

Moduł Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Instrukcja użytkownika

11.4.0



17.04.2025

Spis treści

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

	6.2.2 Harmonogram przyjać	<u>4</u> 0
	6.2.2 Harmonogram przyjęc	40
6.3	Uzupełnianie	40
6.4	Weryfikacja	42
6.5	Migracja	43
Rozdzi	iał 7 Uprawnienia	44
7.1	Dane medyczne wizyty	44
7.2	Dane rozliczeniowe wizyty	45
7.3	Dane wspólne	45
7.4	Uprawnienie do modyfikacji danych wspólnych	45
7.5	Uprawnienia do funkcjonalności związanych z rozliczeniem wizyty	46
7.6	Uprawnienia do danych	46

Wstęp

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

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

Ilustracje i "zrzuty" ekranowe zamieszczone w niniejszej publikacji mają charakter instruktażowy i mogą odbiegać od rzeczywistego wyglądu ekranów. Rzeczywisty wygląd ekranów zależy od posiadanej wersji aplikacji, aktywnych modułów dodatkowych oraz numeru wydania. Większość zrzutów ekranowych zamieszczonych w niniejszej instrukcji została wykonana przy pomocy wersji Standard+ z aktywnymi wszystkimi modułami dodatkowymi.



Słownik

W instrukcji zostały użyte następujące pojęcia:

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



Rozpoczęcie pracy z modułem

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

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

Szczegółowa instrukcja włączenia modułu:

- 1. Przejść do: Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator, pozycja: System > Moduły dodatkowe.
- 2. Wybrać ikonę **System**, znajdującą się w lewym dolnym rogu ekranu.
- 3. Na liście modułów dodatkowych zaznaczyć moduł Elektroniczna Dokumentacja Medyczna.
- 4. Zapisać zmiany przyciskiem Zatwierdź.
- 5. Zaakceptować komunikat o konieczności restartu aplikacji i ponownie zalogować się do programu.

Funkcje dodatkowe - 📑 - 📰	Wczytaj z pliku Zapisz do pliku Nadpisz wszystkie wartościam	i systemu
Konfiguracja – System	» Moduły dodatkowe	Nadpisz wartościami domyślnymi
System Syste	 Alternatywny interfejs użytkownika Asystent MD Baza leków Pharmindex Chemioterapia i programy terapeutyczne Dane do raportów pomocniczych Dane do sprawozdań MZ/GUS DxMate e-Publikacja "Działalność Lecznicza Lekarzy" Elektroniczna Dokumentacja Medyczna eWyniki Diagnostyka eWyniki Laboratorium Hospitalizacja jednego dnia Interakcje leków Pharmindex Menedżer eksportów Obsługa komercyjna Personalizacja aplikacji 	
mMedica 💌		

Po poprawnym uruchomieniu modułu, można rozpocząć z nim pracę. Obsługa Modułu EDM jest dostępna z poziomu okna startowego programu mMedica.

	🐦 mMedica 🛛				dica ×
EWIDENCJA , ROZLICZENIA , KOMUNIKACJA ,	REJESTRACJA	TERMINARZ	KOLEJKI	EDM	HOSPITALIZACJA
ZARZĄDZANIE , KSIĘGI I RAPORTY , MODUŁY DODATKOWE ,	UZUPEŁNIANIE	DEKLARACJE	GABINET	PHARMINDEX*	
WYJŚCIE Z PROGRAMU			РОМОС		

2.1 Migracja załączników i danych

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

2.1.1 Migracja załączników przechowywanych poza bazą

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

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

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

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

±.		Migracja załączników	1	- 🗆 🗙
* <	Ścieżka	Rodzaj	Pacjent	
				× 1
				~
		0%		`
L		578		
		2	Start 🛛 🖬 Usuń błędne	Wyjście

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

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



Nun wybór.

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

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

umożliwiająca zapis raportu z migracji do pliku.

