do słownika, należy w oknie *Lek recepturowy* wybrać przycisk **Dodaj surowiec**. Otwarte zostanie okno słownika *Surowce farmaceutyczne - wielowybór* zawierające listę ponad dwustu surowców zaproponowanych przez dostawcę oprogramowania. Aby dodać własną pozycję do słownika należy wybrać przycisk **Dodaj pozycję do słownika** i w oknie *Surowiec farmaceutyczny* wprowadzić nazwę surowca, zatwierdzić zmiany.

Surowce farmaceutyczne - wielowybór

Kod lub nazwa:

Tylko aktualne

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Nazwa
Absinthii herba
Acaciae gummi dispersione desiccatum
Acaciae gummi dispersione desiccatum
Acidum acetyl...
Acidum ascorb...
Acidum benzo...
Acidum boricu...
Acidum boricu...
Acidum boricu...
Acidum citricu...
Acidum lacticu...
Acidum salicylicu...
Acidum salicylicu...
Acidum tartaricu...
Adeps suillus
Aminophyllinu...
Ammoniae solutio...
Ammonii anisatus...

Surowiec farmaceutyczny

Nazwa surowca:

Czy aktualny

Zatwierdź Wyjście

Wybierz (F5) Wyjście

18.10.5 Historia leków

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Historia leków](#)

Po wybraniu formatki *Historia leków* użytkownik uzyska informację o wszystkich lekach, jakie kiedykolwiek były przepisywane danemu pacjentowi na receptę. W oknie prezentowane są informacje o nazwie leku, ostatniej przepisanej ilości, ostatniej wybranej odpłatności i dawkowaniu. Dodatkowo, w kolumnie prezentowana jest data ostatniej recepty, na której przepisano dany lek oraz dane personelu, który ją wystawił.

Nazwa	Ost. ilość	Ost. odpl.	Dst. dawkowa...	Data ost. recepty	Ost. personel
Aerius roztw. doustny ...	1 op. x but. 60 ml	100%		23-04-2019	Nowak Anna
Dicoflor krople krople ...	1 op. x but. 5 ml	100%		23-04-2019	Nowak Anna
Ibum zaw. doustna o s...	1 op. x but. 130 g	100%		23-04-2019	Nowak Anna

Aby przyspieszyć proces wyszukiwania leku, można skorzystać z pola "Szukaj". Po wpisaniu nazwy leku w omawianym polu, system automatycznie wyfiltruje na liście leki o tej nazwie.

Obok pola "Szukaj" dostępna jest lista rozwijalna umożliwiająca filtrowanie leków według sposobu ich pochodzenia i aktualności. Wyróżniamy następujące filtry:

- Wszystkie
- Wszystkie aktualne - wyświetlone zostaną leki, które są w aktualnej wersji słownika Pharmindex oraz wszystkie inne leki, które zostały dodane, a mają inne pochodzenie niż Pharmindex
- Własne
- Z bazy Pharmindex
- Aktualne z bazy Pharmindex - wyświetlone zostaną tylko i wyłącznie leki, które znajdują się w aktualnej wersji słownika Pharmindex.

W celu zawężenia wyników wyszukiwania można dodatkowo skorzystać z następujących filtrów:

- **Komórka org.** - nazwa komórki organizacyjnej, w której została wystawiona pacjentowi recepta.
- **Personel** - dane osoby personelu, która wystawiała pacjentowi receptę zawierającą dany lek.
- **Okres** - przedział czasu, z którego zostaną wyświetlone leki wystawione pacjentowi. Wartości możliwe do wyboru:
 - ostatni miesiąc
 - ostatnie 3 miesiące
 - ostatnie 6 miesięcy
 - ostatnie 12 miesięcy

Zaznaczenie checkboxa "Pielegniarka" w górnej części okna spowoduje wyświetlenie wyłącznie tych leków, do przepisania których posiada uprawnienia pielęgniarka i/lub położna.

Oprócz możliwości podejrzenia historii przepisywanych leków, użytkownik może wybrać dowolny lek z listy i dodać go na receptę. W tym celu, należy zaznaczyć lek na liście i skorzystać z przycisku **Przepisz**

zaznaczone lub wybrać go dwuklikiem. Aby przepisać na receptę większą ilość leków, należy zaznaczyć je na liście przytrzymując na klawiaturze przycisk CTRL. Leki wybrane w ten sposób zostaną przeniesione do kolejnego okna, służącego do przygotowania leku do wypisania.

Podczas pracy użytkownik może spotkać się z informacją o treści: "Wybrana konfiguracja systemu nie weryfikuje odpłatności leku z aktualną listą refundacyjną", wyświetlaną w dolnej części formatki. Wskazuje ona na włączenie parametru **Podpowiadaj odpłatność na podstawie ostatnio przepisanego leku** (obejmującego okna *Stale podawane leki*, *Historia leków*, *Historia recept*) w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Recepty](#).

18.10.6 Historia recept

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > Recepty > Historia recept](#)

Na formatce *Historia recept* prezentowane są dane wszystkich recept, jakie zostały wystawione pacjentowi. W górnym oknie wyświetlane są podstawowe dane recept tj. data wystawienia, numer recepty, komórka organizacyjna i personel. W kolumnie "Status" prezentowany jest status recepty w P1, wystawionej w sposób elektroniczny.

Z kolei w dolnym oknie wyświetlane są dane leków, które zostały przepisane na receptcie zaznaczonej w górnym oknie formatki.

Użytkownik za pomocą dostępnych filtrów może wyświetlić recepty wystawione przez konkretną osobę personelu, w danej komórce organizacyjnej i w zdanym okresie czasu (ostatni miesiąc, ostatnie 3/6/12 miesięcy).

Stale podawane leki Leki preferowane Baza leków Leki recepturowe Historia leków **Historia recept**

Komórka org: Personel: Okres:

Data recepty	Nr recepty	Komórka org.	Personel	Status
2016-09-15		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Wysłana z ostrzeżeniem
2016-09-15		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Wysłana z ostrzeżeniem
2016-02-18		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Wysłana z ostrzeżeniem
• 2016-02-18		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Wysłana z ostrzeżeni...
2016-02-18		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Błąd wysłania
2015-11-24		Poradnia Endokrynologiczna	Ewa	Wysłana z ostrzeżeniem
2015-08-17		Poradnia Endokrynologiczna	Ewa	Błąd wysłania
▷ 2015-08-17	02050000...	Poradnia Endokrynologiczna	k Ewa	
2014-08-26	020500000...	Poradnia Endokrynologiczna	Ewa	
2013-08-19	020500000...	Poradnia Endokrynologiczna	Ewa	

Nazwa	Opakowanie	Odpł.	Dawkowanie
Euthyrox N 112 tabl. 112 µg	50 szt.	R	1 x 1

Przepisz zaznaczone Wizualizacja e-Recepty Recepta pacjenta w P1

Leki, które zostały kiedyś wystawione pacjentowi, można ponownie przepisać na receptę wraz z zapamiętanym dawkowaniem. W tym celu należy zaznaczyć na liście receptę (lub kilka recept) zawierającą pożądaną lek i wybrać przycisk **Przepisz zaznaczone**.

Przycisk **Wizualizacja e-Recepty** umożliwia wydrukowanie wydruku informacyjnego, przekazywanego pacjentowi w celu realizacji e-Recepty w aptece. Przycisk aktywny wyłącznie dla recept, które zostały wystawione w sposób elektroniczny.

Przycisk [Recepta pacjenta w P1](#) służy do podglądu szczegółowych danych o lekach wystawionych na receptcie elektronicznej podświetlonej na liście.

18.11 Zwolnienia lekarskie eZLA

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Zwolnienia](#)

Wybranie w głównym panelu ikony **Zwolnienia** umożliwia uzupełnienie danych zwolnienia lekarskiego oraz przekazanie ich do PUE ZUS. Funkcja jest dostępna w następujących wersjach programu mMedica: Standard, Standard+, Komercja, Komercja+.

Do wystawienia eZLA niezbędne jest posiadanie:

- certyfikatu ZUS, profilu ePUAP lub kwalifikowanego podpisu elektronicznego (w celu autoryzacji dokumentów),
- aktywnego profilu lekarza na PUE ZUS,
- aktywnego połączenia z Internetem.

Główne funkcje potrzebne od wystawienia eZLA są dostępne w module Gabinet bezpłatnie. Dodatkowe funkcje związane np. z wystawianiem zwolnień w trybie alternatywnym, w przypadku braku połączenia z platformą ZUS, dostępne są już w module dodatkowym **eZLA+**.


Szczegółowe informacje o funkcjonalności znajdują się w [instrukcji obsługi eZLA+](#).

18.12 Leczenie bólu

W wersji 9.8.0 aplikacji mMedica w ramach wersji mMedica Plus (+) oraz w ramach modułu "Gabinet Lekarza Specjalisty" została udostępniona możliwość ewidencji danych dotyczących leczenia bólu u pacjenta oraz wyświetlenia ich prezentacji w formie wykresu. Czynności tych dokonuje się po wyborze ikony **Leczenie bólu**, znajdującej się w panelu głównym okna wizyty.

Uwaga! Aby funkcjonalność była dostępna w wersjach bez opcji Plus (+), świadczeniodawca musi posiadać w swojej licencji dodatkowy moduł "Gabinet Lekarza Specjalisty". W celu jego aktywacji należy w Konfiguratorze ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)), w sekcji: [System](#) > [Moduły dodatkowe](#), włączyć parametr: **Gabinety specjalistyczne**.

18.12.1 Utworzenie karty leczenia bólu

Aby utworzyć kartę leczenia bólu, należy, po wyborze dedykowanej ikony, wybrać przycisk  **Utwórz kartę**, zamieszczony po prawej stronie okna.

Okno zostało podzielone na dwie zakładki - **Karta leczenia bólu** oraz **Podsumowanie leczenia**.

Na zakładce **Karta leczenia bólu** dokonuje się ewidencji danych. W widocznym po lewej stronie oknie **Wizyty** (zaznaczonym na powyższym zdjęciu) prezentowane są daty wizyt dopisanych do karty. W celu wyświetlenia poglądu danych karty wprowadzonych na konkretnej wizycie należy podświetlić jej datę, klikając w nią lewym przyciskiem myszy.

W przypadku wizyty początkowej, na której utworzono kartę i na której dokonywana jest ocena bólu pacjenta, dane uzupełniane są w następujących sekcjach:

- **Ocena skali bólu**



Dostępne są 3 skale służące do oceny natężenia bólu: Skala numeryczna (NRS), Skala obrazkowa (FPS), Skala słowna (VRS) (w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia za dnia 26 stycznia 2024 r. w wersji 10.3.0 programu została usunięta skala wzrokowo - analogowa (VAS)). Istnieje możliwość zastosowania tylko jednej z nich. Jeżeli zostanie uzupełniony najpierw jeden rodzaj skali, a później drugi, dane tego pierwszego zostaną wyczyszczone.

Przy uzupełnianiu skali numerycznej (NRS) istnieje możliwość wprowadzenia wartości od 0 do 10.

W sekcji dostępne jest również pole tekstowe umożliwiające zamieszczenie dodatkowego opisu.

- **Dotychczasowe stosowanie leków przeciwbólowych**




W celu wprowadzenia informacji o leku należy wybrać przycisk  i w nowo aktywowanym wierszu wpisać odpowiedni tekst w kolumnie "Nazwa" oraz uzupełnić dawkowanie, wpisując je lub wybierając odpowiednie z listy rozwijalnej w kolumnie "Dawkowanie". Aby dodać pozycję do listy rozwijalnej, należy wybrać dostępny w polu przycisk  i w oknie, które się wyświetli, zamieścić w nowej linii stosowny opis.

Poniżej znajdują się pola służące do oznaczenia skuteczności stosowanych leków ("Czy stosowane leki zmniejszają ból" - **TAK/NIE**).

- **Badanie przedmiotowe / Ocena zaburzeń czucia**

Sekcje zawierają pola opisowe z dostępnym słownikiem tekstów standardowych.

- **Umiejscowienie bólu**

Pole "Umiejscowienie bólu" zawiera listę wyboru, której zawartość definiują użytkownicy, poprzez wybór przycisku  i zamieszczenie stosownego tekstu w nowej linii wyświetlonego okna.


- **Wpływ bólu na**

Poprzez zaznaczenie odpowiednich pól wskazuje się, jaki jest wpływ bólu na nastrój, sen, codzienne funkcjonowanie oraz pracę zawodową pacjenta.


- **Charakter bólu**

Należy zaznaczyć odpowiednie pole w celu określenia charakteru bólu.

- **Rozpoznanie zespołu bólowego**

Podpowiadane są rozpoznania z wizyty. Aby dodać nową pozycję, należy nacisnąć  i wybrać odpowiedni kod ze słownika rozpoznań, który się wyświetli.

- **Farmakoterapia**

W dostępnym polu opisowym należy zamieścić odpowiedni tekst. Istnieje również możliwość skopiowania informacji z recept wystawionych podczas wizyty. Służy do tego przycisk , zamieszczony po prawej stronie pola.


- **Zalecenia terapeutyczne, inne metody leczenia**


Użytkownik ma możliwość zamieszczenia opisu zaleceń terapeutycznych oraz innych metod leczenia.


Do wydruku "Karty oceny natężenia bólu" (z zaewidencjonowanymi danymi) służy przycisk **Drukuj**, zamieszczony na dole ekranu.

18.12.2 Kolejna wizyta pacjenta - kontrola bólu

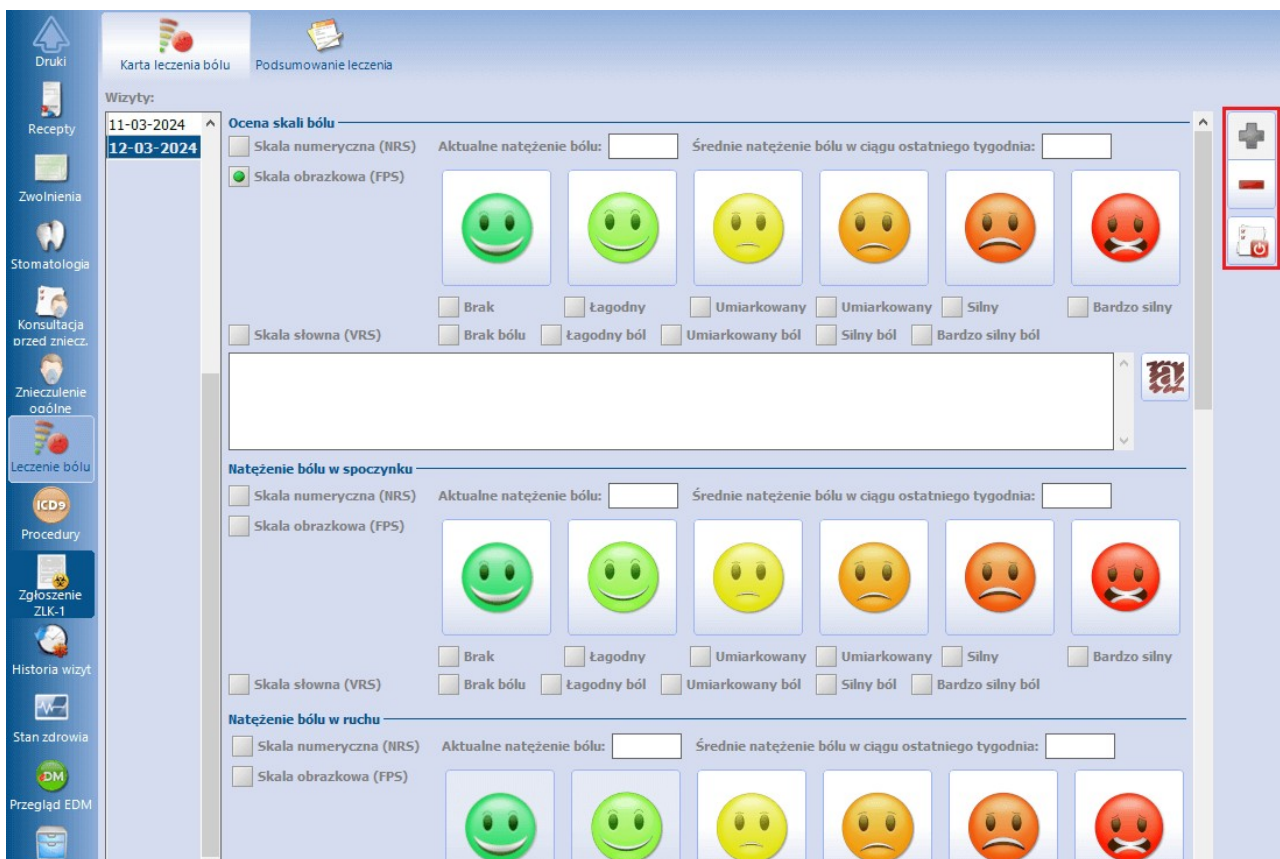
Jeżeli dla pacjenta utworzono kartę leczenia bólu i jest ona aktywna (niezamknięta), to po otwarciu kolejnej wizyty tego pacjenta i przejściu na zakładkę **Karta leczenia bólu** wyświetli się podgląd danych karty wprowadzonych na jego wcześniejszej wizycie. Będzie również możliwość dodania bieżącej wizyty do karty.

W tym celu należy wybrać przycisk  **Dodaj bieżącą wizytę do karty**, zamieszczony po prawej stronie okna (w miejscu zaznaczonym na poniższym zdjęciu).

We wspomnianym miejscu dostępny jest również przycisk , służący do usunięcia bieżącej wizyty z karty,

oraz przycisk , który zamyka kartę. Po zamknięciu karty czerwone oznaczenie przycisku zmieni kolor na zielony i od tego momentu przycisk ten będzie umożliwiał otwarcie karty do edycji.

Po dodaniu wizyty do karty w oknie wyświetlą się pola umożliwiające ewidencję danych kontroli bólu u pacjenta. W celu oznaczenia stopnia natężenia bólu użytkownik może posłużyć się jedną z trzech skal, o których jest mowa w rozdziale [Utworzenie karty leczenia bólu](#).



Ewidencji dokonuje się w następujących sekcjach:

- **Ocena skali bólu**

W związku z tym, że zalecana jest kontynuacja pomiarów z użyciem wcześniej zastosowanej skali, zaznaczony będzie domyślnie rodzaj skali użytej na poprzedniej wizycie. W przypadku wskazania innej skali wyświetli się odpowiednia informacja.

- **Natężenie bólu w spoczynku / Natężenie bólu w ruchu**

Za pomocą wybranej skali wprowadza się oznaczenie stopnia natężenia bólu w spoczynku oraz w ruchu. Jeżeli zostanie użyta skala inna niż ta, którą zastosowano przy głównej ocenie bólu (w sekcji Ocena skali bólu), wyświetli się stosowne ostrzeżenie.

- **Kontrola bólu między dawkami leku przeciwbólowego**

Użytkownik zaznacza odpowiednie pole - **TAK** lub **NIE**.

- **Ocena ulgi w bólu po zastosowaniu leczenia przeciwbólowego / Ocena satysfakcji z zastosowanego leczenia**

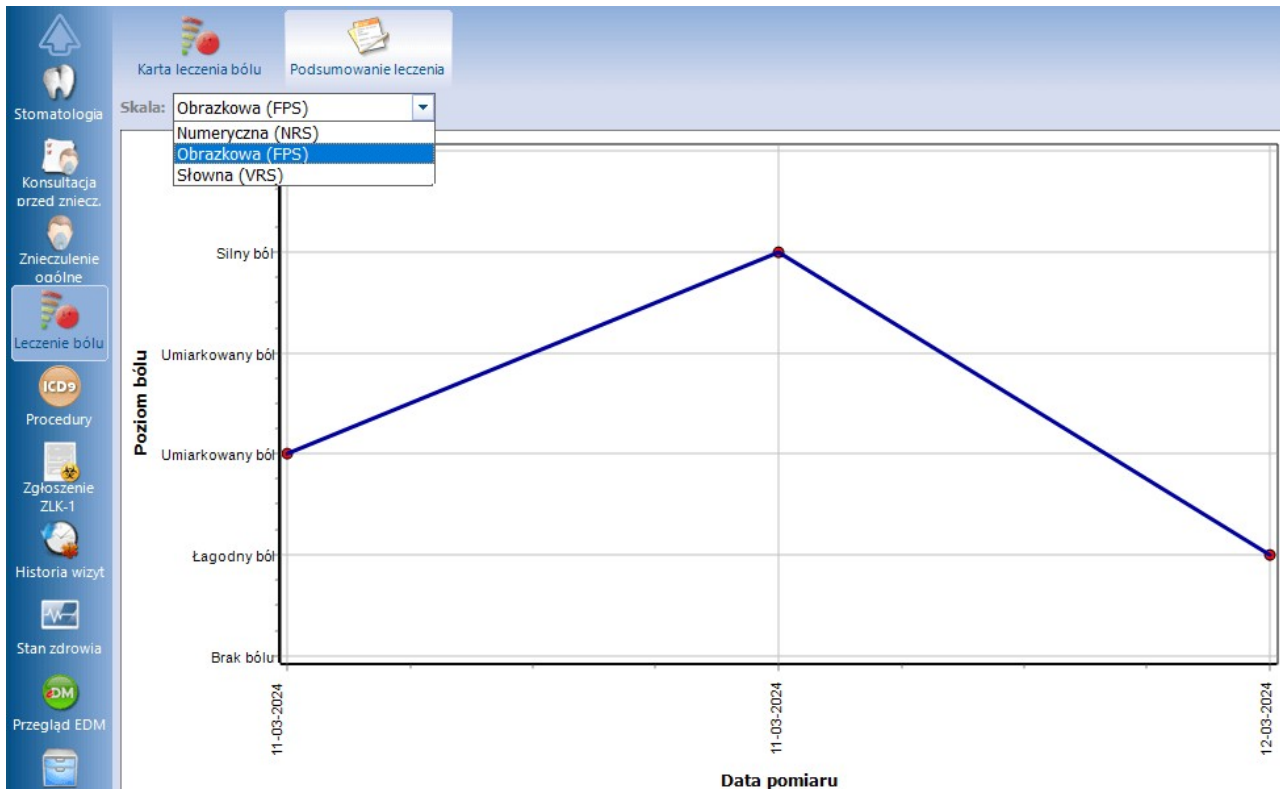
Należy zaznaczyć pole zgodne z wynikiem oceny.

Aby po uzupełnieniu danych wydrukować "Kartę bólu", należy wybrać przycisk **Drukuj**, dostępny na dole ekranu.

18.12.3 Podsumowanie leczenia

Na zakładce **Podsumowanie leczenia** istnieje możliwość wyświetlenia prezentacji, w formie wykresu, danych głównej oceny bólu wprowadzonych z wykorzystaniem konkretnej skali w sekcji Ocena skali bólu na wizytach powiązanych z kartą. W tym celu w polu "Skala" należy wybrać odpowiednią pozycję.

Na poniższym przykładzie widoczny jest wykres utworzony na podstawie ocen dokonanych przy użyciu skali obrazkowej (FPS).



W przypadku wyboru skali, której nie zastosowano na żadnej wizycie, pojawi się informacja o braku danych do wyświetlenia.

18.13 Okulistyka

W ramach wizyty realizowanej w Gabinetcie istnieje możliwość ewidencji danych z zakresu okulistyki. Dokonuje się jej po wyborze ikony **Okulistyka**, znajdującej się w panelu głównym okna wizyty.

Funkcjonalność jest dostępna, jeżeli spełnione są równocześnie następujące warunki:

1. Świadczeniodawca posiada wersję **Standard+** lub **Komercja+** aplikacji mMedica.
2. Świadczeniodawca posiada moduł **Gabinet Lekarza Specjalisty**.
3. Wizyta realizowana jest w komórce organizacyjnej o kodzie resortowym cz. VIII równym **1600** lub **1601**.


Okno *Okulistyka* zostało podzielone na trzy zakładki:

- [Badania okulistyczne](#)
- [Recepta okularowa](#)
- [Historia badań](#)

Zaewidencjonowane dane prezentowane będą na wydruku podsumowania wizyty oraz w *Historii wizyt*.

18.13.1 Badania okulistyczne

Na zakładce **Badania okulistyczne** dostępne są pola umożliwiające ewidencję danych przeprowadzonych badań okulistycznych.


W sekcjach Badanie wzroku oraz Visus w korekcji soczewkami widoczny jest przycisk  **Przenieś na receptę okularową**, który uaktywnia się po uzupełnieniu danych. Jego wybór powoduje skopiowanie wprowadzonych wartości do odpowiednich pól znajdujących się na zakładce **Recepta okularowa**.

W wersji 10.3.0 aplikacji mMedica w sekcji Badanie wzroku dodano kolumnę "Baza".

Ewidencja danych dotyczących refraktometrii dokonywana jest, odrębnie dla oka prawego i lewego, w dedykowanych tabelach. Zawierają one odpowiednie kolumny, w których uzupełnia się wartości wyników przeprowadzonego badania. Aby utworzyć kolejny wiersz do wprowadzenia danych, należy wybrać przycisk




, znajdujący się po prawej stronie tabeli. Można utworzyć maksymalnie 8 wierszy.

Usunięcia zaznaczonego rekordu dokonuje się przyciskiem .

Na dole tabel dla każdej z pierwszych trzech kolumn ("Sfera", "Cylinder", "Oś") wyświetlana jest wartość mediany, wyznaczonej z wszystkich wartości wprowadzonych w kolumnie.

Do uzupełnienia danych keratometrii służy sekcja Keratometria. W odpowiednich kolumnach dostępnej tabeli wprowadza się wyniki pomiarów dla oka prawego i oka lewego. Do tworzenia kolejnych rekordów


służy przycisk .

Na dole tabeli dla każdej kolumny wyliczana jest średnia z wprowadzonych w niej wartości.

Ewidencja danych na formatce obejmuje także badania takie jak: Badanie w lampie szczelinowej, Pachymetria (CCT), Tonus (napięcie), Rozpoznawanie barw, Skiaskopia, Perymetria, OCT, Test Amslera, Test Schirmera.


W sekcji OCT istnieje możliwość dodawania załączników. Prawe pole sekcji umożliwia wprowadzenie opisu osobno dla każdego dodanego załącznika.

W dolnej części formatki znajdują się sekcje dotyczące badania odcinka przedniego (sekcja Odcinek przedni) oraz badania dna oka (sekcja Dno oka).

Dla poszczególnych pozycji (elementów badania) należy zaznaczyć właściwe pole/pola, zgodnie z wynikiem przeprowadzanej diagnostyki. W polu "Uwagi" można wprowadzić odpowiedni opis lub wybrać gotową pozycję z listy rozwijalnej. W celu dodania do listy dodatkowego opisu należy wybrać przycisk  i w oknie, które się wyświetli, zamieścić go w nowej linii.

Aby dane badania oka prawego były podczas ewidencji automatycznie przenoszone do części dotyczącej oka lewego, należy w pierwszej kolejności włączyć parametr "**Przenieś automatycznie dla oka lewego**".



Wybór przycisku  **Wszystkie prawidłowe** powoduje zaznaczenie wszystkich pozycji jako prawidłowych dla oka prawego, a w przypadku zaznaczenia wyżej wspomnianego parametru - również dla oka lewego.

18.13.2 Recepta okularowa

Na zakładce **Recepta okularowa** uzupełniane są dane recepty na okulary oraz recepty na soczewki kontaktowe.

Wprowadzone dane recepty okularowej zostaną automatycznie skopiowane do okna zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne ([Skierowania > zakładka Zaopatrzenie rehab.](#)), do odpowiednich pól w sekcji [Soczewki okularowe](#), o ile nie zostały uzupełnione tego rodzaju dane w oknie [Soczewki okularowe/ Diagnozy psychologiczne/ Zaawansowanie choroby nowotworowej](#) - dane tam uzupełnione mają priorytet przy kopiowaniu.

Wybór zamieszczonego na dole ekranu przycisku **Drukuj receptę** umożliwi wydruk recepty okularowej. W celu wydruku recepty na soczewki kontaktowe należy rozwinąć wspomniany przycisk i wybrać pozycję **Soczewki kontaktowe**.

18.13.3 Historia badań

Na zakładce **Historia badań** dla każdej wizyty z przeprowadzonymi badaniami okulistycznymi, która była realizowana pacjentowi, prezentowane są wyniki badania wzroku, wyświetlane w tabeli przedstawionej na poniższym zdjęciu.

Wizyta: dnia 01-03-2023 od 10:01 do 10:16
Komórka org.: Poradnia
Realizujący: Nowak Jan; Lekarz; NPWZ:

Wynik badania wzroku

		Korekcja				Tonus	Perymetria	Pachymetria
		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma			
OP	Dal							
	Bliz							
OL	Dal							
	Bliz							
Obuoczne								

Wartości wyników widoczne będą w odpowiednich polach tabeli, odnoszących się do konkretnych badań. Nad każdą tabelą wyświetlane są ogólne informacje dotyczące wizyty, takie jak: data wizyty, komórka organizacyjna, lekarz realizujący.

W prawym górnym rogu ekranu znajdują się przyciski umożliwiające wydruk historii badań lub zapisanie jej do pliku pdf.

18.14 Diabetologia

Od wersji 10.7.0 aplikacji mMedica w ramach wizyty realizowanej w Gabinetcie istnieje możliwość ewidencji danych z zakresu diabetologii. Dokonuje się jej po wyborze ikony **Diabetologia**, znajdującej się w panelu głównym okna wizyty.

Funkcjonalność jest dostępna, jeżeli spełnione są równocześnie następujące warunki:

1. Świadczeniodawca posiada wersję **Standard+** lub **Komercja+** aplikacji mMedica.
2. Świadczeniodawca posiada moduł **Gabinet Lekarza Specjalisty**.
3. Wizyta realizowana jest w komórce organizacyjnej o kodzie resortowym cz. VIII równym **1020**, **1021** lub **1027**.

Na formatce w dedykowanych polach możliwe jest uzupełnienie danych dotyczących choroby i świadomości pacjenta, obecności przewlekłych powikłań cukrzycy, pomiarów glikemii, a także wprowadzenie zaleceń oraz podsumowania (zdz. poniżej).

↑

Stomatologia

Konsultacja przed zniecz.

Znieczulenie ogólne

Leczenie bólu

Diabetologia

ICD9

Procedury

Historia wizyt

Stan zdrowia

DM

Przebieg DM

Dok. archiw.

↓

Informacje dotyczące choroby i świadomości pacjenta

Typ cukrzycy: Typu 1 Typu 2 Ciężowa Inna

Wiedza pacjenta dotycząca jego choroby, leczenia i powikłań: Wysoka Dostateczna Niedostateczna

Umiejętność kontrolowania glikemii: Dobra Akceptowalna Niska

Świadomość hipoglikemii, umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania: Dobra Niedostateczna

Występowanie objawów prodromalnych hipoglikemii: Tak Nie

Ryzyko hipoglikemii: Niskie Akceptowalne Wysokie

Obecność przewlekłych powikłań cukrzycy

Narząd wzroku: Retinopatia cukrzycowa Makulopatia cukrzycowa Katarakta Jaskra

Układ nerwowy: Neuropatia obwodowa Neuropatia autonomiczna Neuropatia ruchowa Mononeuropatie

Układ sercowo-naczyniowy: Choroba wieńcowa Choroba naczyń obwodowych Choroba naczyń mózgowych

Niewydolność serca Choroba nerek Nefropatia cukrzycowa

Pomiary glikemii

Jednostka:

Na czczo: Przed obiadem: Przed kolacją: Doraźnie lub w nocy 1:00-3:30:

Po śniadaniu: Po obiedzie: Po kolacji:

Inne zalecenia

Podsumowanie (przewlekłe powikłania cukrzycowe, ocena zdolności prowadzenia pojazdu)

Zalecenia

Konieczność wizyty w poradni dietetycznej Ograniczenie / zaprzestanie palenia Regularna aktywność fizyczna Wykonanie badań zgodnie z wydanymi zleceniami

Dokumenty medyczne

Dane podstawowe

Zalecenia

EDM

Autoryzuj

Umów następną

18.15 Historia wizyt

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Historia wizyt](#)

Po wybraniu formatki *Historia wizyt* użytkownik uzyska dostęp do historii wszystkich wizyt pacjenta, zaewidencjonowanych w aplikacji mMedica.

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

Realizujący: [] Komórka org.: []

Zakład lecz.: [] Płatnik: [] Kod świadc.: []

Przychodnia Data wydruku: 23-04-2024

Historia wizyt

Kowalski Jan (M) **PESEL:**
Data urodzenia: **Ubezpieczyciel:**
Adres:

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

Wizyta: dnia 23-04-2024 od 12:25 do 12:40
Komórka org.: Poradnia
Realizujący: Nowak Jan; Lekarz; NPWZ:

Wizyta: dnia 23-04-2024 od 11:44 do 11:59
Komórka org.: Poradnia
Realizujący: Nowak Jan; Lekarz; NPWZ:

Rozpoznanie:
 • R49.1 - Afonia

Procedury:
 23.0103 - Porada lekarska

Dokumenty medyczne | Dane podstawowe | Zalecenia | Drukuj historię | EDM | Autoryzuj | Umów następną

Z uwagi na zróżnicowane wymagania użytkowników dodano filtr w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet](#) > [Historia wizyt](#), który określa sposób wyświetlania historii.


Są dwie możliwości definicji wyświetlanych zakresów danych:

- Od najnowszej do najstarszej (wizyty zaewidencjonowanej w systemie). W tym przypadku należy podać liczbę dni, jak ma być wyświetlana, np. 360 dni, jeśli istotny jest dla lekarza okres leczenia w roku albo 90 dni, jeśli ważne są wizyty z ostatnich 3 miesięcy, itp.
- Od najstarszej do najnowszej.

Oczywiście, niezależnie od ustawień domyślnych, w wizycie można zmienić datę i przeglądać całą historię pacjenta według zadanych warunków. Ponadto w Konfiguratorze można zdefiniować domyślną drukarkę dla wydruku historii wizyt.

W aplikacji mMedica wprowadzono kolorowanie na zielono wizyt komercyjnych, w celu ich rozróżnienia.

Za pomocą filtrów znajdujących się w górnym panelu można wyszukiwać wizyty według dat, realizującego, komórki organizacyjnej i płatnika - komercyjny/prywatny i NFZ. W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica dodano filtr umożliwiający wyszukiwanie po kodzie świadczenia.

Użytkownicy posiadający program w wersji PLUS (+) mogą zawęzić zakres wyświetlanych danych. W tym celu należy wybrać przycisk  i na rozwiniętej liście zaznaczyć checkbox'y przy tych danych, które mają

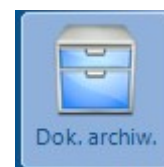
zostać wyświetlone (np. badania fizykalne, pozycje rozliczeniowe, recepty). Następnie po zamknięciu okna definicji wybrać przycisk **Odśwież**.

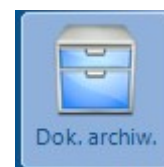
Historię wizyt można wydrukować (przycisk **Drukuj historię**) lub zapisać do pliku w formacie PDF (przycisk

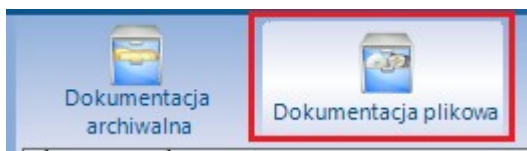


18.16 Archiwum

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Dok. archiw.](#)



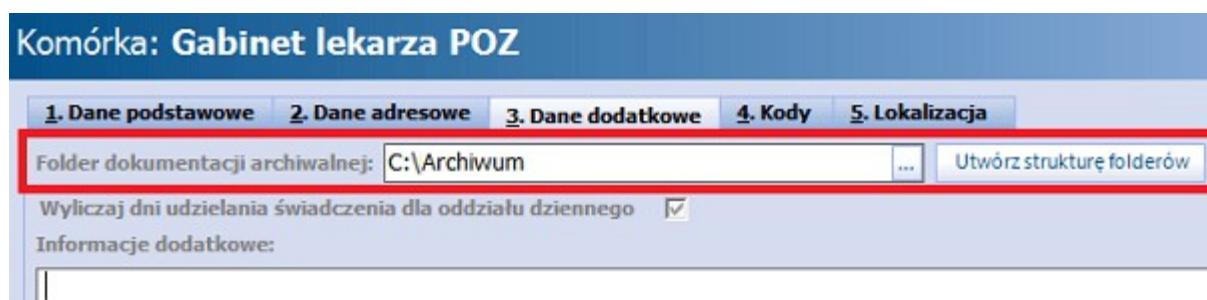
W wersji 8.3.0 w oknie dokumentacji archiwalnej, dostępnym po wyborze ikony , został wprowadzony podział na dwie zakładki:



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, 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.

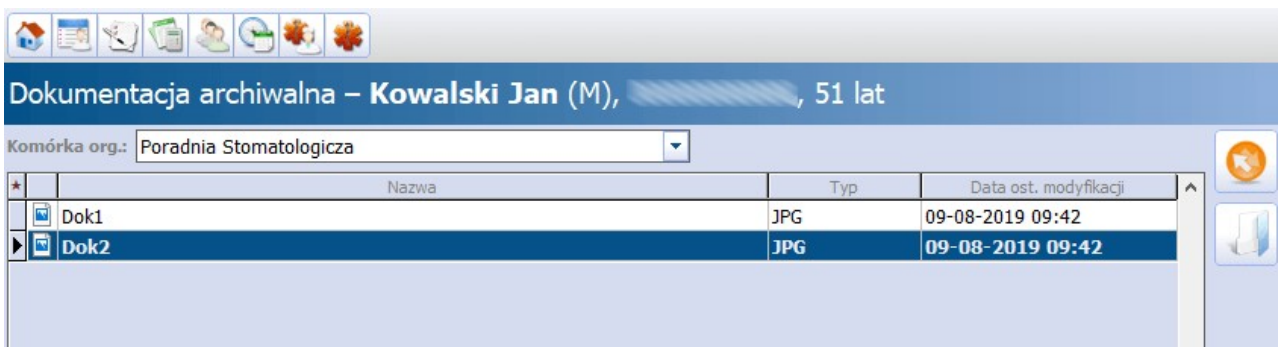
Zostanie utworzony folder nadrzędny oraz foldery podrzędne na archiwalną dokumentację każdego pacjenta. Kontynuować?

Tak Nie

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.



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 .

18.17 Ankieta kwalifikacji wstępnej

W aplikacji mMedica istnieje możliwość uzupełnienia ankiety kwalifikacji wstępnej dotyczącej Covid-19, zgodnej ze wzorem opublikowanym na stronie www.gov.pl.

Program umożliwia uzupełnienie powyższej ankiety z poziomu:

- [rejestracji](#) pacjenta na wizytę,
- wizyty otwartej w *Gabinecie*,
- hospitalizacji otwartej w module "Hospitalizacje".

Istnieje możliwość włączenia powiadamiania o braku wypełnionej ankiety kwalifikacji wstępnej. Służy do tego parametr "**Wyświetlaj informację o braku ankiety kwalifikacji wstępnej**", dostępny w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), w pozycji: [Terminarz > Podstawowe](#). Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica parametr ten jest domyślnie wyłączony.

Jeżeli powyższy parametr będzie aktywny, w przypadku braku uzupełnionej ankiety przy dokonywaniu rejestracji pojawi się komunikat:

Nie uzupełniono ankiety wstępnej kwalifikacji.
Czy chcesz ją teraz dodać ?

Tak Nie

Wybór przycisku **Tak** spowoduje wyświetlenie okna ankiety:

Ankieta wstępnej kwalifikacji – Kowalski Jan ✕

Data:

Telefon kom.: E-mail:

Pacjent / dziecko / podopieczny / któryś z domowników przebywał w okresie ostatnich 14 dni za granicą w rejonach transmisji koronawirusa:

Tak Nie

Pacjent miał w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2:

Tak Nie

Pacjent w okresie ostatnich 14 dni miał kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa:

Tak Nie

Pacjent / dziecko / podopieczny / któryś z domowników jest objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna):

Tak Nie

Obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały poniższe objawy u kogoś z domowników:

Tak Nie

Objawy pacjenta:


Gorączka Kaszel Katar Wysypka Bóle mięśni Bóle gardła

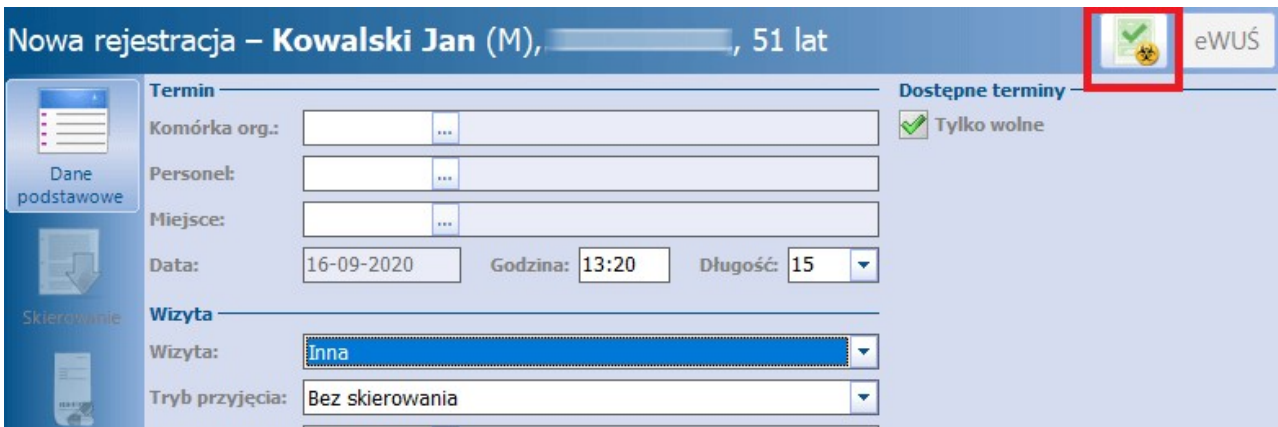
Inne

W polu "Telefon kom." oraz "E-mail" podpowiedzą się dane kontaktowe pacjenta uzupełnione w *Kartotece pacjentów*. Edycja numeru telefonu pacjenta lub adresu e-mail w oknie ankiety powoduje ich uaktualnienie na zakładce "**2.Adres**" w danych pacjenta w *Kartotece pacjentów*.

W oknie ankiety dostępny jest przycisk **Drukuj**, umożliwiający jej wydruk.

Uwaga! W ramach włączonego powiadamiania podczas otwierania wizyty w *Gabiniecie* program wyświetli jedynie informację o braku wypełnionej ankiety. Na tym etapie w celu jej wypełnienia należy po przejściu do okna wizyty wybrać odpowiedni przycisk, zgodnie z dalszym opisem. Podobny mechanizm został wprowadzony w module "Hospitalizacje". W przypadku hospitalizacji informacja o braku wypełnionej ankiety wyświetla się przy potwierdzeniu przyjęcia.

Po zatwierdzeniu uzupełnionej ankiety, w celu jej podglądu lub modyfikacji, należy wybrać przycisk  zamieszczony w prawym górnym rogu okna rejestracji lub otwartej w *Gabinecie* wizyty (zdjęcia poniżej).



Nowa rejestracja – Kowalski Jan (M), _____, 51 lat

Termin: _____ Dostępne terminy: Tylko wolne

Komórka org.: _____

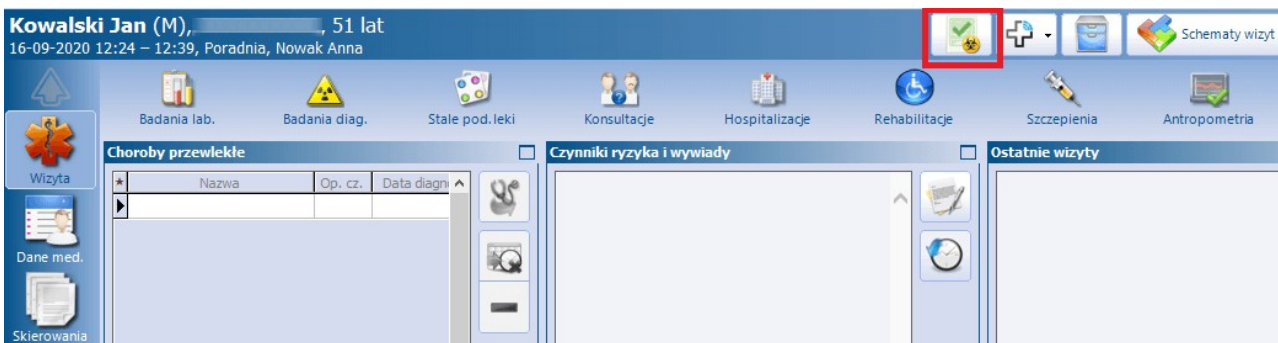
Personel: _____

Miejsce: _____

Data: 16-09-2020 Godzina: 13:20 Długość: 15

Wizyta: Inna


Tryb przyjęcia: Bez skierowania



Kowalski Jan (M), _____, 51 lat
16-09-2020 12:24 – 12:39, Poradnia, Nowak Anna

Badania lab. Badania diag. Stale pod. leki Konsultacje Hospitalizacje Rehabilitacje Szczepienia Antropometria

Choroby przewlekłe Czynniki ryzyka i wywiady Ostatnie wizyty

W przypadku wprowadzania danych rejestracji lub wizyty bez uprzedniego wypełnienia ankiety kwalifikacji wstępnej, powyższy przycisk będzie prezentował się następująco: . Jego wybór umożliwi uzupełnienie ankiety na tym etapie ewidencji.

W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Terminarz > Podstawowe](#), dostępny jest parametr **"Wymagaj wypełnienia ankiety kwalifikacji wstępnej w rejestracji"**. Po jego aktywacji każdorazowo przy zatwierdzaniu rejestracji bez uzupełnionej ankiety kwalifikacji wstępnej będzie się wyświetlał komunikat:

Brak zaewidencjonowania ankiety kwalifikacji wstępnej.

OK

Zatwierdzenie danych w takim wypadku będzie możliwe dopiero po uzupełnieniu ankiety.

Podgląd wszystkich wprowadzonych do systemu ankiet jest dostępny po przejściu do: [Ewidencja > Specjalne > Przegląd ankiet kwalifikacji wstępnej](#).

Okno to daje możliwość filtrowania ankiet według dostępnych kryteriów, przeglądania ich danych, a także ich wydruku i usuwania.

Wyszukiwanie zaawansowane

Data od - do:

Pacjent:
 ...

Tylko aktualne

Szukaj szczegółowo

- Przebywanie w rejonach transmisji koronawirusa
- Kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie
- Kontakt z osobą przebywającą w rejonach transmisji koronawirusa
- Domownik w kwarantannie
- Objawy u domownika
- Gorączka
- Kaszel
- Uczucie duszności
- Katar
- Wysypka
- Bóle mięśni
- Bóle gardła
- Inne objawy

*

Przegląd ankiet kwalifikacji wstępnej

Data	Pacjent	PESEL	Telefon	E-mail
▶ 16-09-2020	Kowalski Jan			

Dane ankiety kwalifikacji wstępnej: Kowalski Jan

Pacjent / dziecko / podopieczny / któryś z domowników przebywał w okresie ostatnich 14 dni za granicą w rejonach transmisji koronawirusa:

Tak Nie

Pacjent miał w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2:

Tak Nie

Pacjent w okresie ostatnich 14 dni miał kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa:

Tak Nie

Pacjent / dziecko / podopieczny / któryś z domowników jest objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna):

Tak Nie

Obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały poniższe objawy u kogoś z domowników:

Tak Nie

Objawy pacjenta:

Gorączka Kaszel Katar Wysypka Bóle mięśni Bóle gardła

Inne

Informacja o przeprowadzeniu ankiety kwalifikacji wstępnej Covid-19 wyświetli się w historii wizyt pacjenta oraz na podsumowaniu wizyty.

18.18 Kwestionariusz przed szczepieniem przeciw COVID-19

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wypełnienia i wydruku kwestionariusza wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem przeciw COVID-19.

Dostępne są trzy rodzaje tego dokumentu: dla osoby dorosłej, dla osoby małoletniej w wieku 12-17 lat oraz dla dziecka w wieku 5-11 lat. Poniższe zdjęcie prezentuje formularz dla osoby dorosłej.

Druk formularza

Podgląd (F8) **Drukuj** Ustawienia strony Generuj (F5)

Opis: Kwestionariusz przed szczepieniem COVID-19

Przychodnia

Imię i nazwisko pacjenta: Jan Kowalski

PESEL lub seria i nr paszportu: [redacted]

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19
Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt. 3-5)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
7.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty?		

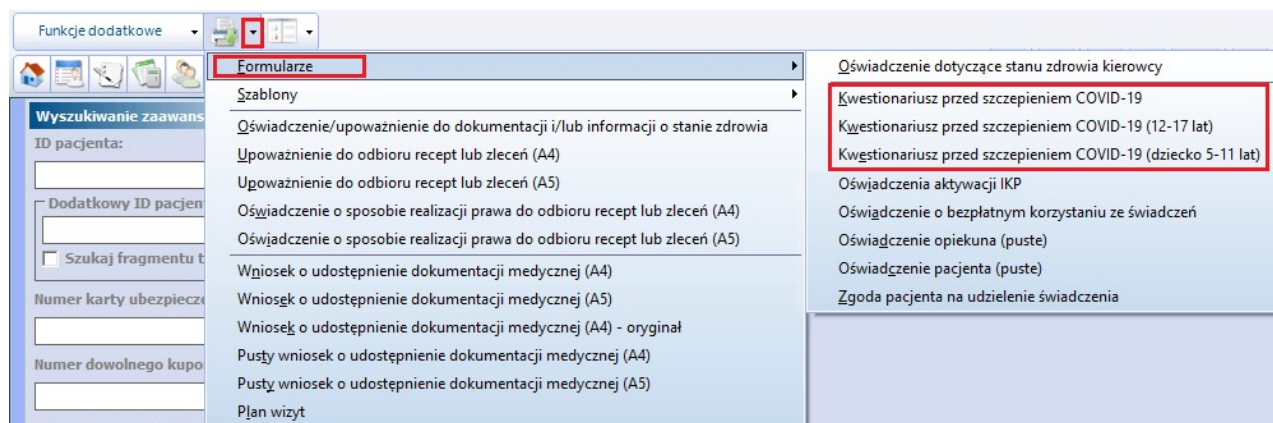
Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			

Formularz kwestionariusza dostępny jest z poziomu **Kartoteki pacjentów** (po zaznaczeniu na liście pacjenta), **Terminarza** (po zaznaczeniu rezerwacji/rejestracji) oraz **Gabinetu**, po zaznaczeniu pozycji pacjenta na *Liście pacjentów do Gabinetu*.

Aby do niego przejść, należy rozwinąć ikonę drukarki (zamieszczoną u góry ekranu) i wybrać opcję **Formularze**, a następnie pozycję: **"Kwestionariusz przed szczepieniem COVID-19"**, **"Kwestionariusz przed szczepieniem COVID-19 (12-17 lat)"** lub **"Kwestionariusz przed szczepieniem COVID-19 (dziecko 5-11 lat)"**, w zależności od wieku pacjenta.



W wyniku powyższej czynności wyświetli się okno wyboru komórki organizacyjnej. Po wskazaniu odpowiedniej uruchomiony zostanie formularz kwestionariusza, w którym za pomocą kliknięcia lewym przyciskiem myszy przy poszczególnych pytaniach należy wprowadzić zaznaczenie "X" w odpowiedniej kolumnie: **Tak**, **Nie** lub **Nie wiem**.

Kwestionariusz osoby niepełnoletniej będzie zawierał dodatkowe pola dotyczące danych opiekuna ustawowego. Wypełnią się one automatycznie na podstawie informacji z zakładki **4. Opiekun** z danych pacjenta, jeżeli została ona uzupełniona.

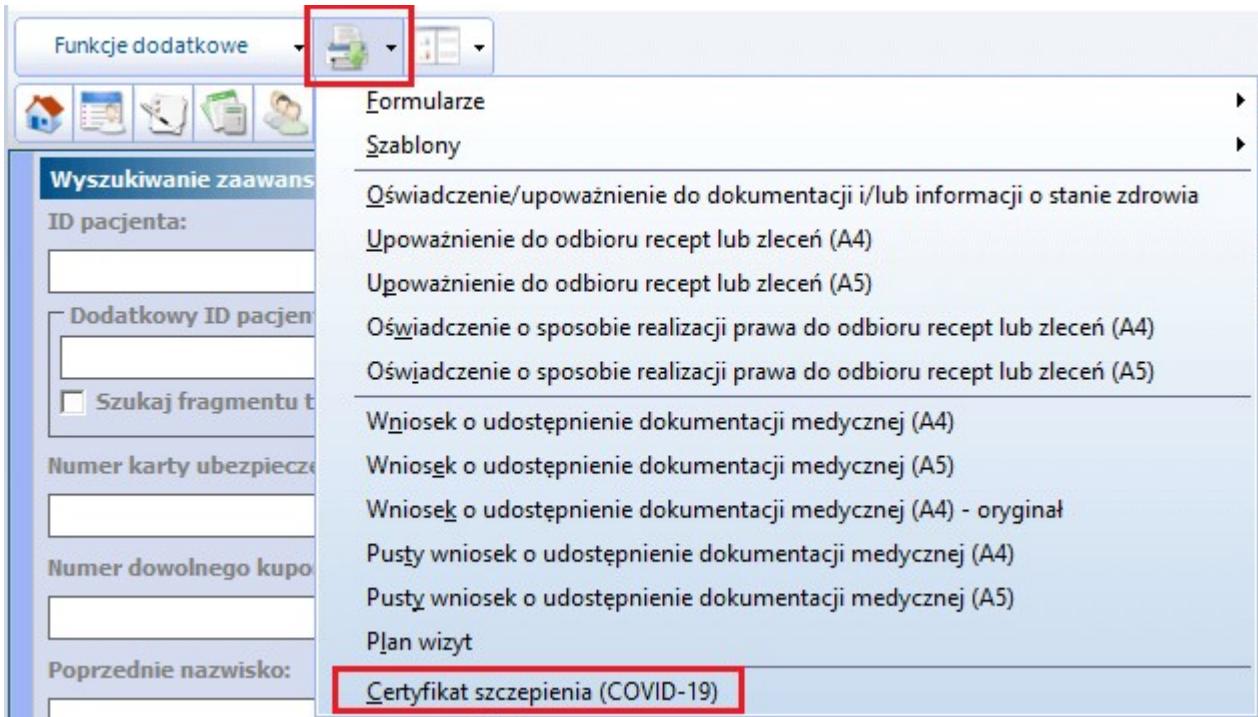
Wydruku kwestionariusza dokonuje się za pomocą przycisku **Drukuj**.

18.19 Wydruk Unijnego Certyfikatu COVID

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność pobrania i wydruku Unijnego Certyfikatu COVID, potwierdzającego zaszczepienie pacjenta przeciw COVID-19.

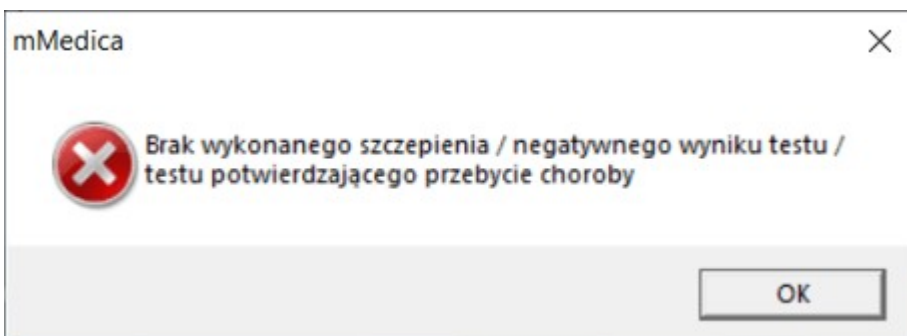
Sposób konfiguracji programu, umożliwiającej wykonanie powyższej czynności, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

Opcja pobrania certyfikatu jest dostępna z poziomu **Kartoteki pacjentów** (po zaznaczeniu na liście pacjenta), wizyty otwartej w **Gabinecie** lekarza oraz wizyty otwartej w module [Gabinet pielęgniarstwa](#) po wybraniu ikony drukarki, zamieszczonej u góry ekranu.



Jeżeli dla pacjenta certyfikat jest dostępny, po wyborze pozycji "**Certyfikat szczepienia (COVID-19)**" wyświetli się jego podgląd i będzie możliwość jego wydrukowania.

Natomiast w przypadku braku dostępnego certyfikatu, pojawi się komunikat:



Zdarzenia medyczne

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Rejestr zdarzeń medycznych](#)

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej, na podstawie art. 11 ust 4a ustawy o Systemie informacji w ochronie zdrowia, wszystkie podmioty realizujące świadczenia medyczne, bez względu na sposób finansowania świadczeń, są zobowiązane do raportowania zdarzeń medycznych do P1.

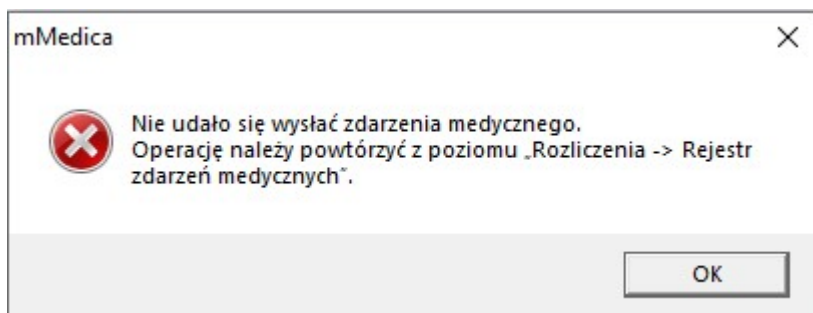
W programie mMedica każde wykonane, zaewidencjonowane w dokumentacji medycznej i autoryzowane świadczenie medyczne związane z wizytą lekarską, pielęgniarską, rehabilitacyjną lub inną, a także hospitalizacją dowolnego typu skutkuje utworzeniem rekordu w rejestrze zdarzeń medycznych, dostępnym w ścieżce: [Rozliczenia](#) > [Rejestr zdarzeń medycznych](#).

Uwaga! Funkcjonalność wymaga posiadania aktywnego modułu [Elektroniczna Dokumentacja Medyczna](#) i dotyczy danych wprowadzanych w dedykowanym *Gabiniecie* lub module Hospitalizacje.

Uwaga! Sposób konfiguracji programu, w tym zacytowania odpowiednich certyfikatów, umożliwiającej obsługę zdarzeń medycznych, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

Wysłanie zdarzenia medycznego następuje automatycznie przy zakończeniu procesu autoryzacji wizyty, hospitalizacji 1-go dnia (podpisanie wypisu) lub przyjęcia na hospitalizację inną niż 1-go dnia. W przypadku hospitalizacji innych niż 1-go dnia, poza przyjęciem na hospitalizację zdarzenia medyczne są raportowane po uzupełnieniu danych Przepustki, Zgłoszenia zakażenia, Protokołu pielęgniarki operacyjnej (Operacja i Reoperacja), Terapii, Wypisu, Procedury, Rozpoznania.

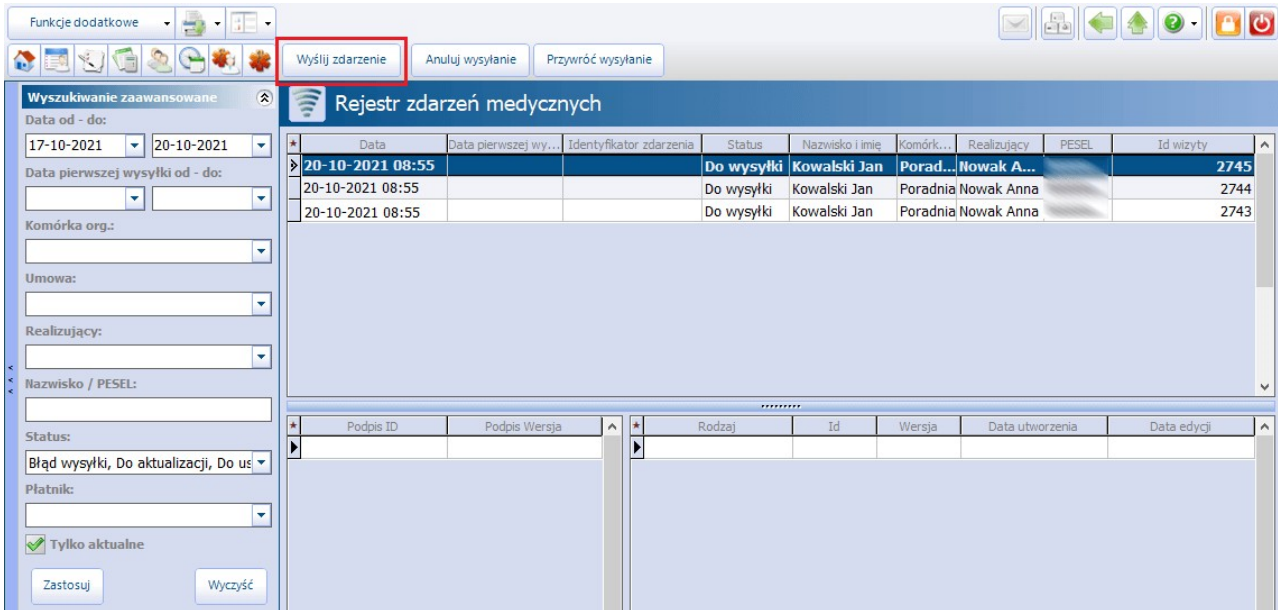
Jeżeli w opisanej wyżej sytuacji przy wysłaniu zdarzenia medycznego wystąpi błąd, wyświetli się następujący komunikat:



Wówczas należy przejść do rejestru zdarzeń medycznych ([Rozliczenia](#) > [Rejestr zdarzeń medycznych](#)) i wykonać eksport tego zdarzenia poprzez zaznaczenie go na liście i wybór przycisku **Wyślij zdarzenie**. W przypadku wystąpienia błędu eksportu wyświetli się jego dokładny komunikat.

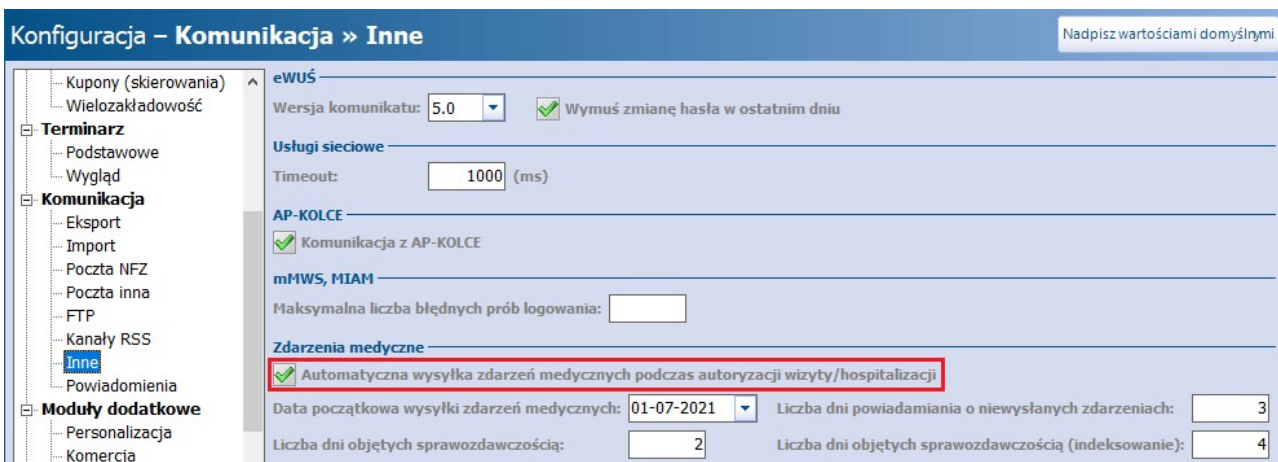
Uwaga! Warunkiem koniecznym poprawnego eksportu zdarzeń medycznych dotyczących pacjenta, który nie posiada numeru PESEL (nr PESEL zerowy), jest wskazanie w danych tego pacjenta w *Kartotece pacjentów* rodzaju dokumentu tożsamości, którym się on posługuje - paszportu, dowodu osobistego lub prawa jazdy, a także uzupełnienie jego serii i numeru oraz kraju wydania (w oknie danych pacjenta: sekcja Dokument tożsamości > pola: "Rodzaj", "Seria i numer", "Kraj wydania"). Jeżeli dane te nie były wcześniej uzupełnione, po ich wprowadzeniu należy skorzystać z przycisku aktualizacji/odświeżenia danych w oknie wizyty/hospitalizacji.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi zdarzenie medyczne powinno zostać wysłane do P1 do 2 dni od momentu jego utworzenia.



Aby dokonać zbiorczego wysłania większej ilości zdarzeń, należy przed wyborem wyżej wspomnianego przycisku zaznaczyć je na liście, korzystając odpowiednio z klawisza Ctrl lub Shift na klawiaturze oraz lewego przycisku myszy.

W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w sekcji [Komunikacja > Inne](#) został dodany parametr umożliwiający wyłączenie automatycznej wysyłki zdarzeń medycznych podczas autoryzacji wizyty/hospitalizacji (zaznaczony na poniższym zdjęciu).



Parametr ten jest domyślnie włączony. Po jego wyłączeniu eksportu zdarzeń należy dokonywać w oknie rejestru zdarzeń medycznych, korzystając z przycisku **Wyślij zdarzenie**.