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

2.1.2 Migracja danych do EDM

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



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

Dokumen	tacja medyo	zna
	Zakres danych:	🜒 Dokumentacja indywidualna 🔄 Księga przyjęć 🔄 Księga NiŚOLiP 🔛 Księga zabiegów 🔛 Kolejka oczekujących 🛛 ᇌ 👘
KSIęga przyjęc	Rodzaj:	Dokumenty upoważniające / oświadczenia, Dok 🔻 Data od: 🛛 2016-07-26 🔽 do: 2016-07-26 🔽 💟 🌄 💷
	Komórka org.:	▼ Realizujący: Nowak Anna ▼
	Migracja danyc	n do elektronicznej dokumentacji medycznej
Księga NiŚOLiP	Użytkownik: No	wak Anna; Lekarz; NPWZ: ///////
Kolejka oczek.	Zakres danych • Wizyty Data: 2010 Realizując Liczba: 1 • Dokumenty up Data: 2010 Liczba: 45 • Dokumenty up Data: 2010 Liczba: 0 • Dokumenty up Data: 2010 Liczba: 0	lo migracji – dokumentacja indywidualna i-07-26 ;: Nowak Anna i-07-26 36 jody na udzielenie świadczenia i-07-26 prawniające (św. dod. z art. 43-46 u.ś.o.z.f.ś.p.) i-07-26
	Liczba: 0 • Szczepienia	
Weryfikacja	Data: 2010	j-07-26
Migracja	• Zabiegi Data: 2016 Realizując Liczba: 0 • Rehabilitacje	i-07-26 /: Nowak Anna

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

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

Zasady wykonania migracji:

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

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

zostać zmigrowane. Następnie należy wybrać przycisk **Odświeżanie** 5, który wyświetli informacje o ilości danych znalezionych w bazie, które można zmigrować do e-dokumentacji. Przycisk **Rozpocznij**

migrację wynik można zapisać do pliku za pomocą przycisku **m**.

Dane



Tworzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

3.1 Nowe funkcjonalności wizyty w Gabinecie

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

3.1.1 Podstawowe dane wizyty

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

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

Kowa 2016-07-	lski Jan (M -26 10:30 – 10:	M), 0000000000, 48 lat D:45, PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO, Nowak Anna	🛉 🛃 🗕 💽
		Dane wizyty	
35	Badania lal	<u>1</u> . Realizacja <u>2</u> . Skierowanie <u>3</u> . Dodatkowe dane do rozliczenia	Antropometria
	Choroby prze	Data od: 2016-07-26 10:30 🗸 do: 2016-07-26 10:45 🗸 Wizyta: POZ 🔍	
Wizyta	* N	Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO 🔻 Miejsce real.: Porada ambulatoryjna 💌	l0:34 do
		Realizujący: Nowak Anna 🔻 Przyjącie: Bez skierowania 💌	ABINET)
Dane med.		Nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska —————	karz;
		Przyczyna zgłoszenia:	lo wizyty:
Skierowania			o willy ty.
		Uzasadnienie 773	tyczne:
Druki		odmowy:	
-	Wywiad		
Recepty		Daty dla wizyty w miejscu przebywania świadczeniobiorcy	
		Przyjęcie zgłoszenia: Vyjazd: Powrót: V	
			-
(CD9			
		Zatwierdź Wyjście	
Stomatologia			
	Dokume medycz	tenty Dane Dane Zalecenia Drukuj EDM Dodstawowe	rzuj 💮 Umów następną

Uwaga! Należy pamiętać, że zmiana takich danych jak: data i godzina wizyty, realizujący, komórka org., w której realizowana jest wizyta, mają wpływ na wystawiane w trakcie wizyty dokumenty, jak np. skierowania i druki, podsumowanie wizyty, recepty, L4, historia wizyt. W związku z tym należy korzystać z tej funkcjonalności tylko w wyjątkowych przypadkach. Zmiana którejkolwiek danej po wydrukowaniu dokumentu może skutkować błędem spójności dokumentacji.

3.1.2 Dodanie Rejestrującego wizytę

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

Użytkownik zalogowany do programu mMedica jest domyślnie zarówno Realizującym wizytę (lekarz wykonujący świadczenie) oraz Rejestrującym (osoba wprowadzająca dane wizyty do systemu).

Jeśli wizytę zarejestrowaną do lekarza otwiera w Gabinecie inna osoba personelu (np. pielęgniarka, która pomaga w pracy lekarza ewidencjonując dane wizyty), pojawi się następujący komunikat:



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

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

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

Za pomocą przycisku <u>Dane podstawowe</u> można zmienić realizującego wizytę. Rejestrującego można zmienić jedynie poprzez wylogowanie i ponowne zalogowanie do aplikacji na innego użytkownika.

3.1.3 Miejsce realizacji i inne dane podstawowe, na pasku wizyty

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

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



3.1.4 Dane medyczne ewidencjonowane poza wizytą a zapisywane w wizycie

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

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

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

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

Ŧ		Dok	cumenty me	edyczne wizyty
*	Data 2016-07-26	Rodzaj Spirometria	^	Opis w zał.
				v
				Załączniki diagnostyka_98_ryc2 [JPG]
				Status Nie dopisany do żadnej wizyty
			v	
				Wyjście

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

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

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

Tworzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

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

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

3.1.5 Aktualizacja danych w Gabinecie

Na formatce "Lista pacjentów do Gabinetu" w lewym panelu dodano przycisk **P s temu**, umożliwiający "odświeżenie" bieżącej listy zarejestrowanych pacjentów. Dodatkowo, obok przycisku

wyświetlany jest czas, jaki upłynął od ostatniego odświeżenia listy.

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

Aktualizuj dane

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

mMedi	ca
Wykryto zmiany w danych pacje świadczeniodawcy. Czy chcesz z	enta, komórki, realizującego lub aktualizować dane w wizycie?
	Iak

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



Ostatnio odświeżono:



Tworzenie dokumentów w EDM

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

4.1 Dokumenty w postaci elektronicznej

W EDM mMedica tworzone są następujące dokumenty:

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

4.1.1 e-Dokument wizyty i edycja danych

Dokument wizyty powstaje po wybraniu przycisku w prawym dolnym rogu formatki wizyty gabinetowej.

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

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

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

wizyty.

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

Czynnik	i ryzyka i wywiady		×
<u>1</u> . Uzależnienia / uczulenia / grupa krwi	<u>2</u> . Choroby / urazy	<u>3</u> . Wywiady	
Uzależnienia		Uczulenia	
Papierosy Alkohol Narkotyki	🔄 Leki 💉 Kawa	Trawy	<u>^</u>
Inne:	~		
	×		¥
Inne czynniki ryzyka		Grupa krwi	
		AB Rh+	
	~		
	Г	A Tobulant	
	L		wyjscie

4.1.2 Autoryzacja e-dokumentu

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

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

4.1.3 Dokumenty utworzone poza systemem (załączniki)

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

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

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

4.1.4 Modyfikacja dokumentów EDM

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

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

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

	Dokumentacja medyczna	×
🔔 Wizyta	Ogólny stan zdrowia	
Koa miejscowości	0937474 - Kdlowice	
Oddział NFZ	099	
Wizyta		
Data wizyty	2016-07-28 07:41 - 07:56	
Data utworzenia	2016-07-28 07:41:55	
Miejsce realizacji	Porada ambulatoryjna	
Rodzaj	POZ	
Przyjęcie	Bez skierowania	
Rozpoznanie główne	H92.0 – Ból ucha	
	H92 – Bóle ucha i wyciek z ucha	
Recepty		
Leki	1. Nazwa	
Przyczyna zmiany:		
Pomyłka podczas w	prowadzania danych	
Dodane	Zmodyfikowane - stara wartość	ie
Usunięte	Zmodyfikowane - nowa wartość	inc .

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

4.1.5 Prezentacja różnic

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

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

Funkcje dodati	kowe 🗸 🍶 - 📰 -							0- 🖸 也
8 🗷 🐔) 📬 🔕 😪 🏶	Dane pacjenta	Dokumenty ubezpieczeni	a Aktualizuj dane	Status eWUŚ Ro	ozliczenie wizyty		
() P Ko	walski Jan (M), 6-07-28 07:41 – 07:56,	00000000000, 4 PORADNIA (GABINE	18 lat T) LEKARZA RODZINN	IEGO, Nowak Anna		🤷 - 🎺 Sch	nematy wizyt 👻 📫	🦅 — 💌
				23	١		the second se	
	Choroby przewlekłe	Badania diag.		zyka i wywiady		Ostatnie wizyty	Szczepienia	
Wizyta	* Nazwa	Op. cz. 🔺	Uzależni alkohol Grupa kr Przebyte	enia wi e choroby	^ 📝	Uwaga: Kolorem f oraz dla wyróżniono dane u lub weryfikacji EDI	tła dla wiz wizyt komercyjnych wymagające autoryz M.	yt NFZ acji
Skierowania			-			Wizyta: dnia 201 14:53 Komórka org.: P	6-07-26 od 14:38 do ORADNIA (GABINET)	
Druki		*			~			~
Recepty	Wywiad	^	Badanie fiz	ykalne		Rozpoznania * Nazwa H92 – Bóle ucha	Główne 🔺	
Zwolnienia							<u> </u>	-
Drocodum			Ciśnienie:	Tętno	× 			1
Stomatologia		~	Glikemia:	Tem;		Dodaj rozpoznanie:	▼ 	
∇	Dokumenty medyczne	Dane podstawowe	Zalecenia	Drukuj podsum.		EDM	Autoryzuj	Umów następną