Pozycje w rejestrze zdarzeń medycznych mogą przyjmować następujące statusy (wyświetlane w kolumnie "Status"):

- **Do wysyłki** - wyświetla się dla zdarzenia, które nigdy nie zostało przesłane do systemu P1.
- **Potwierdzone** - oznacza, że eksport zdarzenia przebiegł prawidłowo.
- **Błąd wysyłki** - wysłane zdarzenie zostało odrzucone z błędem.
- **Do aktualizacji** - dla przesłanego wcześniej zdarzenia zostały wprowadzone zmiany i należy ponownie wykonać eksport w celu jego aktualizacji po stronie systemu P1.
- **Usunięte** - do systemu P1 została przesłana informacja o usunięciu zdarzenia.

W aplikacji zostało wprowadzone przesyłanie do systemu P1 informacji o usunięciu zdarzenia medycznego. W przypadku aktywnego parametru **"Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych podczas autoryzacji wizyty/hospitalizacji"** następuje ono od razu po usunięciu wizyty lub hospitalizacji, dla której zdarzenie zostało wcześniej poprawnie sprawozdane, i jest poprzedzone stosownym ostrzeżeniem. W przypadku wystąpienia błędu wysyłki, wyświetli się komunikat o tym informujący. Wysyłka usunięcia zdarzenia będzie możliwa później z poziomu rejestru zdarzeń medycznych.

- **Do usunięcia** - wyświetla się dla zdarzenia, które wcześniej zostało przesłane i następnie związana z nim wizyta/hospitalizacja została usunięta, a w momencie jej usuwania wyżej wspomniany parametr był nieaktywny lub był aktywny, lecz przy usuwaniu wystąpił błąd wysyłki. Po prawidłowym przesłaniu pozycja taka uzyska status "Usunięte".
- **Wysyłka anulowana** - wyświetla się dla zdarzeń medycznych, dla których został zastosowany przycisk **Anuluj wysyłanie**.

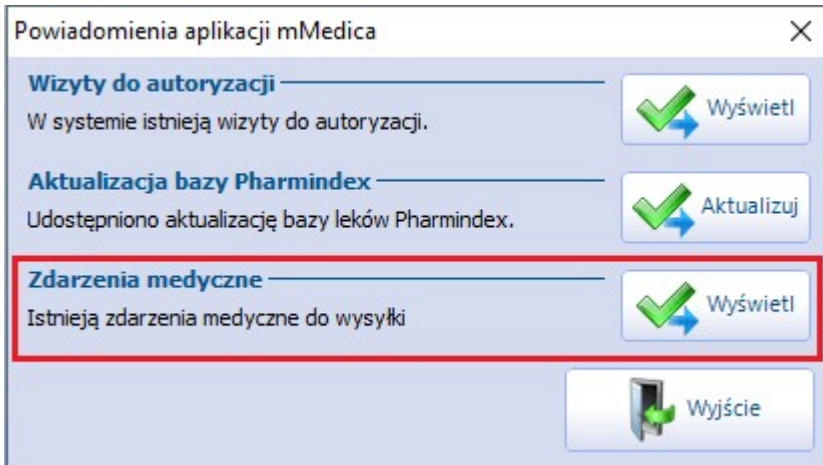
W rejestrze zdarzeń medycznych zostały dodane przyciski **Anuluj wysyłanie** i **Przywróć wysyłanie**. Pierwszy z nich służy do blokowania wysyłania zdarzeń posiadających status: "Do wysyłki", "Błąd wysyłki", "Do aktualizacji" lub "Do usunięcia". Po zaznaczeniu pozycji, posiadającej któryś ze wspomnianych statusów, i wyborze przycisku **Anuluj wysyłanie** pozycja ta otrzyma status "Wysyłka anulowana". Aby przywrócić możliwość jej wysyłania, należy po jej zaznaczeniu wybrać przycisk **Przywróć wysyłanie**. W celu zbiorczego anulowania lub przywrócenia wysyłania wielu pozycji należy je zaznaczyć, korzystając z lewego przycisku myszy i klawisza Ctrl lub Shift, a następnie wybrać odpowiedni przycisk.

- **Do podpisu** - wyświetla się dla zdarzeń, w ramach których istnieje zasób dotyczący informacji o ciąży lub dotyczący **szczepienia (od wersji 10.1.0 aplikacji mMedica)** i które w związku z tym wymagają przekazania podpisu personelu. Okno podpisu wyświetli się po wyborze dla takiej pozycji przycisku **Wyślij zdarzenie**. W takim wypadku akceptowany jest jedynie podpis z wykorzystaniem certyfikatu ZUS.

Dzięki opcjom filtrowania, dostępnym w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*, użytkownik ma możliwość wyszukania danych według interesujących go kryteriów. **Od wersji 8.5.0 aplikacji mMedica w polach "Data od - do" jest domyślnie wyświetlany zakres dat utworzenia zdarzenia zgodny z ustawieniem parametru "Liczba dni objętych sprawozdawczością", o którym jest mowa w rozdziale [Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych - Harmonogram zadań](#)**. W celu wyświetlenia zdarzeń z innego okresu należy wybrać odpowiednie daty i nacisnąć przycisk **Zastosuj**.

Dane raportowane do P1 w ramach eksportu zdarzeń medycznych to między innymi: dane pacjenta, placówki i komórki realizującej, realizującego-lekarza, pielęgniarki, płatnika, jeśli jest to świadczenie refundowane, data i czas udzielenia świadczenia, rozpoznania, procedury, dane antropometryczne w POZ, szczepienia, patronaże, przepustki.

Informacja o zdarzeniach medycznych do wysyłki dla danego użytkownika wyświetlana jest, po jego zalogowaniu, w oknie [powiadomień aplikacji mMedica](#) (przykład poniżej).



Po wyborze przycisku **Wyświetl** użytkownik zostaje przekierowany do rejestru zdarzeń medycznych, gdzie wyświetlona zostanie lista jego zdarzeń o statusach kwalifikujących do wysłania.

W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji [Komunikacja > Inne](#), w sekcji [Zdarzenia medyczne](#) został dodany parametr "**Liczba dni powiadamiania o niewysłanych zdarzeniach**". Wprowadzona w nim liczba określa, z ilu dni zdarzenia ze statusem "Do wysyłki" mają być uwzględniane w opisanym wyżej powiadomieniu. Domyślną wartością parametru jest "3", natomiast istnieje możliwość jej zmiany.

19.1 Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych - Harmonogram zadań

W aplikacji mMedica funkcjonuje zadanie automatycznej wysyłki zdarzeń medycznych poprzez usługę mmService, zainstalowaną na serwerze. Według domyślnych ustawień wykonuje się ono raz dziennie, jednak świadczeniodawca, posiadający moduł "Menedżer eksportów", może dokonać zmiany jego częstotliwości po przejściu do: [Zarządzanie > Operacje techniczne > Harmonogram zadań](#).

Harmonogram zadań

*	Typ	Data rozpoczęcia	Wykonaj	Parametry
	Synchronizacja wyników badań	29-09-2020 00:00	Co kilka minut	5
✓	P1 Indeksowanie dokumentów HI ZCDA PIK	30-10-2020 08:18	Co kilka dni	1
▶ ✓	Wysyłka zdarzeń medycznych	02-09-2021 10:23	Co kilka dni	1

[Wybrana pozycja]

Rodzaj: Aktywny

Prześlij raport na adres: Prześlij raport:

Wykonaj: Data rozpoczęcia:

Co dni

Szczegóły ostatniego wykonania

Data wykonania: Status:

Parametry wysyłania zdarzeń medycznych

Czas trwania zadania: (min.)

W tym celu należy zaznaczyć na liście zadanie "Wysyłka zdarzeń medycznych", a następnie wprowadzić odpowiednią zmianę w oknie jego danych (zdz. powyżej).

W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica w powyższym oknie został dodany parametr **"Czas trwania zadania"**. W przypadku jego uzupełnienia wysyłka zdarzeń medycznych przez mmService jest przerywana po upływie zdefiniowanego limitu czasu, a następnie kontynuowana po wykonaniu pozostałych zadań z harmonogramu.

Automatyczna wysyłka obejmuje zdarzenia posiadające statusy: **"Do wysyłki"**, **"Błąd wysyłki"**, **"Do aktualizacji"**, **"Do usunięcia"**, według reguł określonych przez niżej opisane parametry, dostępne w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w sekcji [Komunikacja > Inne](#):

- **"Liczba dni objętych sprawozdawczością"** - Wartość w nim ustawiona (domyślnie "2") wpływa na sposób automatycznej wysyłki przez usługę mmService zdarzeń ze statusami **"Do wysyłki"** i **"Błąd wysyłki"** - zdarzenia o takich statusach zostaną wysłane, jeżeli ich daty mieszczą się w zakresie: ilość dni określona w parametrze wstecz - bieżąca data. Od wersji 8.5.0 aplikacji mMedica ustawienie parametru ma wpływ także na zakres dat wyświetlany domyślnie w panelu filtrów w oknach rejestru zdarzeń medycznych oraz rejestru logów zdarzeń medycznych.
- **"Data początkowa wysyłki zdarzeń medycznych"** - Jego działanie polega na zablokowaniu automatycznego wysyłania przez usługę mmService zdarzeń z datą utworzenia lub aktualizacji wcześniejszą niż ta, która jest ustawiona w parametrze. Domyślnie jest to data: 01-07-2021, jednak w razie konieczności istnieje możliwość jej zmiany.

19.2 Rejestr logów zdarzeń medycznych

Ścieżka: [Rozliczenia > Rejestr zdarzeń medycznych > menu: Funkcje dodatkowe > Rejestr wysyłki zdarzeń medycznych](#)

W dostępnym w powyższej ścieżce oknie *Rejestr logów zdarzeń medycznych* wyświetla się lista zasobów wysłanych w ramach eksportu zdarzeń medycznych do systemu P1. Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica domyślnie prezentowane są pozycje z ostatnich dwóch dni. W celu wyświetlenia danych z innego okresu należy ustawić odpowiednie daty w panelu filtrów i nacisnąć **Zastosuj**.

W dolnej części formatki znajdują się okna *Wiadomość wysłana* i *Wiadomość odebrana*. Wyświetlają się w nich treści wiadomości z komunikacji z systemem P1 dla zaznaczonej na liście pozycji.

W znajdującym się po lewej stronie ekranu panelu filtrów (*Wyszukiwanie zaawansowane*) dostępne są pola pozwalające na wyszukiwanie pozycji według kryteriów takich jak: data od - do, identyfikator wizyty, identyfikator zdarzenia, status wysyłki, nazwisko/PESEL pacjenta, użytkownik realizujący, treść zawarta w wiadomości wysłanej lub odebranej.

W wersji 10.3.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość eksportu do pliku xls logów zdarzeń medycznych z zadanego okresu czasu. Służy do tego przycisk **Eksportuj do pliku**, zamieszczony u góry ekranu (zaznaczony na poniższym zdjęciu).

ID wizyty	ID zdarzenia	Data wizyty
2943		29-02-2024 08:33
2943		29-02-2024 08:33
2936		01-02-2024 08:32

Po wyborze wspomnianego przycisku wyświetlone zostanie okno *Eksport logów ZM* (zdj. poniżej).

Podpowie się w nim zakres dat ustawiony w panelu filtrów. Jeżeli tworzony plik ma zawierać logi z innego okresu, należy wybrać odpowiednie daty w polach "Od" i "Do".

W polu "Ścieżka" należy wskazać miejsce zapisu pliku na dysku komputera.

W polu "Hasło" użytkownik ma możliwość zdefiniowania hasła, którym zostanie zabezpieczony plik. Jest to wysoce zalecane ze względu na występowanie w logach danych osobowych.

Zaznaczenie pola "**Archiwizacja**" będzie skutkowało usunięciem z bazy danych logów z zadanego okresu czasu po ich wyeksportowaniu. W przypadku archiwizacji możliwe jest wskazanie jedynie daty "do" - pole dla daty "od" będzie puste i nieaktywne do edycji.

Eksportowane logi są zapisywane we wskazanej przez użytkownika ścieżce w postaci skompresowanego pliku, zabezpieczonego hasłem, jeżeli zostało ono zdefiniowane.

Od wersji 10.3.0 programu istnieje możliwość zaimportowania do bazy logów, które zostały wyeksportowane zgodnie z powyższym opisem. W tym celu należy rozwinąć menu **Funkcje dodatkowe**, znajdujące się w lewym górnym rogu ekranu i wybrać opcję "**Import logów zdarzeń medycznych**". Następnie należy odszukać i wskazać właściwy plik. Jeżeli plik został zabezpieczony hasłem, konieczne będzie jego podanie.

19.3 Profilaktyka 40 PLUS - raport szczegółowy dla administratora

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Rejestr zdarzeń medycznych](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Profilaktyka 40 PLUS - raport szczegółowy dla administratora](#)

W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość zacytowania do programu raportu szczegółowego dla administratora dotyczącego zdarzeń medycznych z zakresu "Profilaktyki 40 PLUS". Plik raportu pobierany jest w formacie CSV z systemu P1 przez świadczeniodawcę posiadającego umowę na wspomniany rodzaj świadczeń.

Uwaga! Dokładny opis sposobu ewidencji świadczeń realizowanych w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS" zawiera instrukcja obsługi modułu "Gabinet Pielęgniarki" (rozdział: Program "Profilaktyka 40 PLUS").

Aby zacytować omawiany raport, należy przejść do okna dostępnego w wyżej zamieszczonej ścieżce, a następnie wybrać przycisk **Importuj raport** (zdj. poniżej) i wskazać plik raportu, zapisany na dysku komputera.

The screenshot shows the 'Importuj raport' button highlighted with a red box. The interface includes a search panel on the left with fields for 'Data zdarzenia od - do:', 'Data wizyty od - do:', 'ID wizyty:', 'ID zdarzenia:', 'Personel realizujący:', and 'Rodzaj błędu:'. The main area on the right is titled 'Profilaktyka 40 PLUS – raport szczegółowy dla administratora' and contains a table with columns: 'ID wizyty', 'ID rozliczenia', 'ID zasobu pozycji rozl.', and 'ID zdarzenia'.

Operacja importu wiąże się z wyczyszczeniem okna raportu ze wszystkich istniejących w nim pozycji (utworzonych przy poprzednim imporcie).

Podczas importu sprawdzana jest zgodność kodu resortowego cz. I (w razie jej braku import zostaje przerwany). Do programu zaczytywane są tylko pozycje błędne. Każda z nich wyświetli się w oknie raportu w postaci odrębnego rekordu tabeli. Ich dane będą prezentowane w dedykowanych kolumnach, takich jak: ID wizyty, ID rozliczenia, ID zasobu pozycji rozl., ID zdarzenia, Błędy spójności raportu z bazą, Data wizyty, Personel realizujący, Data zdarzenia, Rok rozliczeniowy, Miesiąc rozliczeniowy, Błędy po weryfikacji regułami CeZ, Błędy po weryfikacji regułami NFZ, Komunikaty z NFZ, Wynik weryfikacji regułami CeZ i NFZ, Opisy reguł.

Pozycje, których nie uda się powiązać z istniejącym w bazie id wizyty lub/i id rozliczenia (brak wartości w kolumnie "ID wizyty"/"ID rozliczenia"), zostaną oznaczone kolorem czerwonym.

W przypadku pozycji powiązanej z wizytą (uzupełniona kolumna "ID wizyty") wybór przycisku **Dane wizyty** spowoduje przejście do jej okna.

Przycisk **Usuń** czyści okno raportu ze wszystkich zaimportowanych pozycji.

19.4 Przegląd zdarzeń medycznych wytworzonych przez podmioty zewnętrzne

W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość przeglądu zdarzeń medycznych wytworzonych przez inne podmioty.

Funkcjonalność dostępna jest w oknie wizyty realizowanej w *Gabiniecie lekarza*, *Gabiniecie pielęgniarki* (moduł "Gabinet Pielęgniarki"), *Gabiniecie fizjoterapeuty* (moduł "Rehabilitacja Ambulatoryjna"), pracowni diagnostycznej (moduł "Pracownia Diagnostyczna") oraz w oknie hospitalizacji (moduł "Hospitalizacje") po wyborze w menu **Funkcje dodatkowe**, znajdującym się w lewym górnym rogu ekranu, pozycji **Przegląd zdarzeń medycznych**. W wyniku tej czynności wyświetlone zostanie okno *Przegląd zdarzeń medycznych - dane pacjenta* (przykład poniżej).

Przegląd zdarzeń medycznych - Kowalski Jan ()


Data od - do:

Tryb pozyskania danych: Identyfikator:

* Identyfikator	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Status
mm1495...	31-05-2023 15:00	31-05-2023 15:20	Zakończone
mm2256...	30-05-2023 08:26	30-05-2023 08:41	Zakończone
mm2256...	29-05-2023 16:30	29-05-2023 16:45	Zakończone
mm1495...	26-05-2023 15:00	26-05-2023 15:15	Zakończone
mm1495...	22-05-2023 16:00	22-05-2023 16:12	Zakończone
mm1652...	11-05-2023 14:30	11-05-2023 14:34	Zakończone
mm1652...	11-05-2023 11:00	11-05-2023 11:15	Zakończone
mm1495...	10-05-2023 13:08	10-05-2023 13:23	Zakończone
mm1495...	05-05-2023 13:00	05-05-2023 13:15	Zakończone
▶ mm165...	12-04-2023 07:...		W trakcie

Wyjście

W górnej części okna znajdują się filtry, umożliwiające wyszukanie pozycji wg kryteriów takich jak: daty rozpoczęcia i zakończenia, tryb pozyskania danych (do wyboru: "Kontynuacja leczenia", "Leczenie" lub "Ratujący życie"), identyfikator zdarzenia.

Po wyborze przycisku , zaznaczonego na zdjęciu powyżej, rozpocznie się wyszukiwanie w systemie P1 zdarzeń medycznych pacjenta wygenerowanych przez inne placówki. Operacja ta uwzględnia warunki dostępu do danych zdefiniowane po stronie systemu P1. Wyszukane zdarzenia zostaną wyświetlone w oknie w postaci odrębnych rekordów. W przypadku ich dużej ilości należy posłużyć się znajdującym się po prawej stronie przyciskiem z symbolem strzałki w celu wyświetlenia kolejnych pozycji.

Aby uruchomić podgląd szczegółowych informacji dotyczących zdarzenia, należy kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszy w odpowiedni rekord.

Obsługa hospitalizacji

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Wizyty](#) > przycisk: [Nowa hospitalizacja](#)

Wersja **Standard** i **Standard+** oprogramowania mMedica umożliwia podstawową obsługę ewidencji i rozliczeń świadczeń, udzielanych w lecznictwie stacjonarnym (np.: chirurgia krótkoterminowa, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja i inne) przy założeniach, że:

- nie występuje ruch międzyoddziałowy,
- nie występują porody.

W celu poprawnej ewidencji hospitalizacji wymagane jest utworzenie [księgi głównej przyjęć i wypisów](#) i przypisanie jej do komórki organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia.

Aby utworzyć hospitalizację należy wykonać nast. czynności:

1. Na formatce *Kartoteka pacjentów* odszukać na liście pacjenta, dla którego będzie tworzona hospitalizacja i zaznaczyć go na liście.
2. Wybrać przycisk **Wizyty** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
3. Następnie wybrać przycisk **Nowa hospitalizacja** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. Uzupełnić dane hospitalizacji. Opis formatek został zawarty w dalszej części niniejszego rozdziału.

The screenshot displays the 'Kartoteka pacjentów' (Patient Card) interface. At the top, there are navigation buttons: 'Nowy pacjent', 'Dane pacjenta', 'Drukuj kupon', 'Rejestruj kupon', and 'Puste kupony'. The patient's name 'KOWALSKI JAN' is displayed in a search bar. Below this is a table of patient records:

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres	Nr karty	Dodatkowy ID	ID
Kowalski	Jan	1968-09-16	0000000000	Katowice, ul. Wojewódzka 1			9599
KOWALSKI	JAN MARIAN	1950-04-18	██████████	Czeladź, ul. ██████████	██████████		3892

Below the patient list is the 'Wizyty pacjenta' (Patient Visits) section, which contains a table of visit records:

Nr świadczenia	Kod świadczenia	Miejsce realizacji	Realizujący	Data rozpoczęcia
	39.18	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna	2016-01-01 08:30:27
0000	██████████	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	2017-01-17 10:38:54
0000	██████████	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	2016-10-18 07:56:06
0000	██████████	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	2016-10-14 12:57:11
0000	██████████	PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	2016-09-06 12:20:51
Suma:				

At the bottom of the interface, there are buttons for 'Nowa wizyta', 'Nowe wizyty zbiorczo', 'Nowa hospitalizacja' (highlighted with a red box), 'Dane', and 'Gabinet'.

20.1 Konfiguracja obsługi hospitalizacji

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Podstawowe](#)

W Konfiguratorze programu mMedica znajduje się sekcja, odpowiadająca za ustawienia hospitalizacji. Poprzez dodanie lub usunięcie zaznaczenia w poszczególnych polach, można dokonać włączenia/wyłączenia nast. parametrów:

- **Wymagaj numeru kuponu w danych hospitalizacji** - parametr przeznaczony dla woj. śląskiego. Włączenie parametru skutkuje koniecznością wprowadzenia numeru kuponu w polu "Nr kuponu" na formacie *Uzupełnianie świadczeń* podczas ewidencji danych wizyty. Numer kuponu wprowadza się ręcznie lub za pomocą czytnika kodów kreskowych.
- **Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów** - parametr określa podpowiadanie numeru pozycji w księdze:
 - zaznaczony parametr - aplikacja automatycznie nada kolejny numer pozycji w księdze. Pole "Nr pozycji" na hospitalizacji będzie nieaktywne, blokując użytkownikowi możliwość ingerencji w nadawane numery.
 - brak zaznaczenia - pole "Nr pozycji" będzie aktywne, dając tym samym użytkownikowi możliwość samodzielnego, ręcznego wprowadzenia numeru pozycji w księdze.

20.2 Import algorytmu dla JGP

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) > [Import z pliku](#)

Dla poprawnego ewidencjonowania i sprawozdawania świadczeń z zakresu leczenia stacjonarnego, konieczne jest posiadanie aktualnych plików parametryzujących grupery, które publikowane są na stronie [Centrum Zarządzania Licencjami mMedica](#) w sekcji: [mMedica](#) > [Pobierz mMedica](#).

Poniżej opisano dwa sposoby importu algorytmu do aplikacji mMedica - ręczny oraz automatyczny.

Ręczny import algorytmu do aplikacji mMedica:

1. Ze strony CZL mMedica należy pobrać odpowiednie pliki parametryzujące grupery i zapisać na dysku komputera.
2. W programie mMedica przejść do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) i wybrać przycisk Import z pliku.
3. W oknie *Otwieranie* w polu "Pliki typu" wskazać plik pobrany zgodnie z pkt 1.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zaczytywania słownika do programu.
Poprawne zaczytanie słownika do programu zostanie potwierdzone stosownym komunikatem.

Automatyczny import algorytmu do aplikacji mMedica:

Aby do aplikacji mMedica automatycznie zaczytywały się grupery JGP należy włączyć parametr **"Automatycznie aktualizuj JGP"** znajdujący się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Różne](#). Wtedy, po zalogowaniu do programu pojawi się komunikat o udostępnieniu aktualizacji gruperów JGP do pobrania. Wybranie przycisku "Tak" uruchomi automatyczne zaczytywanie do aplikacji grupera zgodnego z zakresem udzielanych świadczeń (na podstawie umowy elektronicznej, np. AOS, SZP, REH).

Udostępniono aktualizację grupera JGP - AOS.
Czy chcesz wykonać teraz automatyczną aktualizację?

Tak Nie

20.3 Omówienie formatki hospitalizacji

20.3.1 Przyjęcie/Wypis

Zakładka *Przyjęcie/Wypis* otwierana jest automatycznie, po wybraniu przycisku **Nowa hospitalizacja** z poziomu Kartoteki pacjentów. Ewidencjonuje się w niej dane dotyczące przyjęcia, skierowania i rozpoznania wstępnego, a po zakończonej hospitalizacji dane dotyczące wypisu. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

Opis wybranych pól znajdujących się na zakładce *Przyjęcie/Wypis*:

Sekcja: Przyjęcie

- **Nr karty depozytowej** - dane uzupełniane na potrzeby rozliczeń dot. transportu. Po uzupełnieniu podpowiedzą się w [rozliczeniu](#) hospitalizacji.
- **Pobrano opłatę** - dane uzupełniane na potrzeby rozliczeń dot. transportu.

Sekcja: Skierowanie

Sekcja aktywuje się, jeśli w polu "Tryb przyjęcia" zostanie wybrana wartość - Przyjęcie planowe na podstawie skierowania. Szczegółowy opis pól znajduje się w rozdziale: [Skierowanie](#).

Sekcja: [Przyczyny zgonu](#)

Sekcja aktywuje się, jeśli w polu "Tryb wypisu" zostanie wybrana wartość - Zgon pacjenta.

Sekcja: [Rozpoznanie onkologiczne po wypisie](#)

- **Data badania** - pole zostanie aktywowane, po uprzednim wybraniu rozpoznania onkologicznego w polu "Kod".

20.3.2 Hospitalizacja

Zakładka *Hospitalizacja* umożliwia wprowadzenie podstawowych danych hospitalizacji, takich jak dane dotyczące realizacji, świadczenia, rozpoznań, zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej.

Część pól znajdujących się na formatce może zostać automatycznie uzupełniona na podstawie dokonanej rezerwacji/rejestracji bądź na podstawie [ustawień domyślnych](#) personelu, jeśli zostały uprzednio zdefiniowane.

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

Opis wybranych pól znajdujących się na zakładce *Hospitalizacja*:

Sekcja: [Realizacja](#)

- **Realizujący, Komórka org.** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybiera się personel realizujący wizytę i komórkę organizacyjną. Jeśli hospitalizacja została utworzona na podstawie wcześniejszej rezerwacji/rejestracji terminu, pola te uzupełnią się danymi, wprowadzonymi w Terminarzu.
- **Eksportuj** - pole domyślnie zaznaczone. Brak zaznaczenia w polu powoduje blokadę eksportu części statystycznej wizyty.

Sekcja: [Wpis w księdze głównej przyjęć i wypisów](#)

- **Księga** - wyświetlana nazwa księgi głównej na podstawie wybranej komórki organizacyjnej w polu "Komórka org.". Warunkiem podpowiadania się [księgi głównej](#) jest powiązanie jej z komórką org., w której realizowana jest hospitalizacja.

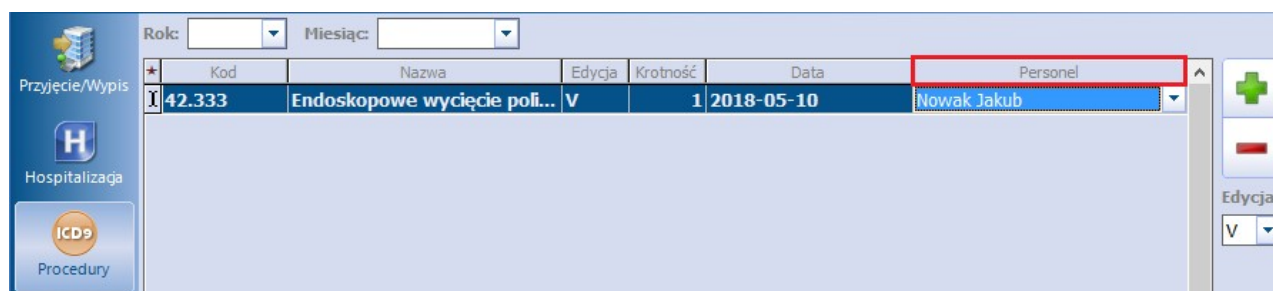
- **Rok księgi** - podpowiadany domyślnie na podstawie daty wskazanej w polu "Data przyjęcia".
- **Nr pozycji** - kolejny numer pozycji w księdze. Szczegółowy opis w rozdziale: [Konfiguracja obsługi hospitalizacji](#).
- **Nr dziecka** - pole aktywuje się, jeśli na formacie [Przyjęcie/Wypis](#) zostanie wybrany tryb przyjęcia - Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu. Wtedy z listy rozwijanej wybiera się numer dziecka, odpowiadający ilości urodzonych dzieci. Dla jednego urodzonego noworodka wybiera się cyfrę 1, a cyfrę 2 lub dalszą dla drugiego i kolejnych noworodków, przy ciąży mnogiej.

Dla potrzeb sprawozdawczości komunikatem SWIAD informacji dotyczących stopnia zaawansowania choroby nowotworowej została dodana sekcja [Zaawansowanie choroby nowotworowej](#). Pola w tej sekcji będą aktywne do wypełnienia w przypadku wskazania kodu rozpoznania wg skutku z zakresu: C18–C20, C34, C50, C56, C61.

20.3.3 Procedury

Na formacie *Procedury* ewidencjonuje się procedury medyczne wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-9, które zostały udzielone pacjentowi podczas trwania hospitalizacji. Szczegółowe informacje znajdują się w rozdziale: [Procedury ICD-9](#).

Procedury wyświetlane są dla bieżącego roku rozliczeniowego. W przypadku hospitalizacji trwających dłużej niż rok, istnieje możliwość wyświetlenia procedur ICD-9 z poprzednich lat za pomocą filtrów "Rok" oraz "Miesiąc".



Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	Personel
42.333	Endoskopowe wycięcie poli...	V	1	2018-05-10	Nowak Jakub

Jeżeli zostanie wybrana procedura ICD-9, dla której wymagane jest uzupełnienie personelu, podczas zapisywania danych zostanie wyświetlony poniższy komunikat:

Procedura wymaga uzupełnienia danych personelu.

20.3.4 Rehabilitacja/Kardiologia

Dane na zakładce *Rehab/Kardio* uzupełnia się w przypadku realizowania świadczeń dla:

- rehabilitacji leczniczej w zakresach stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej,
- kardiologii.

W sekcji *Rehabilitacja* odnotowuje się informacje, dotyczące oceny sprawności pacjenta oraz oceny zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych i oceny zaburzeń zwiększających wymagania rehabilitacyjne/pielęgniacyjne.

W celu wprowadzenia informacji o stopniu oceny zaburzeń należy w odpowiedniej linii kliknąć myszką w pole znajdujące się w kolumnie "Stopień" i z listy rozwijanej wybrać odpowiednią wartość.

Rehabilitacja stacjonarna

Liczba dni od wypisu chorego do przyjęcia na oddział rehabilitacji:

Liczba miesięcy od zachorowania:

Kwalifikacja do rehabilitacji ogólnoustrojowej:

nie dotyczy procedura ICD9 rozpoznanie ICD10

Ocena wydolności serca wg skali NYHA:

Ocena czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL:

Ocena funkcjonalna wg skali ASIA:

Ocena głębokości niepełnosprawności wg GMFCS:

Ocena stopnia niepełnosprawności wg skali Rankina:

Ocena zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych

Nazwa	Stopień
Zaburzenia emocjonalno-osobowościowe	
Zaburzenia funkcji pamięciowych	
Zaburzenia językowe	1
Zaburzenia komunikacji interpersonalnej (inne niż dyszartria i afa...)	2
Zaburzenia mowy	3
Zaburzenia percepcyjne (agnozje)	4
Zaburzenia połykania (dysfagia)	
Zaburzenia systemów uwagi	
Zaburzenia systemu wykonawczego (programowania i kontroli ś...)	
Zaburzenia wyższej organizacji ruchu (apraksje)	

Ocena zaburzeń zwiększających wymagania rehabilitacyjne/pielęgniacyjne

Nazwa	Stopień
Nabyte zaburzenia funkcji poznawczych	
Opóźnienie lub upośledzenie rozwoju umysłowego	
Padaczka	
Spastyczność kończyn górnej lub dolnej – 4 stopień nasilenia	
Zaburzenia emocjonalno-osobowościowe	
Zaburzenia funkcji kończyn górnych	
Zaburzenia kontroli mikcji i defekacji	
Zaburzenia mowy	
Zaburzenia połykania (dysfagia)	
Zaburzenia widzenia	
Zaburzenia zachowania/konieczność stałego nadzoru	


Ocena ICF

Kod	Nazwa	Przyjęcie			Wypis		
		K1	K2	K3	K1	K2	K3

Kardiologia

Ocena funkcji skurczowej lewej komory:

Sekcja *Ocena ICF* umożliwia wprowadzenie oceny stanu pacjenta przy wykorzystaniu słownika Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Pozwala to na ewidencję danych zgodnie z wytycznymi dla świadczeń z zakresu rehabilitacji opublikowanymi w komunikacie SWIAD. W kolumnach "Przyjęcie" oraz "Wypis" pod nagłówkami "K1", "K2", "K3" umożliwiono wybór odpowiednich kwalifikatorów dla przyjęcia i wypisu.

Aktywacji pól wyboru w powyższej sekcji dokonuje się za pomocą przycisku  umiejscowionego po jej prawej stronie.

20.3.5 Dodatkowe

Formatka *Dodatkowe* umożliwia wprowadzenie danych dotyczących:

- położnictwa,
- leczenia pacjentów w śpiączce,
- badań genetycznych materiału archiwalnego,
- zakażenia klinicznego,
- przepustek,
- oceny sprawności wg skali Zubroda-ECOG-WHO,
- zakwaterowania,
- programów leczenia.

Opis wybranych sekcji znajdujących się na zakładce *Dodatkowe*:

Sekcja: Położnictwo

Sekcja aktywuje się, jeśli na formatce [Przyjęcie/Wypis](#) zostanie wybrany tryb przyjęcia - Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu. Wtedy będzie możliwe wprowadzenie informacji o przedwczesnym urodzeniu dziecka i sposobie karmienia.

Sekcja: Program zdrowotny leczenia pacjentów w śpiączce

W polu "Identyfikator" podpowiadane jest ID pierwszej hospitalizacji pacjenta, w której zaznaczono śpiączkę. Z kolei w polu "Data przyjęcia" podpowiadana jest data przyjęcia z pierwszej hospitalizacji pacjenta w śpiączce.

Sekcja: Zakażenie

Służy do ewidencji informacji o zakażeniu klinicznym.

Sekcja: Przepustki

W przypadku wydania pacjentowi przepustki należy odnotować ten fakt, wpisując numer przepustki oraz jej datę.

Sekcja: Program leczenia

W przypadku uczestnictwa pacjenta w programie leczenia (terapeutycznym programie zdrowotnym) należy wprowadzić nazwę programu i datę rozpoczęcia leczenia. Program leczenia dodaje się za pomocą przycisku



Dodaj z okna dialogowego *Programy leczenia*, w którym prezentowana jest lista programów leczniczych zgodna z zał. nr 5 do zarz. 14/2015/DGL Prezesa NFZ.

20.3.6 Rozliczenia

W oknie *Rozliczenia* wprowadza się informacje dotyczące zakresu udzielonych świadczeń i świadczenia. Szczegółowa instrukcja znajduje się w rozdziale: [Rozliczenia](#).

W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica u góry okna dodano filtry umożliwiające wyszukanie rozliczeń z wybranego roku i miesiąca (pola "Rok" oraz "Miesiąc"). Po wejściu na zakładkę domyślnie ustawia się w nich:

- rok i miesiąc bieżący - w przypadku otwartej hospitalizacji (bez daty wypisu),
- rok i miesiąc z daty wypisu - w przypadku hospitalizacji zakończonej.


Na zakładce 5.JGP istnieje możliwość uzupełnienia modyfikatorów taryfy JGP.

Zgodnie z wytycznymi zarządzenia numer 38/2019/DSOZ element ten ma być wykazywany dla świadczeń szpitalnych w ramach produktów „5.51.01.XXXXXXX”, wymienionych w załączniku 1a dla hospitalizacji zakończonych po 31.12.2019.

W danych rozliczenia hospitalizacji długoterminowej, której ewidencja prowadzona jest w module "Hospitalizacje", dla zakresu świadczeń dotyczącego opieki długoterminowej dodano podpowiadanie na zakładce **4. Dane POZ/SPO** w sekcji Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze wyników skali Barthel i Glasgow na podstawie ocen wprowadzonych w danych medycznych hospitalizacji.

Dokładne informacje na temat wprowadzania oceny wg skali Barthel lub Glasgow w przebiegu hospitalizacji długoterminowej w module "Hospitalizacje" znajdują się w instrukcji dla [Hospitalizacji długoterminowej](#), w rozdziale "Skale ocen".

20.3.7 Ubezpieczenie

Na zakładce *Ubezpieczenie* prezentowane są wszystkie dokumenty ubezpieczeniowe pacjenta. Za pomocą przycisku  **Dodaj** można dokonać dodania nowych dokumentów. Szczegółowa instrukcja znajduje się w rozdziale: [Ubezpieczenie](#).

Uwaga! W wersji 5.15.5 uległ zmianie sposób wyznaczania okresu pokrycia ubezpieczeniem wizyty długoterminowej/hospitalizacji przez oświadczenie o prawie do świadczeń składane przez pacjenta, zgodnie z art. 50 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

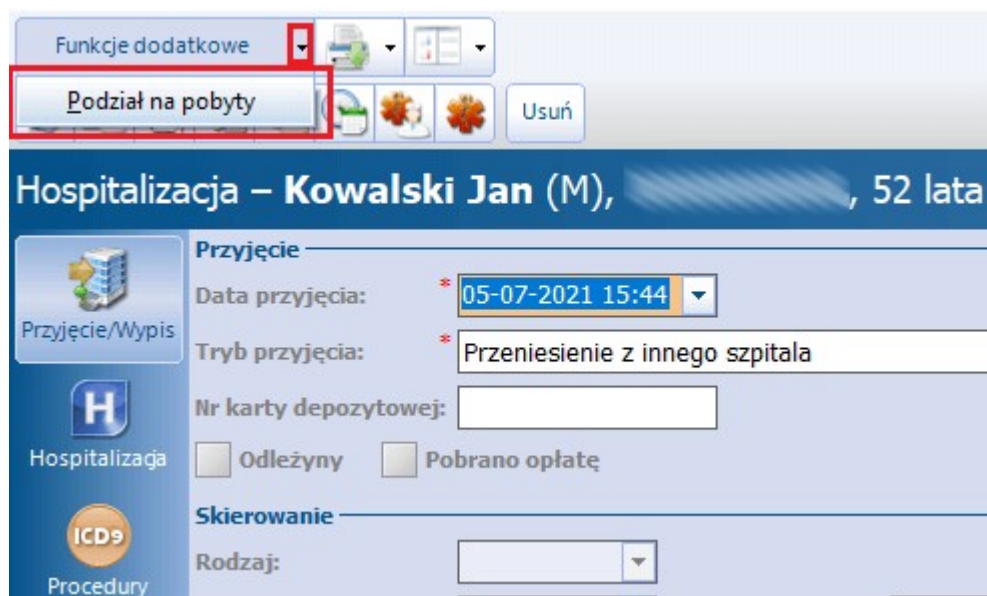
Sposób podpowiadania oświadczenia o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym w przypadku wizyt długoterminowych wygląda następująco:

- jeśli data złożenia oświadczenia zawiera się w tym samym miesiącu co data rozpoczęcia wizyty, oświadczenie jest ważne do końca następnego miesiąca
- jeśli w ramach wizyty zostaje złożone kolejne oświadczenie (np. drugie), jest ono ważne tylko do końca miesiąca kalendarzowego, w którym zostało złożone,
- jeśli data złożenia oświadczenia zawiera się w kolejnym miesiącu następującym po miesiącu rozpoczęcia hospitalizacji, to jest ono ważne do końca miesiąca kalendarzowego, w którym zostało złożone.

20.3.8 Podział na pobyty

W aplikacji mMedica istnieje możliwość zmiany w trakcie trwania hospitalizacji następujących danych: lekarza realizującego, miejsca realizacji, kodu świadczenia i wersji słownika kodów świadczeń wg MZ.

Jeżeli w czasie trwania hospitalizacji zmienił się lekarz realizujący, kod centralny miejsca realizacji lub kod świadczenia/wersja słownika kodów świadczeń wg MZ, należy, będąc na formatce hospitalizacji, wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe**, zamieszczony w lewym górnym rogu ekranu, a następnie opcję **Podział na pobyty**.



W oknie *Podział hospitalizacji na pobyty*, które się wyświetli, należy poprzez przycisk **Dodaj pobyt** wprowadzić nowy pobyt z datą rozpoczęcia równą dacie początku obowiązywania nowych danych.

Podział hospitalizacji na pobyty

Nr	Data od	Data do	Realizujący	ID pobytu
1	05-07-2021 15:44	07-07-2021	Nowak A...	2571
2	08-07-2021		Nowak Anna	2572

Nowy pobyt

Data ostatniego pobytu od: 08-07-2021 do:

Data nowego pobytu od: 12-07-2021

Zakończ ostatni pobyt w dniu rozpoczęcia nowego

Zatwierdź Wyjście

Dane pobytu nr 1

Data od: 05-07-2021 15:44 Data do: 07-07-2021 Liczba dni: 3

Realizujący: Nowak Anna

Kod świadczenia: 3 Pobyt Wersja: rozp. MZ 23.12.2019

W zależności od tego, w jaki sposób skonstruowana jest posiadana przez świadczeniodawcę umowa, użytkownik powinien dokonać odpowiedniego ustawienia parametru **Zakończ ostatni pobyt w dniu rozpoczęcia nowego**. Po zatwierdzeniu zmian nowy pobyt zostanie dodany i będzie się wyświetlał jako odrębny rekord tabeli.

Jeżeli zmienił się lekarz realizujący lub kod świadczenia wg MZ (bądź wersja słownika kodów świadczeń), kolejnym krokiem jest dokonanie odpowiedniej modyfikacji na formacie danych hospitalizacji. Po zatwierdzeniu zmian nowe dane przypiszą się do ostatniego pobytu, natomiast wcześniejszy pobyt będzie zawierał dane poprzednie.

W razie konieczności zmiany danych wcześniejszego pobytu należy go zaznaczyć, a następnie dokonać odpowiedniej modyfikacji w zamieszczonej poniżej sekcji Dane pobytu nr (...).

W przypadku gdy zmianie uległ kod centralny komórki organizacyjnej, należy wprowadzić nowy pobyt, rozpoczynający się w dniu początku obowiązywania nowego kodu. Natomiast w oknie przeglądu [Struktury organizacyjnej](#) w danych komórki na zakładce **4. Kody** należy ustawić odpowiednio okresy obowiązywania starego i nowego kodu centralnego (Kodu wg NFZ).

20.4 Eksport danych hospitalizacji

20.4.1 Eksport świadczeń leczenia stacjonarnego

Sprawozdania świadczeń z zakresu leczenia stacjonarnego dokonuje się poprzez wykonanie [eksportu I-wszej fazy](#).

20.4.2 Eksport karty statystycznej

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Karta statystyczna](#)

Program mMedica umożliwia eksport Karty statystycznej do Centrum Zdrowia Publicznego, zapisywanej w formacie XML na dysku komputera w ścieżce wskazanej przez użytkownika. Karta statystyczna tworzona jest na podstawie wpisów dokonanych w Księdze głównej, pobyków otwartych i zakończonych. Karta może być generowana za okres miesiąca, kwartału lub półrocza, zgodnie z wartością wybraną w polu "Okres".

W celu dokonania eksportu Karty na dysk komputera należy:

1. W polu "Okres" wybrać okres czasu, za który mają zostać wyeksportowane dane.
2. W polu "Księga główna" wskazać księgę główną.
3. W sekcji *Dane nadawcy/odbiorcy* uzupełnić numery REGON.
4. Dodatkowo zaznaczyć opcję kompresowania pliku, jeśli jest to wymagane.
5. Wybrać przycisk **Eksportuj**, który uruchomi proces zapisywania danych na dysku.
6. Po zapisaniu pliku na dysku komputera należy umieścić go w zewnętrznym systemie informatycznym zgodnie z wymogami.

Eksport karty statystycznej do Centrum Zdrowia Publicznego ✕

Plik wyjściowy

Ścieżka do pliku: ...

Kompresuj plik

Zakres sprawozdania

Data sprawozdania: Okres: Rok:

Data: od do

Księga główna:

Dane nadawcy / odbiorcy

REGON nadawcy: REGON odbiorcy:

Postęp

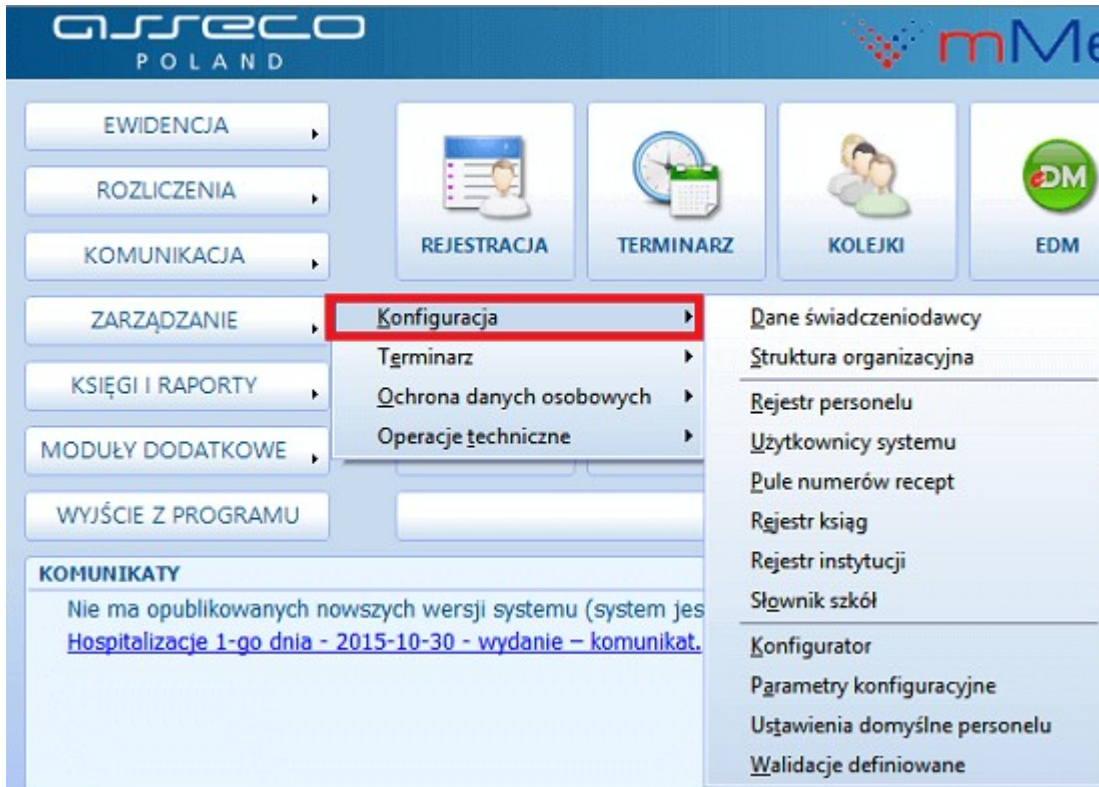
Konfiguracja programu

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

Przed rozpoczęciem pracy w programie należy dokonać jego poprawnej konfiguracji. W tym celu należy wybrać z menu głównego opcję **Zarządzanie**, a następnie **Konfiguracja**.

W menu **Konfiguracja** są dostępne m.in.:

- Dane Świadczeniodawcy
- Struktura organizacyjna
- Rejestr personelu
- Użytkownicy systemu
- Pule numerów recept
- Rejestr ksiąg
- Rejestr instytucji
- Słownik szkół
- Konfigurator
- Parametry konfiguracyjne
- Ustawienia domyślne personelu
- Walidacje definiowane



Szczegółowy opis w/w sekcji znajduje się w kolejnych podrozdziałach tej instrukcji.

21.1 Dane świadczeniodawcy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Dane Świadczeniodawcy](#)

Na formatce *Dane świadczeniodawcy* wprowadza się podstawowe dane świadczeniodawcy, który użytkuje oprogramowanie mMedica, jak np. nazwa, REGON, dane adresowe placówki, kody resortowe w odniesieniu do podmiotu leczniczego i zakładu leczniczego.

Zostały uwzględnione wytyczne dotyczące wymaganych kodów identyfikacyjnych jednostki organizacyjnej podmiotów leczniczych, zakładów leczniczych i praktyk zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych (zgodnie z przepisami o działalności leczniczej).

W związku z art. 17 c. ust. 3. ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w przypadku:

- a) Podmiotu prowadzącego działalność leczniczą wymagane jest uzupełnienie:
 - numeru NIP
 - 9-cio cyfrowego numeru REGON dla podmiotu leczniczego
 - 14-to cyfrowego numeru REGON dla zakładu leczniczego, gdzie pierwszych 9 cyfr jest tożsame z numerem REGON podmiotu
- b) Indywidualnej praktyki lekarskiej lub pielęgniarskiej/położniczej wymagane jest uzupełnienie:
 - numeru NIP praktyki (na zakładce *1. Podmiot leczniczy*)
 - kodu resortowego cz. I (numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)
 - kod właściwej izby okręgowej (pole "Kod izby")

Na zakładce **1. Podmiot leczniczy** w polu "Rodzaj podmiotu" istnieje możliwość jawnego wskazania odpowiedniego rodzaju podmiotu. Dostępna lista rozwijalna zawiera następujące wartości:

- Podmiot leczniczy

Konfiguracja programu

- Praktyka fizjoterapeutyczna
- Praktyka lekarska
- Praktyka pielęgniarska/położnicza

W zależności od wskazanego rodzaju podmiotu przy zapisie danych sprawdzane jest uzupełnienie numeru REGON zakładu leczniczego lub kodu izby.

W przypadku wyboru rodzaju podmiotu "Praktyka fizjoterapeutyczna" w polu "Kod izby" podpowiadany jest, bez możliwości edycji, kod 98 - Indywidualna Praktyka Fizjoterapeutyczna. Równocześnie blokowana jest edycja pola REGON na zakładce **2. Zakład leczniczy**.

W związku z tym, że dane uzupełniane na zakładkach *Podmiot leczniczy* oraz *Zakład leczniczy* pobierane są do wydruku rachunku/faktury, należy rzetelnie uzupełniać dane na formatce.

Na zakładce **2. Zakład leczniczy** uzupełnia się domyślne kody resortowe cz. VII i VIII, które wykorzystywane są do ewidencji skierowań. W przypadku włączenia w systemie funkcjonalności [wielozakładowości](#), na drugiej zakładce definiuje się dane dla każdego zakładu indywidualnie.

Dane świadczeniodawcy

1. Podmiot leczniczy **2. Zakład leczniczy** 3. Dane dodatkowe

Dane identyfikacyjne

Rodzaj podmiotu: Podmiot leczniczy

Nazwa: * NZOZ

REGON: 000000000 NIP: 111111111 BDO:

Konto bankowe

Adres

Kod poczt.: Miejscowość: Kod teryt.: 2469011 ... Katowice (miasto)

Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Telefon: Fax: E-mail:

Adres do korespondencji

Kod poczt.: Miejscowość:

Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Telefon: Fax: E-mail:

Kod resortowy / wpis do RPWDL

Część I/nr wpisu: Kod izby: ...

Część III: ...

Część IV: ...

Zatwierdź Wyjście

W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica w powyższym oknie w polu "Konto bankowe" w danych podmiotu leczniczego oraz w polu "Konto" w danych zakładu leczniczego umożliwiono korzystanie ze słownika kont bankowych, otwieranego przyciskiem . W słowniku tym użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia, może dodawać pozycje zawierające dane takie jak numer konta oraz nazwa banku. Wybrane

we wspomnianych polach konta będą uwzględniane na wydrukach rachunków/faktur wystawianych dla kontrahenta w ramach funkcjonalności Modułu Komercyjnego/Komercji.

21.2 Struktura organizacyjna

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

Po przejściu do powyższej lokalizacji zostanie otwarta formatka *Przegląd struktury organizacyjnej*, w której jest prezentowana lista wszystkich komórek organizacyjnych istniejących w programie.

W zależności od ustawionego parametru, struktura organizacyjna będzie aktualizowana automatycznie na podstawie [umowy elektronicznej](#) zaczytanej do mMedica lub użytkownik będzie aktualizował ją ręcznie.

Aby samodzielnie wprowadzić komórkę organizacyjną do struktury, należy wybrać przycisk "**Nowy**", który spowoduje otwarcie w dolnej części okna pola umożliwiającego edycję (sekcja „Nowa komórka organizacyjna”).

Za pomocą panelu nawigacji "**Wyszukiwanie zaawansowane**" znajdującego się po lewej stronie ekranu, istnieje możliwość wyszukania komórek organizacyjnych na podstawie nazwy, numeru umowy lub roku, w którym dana komórka obowiązywała. Odznaczenie pola "**Tylko aktualne**" powoduje wyświetlenie komórek organizacyjnych, które zostały dezaktywowane poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Czy aktualne" na zakładce **1. Dane podstawowe**.

W danych komórki organizacyjnej istnieje podział na 5 zakładek:

Zakładka **1. Dane podstawowe**

Na zakładce należy wprowadzić dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

W przypadku dodania nowej komórki organizacyjnej należy wybrać przycisk "**Nowy**" i uzupełnić pole **Kod**, którego wartość powinna być unikalna.

Funkcje dodatkowe

Nowy Usun

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwa:

Rok: 2016

Nr umowy:

Tylko aktualne

Zastosuj Wyczyść

Przegląd struktury organizacyjnej

Kod	Kod edycyjny	Nazwa
497	497	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII
7	POZ1	Gabinet lekarza POZ
501	501	Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej
503	503	Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej
498	498	OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ
500	500	Pielęgniarska Opieka Długoterminowa
499	499	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
494	494	PORADNIA ALERGOLOGICZNA

Komórka: Gabinet lekarza POZ

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

Kod: * 7 Kod edycyjny: * POZ1

Nazwa: * Gabinet lekarza POZ

Kod resortowy cz. III: ...

Kod resortowy cz. VI: ...

Kod resortowy cz. V: * 01 Nazwa jednostki org.: ...

Kod resortowy cz. IX: ...

Kod resortowy cz. X: ...

Czy aktualne

Zakładka 2. Dane adresowe

Na zakładce należy wprowadzić dane adresowe komórki organizacyjnej.

Uwaga! Aby na receptach był drukowany numer telefonu poradni, należy uzupełnić pole **Telefon**.

Komórka: Gabinet lekarza POZ

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

Ulica: Wojewódzka

Kod pocztowy: 40-001 Miejscowość: Katowice

Kod terytorialny: 2469011 ... Katowice (miasto)

Telefon: 32 100 00 00 Fax: E-mail:

Zakładka 3. Dane dodatkowe

Aby uzyskać dostęp do zeskanowanych dokumentów, należy w strukturze organizacyjnej wskazać ścieżkę do folderu dokumentacji archiwalnej. Funkcjonalność została szczegółowo opisana w rozdziale: [Archiwum](#). Zaznaczenie parametru "**Wyliczaj dni udzielenia świadczenia dla oddziału dziennego**" spowoduje zmianę sposobu wyliczania dni w opiece dziennej - w wyliczaniu dni pomijane będą soboty i dni ustawowo wolne od pracy.

Komórka: Gabinet lekarza POZ

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

Folder dokumentacji archiwalnej: C:\Archiwum ... Utwórz strukturę folderów

Wyliczaj dni udzielania świadczenia dla oddziału dziennego

Informacje dodatkowe:

Zakładka 4. Kody

Na zakładce "4. Kody" dokonuje się powiązania wprowadzonej komórki organizacyjnej z kodem centralnym (Kod wg NFZ) oraz odpowiednimi kodami resortowymi cz. VII i VIII. Istnienie aktualnego kodu wg NFZ na bieżący rok rozliczeniowy w strukturze organizacyjnej jest wymagane do prawidłowego ewidencjonowania wizyt w aplikacji mMedica. W przypadku braku kodu centralnego ewidencja świadczeń w Uzupełnianiu świadczeń lub Gabinetecie będzie niemożliwa.

Komórka: Poradnia stomatologiczna

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

*	Kod wg NFZ	Kod res. cz. VII	Kod res. cz VIII	Data od	Data do
	161000	000	1800	01-01-2019	31-12-2019
	161000	000	1800	01-01-2020	31-12-2020
▶	161000	000	1800	01-01-2021	31-12-2021

Aby do wybranej komórki organizacyjnej dodać aktualny kod wg NFZ, należy wybrać przycisk **"Dodaj"**. Otwarte zostanie okno słownikowe "Kody NFZ w strukturze organizacyjnej" zawierające listę kodów zaimportowanych do programu wraz z elektroniczną wersją umowy.

Kod	Nazwa	Kod res. cz. ...	Kod res. cz. VII	Data od	Data do
00000	Komercja				
161000	PORADNIA STOMATOLOGICZNA	1800	000	01-01-2021	31-12-2021

Z dostępnej listy należy wybrać odpowiednią wartość dwuklikiem lub za pomocą przycisku **"Wybierz (F5)"**. Po dokonaniu wyboru ze słownika, pozycja pojawia się na zakładce **4. Kody** z uzupełnionymi danymi, jak: kod wg NFZ, kod resortowy cz. VII i VIII, daty obowiązywania. Dzięki powiązaniu komórki organizacyjnej z właściwym kodem centralnym będzie można wybrać odpowiedni zakres świadczeń i świadczenie w danych pozycji rozliczeniowej wizyty zrealizowanej w tej komórce.

Uwaga! Na zakładce "4. Kody" danej komórki organizacyjnej może znajdować się więcej niż jedna pozycja dotycząca danego roku sprawozdawczego (w zależności od potrzeb wynikających ze zmian). Okresy obowiązywania kodów nie mogą się nakładać. Okres obowiązywania kodu określony jest w kolumnach **"Data od"** i **"Data do"**.

Usunięcie pozycji

Aby usunąć komórkę ze struktury organizacyjnej, należy zaznaczyć ją na liście i użyć przycisku **"Usuń"** (znajdującego się w górnej części okna). Wyświetlony zostanie komunikat (zdz. poniżej), żądający potwierdzenia chęci usunięcia danych przez użytkownika. Ze względu na występowanie wielu powiązań między komórką a danymi ewidencjonowanymi w programie, nie ma możliwości całkowitego usunięcia komórki. Wybranie przycisku "Tak" spowoduje oznaczenie komórki jako nieaktualnej, dzięki czemu w każdej chwili będzie możliwe jej przywrócenie.

Nie można usunąć danych.
Czy chcesz ustawić pozycję na nieaktualną?

Tak Nie

21.3 Rejestr personelu

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

Przejdźcie do powyższej lokalizacji otworzy formatkę **Przegląd listy personelu**, umożliwiającej dodanie nowej osoby do rejestru personelu - co czyni się zazwyczaj podczas wprowadzania nowego użytkownika systemu. Rejestr personelu jest rozumiany jako personel medyczny, który bierze udział w realizacji świadczeń.

W aplikacji mMedica rozróżnia się 2 grupy personelu:

- **Personel wewnętrzny** - tzw. personel własny, wykazywany jako personel realizujący świadczenia w placówce. Personel wewnętrzny jest zawsze powiązany z użytkownikiem systemu mMedica.
- **Personel zewnętrzny** - personel nie świadczący usług w placówce. Personelem zewnętrznym jest np. lekarz z innej placówki wystawiający skierowanie, z którym zgłasza się pacjent.

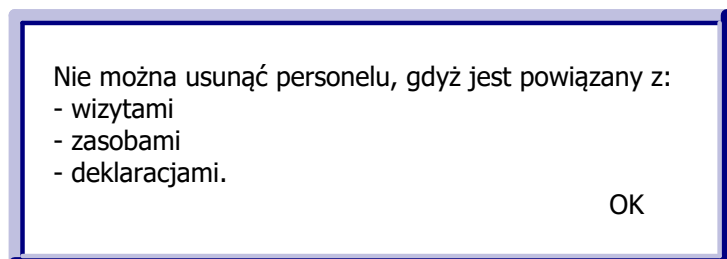
The screenshot displays the 'Przegląd Listy Personelu' (Personnel List Overview) screen in the mMedica application. On the left, there is a 'Wyszukiwanie zaawansowane' (Advanced Search) panel with filters for 'Nazwisko' (Last Name) set to 'NOWAK', 'Nr prawa wyk. zawodu' (Professional License No.), 'Grupa' (Group) set to 'Personel wewnętrzny' (Internal Personnel), and 'Rodzaj personelu' (Personnel Type). A 'Tylko aktualne' (Only Active) checkbox is checked. Below the search panel are 'Zastosuj' (Apply) and 'Wyczyść' (Clear) buttons. The main area shows a table with one entry: 'Nowak Anna', 'PESEL', 'Lekarz' (Physician), and 'Personel wewnętrzny'. Below the table, the 'Osoba personelu – Nowak Anna' (Personnel Profile) is shown with tabs for '1. Dane podstawowe' (Basic Data), '2. Dane adresowe' (Address Data), '3. Dane dodatkowe' (Additional Data), and '4. Uprawnienia' (Permissions). The 'Dane podstawowe' tab is active, showing fields for 'Grupa' (Personel wewnętrzny), 'Użytkownik' (NOWAKA - Nowak Anna), 'Nazwisko' (Nowak), 'Imiona' (Anna), 'PESEL', 'Rodzaj' (Lekarz), 'Tytuł naukowy', 'Numer prawa wyk. zawodu', and 'Czy aktualne' (checked).

Po lewej stronie ekranu znajduje się panel **Wyszukiwanie zaawansowane**, który pozwala wyszukiwać osoby personelu za pomocą nast. filtrów: nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, grupa (personel wewnętrzny/zewnętrzny), rodzaj personelu (np. lekarz, psychoterapeuta, logopeda).

W górnej części okna jest prezentowana lista wszystkich osób personelu według zadanych warunków wyszukiwania. Podświetlenie wybranej osoby na liście powoduje wyświetlenie jej danych szczegółowych w dolnym oknie formatki.

Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Nowy** - dodanie nowej osoby personelu. W dolnej części ekranu pojawi się formatka **Nowa osoba personelu**, którą należy uzupełnić.
- **Usuń** - usunięcie osoby personelu, która została zaznaczona na liście. Jeżeli osoba personelu jest powiązana z aktywnymi rozliczeniami, skierowaniami etc. jej usunięcie jest niemożliwe - w takiej sytuacji personel można oznaczyć jako nieaktualny (zdz. poniżej).



- **Harmonogram** - harmonogram wybranej osoby personelu. Przycisk będzie nieaktywny, jeśli na liście personelu zostanie zaznaczony personel zewnętrzny.
- **Historia zmian** - historia zmian danych wybranej osoby personelu - prezentująca szczegółowe informacje o dacie i użytkowniku modyfikującym, dane oraz informacje o starej i nowej wartości.

Uwaga! W przypadku korzystania z funkcjonalności Terminarz, usunięcie personelu skutkuje usunięciem danych parametrów komórki w Terminarzu.

21.3.1 Dodanie personelu

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

W celu dodania nowej osoby personelu należy wybrać przycisk **"Nowy"** znajdujący się w górnym panelu okna. W dolnej części okna zostanie otwarta formatka **Nowa osoba personelu**, którą należy uzupełnić - pola bezwzględnie wymagane oznaczono gwiazdką (*).

Osoba personelu – Nowak Jan

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Uprawnienia 5. Medycyna pracy

Grupa: * Personel wewnętrzny

Użytkownik: * NOWAKA ... Nowak Jan

Nazwisko: * Nowak

Imiona: * Jan

PESEL: *

Rodzaj: * Lekarz

Tytuł naukowy: *

Numer prawa wyk. zawodu: * 5*****

Czy aktualne:

Limit deklaracji: 2500 Informuj o konieczności przepisania deklaracji na inny personel

Opis wybranych pól z zakładki 1. Dane podstawowe:

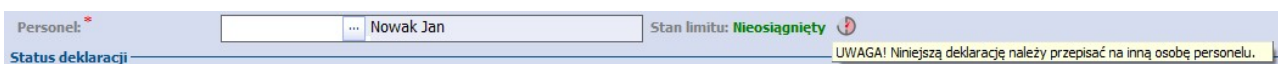
- **Grupa** - do wyboru są dwie grupy personelu:
 - a) **Personel zewnętrzny** - personel konieczny do ewidencji skierowań. Przez personel zewnętrzny należy rozumieć osoby, które nie świadczą usług zdrowotnych w placówce. Personelem zewnętrznym jest np. lekarz innego zakładu, który wystawia skierowanie, z którym pacjent zgłasza się do placówki. Personelu zewnętrznego nie przypisuje się do użytkownika systemu.
 - b) **Personel wewnętrzny** - personel własny, zatrudniony w placówce. Personel wewnętrzny jest zawsze powiązany z użytkownikiem systemu mMedica.
 - **Użytkownik** - pole jest aktywne w przypadku ewidencji użytkownika wewnętrznego. Po wybraniu przycisku wyboru [...] otwarte zostanie okno "Użytkownicy bez przypisanego personelu", prezentujące listę użytkowników nie powiązanych z personelem. Wybranie użytkownika z listy powoduje powiązanie go z osobą personelu.
- Uwaga!** Użytkownik systemu może zostać przypisany tylko do jednej osoby z rejestru personelu.
- **Rodzaj** - z listy rozwijanej należy wybrać właściwy rodzaj personelu medycznego (np. lekarz, lekarz dentyista, psycholog itd.). W wersji 10.3.0 aplikacji mMedica do listy dodano rodzaje: "Pedagog", "Psychoterapeuta dzieci i młodzieży".
 - **Czy aktualne** - pole domyślnie zaznaczone. Usunięcie zaznaczenia powoduje dezaktywację wybranej osoby personelu.

Na powyższej zakładce istnieje możliwość ustawienia limitu deklaracji składanych do personelu. Służy do tego pole "Limit deklaracji". W polu tym podpowiadane są przez program następujące wartości limitów: 2500 dla personelu w rodzaju "Lekarz" lub "Pielęgniarka", 6600 dla personelu w rodzaju "Położna". W razie konieczności dane te można zmodyfikować.