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

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

	Dokur	nentacja medyczna			
Wizyta	Ogólny stan zdrowia	Stale podawane leki			
Czynniki ryzyk	a i wywiady				
Grupa krwi	0 Rh+				
Uczulenia	trawy				
Uzależnienia	Alkohol				
Gruny dysnan	servine				
orupy ayopan	Nazwa		Data wpisu	Data wypisu	
1. Przewlekły	nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa		2016-07-29		
Choroby prze	wiekłe	0.1	D 1	D. I. J. S.	
1 146	Nazwa	Opis	Data rozpoznania	Data wyleczenia	
1. 140	Stan astinatyczny		2010-07-29		
Op <mark>ieka czy</mark> nna	1				
Kod	Nazwa	Opis	Data od	Data do	
1. J46	Stan astmatyczny		2016-07-29		
					~
Dodane	Zmodyfikowane - stara warto	ść			
Usunięta	Zmodyfikowane - nowa warto	sć			vvyjscie

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



Nowy dokument - po zatwierdzeniu danych powstanie nowy dokument.



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



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

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

EDM

Dokument jest poprawny.

4.2 Dokumenty elektroniczne w formacie HL7 CDA

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

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

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

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

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

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

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

Konfiguracja – Systen	Nadpisz wartościami domyślnym	
System /	Kod świadczeniodawcy:	HERENARK
– Identyfikacja – Autoryzacja	Numer instalacji:	(1944)1449
- Moduły dodatkowe	Identyfikator systemu nadaw	vcy: ////////////////////////////////////
Kopia zapasowa Urządzenia zewnętrzne	Właściwy oddział NFZ:	12 – Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
Różne	Rodzaj autoryzacji świadczeń	í: Kupony
Ewidencja	Identyfikator (OID) w system	nie HL7: X.XX.XXX.XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Rozliczenia		

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

4.2.1 Informacja dla lekarza kierującego

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

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

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

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

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

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

Tworzenie dokumentów w EDM

Funkcje dodat	:kowe 👻 📑 👻 🔝 🗸		I 🐣 🔍 - 🞦 💟
8	J 🕼 🔍 😁 🏶	Dane pacjenta Dokumenty ubezpieczenia Status eWUŚ Dodaj notatkę Aktualizuj dane Rozliczenie w	izyty
🤹 🗙 😽	owalski Jan (M), 18-12-28 07:37 – 07:52	, PORADNIA OKULISTYCZNA, NOWAK DARIUSZ	• 💠 💓 🗕 💽
Vizvta	L-9 (stan Druk f rowia) zd	N-14 (stan Druk PR-4 Zaśw. dla Zespołu Zaśw. przed ds. OoN szczepieniem Informacja dla lekarza kier.	Badanie histopatologiczne
	Dane ogólne Nr umowy:	6/////// •	·
Dane med.	Dalsze postępowanie –		
	Wytyczne: Pozostawie	enie pod opieką poradni specjalistycznej	-
	Poradnia: 1600	Poradnia okulistyczna	
Sklerowahla	Kozpoznania	Namua	Główne 🔺
	► ✓ H40.0	Podeirzenie jaskry	
Druki			~
Druki Recepty	Opis udzielonego świad	czenia	v
Druki Recepty	Opis udzielonego świad Procedura: 89.08	Inna konsultacja	×
Druki Recepty Zwolnienia	Opis udzielonego świad Procedura: 89.08 Daskrowe nieprawidło laserowej GDX. Ciśnie	<mark>Iczenia</mark> <mark>Inna konsultacja</mark> wości stwierdzane w badaniu pola widzenia <u>FDT</u> , widoczna blaszka sitowa. Wykonane badanie polarymetri nie wewnątrzgałkowe 30 mmHg.	
Druki Recepty Zwolnienia	Opis udzielonego świad Procedura: 89.08 Daskrowe nieprawidło laserowej GDX. Ciśnie	<mark>czenia</mark>	
Druki Recepty Zwolnienia CDD Procedury	Opis udzielonego świad Procedura: 89.08 Daskrowe nieprawidło laserowej GDX. Ciśnie	<mark>czeniaInna konsultacjaInna konsultacja wości stwierdzane w badaniu pola widzenia EDT, widoczna blaszka sitowa. Wykonane badanie polarymetri nie wewnątrzgałkowe 30 mmHg.</mark>	
Druki Recepty Zwolnienia Procedury Stomatologia	Opis udzielonego świad Procedura: 89.08 Þaskrowe nieprawidło laserowej GDX. Ciśnie	Iczenia Inna konsultacja wości stwierdzane w badaniu pola widzenia EDT, widoczna blaszka sitowa. Wykonane badanie polarymetri nie wewnątrzgałkowe 30 mmHg. oratoryjne	
Druki Recepty Zwolnienia Procedury Stomatologia	Opis udzielonego świad Procedura: 89.08 Daskrowe nieprawidło laserowej GDx. Ciśnie	IczeniaInna konsultacja wości stwierdzane w badaniu pola widzenia EDT, widoczna blaszka sitowa. Wykonane badanie polarymetri nie wewnątrzgałkowe 30 mmHg. oratoryjne Nazwa Wynik	
Druki Recepty Zwolnienia Procedury Stomatologia	Opis udzielonego świad Procedura: 89.08 ⊅askrowe nieprawidło laserowej ÇDX. Ciśnie Wykonane badania labe	Iczenia Inna konsultacja wości stwierdzane w badaniu pola widzenia EDT, widoczna blaszka sitowa. Wykonane badanie polarymetri nie wewnątrzgałkowe 30 mmHg. oratoryjne Nazwa Wynik	