Istnieje także możliwość włączenia informowania o konieczności przepisania deklaracji na inny personel (na przykład w związku z zakończeniem świadczenia usług w placówce przez daną osobę personelu). Dokonuje się tego poprzez zaznaczenie parametru **"Informuj o konieczności przepisania deklaracji na inny personel"** (zaznaczany automatycznie przy dezaktywacji personelu z przypisanymi deklaracjami, pod warunkiem aktywnego uprawnienia do edycji parametru).

Uwaga! Pole "Limit deklaracji" oraz parametr **"Informuj o konieczności przepisania deklaracji na inny personel"** są dostępne w wersji **Plus** ("+") programu. Natomiast ich edycja jest możliwa, jeżeli zalogowany użytkownik posiada w swoich danych w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)) na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi [Deklaracje](#) włączone uprawnienie **"Definicja limitów osób objętych opieką"**.

Na podstawie ustalonego limitu i liczby deklaracji złożonych do personelu będzie się wyświetlać odpowiednia informacja o stanie limitu w oknie [Limity osób objętych opieką](#) oraz w oknie deklaracji przy danych personelu (przykład poniżej).



Natomiast jeżeli został włączony parametr **"Informuj o konieczności przepisania deklaracji na inny personel"**, obok informacji o stanie limitu, niezależnie od tego, jaką przyjmie on wartość, widoczna będzie ikona powiadniająca o konieczności przepisania deklaracji na inną osobę personelu (zdy. powyżej). Po najechaniu na ikonę kursorem myszy zostanie wyświetlona stosowna informacja.

Wspomniana ikona widoczna będzie również w oknie przeglądu deklaracji w obszarze prezentacji informacji o pacjencie (u dołu ekranu) w oknie *Leczenie* w sekcji [Deklaracje](#), przy danych deklaracji przypisanej do personelu, dla którego włączono parametr, a także w oknie *Terminarza* w szczegółach rezerwacji pacjenta, który ma złożoną deklarację do takiego personelu.

W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica w ścieżce [Zarządzanie > Konfiguracja > Parametry konfiguracyjne](#) dodano parametr o kodzie **SLU\UKRYJ_PESEL_PERS** i nazwie "Ukrycie PESEL-u w słowniku personelu". Ustawienie dla niego wartości "Tak" spowoduje ukrycie kolumny z numerami PESEL w słowniku

wyświetlanym przy wyborze personelu, na przykład w oknie uzupełniania świadczeń lub w oknie uzupełniania danych deklaracji.

Opis wybranych pól z zakładki 2. Dane adresowe:

Na zakładce 2. *Dane adresowe* należy wprowadzić dane adresowe lekarza. Dane te będą drukowane na recepcie komercyjnej, jeśli w puli numerów recept zostanie zaznaczona opcja "Drukuj dane lekarza w nagłówku recepty".





- **Telefon/e-mail** - uzupełnienie nr telefonu lub adresu email konieczne jest do wystawienia recepty transgranicznej. Wprowadzony numer telefonu będzie również drukowany na recepcie refundowanej w sekcji *Dane i podpis lekarza*.
- **Umieść dane kontaktowe na dokumentach PIK HL7 CDA** - parametr dodany w wersji 10.3.0 aplikacji mMedica (zastąpił parametr **Umieść dane kontaktowe na recepcie**) - po jego włączeniu numer telefonu personelu umieszczany będzie we wszystkich wystawianych przez niego dokumentach PIK HL7 CDA. Jeżeli parametr będzie wyłączony, numer ten zawierać będą jedynie wystawiane przez ten personel recepty transgraniczne oraz recepty pro auctore/familia.
Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica adres personelu wystawiającego umieszczany jest tylko w dokumencie recepty pro auctore/familia, niezależnie od konfiguracji powyższego parametru.

Opis wybranych pól z zakładki 3. Dane dodatkowe:

- **Grupy zawodowe** - należy dodać grupę zawodową personelu. Jeśli na zakładce 1. *Dane podstawowe* zostanie wybrany rodzaj personelu "Lekarz", to grupa zawodowa zostanie domyślnie uzupełniona. W innym przypadku należy ręcznie dodać grupę zawodową i uzupełnić NPWZ. Wybranie przycisku **Nowy** powoduje dodanie nowego rekordu, gdzie z listy rozwijanej należy wybrać odpowiednią wartość.
- **Specjalności** - należy dodać specjalizację personelu. Wybranie przycisku **Nowy** powoduje dodanie nowego rekordu, gdzie za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać specjalność zawodową personelu medycznego.

Jeśli nazwa specjalizacji personelu ma być nanoszona na wydrukach recept i skierowań wystawianych w wybranych komórkach org., należy w odpowiednim rekordzie dot. specjalności wybrać wartość w kolumnie "Kod res. cz. VIII". Specjalizacje bez powiązania z komórką organizacyjną będą nanoszone na wydrukach we wszystkich komórkach, w których lekarz realizuje świadczenia.

- **Niestandardowe opisy:**
 - **Na recepcie** - wartość wprowadzona w polu będzie drukowana na recepcie w sekcji *Dane i podpis osoby uprawnionej*. W opisie należy wprowadzić pełne dane, które mają znaleźć się w tej sekcji tj. imię i nazwisko lekarza, NPWZ, nazwa specjalizacji.
 - **Na skierowaniu i zaleceniach** - wartość wprowadzona w polu będzie drukowana na skierowaniu tuż pod kodem kreskowym, zamiast dotychczasowych danych: imię i nazwisko lekarza, specjalizacja, NPWZ oraz na zaleceniach drukowanych z Gabinetu.
 - **W hospitalizacji** - wartość wprowadzona w polu będzie nanoszona na wszystkich dokumentach drukowanych z Modułu Hospitalizacje w polach, gdzie widnieją dane lekarza.

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Uprawnienia
Grupy zawodowe			
Nazwa		Nr prawa wykonywania zawodu	
I. Lekarz			 
Specjalności			
Nazwa		Stopień	Kod res. cz. VIII
Lekarz – specjalista chorób wewnętrznych			
▶ Lekarz – specjalista chorób płuc			 
Niestandardowe opisy			
Na recepty:	Na skierowaniu i zaleceniach:	W hospitalizacji:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Opis parametrów z zakładki 4. Uprawnienia:

Na podstawie zaznaczenia poszczególnych parametrów, warunkowana jest możliwość wystawiania recept przez wybrane osoby personelu - pielęgniarki i położne lub lekarzy:

- **Wystawianie recept na bezpłatne leki dla seniorów** - wystawianie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [seniora](#).
- **Wystawianie recept na bezpłatne leki dla dzieci** - wystawianie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [dzieci](#).
- **Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży** - wystawianie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [kobiet w ciąży](#).
- **Wystawianie recept w ramach samodzielnej ordynacji** - wystawianie przez pielęgniarki/położne recept na podstawie puli w rodzaju samodzielna ordynacja. Parametr aktywny wyłącznie dla personelu w rodzaju "Pielęgniarka/położna".
- **Wystawianie recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich** - wystawianie przez pielęgniarki/położne recept na podstawie puli w rodzaju kontynuacja. Parametr aktywny wyłącznie dla personelu w rodzaju "Pielęgniarka/położna".

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Uprawnienia
Wystawianie recept			
<input checked="" type="checkbox"/>	Wystawianie recept na bezpłatne leki dla seniorów		
<input checked="" type="checkbox"/>	Wystawianie recept na bezpłatne leki dla dzieci		
<input checked="" type="checkbox"/>	Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży		
<input type="checkbox"/>	Wystawianie recept w ramach samodzielnej ordynacji		
<input type="checkbox"/>	Wystawianie recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich		

21.3.2 Dodanie personelu o różnych kwalifikacjach

Aplikacja mMedica umożliwia przypisanie do jednej osoby personelu kilku różnych kwalifikacji. Funkcjonalność ma na celu umożliwienie rozliczenia świadczeń z różnych poradni/zakresów udzielanych przez jedną osobę personelu.

Niniejsza instrukcja dla przykładu opisuje sposób ewidencji personelu posiadającego kwalifikacje psychologia i psychoterapeuty.

Po dodaniu nowego użytkownika systemu w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#), należy dodać nową osobę personelu wg instrukcji: [Dodanie personelu](#).

Następnie należy przejść na zakładkę **3. Dane dodatkowe** i w sekcji **Grupy zawodowe** dodać kwalifikacje personelu. W tym celu należy wybrać przycisk "Nowy" i z listy rozwijanej wybrać odpowiednią grupę zawodową, następnie zmiany zatwierdzić.

Powyższa konfiguracja pozwala na zmianę grupy zawodowej personelu podczas ewidencjonowania świadczeń, zgodnie z wymogami.

Na formatce Uzupełnianie świadczeń obok pola "Realizujący" znajduje się pole, w którym wyświetlany jest rodzaj personelu (grupa zawodowa) realizującego świadczenia. Domyślnie podpowiadana jest wartość, która została wprowadzona w polu **Rodzaj** w rejestrze personelu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu > zakładka 1. Dane podstawowe](#)). Natomiast po rozwinięciu listy ukażą się wszystkie grupy zawodowe, jakie zostały dodane.


21.3.3 Asystent medyczny

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

Program mMedica udostępnia możliwość skonfigurowania danych asystenta medycznego.

Powyższy rodzaj personelu musi być dodany jako personel wewnętrzny według wytycznych zawartych w rozdziale [Dodanie personelu](#). Ponadto należy w jego danych na zakładce **4. Uprawnienia** w sekcji **Asystent medyczny dla lekarzy** wskazać lekarza (lekarzy), który upoważnił go do wystawiania dokumentów w swoim imieniu.

The screenshot shows the configuration window for 'Asystent medyczny dla lekarzy'. It features several tabs: '1. Dane podstawowe', '2. Dane adresowe', '3. Dane dodatkowe', '4. Uprawnienia', and '5. Medycyna pracy'. Under 'Wystawianie recept', there are five unchecked checkboxes for different types of free prescriptions. Under 'Wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych', there is a list of names with a search bar and a green plus icon. The 'Asystent medyczny dla lekarzy' section contains a table with columns for 'Nazwisko i imię' and 'Nr upoważnienia do wystawiania' (with sub-columns for e-recept, e-skierowań, e-ZLA, and e-zleceń). The name 'Nowak Jan' is listed in the first column. A red box highlights the table header and the 'e-zleceń' column. A green plus icon is also highlighted in a red box on the right side of the table.

Dokonyje się tego poprzez wybór przycisku , a następnie w oknie słownika personelu wewnętrznego, który się wyświetli, odszukanie i wybranie danej pozycji.

Aby zbiorczo wybrać kilku lekarzy, należy za pomocą myszki i klawisza CTRL zaznaczyć w słowniku odpowiednie pozycje, a następnie nacisnąć **Wybierz (F5)**.

W kolumnie "Nr upoważnienia do wystawiania" istnieje możliwość wpisania identyfikatorów upoważnień nadanych w Rejestrze Asystentów Medycznych (RAM) dla poszczególnych typów dokumentów elektronicznych. Uzupełnione identyfikatory zostaną uwzględnione w Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, zgodnie z wytycznymi Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Możliwość uzupełnienia identyfikatora upoważnienia do wystawiania e-Zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne została udostępniona w wersji 9.10.0 aplikacji mMedica.

Jeżeli w przypadku przynajmniej jednego lekarza nie zostanie uzupełniony identyfikator dla żadnego z czterech rodzajów dokumentów, podczas zatwierdzania danych wyświetli się komunikat:

Brak numeru upoważnienia asystenta medycznego dla co najmniej jednego lekarza.
Kontynuować?

Tak Nie

W wersji 10.2.0 aplikacji mMedica dodano parametr **"Ograniczenie edycji danych tylko do przypisanych lekarzy"**. Jego włączenie spowoduje, że asystent medyczny nie będzie mógł edytować danych medycznych wizyty, hospitalizacji lub opieki dziennej realizowanej przez lekarza, który nie został wskazany w omawianej sekcji. W takim wypadku przy próbie edycji wyświetli się komunikat blokujący:

"Brak uprawnień do ewidencji danych w imieniu lekarza realizującego". Ponadto wiązać się to będzie z brakiem widoczności niektórych danych. Na przykład przy stosowaniu opcji zbiorczego podania leków w module "Hospitalizacje" (szczegóły w instrukcji obsługi modułu) użytkownik w raporcie podania leków nie będzie widział leków zleconych w hospitalizacji realizowanej przez lekarza, dla którego nie jest on asystentem.

Uwaga! Osoba personelu będąca asystentem medycznym musi mieć uzupełniony numer PESEL (zakładka **1. Dane podstawowe**).

Uwaga! Osobę spoza grupy personelu medycznego, pełniącą funkcję asystenta medycznego, należy dodać do rejestru personelu jako personel wewnętrzny w rodzaju: [Pracownik administracyjny](#). Pozostałej konfiguracji dokonuje się zgodnie z powyższym opisem.

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Uprawnienia
Grupa:	* Personel wewnętrzny		
Użytkownik:	* NOWAKA ... Nowak Anna		
Nazwisko:	* Nowak		
Imiona:	* Anna		
PESEL:	*		
Rodzaj:	* Pracownik administracyjny		
Tytuł naukowy:			
Numer prawa wyk. zawodu:			
Czy aktualne	<input checked="" type="checkbox"/>		

Użytkownik będący asystentem medycznym ma możliwość:

- [obsługi eZLA](#)
- [obsługi e-Skierowań](#)
- [obsługi e-Recept](#)
- [obsługi e-Zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne](#) - od wersji 9.10.0 aplikacji mMedica

przy czym wystawianie dokumentów odbywa się w imieniu lekarza (lekarz jest wskazany jako personel realizujący wizytę).

Asystent medyczny, aby móc wystawiać dokumenty elektroniczne, musi posiadać swój indywidualny podpis elektroniczny skonfigurowany zgodnie z opisem zamieszczonym w rozdziale [Wybór rodzaju podpisu elektronicznego dla użytkownika](#).

21.3.4 Pracownik administracyjny

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

W aplikacji mMedica istnieje możliwość konfiguracji danych pracownika administracyjnego.

Taką osobę personelu wprowadza się jako personel wewnętrzny według wytycznych zawartych w rozdziale [Dodanie personelu](#). W jej danych na zakładce **1. Dane podstawowe** z listy rozwijalnej w polu "Rodzaj" należy wybrać pozycję "Pracownik administracyjny" oraz wprowadzić w odpowiednim polu numer PESEL.

Użytkownik skonfigurowany jako pracownik administracyjny ma możliwość [pobierania e-Skierowań](#).

21.4 Użytkownicy systemu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#)

Formatka **Użytkownicy systemu** stanowi rejestr wszystkich użytkowników programu wraz z informacją o przypisanych im uprawnieniach. Zarządzanie użytkownikami może wykonywać jedynie osoba z nadanymi odpowiednimi uprawnieniami z zakresu administracji systemem.

Obsługa rejestru użytkowników obejmuje:

- Przegląd rejestru użytkowników
- Wprowadzenie, modyfikację oraz usunięcie pozycji
- Zaawansowane nadawanie uprawnień
- Podgląd statystyki użytkownika i historii zmian
- Zmianę hasła do programu
- Wprowadzenie danych do autoryzacji i zmiana hasła w systemach NFZ
- Wprowadzenie danych do autoryzacji usługą [Active Directory](#) oraz konfiguracja [podpisu elektronicznego](#)

W górnej części okna prezentowany jest rejestr użytkowników w postaci listy. Strzałka z lewej strony listy wskazuje, która pozycja jest obecnie przeglądana, a jej szczegółowe dane wyświetlane są w dolnej części okna.

Funkcje dodatkowe

Nowy użytkownik Usun' użytkownika Zmiana hasła Grupy uprawnień Historia zmian danych Historia zmian uprawnień Statystyka

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwisko:

Użytkownik (login):

Grupa użytkowników:

Osoba personelu:

Login eWUŚ:

Data dodania: od: do:

Tylko aktywni

Zastosuj Wyczyść

Zarządzanie użytkownikami systemu

Użytkownik (login)	Nazwisko, imię	Osoba personelu	Data dodania	Aktywny	Grupa funkcjonalna	Grupa raportów
ADMIN1	Administrator, Pierwszy		04-07-2007 13:07:58	<input checked="" type="checkbox"/>		
UZYTKOWNIK1	Nowak, Jakub	Nowak Jakub	14-11-2022 12:54:5	<input checked="" type="checkbox"/>	Pełne uprawnienia	Pełne

Nowak Jakub (UZYTKOWNIK1)

1. Dane użytkownika 2. eRejestracja / Systemy NFZ 3. Autoryzacja 4. Uprawnienia do danych 5. Uprawnienia funkcjonalne 6. Uprawnienia

Użytkownik (login): * UZYTKOWNIK1 Aktywny Zablokowany

Imię: * Jakub Nazwisko: * Nowak

Osoba personelu: 19782 ... Nowak Jakub

Ostatnie logowanie: 14-11-2022 14:10:26 Czas pracy: 0:00:40

Kod kasjera:

Uwagi:

Tel. komórkowy:

e-mail:

21.4.1 Dodanie użytkownika

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [1. Dane użytkownika](#)

Aby dodać nowego użytkownika programu należy wybrać przycisk **Nowy użytkownik**, znajdujący się w górnej części ekranu. W dolnej części formatki zostanie wyświetlone okno *Nowy użytkownik*, które należy uzupełnić. Pola bezwzględnie wymagane oznaczono gwiazdką (*).

Nowy użytkownik Usun użytkownika Zmiana hasla Grupy uprawnień Historia zmian danych Historia zmian upr

Zarządzanie użytkownikami systemu

Użytkownik (login)	Nazwisko, imię	Osoba personelu	Data dodania	Aktywny	Grupa funkcyjna
ADMIN1	Administrator, Pierwszy		04-07-2007 13:07:58	<input checked="" type="checkbox"/>	
UZYTKOWNIK1	Nowak, Jakub	Nowak Jakub	14-11-2022 12:54:5	<input checked="" type="checkbox"/>	

Nowy użytkownik

1. Dane użytkownika 2. eRejestracja / Systemy NFZ 3. Autoryzacja 4. Upewnienia do danych 5. Uprawnienia

Użytkownik (login): * UZYTKOWNIK2 Aktywny Zablokowany

Imię: * Nazwisko: *

Osoba personelu: ...

Ostatnie logowanie: Czas pracy:

Kod kasjera:

Uwagi:

Tel. komórkowy:

e-mail:

Opis poszczególnych pól na zakładce 1. Dane użytkownika:

- **Użytkownik (login)** – login użytkownika, za pomocą którego będzie następować logowanie do programu. Login musi składać się z min. 3 znaków.
- **Parametr „Aktywny”** – usunięcie zaznaczenia powoduje dezaktywację użytkownika (nie będzie widoczny na głównej liście użytkowników systemu). Dezaktywowanego użytkownika można w każdej chwili przywrócić, poprzez zaznaczenie pola "Aktywny" [✓].
- **Osoba personelu** – w polu wyświetla się osoba personelu powiązana z użytkownikiem systemu. [Powiązania](#) dokonuje się po utworzeniu użytkownika i przejściu w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#).
- **Kod kasjera** – wykorzystywane w Module Komercyjnym. Wprowadzony kod kasjera (max. 2 cyfrowy)

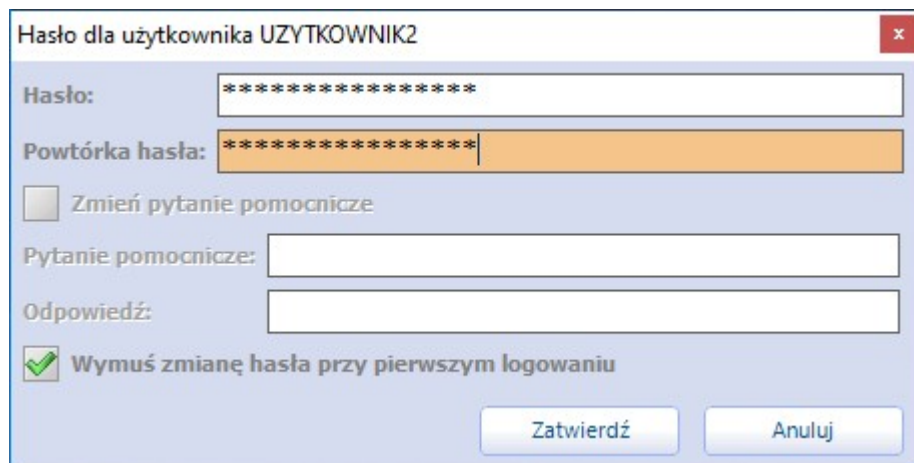
będzie widnieć na paragonach drukowanych na drukarce fiskalnej za udzielone świadczenia komercyjne.

- **Uwagi** - pole dodane w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica. Służy do wprowadzenia dodatkowych uwag dotyczących użytkownika.
- **Tel. komórkowy** oraz **e-mail** - pola dodane w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica dla potrzeb funkcjonalności resetowania hasła.

Jeżeli użytkownik posiada uprawnienia do pobierania statusu eWUŚ, należy uzupełnić dane logowania na zakładce 2. eRejestracja / Systemy NFZ. Szczegółowy opis konfiguracji konta eWUŚ znajduje się w rozdziale: [Konfiguracja konta eWUŚ w aplikacji mMedica](#).

Kolejnym krokiem, po uzupełnieniu danych podstawowych na zakładce 1. *Dane użytkownika*, jest nadanie użytkownikowi [uprawnień](#) do systemu - a więc zdefiniowanie dostępu do wybranych funkcji, raportów i formularzy.

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica zmienił się sposób nadawania hasła użytkownikowi. Po zatwierdzeniu danych dodawanego użytkownika wyświetli się okno umożliwiające zdefiniowanie hasła, za pomocą którego użytkownik będzie mógł się zalogować do programu. Hasło musi składać się z min. 12 znaków. Jeżeli przy pierwszym logowaniu ma zostać wymuszona zmiana hasła, należy zaznaczyć odpowiedni parametr, dostępny na dole okna.



Uwaga! Podczas wprowadzania loginu i hasła nie można używać polskich liter. Dozwolone są tylko znaki alfanumeryczne (cyfry i litery).

21.4.2 eRejestracja / Systemy NFZ

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 2. eRejestracja / Systemy NFZ

Zakładka **2. eRejestracja / Systemy NFZ** służy do edycji danych logowania personelu do portalu eRejestracji w module eRejestracja + oraz danych logowania do następujących systemów NFZ:

- AP-KOLCE
- DILO
- eWUŚ
- eZWM
- SIMP

w zależności od tego, do których z nich dana osoba ma uprawnienia.

The screenshot shows the configuration window for 'Systemy NFZ'. The 'Dostępne systemy' dropdown menu is expanded, showing the following options:

- AP-KOLCE
- DiLO
- eWUŚ
- eZWM
- SIMP

Other visible fields include 'Użytkownik', 'Hasło', 'Powtórz hasło', 'Login', 'Hasło', 'Powtórz hasło', 'Ostatnia zmiana', 'Zablokuj przez: (minut)', 'Nie aktualizuj danych na serwerze', and 'SIMP Login'.

W sekcji Systemy NFZ w polu "Dostępne systemy", poprzez zaznaczenie odpowiednich pozycji na liście rozwijalnej, należy wskazać, do jakich systemów Narodowego Funduszu Zdrowia użytkownik aplikacji mMedica ma mieć dostęp. W pozostałych polach należy uzupełnić dane logowania użytkownika do tych systemów. Będą one wykorzystywane przez program podczas czynności takich jak:

- weryfikacja statusów uprawnień pacjentów w systemie eWUŚ - w przypadku wyboru jako dostępnego systemu eWUŚ,
- operacje na harmonogramach przyjęć sprawozdawanych do AP-KOLCE- w przypadku wyboru jako dostępnego systemu A-KOLCE,
- wysyłanie elektronicznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne - w przypadku wyboru jako dostępnego systemu eZWM,
- komunikacja z systemem DILO ([karta DILO](#)) - funkcjonalność udostępniona w wersji 9.1.0 aplikacji mMedica,
- komunikacja z systemem SIMP ([karta ChUK](#)) - funkcjonalność udostępniona w wersji 9.1.0 aplikacji mMedica.

W wersji aktualizacji 10.1.0 wprowadzono możliwość zmiany hasła w systemie SIMP poprzez aplikację mMedica. Zmienił się również sposób wprowadzania hasła do tego systemu w programie (w sekcji SIMP). Obecnie, jeżeli dane logowania nie były wcześniej podane, po uzupełnieniu pola "Login" aktywny staje się przycisk **Podaj hasło**. Po jego wybraniu wyświetlone zostanie okno, w którym należy dwukrotnie wpisać hasło, a następnie zatwierdzić dane.

Po wprowadzeniu hasła nazwa wspomnianego przycisku zmieni się na **Zmień hasło**. Od tego momentu jego wybór będzie uruchamiał okno zmiany hasła (zdj. poniżej).

The dialog box titled 'Zmiana hasła w SIMP' contains the following elements:

- Field: **Hasło:**
- Field: **Powtórz hasło:**
- Checkbox: Nie aktualizuj danych na serwerze
- Buttons: **Zatwierdź** and **Anuluj**

W celu dokonania zmiany hasła należy w powyższym oknie wpisać dwukrotnie nowe hasło i nacisnąć **Zatwierdź**. Jeżeli czynność ta nie ma być powiązana z automatyczną aktualizacją hasła po stronie systemu SIMP, przed zatwierdzeniem należy zaznaczyć pole **"Nie aktualizuj danych na serwerze"**.

21.4.3 Uprawnienia do danych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [4. Uprawnienia do danych](#)

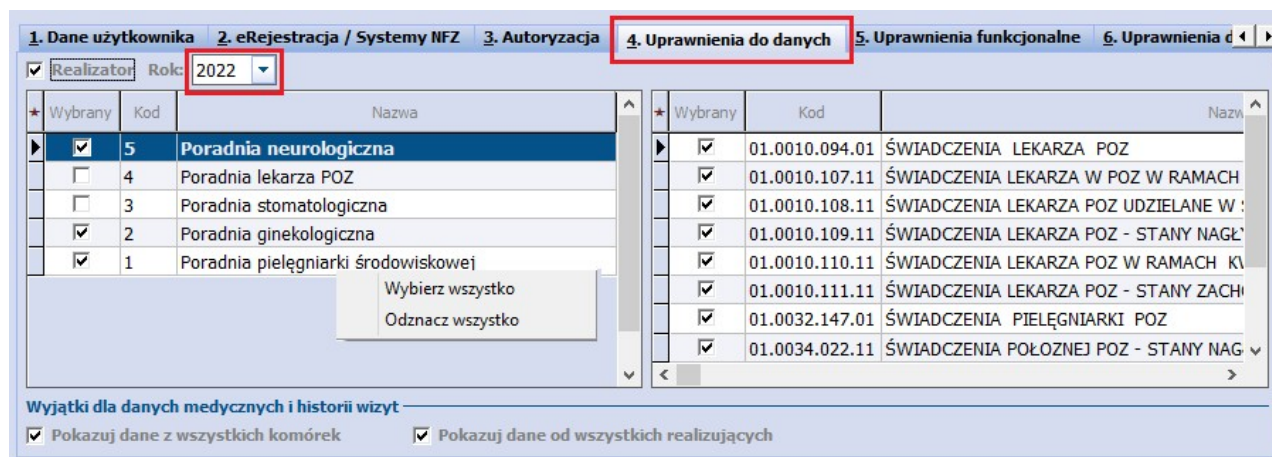
Wybranemu użytkownikowi systemu można ograniczyć dostęp do danych (statystycznych i rozliczeniowych), poprzez wybór komórek organizacyjnych (poradni) i zakresów świadczeń realizowanych w tych komórkach.

Zakładka 4. *Uprawnienia do danych* podzielona została na dwa okna:

- po lewej stronie znajduje się lista komórek organizacyjnych istniejących w systemie
- po prawej stronie znajduje się lista zakresów świadczeń na podstawie zacytowanej umowy elektronicznej

Pole "Rok" umożliwia filtrowanie komórek po roku ich obowiązywania (domyślnie ustawiony jest bieżący). Po wyborze z dostępnej listy rozwijalnej odpowiedniej pozycji zostaną wyświetlone tylko komórki posiadające w strukturze organizacyjnej kody z okresem obowiązywania obejmującym wskazany rok.

Wszystkie wartości znajdujące się w oknach są domyślnie zaznaczone (w kolumnie "Wybrany" znajduje się zaznaczenie [✓]), co oznacza, że użytkownik posiada pełne uprawnienia. W celu zbiorczego dodania lub usunięcia zaznaczenia należy kliknąć w dowolny rekord prawym przyciskiem myszki i wybrać jedną z dostępnych opcji.



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.

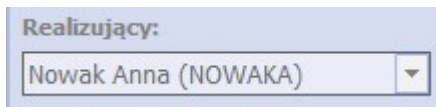
Jeśli nie będą wprowadzone inne ograniczenia dostępu do ww. funkcjonalności, użytkownik taki będzie mógł przeglądać, ewidencjonować i modyfikować świadczenia w "przydzielonych mu" komórkach i zakresach.

Np. Anna Nowak - lekarz alergolog będzie miała dostęp do komórki organizacyjnej o nazwie "PORADNIA ALERGOLOGICZNA" i zakresu świadczeń "Świadczenia w zakresie alergologii". Tak zdefiniowane uprawnienia dla dr Nowak zapewnią jej dostęp do wszystkich świadczeń z zakresu świadczeń alergologicznych, zrealizowanych w poradni alergologicznej.

- **Realizator** - opcja przeznaczona jest dla użytkowników posiadających przypisaną osobę personelu. 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).

Filtry i pola "**Realizujący**" zostaną wyszarzone, bez możliwości zmiany realizującego (zdj. poniżej).



The image shows a screenshot of a software interface. At the top, there is a label 'Realizujący:' in a light blue box. Below it is a dropdown menu with a white background and a grey border. The text 'Nowak Anna (NOWAKA)' is visible in the menu, and a small downward-pointing arrow is on the right side of the menu box.

- **Pokazuj dane z wszystkich komórek, Pokazuj dane od wszystkich realizujących** - zaznaczenie daje dostęp do historii wizyt i danych medycznych dla wszystkich komórek i wszystkich realizujących, niezależnie od zaznaczenia checkbox'a w kolumnie "Wybrany". Historia wizyt dostępna jest z poziomu Gabinetu lub Kartoteki pacjentów ([Funkcje dodatkowe](#) > [Historia wizyt](#)).

21.4.4 Uprawnienia funkcjonalne

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. Uprawnienia funkcjonalne

Dzięki odpowiedniemu zdefiniowaniu uprawnień funkcjonalnych, można dodać/ograniczyć użytkownikowi dostęp do wykonywania szeregu czynności w systemie mMedica. Przykładowo, osobie odpowiedzialnej za rozliczanie świadczeń należy nadać uprawnienia do rozliczeń i komunikacji, ograniczając tym samym uprawnienia do administracji systemem, które zarezerwowane są dla administratora placówki.

Wyróżniono następujące grupy uprawnień:

- Administracja systemem
- Dane medyczne
- Deklaracje
- eArchiwum
- Elektroniczna Dokumentacja Medyczna
- eRecepta
- eSkierowanie
- eWyniki
- Harmonogram przyjęć
- Komunikacja
- Koszty
- Księgi i raporty
- Moduł obsługi komercyjnej
- Obrót produktami leczniczymi
- Obsługa rejestru pacjentów
- Raporty i druki
- Rozliczenia
- Terminarz
- Zarządzanie instytucją

The screenshot displays the 'Zarządzanie użytkownikami systemu' (User Management) interface. At the top, there are navigation buttons: 'Nowy użytkownik', 'Usuń użytkownika', 'Zmiana hasła', 'Grupy uprawnień' (highlighted in red), 'Historia zmian danych', 'Historia zmian uprawnień', and 'Statystyka'. Below this is a search bar and a table of users. The table has columns: 'Użytkownik (login)', 'Nazwisko, imię', 'Osoba personelu', 'Data dodania', 'Aktywny', and 'Grupa funkcjonalna'. The user 'NOWAKA' is selected. Below the table, the configuration for 'Nowak Jakub (UZYTKOWNIK1)' is shown. It includes a dropdown for 'Grupa użytkowników' set to 'Kierownik'. Under 'Nadane uprawnienia', there is a tree view of permissions. The 'Uprawnienia' section is expanded, showing 'Administracja systemem' (with sub-items like 'Dopisanie użytkownika systemu', 'Dostępność opcji pilna wiadomość w poczcie wewnętrznej', etc.) and 'Dane medyczne' (with sub-items like 'Autoryzacja danych wizyty/hospitalizacji', 'Drukowanie recept RPW', etc.). The 'Uprawnienia funkcjonalne' tab is highlighted in red.

Nadania uprawnień dokonuje użytkownik posiadający uprawnienia administratora:

1. Poprzez ręczne zaznaczenie na liście odpowiedniego uprawnienia [✓]
2. Poprzez nadanie określonej grupy uprawnień (pole "Grupa użytkowników"). W programie mMedica domyślnie zdefiniowano 5 grup uprawnień:
 - Kierownik
 - Lekarz
 - Pełne uprawnienia
 - Rejestracja i rozliczenia
 - Zewnętrzny personel medyczny

Zgodnie z wprowadzanymi zmianami, nazwy uprawnień są zaznaczane następującymi kolorami:

- kolorem **zielonym** - uprawnienia, które zostały nadane użytkownikowi
- kolorem **czerwonym** - uprawnienia, które zostały odebrane użytkownikowi

Grupy uprawnień są dostępne po rozwinięciu listy, znajdującej się w polu "Grupa użytkowników". Dzięki temu rozwiązaniu można w prosty sposób nadać uprawnienia użytkownikowi, zgodnie z wykonywaną przez niego funkcją (np. lekarzowi nadać grupę **Lekarz**, a pracownikowi rejestracji grupę **Rejestracja i rozliczenia**).

Grupy uprawnień i uprawnienia jakie zostały im nadane, zostały domyślnie zdefiniowane - w celu ich podejrzenia należy wybrać przycisk **Grupy uprawnień**, znajdujący się w górnym panelu formatki. Otwarte zostanie nowe okno *Obsługa grup użytkowników*, prezentujące listę utworzonych grup oraz uprawnienia, jakie zostały im nadane.

Systemowych grup uprawnień nie można modyfikować (lista uprawnień została wyszarzona). Za pomocą przycisku **Nowa grupa** można utworzyć nową, własną grupę i nadać jej odpowiednie uprawnienia. Od wersji 9.4.0 aplikacji mMedica przy tworzeniu grupy wymagane jest wprowadzenie kodu grupy, unikatowego w ramach wskazanego typu grupy.

The screenshot displays the 'Obsługa grup' (Group Management) section of the mMedica application. On the left, there is a search panel titled 'Wyszukiwanie zaawansowane' (Advanced Search) with fields for 'Nazwa grupy:' (Group Name) and 'Typ grupy:' (Group Type), along with 'Zastosuj' (Apply) and 'Wyczyść' (Clear) buttons. The main area shows a table of groups:

Kod	Nazwa grupy
LEKA	Lekarz
ROZL	Rejestracja i rozliczenia
ZPM	Zewnętrzny personel medyczny

Below the table, the 'Grupa: Lekarz' (Group: Doctor) details are shown. The 'Kod grupy:' (Group Code) is 'LEKA', the 'Nazwa grupy' (Group Name) is 'Lekarz', and the 'Typ grupy:' (Group Type) is 'Grupy funkcjonalne' (Functional Groups). To the right, the 'Uprawnienia' (Permissions) list is visible, including 'Administracja systemem' (System Administration) and various system management tasks like 'Definicja ustawień domyślnych pe...', 'Dopisanie użytkownika systemu', 'Dostępność opcji pilna wiadomości', 'Migracja dokumentów z repozytor...', 'Modyfikacja rejestru użytkowników', 'Modyfikacja rejestru zgód eRepoz...', 'Prawo administrowania systemem', 'Przegląd rejestru zgód eRepozyto', and 'Przegląd rejestru przechowywany'.

W przypadku braku posiadania przez użytkownika uprawnień do wykonywania konkretnych czynności, w aplikacji będą wyświetlane odpowiednie komunikaty, informujące również o lokalizacji danego uprawnienia:

Musisz posiadać następujące uprawnienie:

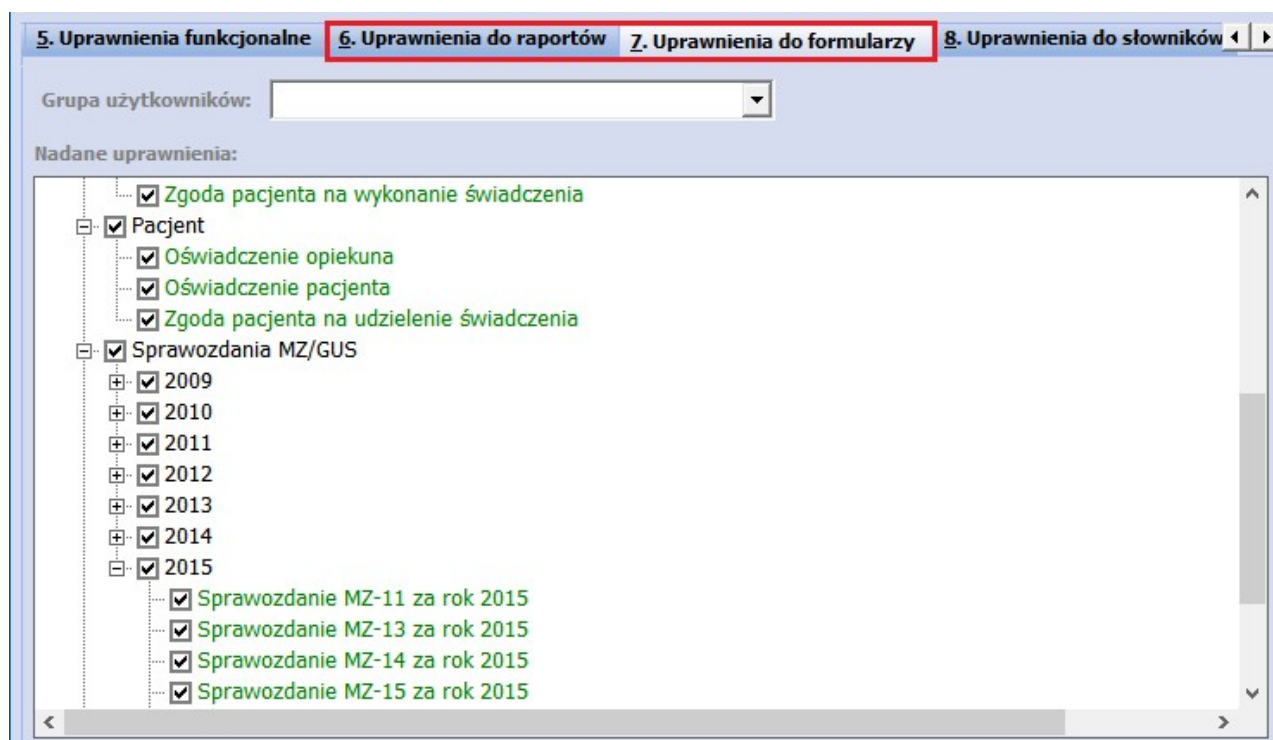
- Rozliczenie > Wycofanie zatwierdzonego rachunku

OK

21.4.5 Uprawnienia do raportów i formularzy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [6. Uprawnienia do raportów](#) oraz [7. Uprawnienia do formularzy](#)

Uprawnienia do raportów i formularzy to funkcjonalność pozwalająca nadawać użytkownikom uprawnienia do wykonywania raportów i formularzy dostępnych w aplikacji mMedica i wybranych modułach dodatkowych. Dzięki temu rozwiązaniu można również ograniczyć dostęp pozostałym użytkownikom do danych uzyskiwanych z raportów.



Zgodnie z wprowadzanymi zmianami, nazwy uprawnień są zaznaczane następującymi kolorami:

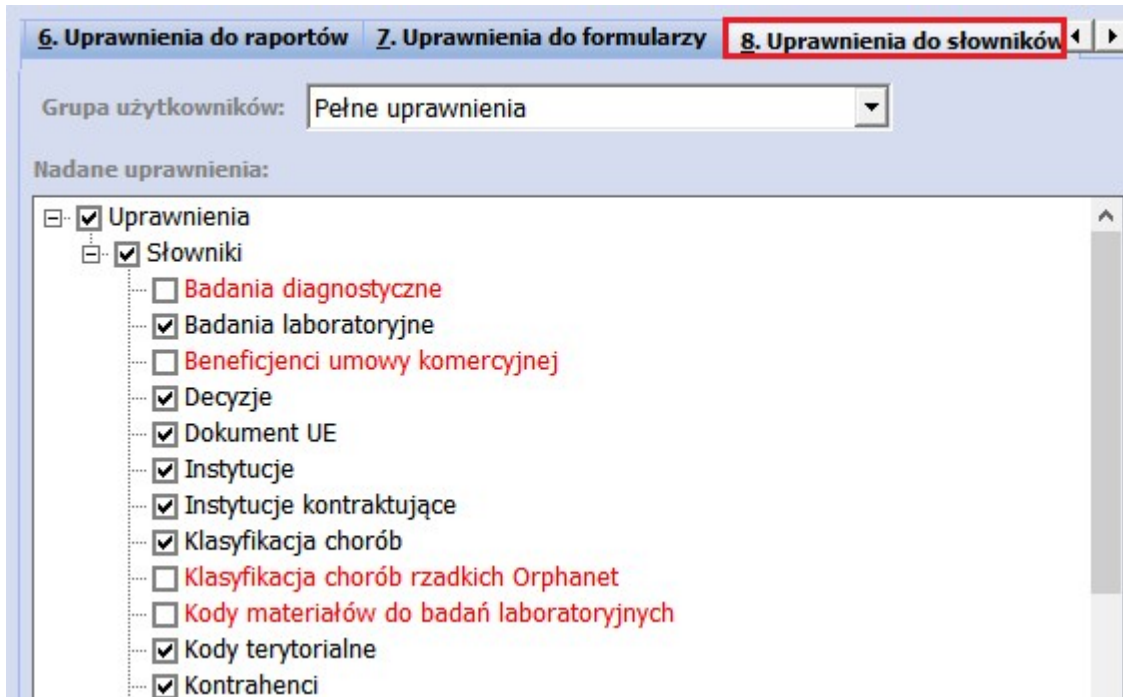
- kolorem **zielonym** - uprawnienia, które zostały nadane użytkownikowi
- kolorem **czzerwonym** - uprawnienia, które zostały odebrane użytkownikowi

21.4.6 Uprawnienia do słowników

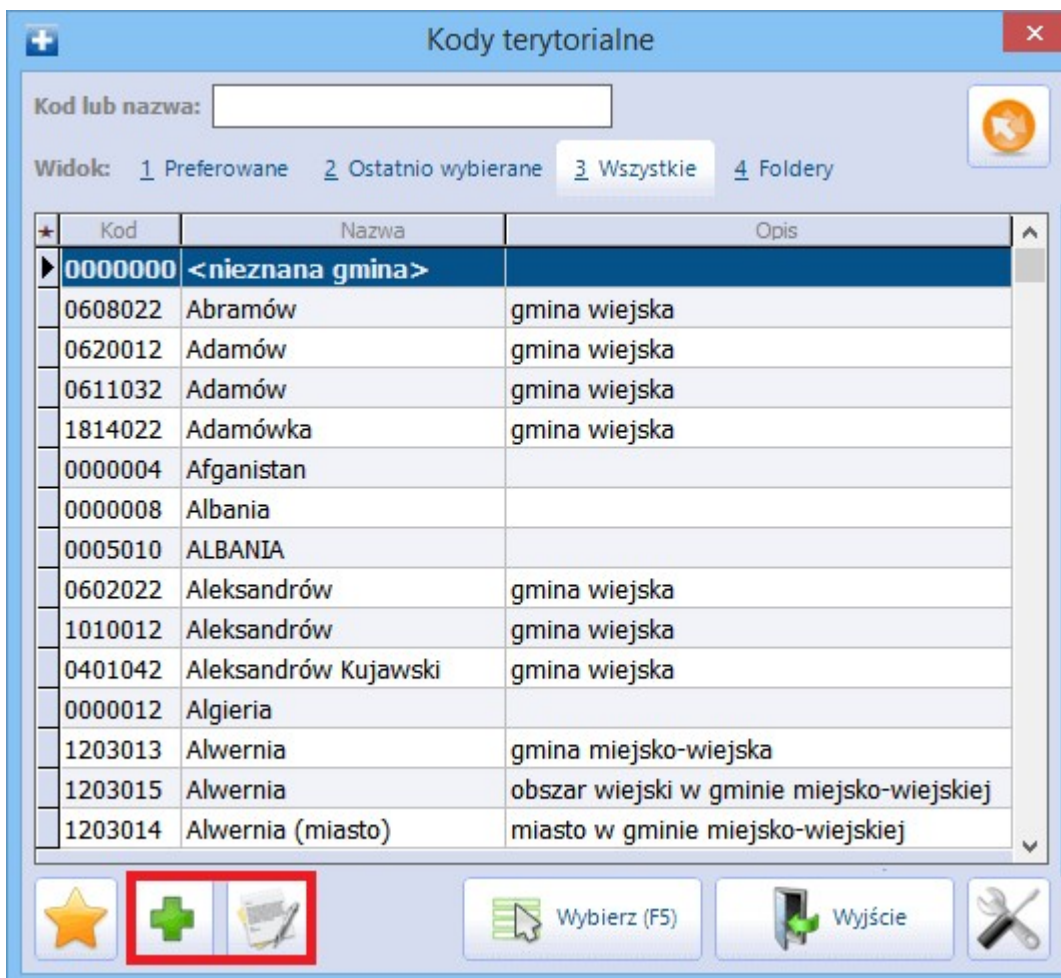
Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [8. Uprawnienia do słowników](#)

Zakładka *8. Uprawnienia do słowników* zawiera listę słowników występujących w programie i aktywna jest tylko w przypadku posiadania uprawnienia do zarządzania słownikami. Uprawnienie to nadaje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Administracja systemem](#) > "**Zarządzanie słownikami**".

Nadania uprawnień dokonuje użytkownik posiadający uprawnienia administratora, poprzez ręczne zaznaczenie na liście odpowiedniej nazwy słownika [✓].



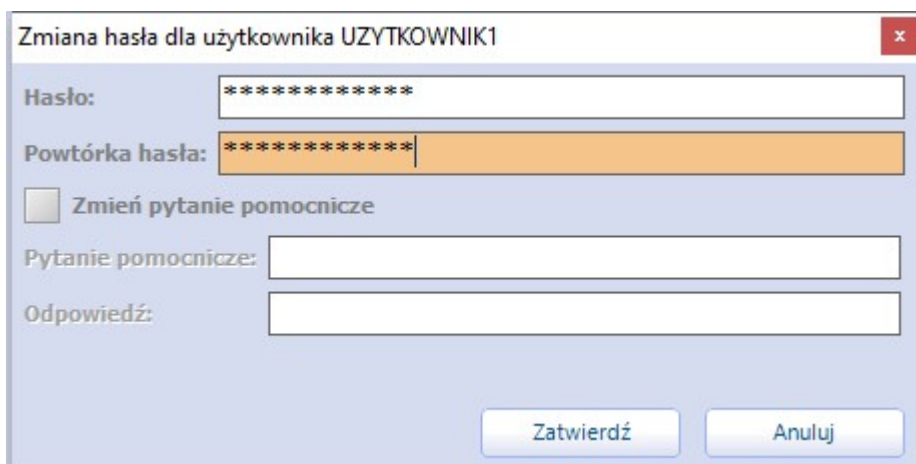
Nadanie uprawnienia do danego słownika oraz posiadanie przez użytkownika uprawnienia funkcjonalnego do zarządzania słownikami, powoduje wyświetlanie w oknach słownikowych przycisków dodania i edycji pozycji słownika (zdj. poniżej).



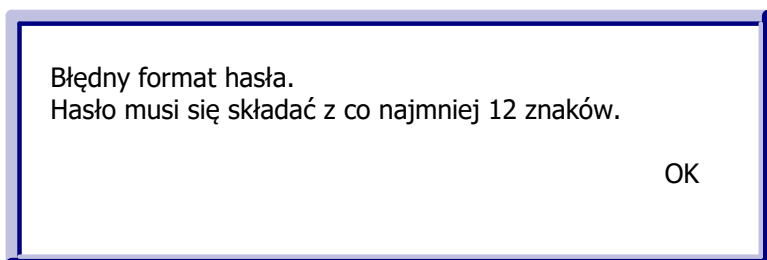
21.4.7 Zmiana hasła do programu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [Zmiana hasła](#)

Aby zmienić hasło logowania do programu mMedica, należy zaznaczyć użytkownika na liście i wybrać przycisk **Zmiana hasła**, znajdujący się w górnej części ekranu. Wyświetlone zostanie nowe okno, gdzie w polu "Hasło" należy wprowadzić nowe hasło, a w polu "Powtórka hasła" ponownie wprowadzić hasło. Przycisk **Zatwierdź** zapisuje zmiany w systemie.



W przypadku niespełnienia warunku minimalnej długości hasła wyświetlona zostanie stosowna informacja (przykład poniżej).



Dodatkowo, jeżeli wprowadzane hasło okaże się za słabe lub będzie się znajdować na liście często używanych haseł, program uniemożliwi jego zatwierdzenie, wyświetlając równocześnie komunikat informujący o przyczynie problemu.

W programie został zniesiony wymóg okresowej zmiany hasła.

Według wymogów zawartych w Rozporządzeniu MSWiA z dn. 29.04.2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych [...], w każdej placówce powinna zostać wskazana osoba odpowiedzialna za przydział haseł. Natomiast użytkownik systemu po otrzymaniu hasła nadanego przez administratora, zobowiązany jest do niezwłocznej jego zmiany. W związku z tym pole "Wymuś zmianę hasła przy pierwszym logowaniu" zaznaczone jest domyślnie.

W przypadku uruchomienia okna zmiany hasła dla użytkownika aktualnie zalogowanego do programu istnieje możliwość zdefiniowania, lub zmiany wcześniej zdefiniowanego, pytania pomocniczego, z którego będzie można skorzystać w razie konieczności resetu hasła. W tym celu należy zaznaczyć pole **"Zmień pytanie pomocnicze"**, a następnie uzupełnić odpowiednio pola "Pytanie pomocnicze" i "Odpowiedź". Sposób korzystania z pytania pomocniczego przy resetowaniu hasła został opisany w rozdziale [Reset hasła użytkownika](#).

21.4.8 Reset hasła użytkownika

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność resetu hasła. Jeżeli logujący się do programu użytkownik nie pamięta swojego hasła, może po wprowadzeniu nazwy użytkownika skorzystać z linku **Zapomniałem hasła**, dostępnego na dole okna logowania.

Istnieją następujące sposoby resetowania hasła:

1. Za pomocą wiadomości SMS

Sposób dostępny w przypadku korzystania z modułu [mPowiadomienia](#) i posiadania aktywnej puli SMS. Dodatkowo użytkownik w swoich danych musi mieć uzupełniony numer telefonu komórkowego (szczegóły w rozdziale [Dodanie użytkownika](#)).

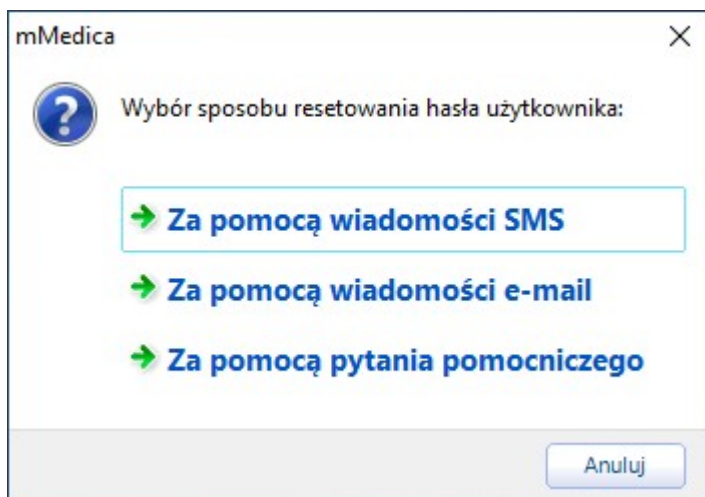
2. Za pomocą wiadomości e-mail

Warunkiem dostępności tego sposobu jest posiadanie przez świadczeniodawcę skonfigurowanego serwera poczty do wysyłania wiadomości (ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Poczta inna](#)). Informacje na temat takiej konfiguracji zawiera rozdział [Pozycja: Komunikacja](#). Dodatkowo użytkownik w swoich danych musi mieć uzupełniony adres e-mail (szczegóły w rozdziale [Dodanie użytkownika](#))

3. Za pomocą pytania pomocniczego

Użytkownik będzie mógł skorzystać z tej opcji, jeżeli wcześniej w rejestrze użytkowników w oknie zmiany hasła zdefiniował pytanie pomocnicze wraz z odpowiedzią. Dokładne informacje na temat sposobu definicji pytania pomocniczego zawiera rozdział [Zmiana hasła do programu](#).

Skorzystanie z linku **Zapomniałem hasła** spowoduje uruchomienie okna umożliwiającego wybór sposobu resetu hasła. Dostępność poszczególnych opcji będzie uzależniona od spełnienia wspomnianych wyżej warunków. Poniższe zdjęcie prezentuje wygląd okna wyświetlanego w przypadku dostępności wszystkich trzech sposobów.

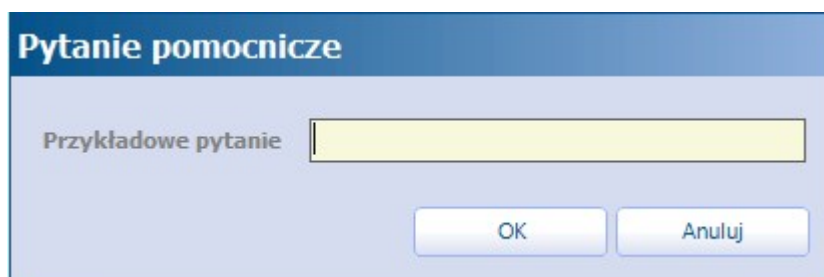


Po wyborze opcji **"Za pomocą wiadomości SMS"** lub **"Za pomocą wiadomości e-mail"** do użytkownika zostanie wysłana wiadomość na wprowadzony w jego danych nr telefonu lub adres e-mail z nowym, tymczasowym hasłem. Po zatwierdzeniu komunikatu o wysłaniu wiadomości i wprowadzeniu w oknie logowania otrzymanego hasła, a następnie naciśnięciu **Zatwierdź**, wyświetli się okno z informacją:

"Hasło zostało zmienione przez administratora. Konieczna zmiana hasła."

Po wyborze przycisku **OK** wyświetli się okno zmiany hasła użytkownika, omówione w rozdziale [Zmiana hasła do programu](#).

Jeżeli użytkownik wybierze pozycję **"Za pomocą pytania pomocniczego"**, wyświetli się okno z wcześniej zdefiniowanym przez niego pytaniem pomocniczym (przykład poniżej).



W dostępnym polu należy wprowadzić przypisaną do pytania odpowiedź. Po tej czynności pojawi się informacja o zmianie hasła przez administratora i konieczności nadania nowego hasła, a po jej zatwierdzeniu wyświetli się okno zmiany hasła użytkownika.

21.4.9 Ustawienia dotyczące bezpieczeństwa haseł

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator, pozycja: Bezpieczeństwo

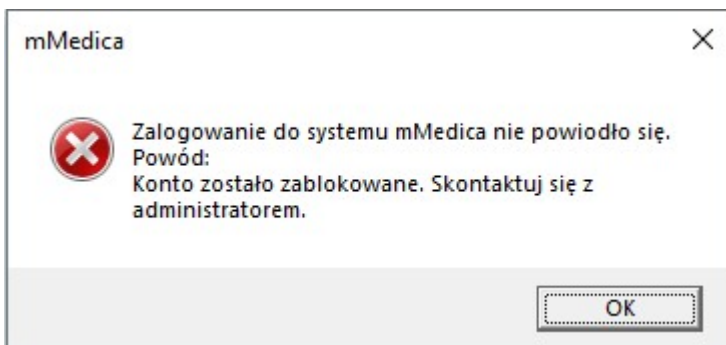
Od wersji 10.1.0 aplikacji mMedica w powyższej ścieżce świadczeniodawca ma możliwość dokonywania własnych ustawień dotyczących bezpieczeństwa haseł użytkowników.

Uwaga! Pozycja "**Bezpieczeństwo**" jest widoczna tylko dla użytkownika, który posiada w swoich danych włączone [uprawnienie funkcjonalne "Modyfikacja ustawień bezpieczeństwa haseł użytkowników"](#) (w gałęzi [Administracja systemem](#)).

The screenshot shows the 'Konfiguracja – System » Bezpieczeństwo' window. On the left is a tree view with 'System' expanded and 'Bezpieczeństwo' selected. The main area is divided into two sections: 'Ważność hasła' and 'Definicja siły hasła'. Under 'Ważność hasła', there are fields for 'Maksymalny wiek hasła' (empty), 'Liczba nieudanych prób logowania, po której jest blokowane konto:' (value: 10), and '(dni)'. Under 'Definicja siły hasła', there are fields for 'Minimalna długość hasła:' (value: 12), 'Minimalna liczba znaków specjalnych:' (empty), 'Minimalna liczba cyfr:' (empty), 'Minimalna liczba małych liter:' (empty), and 'Minimalna liczba wielkich liter:' (empty).

W powyższym oknie w sekcji **Ważność hasła** istnieje możliwość definicji maksymalnego wieku hasła, czyli liczby dni, po upływie których hasło wygaśnie, jak również liczby nieudanych prób logowania, po której konto użytkownika jest blokowane (wartość domyślna to "10").

Jeżeli ilość nieudanych prób logowania będzie równa zdefiniowanej liczbie, konto użytkownika zostanie zablokowane. W takiej sytuacji przy kolejnym jego logowaniu (z podaniem prawidłowego hasła) pojawi się informacja:



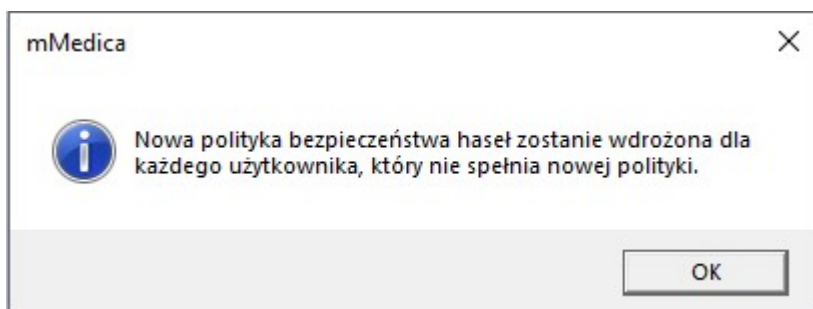
Aby odblokować konto użytkownika, należy po przejściu do okna [Zarządzanie użytkownikami systemu](#) wyłączyć w jego danych na zakładce **1. Dane użytkownika** parametr "**Zablokowany**".

W sekcji **Definicja siły hasła** określone są wymogi dotyczące budowy hasła. Ich spełnienie będzie weryfikowane podczas definiowania hasła użytkownika (przy dodawaniu nowego użytkownika lub przy zmianie hasła użytkownika istniejącego). W razie niezgodności wyświetlą się stosowne komunikaty.

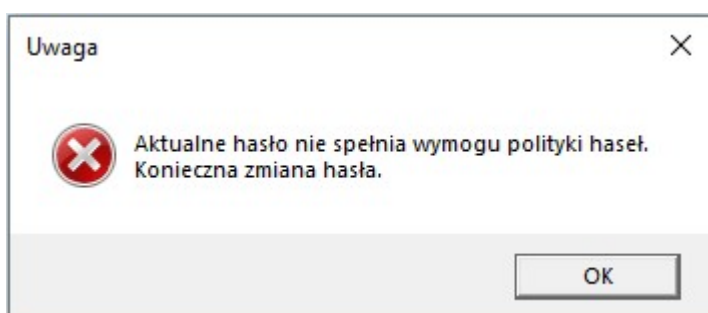
W programie dla minimalnej długości hasła została ustawiona domyślna wartość "12".

Warunek bez wprowadzonej wartości nie będzie uwzględniany przy weryfikacji hasła.

W przypadku zmiany powyższych ustawień przy zatwierdzaniu danych wyświetlona zostanie informacja:



Użytkownik, którego hasło nie spełnia bieżących wymogów, przy próbie zalogowania spotka się z komunikatem:



Po naciśnięciu **OK** wyświetlone zostanie okno zmiany hasła.

21.4.10 Statystyka działań użytkownika

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [Statystyka](#)

Na formatce *Zarządzanie użytkownikami systemu* u dołu ekranu znajduje się przycisk **Statystyka**, po wybraniu którego wyświetlane są informacje na temat logowań użytkownika zaznaczonego na liście oraz stworzonych/zmodyfikowanych przez niego obiektów.

Statystyka użytkownika obejmuje dwa zakresy:

1. Statystykę obiektów zawierającą informacje o:

- obiekcie (deklaracja, pacjent, rozliczenie, wizyta, pozycja harmonogramu przyjęć)
- identyfikatorze (ID np. wizyty, pacjenta)
- użytkownikowi wprowadzającym/modyfikującym dane
- dacie i czasie wprowadzenia/modyfikacji danych

2. Statystykę logowań zawierającą informacje o:

- dacie i czasie zalogowania/wylogowania do/z aplikacji
- użytkownikowi
- nazwie stacji/IP komputera, z którego nastąpiło logowanie

Omawiana funkcja jest dostępna dla użytkownika posiadającego uprawnienie do administrowania systemem. Upewnienie to nadaje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Administracja systemem](#). Użytkownik nie posiadający w/w uprawnienia, będzie miał dostęp tylko do swojej statystyki - w przypadku pozostałych użytkowników systemu przycisk **Statystyka** będzie nieaktywny.

Wyszukiwanie zaawansowane

Identyfikator obiektu:

Rodzaj obiektu:

Data wprowadzenia:

Data modyfikacji:

Zastosuj Wyczyść

Statystyka obiektów Logowania

Rodzaj obiektu	Identyfikator	Użytkownik wprowadzający	Data i czas wprowadzenia	Użytkownik modyfikujący	Data i czas modyfikacji
Pozycja kolejki	9417	Nowak Anna	2015-11-02 12:20:49		
Pozycja kolejki	9415	Nowak Anna	2015-10-06 10:03:53		
Wizyta	218592	Nowak Anna	2016-02-11 11:13:05	Nowak Anna	2016-02-11 11:13:05
Wizyta	218591	Nowak Anna	2016-02-11 10:48:46	Nowak Anna	2016-02-11 10:48:46
Wizyta	218590	Nowak Anna	2016-02-10 09:20:50	Nowak Anna	2016-02-10 09:20:50
Pacjent	32036	Nowak Anna	2015-07-07 15:23:18	Nowak Anna	2016-02-10 07:51:38
Pacjent	32057	Nowak Anna	2016-01-19 09:02:05	Nowak Anna	2016-02-10 07:51:21
Pozycja kolejki	9448	Nowak Anna	2016-01-14 13:29:04	Nowak Anna	2016-01-14 13:29:24
Pacjent	10000	Rusinek Piotr	2010-08-11 11:54:19	Nowak Anna	2016-01-14 13:29:04
Wizyta	218586	Nowak Anna	2016-01-14 12:00:26	Nowak Anna	2016-01-14 12:00:26
Wizyta	218585	Nowak Anna	2016-01-04 12:03:55	Nowak Anna	2016-01-04 12:03:55

21.4.11 Historia zmian uprawnień

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [Historia zmian uprawnień](#)

W aplikacji mMedica zapamiętywana jest historia zmian dokonywanych w obszarze uprawnień użytkownika. Dostęp do historii posiadają użytkownicy z nadanym uprawnieniem "Prawo administrowania systemem". W celu wyświetlenia historii zmian uprawnień należy na formatce *Zarządzanie użytkownikami systemu* podświetlić na liście użytkownika, następnie wybrać przycisk **Historia zmian uprawnień** w górnym panelu.

Na formatce *Historia zmian uprawnień* prezentowana jest historia zmian dokonywanych w ramach uprawnień wybranego użytkownika z zakresu uprawnień:

- funkcjonalnych,
- do danych,
- do formularzy,
- do słowników,
- do raportów,
- do komórek organizacyjnych,
- do zakresów świadczeń

oraz szczegółowe informacje jak nazwa uprawnienia, rodzaj operacji (tj. nadanie, odebranie), dane użytkownika dokonującego modyfikacji, data oraz powód zmiany. W rozwiązaniu wykorzystywane są nast. powody zmiany:

- **Modyfikacja grupy uprawnień** - podpowiadany gdy:
 - za pomocą skryptu zostanie dodane nowe uprawnienie, przyporządkowane do 5 domyślnych grup t.j. pełne uprawnienia, kierownik, lekarz, rejestracja i rozliczenia, zewnętrzny personel medyczny,
 - za pomocą skryptu zostaną wydzielone nowe uprawnienia z uprawnienia już istniejącego,
 - z poziomu aplikacji zostanie zmodyfikowana grupa uprawnień, do której są przypisani użytkownicy.
- **Modyfikacja uprawnień użytkownika** - zmiana uprawnień na skutek ręcznej modyfikacji przez innego użytkownika programu.
- **Wprowadzenie funkcji historii uprawnień** - nadawane dla uprawnień zapisanych w historii zmian na dzień aktualizacji bazy danych. Wykorzystywany jednorazowo.

Wyszukiwanie zaawansowane		Historia zmian uprawnień – Nowak Jakub (UZYTKOWNIK1)				
Data operacji od - do:	Grupa:	Nazwa:	Operacja:	Powód zmiany:	Login użytkownika	
	Funkcjonalne	Administracja systemem > Dopisanie użytkownika s...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Dostępność opcji pilna wiadomo...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Modyfikacja rejestru użytkowników...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Możliwość wielokrotnego logow...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Prawo administrowania system...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Przegląd rejestru sprzeciwów	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Przegląd rejestru udostępnień	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Przegląd rejestru wniosków	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Rejestr wysłanych powiadomień	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Ręczne wykonanie kopii zapaso...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Zarządzanie globalnymi schema...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Zarządzanie słownikami	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Zarządzanie szablonami tekstó...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT	

Uwaga! W związku z tym, że dotychczas w oprogramowaniu nie były logowane informacje o zmianie uprawnień użytkowników, zapis historii rozpocznie się wraz z aktualizacją do wersji 5.13.0. Na skutek aktualizacji bazy danych zostaną odnotowane informacje o nadanych uprawnieniach z poniższymi adnotacjami:

- **Data operacji** - data aktualizacji bazy danych do wersji 5.13.0.
- **Operacja** - rodzaj operacji "Nadanie". Zapis uprawnień nadanych użytkownikowi w dniu aktualizacji bazy danych.
- **Powód zmiany** - wszystkim rekordom zostanie nadany powód "Wprowadzenie funkcji historii uprawnień".
- **Użytkownik modyfikujący** - użytkownikiem dokonującym zmiany będzie: Automat/Automat systemowy.

21.4.12 Usunięcie użytkownika

Aby usunąć użytkownika należy podświetlić go na liście i wybrać przycisk **Usuń użytkownika**, znajdujący się w górnym panelu okna. Zostanie wyświetlone okno, żądające od użytkownika potwierdzenia usunięcia użytkownika. Należy pamiętać o tym, że usunięcie jest operacją nieodwracalną i takiego użytkownika nie będzie można już przywrócić.

Uwaga! Usunięcie użytkownika jest operacją nieodwracalną.
Czy na pewno usunąć wybranego użytkownika?

OK Anuluj

Wyjątkiem jest usunięcie użytkownika, który jest powiązany z deklaracjami bądź świadczeniami. W takim przypadku nie ma możliwości całkowitego usunięcia takiego użytkownika z systemu mMedica - zostanie on oznaczony jako nieaktualny i w każdym momencie może zostać przywrócony, poprzez zaznaczenie pola "Aktywny".

Nie można usunąć użytkownika, gdyż jest powiązany ze świadczeniami bądź deklaracjami.

OK

21.5 Rejestr ksiąg

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

Formatka **Rejestr ksiąg** umożliwia tworzenie następujących ksiąg:

- Księga główna przyjęć i wypisów (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga przyjęć
- Księga nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej
- Księga ratownictwa medycznego
- Księga zabiegów (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga sali operacyjnej (ta i poniższe księgi są dostępne w module "Hospitalizacja 1-go dnia")
- Księga oddziału
- Księga raportów lekarskich
- Księga raportów pielęgniarskich


W górnej części formatki jest prezentowana lista ksiąg utworzonych w programie mMedica. Podświetlenie wybranej księgi spowoduje wyświetlenie jej szczegółowych danych w dolnej części okna.

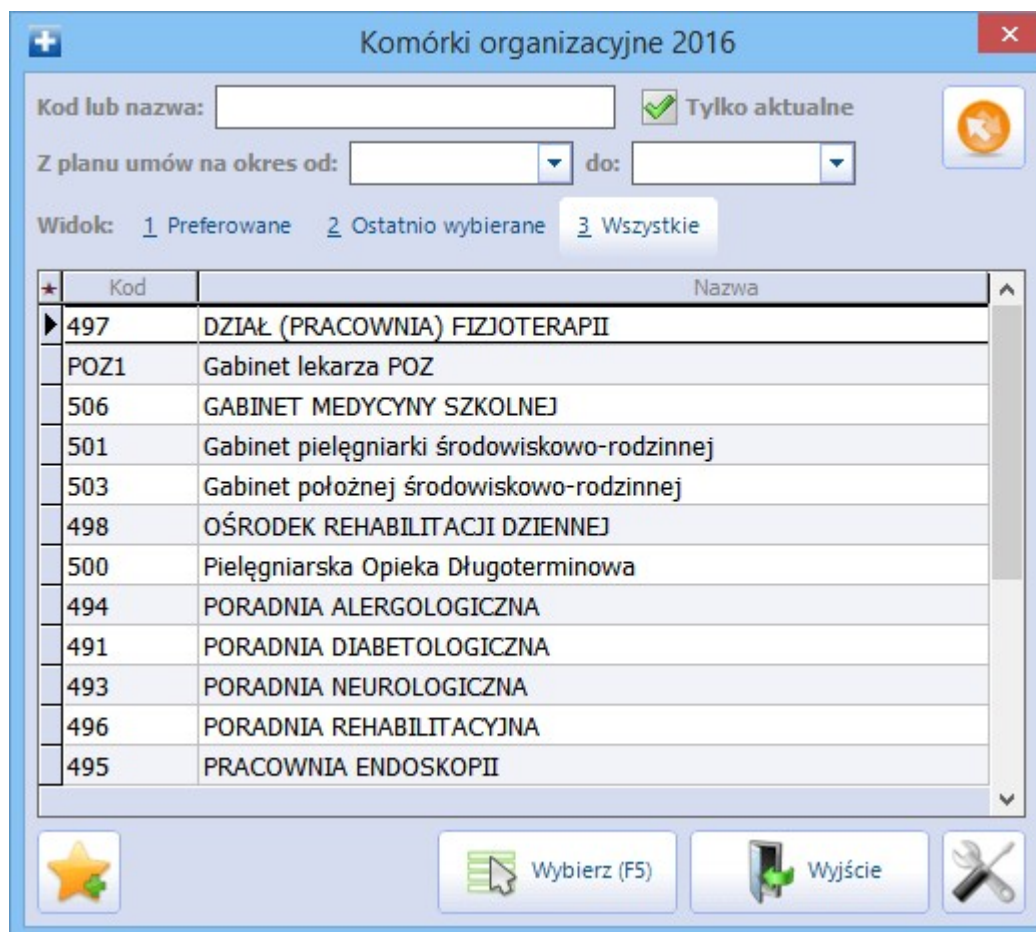
Aby wprowadzić nową księgę należy wybrać przycisk "**Nowa księga**", który powoduje otwarcie w dolnej części okna pola umożliwiającego edycję. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

Opis pól koniecznych do wypełnienia:

- **Kod** - pole identyfikujące księgę w bazie danych. Wartość jest dowolnym ciągiem znaków i powinna być unikalna.
- **Typ** - pole określa charakter dodawanej księgi. Z listy rozwijanej należy wybrać odpowiedni typ księgi, np. księga przyjęć, oddziału, zabiegów.
- **Numer** - pole zawierające identyfikator techniczny księgi.
- **Nazwa** - pole tekstowe, w którym użytkownik wstawia rozbudowany opis własny.
- **Komórki organizacyjne** - użytkownik określa miejsca realizacji z jakimi powiązana jest dana księga. Za pomocą przycisku "**Dodaj...**" należy dodać komórkę organizacyjną, z którą zostanie powiązana księga.

Po uzupełnieniu powyższych pól należy przypisać komórkę organizacyjną do księgi. W tym celu należy

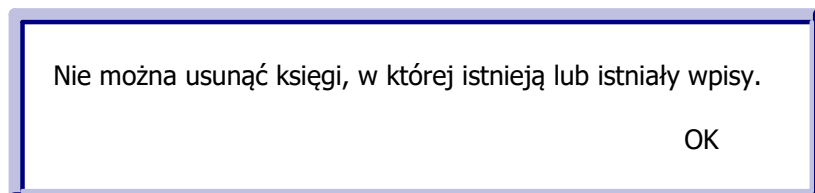
wybrać przycisk  "**Dodaj...**", który spowoduje otwarcie okna umożliwiającego wybór jednostki organizacyjnej. Dzięki temu wszystkie dane (wizyty/hospitalizacje/zabiegi) zaewidencjonowane we wskazanej komórce organizacyjnej będą przypisywane do danej księgi.



W otwartym oknie "Komórki organizacyjne..." należy podświetlić komórkę organizacyjną i zatwierdzić wybór przyciskiem "**Wybierz**". Tak wybrana komórka zostanie dodana do sekcji "Komórki organizacyjne" i powiązana z księgą.

Aby usunąć księgę należy podświetlić na liście pozycję i wybrać przycisk "**Usuń księgę**", znajdujący się w górnej części ekranu. Wyświetlony zostanie komunikat żądający potwierdzenia chęci usunięcia danych przez użytkownika.

Uwaga! Jeżeli do księgi zostały przypisane już pozycje/wpisy, to księga nie może zostać usunięta. Podczas próby usunięcia wyświetlony zostanie komunikat:



W takiej sytuacji jedynym rozwiązaniem jest usunięcie komórki organizacyjnej, która została przypisana do księgi. Dzięki temu wizyty/wpisy realizowane w tej komórce nie będą przenoszone już do księgi.

21.6 Rejestr instytucji

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

Formatka **Rejestr instytucji** stanowi wykaz świadczeniodawców kierujących na leczenie, płatników, kontrahentów i innych podmiotów, do których może zostać skierowany pacjent. Rejestr instytucji jest tworzony samodzielnie przez użytkowników aplikacji mMedica, poprzez dodanie nowej instytucji do programu i uzupełnienie jej danych.

W górnej części okna prezentowana jest lista instytucji, które zostały wprowadzone do aplikacji mMedica. Strzałka znajdująca się z lewej strony listy wskazuje, która pozycja jest obecnie przeglądana. Dane wybranej pozycji wyświetlane są w dolnej części okna. Za pomocą filtrów znajdujących się w panelu **Wyszukiwanie zaawansowane** można w prosty sposób odszukać konkretną instytucję.

Aby wprowadzić do programu nową instytucję należy skorzystać z przycisku **"Nowy"**, znajdującego się w górnej części okna. W dolnej części formatki otwarte zostanie okno **Nowa instytucja**, zawierające szereg pól do uzupełnienia. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

Na zakładce **1. Dane podstawowe** należy wprowadzić dane podstawowe instytucji, jak np. kod świadczeniodawcy, REGON, NIP, kody resortowe.

Uwaga! Jeżeli w danych instytucji zostaną uzupełnione kody resortowe cz. VII i VIII, to będą one podpowiadać się podczas wypełniania danych skierowania w Uzupełnianiu świadczeń.

Pole "Identyfikator" dodano dla potrzeb ewidencji danych instytucji będącej stroną transakcji, w ramach funkcjonalności modułu dodatkowego [Obrót produktami leczniczymi](#).

Przycisk **"Pobierz z bazy GUS"** uaktywnia się po wprowadzeniu numeru REGON lub NIP. Jego użycie powoduje pobranie z bazy Głównego Urzędu Statystycznego pozostałych danych instytucji, takich jak: nazwa, NIP/REGON, kod pocztowy, miejscowość, kod terytorialny, ulica, nr domu.

Konfiguracja programu

W przypadku wprowadzenia w danych instytucji zarówno numeru NIP, jak i REGON, po wyborze przycisku **"Pobierz z bazy GUS"** użytkownik będzie musiał wskazać, dla którego z nich dane z bazy GUS mają być pobrane - wyświetli się okno z odpowiednimi opcjami do wyboru.

Na zakładce **2. Dane adresowe należy** wprowadzić dane adresowe instytucji. Jeżeli zostanie zaznaczone pole **"Drukuj adres na skierowaniu"** (zdj. poniżej), to na wydruku skierowania wystawionego z Gabinetu zostanie wydrukowany adres danej instytucji.

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Rodzaje
Ulica:	Wojewódzka		
Kod pocztowy:	40-001	Miejscowość:	Katowice
Kod terytorialny:	...		
Telefon:		Fax:	
E-mail:			
<input checked="" type="checkbox"/> Drukuj adres na skierowaniu			

Na zakładce **4. Rodzaje** należy zaznaczyć rodzaj wprowadzanej instytucji, np. szpital, podmiot leczniczy, laboratorium (zdj. poniżej). Podczas dodawania nowej instytucji domyślnie zaznaczany jest rodzaj **"Podmiot leczniczy"**.

Aby np. podczas wystawiania skierowania w Gabinetecie nazwa jednostki podpowiadała się domyślnie, bez konieczności każdorazowego wybierania ze słownika, należy zaznaczyć checkbox [✓] w kolumnie **"Czy domyślny"**.

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Rodzaje
* <input type="checkbox"/>	Inne		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Instytucja sanitarna		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Laboratorium		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ministerstwo		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Podmiot leczniczy		<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pracownia diagnostyczna		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Praktyka zawodowa		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Realizator transportu sanitarnego		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Szpital		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wojewoda		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ZUS		<input type="checkbox"/>

W celu usunięcia pozycji z rejestru instytucji, należy zaznaczyć ją na liście i wybrać przycisk **"Usuń"**, który spowoduje wyświetlenie komunikatu żądającego potwierdzenia chęci usunięcia danych przez użytkownika. Jeżeli instytucja została powiązana już z jakąś wizytą, to nie może zostać usunięta. Podczas próby usunięcia wyświetlony zostanie komunikat:

Nie można usunąć danych.
Czy chcesz ustawić pozycję jako aktualną?

Tak Nie

Wybranie przycisku "Tak" spowoduje oznaczenie instytucji jako nieaktualnej - dzięki temu w każdym momencie będzie istniała możliwość jej przywrócenia, poprzez zaznaczenie pola "**Czy aktualne**" na zakładce **1. Dane podstawowe**.

21.7 Słownik szkół

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Słownik szkół](#)

Formatka **Słownik szkół** stanowi wykaz szkół z rejonu, w którym świadczeniodawca świadczy usługi zdrowotne w zakresie medycyny szkolnej. Słownik szkół jest tworzony samodzielnie przez użytkowników aplikacji mMedica, poprzez:

- ręczne dodanie nowej instytucji do programu i uzupełnienie jej danych
- import pliku słownika pobranego ze strony rejestru szkół i placówek oświatowych (szczegółowy opis w rozdziale: [Medycyna szkolna - import słownika szkół](#))

The screenshot displays the 'Słownik szkół' (School Dictionary) interface. At the top, there are navigation buttons: 'Nowy', 'Usuń', and 'Import z pliku XLS'. Below this is a search panel with fields for 'REGON:', 'NIP:', 'Nazwa szkoły:', 'Miejscowość:', and 'Ulica:'. The main area contains a table of schools:

NIP	Regon	Nazwa szkoły	Rodzaj	Kod pocztowy	Miejscowość
0011931880000		Szkoła Podstawowa w Dobieszowicach	Publiczna	42-584	Dobieszowice
2765981820000		Publiczne Gimnazjum	Publiczna	42-580	Rogoźnik
0002652760000		Szkoła Podstawowa	Publiczna	42-580	Rogoźnik
0011916280000		Szkoła Podstawowa im. M. Konopnickiej w Prz...	Publiczna	42-460	Przeczycze
0002689900000		Szkoła Podstawowa Nr 1	Publiczna	42-460	Mierzęcice
0011916110000		Szkoła Podstawowa nr 2 im. Lotników Polskich ...	Publiczna	42-460	Mierzęcice
2765727160000		Gimnazjum im. Czesława Miłosza w Mierzęcica...	Publiczna	42-460	Mierzęcice

Below the table, the details for 'Szkoła Podstawowa Nr 1' are shown in a form:

1. Dane szkoły **2. Typ szkoły** **3. Typ podopiecznego**

REGON: * 0002689900000 NIP: --- Rodzaj: * P - Publiczna

Nazwa szkoły: * Szkoła Podstawowa Nr 1 Aktualne:

Ulica: * Wolności Nr domu: * 68 Nr lokalu:

Miejscowość: * 0217165 ... Mierzęcice Kod pocztowy: 42-460

Gmina: * 2401052 ... Mierzęcice

Telefon: Faks: E-mail:

Aby wprowadzić do programu nową szkołę należy skorzystać z przycisku "**Nowy**", znajdującego się w górnej części okna. W dolnej części formatki otwarte zostanie okno **Nowa pozycja**, zawierające szereg pól do uzupełnienia. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (*).

Na zakładce **1. Dane szkoły** należy wprowadzić dane podstawowe szkoły, jak np. REGON, rodzaj szkoły, nazwa szkoły, miejscowość.

Na zakładce **2. Typ szkoły** należy wprowadzić typ szkoły i maksymalny numer klasy - informacje te są wymagane podczas dodawania deklaracji POZ. Aby dodać informację o typie szkoły należy wybrać przycisk wyboru [...], znajdujący się w kolumnie **Kod typu szkoły**. Otwarte zostanie okno "Słownik typów szkół", z którego należy wybrać odpowiedni typ, np. szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum zawodowe. W kolumnie

Maksymalny numer klasy należy ręcznie wprowadzić maksymalny numer klasy, jaki występuje dla danego typu szkoły.

1. Dane szkoły		2. Typ szkoły		3. Typ podopiecznego	
Kod typu szkoły	Nazwa typu szkoły	Maksymalny numer klasy	Status aktualności		
00003	Szkoła podstawowa	6	Aktualna		

Na zakładce **3. Typ podopiecznego** należy wprowadzić kod typu podopiecznego występujący w danej szkole - informacje te są wymagane podczas dodawania deklaracji POZ. W kolumnie **Kod typu podopiecznego** należy wybrać odpowiednią wartość z listy rozwijanej.

1. Dane szkoły		2. Typ szkoły		3. Typ podopiecznego	
Kod typu podopiecznego	Status aktualności				
<ul style="list-style-type: none"> 11 - Typ I.1 - uczeń w szkole podstawowej, gimnazjum, liceum, policealnej 12 - Typ I.2 - uczeń w klasie integracyjnej lub sportowej, w szkole podstawowej, gimnazjum, liceum, policealnej 13A - Typ I.3 A - uczeń z niepełnosprawnością typu A w klasie ogólnej lub specjalnej 13B - Typ I.3 B - uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej lub specjalnej 13C - Typ I.3 C - uczeń z niepełnosprawnością typu c w klasie ogólnej lub specjalnej 2 - Typ II - uczeń w szkole nauki zawodu z warsztatami lub szkole sportowej 3A - Typ IIIA - uczeń z niepełnosprawnością typu A w szkole specjalnej 3B - Typ IIIB - uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole specjalnej 					

21.8 Konfigurator

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)

Uwaga! W wersji 5.2.2.0 aplikacji mMedica dokonano modernizacji Konfiguratora. W celu zwiększenia czytelności wprowadzono szereg udogodnień, a mianowicie:

- Przenoszenie parametrów w dół hierarchii pomiędzy kontekstami (system, stacja, użytkownik)
- Zaznaczanie na zielono parametrów obecnie obowiązujących

Niniejszy rozdział zawiera opis poszczególnych sekcji Konfiguratora. W związku z pojawieniem się nowych parametrów, dla zwiększenia czytelności, wszelkie nowości oznaczone zostały w tekście kolorem zielonym.

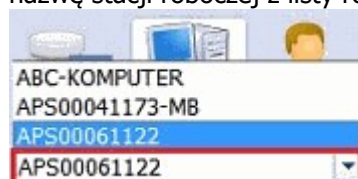
Część parametrów konfiguracyjnych znajdujących się w Konfiguratorze można zdefiniować dla trzech poziomów uprawnień, co symbolizują ikony znajdujące się w lewym dolnym rogu ekranu:



System - ustawienia dla **systemu**. Na tym poziomie zdefiniowane są wszystkie parametry w Konfiguratorze. Jeśli na pozostałych poziomach konfiguracji nie przypisano żadnych wartości parametrom, aplikacja będzie pracowała zgodnie z ustawieniami zdefiniowanymi dla systemu.



Stacja - ustawienia dla **stacji roboczej**. Jeśli dla danej stacji roboczej zostaną przypisane ustawienia inne niż dla systemu, to po uruchomieniu programu na tej stacji program będzie działał zgodnie z parametrami przypisanymi tej stacji roboczej. Aby zdefiniować ustawienia dla wybranej stacji roboczej, należy wybrać nazwę stacji roboczej z listy rozwijanej (zdej. poniżej).





Użytkownik - ustawienia dla **użytkownika**. Jeśli użytkownikowi zostaną przypisane ustawienia inne niż dla systemu, to po zalogowaniu tego użytkownika program będzie działał zgodnie z parametrami przypisanymi temu użytkownikowi.

Większość parametrów w Konfiguratorze zdefiniowana została dla systemu i funkcjonuje w ramach dziedziczenia wartości parametrów pomiędzy wartościami. W przypadku gdy zostanie ustawiony parametr w kontekście systemu, jego wartość zostanie wyświetlona także w kontekstach podrzędnych (stacja, użytkownik), o ile nie został w nich jawnie ustawiony. Jeśli użytkownik dokona indywidualnych ustawień na pozostałych wartościach tj. dla stacji roboczej lub użytkownika, to ustawienia zdefiniowane dla systemu staną się ustawieniami podrzędnymi. Zgodnie z tym hierarchia odczytywania ustawień przez aplikację będzie następująca: użytkownik, stacja, system.

Kolorem zielonym wyróżniono parametry, które zostały jawnie ustawione przez użytkownika w danym kontekście. Dzięki temu użytkownik jest w stanie odróżnić wartości ustawione przez siebie od wartości dziedziczonych z wyższych kontekstów.

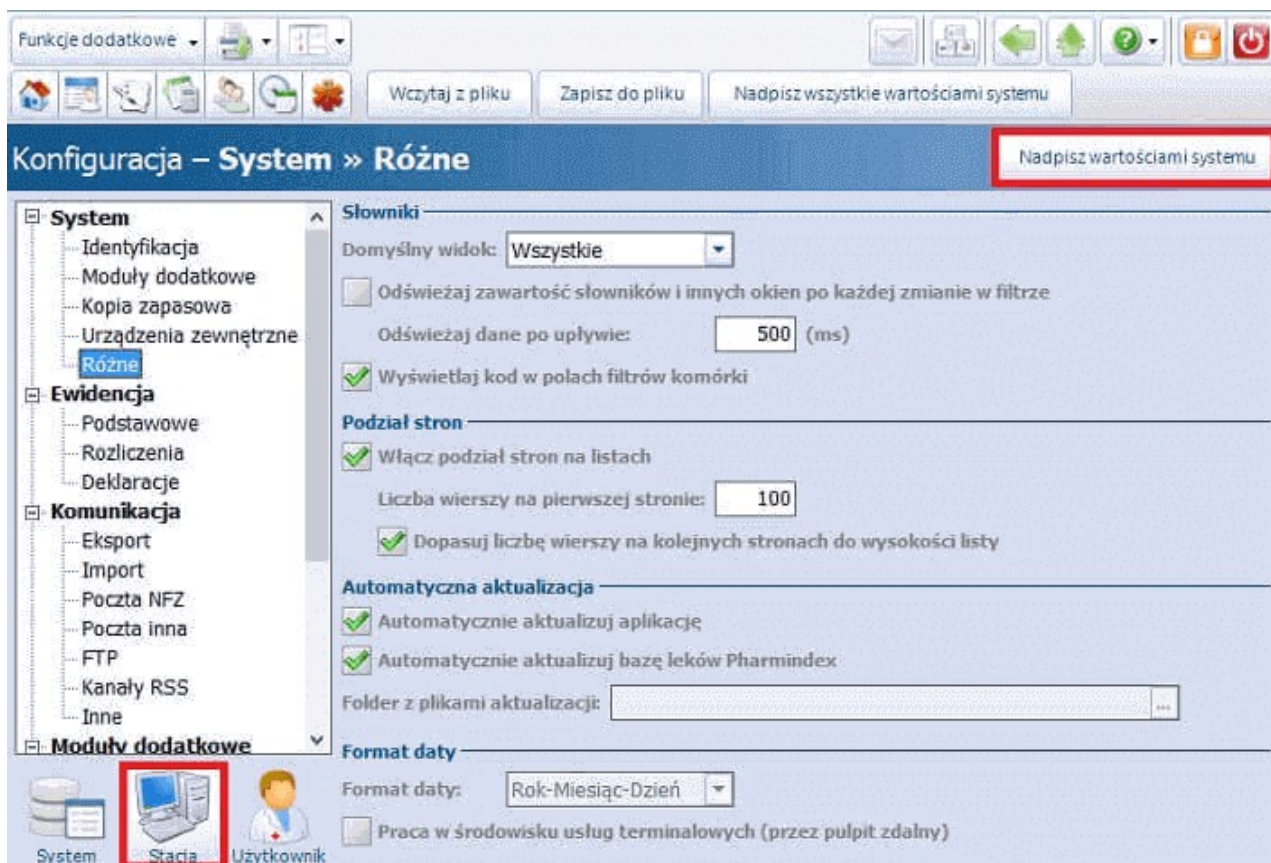
Dane na wydruku

- Nazwa podmiotu leczniczego
- REGON
- NIP
- VIII część kodu resortowego
- Dane lekarza
- Kody i nazwy z przekodowania słownika badań (skierowanie na badania laboratoryjne i badanie diagnostyczne)
- Kod kreskowy z numerem skierowania (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, do specjalisty, do szpitala, na zabiegi rehabilitacyjne i na rehabilitację ogólnoustrojową)
- Kod kreskowy z PESEL-em pacjenta (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, do specjalisty, do szpitala, do szpitala psychiatrycznego, na zabiegi rehabilitacyjne, na rehabilitację ogólnoustrojową i do pielęgniarstwa/łożnej)

Po wybraniu danego poziomu uprawnień, niektóre pola na formatkach Konfiguratora mogą zostać zablokowane do edycji - oznacza to, że konfiguracja programu dla wybranej wartości jest niemożliwa. Przykładem może być sekcja: [System > Moduły dodatkowe](#), która aktywna jest jedynie dla wartości dla stacji roboczej. Jest to związane z zasadami licencjonowania programu, zgodnie z którymi poszczególne moduły dodatkowe włącza się na poszczególnych stacjach roboczych.

Za pomocą przycisków znajdujących się w górnej części ekranu istnieje możliwość nadpisania konfiguracji wartościami systemu. Oprócz tego po wybraniu dowolnego kontekstu można nadpisać konfigurację wartościami pobranymi z kontekstu nadrzędnego, t.j. po wybraniu kontekstu dla stacji roboczej można nadpisać ustawienia z kontekstu systemu do czego służy przycisk **Nadpisz wartościami systemu**, znajdujący się w prawym górnym rogu ekranu (zdj. poniżej). Dzięki temu można zresetować konfigurację do wartości dziedziczonych z wyższego poziomu.

Uwaga! Nadpisane zostaną tylko te dane, które znajdują się w wybranej sekcji. Według przykładu zaprezentowanego na screenie, zmianie ulegną dane z sekcji [System > Różne](#).



Opis przycisków znajdujących się w górnej części ekranu:

- **Wczytaj z pliku** - otwarte zostanie okno "Otwieranie" w celu zacytowania pliku o rozszerzeniu .INI, zawierającego konfigurację systemu.
- **Zapisz do pliku** - otwarte zostanie okno "Zapisywanie jako" w celu zapisania pliku zawierającego konfigurację systemu.
- **Nadpisz wszystkie wartościami systemu** - wszystkie wartości parametrów dla bieżącej stacji roboczej i użytkownika zostaną nadpisane wartościami dla systemu.

Dane konfiguracyjne w Konfiguratorze zostały podzielone na 5 grup (zdj. poniżej), których opis znajduje się w dalszej części instrukcji.

The screenshot shows the 'Konfiguracja – System » Identyfikacja' window. The left sidebar contains a tree view with categories: System, Ewidencja, Komunikacja, Moduły dodatkowe, and Gabinet. The 'System' category is expanded, and 'Identyfikacja' is selected. The main area displays configuration fields:

- Kod świadczeniodawcy: [redacted]
- Numer instalacji: [redacted]
- Identyfikator systemu nadawcy: [redacted]
- Właściwy oddział NFZ: 09 – Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
- Rodzaj autoryzacji świadczeń: Identyfikatory świadczeń
- Identyfikator (OID) w systemie HL7: [empty text box]

At the bottom, there are icons for 'System', 'Stacja', and 'Użytkownik', and a dropdown menu showing 'mMedica'.

21.8.1 Pozycja: System

IDENTYFIKACJA

Dane zapisywane w aplikacji wraz z zacytaniem licencji.

Pole "Identyfikator (OID) w systemie HL7" przeznaczone jest do obsługi e-usług w ramach P1 (eRecepta, eSkierowanie).

This is a close-up of the configuration page for 'Identyfikacja'. The left sidebar shows 'System' expanded and 'Identyfikacja' selected. The main area displays the same configuration fields as the previous screenshot:

- Kod świadczeniodawcy: [redacted]
- Numer instalacji: [redacted]
- Identyfikator systemu nadawcy: [redacted]
- Właściwy oddział NFZ: 09 – Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
- Rodzaj autoryzacji świadczeń: Identyfikatory świadczeń
- Identyfikator (OID) w systemie HL7: [empty text box]

AUTORYZACJA

W sekcji aktywuje się funkcjonalność logowania do aplikacji przy wykorzystaniu usługi [Active Directory](#) oraz zacytuje certyfikat ePuap, wykorzystywany do podpisywania wystawianych e-ZLA. Dodatkowo, można zdefiniować parametry odpowiadające za blokowanie aplikacji:

- **Automatycznie blokuj aplikację po czasie bezczynności** – w polu wprowadza się wartość minutową, którą można zdefiniować w ramach całego systemu lub dla poszczególnych użytkowników. Po upływie zadanego czasu i braku aktywności ze strony użytkownika aplikacja zostanie zablokowana. W celu odblokowania programu użytkownik będzie zobowiązany wprowadzić hasło w oknie dialogowym:



- **Włącz możliwość wylogowania z poziomu ekranu blokady** - włączenie parametru umożliwia wylogowanie użytkownika z poziomu okna blokady aplikacji (zdej. powyżej) za pomocą przycisku **Wyloguj**. Wylogowanie użytkownika zwolni sesję na wykorzystywanej stacji roboczej, tym samym umożliwiając innej osobie pracę na programie.
Uwaga! Ze względów bezpieczeństwa zaleca się szczególną ostrożność w korzystaniu z funkcji wylogowywania użytkownika z programu mMedica. **W przypadku braku zapisania pracy (np. autoryzacji wizyty), wszystkie wprowadzone zmiany zostaną utracone!** Opcja "Wyloguj" nie jest dostępna, jeśli aplikacja została zablokowana podczas wykonywania eksportu/importu danych lub gdy w tle otwarto okno modalne (np. słownik, okno z błędem).

MODUŁY DODATKOWE

Możliwość włączenia modułów dodatkowych, poprzez zaznaczenie pola [✓]. Do pełnej aktywacji modułu w programie konieczne jest wcześniejsze zacytowanie licencji, uprawniającej do korzystania z tego modułu. W celu włączenia wybranego modułu należy w lewym dolnym rogu wybrać wartość dla stacji roboczej lub dla systemu. Uruchomienie modułu na poziomie systemu spowoduje jego włączenie na wszystkich stacjach roboczych.

KOPIA ZAPASOWA

Ustawienie (obowiązkowe) ścieżki do katalogu składowania i archiwizacji kopii zapasowych programu mMedica oraz ustawienia (nieobowiązkowe) ścieżki do składowania i archiwizacji plików dodatkowych (np. eksportu i importu danych z systemu NFZ).

Ustawienie częstotliwości i godziny wykonywania kopii zapasowych na w/w ścieżce.

Możliwość określenia ilości zapamiętywanych plików kopii zapasowej bazy danych oraz wykonywania kopii zapasowej bez bazy leków Pharmindex.

URZĄDZENIA ZEWNĘTRZNE

Informacje o drukarkach

Opcja odpowiedzialna za skonfigurowanie komunikacji pomiędzy mMedica a podłączonymi do komputera urządzeniami zewnętrznymi, z których korzysta aplikacja do wydruku raportów. Urządzenia te mogą zostać skonfigurowane odrębnie dla każdego komputera (po wybraniu wartości dla stacji roboczej), globalnie dla całego systemu oraz dla użytkownika. W tym miejscu istnieje możliwość ustawienia odrębnych drukarek i

zasobników oraz wydruku dwustronnego:

- do wydruku raportów w formacie A4
- do wydruku raportów w formacie A5
- do wydruków raportów w formacie recepty

oraz opcja włączenia/wyłączenia podglądu wydruku.

Informacje o skanerze

Opcja ta umożliwi skonfigurowanie połączenia ze skanerem oraz wskazanie domyślnego formatu, pod postacią którego zapisywane będą zeskanowane pliki.

Informacje o czytniku kart

Opcja obowiązkowa, na chwilę obecną wyłącznie dla świadczeniodawców z obszaru działania Śląskiego OW NFZ. Po jej zaznaczeniu, należy określić numer portu szeregowego RS232, z którego korzystać będzie aplikacja.



BEZPIECZEŃSTWO

Sekcja udostępniona w wersji 10.1.0 aplikacji mMedica (szczegóły w rozdziale [Ustawienia bezpieczeństwa haseł](#)).

RÓŻNE

Konfiguracja dotycząca działania słowników w programie, podziału stron i automatycznej aktualizacji aplikacji oraz bazy leków Pharmindex podczas uruchamiania aplikacji.

- **Folder z plikami aktualizacji** - przeznaczony dla użytkowników posiadających instalacje wielostanowiskowe - służy do automatycznej aktualizacji aplikacji mMedica na stacjach roboczych, po wykonaniu aktualizacji na serwerze. Po wskazaniu ścieżki do udostępnionego zasobu z instalacją mMedica na serwerze, po ponownym zalogowaniu do aplikacji, nastąpi automatyczna aktualizacja plików na każdej stacji roboczej. Opcja ta odpowiada dotychczasowemu parametrowi konfiguracyjnemu "SCIEZKA_PLIKOW_APL".

Aby skorzystać z tego parametru należy:

1. Na serwerze udostępnić katalog z instalacją mMedica w sieci (np. C:\Program Files\ASSECO\mMedica), tak aby był on dostępny dla wszystkich stacji roboczych.
2. W polu "Folder z plikami aktualizacji" przypisać jako wartość, ścieżkę do udostępnionego zasobu (np. \\SERWER1\Udostepniony_folder). Po zatwierdzeniu zmian i ponownym zalogowaniu do aplikacji, nastąpi automatyczna aktualizacja plików na każdej stacji roboczej.

- **Automatycznie aktualizuj JGP** - zaznaczenie powoduje automatyczne zaimportowanie do programu plików parametryzujących koniecznych do prawidłowego rozliczenia grup JGP (np. AOS, SZP, REH), po opublikowaniu ich na stronie sklepu CZL. Po zalogowaniu do aplikacji pojawi się komunikat o udostępnieniu aktualizacji gruperów JGP. Wybranie przycisku "Tak" uruchomi automatyczne zaczytywanie do aplikacji grupera zgodnego z zakresem udzielanych świadczeń (na podstawie umowy

elektronicznej).

Udostępniono aktualizację grupera JGP - AOS.
Czy chcesz wykonać teraz automatyczną aktualizację?

Tak Nie

- **Praca w środowisku usług terminalowych (przez pulpit zdalny)** - zaznaczenie parametru powoduje wyłączenie wyszarzania tła w Gabinetie podczas wyświetlania formatek modalnych.

The screenshot shows the configuration window of the program. On the left is a tree view with categories: System, Ewidencja, Komunikacja, Moduły dodatkowe, and Gabinet. The 'System' category is expanded, showing 'Słowniki' (Dictionaries) selected. The main area contains the following settings:

- Słowniki**
 - Domyślny widok: Wszystkie
 - Odświeżaj zawartość słowników i innych okien po każdej zmianie w filtrze
 - Odświeżaj dane po upływie: 500 (ms)
 - Wyświetlaj kod w polach filtrów komórki
- Podział stron**
 - Włącz podział stron na listach
 - Liczba wierszy na pierwszej stronie: 100
 - Dopasuj liczbę wierszy na kolejnych stronach do wysokości listy
- Automatyczna aktualizacja**
 - Automatycznie aktualizuj aplikację
 - Automatycznie aktualizuj bazę leków Pharmindex
 - Folder z plikami aktualizacji: [text box]
 - Automatycznie aktualizuj JGP
- Format daty**
 - Format daty: Rok-Miesiąc-Dzień
 - Praca w środowisku usług terminalowych (przez pulpit zdalny)

21.8.2 Pozycja: Ewidencja

PODSTAWOWE

Ustawienia domyślne dotyczące numeru wersji (edycji) słownika procedur ICD9 i rozporządzenia MZ, które będą podpowiadały się na formacie wprowadzania wizyty.

Ponadto znajdują się tu ustawienia parametrów dla:

- Wizyt/Hospitalizacji, gdzie istnieje możliwość ustawienia parametrów wprowadzanych wizyt, numerowania ksiąg oraz harmonogramów przyjęć
- Uzupełniania świadczeń, gdzie istnieje możliwość ustawienia widoku w oknie Uzupełniania świadczeń oraz wybrania uwzględnianych pozycji podczas stosowania funkcji „Kopiuj dane podstawowe z poprzedniej wizyty”
- Kartoteki pacjentów
- Terminarza

Konfiguracja – Ewidencja » Podstawowe Nadpisz wartościami domyślnymi

- System
 - Identyfikacja
 - Autoryzacja
 - Moduły dodatkowe
 - Kopia zapasowa
 - Urządzenia zewnętrzne
 - Różne
- Ewidencja
 - Podstawowe**
 - Rozliczenia
 - Deklaracje
 - Kupony (ewidencja)
 - Kupony (skierowania)
 - Wielozakładowość
- Terminarz
 - Podstawowe
 - Wygląd
- Komunikacja
 - Eksport
 - Import
 - Poczta NFZ
 - Poczta inna
 - FTP

Wizyty i hospitalizacje

Wersja słownika procedur ICD-9:

Wersja słownika kodów świadczeń:

Zablokuj możliwość wprowadzania danych z przyszłości

Pozwalaj wprowadzać tylko wizyty jednodniowe

Wyznaczaj pierwszorazowość na podstawie danych w terminarzu

Wymagaj wprowadzania szczegółowych kodów rozpoznań (z cyfrą po kropce)

Automatycznie wykreślaj pacjenta z harmonogramu przyjęć przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych

Automatycznie dodawaj pozycję rozliczeniową porady początkowej (WP1) przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych

Automatycznie wyznaczaj sposób rozliczenia WKR przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych

Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze ratownictwa medycznego

Włącz automatyczną numerację skierowań

Wymagaj numeru kuponu w danych hospitalizacji

Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów

Podpowiadaj personel na procedurze

Uzupełnianie świadczeń

Widok lewy: Widok prawy:

Dodatkowe dane uwzględniane przez funkcję „Kopiuj dane podstawowe z poprzedniej wizyty”:

<input checked="" type="checkbox"/> Badania POZ	<input checked="" type="checkbox"/> Procedury	<input checked="" type="checkbox"/> Rozpoznania współistniejące
<input type="checkbox"/> Dodatkowe	<input checked="" type="checkbox"/> Ratownictwo	<input checked="" type="checkbox"/> Skierowanie
<input checked="" type="checkbox"/> Identyfikator sesji/cyklus	<input checked="" type="checkbox"/> Rozliczenia	<input checked="" type="checkbox"/> Świadczenia POZ

Kartoteka pacjentów

Wywołuj rejestrację pacjenta po włożeniu karty do czytnika

Wymagaj daty urodzenia w danych osobowych pacjenta

Wyświetlaj ostrzeżenie o braku danych przedstawiciela ustawowego dla pacjenta niepełnoletniego

Podpowiadaj ubezpieczyciela pacjenta na podstawie województwa w adresie zamieszkania

Poprawiaj wielkość liter w nazwach własnych

Włącz automatyczną numerację oświadczeń

Włącz automatyczną numerację dodatkowych identyfikatorów pacjentów

Numer początkowy: Numer bieżący:

Domyślny format wydruku oświadczenia/upoważnienia do dokumentacji i/lub informacji o stanie zdrowia:

Terminarz

Wyświetlaj okno weryfikacji danych pacjenta podczas dodawania rezerwacji lub rejestracji

Wyświetlaj informację o braku oświadczenia/upoważnienia pacjenta podczas dodawania rejestracji

Wyświetlaj informację o braku danych przedstawiciela ustawowego podczas dodawania rejestracji

Traktuj sobotę jako dzień roboczy przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania

Rozmiar czcionki na wydruku zestawienia zaplanowanych wizyt w pionie:

Kolejki oczekujących

Pozwalaj wpisać pacjenta do tej samej kolejki więcej niż jeden raz

Pozwalaj dodać lub wykreślić pozycję kolejki z datą starszą niż 3 miesiące od bieżącej

W wersji aplikacji 9.8.0 w sekcji [Wizyty i hospitalizacje](#) dodano parametr:

- **Automatycznie wyznaczaj sposób rozliczenia WKR przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych** - parametr umożliwia automatyczne wyliczenie współczynnika WKR na pozycjach rozliczeniowych, w zakresie stomatologii dla drugiej i kolejnych pozycji pakietowych, realizowanych w ramach jednej wizyty. Wyłączenie parametru (możliwe w kontekście systemu, stacji roboczej i użytkownika) zalecane jest w przypadku, gdy dla tego samego pacjenta realizowana jest, więcej niż jedna wizyta, na której wprowadzane są świadczenia pakietowe.

ROZLICZENIA

Ustawienia domyślne parametrów dla zakresów dotyczących sprawozdań finansowych, generowania rachunków/faktur oraz ich wydruku.

Wydruk sprawozdania finansowego

- **Wzór dla komparycji umowy** - parametr pozwala na dostosowanie wydruków sprawozdania finansowego i zestawień świadczeń do wzoru dla komparycji umowy. Wzory te zawierają sformułowania odnoszące się do podmiotu i przedsiębiorstwa leczniczego.

Rachunek/faktura

- **Osobna numeracja dla faktur/rachunków i korekt** - parametr dodany w wersji 10.5.0 aplikacji mMedica. Należy go zaznaczyć, jeżeli faktury/rachunki i korekty mają być numerowane odrębnie (w przypadku korzystania z domyślnego formatu numeru).
- **Uwzględniaj współczynnik korygujący w** - określenie, czy współczynnik korygujący w wartościach finansowych ma być uwzględniany w cenie produktu czy w liczbie świadczeń.
- **Format numeru** - możliwość zdefiniowania domyślnego formatu numeru, który będzie podpowiadał się podczas tworzenia nowego rachunku/faktury. Przykładowo: dla formatu numeru "(nr)/NFZ/(m)/(r)" po utworzeniu nowego rachunku aplikacja automatycznie nada następujący numer: 10/NFZ/11/2015, gdzie numeru rachunku będzie kolejnym numerem w roku.

Wydruk rachunku/faktury

- **Podstawa wystawienia korekty** - parametr wskazuje czy pozycje korekty będą wliczane do rachunku pierwotnego, czy do ostatniej korekty.

Konfiguracja – Ewidencja » Rozliczenia

- [-] System
 - ... Identyfikacja
 - ... Autoryzacja
 - ... Moduły dodatkowe
 - ... Kopia zapasowa
 - ... Urządzenia zewnętrzne
 - ... Bezpieczeństwo
 - ... Różne
- [-] Ewidencja
 - ... Podstawowe
 - ... Rozliczenia
 - ... Deklaracje
 - ... Kupony (ewidencja)
 - ... Kupony (skierowania)
 - ... Wielozakładowość
- [-] Terminarz
 - ... Podstawowe
 - ... Wygląd
- [-] Komunikacja
 - ... Eksport
 - ... Import
 - ... Poczta NFZ
 - ... Poczta inna
 - ... FTP
 - ... Kanały RSS
 - ... Inne
 - ... Powiadomienia
- [-] Moduły dodatkowe
 - ... Personalizacja
 - ... Komerccja
 - ... eRejestracja
 - ... eWyniki

Sprawozdanie finansowe

Dzień kończący miesiąc rozliczeniowy:

Wydruk sprawozdania finansowego

Liczba cyfr po przecinku w polu „Liczba”:

Liczba cyfr po przecinku w polu „Wartość”:

Wzór dla komparycji umowy

Rachunek/faktura

Osobna numeracja dla faktur/rachunków i korekt

Uwzględnij współczynnik korygujący w:

Format numeru:

Znaczenie symboli specjalnych: (r) – rok, (m) – miesiąc, (nr) – numer kolejny w roku, (n) – numer kolejny w miesiącu, (i) – wewnętrzny identyfikator, (k) – rodzaj danych („F” dla faktury, „K” dla korekty)

Wydruk rachunku/faktury

Rodzaj druku:

Podstawa wystawienia korekty:

Nowy wzór wydruku

Drukuj tylko dane podmiotu leczniczego (sprzedawcy)

Drukuj adres do korespondencji

Drukuj numer konta z danych umowy

Wyłącz rozbicie na świadczenia

Dodatkowe dane na wydruku rachunku/faktury pacjenta UE

<input checked="" type="checkbox"/> Nazwisko i imiona pacjenta	<input checked="" type="checkbox"/> Kod kraju	<input type="checkbox"/> Rodzaj dokumentu ubezpieczenia
<input checked="" type="checkbox"/> Data urodzenia pacjenta	<input checked="" type="checkbox"/> Tryb przyjęcia	<input type="checkbox"/> Numer dokumentu ubezpieczenia
<input checked="" type="checkbox"/> Numer ewidencyjny pacjenta		

DEKLARACJE

Ustawienie rodzaju obsługiwanych list aktywnych, domyślnych numerów umów, oraz personelu - dane te będą podpowiadać się podczas dodawania nowej deklaracji.

Uwaga! W wersji 5.2.6.0 aplikacji mMedica umożliwiono zdefiniowanie personelu domyślnego dla deklaracji na poziomie stacji roboczej i użytkownika. Oznacza to, że przykładowo zdefiniowanie personelu domyślnego w kontekście użytkownika o loginie NOWAK, powodować będzie automatyczne podpowiadanie wybranego personelu podczas dodawania nowej deklaracji przez użytkownika NOWAK.

- System
 - Identyfikacja
 - Moduły dodatkowe
 - Kopia zapasowa
 - Urządzenia zewnętrzne
 - Różne
- Ewidencja
 - Podstawowe
 - Rozliczenia
 - Deklaracje
 - Kupony (ewidencja)
 - Kupony (skierowania)
- Komunikacja
 - Eksport
 - Import
 - Poczta NFZ
 - Poczta inna
 - FTP
 - Kanały RSS
 - Inne
- Moduły dodatkowe
 - Personalizacja
 - EDM

Przeгляд i edycja

Domyślna miejscowość dla nowych pacjentów: 0968300 ... Tomaszów Mazowiecki

Wyświetlaj dane medycyny szkolnej

Obsługiwane listy aktywne

Lekarz

Numer umowy:

Personel domyślny: 5198939 ... Nowak Anna

Pielęgniarka środowiskowa

Numer umowy:

Personel domyślny: 5044941P ... Pielęgniarka 580452

Położna

Numer umowy:

Personel domyślny: 1721875A ... Położna 487934

Medycyna szkolna

Numer umowy:

Personel domyślny:

WIELOZAKŁADOWOŚĆ

Ustawienia dotyczące funkcjonalności [wielozakładowości](#) dostępnej w wersjach mMedica PLUS (+).

KUPONY (EWIDENCJA)

Ustawienia dotyczące wydruku kuponów (ewidencji) dostępne są dla użytkowników rozliczających się w śląskim oddziale OW NFZ oraz w województwach opolskim, lubuskim i pomorskim. Formatka umożliwia szczegółową konfigurację kuponów do ewidencji.

- System
 - Identyfikacja
 - Moduły dodatkowe
 - Kopia zapasowa
 - Urządzenia zewnętrzne
 - Różne
- Ewidencja
 - Podstawowe
 - Rozliczenia
 - Deklaracje
 - Kupony (ewidencja)
 - Kupony (skierowania)
- Komunikacja
 - Eksport
 - Import
 - Poczta NFZ
 - Poczta inna
 - FTP
 - Kanały RSS
 - Inne
- Moduły dodatkowe
 - Personalizacja
 - EDM
- Gabinet
 - Wygląd
 - Recepty
 - Skierowania
 - Historia wizyt

Drukarka

Nazwa: Zasobnik papieru:

Papier

Formularz: Żółty samokopiujący (drukarka igłowa) Sposób druku: Nadruk

Ustawienia strony

Przesunięcie w pionie: (mm)

Przesunięcie w poziomie lewego kuponu: (mm)

Przesunięcie w poziomie prawego kuponu: (mm)

Rozmiar tekstu

Dane świadczeniodawcy: Dane pacjenta: Dane opisu:

Elementy umieszczane na wydruku

Sekcja „Świadczeniodawca”

Dane świadczeniodawcy Nazwa podmiotu leczniczego Numer umowy Kod kreskowy REGON

I, V i VII cz. kodu resortowego VIII cz. kodu resortowego Nazwa dla VIII cz. kodu resortowego

Sekcja „Dane i podpis lekarza”

Dane lekarza Data urodzenia i płeć

Kod kreskowy NPWZ Dane matki i przedstawiciela ustawowego

Sekcja „Pacjent”

Opisy pól

Inne

Generuj numery kuponów bez wykonywania wydruku

Bezpośredni wydruk na kuponie

KUPONY (SKIEROWANIA)

Ustawienia dotyczące wydruku kuponów (ewidencji) dostępne są dla użytkowników rozliczających się w śląskim oddziale OW NFZ oraz w województwach opolskim, lubuskim i pomorskim, posiadających mMedicę w wersji **Plus (+)**.

Formatka umożliwi szczegółową konfigurację kuponów do skierowań. Jeśli wydruk kuponów-skierowań ma być taki sam jak wydruk kuponów-recept należy zaznaczyć opcję **"Użyj ustawień z sekcji "Kupony (ewidencja)"**.

21.8.3 Pozycja: Komunikacja

Niniejsze ustawienia są kluczowe dla poprawności procesu sprawozdawczości, stąd też należy zastosować się do lokalnych wymogów w tym zakresie, nałożonych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ.

EKSPORT

Parametry eksportów w otwartym formacie. W tej sekcji należy przede wszystkim zadbać o ustawienie domyślnych ścieżek do katalogów, gdzie składowane będą pliki eksportu i pliki importu. Pozostałe opcje należy zaznaczyć w zależności od ustawień wymaganych przez oddział NFZ.

Wersje komunikatów eksportu należy ustawić zgodnie z wytycznymi NFZ, przekazywanymi najczęściej w formie osobnych komunikatów na stronach WWW.

Ustawienia ogólne

- **Zapisuj pliki wyjściowe do osobnych podfolderów** - eksportowane pliki zapisywane będą w osobnych podfolderach zgodnie z rodzajem komunikatu. Podczas eksportu we wskazanym folderze eksportu ("Folder na pliki wyjściowe") utworzone zostaną foldery o nazwie zgodnej z rodzajem eksportowanych danych np. LIO CZ, SWIAD, DEKL.

I faza (SWIAD)

- **Eksportuj wizyty bez danych rozliczeniowych** - zaleca się zaznaczenie opcji dla świadczeniodawców, którzy są zobowiązani sprawozdawać świadczenia nie zawierające pozycji rozliczeniowych (np. pielęgniarki POZ).
- **Eksportuj element "dane-osob" dla noworodków** - zaznaczenie powoduje, że przy eksporcie I fazy wizyt noworodków wysyłane jest imię i nazwisko pacjenta.
- **Eksportuj badania POZ** - zaznaczenie powoduje, że komunikatem SWIAD sprawozdawane będą badania wyszczególnione w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie gromadzenia danych za okres do 31.03.2016 r.
- **Ponownie eksportuj wizyty, dla których nie otrzymano potwierdzenia przez ... (dni)** - uzupełnienie pola wartością liczbową spowoduje, iż podczas eksportu I fazy wysyłane będą świadczenia, które przez daną liczbę dni nie otrzymały potwierdzenia ze strony loadera NFZ (znajdują się w statusie: oczekujące na walidację oraz błąd walidacji).

System

- Identyfikacja
- Autoryzacja
- Moduły dodatkowe
- Kopia zapasowa
- Urządzenia zewnętrzne
- Różne

Ewidencja

- Podstawowe
- Rozliczenia
- Deklaracje
- Kupony (ewidencja)
- Kupony (skierowania)
- Wielozakładowość

Terminarz

- Podstawowe
- Wygląd

Komunikacja

- Eksport**
- Import
- Poczta NFZ
- Poczta inna
- FTP
- Kanały RSS
- Inne
- Powiadomienia

Moduły dodatkowe

- Personalizacja
- Komercja
- EDM

Ustawienia ogólne

- Szyfruj plik wyjściowy
- Kompresuj plik wyjściowy
- Wyślij plik wyjściowy pocztą
- Wyświetlaj informację o konieczności nawiązania połączenia VPN

Folder na pliki wyjściowe:

Zapisuj pliki wyjściowe do osobnych podfolderów

Folder na pliki raportów:

Automatycznie zapisuj raport po zakończeniu

I faza (SWIAD)

Wersja komunikatu:

Plik ze schematem XSD:

Plik ze schematem XSD przestrzeni NFZ:

- Eksportuj wizyty bez danych rozliczeniowych
- Eksportuj tylko zamknięte (autoryzowane) wizyty i hospitalizacje
- Pomiń wizyty bez numeru świadczenia (kuponu)
- Pomiń wizyty bez pełnego pokrycia dokumentami ubezpieczenia
- Eksportuj element „dane-osob” dla noworodków
- Eksportuj badania POZ
- Przyrostowe przekazywanie okresów finansowania
- Ponownie eksportuj wizyty, dla których nie otrzymano potwierdzenia

Ponownie eksportuj wizyty, dla których nie otrzymano potwierdzenia przez: (dni)

W wersji 9.5.0 aplikacji mMedica został dodany parametr **Przyrostowe przekazywanie okresów finansowania**, aktywny do zaznaczenia dla wersji komunikatu SWIAD nie niższej niż 10;10.1. Jego włączenie powoduje ustawienie dla I fazy przyrostowego sposobu wysyłki podstaw ubezpieczenia, dla którego wytyczne zostały opublikowane w komunikacie szczegółowym NFZ dot. eksportu świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy). W programie mMedica przyrostowe przekazywanie okresów finansowania, w przypadku aktywnego parametru, dotyczy wizyt i hospitalizacji trwających dłużej niż 3 miesiące. Zestawy świadczeń obejmujące krótszy okres są sprawozdawane na dotychczasowych zasadach.

II faza (RRSWI)	
Wersja komunikatu:	1;1.5
Plik ze schematem XSD:	<input type="text"/>
Plik ze schematem XSD przestrzeni NFZ:	<input type="text"/>
Deklaracje (DEKL)	
Wersja komunikatu:	5;1.6
Plik ze schematem XSD:	<input type="text"/>
Plik ze schematem XSD przestrzeni NFZ:	<input type="text"/>
Ostatni dzień okresu sprawozdawczego:	30
Dane zbiorcze POZ (ZBPOZ)	
Wersja komunikatu:	3;1.5
Plik ze schematem XSD:	<input type="text"/>
Plik ze schematem XSD przestrzeni NFZ:	<input type="text"/>
Kolejki oczekujących (LIOCZ)	
Wersja komunikatu:	7;1.7
Kolejki wysokospecjalistyczne (KOL)	
Wersja komunikatu:	2.3
Rachunki refundacyjne (REF)	
Wersja komunikatu:	2.3
Plik ze schematem XSD:	<input type="text"/>

IMPORT

Ustawienia dotyczące umowy elektronicznej oraz szablonów rozliczeniowych importowanych do programu.

- **Aktualizuj strukturę organizacyjną** - zaznaczenie powoduje, że w trakcie [importu umowy](#) elektronicznej aplikacja zakłada nowe i/lub aktualizuje istniejące komórki w strukturze organizacyjnej.

POCZTA NFZ

Poniższe opcje są najważniejszymi z punktu widzenia prawidłowej sprawozdawczości, dlatego też należy zachować szczególną ostrożność podczas wprowadzania lub edycji danych.

Objaśnienia dotyczące poszczególnych pól:

- **SSL/TLS** – należy zaznaczyć, jeśli poczta ma być szyfrowana certyfikatem SSL.
- **STARTTLS** - należy zaznaczyć, jeśli poczta ma być szyfrowana certyfikatem TLS.
- **Port** - należy wprowadzić numer portu do komunikacji z oddziałem NFZ.
- **Adres serwera poczty przychodzącej (POP3)** - nazwa serwera pocztowego NFZ, na którym znajduje się skrzynka pocztowa świadczeniodawcy.
- **Adres serwera poczty wychodzącej (SMTP)** - nazwa serwera pocztowego NFZ, na którym znajduje się skrzynka pocztowa świadczeniodawcy.

Konfiguracja programu

- **Adres e-mail** - adres skrzynki pocztowej świadczeniodawcy na serwerze NFZ.
- **Użytkownik** - nazwa (login) skrzynki pocztowej świadczeniodawcy na tym serwerze pocztowym.
- **Hasło** - hasło do skrzynki pocztowej świadczeniodawcy.
- **Adres e-mail dla świadczeń** - adres skrzynki pocztowej, na którą mają być wysyłane komunikaty danych ewidencyjnych i rozliczeniowych.
- **Adres e-mail dla deklaracji** - adres skrzynki pocztowej, na które mają być wysyłane komunikaty deklaracji POZ.
- **Adres e-mail dla danych zbiorczych POZ** - adres skrzynki pocztowej, na które mają być wysyłane dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ.
- **Adres e-mail dla kolejek oczekujących** - adres skrzynki pocztowej, na którą mają być wysyłane komunikaty kolejek oczekujących.
- **Folder na pliki załączników** - katalog na dysku komputera, w którym mMedica zapisuje pliki pobrane ze skrzynki świadczeniodawcy (pliki importu).

Uwaga! Informacja dla świadczeniodawców z łódzkiego OW NFZ:

Od dnia 24.05.2018 r. na serwerze obsługującym wymianę danych w postaci komunikatów XML przekazywanych pomiędzy łódzkim OW NFZ a świadczeniodawcami została włączona wymagalność stosowania szyfrowanego połączenia pomiędzy klientem pocztowym a serwerem raport-xml.nfz-lodz.pl. Szyfrowanie wymaga skonfigurowania protokołu TLS w kliencie pocztowym dla protokołu SMTP (porty 587 lub 25) oraz POP3 (porty 110 lub 995).

Przykładowa konfiguracja aplikacji mMedica przedstawiona została na przykładzie poniżej.

Aby zweryfikować poprawność skonfigurowanego serwera pocztowego należy wybrać przycisk znajdujący się w sekcji *Test połączenia*. W dostępnym oknie zostanie wyświetlony wynik połączenia z serwerami NFZ.

The screenshot shows the 'Konfiguracja – Komunikacja » Poczta NFZ' window. On the left is a tree view with 'Poczta NFZ' selected. The main area contains the following fields:

- Adres serwera poczty przychodzącej (POP3): raport-xml.nfz-lodz.pl
- Port: 995
- SSL/TLS:
- STARTTLS:
- Użyj biblioteki OpenSSL dla połączeń szyfrowanych POP3
- Adres serwera poczty wychodzącej (SMTP): raport-xml.nfz-lodz.pl
- Port: 587
- SSL/TLS:
- STARTTLS:
- Użyj biblioteki OpenSSL dla połączeń szyfrowanych SMTP
- Adres e-mail: xxxxxxx@raport-xml.nfz-lodz.pl
- Użytkownik: xxxxxxx@raport-xml.nfz-lodz.pl
- Hasło: *****
- Adres e-mail dla świadczeń: loader@raport-xml.nfz-lodz.pl
- Adres e-mail dla deklaracji: loader-poz@raport-xml.nfz-lodz.pl
- Adres e-mail dla danych zbiorczych POZ: [empty]
- Adres e-mail dla kolejek oczekujących: [empty]
- Folder na pliki załączników: [empty]

At the bottom, there is a 'Test połączenia' section with a text area showing connection logs and a 'Test' button. A red arrow points to the 'Test' button.

POCZTA INNA

Konfiguracja serwera poczty do wysyłania powiadomień z programu mMedica oraz konfiguracja poczty wewnętrznej dostępnej w wersji mMedica Plus.

Aby otrzymywać powiadomienia o wykonanych zadaniach zdefiniowanych jako automatyczne jak np. wykonanie kopii zapasowej, schematu eksportu lub odpytania eWUŚ poprzez harmonogram zadań, należy skonfigurować w tym miejscu pocztę elektroniczną.

FTP

Opcja wymaga ręcznego uzupełnienia przez użytkownika, na podstawie informacji otrzymanych ze swojego oddziału NFZ.

KANAŁY RSS

Opcja pozwala na włączenie obsługi kanałów RRS OW NFZ i/lub zdefiniowania własnych. Aby zdefiniować własny komunikat, należy stworzyć własny kanał RSS, a następnie ustawić jego adres w jednym z trzech obsługiwanych kanałów (Dodatkowy...). Mechanizm dostępny jest w wersji mMedica Plus. Dodatkowo istnieje możliwość ustawienia ilości dni, z których komunikaty będą wyświetlane.

Konfiguracja – Komunikacja » Kanały RSS

Wielozakładowość

- Terminarz
 - Podstawowe
 - Wygląd
- Komunikacja**
 - Eksport
 - Import
 - Poczta NFZ
 - Poczta inna
 - FTP
 - Kanały RSS**
 - Inne
 - Powiadomienia
- Moduły dodatkowe
 - Personalizacja
 - Komercja

Wyświetlanie

Wyświetlaj komunikaty na formatce startowej

Komunikaty nie starsze niż: (dni)

Dostępne kanały

Właściwy oddział wojewódzki NFZ

Dodatkowy 1

Nazwa: URL:

Dodatkowy 2

Nazwa: URL:

Dodatkowy 3

Nazwa: URL:

INNE

W sekcji możliwe jest określenie wersji komunikatu dla komunikacji z systemem eWUŚ oraz wartości timeout'u dla usług sieciowych.

Dostępne są także parametry dotyczące komunikacji z AP-KOLCE oraz wysyłania zdarzeń medycznych. Od wersji 10.7.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość ustawienia wartości timeout'u odrębnie dla zdarzeń medycznych (pole "Timeout" w sekcji [Zdarzenia medyczne](#)).

Konfiguracja – Komunikacja » Inne Nadpisz wartościami domyślnymi

- System
 - Identyfikacja
 - Autoryzacja
 - Moduły dodatkowe
 - Kopia zapasowa
 - Urządzenia zewnętrzne
 - Bezpieczeństwo
 - Różne
- Ewidencja
 - Podstawowe
 - Rozliczenia
 - Deklaracje
 - Kupony (ewidencja)
 - Kupony (skierowania)
 - Wielozakładowość
- Terminarz
 - Podstawowe
 - Wygląd
- Komunikacja
 - Eksport
 - Import
 - Poczta NFZ
 - Poczta inna
 - FTP
 - Kanały RSS
 - Inne
 - Powiadomienia
- Moduły dodatkowe
 - Personalizacja
 - Komercja
 - eRejestracja
 - eWyniki
 - Stomatologia
 - SMS
 - Hospitalizacje

eWUŚ

Wersja komunikatu: 5.0 Wymuś zmianę hasła w ostatnim dniu

Usługi sieciowe

Timeout: (ms)

AP-KOLCE

Komunikacja z AP-KOLCE

mMWS, MIAM

Maksymalna liczba błędnych prób logowania:

Zdarzenia medyczne

Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych podczas autoryzacji wizyty/hospitalizacji

Data początkowa wysyłki zdarzeń medycznych: 01-07-2021 Liczba dni powiadamiania o niewysłanych zdarzeniach:

Liczba dni objętych sprawozdawczością: Liczba dni objętych sprawozdawczością (indeksowanie):

Timeout: (ms)

Logowanie komunikacji z systemami zewnętrznymi

Folder na pliki logów:

Indeksowanie dokumentów

ZLK-1, NOP

DiLO

eDeklaracje

Zgody i uprawnienia pacjenta

eRejestracja P1

IPOM, HIPOM

eRecepta, eSkierowanie

Karta zgonu - dane statystyczne

W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica została dodana sekcja Logowanie komunikacji z systemami zewnętrznymi (zaznaczona na zdj. powyżej), w której dokonuje się ustawień dotyczących generowania plików logów komunikacji z systemami zewnętrznymi. Obszary, dla których mają się tworzyć wspomniane pliki, należy wskazać, zaznaczając odpowiednie pola. Logi będą zapisywane w formie zaszyfrowanej w folderze wybranym w polu "Folder na pliki logów".

W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica w powyższej sekcji udostępniono pozycję dotyczącą wysyłania danych statystycznych z [karty zgonu](#).

21.8.4 Pozycja: Moduły dodatkowe

Ilość modułów wyświetlanych w sekcji **Moduły dodatkowe** zależy jest od licencji posiadanej przez użytkownika i może różnić się od danych prezentowanych na screenach poniżej.

PERSONALIZACJA

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł personalizacyjny.

W tym miejscu istnieje możliwość definicji zawartości okna podglądu danych pacjenta w Kartotece pacjentów i w Gabinecie, co pozwala na dostosowanie wyświetlanych danych do charakteru placówki. Oprócz tego użytkownik ma możliwość zmiany koloru podświetlenia aktywnych pól tekstowych w programie oraz zmiany wielkości czcionki w tabelach.

eREJESTRACJA

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł eRejestracja - wypełniana podczas konfiguracji modułu.