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

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

4	Na wizycie wystawiono informację dla lekarza kierującego/POZ, ale personel realizujący nie ma numeru prawa wykonywania zawodu. Dokument elektroniczny informacji w formacie PIK HL7 CDA (wymagany od 1 stycznia 2019 r.) nie zostanie utworzony. Kontynuować?
	Tak Nie

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

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

dokumentu będzie skutkować generacją dokumentu anulującego. W wersji 6.3.0 programu dodano możliwość utworzenia nowej wersji powyższego dokumentu bez



(Wymuś utworzenie nowej wersji dokumentu

HL7 CDA) umiejscowiony po prawej stronie okna.



4.2.2 Karta informacyjna z leczenia szpitalnego

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

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

Tworzenie dokumentów w EDM

Funkcje dodatkow	• • 📑 •	Image: A state of the state
🚷 🛃 🕄 🕯	🛅 🧟 😋 🌞 Dane pacjenta 🛛 Dokumenty ubezpieczenia	Status eWUŚ Odśwież dane Rozliczenie
Przyjęcie Hos	BOŻENNA BARBA ODZIAŁ/ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO Rozpoznania: G56.0	RA (K), , , 67 lat DNIA, PAWEŁ, przyj. 2018-09-14 09:30, wyp. 2018-12-13 12:00, nr w księdze 666/2018
Warnie	Karta info	rmacyjna z leczenia szpitalnego
vvypis	Data wystawienia 2019-01-03	
	Pacjent	Wystawca dokumentu
Podsumowanie	BOŻENNA BARBARA	NOWAK DARIUSZ
	Data ur.:	
	Wiek: 66 lat Płeć: K Adres:	
Recepty	Hospitalizacja nr 666/2018	Miejsce wystawienia
Skierowania	Specjalność komórki org. Oddział leczenia jednego dnia, <i>kod re</i> Podaj hasło do ODDZIAŁ/ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNE <i>Kod res. cz. V:</i> 01	certyfikatu:
	Data hospitalizacji <i>Przyjęcie:</i> 2018-09-14 09:30 <i>Wypis:</i> 2018-12-13 12:00	OK Anuluj
	Tryb wypisu	
	Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	
	Rozpoznania	
		Nazwa Kod
	Zespół cieśni nadgarstka	G56.0
		NPWZ:
		Wystawiaiary
		n journojący
	Data podpisania wypisu	Ordynator/Kierownik oddziału/Upoważniony
	Wyniki badań, Drukuj kartę konsult, skier. Drukuj mformacyjną	Otwórz 🥺 Podpisz do edycji 🧾 i zakończ