The screenshot shows the configuration interface for the 'eRejestracja' module. On the left, a tree view under 'Moduły dodatkowe' highlights 'eRejestracja'. The main panel is titled 'Usługi sieciowe' and contains the following fields:

- Adres serwisu mM:** [Redacted]
- Adres serwisu eR:** [Redacted]
- Hasło:** [Redacted]
- Czas ważności tokena:** 90 (s)
- Terminarz:** Wysyłaj powiadomienie po zmianie terminu lub odwołaniu rezerwacji

eWYNIKI

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł eWyniki - wypełniana podczas konfiguracji modułu.

Import

- **Generuj badania POZ na podstawie skierowania** - zaznaczenie powoduje, że badania POZ będą generowane i dopisywane na podstawie wystawionego skierowania, a nie na podstawie wyników badań wczytywanych do aplikacji mMedica.

The screenshot shows the configuration interface for the 'eWyniki' module. On the left, a tree view under 'Moduły dodatkowe' highlights 'eWyniki'. The main panel is titled 'Punkt pobrań' and contains the following settings:

- Sposób działania pola wyszukiwania:** Filtrowanie
- Import:** Generuj badania POZ na podstawie skierowania

EDM

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł EDM.

Data rozpoczęcia pracy z EDM powinna zostać uzupełniona przed rozpoczęciem pracy z modułem.

The screenshot shows the configuration interface for the 'EDM' module. On the left, a tree view under 'Moduły dodatkowe' highlights 'EDM'. The main panel contains the following field:

- Data rozpoczęcia pracy z EDM:** 2015-01-01

KOMERCJA

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł komercyjny.

W tym miejscu istnieje możliwość skonfigurowania połączenia programu z kasą lub drukarką fiskalną, zdefiniowania stawek VAT oraz domyślnych formatów numerów dokumentów.

- [-] System
 - Identyfikacja
 - Moduły dodatkowe
 - Kopia zapasowa
 - Urządzenia zewnętrzne
 - Różne
- [-] Ewidencja
 - Podstawowe
 - Rozliczenia
 - Deklaracje
- [-] Komunikacja
 - Eksport
 - Import
 - Poczta NFZ
 - Poczta Inna
 - FTP
 - Kanały RSS
 - Inne
- [-] Moduły dodatkowe
 - Personalizacja
 - Komeracja
- [-] Gabinet
 - Wygląd
 - Wizyta
 - Recepty
 - Skierowania
 - Historia wizyt
 - Wydruki różne
 - Różne

Formaty numerów dokumentów

Rachunek/faktura:

Korekta rachunku/faktury:

Potwierdzenie wpłaty (KP):

Potwierdzenie wypłaty/zwrotu (KW):

Znaczenie symboli specjalnych: {R} – rok, {M} – miesiąc, {N} – numer kolejny w roku, {K} – numer kolejny w miesiącu.

Dane na wydruku rachunku/faktury

PESEL lub inny numer identyfikujący pacjenta

Urządzenie fiskalne

Włącz obsługę

Rodzaj: **Model:** **Kod kasy:**

Port: **Szybkość:** **Parzystość:** **Timeout:** (ms)

Stawki VAT

Stawka VAT dla stawki PTU A:

Stawka VAT dla stawki PTU B:

Stawka VAT dla stawki PTU C:

Stawka VAT dla stawki PTU D:

Stawka VAT dla stawki PTU E:

Stawka VAT dla stawki PTU F:

Stawka VAT dla stawki PTU G:

Uwaga: wartości stawek VAT powinny być zgodne z wartościami stawek PTU na używanej drukarce fiskalnej.

STOMATOLOGIA

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł stomatologiczny - wypełniania podczas konfiguracji modułu.

21.8.5 Pozycja: Gabinet

Funkcjonalność została omówiona w rozdziale: [Konfiguracja Gabinetu](#).

21.9 Parametry konfiguracyjne

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Parametry konfiguracyjne](#)

Parametry konfiguracyjne umożliwiają szczegółową konfigurację aplikacji mMedica dla poszczególnych wartości: systemu, stacji roboczej, użytkownika.

Znaczenie opcji **Pokaż parametry** dla:

- **Systemu** – widoczna jest wyłącznie zakładka **Wartość dla systemu**. Dla pozostałych parametrów wartości nie są edytowalne (inne zakładki nie są widoczne).
- **Stacji roboczej** – widoczna jest wyłącznie zakładka **Wartość dla stacji roboczej**.
- **Użytkownika** - widoczna jest wyłącznie zakładka **Wartość dla użytkownika**. Po zaznaczeniu tej opcji, z listy rozwijanej można wybrać konkretnego użytkownika, dla którego wykonywana będzie konfiguracja,

Aby uzyskać dostęp do wszystkich parametrów w panelu "Wyszukiwanie zaawansowane" należy zaznaczyć opcję „**Pokaż parametry: Wszystkie**”. Spowoduje to wyświetlenie wszystkich parametrów wraz z podglądem wprowadzonych wartości w dolnej części okna.

Pole **Kod parametru** pozwala w szybki sposób wyszukać interesujący parametr konfiguracyjny. W tym celu w polu wyszukiwania należy wpisać znak **%** i słowo, które pozwoli zawęzić obszar wyszukiwania. Np. dla wprowadzonej frazy: **%FAKT** system wyświetli wszystkie parametry dotyczące faktury (zdj. poniżej).

Konfiguracja programu

Zaznaczenie dowolnej pozycji na liście parametrów konfiguracyjnych powoduje wyświetlenie szczegółowych danych (z możliwością edycji) wraz z zakładkami dodatkowymi dla określonych parametrów.

The screenshot shows the 'Parametry konfiguracyjne' (Configuration Parameters) window. On the left, there is a search panel with filters for 'Systemu', 'Stacji roboczej', and 'Użytkownika', and a search box containing '%FAKT'. The main area displays a table of parameters:

Kod systemu	Sekcja	Kod parametru	Nazwa
SZPM	SYSTEM	FISCAL\CZY_WYDRUK_FAKTURY	Czy urządzenie fiskalne umożliwia wydruk faktury
SZPM	SYSTEM	ROZL\CZY_FAKTURA	Czy drukować fakturę, czy rachunek
SZPM	SYSTEM	ROZLNFZ\NOWA_WERSJA_RACHFAKT	Nowa wersja wyglądu wydruku/faktury

The 'ROZL\CZY_FAKTURA' parameter is selected, and its details are shown in a sub-window titled 'Parametr ROZL\CZY_FAKTURA - Czy drukować fakturę, czy rachunek'. The 'Wartość dla systemu' (System Value) section shows:

- Obiekt: X System
- Opis: Określa, czy w systemie drukowane są faktury (wartość = 1), czy też rachunki (wartość = 0).
- Wartość: Tak

Aby zmienić wartość dla danego parametru (TAK/NIE), należy zaznaczyć pozycję na liście parametrów konfiguracyjnych. W oknie poniżej wyświetlone zostaną szczegółowe dane, gdzie w polu **Wartość** za pomocą przycisku wyboru [...] można dokonać zmiany wartości.

The 'Odpowiedź Tak/Nie' dialog box is shown. It has a search field for 'Kod lub nazwa:' and view options: '1 Preferowane', '2 Ostatnio wybierane', and '3 Wszystkie'. The list below shows two options:

Kod	Nazwa
0	Nie
1	Tak

At the bottom, there are buttons for 'Wybierz (F5)' (highlighted), 'Wyjście', and a star icon.

21.10 Ustawienia domyślne personelu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Ustawienia domyślne personelu](#)

Aby przyspieszyć proces wprowadzania świadczeń do aplikacji można skorzystać z ułatwienia, polegającego na podpowiadaniu się domyślnych danych personelu realizującego wizytę oraz domyślnych danych rozliczeniowych.

W tym celu należy przejść do powyższej lokalizacji i zaznaczyć na liście personelu osobę, dla której definiowane będą ustawienia. W dolnym oknie **Personel...** należy uzupełnić dane, które mają podpowiadać się na wizycie, rozliczeniu lub skierowaniu.

The screenshot shows the 'Ustawienia domyślne personelu 2015' window. On the left, a search panel for 'NOWAK' is visible. The main table lists staff members, with 'Nowak Anna' selected. Below the table, the 'Personel: Nowak Anna' configuration form is shown. The 'Personel domyślny' checkbox is checked. The '1. Dane wizyty' tab is active, showing fields for 'Wizyta: Specjalistyczna', 'Przyjęcie: Ze skierowaniem', 'Rodzaj wizyty: BK', 'Komórka org.: 51', 'Kod świadczenia: 4.4', and 'Procedury: 89.00, 99.591'. The 'Procedury' field is highlighted with a red box.

Dane znajdujące się na zakładce **1. Dane wizyty**:

- Wizyta
- Nr umowy POZ
- Rodzaj wizyty
- Komórka org.
- Kod świadczenia
- Podtyp świadczenia
- Typ świadczenia w hospitalizacji
- **Procedury** - można wprowadzić kilka domyślnych procedur ICD-9. Wprowadza się je ręcznie i oddziela od siebie przecinkami lub kolejno wybiera ze słownika za pomocą przycisku wyboru [...].

Dane znajdujące się na zakładce **2. Dane rozliczeniowe**:

- Zakres świadczeń
- Wyróżnik
- Nr umowy
- Świadczenie
- Sposób rozliczenia

Dane znajdujące się na zakładce **3. Dane skierowania**:

- Typ zleceniodawcy
- Instytucja zlecająca
- Kod res. cz. VIII/VII

Uwaga!

Zaznaczenie parametru **Personel domyślny** spowoduje, że w wizycie w polu **Realizujący** automatycznie podpowiadać się będzie wybrana osoba wraz z jej ustawieniami domyślnymi. Jako personel domyślny można oznaczyć tylko jedną osobę.

Ustawienia domyślne personelu określone są w kontekście roku rozliczeniowego, a więc wraz z nastaniem nowego roku należy na nowo zdefiniować ustawienia. W tym celu można skorzystać z przycisku "**Migruj z poprzedniego roku**", który znajduje się w górnym panelu ekranu. Wybranie przycisku spowoduje nadpisanie ustawień danymi z poprzedniego roku, o czym użytkownik zostanie poinformowany stosownym komunikatem:

Istniejące ustawienia domyślne zostaną nadpisane. Czy chcesz kontynuować?

Tak Nie

21.11 Walidacje definiowane

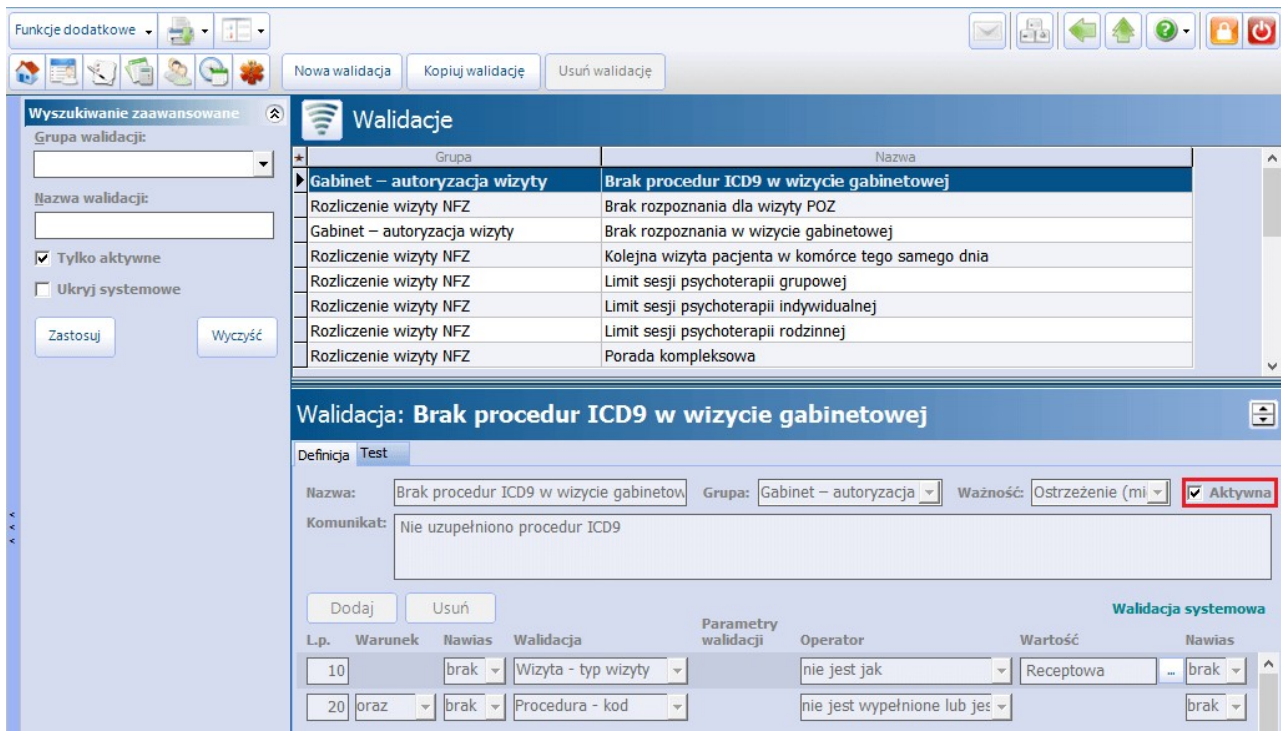
Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Walidacje definiowane](#)

W wersji aplikacji **mMedica Plus (+)** istnieje funkcjonalność definiowania walidacji, które umożliwiają dynamiczne tworzenie w systemie funkcji sprawdzających wprowadzane dane. Dzięki walidacjom użytkownik jest w stanie weryfikować kompletność wprowadzanych danych do aplikacji i kontrolować udzielanie świadczeń, których rozliczanie jest ograniczone w czasie.

W programie są dostępne następujące walidacje systemowe:

- Brak procedur ICD9 w wizycie gabinetowej
- Brak rozpoznań dla wizyty POZ
- Brak rozpoznania w wizycie gabinetowej
- Kolejna wizyta pacjenta w komórce tego samego dnia
- Limit sesji psychoterapii grupowej
- Limit sesji psychoterapii indywidualnej
- Limit sesji psychoterapii rodzinnej
- Porada kompleksowa
- Porada kompleksowa - świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa udzielanego kobietom w ciąży
- Porada kompleksowa - świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej
- Porada kompleksowa - warunek na wystąpienie porady specjalistycznej w ciągu minionego miesiąca
- Porada kompleksowa (nowa)
- Porada recepturowa
- Stomatologia - ilość świadczeń w ramach jednej wizyty
- Stomatologia - ograniczenie liczby wykonań świadczenia w szczęce
- Stomatologia - ograniczenie liczby wykonań świadczenia w żuchwie
- Stomatologia - świadczenia roczne
- Stomatologia - uzupełnione umiejscowienie i powierzchnia
- Uzupełnienie procedur ICD9
- Wizyta patronażowa (nowa)
- Brak laboratorium

W celu wyświetlenia na liście wszystkich walidacji, również tych nieaktywnych, należy usunąć zaznaczenie w polu "Tylko aktywne" w panelu Wyszukiwanie zaawansowane. Aby aktywować wybraną walidację należy zaznaczyć ją na liście i zaznaczyć pole "Aktywna", znajdujące się w definicji walidacji.



Opis przycisków w górnym panelu formatki:

- **Nowa walidacja** - w dolnej części okna zostanie wyświetlone okno "Nowa walidacja", umożliwiając zdefiniowanie własnych warunków walidacji.
- **Kopiuj walidację** - kopiuje walidację, która została podświetlona na liście. Wszystkie dane wybranej walidacji (nazwa, warunki itd.) zostaną skopiowane do okna *Nowa walidacja*, które zostanie wyświetlone w dolnej części okna.
- **Usuń walidację** - usuwa walidację. Nie można usunąć walidacji systemowej - po jej podświetleniu na liście, przycisk będzie nieaktywny. Aby usunąć walidację systemową należy usunąć zaznaczenie w polu "Aktywna".

Oprócz walidacji systemowych użytkownik może sam zdefiniować warunki walidacji na wprowadzane dane. W celu utworzenia nowej walidacji należy wybrać przycisk **Nowa walidacja**, znajdujący się w górnym panelu okna. W dolnej części okna zostaną wyświetlone pola do uzupełnienia (zdz. poniżej).

Tworzona definicja walidacji musi posiadać swoją nazwę, mieć określoną grupę oraz komunikat, który będzie wyświetlany w czasie wystąpienia konkretnego przypadku. Komunikat będzie się wyświetlał i informował użytkownika, wprowadzającego dane do aplikacji, o wystąpieniu walidowanego przypadku. Należy określić, czy definiowana walidacja ma być "mięka", co oznacza, że użytkownik podczas wprowadzania danych będzie miał możliwość zdecydowania, czy pomimo wystąpienia błędu walidacji dane mają być zatwierdzone. Domyślnie komunikat błędu nie pozwala na zatwierdzenie danych (tzw. walidacja twarda).

W wersji 10.3.0 programu dla grupy "Gabinet - autoryzacja wizyty" udostępniono nową walidację: "Wizyta - diagnoza psychologiczna".

W wersji 10.8.0 programu dla grupy "Terminarz - rezerwacja" oraz "Terminarz - rejestracja" udostępniono nową walidację: "Terminarz - bad. diag." i "Wizyta - typ wizyty".

Nowa walidacja

Definicja Test

Nazwa: Grupa: Ważność: Aktywna

Komunikat:

L.p.	Warunek	Nawias	Walidacja	Parametry walidacji	Operator	Wartość	Nawias
10		brak	Rozliczenie - świadcz		dokładnie jak	5.01.01.2000001 – PORADA KOMPLEKSC	brak
20	oraz	brak	Rozliczenie - liczba w	366	większy(a) lub równy(a)	4	brak
30	oraz	(Wizyta - rozpoznanie		to któraś pozycja z	000 – Ciąża pozamaciczna, 013 – Nadci	brak
40	lub		Wizyta - rozpoznanie		rozpoczyna się od	O12	brak
50	lub	(Wizyta - rozpoznanie		dokładnie jak lub następny	O20	brak
60	oraz	brak	Wizyta - rozpoznanie		dokładnie jak lub poprzedz	O48Z)
70	lub	brak	Wizyta - rozpoznanie		rozpoczyna się od	Z34	brak
80	lub	brak	Wizyta - rozpoznanie		rozpoczyna się od	Z35	brak
90	lub	brak	Wizyta - rozpoznanie		rozpoczyna się od	Z32)

Opis pól warunków walidacji:

- **L.p.** – liczba porządkowa określająca kolejność sprawdzania warunków, domyślnie jest zwiększana co 10.
- **Warunek** – dla pierwszej pozycji w definicji warunek nie jest ustawiany, dla kolejnych trzeba wybrać wartość "oraz" albo "lub". Wybranie "oraz" pomiędzy wyrażeniami oznacza, że muszą być spełnione oba wyrażenia. Wybranie "lub" oznacza, że musi być spełnione co najmniej jedno wyrażenie. Wyrażenia należy czytać od góry do dołu, warunek występuje pomiędzy wyrażeniem wyżej, a wyrażeniem z wiersza, w którym wybierany jest warunek.
- **Nawias** – nie jest wymagany, pozwala na grupowanie warunków między wyrażeniami w logiczne grupy, przykładowo: (wizyta - rozpoznanie rozpoczyna się od I00 LUB wizyta - rozpoznanie rozpoczyna się od I20) ORAZ wizyta - data od większa lub równa 2009-01-01.
- **Walidacja** – należy wybrać ze słownika odpowiednie pole, które ma być lewą stroną wyrażenia.
- **Parametr walidacji** – występuje np. dla pola walidacji: "Rozliczenie - Liczba wystąpień świadczenia w ciągu zadanej liczby dni". Wartością parametru jest ilość dni, które będą sprawdzane. Występuje lub nie, w zależności od wybranego pola walidacji.
- **Operator** – operatory są różne w zależności od rodzaju wybranego pola walidacji i pozwalają na porównanie pola z wartością. Np. większy niż, dokładnie jak, zawiera.
- **Wartość** – możliwe do wprowadzenia wartości, podobnie jak operatory, zależą od rodzaju wybranego pola walidacji. Dla części pól wartość może być wybrana ze słownika za pomocą przycisku [...].

Należy pamiętać, że pozytywnie spełnione warunki oznaczają wystąpienie komunikatu błędu walidacji, zaś niespełnione warunki nie spowodują wyświetlenia komunikatu.

Przykładowo: dla włączonej walidacji **Brak rozpoznania dla wizyty POZ**, zatwierdzenie wprowadzonej wizyty bez uzupełnienia pola **Rozp. główne** skutkować będzie komunikatem:

Pacjent nie ma wprowadzonego rozpoznania.
Kontynuować?

Tak Nie

Rozdział

22

Księgi i raporty

Menu **Księgi i raporty** zawiera szereg przygotowanych zestawień i wykazów, pozwalających na bieżąco monitorować pracę placówki. Ponadto użytkownikom aplikacji udostępniono narzędzia, umożliwiające tworzenie własnych szablonów wydruków według zdefiniowanych warunków. Dostęp do rejestru ksiąg pozwala na prowadzenie elektronicznych ksiąg medycznych placówki z możliwością wydruku danych. Natomiast moduł dodatkowy Dane do sprawozdań rocznych MZ/GUS zawiera komplet raportów umożliwiających zebranie danych, niezbędnych do uzupełnienia sprawozdań przesyłanych do Ministerstwa Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego.

Na menu **Księgi i raporty** składają się następujące sekcje:

- [Księgi](#)
- [Raporty/zastawienia](#)
- [Raporty definiowane](#)

Szczegółowy opis w/w sekcji znajduje się w kolejnych podrozdziałach tej instrukcji.

22.1 Księgi

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Księgi](#)

Menu **Księgi** umożliwia dostęp do danych elektronicznych ksiąg medycznych placówki z możliwością wydruku danych.



Formatka **Rejestr ksiąg** umożliwia tworzenie następujących ksiąg:

- Księga główna przyjęć i wypisów (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga przyjęć
- Księga nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarской (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga ratownictwa medycznego
- Księga zabiegów (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga sali operacyjnej (ta i poniższe księgi są dostępne w module "Hospitalizacja 1-go dnia")
- Księga oddziału
- Księga raportów lekarskich
- Księga raportów pielęgniarских

Szczegółowy opis w/w sekcji znajduje się w kolejnych podrozdziałach tej instrukcji.

22.1.1 Księga główna przyjęć i wypisów

Ścieżka: [Księgi i Raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga główna przyjęć i wypisów](#)

Do prowadzenia ksiąg głównych przyjęć i wypisów zobowiązane są placówki, które realizują świadczenia z zakresu leczenia stacjonarnego lub dziennego w trybie hospitalizacji. Z związku z tym księga główna przyjęć i wypisów jest dostępna w wersji **Standard** i **Standard+** mMedica, gdyż tylko te wersje umożliwiają ewidencjonowanie hospitalizacji.

Po zdefiniowaniu księgi głównej w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), wszystkie hospitalizacje wprowadzone do programu będą pojawiać się w księdze głównej przyjęć i wypisów.

Nr	Data przyjęcia	Pacjent			Prowadzący					
		Nazwisko i imię	PESEL	Adres	Nazwisko i imię	NPWZ	Grupa zawodowa	Specjalność	Nazwa	Kod res.
2	2015-10-15 08:14	Kowalski Jan	00000000000	Katowice...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opi...	050
3	2015-09-18 14:46	Kowalski Jan	00000000000	Katowice...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opiek...	050
6	2015-10-26 00:00	Nazwisko	6805*****	Pacjentów	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opiek...	050
7	2015-12-16 12:30	Gnyp Alexanja	00000000000	nr 1	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Oddział urazowo-o...	050

Na formatce **Księga główna przyjęć i wypisów** wyświetlane są wszystkie hospitalizacje, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i miesiącu, zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. Aby wyszukać hospitalizacje z poprzednich miesięcy, należy zmienić datę przyjęcia we filtrze **Data przyjęcia**. W celu wyświetlenia hospitalizacji z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok** (zjd. powyżej). Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę główną, wyświetlanie hospitalizacji można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Dane hospitalizacji** - przycisk aktywny dla hospitalizacji ewidencjonowanych w module dodatkowym "Hospitalizacja 1-go dnia". Otwarte zostanie okno modułu, prezentujące dane wybranej hospitalizacji, umożliwiając edycję/modyfikację danych.
- **Rozliczenie** - otwarte zostanie okno z rozliczeniem hospitalizacji, umożliwiając edycję/modyfikację danych.
- **Drukuj** - wydruk wpisów znajdujących się w księdze głównej według warunków zadanych przez użytkownika. Przed wydrukiem istnieje możliwość wyboru kolumn/danych, które zostaną uwzględnione na wydruku.
- **Drukuj wg formatu rozporządzenia** - wydruk księgi głównej według formatu rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Użytkownik nie ma możliwości ingerencji we wzór wydruku.

Dane znajdujące się w księdze głównej można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu nawigacji **"Wyszukiwanie zaawansowane"**, m.in. numer w księdze, data przyjęcia, data wypisu, komórka org., prowadzący, nazwisko/PESEL pacjenta, tryb przyjęcia, tryb wypisu, zlecający, instytucja zlecająca, status.

Zgodnie z rozporządzeniem MZ każda księga główna przyjęć i wypisów powinna zawierać informację o numerze kolejnym pacjenta w księdze. Podpowiadanie numeru pozycji w księdze zależne jest od parametru **"Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów"** znajdującego się w [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja](#) > [Podstawowe](#):

- zaznaczony parametr [✓] - aplikacja automatycznie nada kolejny numer pozycji w księdze. Pole **Nr pozycji** w hospitalizacji będzie nieaktywne, blokując użytkownikowi możliwość ingerencji w nadawane numery.
- brak zaznaczenia [] - pole Nr pozycji w hospitalizacji będzie aktywne, dając tym samym

użytkownikowi możliwość samodzielnego, ręcznego wprowadzenia numeru pozycji w księdze.

Eksport karty statystycznej do Centrum Zdrowia Publicznego ✕

Plik wyjściowy

Ścieżka do pliku: ...

Kompresuj plik

Zakres sprawozdania

Data sprawozdania: Okres: Rok:

Data: od do

Księga główna:

Dane nadawcy / odbiorcy

REGON nadawcy: REGON odbiorcy:

Postęp

Uwaga! Wraz z nastaniem nowego roku rozliczeniowego, numeracja wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów następuje od początku, t.j. od numeru 1.

Aby wyświetlić usunięte hospitalizacje, należy we filtrze **Status** wybrać wartość "Usunięte" (zdj. poniżej). Usunięte hospitalizacje oznaczone są na liście kolorem czerwonym. Usunięcie hospitalizacji powoduje zwolnienie użytego numeru w księdze głównej, dzięki czemu możliwe jest jego ponowne użycie. Aby na usuniętym (zwolnionym) numerze księgi głównej wprowadzić nową hospitalizację należy **WYŁĄCZYĆ** automatyczną numerację wpisów w księdze głównej i oczekiwany numer wprowadzić w hospitalizacji ręcznie.

Wyszukiwanie zaawansowane

Zlecający:

Institucja zlecająca:

Status:

Księga główna przyjęć i wypisów

Księga: Rok:

Nr	Data przyjęcia	Pacjent			Prowadzący			Komórka org.			
		Nazwisko i imię	PESEL	Adres	Nazwisko i imię	NPWZ	Grupa zawodowa	Specjalność	Nazwa	Kod res. VII	Kod res.
2	2015-07-09 00:00	Nazwisko_...	520...	Pacjent...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opi...	050	001
4	2015-10-15 08:14	Kowalski Jan	000...	Katowice...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opiek...	050	001
5	2015-10-26 00:00	Nazwisko_10...	670...	11-111 P...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opiek...	050	001
7	2015-12-03 11:21	Gnyp Alexanja	000...	nr 1	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Oddział urazowo-o...	050	001
9	2015-11-26 13:39	Kowalski Jan	000...	Katowice...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Oddział urazowo-o...	050	001

22.1.2 Księga NiŚOLiP

Ścieżka: [Księgi i Raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga NiŚOLiP \(Księga nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej\)](#)

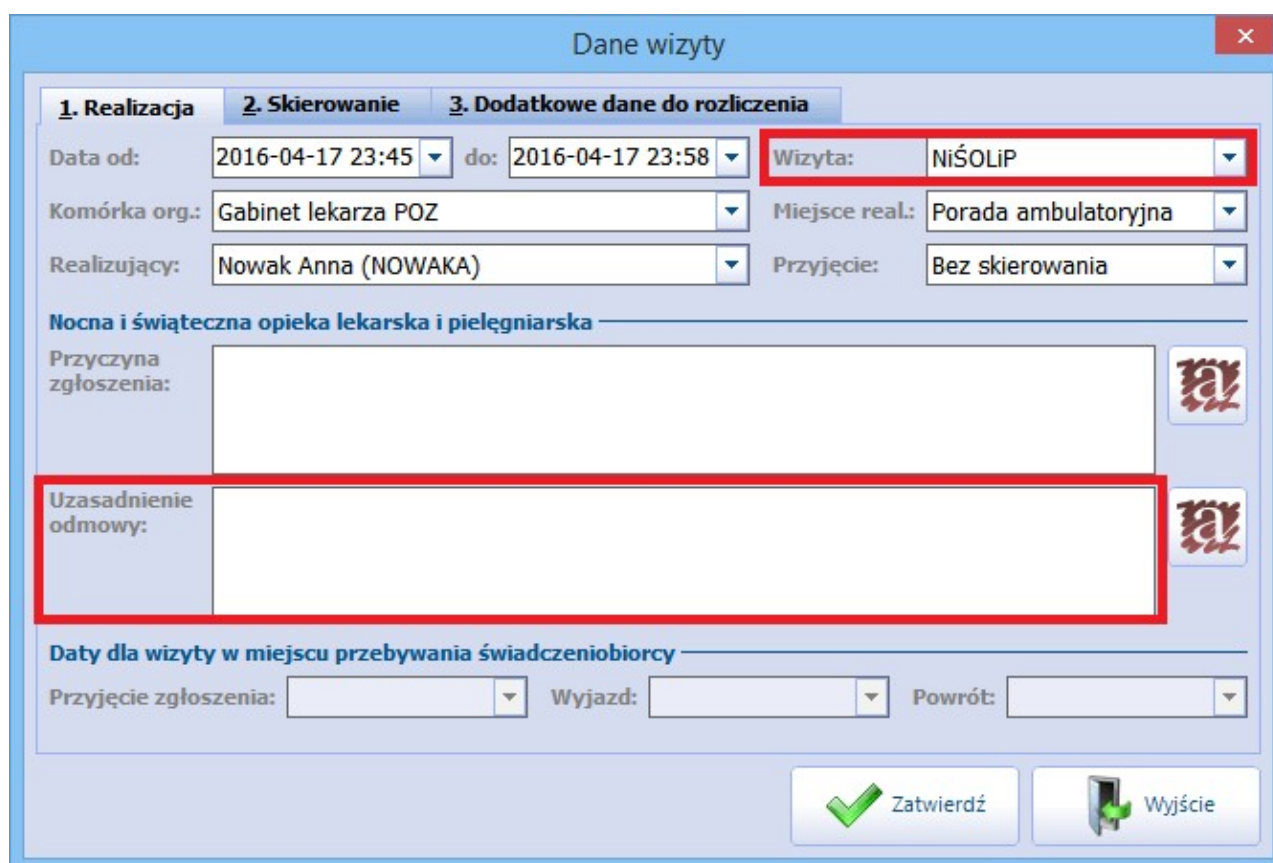
Wizyty z zakresu nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej realizowane są w Gabinetce, w związku z tym księga NiŚOLiP jest dostępna tylko w wersji **Standard** i **Standard+**.

Po zdefiniowaniu księgi NiŚOLiP w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), wszystkie wizyty wprowadzone do programu będą pojawiać się w księdze, jeśli spełnią następujące warunki:

- zostaną zaewidencjonowane i zautoryzowane w module Gabinet
- zostaną zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą

Jak wspomniano wcześniej, wizyta z zakresu nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej musi zostać zaewidencjonowana w Gabinetce. Na wizycie gabinetowej należy wybrać przycisk "**Dane podstawowe**", znajdujący się na dole okna, następnie w polu **Wizyta** wybrać wartość **NiŚOLiP** (zdz. poniżej).

Do księgi będą dodawane wpisy ze zrealizowanych wizyt, jak również z odmów przyjęć na podstawie uzupełnionego pola "Uzasadnienie odmowy".



Na formatce **Księga nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej** wyświetlane są wszystkie wizyty, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. W celu wyświetlenia wizyt z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok**. Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę NiŚOLiP, wyświetlanie wizyt można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Nr	Data zgłoszenia	Data świadczenia	Data wyjazdu	Data powrotu	Nazwisko i imie	PESEL	Adres	Tryb	Przyczyna zgłoszenia
1		2016-02-17 14...			Kowalski Jan	0000000000	11-111 Pacjentów, ul...	Porada ambulatoryjna	Atak padaczki
2	2016-02-1...	2016-02-16 2...	2016-02-...	2016-02-...	Gnyp Alexanja	0000000000	Dąbrowa, nr 1	Wizyta w miejscu pr...	Migrena, wymioty
3		2016-02-17 14...			Nastolatek Alek...	99051002673	11-111 Pacjentów, ul...	Porada ambulatoryjna	A

Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Dane wizyty** - otwarte zostanie okno prezentujące dane wizyty gabinetowej.
- **Rozliczenie** - otwarta zostanie formatka "Uzupełnianie świadczeń" prezentująca dane rozliczeniowe wizyty.
- **Drukuj** - wydruk wpisów znajdujących się w księdze/wyfiltrowanych przez użytkownika.

Dane znajdujące się w księdze głównej można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu nawigacji "**Wyszukiwanie zaawansowane**", m.in. numer w księdze, data wizyty, komórka org., realizujący, nazwisko/PESEL pacjenta, status.

Aby wyświetlić usunięte wizyty, należy we filtrze **Status** wybrać wartość "Usunięte". Usunięte wpisy oznaczone są na liście kolorem czerwonym. Nie ma możliwości ponownego wykorzystania usuniętego numeru w księdze NIŚOLiP.

22.1.3 Księga przyjęć

Ścieżka: [Księgi i Raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga przyjęć](#)

Po zdefiniowaniu księgi przyjęć w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), każda wizyta zaewidencjonowana w programie mMedica będzie pojawiać się w księdze.

Wizyty wprowadzane do programu będą pojawiać się w księdze, jeśli spełnią następujące warunki:

- zostaną zaewidencjonowane i zautoryzowane w module Gabinet
- zostaną zaewidencjonowane na formatce Uzupełnianie świadczeń
- zostaną zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą

Na formatce **Księga przyjęć** wyświetlane są wszystkie wizyty, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i miesiącu, zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. Aby wyszukać wizyty z poprzednich miesięcy, należy zmienić datę we filtrze **Data zgłoszenia**. W celu wyświetlenia wizyt z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok** (zdj. poniżej). Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę przyjęć, wyświetlanie wizyt można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Nr	Data zgłoszenia	Nazwisko i imię	PESEL	Data ur.	Płeć	Wiek	Adres	NFZ	Nazwisko i imię	NPWZ	Grupa z...	Realizujący
1	2016-02-18 09:52	Kowalska Anna	AXD1...	2015-12-11	K	9 tyg.	11-111 Pacjentó...	05	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz -
2	2016-02-18 0...	Nastolatek Al...	9905...	1999-05-...	M	16 lat	11-111 Pacjentó...	05	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz
3	2016-02-18 09:54	Gnyp Alexanja	0000...	1986-05-23	K	29 lat	Dąbrowa, nr 1	04	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz -

Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Dane wizyty** - otwarte zostanie okno prezentujące dane wizyty gabinetowej lub dane wizyty na formacie "Uzupełnianie świadczeń". Przycisk będzie nieaktywny w przypadku podświetlenia na liście usuniętej wizyty.
- **Rozliczenie** - otwarta zostanie formatka "Uzupełnianie świadczeń" prezentująca dane rozliczeniowe wizyty. Przycisk będzie nieaktywny w przypadku podświetlenia na liście usuniętej wizyty.
- **Drukuj** - wydruk wpisów znajdujących się w księdze przyjęć według warunków zadanych przez użytkownika. Przed wydrukiem istnieje możliwość wyboru kolumn/danych, które zostaną uwzględnione na wydruku.
- **Drukuj wg formatu rozporządzenia** - wydruk księgi przyjęć według formatu rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Użytkownik nie ma możliwości ingerencji we wzór wydruku.

Wpisy w księdze przyjęć zostały rozróżnione następującymi kolorami:

- Oliwkowy** - wizyty zrealizowane w ramach kontraktu z NFZ.
- Bordowy** - wizyty komercyjne/prywatne (zrealizowane w Gabinetzie za pomocą przycisku "Nowa wizyta komercyjna").
- Czerwony** - wizyty, które zostały usunięte.

Dane znajdujące się w księdze przyjęć można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu nawigacji "**Wyszukiwanie zaawansowane**", m.in. numer w księdze, komórka organizacyjna, realizujący, nazwisko/PESEL pacjenta, oddział NFZ, kod świadczenia, data zgłoszenia, procedura, status, rodzaj wizyty.

Aby wyświetlić usunięte wizyty, należy we filtrze **Status** wybrać wartość "Usunięte". Usunięte wpisy oznaczone są na liście kolorem czerwonym. Nie ma możliwości ponownego wykorzystania usuniętego numeru w księdze przyjęć.

22.1.4 Księga ratownictwa medycznego

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga ratownictwa medycznego](#)

Do prowadzenia księgi ratownictwa medycznego zobowiązane są placówki, które realizują świadczenia udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego.

Po zdefiniowaniu księgi przyjęć w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), wszystkie wizyty wprowadzone do programu będą pojawiać się w księdze, jeśli spełnią następujące warunki:

- na formacie "Uzupełnianie świadczeń" zostanie uzupełniona sekcja **Ratownictwo**
- zostaną zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą

Aby wprowadzić do programu informacje o wyjeździe zespołu ratownictwa medycznego należy na formacie Uzupełnianie świadczeń w polu **Wizyta** wybrać wartość "**Ratownictwo**". Następnie na formacie

"Ratownictwo" należy wprowadzić wymagane dane.

Uzupełnianie świadczeń

Komórka organizacyjna: Realizujący: Nowak Anna (NOWAKA) Data: 2016-02-18

Nr świadczenia: 00002034710404860501 ID wizyty: 218596 Pacjent: PESEL 00000000000 Gnypp Alexanja

Rok księgi: 2016 Nr księgi: * Nr w księdze: *

Nr powiadomienia: * Kod zespołu: POZ1

Członek zespołu 1: 864866 Nowak Anna Kierownik

Członek zespołu 2: * Kierownik

Członek zespołu 3: * Kierownik

Członek zespołu 4: * Kierownik

Członek zespołu 5: * Kierownik

Na formatce **Księga ratownictwa medycznego** wyświetlane są wszystkie wizyty, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. W celu wyświetlenia wizyt z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok**. Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę ratownictwa medycznego, wyświetlanie wizyt można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Funkcje dodatkowe

Wyszukiwanie zaawansowane

Nr księgi:

Nazwisko / PESEL pacjenta:

Data przyjęcia od - do: od do

Księga ratownictwa medycznego

Księga: Ratownictwo Rok: 2016

Numer	Data przyjęcia	Nazwisko i imię	PESEL	Data ur.	Płeć	Adres	Telefon	Przyczyna wyjazdu
1	2016-02-18 11:06	Gnypp Alexanja	0000...	1986-05-...	K	Dąbrowa, nr 1		Nagle zachorowa...
2	2016-02-18 11:09	Kowalski Jan	00000...	1968-06-25	M	11-111 Pacjentów,...		Nagle zachorowanie

Dane znajdujące się w księdze głównej można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu nawigacji **"Wyszukiwanie zaawansowane"**, m.in. numer w księdze, nazwisko/PESEL pacjenta, data przyjęcia.

W celu wydrukowania wpisów znajdujących się w księdze należy wybrać przycisk **"Drukuj"**. Przed wydrukiem istnieje możliwość wyboru kolumn/danych, które zostaną uwzględnione na wydruku oraz orientacji strony.

Zgodnie z rozporządzeniem MZ każda księga ratownictwa medycznego powinna zawierać informację o numerze kolejnym pacjenta w księdze. Podpowiadanie numeru pozycji w księdze zależne jest od parametru **"Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze ratownictwa medycznego"** znajdującego się w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe](#):

- zaznaczony parametr [✓] - aplikacja automatycznie nada kolejny numer pozycji w księdze. Pole **Nr w księdze** na formatce "Ratownictwo" będzie nieaktywny, blokując użytkownikowi możliwość ingerencji w nadawane numery.
- brak zaznaczenia [] - pole "Nr w księdze" na formatce "Ratownictwo" będzie aktywny, dając tym samym użytkownikowi możliwość samodzielnego, ręcznego wprowadzenia numeru pozycji w księdze.

Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze ratownictwa medycznego

Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów

22.1.5 Księga zabiegów

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga zabiegów](#)

Do prowadzenia ksiąg zabiegowych zobowiązane są placówki, które realizują świadczenia zabiegowe. W związku z tym księga zabiegów jest dostępna w wersji **Standard** i **Standard+** mMedica, gdyż tylko te wersje umożliwiają ewidencjonowanie zabiegów przeprowadzanych w trakcie wizyty ambulatoryjnej w Gabinetcie.

Po zdefiniowaniu księgi zabiegów w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), wszystkie zabiegi wprowadzone do programu będą pojawiać się w księdze, jeśli spełnią następujące warunki:

- zostaną zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą
- zostaną zaewidencjonowane w danych medycznych pacjenta w Kartotece pacjentów, w danych medycznych lub w oknie zabiegów w Gabinetcie

W programie mMedica przygotowano cztery funkcjonalności umożliwiające ewidencję zabiegów wykonanych u pacjenta. Wprowadzenie danych o zabiegu w sposób opisany poniżej, spowoduje odnotowanie tego faktu w księdze zabiegów:

1. Ewidencja zabiegu w: [Kartoteka pacjentów](#) > [Dane medyczne](#) > [Zabiegi](#). W oknie "Zabiegi wykonane" należy dodać informację o wykonanym zabiegu - ze wskazaniem komórki organizacyjnej, z którą jest powiązana księga zabiegów.
2. Ewidencja zabiegu w: [Gabinet](#) > [Dane medyczne](#) > [Zabiegi](#). W oknie "Zabiegi wykonane" należy dodać informację o wykonanym zabiegu.
3. Ewidencja zabiegu w: [Gabinet](#) > przycisk **2. Zabiegi** (szczegółowy opis: [Zabiegi](#)).
4. Ewidencja zabiegu w: [Moduły dodatkowe](#) > [Integracja](#) > [Punkt pobrań](#). Nadanie numeru próbki i autoryzacja zlecenia powodują dodanie wpisu w księdze (opcja dostępna w Module eWyniki).

Na formatce **Księga zabiegów** wyświetlane są wszystkie wizyty, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. W celu wyświetlenia wizyt z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok**. Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę zabiegów, wyświetlanie wizyt można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Nr	Data wykonania	Pacjent		Rodzaj zabiegu	Przebieg	Opis
		Nazwisko i imię	PESEL			
1	2016-02-18	Kowalski Jan	000...	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki	Przebieg badania bez powikłań	
2	2016-02-18	Gnyp Alexanja	000...	USG naczyń kończyn dolnych	Przebieg badania bez powikłań	
3	2016-02-18	Nastolatek Aleksander	990...	szczepienie	Przebieg badania bez powikłań	
4	2016-02-18	Nastolatek Aleksa...	990...	podanie leku		

Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Dane zabiegu** - otwarte zostanie okno danych medycznych "Zabieg", prezentujące dane zabiegu. Przycisk będzie nieaktywny w przypadku podświetlenia na liście usuniętego wpisu lub wizyty
- **Drukuj** - wydruk wpisów znajdujących się w księdze zabiegów według warunków zadanych przez użytkownika. Przed wydrukiem istnieje możliwość wyboru kolumn/danych, które zostaną uwzględnione na wydruku.
- **Drukuj wg formatu rozporządzenia** - wydruk księgi zabiegów według formatu rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Użytkownik nie ma możliwości ingerencji we wzór wydruku.

Dane znajdujące się w księdze głównej można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w

panelu nawigacji "**Wyszukiwanie zaawansowane**", m.in. numer w księdze, komórka organizacyjna, realizujący, nazwisko/PESEL pacjenta, data wykonania, status.

22.2 Raporty/zestawienia

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty/zestawienia](#)

W menu **Raporty/zestawienia** znajdują się raporty i zestawienia obejmujące:

- **Sprawozdania MZ/GUS** - opcja dostępna po wykupieniu modułu Dane do sprawozdań rocznych MZ/GUS
- **Raporty pomocnicze** - opcja dostępna po wykupieniu modułu Raporty pomocnicze

Jak wspomniano powyżej, aby uzyskać dostęp do powyższych funkcji, należy wykupić licencje na dodatkowe moduły i aktywować je w programie mMedica. Wymienione moduły zostały opisane w odrębnych instrukcjach, które znajdują się na [stronie internetowej produktu](#) mMedica w sekcji *Dokumentacja*.

22.3 Raporty definiowane

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#)

W menu **Raporty definiowane** znajduje się szereg zestawień i wykazów, pozwalających na bieżąco monitorować pracę placówki oraz narzędzia umożliwiające tworzenie własnych szablonów wydruku.

Raporty definiowane obejmują:

- [Wykazy](#)
- [Definicja szablonów wydruku](#)
- [Definicja widoków danych](#)

Szczegółowy opis w/w sekcji znajduje się w kolejnych podrozdziałach tej instrukcji.

22.3.1 Dostępne wykazy

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Wykazy](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki istnieje możliwość skorzystania z dodatkowych wykazów, dzięki którym użytkownik może uzyskać szczegółowe informacje dot. zrealizowanych wizyt pacjentów, wystawionych skierowań, przepisanych leków, ilości wizyt z danym rozpoznaniem i wielu innych. Wykazy zostały uporządkowane pod względem kategorii tematycznych. Po przejściu do jednej ze ścieżek (kategorii) zostanie otwarte okno, zawierające wykazy należące do danej kategorii.

Lista wykazów zaimplementowanych w programie mMedica według dostępnych kategorii:

1. Pacjenci

- Dane teleadresowe pacjenta
- Grupy dyspanseryjne
- Liczba przypadków z rozpoznaniem K21 z podziałem na tygodnie w roku
- Lista pacjentów
- Pacjenci objęci opieką koordynowaną - **dodany w wersji 9.8.0 aplikacji mMedica**
- Pacjenci, u których stwierdzono rozpoznanie o kodzie K21
- Pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia

2. Deklaracje

- Deklaracje pacjentów
- Weryfikacje deklaracji

3. Świadczenia

3.1. Wizyty

- Liczba świadczeń wg realizującego
- Liczba świadczeń wg realizującego i wg rozpoznania
- Wizyty pacjentów - lista wizyt pacjentów
- Wykaz świadczeń - w rozbiciu na PESEL pacjenta, datę świadczenia, kod, nr świadczenia i rozpoznanie
- Wizyty, w ramach których były realizowane karty ChUK
- Raport wizyt bez deklaracji POZ

3.2. Skierowania

- Wykaz pobranych e-Skierowań
- Wykaz wystawionych skierowań (lekarz, usługa, rozpoznanie) - podsumowujący liczbę wystawionych skierowań na poszczególne usługi w rozbiciu na lekarza zlecającego i rozpoznanie
- Wykaz wystawionych skierowań (lekarz) - podsumowujący liczbę wystawionych skierowań w rozbiciu na lekarza zlecającego
- Wykaz wystawionych skierowań (usługa, rozpoznanie) - podsumowujący liczbę wystawionych skierowań na poszczególne usługi w rozbiciu na rozpoznania

3.3. Rozpoznania

- Ilość wizyt z danym rozpoznaniem (bez kropki) - ilość wizyt ze wskazanym rozpoznaniem
- Ilość wizyt z danym rozpoznaniem (z kropką) - jw.
- Liczba rozpoznań dla określonego pacjenta
- Liczba rozpoznań pierwszorazowych (bez kropki) - liczba pacjentów z określonym rozpoznaniem, przy czym dodatkowym warunkiem jest niewystąpienie danego rozpoznania wcześniej
- Liczba rozpoznań pierwszorazowych (z kropką) - jw.

3.4. Leki

- Leki przepisane (nazwa handlowa) - raport za dany okres zliczający liczbę przepisanych leków wg nazwy handlowej preparatu
- Leki przepisane (nazwa międzynarodowa) - raport za dany okres zliczający liczbę przepisanych leków wg nazwy międzynarodowej preparatu
- Leki przepisane dla rozpoznania (nazwa handlowa) - raport za dany okres zliczający liczbę przepisanych leków wg nazwy handlowej preparatu dla określonych rozpoznań

3.5. Badania

- Wyniki badań - wyniki badań wprowadzone do programu i przypisane do wizyty pacjenta
- Wyniki badań bez wizyt - wyniki badań wprowadzone do programu, ale niepowiązane z wizytą pacjenta

3.6. Komercyjne

- Zestawienie świadczeń komercyjnych - **wykaz udostępniony w wersji 10.1.0 aplikacji mMedica.**

4. Rozliczenia

- Wykaz rozliczeń

5. Personel

- Czas pracy personelu
- Uprawnienia użytkowników do formularzy
- Uprawnienia funkcjonalne użytkowników

- Uprawnienia użytkowników do raportów

6. eZlecenia (dla modułu eWyniki)

- Wydruk zlecenia do laboratorium
- Zagregowana lista zleconych badań
- Zbiorcza lista zleconych badań

22.3.2 Wygenerowanie wykazu

Wykazy dostępne w aplikacji są wstępnie zdefiniowane i gotowe do wygenerowania. Jednak, jeśli użytkownik chce zawęzić zakres danych do wybranych warunków czy wybrać kolumny, jakie zostaną na nim uwzględnione, może tego dokonać na zakładkach *2. Dostępne kolumny* oraz *3. Warunki*. Szczegółowy opis wymienionych zakładek znajduje się w rozdziale [Utworzenie definicji wykazu](#).

Aby wygenerować wykaz należy wykonać poniższe czynności:

1. Na liście raportów dokonać zaznaczenia interesującego wykazu.
2. Na zakładce *2. Dostępne kolumny* zweryfikować czy wybrane kolumny, które zostaną uwzględnione na wykazie, spełniają oczekiwania. W razie potrzeby można dokonać modyfikacji kolumn, poprzez dodanie ich lub usunięcie z wykazu.
3. Na zakładce *3. Warunki* zdefiniować warunki, na podstawie których zostaną pobrane dane z bazy i wygenerowany raport.
4. Wybrać przycisk **Wykonaj**, który rozpocznie proces generacji wykazu. W kolejnym oknie zostanie wyświetlona lista danych, spełniających wybrane kryteria.

Otrzymany wykaz można zapisać na dysku komputera bądź wydrukować, do czego służą odpowiednie przyciski.

22.3.3 Utworzenie definicji wykazu

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Wykazy](#) > [Raporty własne](#)

W razie potrzeby użytkownik może utworzyć własny wykaz, korzystając z widoków danych istniejących w programie. Aby dodać nową definicję wykazu należy wybrać przycisk **Nowy**, znajdujący się w górnym panelu formatki. W dolnej części formatki zostanie otwarte okno z danymi do uzupełnienia, znajdującymi się na trzech zakładkach.

Na zakładce *1. Dane* określa się podstawowe dane dotyczące definiowanego wykazu:

- **Kod** - unikalny kod wykazu.
- **Nazwa** - dowolna nazwa wykazu.
- **Rodzaj** - widok danych określający, jakie informacje będą widoczne na wykazie.
- **Szablon** - szablon, który zostanie wykorzystany do wydruku raportu.
- **Opis** - w przygotowanym polu tekstowym wprowadza się opis tworzonego wykazu.
- **Zliczaj powtórzenia** - zaznaczenie [] spowoduje zliczenie wszystkich powtarzających się danych na wykazie. Zsumowany wynik będzie prezentowany w kolumnie "Liczba".

Dane wykazu Wyniki badań bez wizyt

1. Dane **2. Dostępne kolumny** **3. Warunki**

Kod: * BAD_WYNIKW

Nazwa: * Wyniki badań bez wizyt

Rodzaj: * CLWYNIKPAC ... Wynik bez wizyty

Szablon: CLWYNIKPAC ... Wynik badania bez wizyty

Opis: Wyniki badań pacjenta

Grupuj powtarzające się dane

Zliczaj powtórzenia

Przy zliczaniu lub grupowaniu uwzględnij tylko kolumnę: []

Sumuj rekordy według wybranej kolumny: []

Po uzupełnieniu danych podstawowych należy przejść do zakładki 2. *Dostępne kolumny*, która określa, jakie kolumny będą widoczne na podglądzie wykazu.

Widok zakładki został rozdzielony na dwa okna: po lewej stronie znajdują się wszystkie nazwy kolumn, jakie zostały przewidziane dla wybranego widoku danych. Natomiast po prawej stronie są nazwy kolumn, które zostały już wybrane do generacji wykazu.

Aby wybrać nazwę kolumny, która ma zostać uwzględniona na wykazie, należy w lewym oknie zaznaczyć na liście nazwę kolumny i następnie:

- skorzystać z dostępnych przycisków, wskazujących kierunek przeniesienia,
- skorzystać z opcji "przeciągnij-upuść" tj. kliknąć w lewym oknie na wybranej nazwie kolumny i przytrzymując lewy przycisk myszki przenieść do prawego okna w wybrany rekord, następnie puścić przycisk,
- dwukrotnie kliknąć lewym przyciskiem myszki.

Kolejność nazw kolumn znajdujących się w prawym oknie zostanie uwzględniona na wykazie. Aby zmienić kolejność kolumn należy skorzystać z przycisków przenoszenia w górę i w dół bądź z opcji "przeciągnij-upuść".

Wykaz: Wyniki badań bez wizyt

1. Dane	2. Dostępne kolumny	3. Warunki
Pacjent - e-mail		Bieżący czas
Pacjent - ID pacjenta		Bieżąca data
Pacjent - imię matki		Pacjent - czy pełnoletni
Pacjent - imię ojca		Pacjent - data potwierdzenia karty
Pacjent - kod gminy zameld.		Pacjent - data urodzenia
Pacjent - kod miejscowości zameld.		Pacjent - data ważności karty
Pacjent - kod pocztowy zameld.		Pacjent - imię
Pacjent - miasto zameld.		Pacjent - imię i nazwisko
Pacjent - nazwisko rodowe		Pacjent - kod gminy
Pacjent - NIP		Pacjent - kod miejscowości
Pacjent - nr domu zameld.		Pacjent - kod pocztowy
Pacjent - nr karty		Pacjent - kraj
Pacjent - nr lokalu zameld.		Pacjent - miasto
Pacjent - płeć (kod)		Pacjent - miejsce urodzenia
Pacjent - telefon zameld.		Pacjent - nazwisko
		Pacjent - nr domu
		Pacjent - nr dowodu
		Pacjent - numer EU ubezpieczonego
		Pacjent - nr innego dok.
		Pacjent - nr lokalu
		Pacjent - nr paszportu
		Pacjent - PESEL
		Pacjent - płeć (nazwa)

Na zakładce 3. *Warunki* określa się ściśle warunki generowania wykazu, do czego służą przygotowane listy rozwijalne, słowniki (id pacjenta, czas, data...) oraz wartości liczbowe. Dzięki dostępnym filtrom można sprecyzować wyniki wyszukiwania, a dodawanie kolejnych warunków powoduje zawężenie listy na wykazie wyłącznie do tych, które te warunki spełniają.

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi na zdjęciu poniżej, użytkownik chce uzyskać wykaz dot. wyników badań niepowiązanych z wizytą. Aplikacja wykaże wyniki badania amylazy otrzymane od dnia 01-06-2015 do dnia dzisiejszego.

Aby dodać nowy warunek należy wybrać przycisk **Dodaj**, następnie z dostępnych list rozwijanych wybrać odpowiednie wartości. Pola, które nie posiadają list rozwijanych, zostały przygotowane do ręcznego wprowadzania tekstu.

Dane wykazu Wyniki badań bez wizyt

1. Dane	2. Dostępne kolumny	3. Warunki				
<input type="button" value="Dodaj"/> <input type="button" value="Usuń"/>						
Warunek	L.p.	Nawias	Kolumna	Operator	Wartość	Nawias
	10	brak	Wynik - data	większy(a) lub równy(a)	2015-06-01	brak
oraz	20	brak	Wynik - rodzaj (nazwa)	dokładnie jak	Amylaza	brak

- **Warunek** - określa stosunek kolejnych warunków względem siebie. Wybranie wartości **"oraz"** oznacza, że każdy z dodanych warunków musi zostać spełniony. W przypadku warunku **"lub"** co najmniej jeden z dodanych warunków musi zostać spełniony.
- **L.p.** - liczba porządkowa określająca kolejność sprawdzania warunków, domyślnie jest zwiększana co 10.
- **Nawias** - nie jest wymagany, pozwala na grupowanie warunków między wyrażeniami w logiczne

grupy.

- **Kolumna** - wartości dostępne na liście rozwijanej są zależne od rodzaju wykazu. Przykładowo: wykaz dotyczący przepisanych leków, będzie zawierał kolumny związane z lekiem, pacjentem, wizytą i realizującym.
- **Operator** - operatory są zależne od wartości wybranej w polu "Kolumna" i pozwalają na porównanie kolumny z wartością. Rodzaje operatorów: większy niż, dokładnie jak, zawiera, jest wypełnione.
- **Wartość** - możliwe do wprowadzenia wartości, podobnie jak operatory, zależą od wartości wybranej w polu "Kolumna". Dla części pól wartość może być wybrana ze słownika za pomocą przycisku wyboru [...], kalendarza lub wpisana ręcznie.

22.4 Definicja szablonów wydruku

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Definicja szablonów wydruku](#)

Wszystkie wydruki w programie mMedica zostały zorganizowane przy wykorzystaniu koncepcji tzw. szablonów. Pod pojęciem szablonu wydruku rozumieć należy definiowany przez użytkownika wzorzec wydruku. Użytkownik w takim szablonie określa jakie dane (spośród dopuszczalnego dla każdego typu wydruku zestawu) mają pojawić się na wydruku i jak mają być sformatowane (skonfigurowane).

Formatka **Definicja szablonów wydruku** umożliwia:

- Własnoręczne definiowanie [wykazów](#).
- [Modyfikację](#) szablonów systemowych według własnych oczekiwań/upodobań użytkownika.

Uwaga! Użytkownicy posiadający program w wersji plus mają możliwość podejrzenia szczegółowych danych szablonów systemowych i wykorzystania ich jako "bazy" do utworzenia własnego szablonu. Pełna lista szablonów systemowych zostanie wyświetlona po usunięciu zaznaczenia w polu "Tylko moje" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.

Kod	Nazwa	Rodzaj
11	11	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie badania
SW_CZASPR1	Czas pracy personelu	Czas pracy personelu
TERMIN	Dane o terminie wizyty	Terminarz wizyt
PACJENT	Dane teleadresowe pacjenta	Pacjenci
POTW_WYPL	Duplikat potwierdzenia wypłaty A5	Duplikat potwierdzenia wypłaty A5
POTW_ZAPLA	Duplikat potwierdzenia zapłaty A5	Duplikat potwierdzenia zapłaty A5
EREJ_DANE	Etykieta z danymi logowania do systemu eRejestracji	Pacjenci
PAC_ET	Etykieta z danymi pacjenta	Pacjenci
EWA	ewa	Ewidencja rodzaju wykonanych zabiegów
GAB_ZALEC	Gabinet - zalecenia	Gabinet - zalecenia
SW_GRDYS1	Grupy dyspenseryjne	Pacjenci w grupach dyspenseryjnych

22.4.1 Nowy szablon wydruku

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Definicja szablonów wydruku](#)

Aby móc własnoręcznie definiować wykazy należy w pierwszej kolejności zdefiniować szablony wydruku. Aby przygotować nowy szablon należy wybrać przycisk **Nowy**, znajdujący się w górnym panelu okna. W dolnej części formatki aktywowane zostanie okno *Dane szablonu*, w którym należy uzupełnić wszystkie obowiązkowe pola oznaczone (*):

The screenshot shows the 'Definicje' window with a table of templates and a form for creating a new one. The 'Nowy' button is highlighted in red. The table lists templates with columns for 'Kod' (Code), 'Nazwa' (Name), and 'Rodzaj' (Type). The 'Dane szablonu Wizyta lekarska - format A5' form is shown below, with fields for 'Kod' (000), 'Nazwa' (Podsumowanie wizyty w Gabinetecie - nowe), 'Użytkownik' (NOWAKA - Nowak Anna), and 'Rodzaj' (CLWIZYTA - Wizyta). The 'Rodzaj' field is highlighted with a red box.

Kod	Nazwa	Rodzaj
SWIADCZ_Z2	Szablon listy świadczeń - rozpoznania [Nie edytow]	Wizyta
SWIADCZ_ZL	Szablon listy świadczeń - suma dla realizującego	Wizyta
TERTE	tere	Pacjenci
CLWIZYTA	Wizyta lekarska	Wizyta
CLWIZYTAS	Wizyta lekarska - format A5	Wizyta

Dane szablonu Wizyta lekarska - format A5

Kod: * 000

Nazwa: * Podsumowanie wizyty w Gabinetecie - nowe

Użytkownik: * NOWAKA ... Nowak Anna

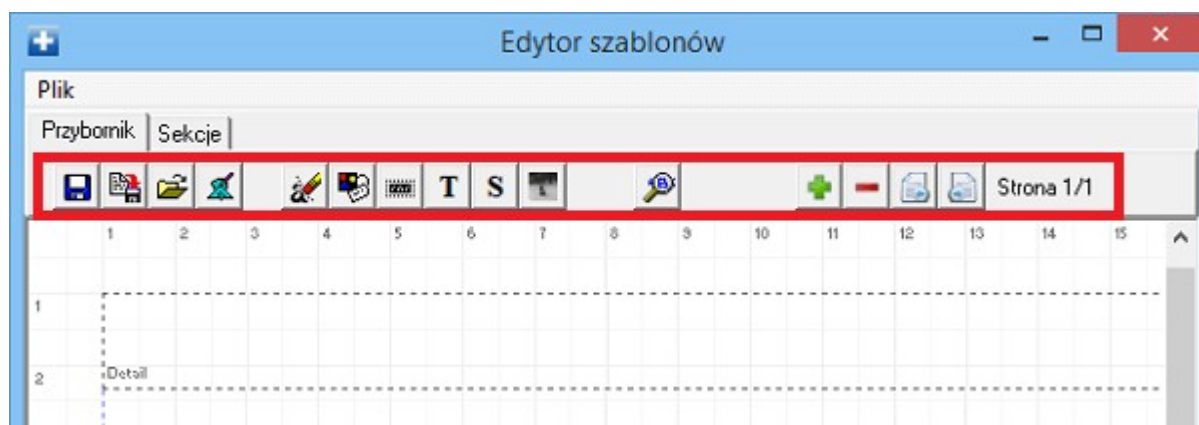
Rodzaj: * CLWIZYTA ... Wizyta

Drukarka:

Aktualny Prywatny

- **Kod** - dowolny, unikalny kod szablonu nadany przez użytkownika.
- **Nazwa** - nazwa szablonu nadana przez użytkownika.
- **Użytkownik** - domyślnie podpowiadany jest login użytkownika, który zalogowany jest do programu. Za pomocą przycisku wyboru [...] można wybrać innego użytkownika. Użytkownik ściśle związany jest z polem "Prywatny".
- **Rodzaj** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybiera się rodzaj szablonu z pozycji dostępnych w słowniku widoku danych. Wybrany widok danych będzie "bazą" nowego szablonu.
- **Aktualny** - pole domyślnie zaznaczone. Oznacza dostępność/aktualność szablonu w bazie danych.
- **Prywatny** - po zaznaczeniu pola wybrany szablon będzie dostępny tylko dla użytkownika, który go stworzył (login wskazany w polu "Użytkownik").

Po zatwierdzeniu danych należy zdefiniować elementy szablonu w oknie *Edytor szablonów*. W tym celu należy otworzyć szablon dwuklikiem myszy.



Do definicji szablonu można wykorzystać przybownik (zaznaczony na zdj.). Opis funkcji każdej ikony pojawia się po najechaniu na nią kursorem myszy. Szczegółowe informacje znajdują się w podrozdziale: [Edytor szablonów](#).

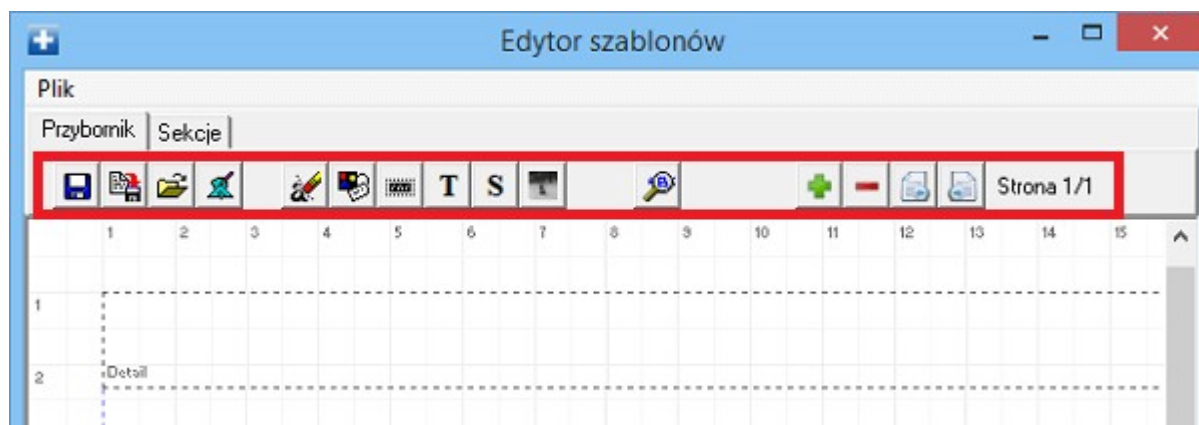
Na kolejnej zakładce *Sekcje* można zdefiniować takie obszary wydruku jak: tytuł, nagłówek, stopka strony, podsumowanie.

Tak przygotowane szablony można wykorzystać podczas tworzenia nowych wykazów oraz innych wydruków.

22.4.2 Edytor szablonów

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Definicja szablonów wydruku](#)

W celu sformatowania szablonu wydruku należy wybrać pozycję na liście definicji szablonów i otworzyć ją dwuklikiem. Otwarte zostanie okno *Edytor szablonów* zawierające szereg narzędzi, umożliwiających definicję poszczególnych elementów szablonu, np. dodanie tekstu, pola systemowego, dowolnego obrazka.



Aby umieścić nowy element na szablonie (tekst stały lub pole danych), należy wybrać odpowiedni przycisk na zakładce *Przybownik*.

Opis przycisków znajdujących się na zakładce *Przybownik*:



Usuń wskazany element - usuwa wybrany element szablonu. Po wybraniu przycisku należy kliknąć w element, który ma zostać usunięty.



Właściwości wskazanego elementu - wyświetla właściwości wybranego elementu. Po wybraniu przycisku należy wskazać odpowiedni element (pole, sekcję). Zostanie otwarte okno *Właściwości elementu*, umożliwiające szczegółowe zdefiniowanie położenia, ramek i wysokości elementu.

- Zakładka *Ogólne* - możliwość określenia parametrów dotyczących ułożenia tekstu oraz czcionki.
- Zakładka *Dane* - w przypadku pól danych znajduje się lista z nazwami wszystkich dostępnych w szablonie pól (należy dokonać wyboru pozycji z listy), zaś w przypadku tekstu stałego podaje się treść tego tekstu.
- Zakładka *Położenie i ramki* - możliwość określenia położenia, rozmiaru elementu i postaci otaczających go ramek oraz dokonania definicji sposobu wyrównywania tekstu (tekst może być wyrównywany względem całej sekcji).



Nowe pole - dodanie nowego pola z danymi. Po wybraniu przycisku należy kliknąć na szablonie w miejscu, gdzie ten element ma się pojawić. Zostanie otwarte okno *Właściwości elementu*, umożliwiające wybór pola, np. pacjent - imię i nazwisko, usługa - nazwa, wypłacający - nazwa. Nazwy/rodzaje pól zależne są od rodzaju widoku danych, definiowanego podczas tworzenia nowego szablonu.



Nowy tekst - dodanie nowego pola tekstowego. Po wybraniu przycisku należy kliknąć na szablonie w miejscu, gdzie ten element ma się pojawić. Zostanie otwarte okno *Właściwości elementu*, umożliwiające wpisanie tekstu, który będzie wyświetlany na szablonie.



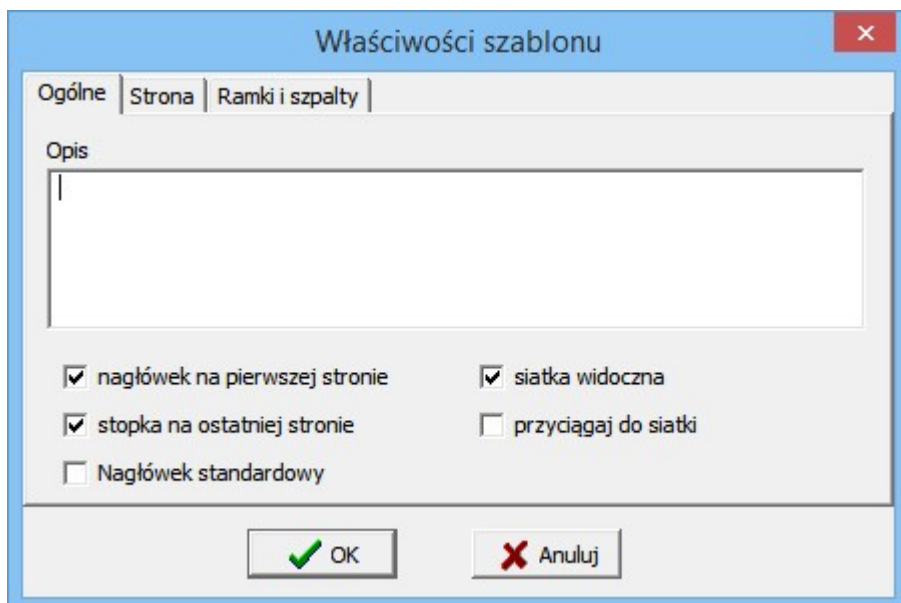
Nowe pole systemowe - dodanie nowego pola systemowego. Po wybraniu przycisku należy kliknąć na szablonie w miejscu, gdzie ten element ma się pojawić. Zostanie otwarte okno *Właściwości elementu*, umożliwiające wybór danych prezentowanych w polu, np. czas, data, data i czas, numer strony, numer wiersza.



Nowy obrazek - dodanie obrazka. Po wybraniu przycisku należy kliknąć na szablonie w miejscu, gdzie ten element ma się pojawić. Zostanie otwarte okno *Wybierz plik z obrazkiem*, umożliwiające wybór pliku graficznego znajdującego się na dysku komputera.



Ustawienia szablonu - wyświetla właściwości danego szablonu. Zostanie otwarte okno *Właściwości szablonu*, umożliwiając definiowanie parametrów wydruku, orientacji, ramek, czcionki itd.



- Zakładka *Ogólne* - możliwość określenia parametrów dotyczących ułożenia tekstu oraz czcionki:
 - czy na pierwszej stronie ma się pojawić nagłówek strony (zwykle na pierwszej stronie jest umieszczany tytuł raportu i wtedy nagłówek jest zbędny),
 - czy na ostatniej stronie ma być umieszczona stopka strony (najczęściej jest zbędna, jeśli jest podsumowanie),
 - czy podczas projektowania ma być widoczna siatka wymiarowania,
 - pozycja "przyciągnij do siatki" wymusza pozycjonowanie elementów.
- Zakładka *Strona* - możliwość określenia parametrów wydruku, marginesów, orientacji wydruku.
- Zakładka *Ramki i szpalty* - możliwość wskazania, czy cały wydruk ma być obramowany ciągłą linią oraz z ilu kolumn powinien się składać. Można również określić domyślną czcionkę używaną w całym definiowanym szablonie (dla poszczególnych elementów można oczywiście określić inną czcionkę).



Zapisz szablon w bazie - zapisuje definiowany szablon w bazie danych programu mMedica.

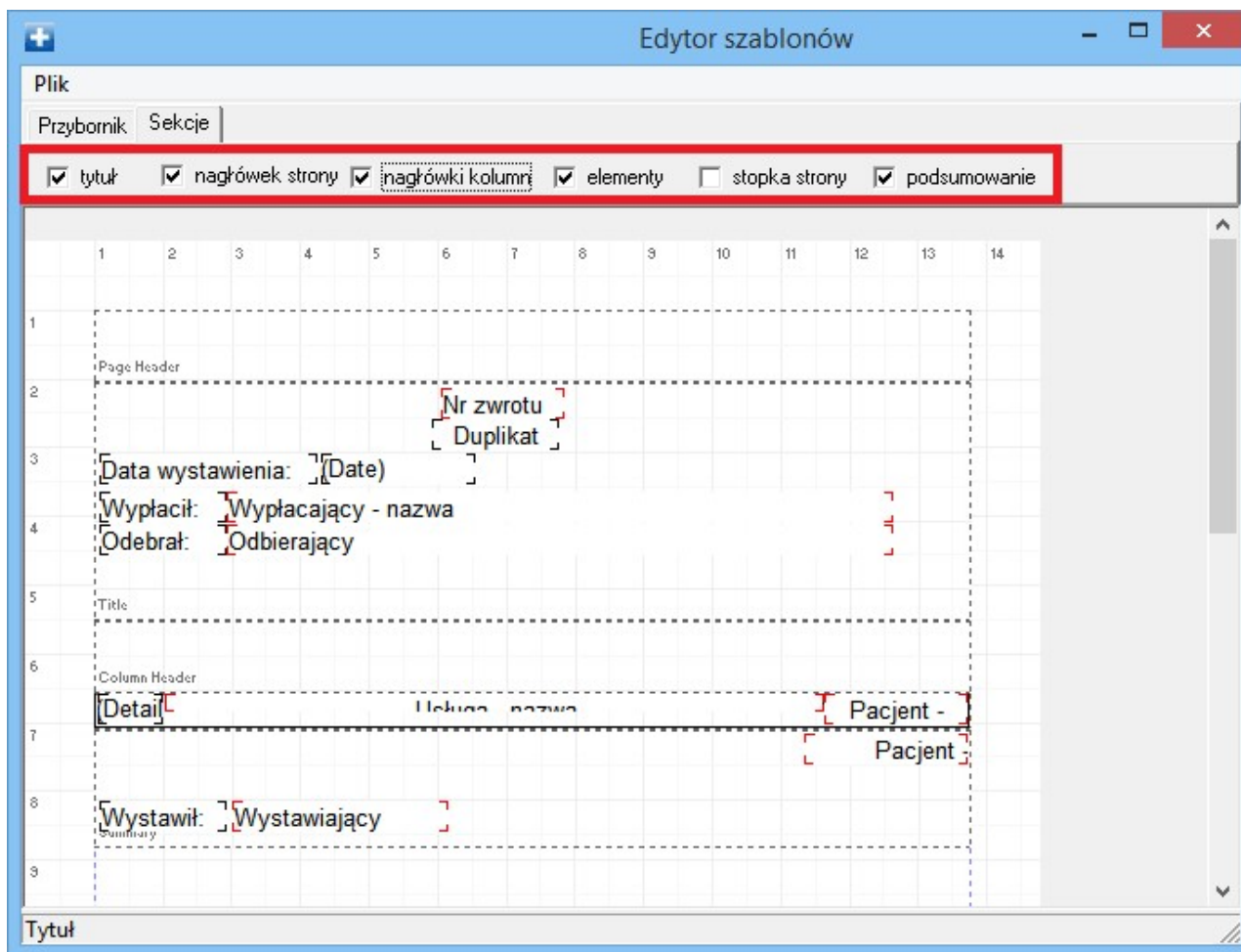


Zapisz szablon do pliku - zapisuje utworzony szablon do pliku we wskazanym miejscu na dysku komputera.



Odczytaj z pliku - wczytuje szablon, który został zapisany do pliku i zapisany na dysku komputera.

Wydruk podzielony jest na części zwane dalej sekcjami (wstęgami). Każda sekcja to poziomy fragment wydruku stanowiący logiczną całość. Na zakładce *Sekcje* istnieje możliwość wyłączenia poszczególnych sekcji (poprzez usunięcie zaznaczenia w odpowiednim polu) - oznacza to, że nie będą pojawiać się na wydruku.



- **Tytuł wydruku** - pojawia się tylko na początku wydruku (za nagłówkiem strony, jeśli ten jest drukowany). Należy umieścić tu teksty stałe reprezentujące co wydruk przedstawia lub kryteria, które spełniają drukowane dalej dane.
- **Nagłówek strony** - drukowany jest na samym początku każdej strony. Zazwyczaj umieszcza się tu pewne stałe elementy jak: numer strony, data i godzina wydruku.
- **Nagłówki kolumn** - umieszczane są na początku każdej drukowanej kolumny. W typowym przypadku (wydruk jednokolumnowy) nagłówki drukowane są raz na każdej stronie, za nagłówkiem strony. Należy ich użyć, aby umieścić nazwy kolumn, których wartości drukowane są poniżej.
- **Elementy** - drukowane są tyle razy ile jest wierszy przeznaczonych do wydruku. Np.: na liście pacjentów sekcja z danymi szczegółowymi zostanie wydrukowana dokładnie tyle razy ilu będzie pacjentów. Zwykle w tej sekcji umieszcza się większość danych (np. nazwisko, data urodzenia).
- **Stopka strony** - drukowana na końcu każdej strony (chyba, że użytkownik zdefiniuje ją inaczej). Podobnie jak w przypadku nagłówka strony, umieszcza się tu najczęściej dane: numer strony lub data wydruku.
- **Podsumowanie** - podsumowanie wydruku jest drukowane po wszystkich danych szczegółowych. Zazwyczaj umieszcza się tu różnego rodzaju informacje podsumowujące, np. liczba pacjentów, sumaryczna kwota rachunku itp.

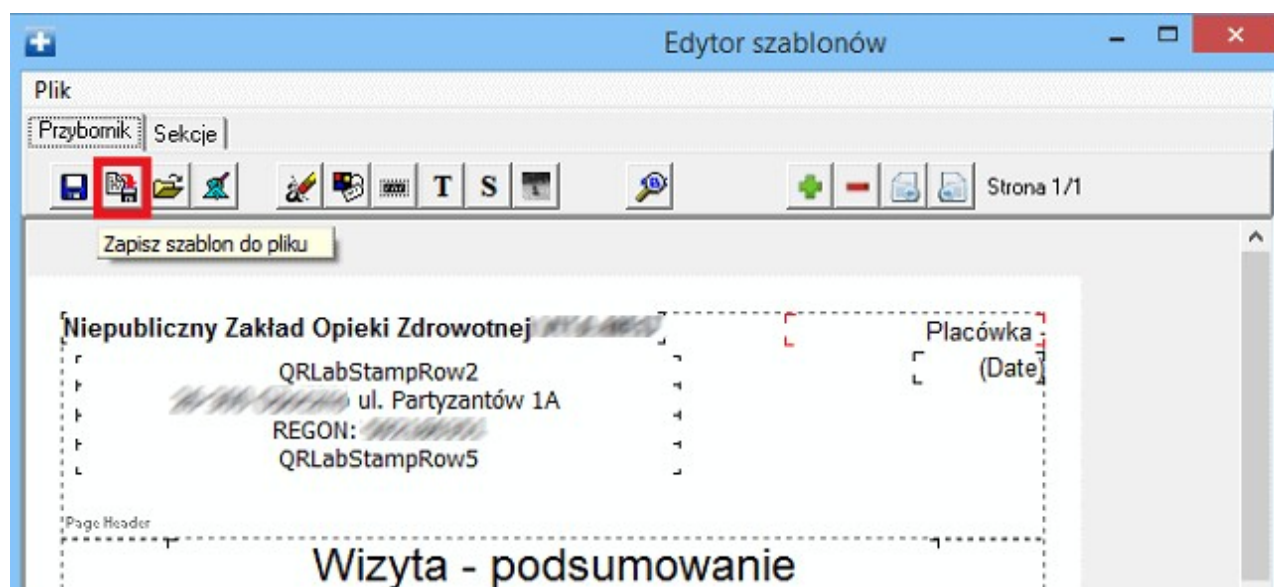
22.4.3 Utworzenie szablonu na podstawie szablonu systemowego

W aplikacji mMedica można skorzystać również z gotowych, systemowych szablonów zaimplementowanych w programie. Szablonów systemowych nie można modyfikować, ale można wykorzystać je przy tworzeniu własnego szablonu (jako jego "bazę"). W tym celu szablon systemowy należy zapisać do pliku, a następnie zaczytać go do nowo wygenerowanego szablonu i zmodyfikować według własnego uznania.

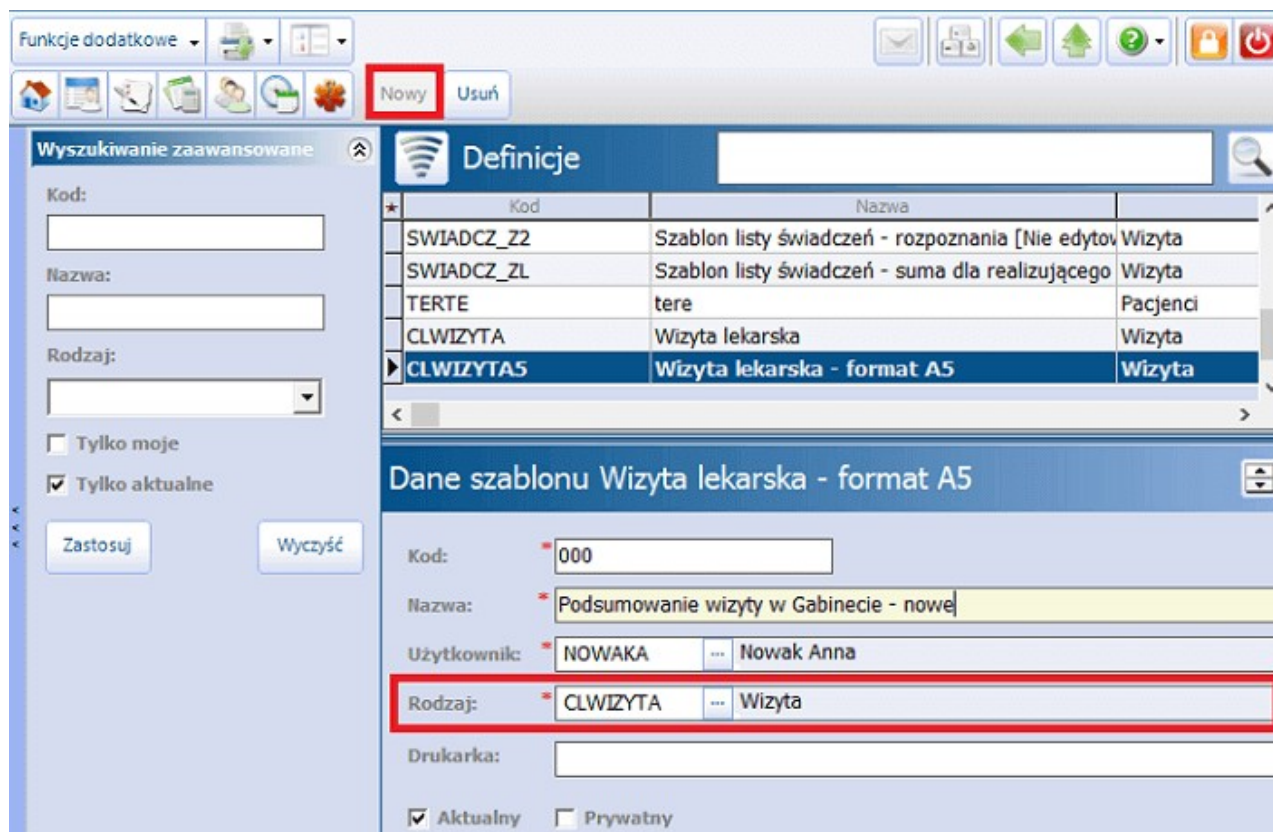
Uwaga! Omawiana funkcjonalność dostępna jest tylko dla użytkowników korzystających z programu w wersji plus (PS+, STD+, Komercja+).

Dla dokładnego zobrazowania postępowania, przygotowano szczegółowy opis. Przykładem jest druk podsumowania wizyty w Gabinetce - chcemy go uzyskać w położeniu poziomym na formacie A5 i dodać logo placówki.

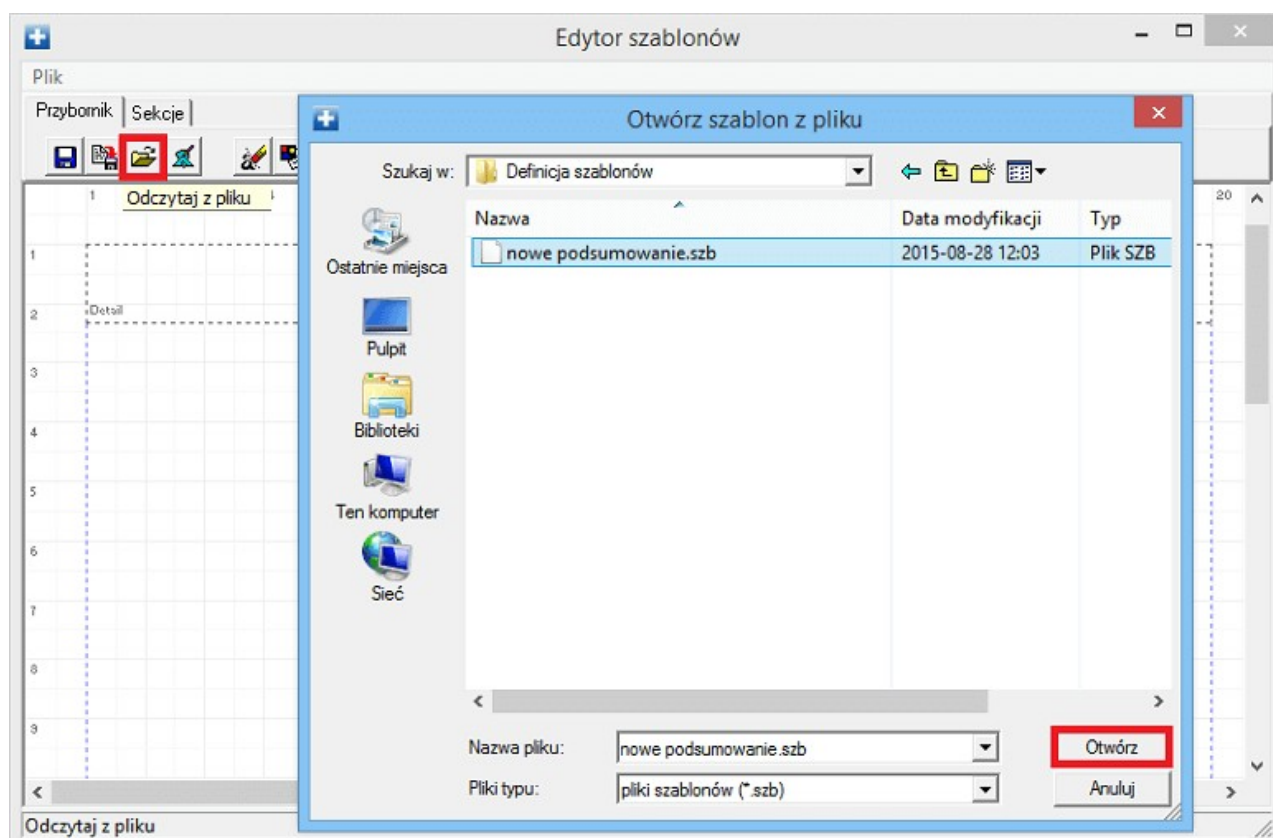
1. W oknie *Definicje szablonów* odnaleźć na liście szablon **CLWIZYTA5 - Wizyta lekarska - format A5** (na podstawie którego wykonywany jest wydruk podsumowania wizyty w Gabinetce).
2. Otworzyć szablon dwuklikiem. W oknie *Edytor szablonów* przejść na zakładkę *Przyborek* i wybrać ikonę **Zapisz szablon do pliku**.



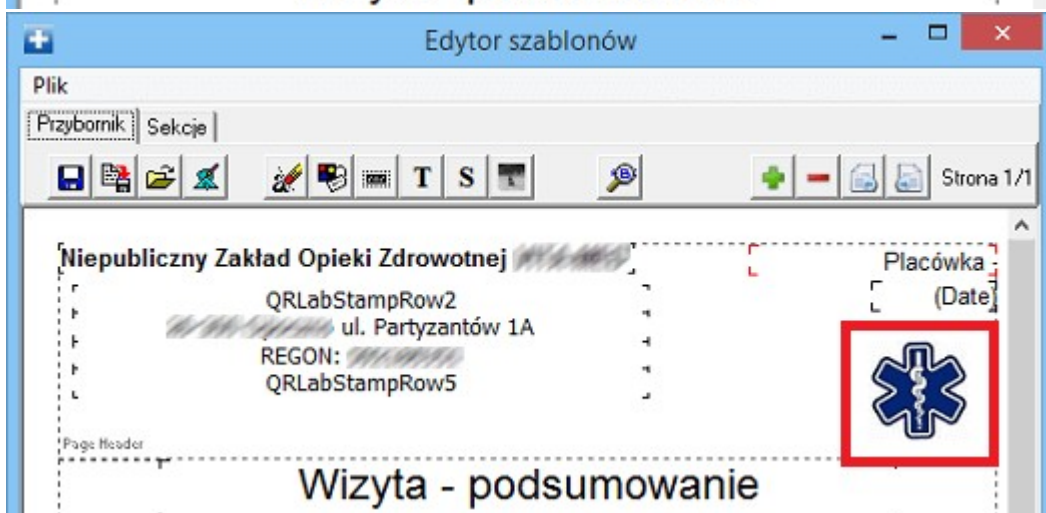
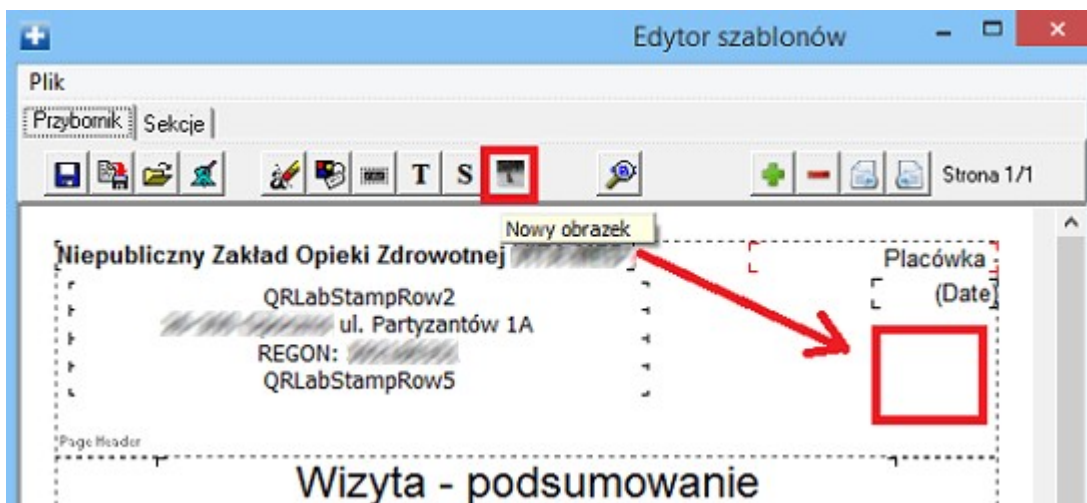
3. Wskazać nazwę i miejsce zapisu pliku na dysku komputera.
4. W oknie *Definicje szablonów* utworzyć nowy szablon za pomocą przycisku **Nowy**, zmiany zapisać.
 - a) Uzupełnić wszystkie pola obowiązkowe, które oznaczone zostały (*).
 - b) W polu "Rodzaj" za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać widok danych **CLWIZYTA**.



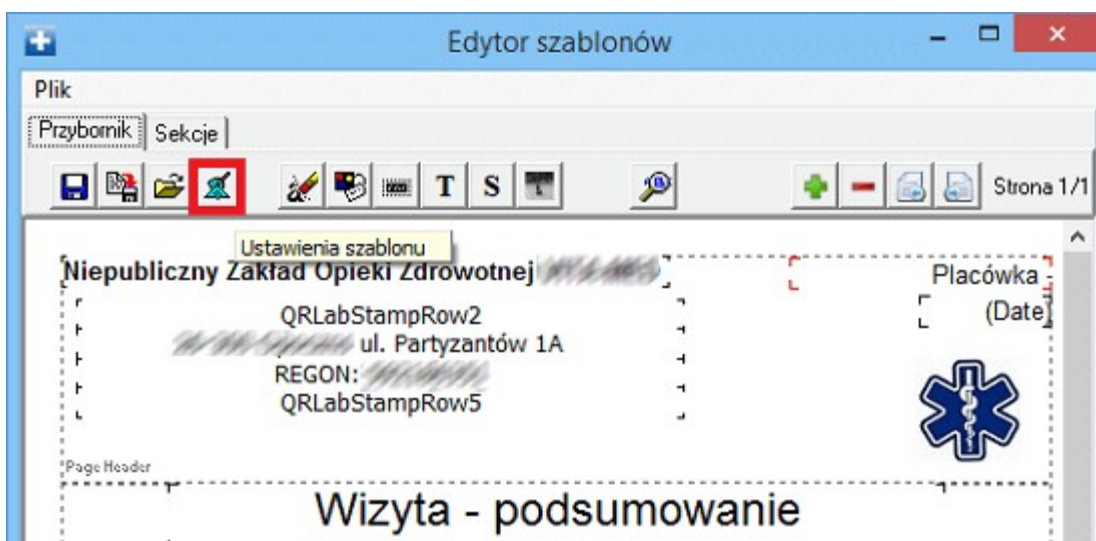
- Otworzyć nowo utworzony szablon. W oknie *Edytor szablonów* przejść na zakładkę *Przybownik* i wybrać ikonę **Odczytaj z pliku**. W oknie *Otwórz szablon z pliku* odszukać zapisany szablon (z pkt. 3) i wybrać przycisk **Otwórz**.

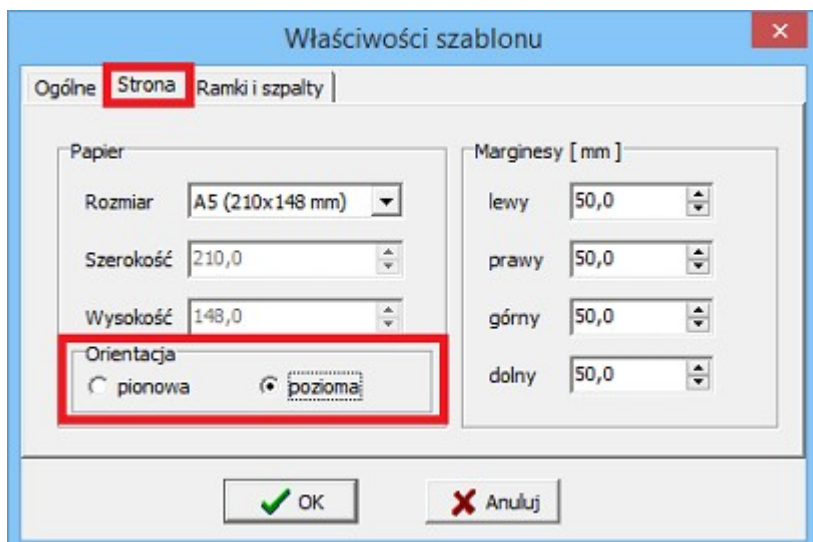


6. W celu umieszczenia obrazka wybrać ikonę **Nowy obrazek** i kliknąć myszką w miejscu, gdzie on ma się znaleźć. W oknie *Wybierz plik z obrazkiem* odszukać obrazek i wybrać przycisk **Otwórz**.

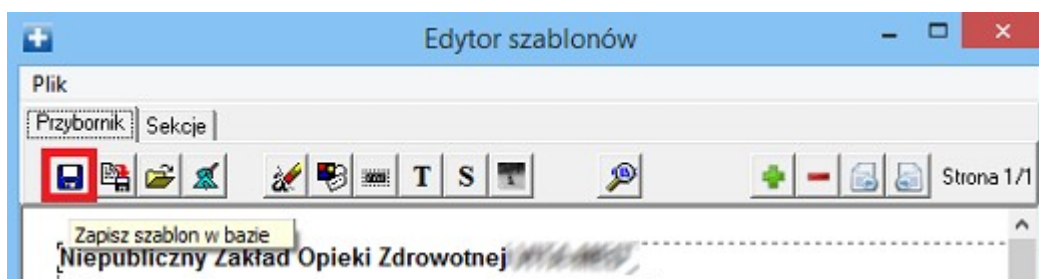


7. W celu zmiany położenia wydruku (pion/poziom) wybrać ikonę **Ustawienia szablonu**. W oknie *Właściwości szablonu* przejść na zakładkę *Strona* i zmienić orientację na poziomą. Zmiany zatwierdzić.

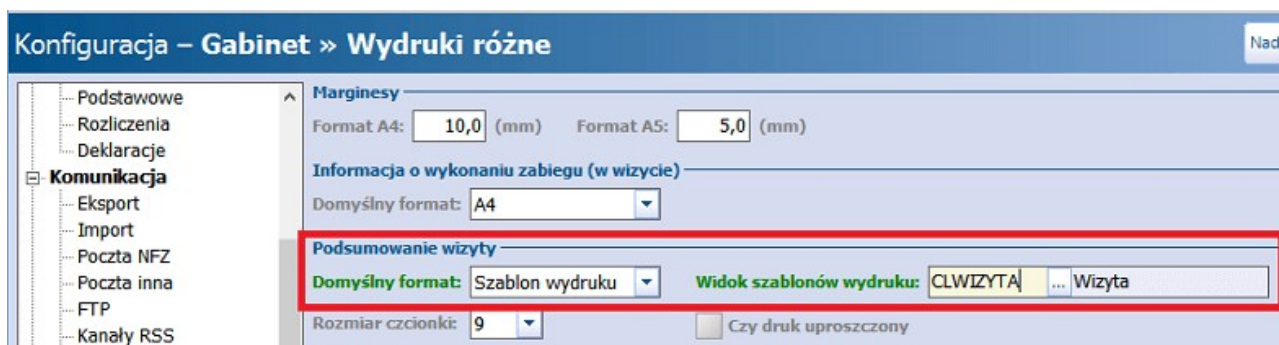




8. Po wprowadzeniu wszystkich zmian, nowy szablon zapisać w bazie za pomocą ikony **Zapisz szablon w bazie**.



Aby nowy szablon podsumowania wizyty ukazał się na liście szablonów wydruku w Gabinetce, należy wskazać go w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Wydruki różne](#):



Po wykonaniu wszystkich powyższych kroków, nowy szablon podsumowania wizyty będzie dostępny w Gabinetce po wyborze ścieżki: [Drukuj pods. > Szablony wydruku > Podsumowanie wizyty w Gabinetce - nowe](#).

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
2015-08-28 11:26 – 11:41, Poradnia alergologiczna, Nowak Anna

Badania lab. Badania diag. Stale pod. leki Konsultacje Hospitalizacje Rehabilitacje Szc...

Choroby przewlekłe Czynniki ryzyka i wywiady Ostatnie wizyty

Wizyta Dane med. Skierowania Druk Recepty Zwolnienia ICD9 Procedury Stomatologia Usługi

Dokumenty medyczne Dane podstawowe Zalecenia Drukuj podsum. Szablony wydruku EDM

Szablony


Kod lub nazwa:

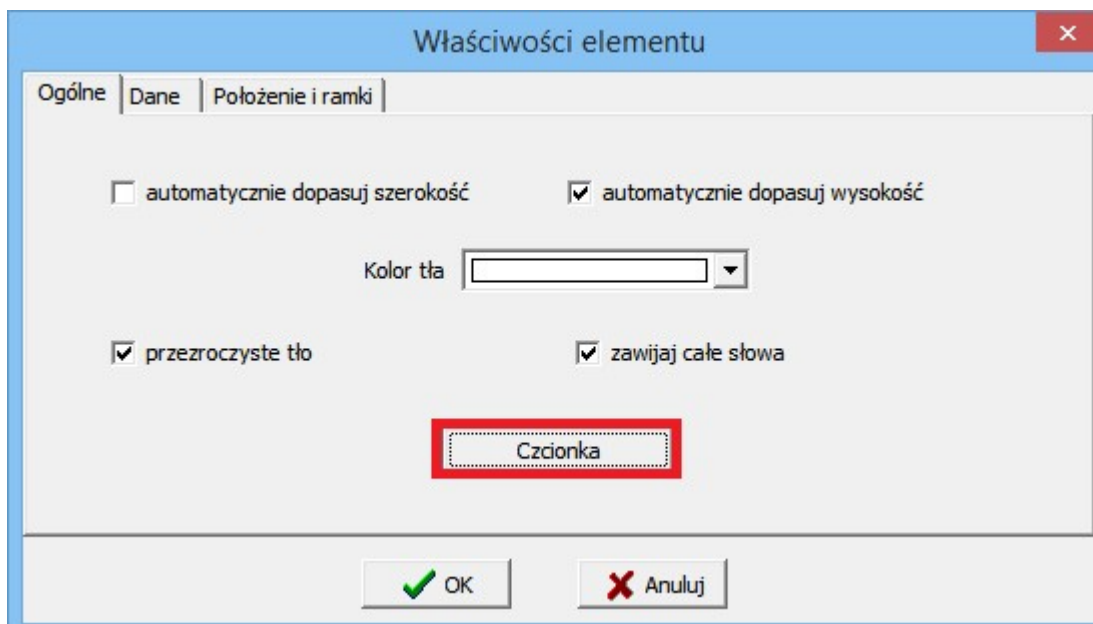
Kod	Nazwa
000	Podsumowanie wizyty w Gabinetcie - nowe
SWIADCZ	Szablon domyślny listy świadczeń [Nie edytować]
SWIADCZ_Z2	Szablon listy świadczeń - rozpoznania [Nie edytować]
SWIADCZ_ZL	Szablon listy świadczeń - suma dla realizującego [Nie edytować]
CLWIZYTA	Wizyta lekarska
CLWIZYTA5	Wizyta lekarska - format A5
PAC_WIZ	Wizyty pacjenta

Wybierz (F5) Wyjście

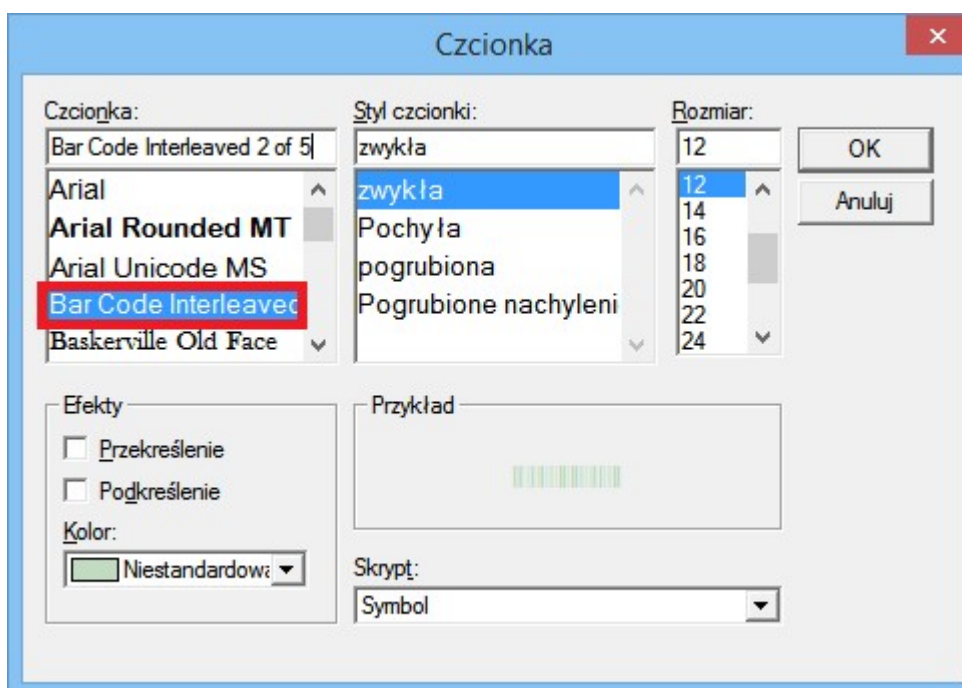
Ciśnienie: Tętno: Glikemia: Format A4 Format A5 Dodaj rozpoznanie:

Uwaga! Narzędzia dostępne w definicji szablonów wydruku umożliwiają umieszczenie kodu kreskowego na tworzonym szablonie. Poniżej przedstawiono krótką instrukcję postępowania, dzięki której użytkownik może uzyskać np. PESEL pacjenta pod postacią kodu kreskowego.

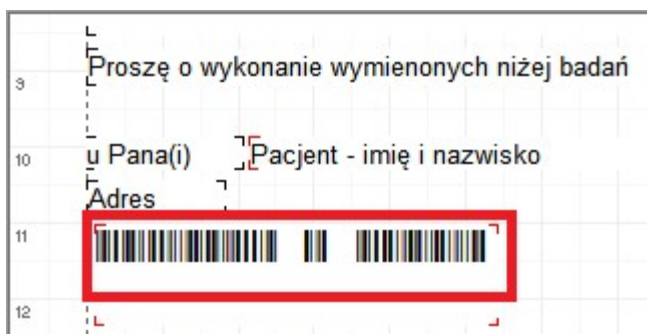
1. W otwartym oknie *Edytor szablonów* należy wybrać zakładkę *Przybornik*, następnie wybrać ikonę  **Właściwości wskazanego elementu** i kliknąć w element znajdujący się na szablonie, np. pacjent-PESEL.
2. W oknie *Właściwości elementu* przejść na zakładkę *Ogólne* i wybrać przycisk **Czcionka**.



3. W oknie *Czcionka* wybrać rodzaj czcionki **Bar Code Interleaved 2 of 5** i zatwierdzić.



4. Dzięki temu, wybrany element zostanie zastąpiony odpowiednim okodowaniem i będzie mógł być odczytywany przez czytniki kodów kreskowych.



22.5 Definicja widoków danych

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Definicja widoków danych](#)

Na formatce *Lista widoków danych* prezentowana jest lista wszystkich widoków danych, jakie znajdują się w programie mMedica. Pozycje widoczne na liście mają specyficzne okodowanie, np. CL... (nazwa), gdzie w miejscu nazwy występuje element precyzujący daną definicję widoku. Przykładowo:

- CLPISMO - definicja danych widocznych na piśmie w zależności od definicji szablonu wydruku.
- CLROZP - definicja danych widocznych na druku rozpoznania.
- CLSKIER - definicja danych widocznych na skierowaniu.

Dolna część okna służy jedynie do podglądu i informuje, które selekty zostały wykorzystane do stworzenia definicji wybranego na liście widoku. Wszystkie widoki danych prezentowane na formatce są widoki systemowymi, zablokowanymi do modyfikacji/edycji.

Aby utworzyć własny widok danych należy wybrać przycisk **Nowy**.

The screenshot shows the 'Lista widoków danych' (Data Views List) interface. On the left, there is a search panel with fields for 'Kod' and 'Nazwa', and buttons for 'Zastosuj' and 'Wyczyść'. The main area displays a table of data views:

Kod	Nazwa
AG_LIS_BAD	Zagregowana lista zleconych badań
RAP_WWBD	Wskaźnik wykonania badań diagnostycznych w POZ
ROZL_STAT	Rozliczenia wg statusów potwierdzeń
RAP_LOGI	Raport z wykorzystania modułów
WYDR_ZLEC	Wydruk zlecenia
EWID_ZAB	Ewidencja rodzaju wykonanych zabiegów

Below the table, the 'Dane widoku Zagregowana lista zleconych badań' (Data of the view 'Zagregowana lista zleconych badań') is shown. It includes fields for 'Kod' (AG_LIS_BAD) and 'Kategoria' (Wydarzenie). The 'Nazwa' field contains 'Zagregowana lista zleconych badań'. The 'Kwerenda' (Query) field contains the following SQL query:

```
SELECT nr_zlec , pac_iin, pesel,data_zlec, pac_adres, data_wpisu, lek_dane, id_inst,
laboratorium, dane_pobierajacego,
CAST(string_agg(DISTINCT(kod_pobrania), ', ') as varchar(450)) AS kod_pobrania,
CAST(string_agg(kodErLab, ', ') as varchar(450)) as kodErLab, tryb_badiana, josnazwa,
data_pobrania from
(
select lz.nr_zlec,
CAST(p.imiona|| ' '||p.nazwisko as varchar(100)) as pac_iin,
p.pesel,
lz.data_zlec,
CAST(COALESCE(p.kod_poczt,'')|| ' '||COALESCE(p.miasto,'') || ' '|| COALESCE(p.ulica,'')|| '
'||COALESCE(p.nr_domu,'')|| '/'||COALESCE(p.nr_lokalu,'') as varchar(180)) as pac_adres,
CAST(lz.data_wpisu as varchar(50)),
```

At the bottom, a note states: 'Widok został zablokowany do modyfikacji, ponieważ został już wykorzystany do definicji szablonu wydruku, wykazu.'

Rozdział

23

Ochrona danych osobowych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Ochrona danych osobowych](#)

W menu "Ochrona danych osobowych" znajdują się funkcjonalności wspierające pracę Administratora Danych Osobowych i pozwalające wywiązać mu się z obowiązków narzucanych przez ustawodawstwo m.in. ustawę o ochronie danych osobowych.

W omawianym menu znajdują się następujące funkcjonalności:

- [Obsługa rejestru danych osobowych](#)
- [Obsługa rejestru udostępnień](#)
- [Obsługa rejestru sprzeciwów](#)
- [Rejestr błędów przesłanych do Centrum Serwisowego mMedica](#)

23.1 Rejestr danych osobowych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Ochrona danych osobowych](#) > [Rejestr danych osobowych](#)

Na formatce *Rejestr danych osobowych* prezentowana jest lista danych osobowych przetwarzanych przez użytkownika w programie mMedica w następujących zbiorach: pacjenci, personel, użytkownicy. W poszczególnych kolumnach wyświetlane są informacje o:

- dacie pierwszego wprowadzenia danych osobowych do systemu,
- użytkownika, który wprowadził dane osobowe (imię, nazwisko oraz login użytkownika mMedica),
- informacje o ostatniej modyfikacji danych osobowych (data oraz dane użytkownika),
- źródle pozyskania danych osobowych w przypadku eRejestracji.

Zazwyczaj osobą wprowadzającą dane osobowe pacjenta do aplikacji będzie użytkownik programu. Jednak w związku z wykorzystywaniem przez pacjentów modułu eRejestracji, osobą przekazującą dane będzie sam pacjent, jeśli wcześniej jego dane nie widniały w bazie programu. Jeśli dane osobowe zostały wprowadzone do aplikacji poprzez usługę założenia konta w eRejestracji, w kolumnie "eRejestracja" zostanie dodane zaznaczenie, a osobą wprowadzającą (kolumny "Wprowadził (login)" oraz "Wprowadził (nazwisko i imię)") będzie pacjent.

Za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można zawęzić wyszukiwane dane. Zmiany wyświetlanego zbioru danych osobowych dokonuje się w polu "Rejestr". Za pomocą przycisku **Drukuj** można dokonać wydruku danych.

Dostęp do formatki warunkowany jest przez posiadanie uprawnienia "Przegląd danych osobowych pacjentów" oraz "Przegląd rejestru personelu medycznego" nadawanych w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. [Uprawnienia funkcjonalne](#).

23.2 Rejestr wniosków

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Ochrona danych osobowych](#) > [Rejestr wniosków](#)
[Kartoteka pacjentów](#) > [Wnioski](#)

W aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność obsługi wniosków dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, wysyłanych przez pacjentów z konta pacjenta na Portalu eRejestracja. Wnioski wysłane z konta pacjenta w eRejestracji są automatycznie kierowane do aplikacji mMedica i wyświetlane w w/w ścieżce. Z tego poziomu administrator rozpatruje wnioski, nadaje im statusy i informuje pacjenta o sposobie rozpatrzenia, poprzez wysłanie wiadomości e-mail lub sms.

Ponadto, funkcjonalność umożliwia ręczne ewidencjonowanie wniosków, składanych przez pacjentów osobiście w placówce medycznej bądź inną drogą (np. pocztową).

Po przejściu do powyższej ścieżki zostanie wyświetlona formatka *Rejestr wniosków*. Wnioski wysłane przez pacjentów z poziomu konta eRejestracji wyświetlane są na liście z nadanym znacznikiem w kolumnie "eRejestracja" i domyślnie posiadają status "Nowy". Aby wyfiltrować wnioski, które spłynęły do placówki drogą elektroniczną należy zaznaczyć checkbox "Źródło: eRejestracja" znajdujący się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Dodatkowo, przy pomocy dostępnych filtrów można wyszukać wnioski złożone w danym okresie czasu, zrealizowane przez wybranego użytkownika systemu, o określonym statusie, rodzaju itd.

Data zgłoszenia	Status	Pacjent	PESEL	Kontakt	Rodzaj	e-Rejestracja	Realizujący	Data obsługi
2018-05-10	Nowy	Kowalski Michał	850...		Uzyskanie informacji o przetwarzanyc...			
2018-05-09	Zrealizowany	Kowalski Michał	850...		Udostępnienie dokumentacji medycznej		Nowak Jakub	2018-05-09

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Nowy wniosek o UDM** - ewidencja wniosku pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- **Nowy wniosek inny** - ewidencja wniosku pacjenta dotyczącego przetwarzania jego danych osobowych.
- **Dane** - pogląd szczegółowych danych wniosku, który został zaznaczony na liście.
- **Usuń** - usunięcie zaznaczonego wniosku. Przycisk będzie nieaktywny w przypadku wniosku, który został złożony za pośrednictwem portalu eRejestracja.

Aby dodać ręcznie nowy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej należy wybrać przycisk **Nowy wniosek o UDM**, a w kolejnym kroku wskazać pacjenta z formatki *Rejestru danych osobowych*, którego dotyczy wniosek. Do ewidencji wniosku o wydanie dokumentacji wykorzystywana jest formatka modułu EDM. Na przygotowanych zakładkach wprowadza się szczegółowe dane wniosku, potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej, dodaje ewentualne załączniki. Szczegółowy opis ewidencji wniosku o wydanie dokumentacji znajduje się w [instrukcji obsługi Modułu EDM](#). Od wersji 10.9.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość oznaczenia, że wniosek został złożony telefonicznie (parametr "**Wniosek złożony telefonicznie**").

Wniosek – Kowalski Jan

1. Wniosek 2. Realizacja 3. Załączniki

Dane przyjęcia

Data złożenia: 10-09-2024 Wniosek złożony telefonicznie

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: ...

Zaznaczenie potwierdzenia odbioru dokumentacji przez pacjenta bądź osobę upoważnioną na zakładce 2. *Realizacja* spowoduje zmianę statusu wniosku na "Zrealizowany". Ponadto, informacja o wydaniu dokumentacji zostanie automatycznie odnotowana w [Rejestrze udostępnień](#).

Na zakładce 2. *Realizacja* dostępne są również parametry umożliwiające nadanie wnioskowi statusu "W przygotowaniu" lub "Do wydania".

Wniosek – Kowalski Jan ()

1. Wniosek 2. Realizacja 3. Załączniki

Realizacja wniosku

W przygotowaniu

Do wydania

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

Oплата za udostępnienie dokumentacji:
 × = zł

Oплата za wysyłkę dokumentacji:

Potwierdzone za zgodność z oryginałem

Odmowa wydania dokumentacji

Przyczyna odmowy:

Brak uprawnień wnioskodawcy do uzyskania dokumentacji

Zniszczenie dokumentacji ze względu na upływ terminu jej przechowywania

Inna

Dane odbioru

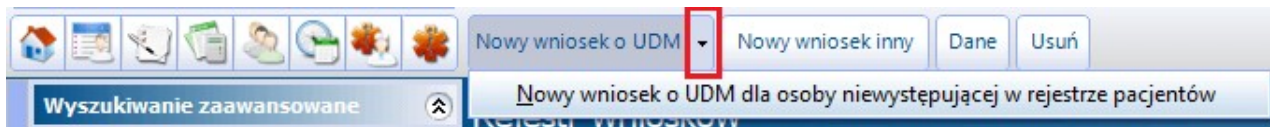
Nazwisko i imię odbierającego:

Dowód tożsamości odbierającego:


Uwagi:

W programie istnieje możliwość rejestracji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta,

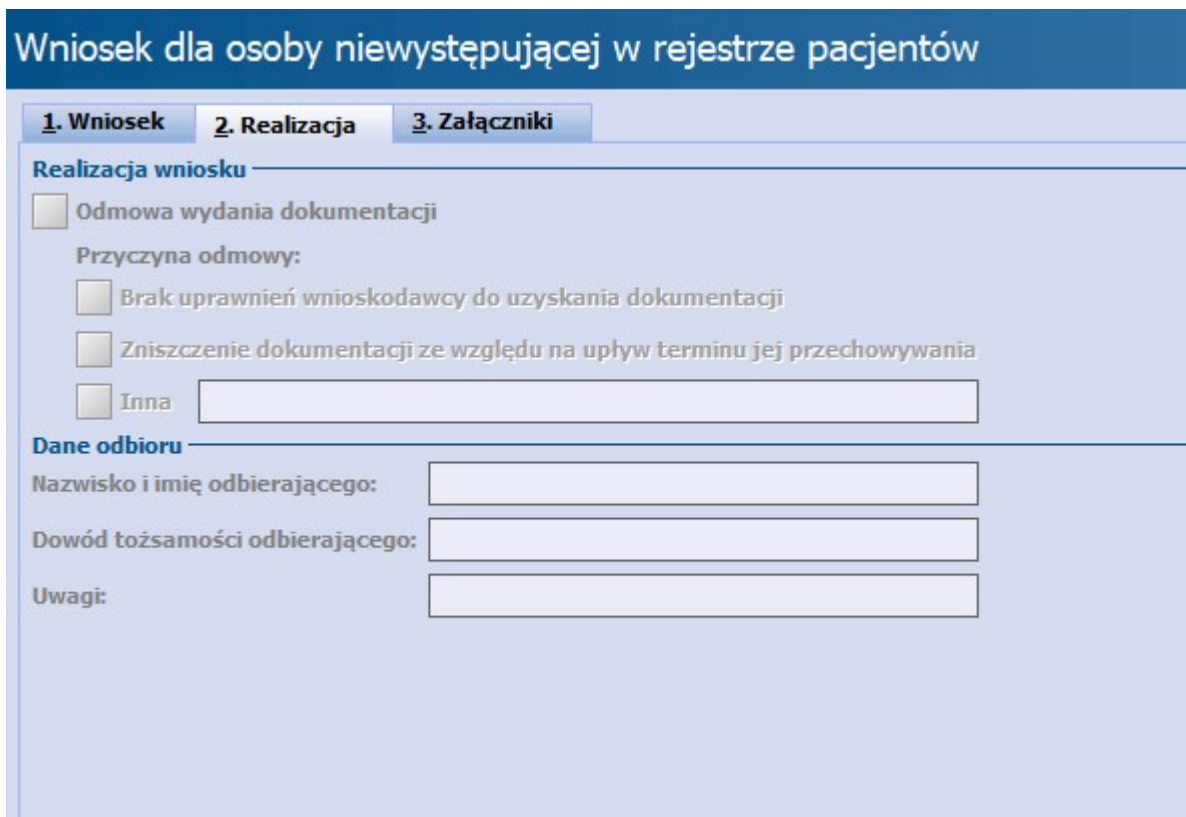
którego nie ma w bazie danych świadczeniodawcy. W tym celu należy rozwinąć pole na przycisku **Nowy wniosek o UDM** i wybrać opcję "Nowy wniosek o UDM dla osoby niewystępującej w rejestrze pacjentów".



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 .

The image shows a web form titled 'Wniosek dla osoby niewystępującej w rejestrze pacjentów'. At the top, there are three tabs: '1. Wniosek', '2. Realizacja', and '3. Załączniki'. The '1. Wniosek' tab is active. Below the tabs, there is a section titled 'Dane przyjęcia'. It contains several fields: 'Data złożenia:' with a date picker set to '10-09-2024', a checkbox for 'Wniosek złożony telefonicznie', and a 'Przyjmujący:' field. Below this, there are two main sections: 'Osoba, której dotyczy wniosek' and 'Instytucja wnioskująca'. The 'Osoba, której dotyczy wniosek' section has fields for 'Nazwisko i imię:', 'PESEL:', 'Adres:', and 'Dowód tożsamości:'. The 'Instytucja wnioskująca' section has fields for 'Nazwa:', 'Telefon:', 'Adres:', and 'e-mail:'. There are also three small red boxes highlighting the 'Osoba, której dotyczy wniosek' label, the 'Instytucja wnioskująca' label, and a dropdown arrow icon in the 'e-mail:' field.

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

The image shows the same web form as above, but now the '2. Realizacja' tab is active. The section is titled 'Realizacja wniosku'. It starts with a checkbox for 'Odmowa wydania dokumentacji'. Below this, there is a section for 'Przyczyna odmowy:' with three options: 'Brak uprawnień wnioskodawcy do uzyskania dokumentacji', 'Zniszczenie dokumentacji ze względu na upływ terminu jej przechowywania', and 'Inna' with a text input field. Below this, there is a section titled 'Dane odbioru' with fields for 'Nazwisko i imię odbierającego:', 'Dowód tożsamości odbierającego:', and 'Uwagi:'.

Aby umożliwić wyszukiwanie wniosków dotyczących osób niezarejestrowanych w bazie pacjentów

przychodni, w panelu wyszukiwania zaawansowanego dodano pole "Brak osoby w rejestrze".

The image shows a search filter panel with the following elements:

- Rodzaj:** A dropdown menu.
- Status:** A dropdown menu.
- Źródło e-Rejestracja
- Brak osoby w rejestrze** (highlighted with a red box)
-
-

Oprócz wydania dokumentacji medycznej pacjent może wnioskować o przekazanie informacji, dotyczących jego danych osobowych przetwarzanych w placówce. Te i inne wnioski ewidencjonuje się po wybraniu przycisku **Nowy wniosek inny**. Po wybraniu pacjenta, który wystosował prośbę, uzupełnia się szczegółowe dane wniosku t.j. datę złożenia wniosku, rodzaj, treść wniosku.

The image shows a form titled "Wniosek - Kowalski Michał" with the following fields:

- 1. Wniosek** | **2. Załączniki**
- Data zgłoszenia:** 2018-05-07
- Rodzaj:** 2 ... Sprostowanie przetwarzanych danych osobowych
- Status:** Zrealizowany
- Data obsługi:** 2018-05-10
- Realizujący:** Nowak Jakub
- Treść:** Zmiana nazwiska z "Kowal" na "Kowalski" w związku z urzędową zmianą nazwiska.
- Uwagi:** Zmieniono dane w Kartotece po weryfikacji danych - okazano dowód osobisty.
- Data wpisu:** 2018-05-10 10:21:10
- Wpisujący:** Nowak Jakub
- Data modyfikacji:** 2018-05-10 10:21:10
- Modyfikujący:** Nowak Jakub

Opis poszczególnych pól znajdujących się w oknie ewidencji innego wniosku:

- **Data zgłoszenia** - domyślnie podpowiadana bieżąca data. Datę można zmienić ręcznie w polu lub za pomocą kalendarza wyświetlanego po rozwinięciu listy.
- **Rodzaj** - rodzaj wniosku wybierany z dostępnego słownika. Możliwe pozycje do wyboru:
 - Uzyskanie informacji o przetwarzanych danych osobowych,
 - Sprostowanie przetwarzanych danych osobowych.
Słownik może być rozbudowywany o nowe pozycje przez użytkownika posiadającego uprawnienia do słownika "Rodzaj wniosku".
- **Status** - status obsługi wniosku przez użytkownika programu. Możliwe statusy do wyboru: Nowy, Do wydania, Odrzucony, W przygotowaniu, Zrealizowany.
- **Data obsługi** - pole aktywowane dla wniosku w statusie "Odrzucony" lub "Zrealizowany".
- **Realizujący** - dane osoby zalogowanej do aplikacji, która realizuje wniosek.

O zrealizowaniu wniosku można poinformować pacjenta, wysyłając wiadomość e-mail lub sms. Funkcja wysyłania powiadomień znajduje się w menu "Funkcje dodatkowe" w lewym górnym rogu formatki.

Dostęp do formatki warunkowany jest przez posiadanie uprawnienia "Przegląd rejestru wniosków" nadawanego w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#).

23.3 Rejestr udostępnień

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Ochrona danych osobowych](#) > [Rejestr udostępnień](#)

Funkcjonalność rejestru udostępnień umożliwia odnotowanie informacji o każdym udostępnieniu danych osobowych przetwarzanych w programie mMedica. W rejestrze gromadzone są informacje o:

- dacie zgłoszenia wniosku np. o udostępnienie dokumentacji medycznej,
- dacie udostępnienia danych osobowych,
- odbiorcy - osobie bądź instytucji, której dane zostały przekazane,
- użytkownikowi udostępniającym dane,
- zakresie udostępnionych danych,
- sposobie udostępnienia (w wersji 10.6.0 aplikacji mMedica dodano nowy parametr "Odbiór osobisty").

The screenshot displays the 'Rejestr udostępnień' (Access Register) interface. At the top, there is a search bar and a table of access records. Below the table is a form for creating a new access record, titled 'Nowe udostępnienie'. The form is divided into three tabs: '1. Dane podstawowe', '2. Dane dodatkowe', and '3. Załączniki'. The '1. Dane podstawowe' tab is active, showing fields for 'Data udostępnienia', 'Data zgłoszenia', 'Sprawa', 'Odbiorca', 'E-mail odbiorcy', 'Dane osoby', 'Udostępnił', and 'Zakres udostępnionych danych'. There are also checkboxes for 'Wysłanie pocztą', 'Wysłanie drogą elektroniczną', and 'Odbiór osobisty'.

Data zgłoszenia	Data udostępnienia	Udostępnił	Sprawa	Odbiorca
2017-01-17	2017-01-19	...	1295820169000116	PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Sp
2017-01-12	2017-01-12	Nowa Anna	Pismo 210000/6120-000344	ZUS I Oddział w Łodzi, Wydział Orze
2017-01-10	2017-01-10	...	wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	...
2016-12-29	2016-12-28	...	wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	...
2016-10-31	2016-11-07	...	SGK/OPER z 4-10-2016	Sogecap S.A. oddział w Polsce, 50-062 v
2016-10-28	2016-10-28	...	wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	...

Na przygotowanych zakładkach wprowadza się szczegółowe informacje o udostępnieniu. W przypadku realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej w większości przypadków odbiorcą będzie pacjent - osoba której dokumentacja jest wydawana. W tej sytuacji, podczas uzupełniania danych udostępnienia, w polu "Odbiorca" należy wskazać pacjenta. Na tej podstawie aplikacja podpowie automatycznie dane pacjenta w polu "Dane osoby". Jeśli odbiorcą danych osobowych jest np. upoważniona do tego instytucja, jej nazwę należy wprowadzić ręcznie w polu "Odbiorca".

Na zakładce 2. *Dane dodatkowe* można wprowadzić dodatkowe informacje, uwagi, ważne dla sprawy, z kolei na zakładce 3. *Załączniki* dodać załączniki np. w postaci zeskanowanego wniosku.

Za pomocą przycisku **Drukuj** można wydrukować wszystkie zarejestrowane udostępnienia wyfiltrowane w oknie, a w razie konieczności wydrukowania wybranej pozycji należy skorzystać z przycisku **Drukuj pozycję**.

Dostęp do formatki warunkowany jest przez posiadanie uprawnienia "Przegląd rejestru udostępnień" nadawanego w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. [Uprawnienia funkcjonalne](#).

W rejestrze udostępnień odnotowywane są również informacje o udostępnieniu dokumentacji medycznej, na podstawie danych ewidencjonowanych w Module EDM w ścieżce: [EDM > Wnioski](#). Warunkiem zapisania informacji o udostępnieniu jest oznaczenie potwierdzenia odbioru dokumentacji przez pacjenta bądź osobę uprawnioną na zakładce 2. *Realizacja* w w/w ścieżce.

Dla takich wniosków w polu "Sprawa" domyślnie podpowiadana jest wartość "Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej", a dane udostępnienia są nieedycyjne. Modyfikacji danych o udostępnieniu bądź usunięcia można dokonać jedynie z poziomu formatki EDM lub Rejestru wniosków. Podczas próby usunięcia z poziomu omawianej formatki zostanie wyświetlony nast. komunikat:

Usunięcie wniosku jest możliwe z poziomu okna: Zarządzanie > Ochrona danych osobowych > Rejestr wniosków.

23.4 Rejestr sprzeciwów

Ścieżka: [Zarządzanie > Ochrona danych osobowych > Rejestr sprzeciwów](#)


Formatka *Rejestr sprzeciwów* służy do ewidencjonowania sprzeciwów wobec przetwarzania danych osobowych zgłaszanych przez osoby, których dane dotyczą. W rejestrze gromadzone są informacje o:

- dacie zgłoszenia sprzeciwu przez osobę,
- zakresie czasu w jakim sprzeciw będzie obowiązywać, jeśli istnieje konieczność jego wyznaczenia,
- sprawie w jakiej sprzeciw został złożony,
- zbiorze danych osobowych, w jakim znajdują się dane osobowe,
- danych osoby, której dotyczy sprzeciw.

Na przygotowanych zakładkach wprowadza się szczegółowe informacje o sprzeciwie. Na zakładce 1. *Dane podstawowe* w polu "Sprawa" przygotowano słownik z dwoma domyślnymi pozycjami, dostępnymi po rozwinięciu listy:

- Sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych,

- Sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych w systemie eRejestracja.

Dostępne rodzaje spraw są jedynie propozycją. Użytkownik może zdefiniować własny słownik wybierając przycisk  i w oknie *Rodzaj sprawy* wprowadzając własny rodzaj sprawy, rozpoczynając zawsze od nowej linii.

Uwaga! Należy pamiętać, że decyzję o zaprzestaniu przetwarzania danych osobowych w systemie podejmuje Administrator Danych Osobowych m.in. po analizie zgodności wniosku z celami przetwarzania danych osobowych, które w służbie zdrowia wynikają z przepisów prawa.

Dostęp do formatki warunkowany jest przez posiadanie uprawnienia "Przegląd rejestru sprzeciwów" nadawanego w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#).