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

4.2.3 Zapis i udostępnianie dokumentów HL7 CDA

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

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

Rozdział

Przegląd dokumentacji medycznej pacjenta podczas wizyty w Gabinecie

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

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

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

🕓 P Kowalski Jan (M), 0000000000, 48 lat 2016-08-01 09:35 – 09:50, PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO, Nowak Anna										
Recepty	Badania lab.	A Badania diag.	Stale pod. leki	Konsultacje	Hospital	izage	Rehabilitacje	Szczepienia	Antropome	etria
Zwolnienia Procedury Stomatologia	Choroby przewiekłe Nazwa	Op. cz. ^	Czynni Vzak alkoh Uczu travy Grup O Rh- Prze	ki ryzyka i wywiady sznienia ol lenia y y dyspanseryjne vlekły nieżyt oskrze wica oskrzelowa a krwi byte choroby	ii,		Ostatnie wizyty Uwaga: Kolorem ti dane wymagające weryfikacji EDM. Wizyta: dnia 201 07:56 Komórka org.: P LEKARZA RODZINI Realizujący: Nov Rozpoznania: • H92 - Bóle ucha	ła wyróżn autoryzacji lub 6-07-28 od 07:41 d ORADNIA (GABINET IEGO vak Anna; Lekarz; N i wyciek z ucha	iono) IPWZ:	 2 3
Historia Wizyt Fistoria Wizyt Stan zdrowia Przegląd EDM Frzegląd EDM	Wywiad		Badani Bili Ciśnie Gliken	e fizykalne	Tętno: Temp:	131	Rozpoznania Nazwa Dodaj rozpoznanie:	Główne A		
	Dokumenty medyczne	Dane o podstawowe	Zalecenia	Drukuj podsum.				Autoryzuj	Um naste	nów epną

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

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

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

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

5.1 Historia zdrowia i choroby



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

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

Zwolnienia	NZOZ "Eksulap" 2016-08-01 NZOZ "Eksulap" 40-001 Katowice, ul. Wojewódzka	1	2
	KeGolic 000111222 Kod res. cz. I: 0000000	Wy	bierz wszystkie Usuń wybór
(CD9		~	Antropometria
Procedury	Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia,	~	Choroby przewlekłe
	chorób, problemów zdrowotnych lub urazów	~	Grupa krwi
		✓	Grupy dyspanseryjne
Stomatologia	Kowalski Jan (M) Data ur.: 1967-09-16 PESEL: 0000000000	✓	Hospitalizacje
	Adres: 40-001 Katowice, nr 1	✓	Inne czynniki ryzyka
The second		✓	Nosicielstwo
	Stale nedawane leki	✓	Opieka czynna
Usiugi		✓	Przebyte choroby
	Nazwa Dawkowanie	✓	Rehabilitacje
	Pulmicort zawiesina do nebulizacji 0,5 mg/ml	✓	Sanatoria
Historia wizyt		✓	Stale podawane leki
		✓	Szczepienia
	orupy oyspanseryjne	✓	Uczulenia
Stan zdrowia	Nazwa Data wpisu Data wypisu	✓	Urazy z przeszłości
	Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa 2016-07-29	✓	Uzależnienia
		✓	Wywiad ginekologiczny
Przegląd EDM		✓	Wywiad pediatryczny
	Uzaezmenia	✓	Wywiad rodzinny
	alkohol	✓	Wywiad środowiskowy
Archiwum			Zabiegi
	Dokumenty medyczne Dane v Zalecenia Drukuj historię LDM COM Autoryzuj Rateria na	lmow stępną	

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

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

5.2 Raport historii wizyt



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



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

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

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



Rodzaje danych rozwija listę z kategoriami danych, których wyświetlanie można ograniczyć lub rozszerzyć poprzez zaznaczenie/usunięcie zaznaczenia \mathbf{V} w odpowiednim polu.

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

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

5

5.3 Przegląd EDM



Przegląd EDM to przegląd e-dokumentacji medycznej pacjenta. Po wybraniu przycisku Przegląd EDM należy

użyć przycisku **Odśwież** 10 (w prawym górnym rogu ekranu), aby pobrać dane do wyświetlenia. Domyślnie wyświetlane są dokumenty elektroniczne wizyt, które zostały zrealizowane w tej samej komórce organizacyjnej, w której otwarta jest bieżąca wizyta.

Zakres wyświetlanej e-dokumentacji można ograniczyć do dowolnej komórki organizacyjnej, realizującego i zakresu dat, wybierając odpowiednie dane z udostępnionych list rozwijanych.

	Wizyty								
	Data od: 🗾 d	o: 💽 Kolejność: 🔵 od naj	jnowszej 🔄 od najstarszej	0					
Zwolnienia	Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO 🔹 Realizujący:								
	Lista wykrytych problemów w dokumentacji medycznej pacjenta								
Procedury	Problem Kodzaj daných Dale szczegolowe Dokument nieaktualny Wizyta 2016-07-28 07:41 – 07:56, PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO, Nowak Anna								
Stomatologia	³ Data wizyty: 2016-07-29 13:45 – 14:00 Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO								
	Realizujący: Nowak Anna Rozpoznanie główne Rozpoznanie główne Rozpoznania współistniejące J46 – Stan astmatyczny + H92 – Bóle ucha i wyciek z ucha								
Historia wizyt	yt Uwaga: dane wizyty mogą być nieaktualne.								
Stan zdrowia	Data wizyty: 2016-07-28 07:41 – 07:56 Komórka org.: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO Realizujący: Nowak Anna								
D M	Rozpoznanie główne H92.0 – Ból ucha								
Przeglad EDM	Recepta	Distails	Data malianati ad	Hannariania					
	nr recepty	DE		Oprawnienia					
	Skład leku	Odpłatność	Sposób i czas podania	Zalecenia					
∇	Dokumenty Dokumenty e poo	Dane Istawowe Zalecenia	EDM	Autoryzuj 🐼 Umów następną					