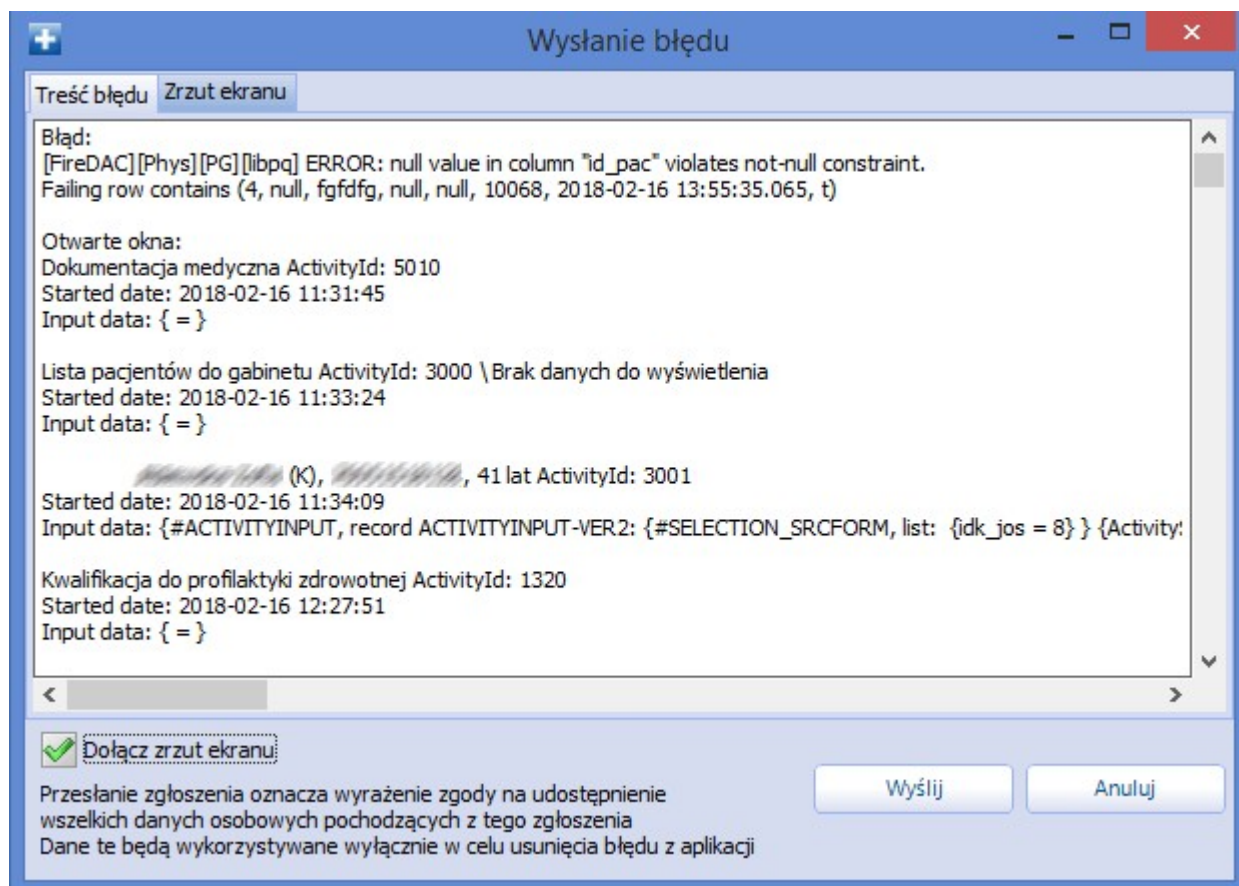
23.5 Rejestr błędów przesłanych do Centrum Serwisowego

Ścieżka: [Zarządzanie > Ochrona danych osobowych > Rejestr błędów przesłanych do serwisu mMedica](#)

W programie istnieje funkcjonalność odnotowywania informacji o błędach wysłanych do Centrum Serwisowego mMedica.

Dbając o niezawodność oprogramowania i chcąc zachować ciągłość jego działania, wdrożono system przekazywania błędów do Centrum Serwisowego mMedica. Podczas pracy w aplikacji mMedica użytkownik może spotkać się z wystąpieniem błędu bazy danych, prezentowanym w dodatkowym oknie dialogowym, jak na zdjęciu poniżej. Wybranie przycisku **Wyślij** wysłała treść błędu i zrzutu ekranu, jeśli zaznaczono opcję "Dołącz zrzut ekranu", do Centrum Serwisowego. Na podstawie przesłanych danych podejmowane są prace serwisowe, których celem jest wyeliminowanie błędów.

Przekazanie informacji o błędach bazy danych jest dobrowolne, jednak bieżące sygnalizowanie o występujących usterkach pozwoli twórcy oprogramowania na szybką reakcję i usunięcie niedogodności.



Po przejściu do powyższej ścieżki prezentowany jest rejestr błędów, jakie zostały przekazane do Centrum Serwisowego mMedica. Na wyświetlanej liście odnotowywane są informacje o:

- dacie wysłania błędu do Centrum Serwisowego,
- użytkownika programu dokonującym wysłania błędu,
- adresie IP i nazwie stacji roboczej, z której wysłano błąd,
- wersji aplikacji mMedica, w której wystąpił błąd,
- dołączeniu zrzutu ekranu do wysyłanej informacji.

*	Data wysłania	Nazwa użytkownika	Adres IP stacji roboczej	Nazwa stacji roboczej	Wersja mMedica	Zrzut ekranu
▶	2018-02-16 13:55:22	Nowak Anna	██████████	APS00061195-MB	5.12.0.20006	✓

Współpraca z urządzeniami zewnętrznymi

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#)

W niniejszym rozdziale omówiono współpracę programu mMedica z urządzeniami zewnętrznymi, takimi jak:

- drukarki wykorzystywane do wydruku raportów,
- [drukarki do wydruku kuponów RUM](#),
- [czytniki kart chipowych](#),
- [czytniki kodów kreskowych](#),
- [skanery](#).

24.1 Drukarki do wydruku raportów

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#)

Drukarki w programie mMedica są wykorzystywane m.in. do wydruku kuponów, planów wizyt, deklaracji wyboru świadczeniodawcy, wszelkich dostępnych w systemie raportów oraz szeregu dokumentów z poziomu wizyty gabinetowej (zalecenia, podsumowanie wizyty itd.).

Konfiguracji odrębnych drukarek, zasobników oraz wydruku dwustronnego można dokonać dla każdego komputera (po wybraniu wartości dla stacji roboczej), globalnie dla całego systemu oraz dla pojedynczego użytkownika w odniesieniu do:

- wydruku raportów w formacie A4,
- wydruku raportów w formacie A5,
- wydruków raportów w formacie recepty.

Po wyborze dokumentu do wydruku i wybraniu przycisku **Drukuj** inicjującego wydruk, system wyświetla okno podglądu wydruku, w którym określa się szczegółowe parametry wydruku. Jeśli użytkownik nie chce korzystać z podglądu wydruku, należy wyłączyć tę opcję, poprzez usunięcie zaznaczenia parametru **"Włącz podgląd wydruku"** w sekcji *Ustawienia wydruku*.

W wersji 10.10.0 programu umożliwiono ustawienie domyślnej wartości powiększenia podglądu wydruku (parametr **"Domyślne powiększenie podglądu"**).

W przypadku braku zdefiniowania drukarek w aplikacji mMedica, polecenie wydruku dokumentu będzie przekazywane do drukarki, która została skonfigurowana na użytkowanym komputerze.

Filtrowanie nazw drukarek

Ignoruj część nazw drukarek począwszy od:

Drukarka dla raportów w formacie A4

Nazwa: Zasobnik papieru: Druk dwustronny:

Drukarka dla raportów w formacie A5

Nazwa: Zasobnik papieru: Druk dwustronny:

Drukarka dla raportów w formacie recepty

Nazwa: Zasobnik papieru: Druk dwustronny:

Wydruk na drukarce pasków identyfikacyjnych

Nazwa: Margines górny (dłuższy bok): pkt Margines lewy (krótszy bok): pkt

Ustawienia wydruku

Włącz podgląd wydruku

Domyślne powiększenie podglądu: (%)

W programie dostępny jest parametr odpowiedzialny za filtrowanie nazw drukarek, zmieniających się dynamicznie podczas pracy przy wykorzystaniu pulpitu zdalnego - **"Ignoruj część nazw drukarek począwszy od"**.

W przypadku wykorzystywania rozwiązań terminalowych, do nazwy drukarki zdefiniowanej w Konfiguratorze przydzielany jest numer sesji bieżącego połączenia zdalnego (np. HP Deskjet 5520 series (przekierowana sesja: 20)). Częste nawiązywanie nowych połączeń terminalowych w trakcie czasu pracy, skutkuje nadaniem nowego numeru sesji terminalowej, a co za tym idzie zmianą suffixu doklejanego do nazwy drukarki. W takiej sytuacji mogą pojawić się problemy z przekazaniem wydruku do właściwego urządzenia.

W związku z powyższym dodano funkcję, która w momencie wyszukiwania i ustawiania drukarki do wydruku, wyszukuje drukarkę po początku nazwy i pomija przyrostek (sufix) dodawany podczas połączenia zdalnego. W polu **"Ignoruj część nazw drukarek począwszy od"** należy wpisać nazwę, która będzie pomijana na liście dostępnych drukarek w systemie, np. "przekierowana sesja", "redirected".

Jeśli przed zmianą parametru filtra, w systemie były zdefiniowane drukarki domyślne, to po zmianie wartości we filtrze i ponownym zalogowaniu do aplikacji należy ponownie wybrać/zdefiniować drukarki domyślne.

24.2 Drukarki do wydruku kuponów RUM

Kupony obowiązujące m.in. w województwie śląskim, można drukować na specjalnych arkuszach kuponów formatu A4 lub na papierze perforowanym z przebitką. Arkusze A4 kuponów są przeznaczone dla dowolnych drukarek laserowych i atramentowych.

W przypadku wyboru papieru perforowanego do wydruku kuponów należy używać drukarek igłowych. W takim przypadku, aby jak najefektywniej drukować kupony, najlepiej korzystać z drukarki OKI ML3390 (lub ML3391) oraz z zainstalowanego na komputerze sterownika obsługującego tę drukarkę. Można także skorzystać z innych drukarek igłowych, wymienionych w dalszej części tego rozdziału.

Konfiguracji drukarek do wydruku kuponów i raportów dokonuje się w Konfiguratorze. Jeżeli na komputerze nie ma zainstalowanych sterowników, należy je wcześniej zainstalować. W sytuacji, gdy będzie używana jedna drukarka igłowa do wydruku kuponów na papierze perforowanym i do wydruku raportów, sterownik do tej drukarki należy zainstalować dwukrotnie – osobno do drukowania kuponów i raportów.

24.2.1 Zmiana ustawień wewnętrznych drukarek

Do wydruku kuponów (obowiązujących np. w woj. śląskim) można używać drukarek igłowych, atramentowych oraz laserowych (wydruk A4). Drukarkami rekomendowanymi i przetestowanymi pod kątem pracy w systemie mMedica są:

- Oki ML3390/ML3391
- Panasonic KX-P2130
- Epson LQ-580

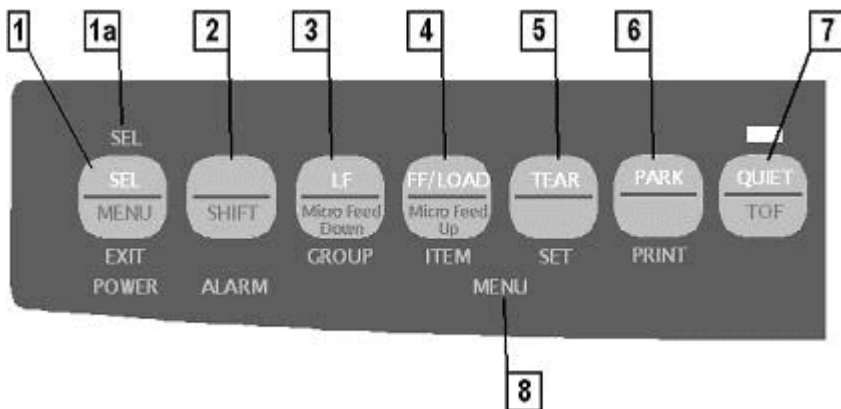
W przypadku zastosowania innych drukarek niż wymienione, należy spróbować zmienić następujące parametry wewnętrzne, o ile to możliwe:

- Wysokość strony papieru podawanego na traktorze - 8 cali.
- Górny margines - maks. 5 mm.
- Automatyczne ustawienie końca strony po wydruku do krawędzi do oddarcia.
- Dwukierunkowy wydruk dużej szybkości.
- Wyłączony lub jak najmniejszy bufor pamięci drukarki.

Uwaga! Jeżeli nie ma możliwości ustawienia górnego marginesu na 5 mm i mniej, to drukarka nie nadaje się do wydruku kuponów na papierze ciągłym. Brak innych ustawień wpływa na większą uciążliwość użytkownika drukarki.

24.2.2 OKI ML3390 - programowanie ustawień

W celu przeprowadzenia kontroli ustawień drukarki i ewentualnej ich zmiany należy postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami.



Rys. Panel czołowy drukarki OKI ML3390

1. Przed przystąpieniem do zmian w konfiguracji, należy ustawić górny margines papieru perforowanego na najmniejszy. W tym celu należy:

- a) Załadować papier perforowany – jeżeli jeszcze nie ma. W tym celu: zdjąć pokrywę górnego podajnika kartek pojedynczych i założyć papier perforowany na traktor oraz przesunąć przełącznik, znajdujący się na prawej stronie obudowy drukarki, na pozycję REAR (podajnik tylny – przełącznik w pozycji „do siebie”). Następnie nacisnąć przycisk FF/LOAD (4 – załaduj).
- b) Przytrzymując klawisz SHIFT (2 – przełącznik znaczenia klawiszy) naciskać klawisz LF/MICRO FEED DOWN (3 – mikro przesunięcia papieru w dół) tak długo, aż górna krawędź papieru zostanie przesunięta do najniższej pozycji (ustanie charakterystyczny stukot przesuwanego wałka).

Uwaga! W przypadku, gdy po załadowaniu i wydruku każdej strony papier wysuwa się o kilka centymetrów do góry, w celu ustawienia perforacji do pozycji do oddarcia (funkcja Auto Tear-Off), mikro przesunięcia będą dotyczyć pozycji perforacji względem plastikowej krawędzi do oddarcia. W tym przypadku, aby zmienić wielkość górnego marginesu, należy najpierw wyłączyć w menu ustawień funkcję Auto Tear-Off. (grupa Rear Feed, parametr Form Tear-Off, ustawienie Off). Patrz – zmiana ustawień niżej.

2. W celu przeprowadzenia kontroli ustawień drukarki należy:

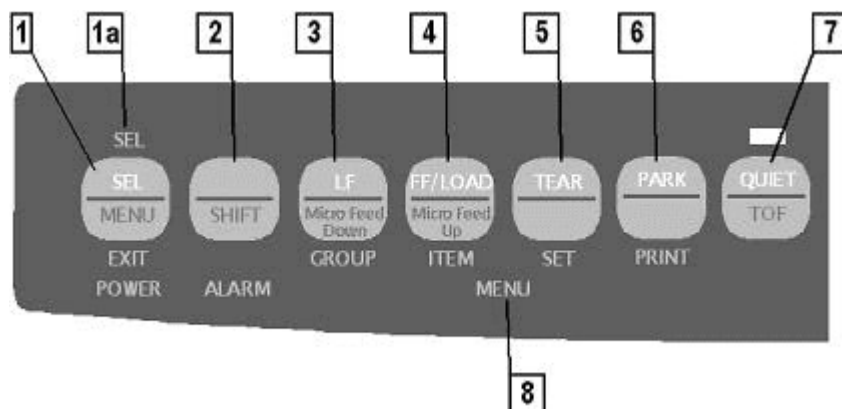
- a) Zaparkować papier perforowany – nacisnąć przycisk PARK (6 – zaparkuj).
- b) Przesunąć przełącznik, znajdujący się na prawej stronie obudowy drukarki, na pozycję TOP (przełącznik w pozycji środkowej), podnieść podajnik górny i umieścić w nim zwykłą kartkę formatu A4.
- c) Począkać, aż papier automatycznie się załaduje i nacisnąć klawisz SHIFT (2) razem z SEL/MENU (1) – w dolnej części panelu pojawi się podświetlony napis MENU (8). Od tej pory można programować ustawienia wewnętrzne drukarki.
- d) Nacisnąć klawisz PARK/PRINT (6 – zaparkuj / wydruk ustawień) – nastąpi drukowanie bieżących ustawień.
- e) Po zakończeniu wydruku można ponownie nacisnąć kombinację klawiszy SHIFT+SEL/MENU (2+1) – nastąpi wyjście z trybu programowania. Kartka z wydrukiem bieżących ustawień zostanie wysunięta.

3. Poprawne ustawienia drukarki na potrzeby mMedici podano poniżej:

Grupa	Parametr	Ustawienie
Printer Control	Emulation Mode	Epson LQ
Font		
Font	Pitch	10 CPI
Font	Proportional Spacing	No
Font	Style	Normal
Font	Size	Single
Symbol Sets		
Symbol Sets	Character Set	Set II
Symbol Sets	Language Set	ASCII
Symbol Sets	Zero Character	Unslashed
Symbol Sets	Code Page	East Europe Latin II – 852
Symbol Sets	Slashed Letter 0	No
Rear Feed		
Rear Feed	Line Spacing	6 LPI
Rear Feed	Form Tear-Off	500ms
Rear Feed	Skip Over Perforation	No
Rear Feed	Page Length	8"
Bottom Feed		
Bottom Feed	Line Spacing	6 LPI
Bottom Feed	Form Tear-Off	500ms
Bottom Feed	Skip Over Perforation	No
Bottom Feed	Page Length	8"
Top Feed		
Top Feed	Line Spacing	6 LPI
Top Feed	Bottom Margin	Valid

Grupa	Parametr	Ustawienie
Top Feed	Page Length	11 2/3"
Top Feed	Wait Time	1 sec
Top Feed	Page Length Control	By MENU Setting
Set-Up		
Set-Up	Graphics	Bi-directional
Set-Up	Recive Buffer Size	1 Line
Set-Up	Paper Out Override	No
Set-Up	Print Registration	0 – wartość standardowa (ustawienie należy zmienić tak, aby nie było przesunięć na wydruku)
Set-Up	Operator Panel Function	Full Operation
Set-Up	Reset Inhibit	No
Set-Up	Print Suppress Effective	Yes
Set-Up	Auto LF	No
Set-Up	Time Out Print	Valid
Set-Up	Auto Select	Yes
Set-Up	Graphics Speed	High
Set-Up	Centering Position	Mode 1
Parallel I/F		
Parallel I/F	I-Prime	Buffer Print
Parallel I/F	Pin 18	+5v
Parallel I/F	Auto Feed XT	Invalid

Tabela 1. Ustawienia wewnętrzne drukarki Oki ML3390



4. Mając gotowy wydruk aktualnych ustawień drukarki, należy porównać go z powyższym i znaleźć parametr, który uległ zmianie. W podajniku górnym umieszczamy kartkę papieru.

5. Po znalezieniu błędnego parametru można przystąpić do przeprogramowywania ustawień. Proces ten inicjuje się tą samą kombinacją klawiszy jak w punkcie 2, tzn.:

- a) Po załadowaniu nowej kartki wchodzimy w tryb programowania ustawień drukarki – wybierając SHIFT (2) + SEL/MENU (1).
- b) Naciskając LF/GROUP (3 – GROUP jak grupa ustawień) przełączamy się pomiędzy grupami ustawień tj. Printer Control, Font, Symbol Sets, Rear Feed, Bottom Feed, Top Feed, Set-Up, Parallel I/F. Aktualna pozycja, na której się znajdujemy, będzie drukowana na kartce włożonej do podajnika.

- c) Po przełączeniu na odpowiednią grupę ustawień, możemy rozpocząć wybieranie parametrów grupy. Robimy to naciskając FF/LOAD/ITEM (4 – ITEM jak parametr). Po każdym naciśnięciu kombinacji klawiszy nastąpi wydruk następnego parametru grupy np.:

Top Feed	Line Spacing	XXX
Top Feed	Page Length Control	XXX
Top Feed	Wait Time	XXX
Top Feed	Page Length	XXX
Top Feed	Bottom Margin	XXX

W tym przykładzie Top Feed jest grupą, Line Spacing itd. to parametry, a XXX oznaczają jakieś ustawione wartości parametrów.

- d) Następnie, po wybraniu parametru określamy jego wartość naciskając przycisk TEAR/SET (5 –zmień ustawienie). Przy każdym naciśnięciu przycisku drukowane jest nowe ustawienie.
- e) Operacje SET, ITEM i GROUP powtarzamy dla każdego następnego parametru i grupy, gdzie należy zmienić ustawienie.

Wskazówka:

Można też nacisnąć przycisk SHIFT (2) razem z GROUP (3), ITEM (4), SET (5), aby przejść do pozycji poprzednich na liście – odpowiednio grup, parametrów i ustawień. Te udogodnienie można wykorzystać, jeżeli podczas programowania ustawień przeskoczyliśmy o jedną pozycję za daleko.

- f) Po wybraniu odpowiednich wartości dla parametrów wychodzimy z trybu programowania drukarki, naciskając klawisze SHIFT (2) i SEL/MENU (1). Nowe ustawienia zostają zapamiętane w drukarce.

Wskazówka :

Jeżeli w trakcie programowania trzeba będzie zmienić kartkę, należy zapamiętać ustawienia wychodząc z trybu programowania, załadować nową kartkę i wejść z powrotem w tryb programowania.

24.2.3 Panasonic KX-P2130 - programowanie ustawień

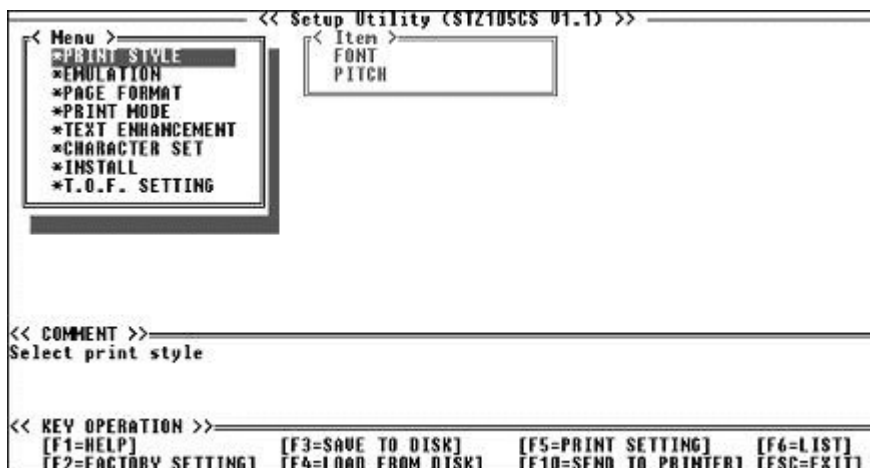
Do zmiany ustawień wewnętrznych drukarki stosuje się program SETUP.EXE dostarczany do drukarki na dyskietce/płyce razem ze sterownikami Windows.

Aby zmienić ustawienia drukarki należy:

1. Uruchomić ponownie komputer w trybie MS-DOS.
2. Uruchomić program SETUP dostarczony na dyskietce razem z drukarką.
3. Wybierając kolejne pozycje menu, zmienić ustawienia kolejnych parametrów.
4. Zmienione ustawienia następnie wysłać do drukarki (klawisz F10).

Aby przystosować drukarkę do wydruku kuponów należy:

1. Skopiować program SETUP.EXE do folderu na dysku twardym lub na dyskietkę startową z systemem operacyjnym MS-DOS.
2. Uruchomić ponownie komputer w trybie MS-DOS (odpowiednia opcja w okienku zamykania systemu Windows) lub uruchomić ponownie komputer z dyskietki startowej.
3. Będąc w trybie wiersza poleceń, wydać polecenie SETUP uruchamiające program z właściwego folderu lub z dyskietki.
4. Skonfigurować wszystkie parametry wg załączonego schematu.
5. Wysłać ustawienia do drukarki – polecenie F10=SEND TO PRINTER. Lampki na drukarce powinny mignąć i powinna ruszyć się lekko głowica drukarki, co daje pewność, że dane zostały przyjęte przez drukarkę.
6. Zamknąć program (klawisz ESC).



Rys. Menu ustawień drukarki w programie Setup.

Uwaga! Program Setup można uruchomić w oknie Windows lub w oknie wiersza poleceń, ale program nie nawiąże połączenia z drukarką, gdyż system operacyjny przejmuje kontrolę nad portem równoległym, do którego jest podłączona drukarka. Sprawia to szczególnie kłopot w systemach Windows NT, 2000 lub XP, gdzie nie ma trybu MS-DOS ani nie ma możliwości utworzenia dyskietki startowej. Należy wtedy pożyczyć taką dyskietkę i na czas ustawienia drukarki uruchomić z niej system MS-DOS.

W tabeli poniżej przedstawiono ustawienia drukarki zmienione w programie Setup dla wydruku kuponów. Czcionką pogrubioną zaznaczono ustawienia wymagane dla programu mMedica. Jeżeli chcemy wykonać ręcznie konfigurację drukarki na podstawie tabeli, to po systemie menu poruszamy się klawiszami strzałek a ustawienia (Setting) zmieniamy klawiszem ENTER.

Menu	Item – parametr	Setting – ustawienie
PRINT STYLE	FONT	DRAFT
PRINT STYLE	PITCH	10 CPI
EMULATION		EPSON
PAGE/FORMAT	LINE/INCH	6 LPI
PAGE/FORMAT	PAGE LENGTH	8 inch
PAGE/FORMAT	TOP MARGIN	0.00 inch
PAGE/FORMAT	BOTTOM MARGIN	0.00 inch
PAGE/FORMAT	LEFT MARGIN	0 column
PAGE/FORMAT	RIGHT MARGIN	80 column
PAGE/FORMAT	CTR PRINTHEAD	40 column
PRINT MODE	GRAPHIC DIRECTION	BI DIRECTION
PRINT MODE	TEXT DIRECTION	BI DIRECTION
TEXT ENHANCEMENT	BOLD	OFF
TEXT ENHANCEMENT	DOUBLE HIGH	OFF
TEXT ENHANCEMENT	DOUBLE STRIKE	OFF
TEXT ENHANCEMENT	DOUBLE WIDE	OFF
TEXT ENHANCEMENT	ITALICS	OFF
TEXT ENHANCEMENT	OUTLINE	OFF
TEXT ENHANCEMENT	SHADOW	OFF
TEXT ENHANCEMENT	ZERO FONT	NORMAL
CHARACTER SET	COUNTRY	U.S.A.

Menu	Item – parametr	Setting – ustawienie
CHARACTER SET	CHARACTER SET	GRAPHIC 2
CHARACTER SET	CODE PAGE	PC852
INSTALL	AGM/IBM	OFF
INSTALL	AUTO CR/IBM	OFF
INSTALL	AUTO LF	OFF
INSTALL	AUTO LOADING	ON
INSTALL	PAPER OUT DETECT	ON
INSTALL	SUPER QUIET MODE	OFF
INSTALL	TEAR OFF	MANUAL
INSTALL	CSF MODE(OPTION)	OFF
INSTALL	DOWNLOAD	OFF
INSTALL	COLOUR	BLACK
INSTALL	AUTO ON LINE	ON
INSTALL	DATA LENGTH	8 BITS
T.O.F. SETTING	TRACTOR	0 inch
T.O.F. SETTING	FRICTION (Single sheet)	0 inch
T.O.F. SETTING	CUT SHEET FEEDER (Built-in & Option)	0 inch

Tabela 2. Ustawienia wewnętrzne drukarki Panasonic KX-P2130

Zmienione ustawienia należy wysłać do drukarki (klawisz F10 – polecenie SEND TO PRINTER). Można je też zapisać na dyskietkę (klawisz F3 – polecenie SAVE TO DISK).

24.2.4 Epson LQ-580 - programowanie ustawień

Zmiany ustawień wewnętrznych drukarki Epson LQ-580 dokonuje się na panelu czołowym drukarki.

Aby zmienić ustawienia drukarki należy:

1. Załadować papier i wyłączyć drukarkę.
2. Trzymając wciśnięty klawisz FONT włączyć drukarkę. Drukarka wejdzie w tryb ustawień początkowych.
3. Po wydruku arkusza wyboru języka, wybrać za pomocą klawisza FONT sekwencję lampek odpowiadającą na arkuszu właściwemu językowi. Zatwierdzić wybór języka naciskając klawisz TEAR OFF/BIN.
4. Po załadowaniu nowej kartki wydrukują się bieżące ustawienia wewnętrzne. Aby pozostawić je niezmienione, wyłączyć drukarkę. Aby je zmienić, należy nacisnąć klawisz TEAR OFF/BIN. Na 3 stronach wydrukuje się arkusz instruktażowy zmiany ustawień wewnętrznych. Opisuje on poszczególne ustawienia i sposób ich zmiany.
5. Po dokonaniu zmian wyłączyć drukarkę.

Ustawienia wewnętrzne drukarki powinny być zgodne z podanymi niżej. Czcionką pogrubioną zaznaczono ustawienia zmienione w stosunku do domyślnych.

Opis drukowany na arkuszu instruktażowym	Ustawienie
Page length for tractor	8 inch
Skip over Perforation	Off
Auto tear Off	On
Auto line feed	Off

Opis drukowany na arkuszu instruktażowym	Ustawienie
Print direction	Bi-D
Software	ESC/P 2
0 slash	0 (wyłączone)
High speed draft	On
I/F mode	Auto
Auto I/F wait time	10 seconds
Parallel I/F bidirectional mode	On
Packet mode	Auto
Auto CR(IBM 2390 Plus)	Off
A.G.M.(IBM 2390 Plus)	Off
Character table	PC 852
International character set for Italic table	Italic U.S.A.
Font	Roman T(PS)
Manual feed wait time	1.5 seconds
Buzzer	On
Roll paper	Off

Tabela 3. Ustawienia wewnętrzne drukarki Epson LO-580

24.3 Czytniki kart chipowych

Czytnik kart chipowych jest urządzeniem ściśle współpracującym z funkcjonalnością rejestracji pacjentów i opcjami z nią związanymi. Służy do odczytu i zapisu informacji na kartach elektronicznych zgodnych z normą ISO 7816, ISO 7810. Elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego jest nośnikiem zawierającym informacje o ubezpieczonym, a jednocześnie dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne. To wygodny sposób na utrzymywanie zawsze aktualnych informacji o pacjencie dostępny jedynie w województwie śląskim.

Z aplikacją mMedica współpracują następujące czytniki:

- [Sinake](#)
- [SCR-3310/3311](#)
- [Identive CLOUD 2700F](#)

Czytniki współpracują z systemem przetwarzania danych za pomocą łączy:

- a) Szeregowego - czytnik Sinake
- b) USB - czytniki SCR-3310/3311 oraz czytnik Identive CLOUD 2700F

Do poprawnej eksploatacji czytników konieczne jest spełnienie warunków zawartych w instrukcjach dołączonych do urządzeń. W dalszej części instrukcji opisano sposób instalacji i konfiguracji w/w czytników.

24.3.1 Sinake, SCR-3310/3311

W poniższym opisie przedstawiona została konstrukcja czytników **Sinake** i **SCR-3310/3311** oraz ich instalacja i konfiguracja w aplikacji mMedica.

Stan pracy urządzeń sygnalizują:

- a) Czytnik Sinake - dwukolorowa dioda (LED) oraz sygnał dźwiękowy. Po włączeniu zasilania czytnika i wykonaniu procedur instalacyjnych czytnik wysyła cztery krótkie sygnały dźwiękowe i świetlne (w kolorze zielonym).
- b) Czytniki SCR-3310/3311 - jednokolorowa dioda (LED). Po podłączeniu czytnika do portu USB, czytnik wysyła dwa krótkie sygnały świetlne (w kolorze zielonym).

Sterowanie sygnalizacją świetlną i dźwiękową dla czytników odbywa się za pomocą aplikacji zewnętrznej współpracującej z czytnikami - aplikacją mMedica.

I. Konstrukcja czytników kart chipowych

Czytnik Sinake:



W czytniku znajdują się dwie szczeliny przeznaczone do obsługi kart elektronicznych:

- Górna (1) - dla karty pacjenta,
- Dolna (2) - dla karty profesjonalisty (lekarza, pielęgniarki, recepcjonisty, serwisanta, administratora), która od 2011 nie jest wymagana.

Do urządzenia dołączona jest zazwyczaj naklejka (piktogram), który prezentuje sposób wkładania karty pacjenta. Decyzja o umieszczeniu naklejki na urządzeniu należy do użytkownika (może ułatwić przyswojenie procedury).

Czytnik SCR-3310:



W czytniku znajduje się jedna szczelina (pozioma) przeznaczona do obsługi kart elektronicznych - kart pacjenta.

Czytnik SCR-3311:



W czytniku znajduje się jedna szczelina (pozioma) przeznaczona do obsługi kart elektronicznych - kart pacjenta.

II. Instalacja czytników kart chipowych

W celu zainstalowania czytników **SCR-3310/3311** należy wykonać następujące czynności:

1. Zainstalować aplikację Microsoft.NET Framework 4, dostępną pod linkiem: [Microsoft.NET Framework4](#)

Uwaga! Microsoft.NET Framework 4 zawiera jedynie dodatki do już opublikowanego wcześniej Microsoft.NET Framework 3.5, lecz nie samą aplikację Microsoft.NET Framework w wersji 3.5. Brak zainstalowanej aplikacji Microsoft.NET Framework w wersji 3.5 może skutkować pojawieniem się następującego błędu w momencie logowania do programu mMedica:



W przypadku pojawienia się powyższego komunikatu należy wykonać następujące czynności:

- Odinstalować aplikację: Microsoft.NET Framework 4.
- Dokonać instalacji aplikacji Microsoft.NET Framework 3.5, dostępną pod linkiem: [Microsoft.NET Framework3.5 Service pack 1](#)

- Zainstalować aplikację Microsoft.NET Framework 4, dostępną pod linkiem: [Microsoft.NET Framework4](#)
- Wykonać operację ponownego uruchomienia systemu operacyjnego.

2. Podłączyć czytnik kart SCR-3310/3311 do portu USB. System Windows wykryje urządzenie i zainstaluje sterowniki. Na liście urządzeń powinna pojawić się nast. pozycja:



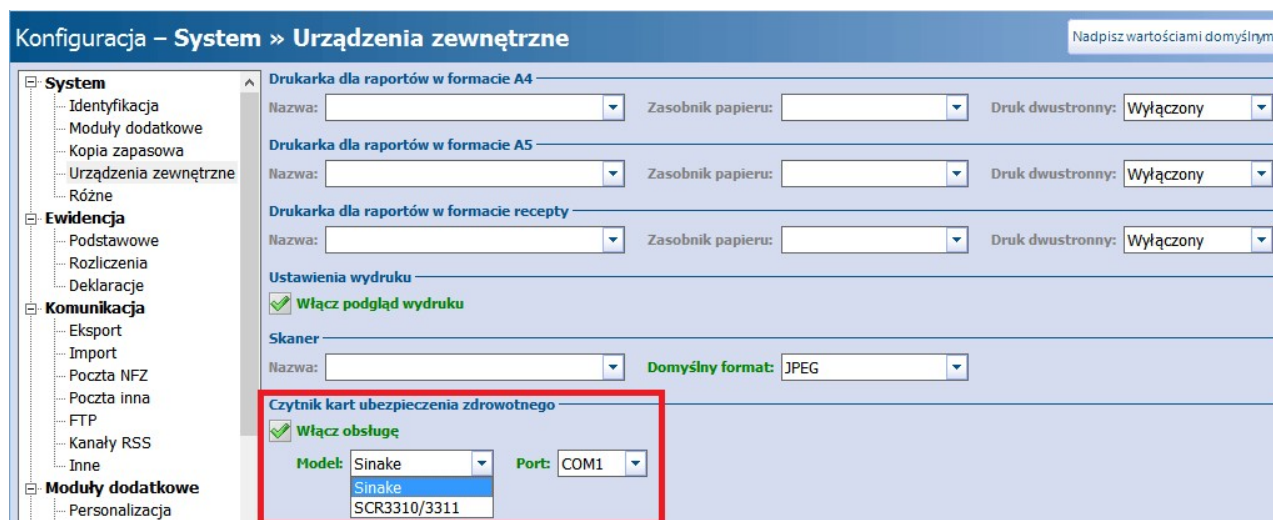
Uwaga! Jeśli w menadżerze urządzeń zostanie wyświetlona wartość: "USB Smart Card Reader" zamiast "SCR3311 USB Smart Card Reader" oznacza to, że należy zainstalować dodatkowe sterowniki. Zostały one udostępnione pod linkiem: [RegOW12KPW.bat](#)

Z linku podanego powyżej należy pobrać plik **RegOW12KPW.bat** i umieścić go w katalogu, gdzie zainstalowana jest aplikacja mMedica (domyślnie: dysk C:\Program Files\Asseco\mMedica lub dysk C:\Pliki programów (x86)\Asseco\mMedica). Po umieszczeniu pliku w wymienionym katalogu, należy go uruchomić.

Uwaga! Uruchamiając plik RegOW12KPW.bat w systemach Windows Vista i wyższych, należy posiadać uprawnienia administratora. Dodatkowo, uruchomienie pliku w środowisku Windows Vista może utrudniać funkcja "Kontrola konta użytkownika", którą należy wyłączyć na czas uruchamiania pliku.

III. Konfiguracja czytników kart chipowych

Konfiguracji ustawień czytników na danej stacji roboczej dokonuje się w **Konfiguratorze** (ścieżka: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [System > Urządzenia zewnętrzne](#)), poprzez zaznaczenie [✓] pola "**Włącz obsługę**" i wskazanie odpowiedniego modelu oraz portu, na którym czytnik został zainstalowany.

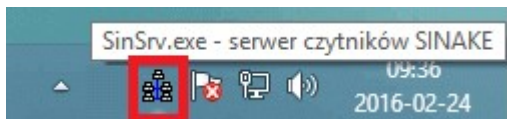


Wykorzystując czytnik kart chipowych:

- a) **Sinake** - w polu "Model" należy wybrać wartość "Sinake", a w polu "Port" z listy rozwijanej wybrać nazwę portu szeregowego, na którym został zainstalowany czytnik.
- b) **SCR 3310/3311**- w polu "Model" należy wybrać wartość "SCR 3310/3311". Nazwy portu nie wybiera się.

Czytnik **Sinake** jest obsługiwany przez odpowiedni program sterujący, który musi być uruchomiony w czasie

pracy czytnika. W przypadku programu mMedica czytnikiem steruje program **SinSrv.exe**, który uruchamiany jest automatycznie po prawidłowym zainstalowaniu czytnika i skonfigurowaniu go w programie. Ikona serwera czytników Sinake znajduje się zawsze w pasku zadań Windowsa (zdj. poniżej). Jeśli z jakiegoś powodu program SinSrv.exe nie uruchamia się automatycznie, należy uruchomić go ręcznie - poprzez otwarcie pliku SinSrv.exe, znajdującego się w katalogu, gdzie zainstalowana jest mMedica.



W przypadku wystąpienia problemów z obsługą czytnika kart chipowych Sinake, należy skorzystać z aplikacji testującej czytnik kart **Sinake TEST**, która znajduje się w katalogu mMedici (domyślnie: dysk C:\Program Files\Asseco\mMedica lub dysk C:\Pliki programów (x86)\Asseco\mMedica).

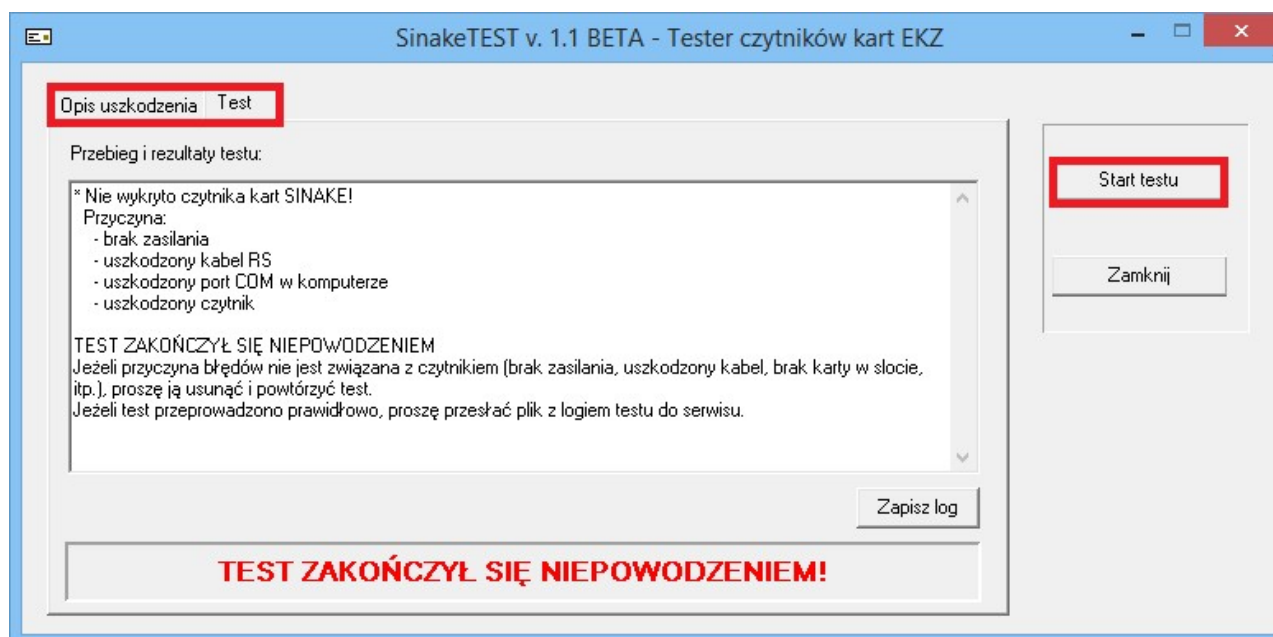
Po przejściu do powyższej ścieżki należy wykonać następujące czynności:

1. Otworzyć dwuklikiem aplikację SinakeTest.
2. Zatrzymać serwer czytników SinSrv.exe uruchomiony w systemie. W tym celu należy otworzyć Menedżer zadań Windows i na zakładce "Szczegóły" zakończyć zadanie dla procesu **sinsrv.exe**.
3. W oknie "SinakeTest" na zakładce "Opis uszkodzenia" wybrać przycisk **Start testu**, a następnie przycisk **Dalej >>**. Wyświetlony zostanie poniższy komunikat, który należy zatwierdzić:

Proszę podłączyć czytnik do komputera, włączyć zasilanie, umieścić kartę profesjonalisty i pacjenta w odpowiednich slotach i nacisnąć OK.

OK Aunluj

4. Po chwili na zakładce "Test" zostanie wyświetlony wynik testu wraz z zaleceniami, które mogą pomóc usunąć usterkę:

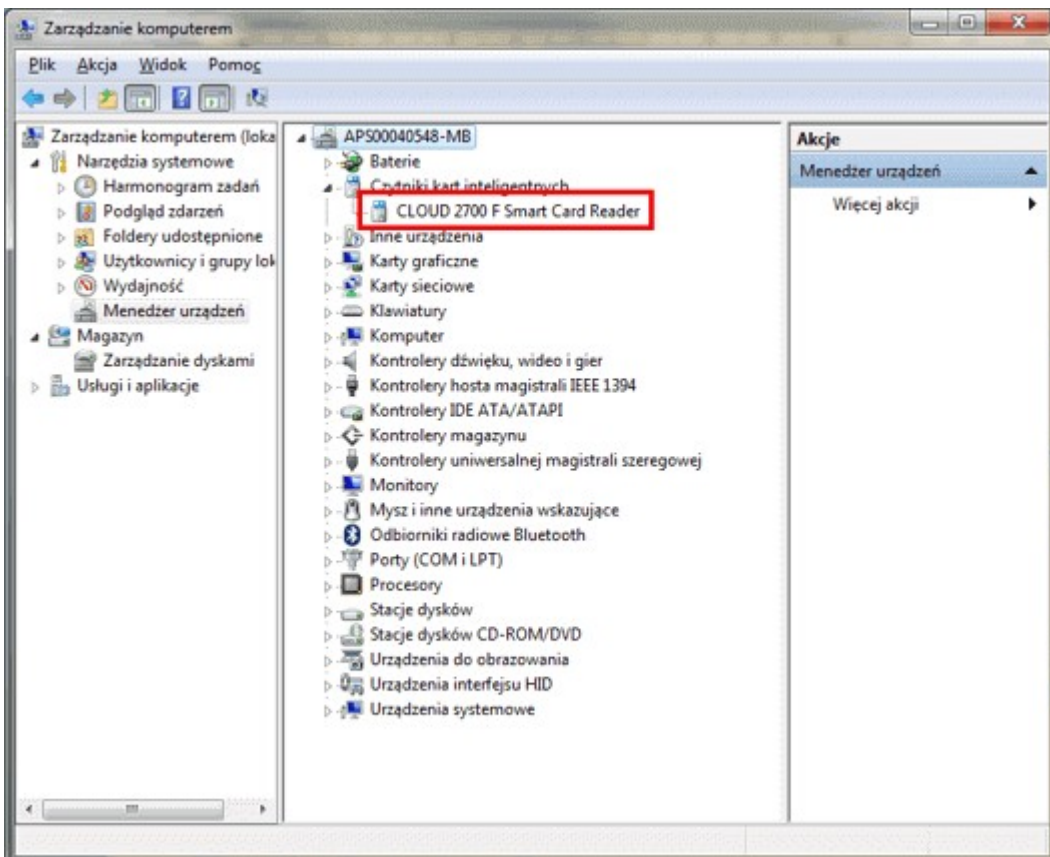


24.3.2 Identive CLOUD 2700F

Czytnik **Identive CLOUD 2700F** to unowocześniony następca niedostępnych już czytników SCR-3310/3311. Nowy model jest kompatybilny wstecznie i odczytuje karty chipowe.

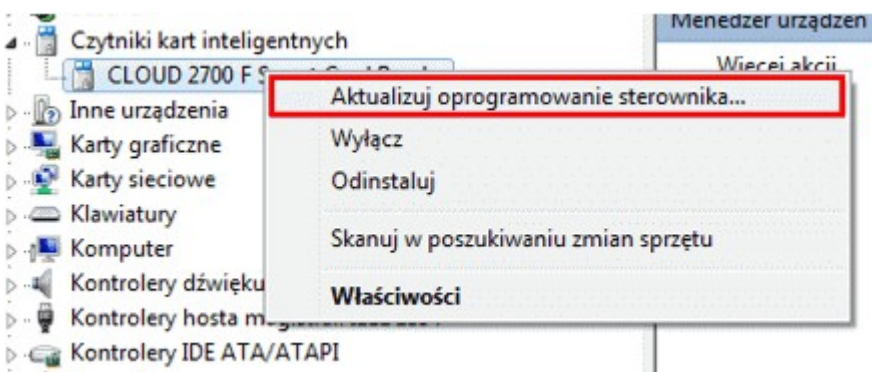
W poniższym opisie przedstawiono instalację czytnika Identive CLOUD 2700F w systemach Windows Vista i Windows 7.

Po podłączeniu czytnika do komputera, na liście urządzeń powinna pojawić się pozycja **CLOUD 2700 F Smart Card Reader**.



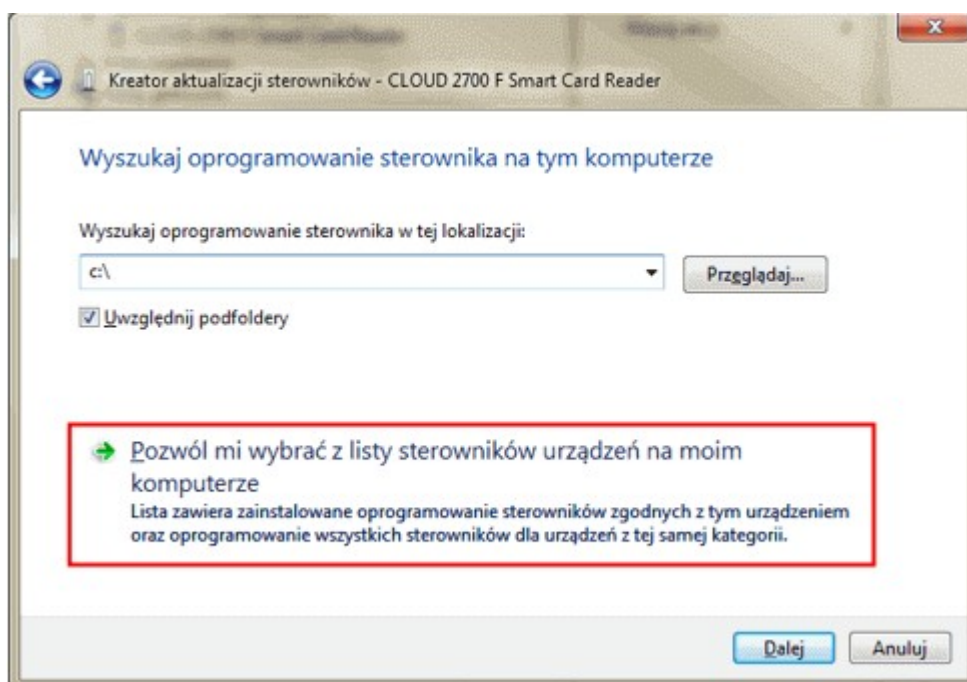
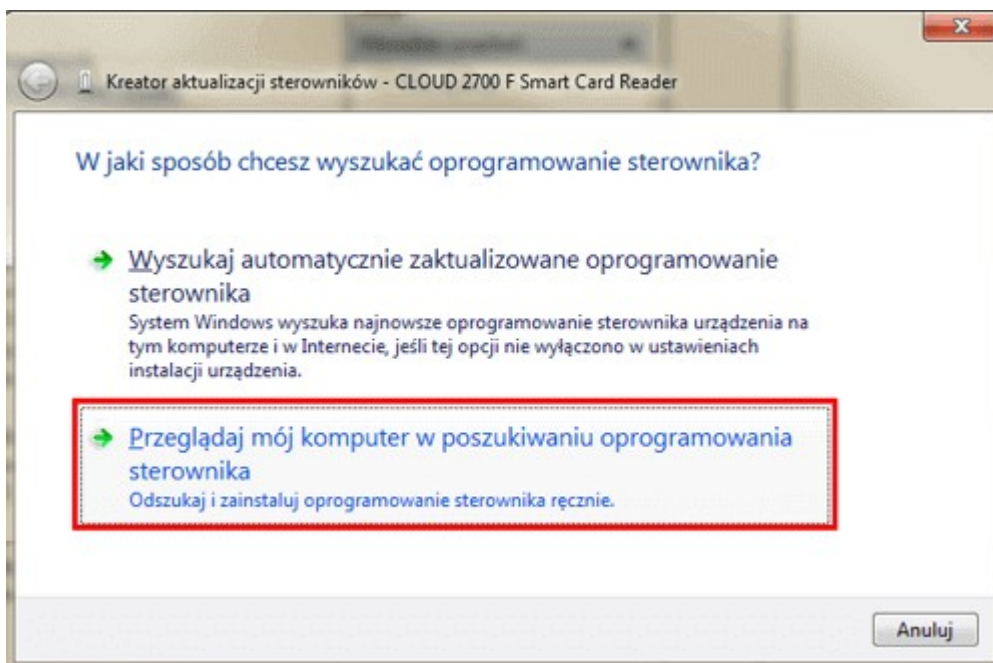
Aby urządzenie działało z aplikacją mMedica musi zostać zainstalowane jako **SCR33x USB Smart Card Reader**. W tym celu należy pobrać sterowniki ze strony: http://mmedica-download.asseco.pl/inst/inne/SCR3xxx_win_vista_win7_drivers.zip

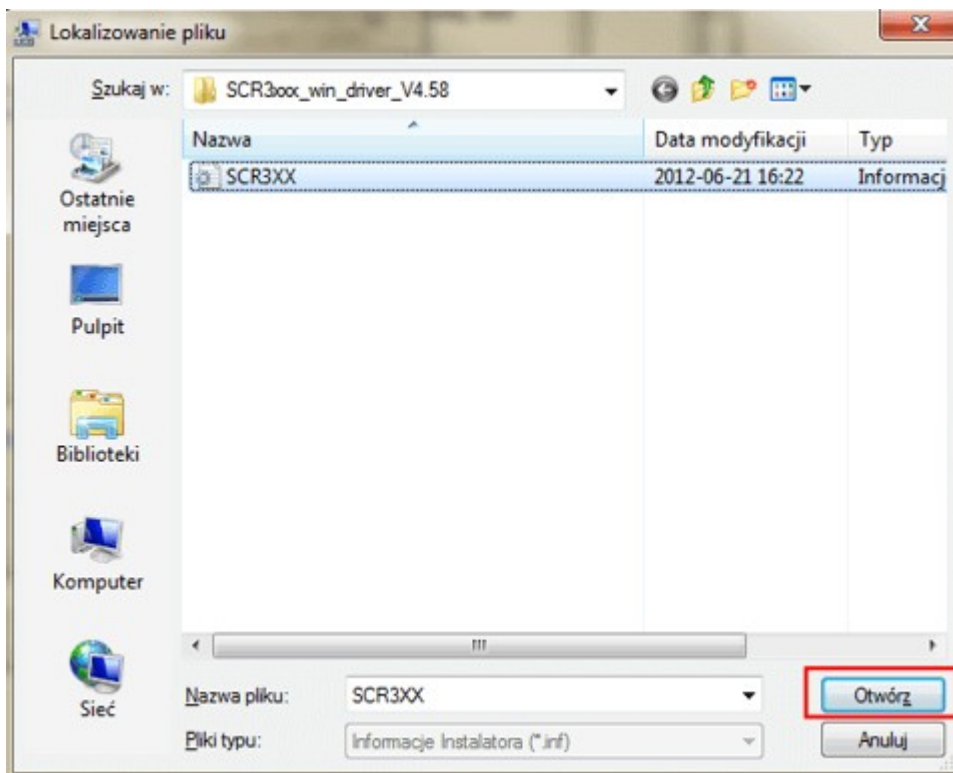
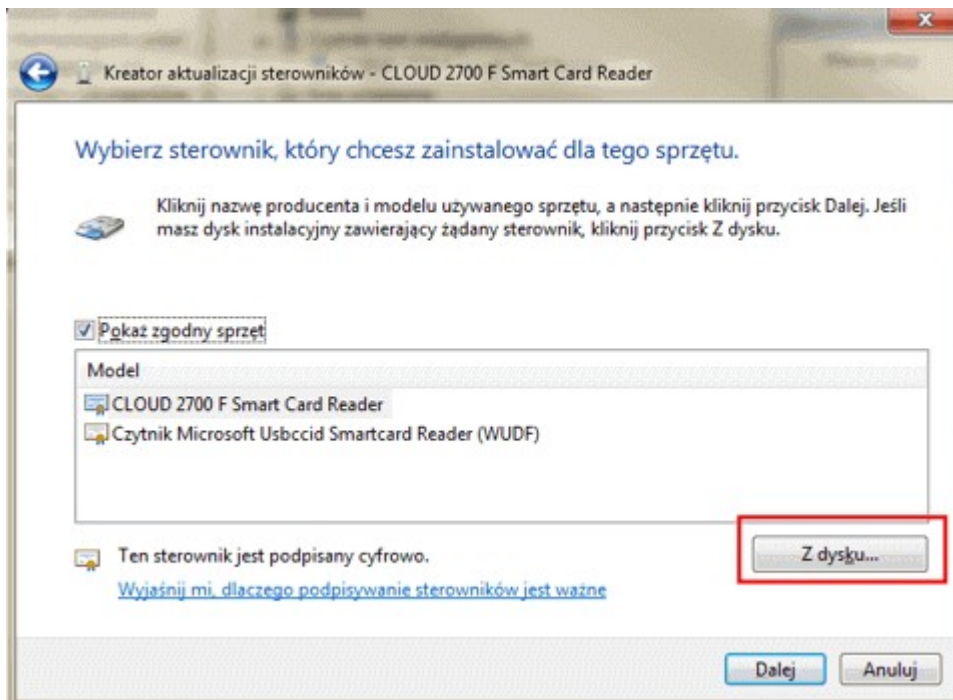
Następnie należy zaktualizować sterownik urządzenia poprzez kliknięcie prawym przyciskiem myszki na nazwie urządzenia oraz wybranie opcji **Aktualizuj oprogramowanie sterownika...**

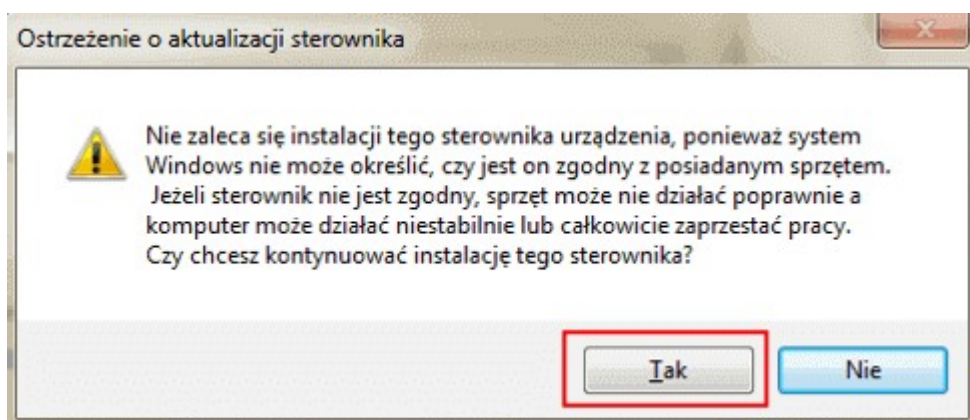
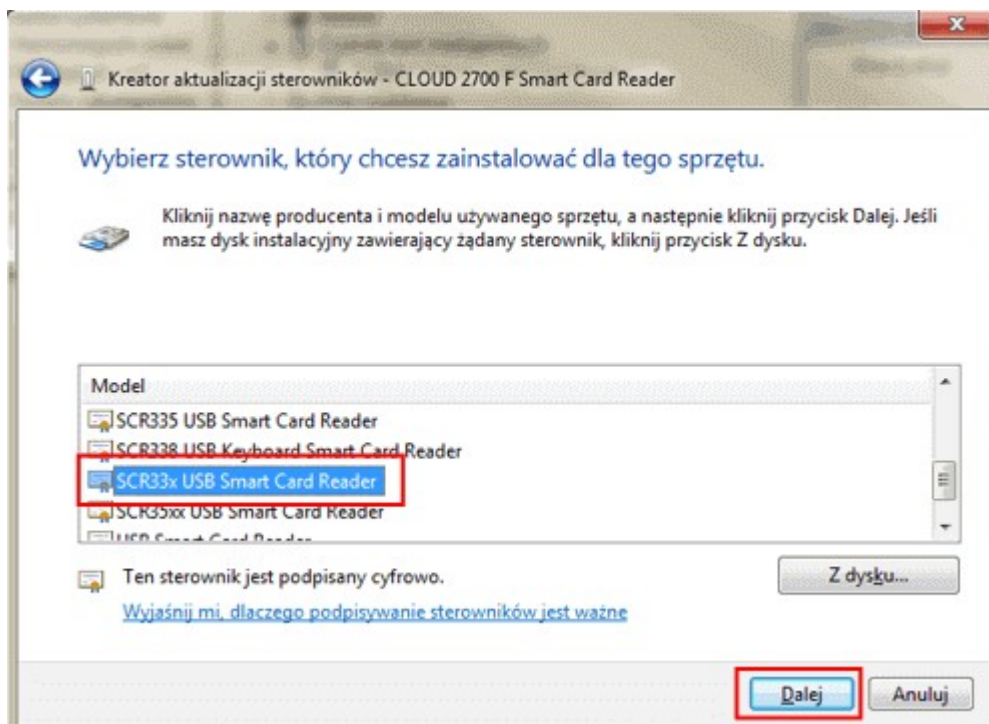


W dalszej kolejności należy postępować zgodnie z instrukcjami oznaczonymi na poniższych screen'ach

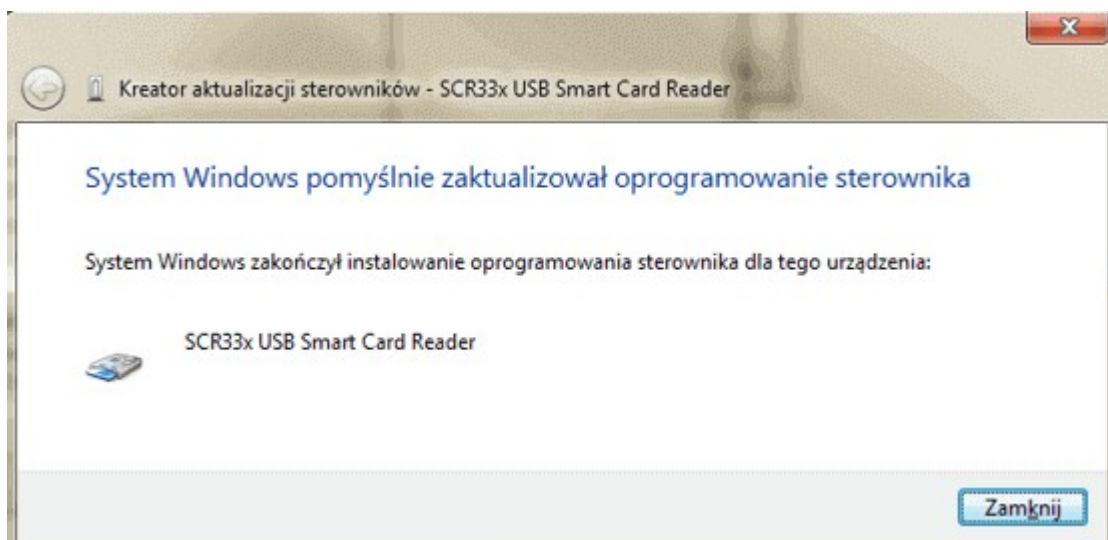
kolorem czerwonym.







W efekcie powyższych działań otrzymujemy zainstalowane na nowo urządzenie.



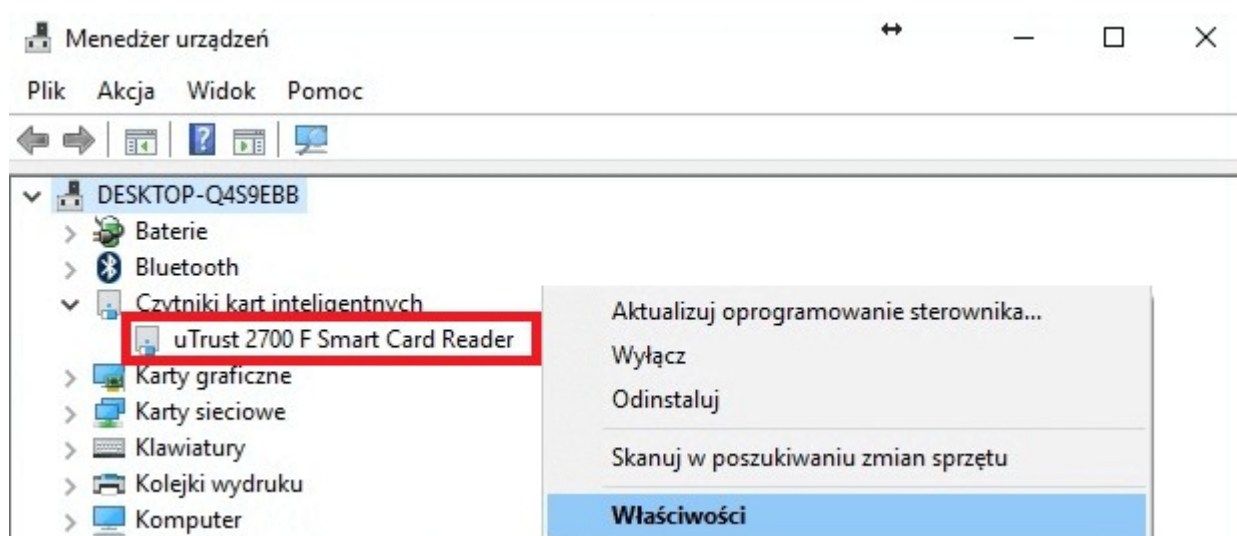
Po pomyślnym zainstalowaniu czytnika Identive CLOUD 2700F na komputerze, należy wskazać go w

Konfiguratorze programu mMedica zgodnie z instrukcją opisaną w: [Sinake, SCR-3310/3311](#).