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

5.4 Dokumentacja archiwalna



W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w oknie wyświetlanym po wyborze przycisku ^{Dok. archiw.}, dostępnym w Gabinecie, wprowadzono podział na dwie zakładki:

|--|

Na zakładce **Dokumentacja archiwalna** dostępne są dokumenty pacjenta znajdujące się w Archiwum dokumentów. Jej funkcjonalność została dokładnie opisana w instrukcji <u>Modułu eArchiwum i Modułu</u> <u>Integracji eRepozytorium w Chmurze</u>.

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.

ł	Komórka: Gabinet lekarza POZ								
	1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Kody	<u>5</u> . Lokalizacja							
I	Folder dokumentacji archiwalnej: C:\Archiwum	Utwórz strukturę folderów							
	Wyliczaj dni udzielania świadczenia dla oddziału dziennego 🛛 🔽 Informacje dodatkowe:								

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

mMedic	a ×
Zostanie utworzony folder nadrzę archiwalną dokumentację każdeg Kontynuować?	dny oraz foldery podrzędne na o pacjenta.
	<u>T</u> ak <u>N</u> ie

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

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

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

😂 📰 🐑 📬 🍭 😁 💐 🌲 Dokumentacja archiwalna – Kowalski Jan (M),							
Komó	órka org.: Poradnia Stomatologicza	_		1		\bigcirc	
*	Nazwa		Тур	Data ost. modyfikacji]~		
	Dok1		JPG	09-08-2019 09:42			
	Dok2		JPG	09-08-2019 09:42		4	

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

przycisk wyszukiwania 🥺. Aby otworzyć dokument, należy kliknąć na niego dwukrotnie lewym przyciskiem myszy lub zaznaczyć go na

liście i wybrać przycisk

5.5 Historia zmian czynników ryzyka

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

W celu otwarcia historii zmian należy wybrać przycisk

Rozpoznania Badar	hia lab. Badania diag.	Czynniki ryzyka	Ronsultacje	Skierowania	() Rehabilitacje	Sanatoria	\diamond
Grupa krwi							1
Grupy dyspanseryjne	Alergie Choroby tarczycy						
Inne czynniki ryzyka							\bigcirc
Nosicielstwo							
Przebyte choroby							
Uczulenia	leki Acetazolamide						
Urazy							
Uzależnienia							
Wywiad ginekologiczny							
Wywiad pediatryczny							
Wywiad rodzinny							
Wywiad środowiskowy							

	Historia zmian czynni	ków ryzyka i wywiadów 🔹 🖻					
Historia zmian od 2017-10-24 08:19							
Uczulenia							
Data	Użytkownik	Wartość					
2018-02-15 12:43	Nowak Anna	Leki					
2018-02-15 12:43	Nowak Anna	Acetazolamide					
Grupy dyspansery	rjne						
Data	Użytkownik	Wartość					
0040 00 40 40 44	Manual: Amma	Alemaia					
2018-02-13 13:14	Nowak Anna	Alergie					
2018-02-13 13:14	Nowak Anna	Alergie					
2018-02-13 13:14	Nowak Anna	Alergie					
2018-02-13 13:14		Alergie					
Dodane	Zmodyfikowane - stara wartość	Alergie					



Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

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



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

6.1 Udostępnianie dokumentacji



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

wydruku na papierze, do czego służy przycisk



• <u>zapisu do pliku XML</u> w formacie PIK HL7 CDA, po wybraniu przycisku

W tym celu należy w pierwszej kolejności wskazać pacjenta, którego dokumentacja medyczna będzie

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



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

Po określeniu wszystkich filtrów należy wybrać przycisk **Odśwież** ¹⁰⁰, który spowoduje wyświetlenie danych w oknie.