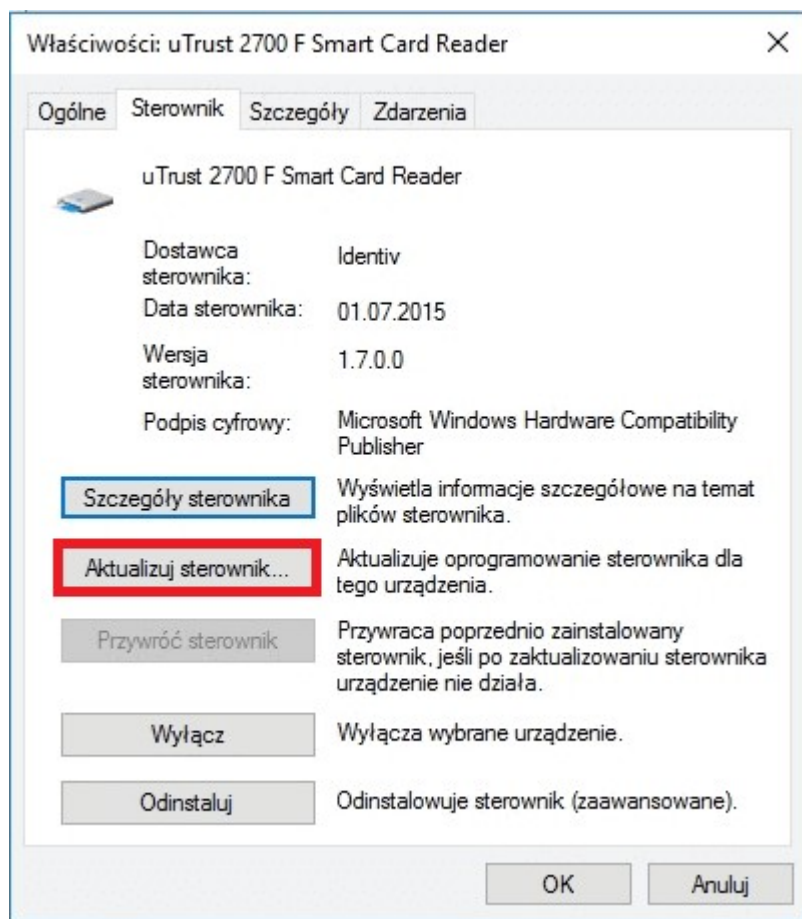
24.3.3 Instalacja Identive CLOUD w systemach Win. 8 i 10

W poniższym opisie przedstawiono instalację czytnika Identive CLOUD 2700F w systemach Windows 8 i 10. Przed rozpoczęciem instalacji należy pobrać sterowniki, dostępne po kliknięciu w link: http://mmedica-download.asseco.pl/inst/inne/SCR3xxx_win_8_10_drivers.zip

Po podłączeniu czytnika do portu USB, na liście urządzeń powinna pojawić się pozycja **uTrust 2700 F Smart Card Reader**. Należy kliknąć na nią prawym przyciskiem myszy i wybrać opcję **Właściwości**.



Po przejściu na zakładkę *Sterownik* należy wybrać przycisk **Aktualizuj sterownik**.



W kolejnych oknach wybrać opcje zgodnie z zaznaczeniem przedstawionym na poniższych screenach:



← Kreator aktualizacji sterowników - uTrust 2700 F Smart Card Reader

W jaki sposób chcesz wyszukać oprogramowanie sterownika?

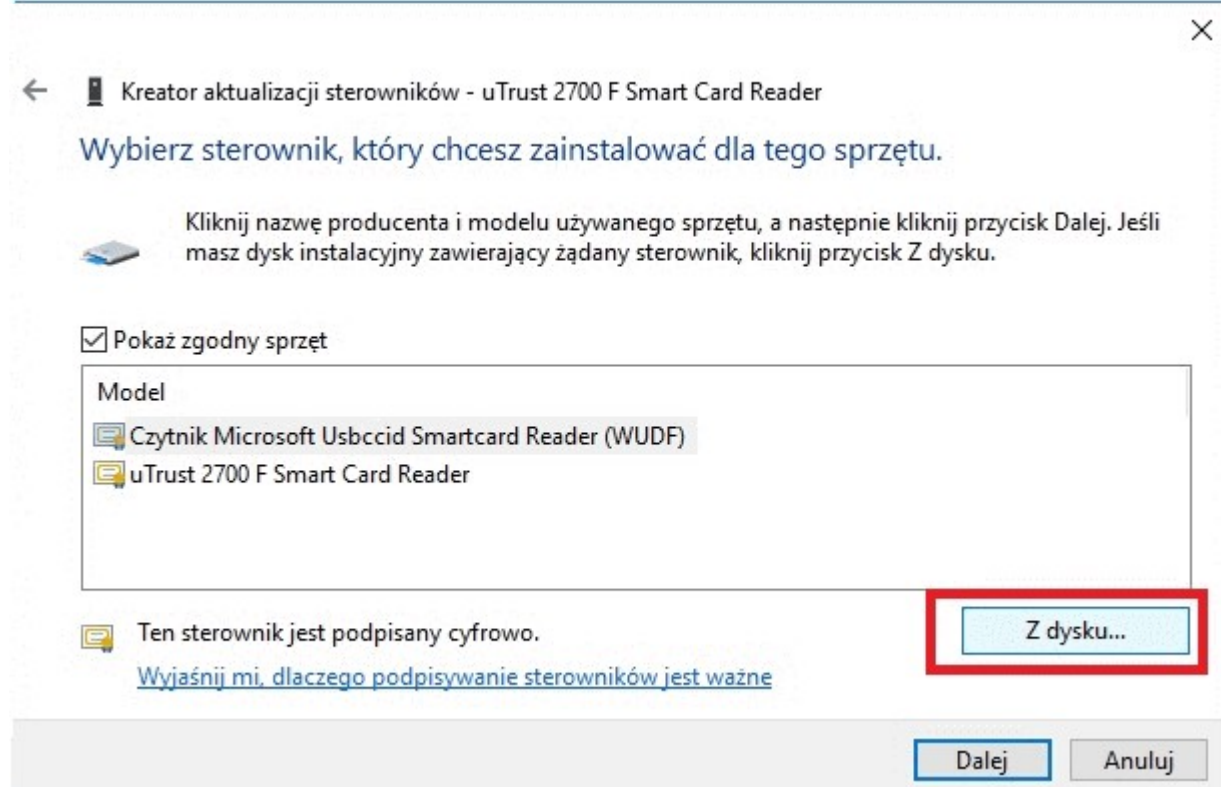
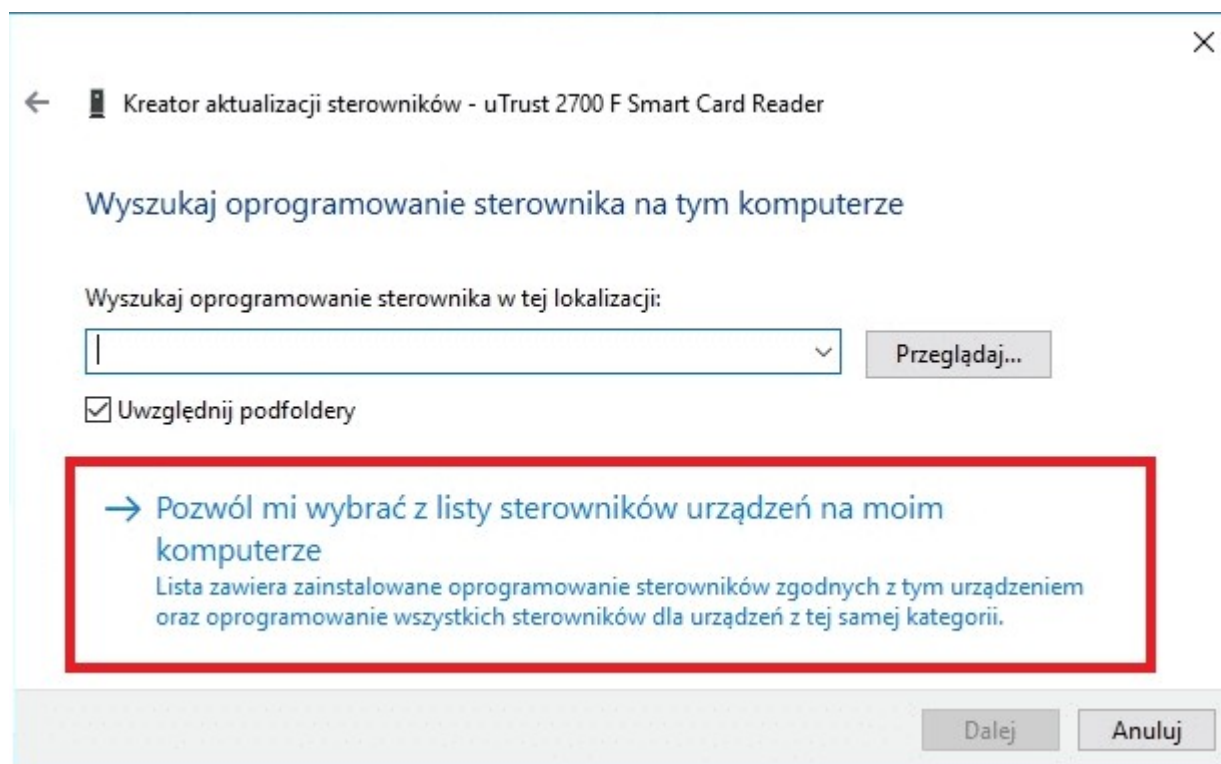
→ Wyszukaj automatycznie zaktualizowane oprogramowanie sterownika

System Windows wyszuka najnowsze oprogramowanie sterownika urządzenia na tym komputerze i w Internecie, jeśli tej opcji nie wyłączono w ustawieniach instalacji urządzenia.

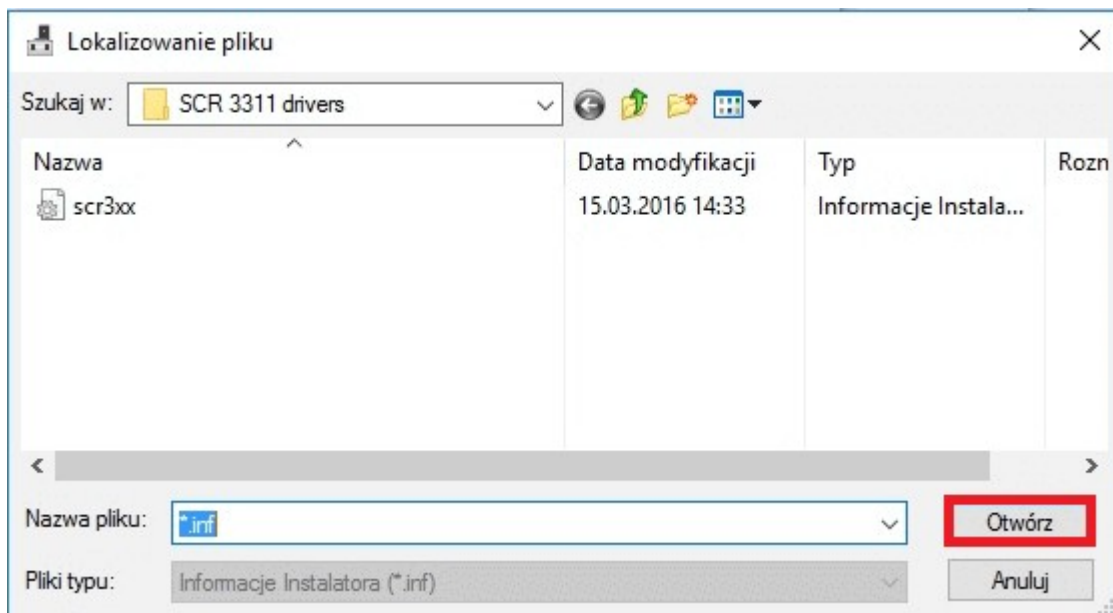
→ Przeglądaj mój komputer w poszukiwaniu oprogramowania sterownika

Odszukaj i zainstaluj oprogramowanie sterownika ręcznie.

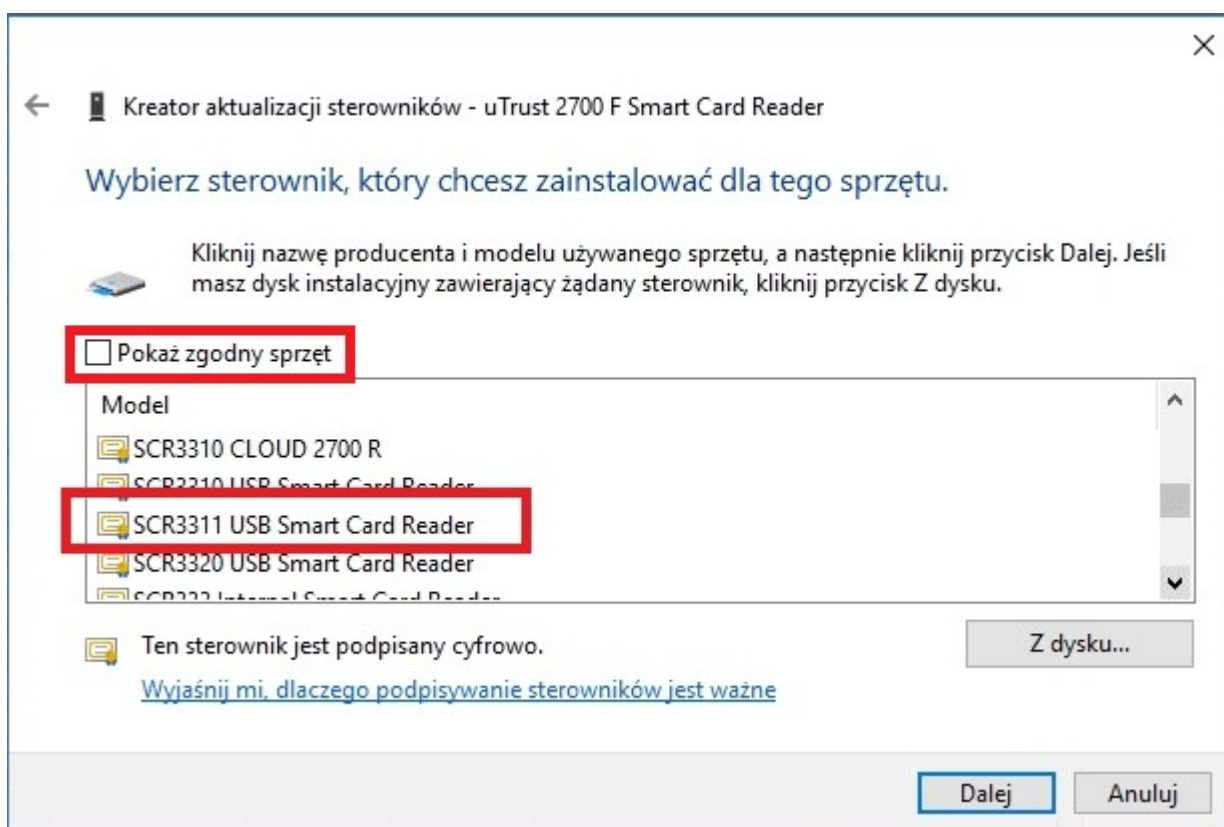
Anuluj



Wskazać folder zawierający drivery dla czytnika SCR3311, pobrany z linku powyżej i zapisany na dysku komputera.



Usunąć zaznaczenie w polu **Pokaż zgodny sprzęt** i zaznaczyć na liście model **SCR3311 USB Smart Card Reader**. Następnie wybrać przycisk **Dalej**.



Potwierdzić ostrzeżenie dotyczące aktualizacji sterownika.

Ostrzeżenie o aktualizacji sterownika

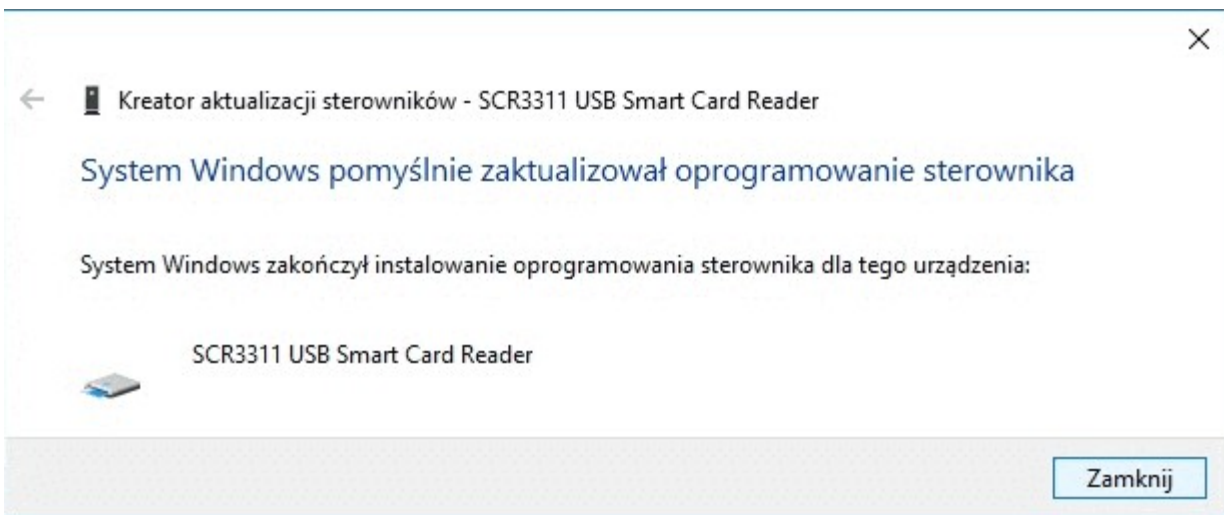


Nie zaleca się instalacji tego sterownika urządzenia, ponieważ system Windows nie może określić, czy jest on zgodny z posiadanym sprzętem. Jeżeli sterownik nie jest zgodny, sprzęt może nie działać poprawnie a komputer może działać niestabilnie lub całkowicie zaprzestać pracy. Czy chcesz kontynuować instalację tego sterownika?

Tak

Nie

Pomyślne zaktualizowanie oprogramowania sterownika potwierdzone zostanie poniższym komunikatem. Tak zainstalowany czytnik Identive CLOUD 2700F należy wskazać w Konfiguratorze programu mMedica, zgodnie z instrukcją opisaną w: [Sinake, SCR-3310/3311](#).



24.4 Czytniki kodów kreskowych

W systemie mMedica można wykorzystać jedynie czytniki kodów kreskowych z diodami świecącymi i podłączane do komputera równolegle z klawiaturą poprzez kabel z przejściówką. Czytniki laserowe oraz podłączane do portu szeregowego nie będą współpracować z systemem.

Czytnik kodów kreskowych należy zaprogramować stosownie do wymogów stawianych przez system. A zatem:

- Musi odczytywać kody kreskowe w standardzie Interleaved 2 of 5.
- Może odczytywać kody o maksymalnej długości 20 znaków.
- Może mieć ustawione ograniczenie od dołu 20 znaków tak, aby odczytywał tylko kody kreskowe numerów kuponów (wtedy nie będzie mógł odczytywać 8-cyfrowych kodów RUM lekarzy z pieczętek, ale też nie będzie "czytał" słoiz drewnianego stołu i innych kodów kreskowych). Można też zastosować dolne ograniczenie 10 znaków, aby odczytywał kody kreskowe numerów kart na kartach identyfikacyjnych pacjenta (w oknie *Rejestracja* jest dostępna opcja wyszukiwania pacjenta po numerze karty).
- Po odczytaniu kodu czytnik musi automatycznie wprowadzić znak ENTER.
- Powinien działać w trybie automatycznego wyzwolenia tak, aby podłożony kod został odczytany bez naciskania przez operatora dodatkowych przycisków.
- Warto dodatkowo wyłączyć obsługę kodów kreskowych innych standardów. Ograniczy się w ten sposób

przypadkowe odczyty innych kodów kreskowych.

W niniejszym rozdziale zamieszczono kody programujące dla modeli czytników aktualnie wykorzystywanych w systemie mMedica, które przeszły rygorystyczne testy odczytu kodów słabej jakości, tj.:

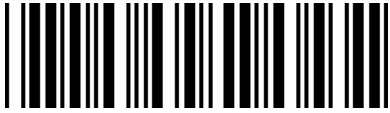





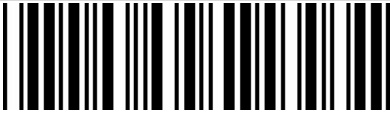

- [Pharmascan II](#)
- [DataLogic DLC7070](#)
- [WelchAllyn IT3800 LR \(ScanMed II\)](#)
- [WelchAllyn IT3400 LR](#)
- [HHP 3800G](#)
- [NUMA BC-2000](#)

24.4.1 Czytnik Pharmascan II

Wyzwalanie automatyczne z ciągłym oświetleniem.

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych Pharmascan II na potrzeby systemu mMedica, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 20.

1	Wejście w tryb programowania	11	ITF min
2	Ustaw parametry domyślne	12	0
3	IBM PC AT	13	8
4	Tryb automatyczny	14	Ustaw
5	Opóźnienie między znakami 10 ms	15	ITF max
6	Code 39 - nie odczytuj	16	2

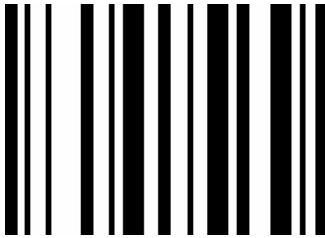

			
7	Codabar – nie odczytuj	17	0
			
8	UPC/EAN – nie odczytuj	18	Ustaw
			
9	Code 128 – nie odczytuj	19	Terminator - Enter
			
10	Code 93 – nie odczytuj	20	Wyjście z trybu programowania

24.4.2 Czytnik DLC7070

Wyzwalanie automatyczne z ciągłym oświetleniem.

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych DataLogic DLC7070 na potrzeby systemu mMedica, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 14. Po wejściu w tryb programowania (kod 2), prawidłowe wprowadzenie kodów od 3 do 13 będzie sygnalizowane pojedynczym cichym sygnałem. Jeżeli będzie potrójny cichy sygnał błędu, należy wyjść z trybu programowania (kod 14) i od początku wczytać wszystkie kody.

<p>1. Przywróć ustawienia domyślne</p> 	<p>8. Max. 20 znaków</p> 
<p>2. Wejście w tryb programowania</p>	<p>9.</p>




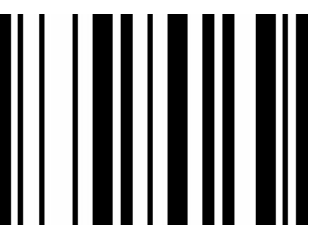
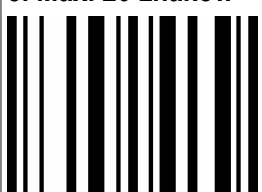
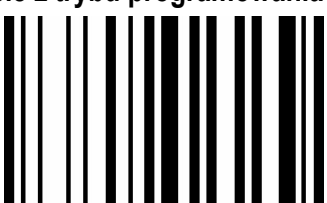
	
<p>3. Wyłącz wszystkie rodziny kodów</p> 	<p>10. Wyzwalanie programowe "Flash"</p> 
<p>4. Odczytuj Interleaved 2 of 5</p> 	<p>11. Opóźn. odczytu tego samego kodu</p> 
<p>5. Bez cyfry kontrolnej</p> 	<p>12. 3,0 sek.</p> 
<p>6. Min. 8 znaków</p> 	<p>13.</p> 
<p>7.</p> 	<p>14. Wyjście z trybu programowania</p> 

Wyzwalanie automatyczne z ręcznym wyłącznikiem oświetlenia.

Poniższe ustawienia czytnika kodów kreskowych DataLogic DLC7070 są podobne do poprzednich, z tym że użytkownik ma dodatkowo możliwość włączania i wyłączania dokuczliwego dla oczu oświetlenia czytnika przyciskiem na ręczce.

W celu zaprogramowania czytnika, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 16. Po wejściu w tryb programowania (kod 2), prawidłowe wprowadzenie kodów od 3 do 15 będzie sygnalizowane pojedynczym cichym sygnałem. Jeżeli będzie potrójny cichy sygnał błędu, należy wyjść z trybu programowania (kod 16) i od początku wczytać wszystkie kody.

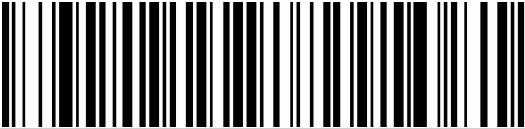

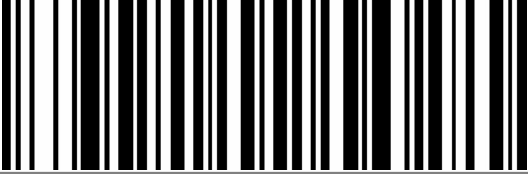

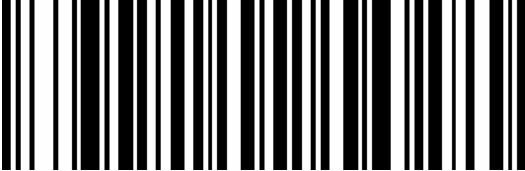
<p>1. Przywróć ustawienia domyślne</p> 	<p style="text-align: right;">9.</p> 
<p>2. Wejście w tryb programowania</p> 	<p>10. Wyzwalanie sprzętowe</p> 
<p>3. Wyłącz wszystkie rodziny kodów</p> 	<p>11. Działanie przycisku – Trigger Pulse</p> 
<p>4. Odczytaj Interleaved 2 of 5</p> 	<p>12. Wiele odczytów w jednym cyklu</p> 
<p>5. Bez cyfry kontrolnej</p> 	<p>13. Opóźn. odczytu tego samego kodu</p> 
<p>6. Min. 8 znaków</p>	<p style="text-align: right;">14. 3,0 sek.</p>

	
7. 	15. 
8. Max. 20 znaków 	16. Wyjście z trybu programowania 

24.4.3 Czytnik IT3800 LR

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych WelchAllyn IT3800 LR – ScanMed II na potrzeby systemu mMedica, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 13.



1. Opóźnienie pomiędzy kolejnymi odczytami – średnie 	8. 
2. Opóźnienie pomiędzy kolejnymi poprawnymi odczytami - średnie 	9. Zapisz 
3. Tryb wyzwania czytnika – automatyczny 	10. Maksymalna długość kodu 
4. Znak ENTER jako Suffix	11. 20 znaków

	
5. Interleaved 2 of 5 – parametry domyślne 	12. 
6. Minimalna długość kodu 	13. Zapisz 
7. 8 znaków 	

24.4.4 Czytnik IT3400 LR

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych WelchAllyn IT3400 na potrzeby systemu mMedica, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 13.

1. 	8. 
2. 	9. 
3. 	10.

	
4.	11.
	
5.	12.
	
6.	13.
7.	
	

24.4.5 Czytnik HHP 3800G

W celu konfiguracji parametrów skanera należy podłączyć skaner za pomocą portu USB. Następnie należy zeskanować kolejno wszystkie kody znajdujące się w tabeli konfiguracyjnej dla odpowiedniego skanera. Po zeskanowaniu ostatniego kodu, skaner jest gotowy do użycia. Konfiguracje skanerów uwzględniają następujące parametry:

PARAMETR	WARTOŚĆ
Typ kodu	<i>Interleaved 2 z 5</i>
Komunikacja	<i>USB (na port klawiatury)</i>
Opóźnienie między przesyłanymi znakami	<i>10 ms</i>
Znak kończący odczytany kod	<i>ENTER</i>
Typ wyzwiania skanera	<i>Automatyczny</i>

Przywrócenie ustawień fabrycznych

Ustawienie trybu pracy na USB KEYBOARD

Ustawienie trybu pracy na: ciągły (wt./wyt. Za pomocą przycisku)

Włączenie znaków kończących kod: CR

Wyłączenie wszystkich typów kodów

Włączenie obsługi odczytu kodu <u>Interleaved 2 z 5</u>

Ustawienie minimalnej długości kodu: 20 znaków

Wprowadzanie wartości parametru


Wprowadzanie wartości parametru

Potwierdzenie konfiguracji

Ustawienie maksymalnej długości kodu: 20 znaków

Wprowadzanie wartości parametru

Wprowadzanie wartości parametru

Potwierdzenie konfiguracji

Ustawienie czasu opóźnienia między znakami: 10 ms

Wprowadzanie wartości parametru


Współpraca z urządzeniami zewnętrznymi

Wprowadzanie wartości parametru



Zakończenie konfiguracji parametrów skanera



24.4.6 Czytnik NUMA BC-2000

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych NUMA BC-2000 na potrzeby systemu mMedica, należy zeskanować kolejno wszystkie kody znajdujące się w poniższej tabeli konfiguracyjnej.

Rozpoczęcie konfiguracji	
Przywrócenie ustawień fabrycznych	
Zakończenie wprowadzania ustawień fabrycznych	
Rozpoczęcie konfiguracji parametrów skanera	
Ustawienie trybu pracy na USB KEYBOARD	
Ustawienie trybu pracy na: ciągły (flash, wł./wył. Za pomocą przycisku)	
Włączenie znaków kończących kod: CR	
Włączenie obsługi odczytu kodu Interleaved 2 z 5	

Wyłączenie pozostałych typów kodów



Ustawienie minimalnej długości kodu: 20 znaków



Wprowadzanie wartości parametru



Wprowadzanie wartości parametru

Potwierdzenie konfiguracji

Zakończenie konfiguracji parametrów skanera

Wprowadzanie wartości parametru

Potwierdzenie konfiguracji

Zakończenie konfiguracji parametrów skanera


24.5 Skanowanie dokumentów

W programie mMedica istnieje funkcjonalność umożliwiająca zeskanowanie dokumentu, znajdującego się we wskazanym urządzeniu skanującym, a następnie dołączenie go w formie załącznika w wybranym miejscu w programie.

Z programem mMedica współpracuje większość skanerów dostępnych na rynku, po prawidłowym skonfigurowaniu ich w systemie operacyjnym i w programie mMedica. Konfiguracji urządzenia na danej stacji roboczej dokonuje się w Konfiguratorze w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#). W sekcji *Skaner* określa się szczegółowe parametry urządzenia:

- **Nazwa** - skaner zainstalowany w systemie operacyjnym, który będzie wykorzystywany w ramach danej stacji roboczej do skanowania dokumentów.
- **Domyślny format** - domyślny format zapisu zeskanowanych załączników. Możliwe formaty do wyboru: JPEG, PDF, TIFF.
- **Jakość** - domyślna jakość skanowanych dokumentów. Domyślnie podpowiadana jest jakość wynosząca 90%.

Skaner

Nazwa: Domyślny format: JPEG Jakość: 90

Bazując na doświadczeniu, dostawca oprogramowania rekomenduje zmianę rozdzielczości skanowania na użytkowanych urządzeniach, w celu wyeliminowania znacznego przyrostu bazy danych. Ze względu na fakt, iż wszystkie zeskanowane dokumenty zapisywane są w bazie danych programu mMedica, zaleca się skanowanie dokumentów tekstowych w jak najmniejszej rozdzielczości, o ile są one dobrej jakości (brak zabrudzeń, zagięć/załamań kartek itp.).

W związku z powyższym opracowano zalecenia w zakresie rozdzielczości i kolorystyki dokumentów skanowanych i dołączanych do bazy programu mMedica.

1. Rozdzielczość skanowanych dokumentów:

- 72-96 dpi (zalecana domyślnie)** - jakość właściwa dla większości dokumentów tekstowych. Nie przyczynia się do nadmiernego rozrostu bazy danych.
- 96-200 dpi (zalecana warunkowo)** - jakość dobra, pozwalająca na odczytanie dokumentów zawierających zawartość mieszaną (tekst + grafika) oraz zawierającą bloki tekstu lub pojedyncze zdania zapisane względnie małą czcionką (np. 8-9). Stosować ją można też w przypadku dokumentów źródłowych gorszej jakości (zamazania, pomięte/wygięte itp.).
- Powyżej 200 dpi (niezalecana)** - bardzo dobra jakość, niezalecana dla większości dokumentów ze względu na nadmierny przyrost bazy danych. Stosować wyłącznie w przypadkach uzasadnionych, np. względy medyczne, lub w sytuacji gdy jakość dokumentu papierowego jest na tyle fatalna, że jedynie w wyższej rozdzielczości będą widoczne istotne medycznie dane.

2. Grafika skanowanych dokumentów:

- Czarno-biała (zalecana domyślnie)** – dla dokumentów tekstowych.
- Skala szarości (zalecana warunkowo)** - dopuszczalna dla grafik oraz dokumentów z treścią mieszaną (tekst + grafika).
- Kolor (niezalecana)** – stosowanie niezalecane, chyba że uzasadnione względy medyczne nakażą dany dokument zeskanować w postaci kolorowej.

Skanowania dokumentów dokonuje się na formatkach i w oknach dialogowych, w których istnieje możliwość dołączenia dokumentów. Do tego celu dedykowana jest zakładka lub sekcja *Załączniki*, która występuje w nast. miejscach:

- Dokumenty ubezpieczeniowe pacjenta - np. oświadczenie, dokument UE, IMIR itd.
- Dane medyczne pacjenta - np. badanie laboratoryjne, sanatoria, hospitalizacje, zabiegi itp.



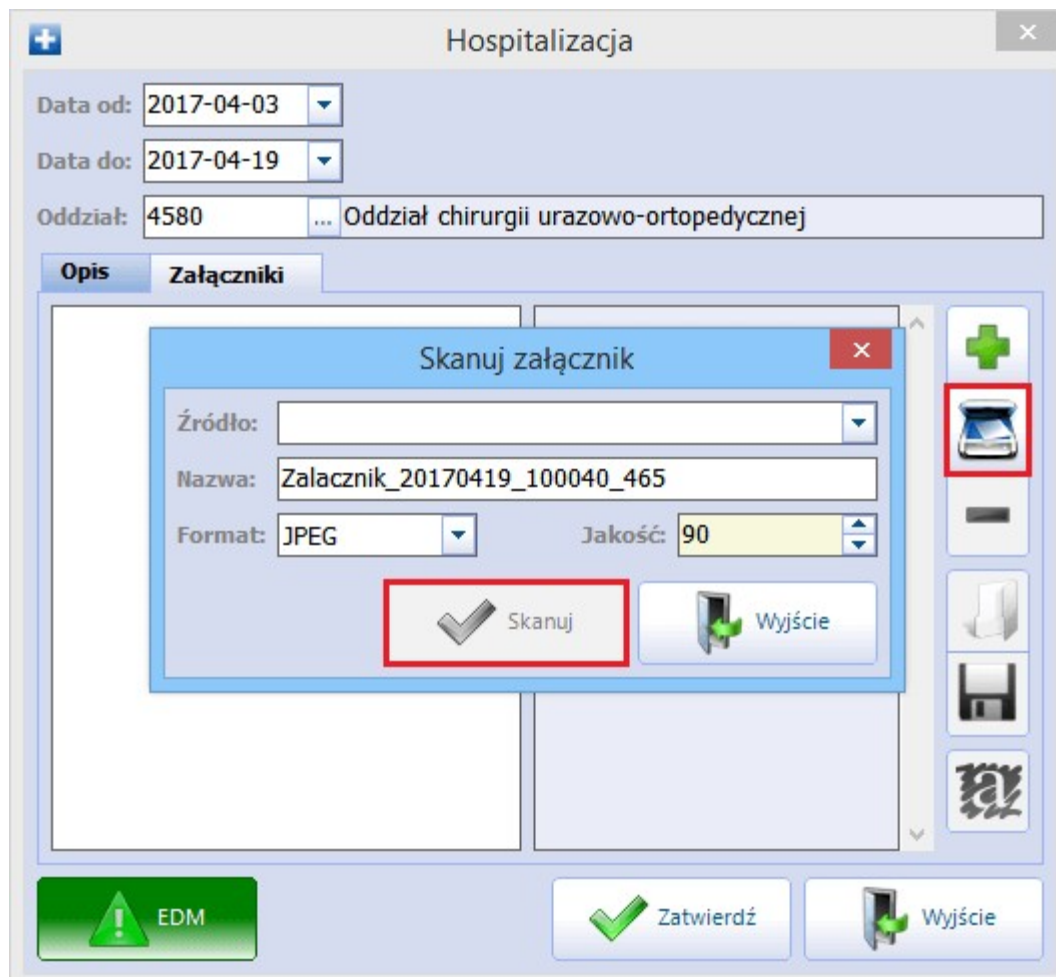
Tam, gdzie możliwe jest zeskanowanie dokumentu będzie również występował przycisk **Skanuj załącznik**.

Aby dokonać równoczesnego zeskanowania i dołączenia dokumentu do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta, należy wykonać poniższe czynności:

- Przejsć do formatki programu lub wywołać okno dialogowe, w którym istnieje możliwość zeskanowania i dołączenia załącznika. W omawianym przykładzie ewidencjonowana jest hospitalizacja pacjenta w ścieżce: [Kartoteka pacjentów](#) > [Dane medyczne](#) > [Hospitalizacje](#).
- W otwartym oknie dialogowym przejść na zakładkę *Załączniki* i wybrać przycisk **Skanuj załącznik**.
- W oknie *Skanuj załącznik* wskazać:
 - urządzenie skanujące, które będzie wykorzystywane do pracy (pole "Źródło").
 - nadać nazwę skanowanemu załącznikowi. Domyślnie podpowiadaną nazwą jest "Zalacznik..." wraz z podaniem daty i godziny operacji oraz numer kolejny skanowanego dokumentu.
 - określić format i jakość skanowanego załącznika.

Dane w polach "Źródło", "Format" oraz "Jakość" podpowiadane są automatycznie na podstawie danych zdefiniowanych w Konfiguratorze programu.

4. Włączyć urządzenie skanujące, które będzie wykorzystywane do pracy i włożyć do niego dokument/y.
5. Rozpocząć proces skanowania za pomocą przycisku **Skanuj**.



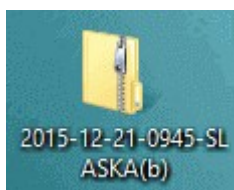
Prawidłowo zeskanowany załącznik zostanie wyświetlony w wykorzystywanym oknie dialogowym. Za pomocą przycisków znajdujących się po prawej stronie okna można dokonać jego otwarcia, usunięcia lub zapisania we wskazanym miejscu.

Kopia zapasowa programu i wczytanie licencji

Aby zapobiec niekontrolowanej utracie danych, która może nastąpić na skutek awarii komputera, kradzieży, a nawet tak ekstremalnych sytuacji jak pożar czy powódź, należy **regularnie wykonywać kopie zapasowe bazy danych mMedica**. Dzięki posiadaniu prawidłowo wykonanej kopii zapasowej można w każdej chwili, w prosty sposób przywrócić całą bazę danych mMedica.

Plik kopii zapasowej stanowi archiwum całej bazy danych programu mMedica z chwili jej utworzenia. Plik kopii zapasowej zapisywany jest z rozszerzeniem .ZIP i zawiera w nazwie informacje o:

- Dacie utworzenia
- Godzinie utworzenia
- Nazwie bazy danych
- Sposobie utworzenia kopii. Wyróżniamy następujące oznaczenia kopii zapasowych:
 - (a)** - kopia utworzona automatycznie na podstawie warunków zdefiniowanych w Konfiguratorze
 - (e)** - kopia utworzona podczas eksportu danych
 - (b)** - kopia utworzona ręcznie przez użytkownika programu



Przykład:

Do odtworzenia kopii zapasowej należy posłużyć się specjalną aplikacją **mmBackup.exe**, która znajduje się w katalogu mMedica. Instrukcja szczegółowo opisująca proces odtworzenia kopii zapasowej znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu.

25.1 Automatyczne wykonywanie kopii

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator, pozycja: System > Kopia zapasowa

Zdefiniowania wykonywania kopii zapasowej dokonuje się w Konfiguratorze, poprzez podanie ścieżki do katalogu, w którym będą przechowywane pliki kopii oraz określenie częstotliwości jej wykonywania.

Ponieważ program mMedica zapewnia obsługę dużej ilości informacji dotyczących personelu, pacjentów, jednostek organizacyjnych, umożliwiono składowanie informacji z bazy danych w osobnych folderach z plikami dodatkowymi. W folderze dodatkowym można przykładowo przechowywać pliki odpowiedzi z NFZ-tu (importy) bądź paczki eksportów.

- **Folder na pliki kopii** - za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać folder znajdujący się na dysku komputera, w którym będą zapisywane pliki kopii zapasowych.
- **Folder z plikami dodatkowymi** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać folder z plikami dodatkowymi znajdujący się na dysku komputera. Zawartość folderu będzie za każdym razem dołączana do pliku kopii.
- **Folder na pliki tymczasowe** - umożliwia wybór folderu do zapisu plików tymczasowych generowanych przy tworzeniu kopii zapasowej. Funkcjonalność ma zastosowanie w przypadku równoległego tworzenia kopii zapasowych wielu baz danych na jednym serwerze.
- **Częstotliwość wykonywania** - w polu określa się częstotliwość wykonywania kopii zapasowej, z dokładnością do dni. Przykładowo: wpisanie w polu cyfry 1, oznaczać będzie wykonywanie kopii codziennie.
- **Godzina wykonania** - w polu określa się godzinę, o której rozpocznie się proces tworzenia kopii zapasowej do wskazanego folderu. W przypadku dużych placówek można wskazać godzinę wykonania kopii po godzinach pracy jednostki - pozwoli to uniknąć obciążenia systemu w czasie normalnej pracy.
- **Liczba zapamiętywanych plików** - w polu określa się liczbę zapamiętywanych plików kopii zapasowej. Po przekroczeniu tej liczby, najstarsza kopia będzie usuwana i zastępowana nowo utworzonym plikiem.
- **Bez bazy leków Pharmindex** - zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii bez bazy leków Pharmindex. Dzięki zaznaczeniu parametru plik kopii zapasowej będzie mniejszy o mniej więcej 60 MB.
- **Bez załączników** - zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii zapasowej [bez załączników](#).
- **Bez logów zdarzeń medycznych** - **pole dodane w wersji 10.2.0 aplikacji mMedica**. Jego zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii zapasowej bez logów [zdarzeń medycznych](#).

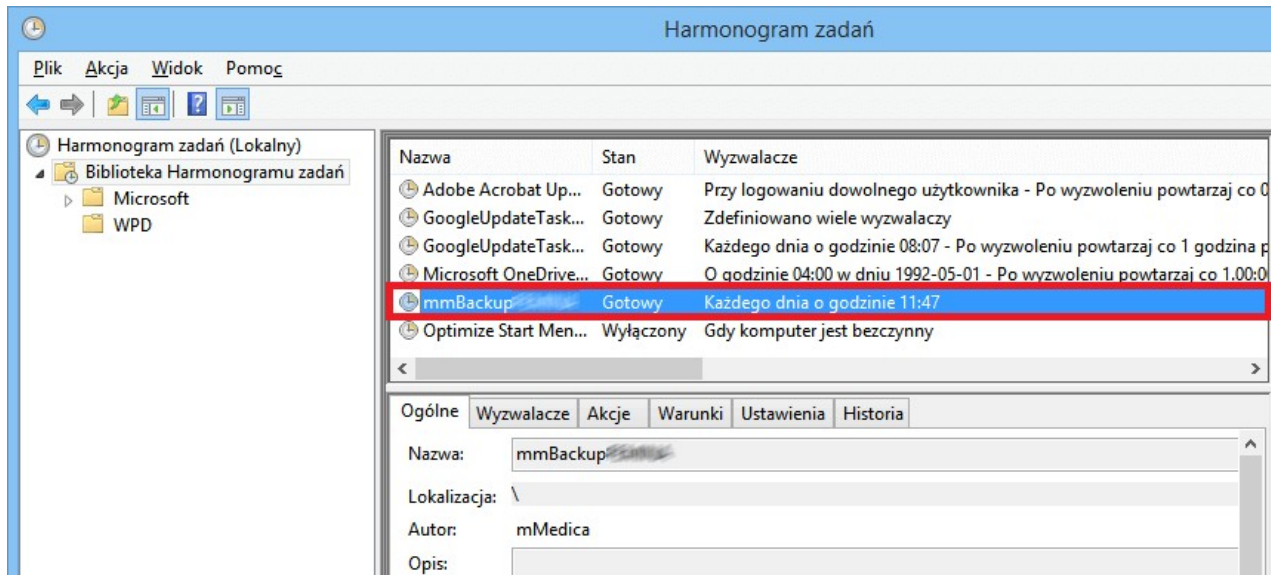
Kopia zapasowa programu mMedica wykonuje się w tle, oznacza to, że użytkownik nie jest informowany o tym fakcie dodatkowymi komunikatami czy oknami. Zdefiniowanie w Konfiguratorze zadania automatycznego wykonywania kopii, powoduje równoległe utworzenie zadania w harmonogramie zadań Windowsa (zdz. poniżej). W związku z tym do automatycznego wykonania kopii konieczne jest posiadanie włączonego komputera - aplikacja mMedica może być wyłączona.

Uwaga! Aby zadanie wykonania kopii zapasowej bazy danych mMedica zostało zapisane również w harmonogramie zadań Windowsa, konfiguracji składowania danych w Konfiguratorze należy dokonać na użytkownika z prawami administratora. W tym celu należy zalogować się do programu mMedica wg

Kopia zapasowa programu i wczytanie licencji

poniższych zaleceń:

- Na ikonie programu mMedica kliknąć prawym przyciskiem myszy.
- Z rozwiniętego menu wybrać opcję "Uruchom jako administrator".
- Zalogować się do programu mMedica poprzez wprowadzenie loginu i hasła użytkownika.
- Zdefiniować zadanie wykonania kopii w Konfiguratorze.



25.2 Ręczne wykonywanie kopii

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Wykonanie kopii zapasowej](#)

Oprócz funkcjonalności automatycznego wykonywania kopii zapasowej, istnieje możliwość ręcznego utworzenia kopii. W tym celu należy przejść do powyższej ścieżki i w oknie dialogowym *mMedica - kopia zapasowa* zmienić domyślnie podpowiadaną ścieżkę zapisu kopii lub zaznaczyć dodatkowe opcje, jeśli to wymagane. Wybranie przycisku **Start** rozpocznie proces składowania bazy danych.

Opis pól znajdujących się w oknie *mMedica - kopia zapasowa*:

- **Użytkownik, hasło** - dane użytkownika aktualnie zalogowanego do programu.
- **Folder na pliki kopii zapasowych** - ścieżka zapisu kopii zdefiniowana w Konfiguratorze. Za pomocą przycisku wyboru [...] można zmienić folder, w którym zostanie zapisany plik.
- **Folder z plikami dodatkowymi** - jw. Zawartość folderu będzie za każdym razem dołączana do pliku kopii.
- **Sprawdź spójność danych** - domyślnie zaznaczona, powoduje uruchomienie procesu sprawdzania spójności danych w bazie. W przypadku wykrycia braku spójności zostanie wyświetlony stosowny komunikat (w tej sytuacji zaleca się kontakt z infolinią).
- **Nie uwzględniaj w kopii: Słownika leków Pharmindex** - zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii niezawierającej słownika bazy leków Pharmindex. Dzięki temu plik kopii zapasowej może być mniejszy nawet o 60 MB.
- **Nie uwzględniaj w kopii: Zawartości załączników** - zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii

zapasowej [bez załączników](#). Nieaktywny parametr oznacza brak załączników w bazie programu mMedica.

- **Nie uwzględniaj w kopii: Logów ze Zdarz. Med.** - zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii bez logów [zdarzeń medycznych](#). Pole zostało dodane w wersji 10.2.0 aplikacji mMedica.

Zaznaczenie trzech ostatnich pól podpowiadane jest z ustawień dla kopii zapasowej w Konfiguratorze.

Uwaga! Użytkownik ręcznie wykonujący kopię zapasową bazy programu mMedica musi posiadać uprawnienie "Ręczne wykonanie kopii zapasowej" nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 4. Uprawnienia funkcjonalne > Administracja systemem](#).

25.3 Kopia bez załączników

W programie mMedica umożliwiono wykonywanie kopii bez załączników, za co odpowiada parametr "Nie uwzględniaj w kopii zawartości załączników". Skorzystanie z tej opcji znacząco skraca czas wykonywania kopii zapasowych baz posiadających duże rozmiary i oczywiście zmniejsza wielkość samego pliku kopii.

Uwaga! Należy pamiętać, że tak wykonana kopia zapasowa jest niepełna i po jej odtworzeniu w bazie danych brak będzie informacji o załącznikach. Aby optymalnie i bezpiecznie korzystać z oferowanej funkcji zaleca się wykonywać zarówno kopie z uwzględnieniem załączników jak i bez nich.

Z opcji można skorzystać w następujących funkcjonalnościach aplikacji:

- Automatyczne wykonywanie kopii zapasowej zaplanowanej w Konfiguratorze
- Automatyczne wykonywanie kopii zapasowej zaplanowanej w Module Menedżer Eksportów - instrukcja modułu znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu.
- Ręczne wykonywanie kopii zapasowej

Przed rozpoczęciem wykonywania kopii zapasowej, dla zaznaczonego parametru "Nie uwzględniaj w kopii zawartości załączników" zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie:

Wybrano wykonanie kopii zapasowej bez zawartości załączników.
Kopia taka powinna być wykonana tylko w specjalnych celach.
Może prowadzić do utraty danych.

Kontynuować?

TAK

NIE

Z kolei w przypadku odtwarzania kopii bazy danych zawierającej załączniki, użytkownik może zdecydować czy:

- a) odtworzyć kopię bazy danych wraz z załącznikami
- b) odtworzyć tylko kopię bazy danych bez załączników. W tej sytuacji załączniki można odtworzyć do bazy w dowolnym momencie.

Szczegółowy opis tej funkcjonalności znajduje się w instrukcji odtworzenia kopii zapasowej programu mMedica dostępnej na [stronie internetowej](#) produktu.

25.4 Kopia z poziomu mmBackup

Ręczne wykonanie kopii zapasowej możliwe jest również bez konieczności logowania się do programu, przy wykorzystaniu aplikacji do odtwarzania bazy danych - mmBackup. Sposób pozyskania i zdefiniowania skrótu aplikacji mmBackup.exe, został opisany w instrukcji "[Odtworzenie kopii zapasowej](#)", znajdującej się na stronie internetowej produktu.

Aby wykonać kopię bazy danych mMedica z poziomu aplikacji mmBackup.exe należy:

1. Na skrótce aplikacji mmBackup.exe kliknąć prawym przyciskiem myszki i wybrać opcję "Właściwości".
2. Otwarte zostanie okno *Właściwości mmBackup - skrót*, gdzie w polu "Element docelowy" należy dopisać frazę **<nazwa bazy> backup**

<nazwa bazy> określa bazę, która zostanie zarchiwizowana.

Przykład: "C:\Pliki programów (x86)\ASSECO\mMedica\mmBackup.exe" AOSZDROWIE backup

3. Zapisać zmiany przyciskiem **Zastosuj**.
4. Uruchomić plik skrótu. Otwarte zostanie okno *mMedica - kopia zapasowa*, w którym należy wprowadzić następujące dane:
 - a) Nazwę użytkownika mMedica, który posiada uprawnienia do wykonywania kopii zapasowej. Domyślnie podpowiadany użytkownikiem jest ADMIN1.
 - b) Hasło dla użytkownika, którego login wprowadzono w polu "Użytkownik".
 - c) Opcjonalnie zaznaczyć dodatkowe parametry wykonania kopii np. ze sprawdzeniem spójności danych.

Uwaga! Wymagane jest, aby użytkownik wykorzystywany do wykonania kopii z poziomu mmBackup (pole "Użytkownik"), posiadał uprawnienie "Ręczne wykonanie kopii zapasowej" nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 4. Uprawnienia funkcjonalne > Administracja systemem](#).

25.5 Procedury serwisowe

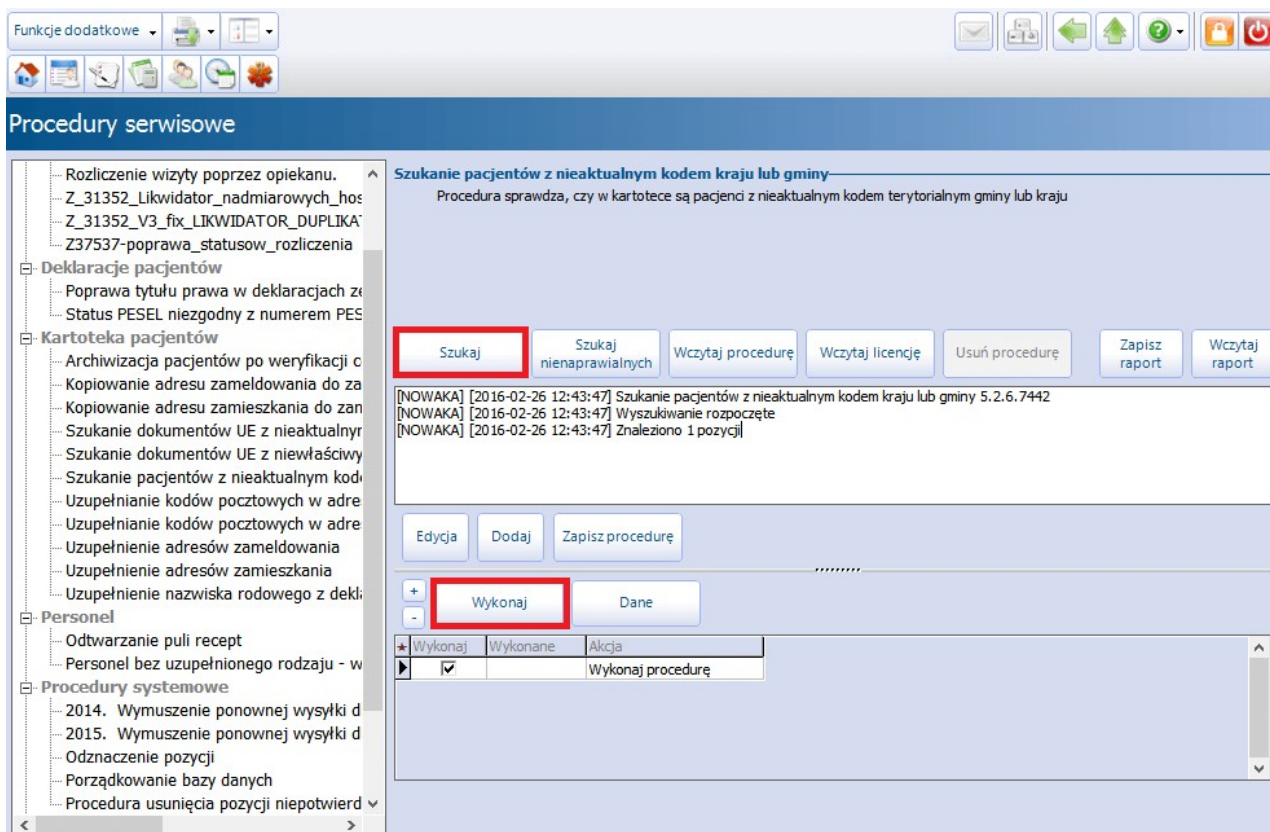
Ścieżka: [Zarządzanie > Operacje techniczne > Procedury serwisowe](#)

Procedury serwisowe są to specjalnie opracowane skrypty, służące użytkownikowi w sytuacjach związanych z diagnostyką i poprawą funkcjonowania aplikacji. Większa część procedur została już zainstalowana wraz z pierwotną instalacją mMedica, inne są dodawane sukcesywnie wraz z rozwojem systemu.

W sytuacjach nie objętych standardowymi procedurami, serwis mMedica oraz wybrani autoryzowani partnerzy serwisowi mogą utworzyć i przekazać klientom specjalne procedury, pomagające rozwiązać losowo występujące utrudnienia w związku z przetwarzanymi danymi.

W przypadku wczytywania procedur tworzonych przez Zespół Serwisu mMedica, należy ściśle przestrzegać zaleceń/instrukcji, które zostają przekazane wraz z plikiem procedury.

Po przejściu do wyżej podanej ścieżki otwarte zostanie okno *Procedury serwisowe*:



Po lewej stronie okna znajduje się lista gotowych do wykonania procedur, zainstalowanych w programie domyślnie. Procedury zostały pogrupowane zgodnie z ich tematyką:

- Wczytane procedury - w tej sekcji są wyświetlane procedury serwisowe, które zostały samodzielnie zczytane od programu przez użytkownika
- Deklaracje pacjentów
- Kartoteka pacjentów
- Personel
- Procedury systemowe
- Wizyty

Aby wykonać procedurę serwisową należy wykonać następujące czynności:

1. Wybrać przycisk:
 - a) **"Wczytaj procedurę"** - jeśli skrypt serwisowy został przekazany poprzez zgłoszenie serwisowe lub drogą mailową. Otwarte zostanie okno "Wybierz plik", poprzez które należy wskazać plik zapisany na dysku komputera.
 - b) Po lewej stronie ekranu zaznaczyć procedurę serwisową, która ma zostać wczytana.
2. Wybrać przycisk **"Szukaj"**. W oknie poniżej pojawi się nazwa procedury oraz informacja o efekcie wyszukiwania, np. znaleziono 1 pozycji.
3. Wybrać przycisk "Wykonaj", który rozpocznie proces wykonywania procedury.
4. Wykonanie procedury zostanie zakończone komunikatem o ilości naprawionych pozycji:

Liczba naprawionych pozycji: 1 z 1.

Uwaga! Procedury w zależności od złożoności przetwarzanych danych oraz samego rozmiaru

przetwarzanych danych mogą być wykonywane dłuższą chwilę. W żadnym wypadku nie wolno tego procesu przerywać, gdyż grozić to może, w skrajnych przypadkach, uszkodzeniem lub utratą części danych.

W sekcji "Procedury systemowe" znajduje się procedura **Porządkowanie bazy danych**, której zadaniem jest naprawa indeksów w bazie danych oraz optymalizacja usuniętych wpisów. Zaleca się systematyczne jej wykonywanie, w celu poprawienia wydajności bazy danych. W przypadku instalacji wielostanowiskowej procedurę należy uruchomić na serwerze, po uprzednim upewnieniu się, że pozostałe stacje robocze zakończyły pracę na programie mMedica.

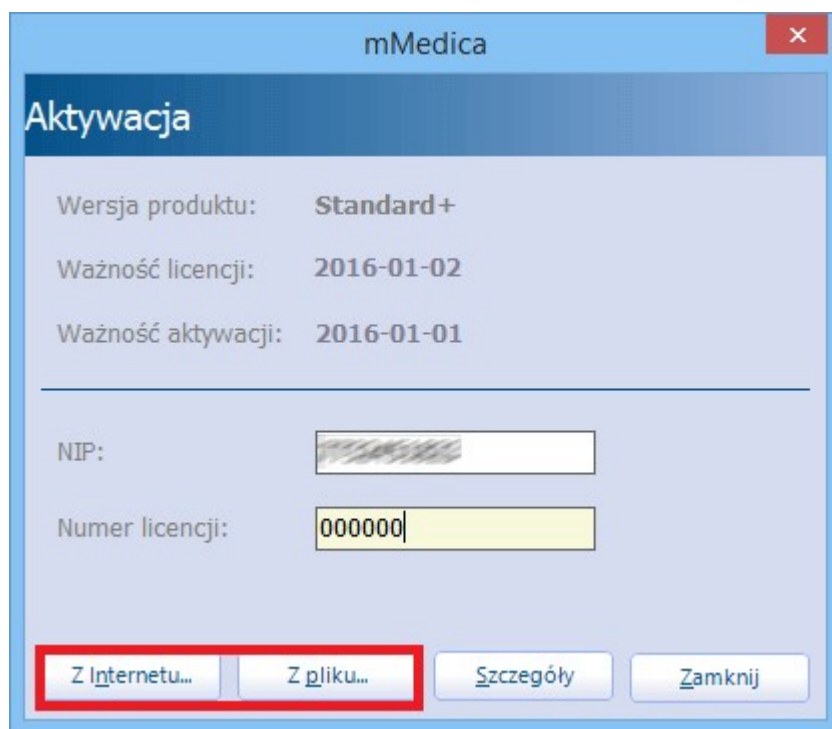
25.6 Wczytanie licencji

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Aktywacja systemu mMedica](#)

Aktywacja licencji polega na wczytaniu do programu mMedica klucza aktywacyjnego, pobranego przez świadczeniodawcę z portalu [Centrum Zarządzania Licencjami](#).

Wczytanie licencji wymagane jest w następujących sytuacjach:

- Podczas pierwszego uruchomienia programu mMedica - aplikacja poprosi o wprowadzenie numeru NIP oraz numeru licencji
- Po rozszerzeniu licencji (w trakcie jej obowiązywania) o kolejne stanowiska, moduły dodatkowe, po zmianie wersji programu podstawowego
- Po przedłużeniu licencji na kolejny rok



W aplikacji mMedica istnieje możliwość wczytania klucza aktywacyjnego na dwa sposoby:

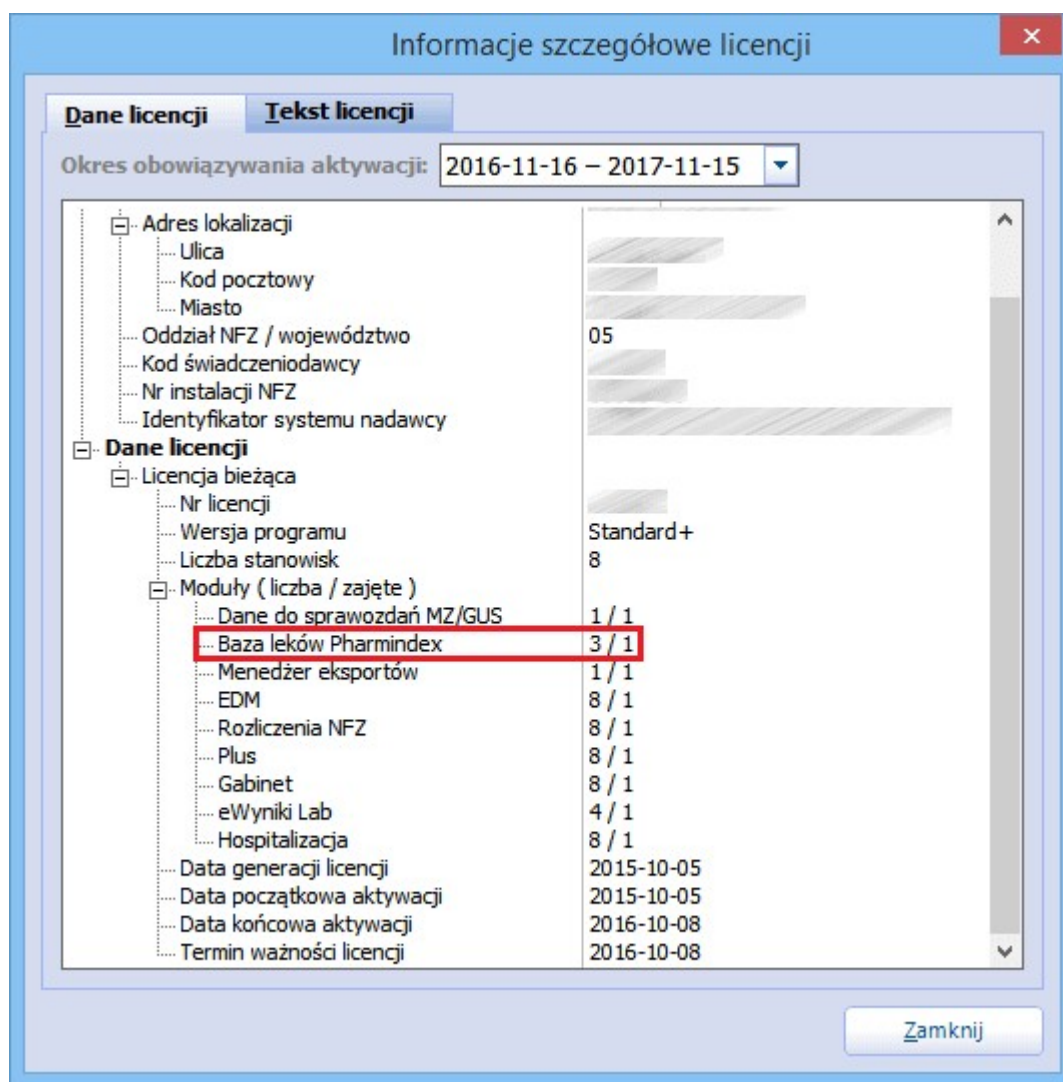
1. Należy pobrać klucz licencyjny w postaci pliku ze strony Centrum Zarządzania Licencjami i zapisać go na dysku komputera. W aplikacji mMedica przejść do w/w ścieżki, wybrać przycisk **Z pliku** i wskazać zapisany wcześniej plik z kluczem licencyjnym.
2. Nie pobierać pliku z kluczem licencyjnym. W aplikacji mMedica przejść do w/w ścieżki i w polu "Numer licencji" wpisać nowy numer licencji, następnie wybrać przycisk **Z Internetu**. Na podstawie poprawnie wprowadzonych danych i dzięki połączeniu z Internetem, aplikacja sama pobierze i wczyta klucz licencyjny.

Kopia zapasowa programu i wczytanie licencji

Wczytany klucz aktywacyjny określa m.in. zakres funkcjonalności, jakie będą dostępne w programie mMedica (wersja zakupionej licencji, moduły dodatkowe) oraz okres czasu, na jaki została wykupiona licencja. Szczegółowe informacje dotyczące licencji są dostępne po wybraniu przycisku **Szczegóły** (zdz. poniżej).

W sekcji *Dane licencji / Moduły (liczba/zajęte)* użytkownik uzyska informacje o ilości wykupionych modułów dodatkowych zawartych w licencji i o ilości stanowisk, na których zostały one uruchomione. Zgodnie z poniższym przykładem, klient posiada licencję na 3 moduły Baza leków Pharmindex, a dotychczas włączył w Konfiguratorze tylko 1 moduł (3/1).

Istnieje możliwość przeglądania informacji o licencjach historycznych, ich okresach ważności oraz modułach, jakie się w niej zawierały. Służy do tego pole "Okres obowiązywania aktywacji", po rozwinięciu którego ukaże się lista dat obowiązywania licencji, które dotychczas zostały zacytane do programu. Po wybraniu jakiegoś okresu czasu w polu poniżej zostaną wyświetlone szczegółowe dane licencji.



Wczytanie klucza aktywacyjnego do programu powoduje także automatyczne ustawienie kilku niezbędnych parametrów konfiguracyjnych – m.in. identyfikujących świadczeniodawcę i jego system oraz właściwy oddział NFZ.