Funkcje dodatk	we - 🛃 - 🔝 -		I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	<u> </u>				
کا 🖪 🚷	📬 🧟 😋 🌲 🛛 Whioski							
Dokumen	acja medyczna							
	Pacjent: 000000000000000000000000000000000000	a od: do: do: alizujący: szej do najnowszej	•	🛃 🔇 🎒 🖬				
Udostępnianie	NZOZ "Eskulap" NZOZ "Eskulap" ul. Wojewódzka, 40-001 Katowice REGON: 000111222 Kod res. cz. I: 000000020735		2016-08-12	diagnostyka_98_ryc2 (
Księga przyjęć	Dokumentacja medyczna pacjenta Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania. Image: wykryto jeden lub więcej pacjenta – szczegóły znajdują się w raporcie udostępniania.							
Księga NISOLIP Księga zabiegów	Nazwisko: Kowalski Imię (imiona): Jan PESEL: Data urodzenia: 1967-09-16 Adres miejsca zamieszkania: 1, 40-001 Katowice	wiek: 48 lat	Płeć: M					
<u>\$</u>	Stale podawane leki							
Kolejka oczek.	Nr Nazwa lub skład leku 1. Pulmicort zawiesina do nebulizacji 0,5 mg/ml	Ost. dawkowanie	Data ost. zlecenia 2016-07-29					
2	Historia zmian							
Uzupełnianie	Data Autor 2016-07-29 13:46:43 Nowak Anna; Lekarz; NPWZ: ////////////////////////////////////							
Weryfikacja	Utworzenie dokumentu Ogólny stan zdrowia							

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

	mMedica ×				
Wykryto jeden lub więcej problemów w dokumentacji medycznej pacjenta. Czy chcesz zobaczyć szczegółowy raport?					
	<u>T</u> ak <u>N</u> ie				

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

🕨 w prawym górnym rogu ekranu.

Od wersji 9.11.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość określenia kolejności wyświetlania danych w omawianym oknie. Służy do tego parametr "Kolejność danych", znajdujący się w Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji: Moduły dodatkowe > EDM, w sekcji <u>Udostępnianie</u>. Można w nim wskazać jedną z pozycji: "Od najnowszej do najstarszej", "Od najstarszej do najnowszej".

6.1.1 Zapis dokumentacji w formacie HL7 CDA

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

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

Funkcje dodatk	owe + 📑 + 🃰 +	Wnioski							s 🛛 - 🖸 🖄
Dokumen	tacja medyczn	a							
Udostępnianie	Pacjent: 67/// Zakład lecz.: Komórka org. Kolejność: 💽 od	Kowalski najnowszej do najsta	Jan Image: state st	Data od: Realizujący:	▼ do	¢	* *	2 - 🔇	
	<proszę nazy<br="" uzupełnić="">NZOZ Test ul. (Proszę wpisać adre</proszę>	ę podmiotu leczniczego> 王		Komóri	ki organizacyjne	e 2018		>	2018-10-26
Księga przyjęć	REGON:	Kod lub nazwa:	res od:	▼ do	c	•	🖋 Tylko aktua	Ine 🔇 🏈	
	Uwaga: wykryto	Zakład leczniczy:						•	ępniania.
Księga NiSOLiP Księga księga zabiegów	Nazwisko: Kowalski Imię (imiona): Jan PESEL: 67 Data urodzenia: 1967 Adres miejsca zamies Wizycty	★ Kod	Poradnia lek	arza POZ	Nazw	ia			Płeć: M
Kolejka oczek.	Wizyta z dnia 20: Komórka organizacyj Kod res. cz. V: 010 Kod res. cz. VII: Pc							v	
Uzupełnianie	Realizujący Nowak Anna; Lekai Miejsce realizacji Porada ambulatoryj	na	Inn	ia			Wybierz (F5) Bez skierowani	Wyjście a	
	Opis stanu pacjen	ta w wizycie							~

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

- identyfikator OID w systemie HL7

- I, V, VII, VIII cz. kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której następuje udostępnienie dokumentacji

- NPWZ oraz specjalizacja osoby generującej dokument

- 14 cyfrowy REGON zakładu leczniczego

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

6.1.2 Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

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

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej można wydrukować w:

- Kartoteka pacjentów > ikona w lewym górnym rogu ekranu ekranu
- EDM > Udostępnianie > przycisk Wnioski u góry ekranu > **Nowy**

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

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

Funkcje dodatk	owe 🗸 🍶 -	Wnioski				
Dokumen	tacja medy	/czna				
	Pacjent:	00000000000 Kowalski Jan	Data od:		▼ do:	-
	Komórka org.:	PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZIN	Realizujący:			•
	Kolejność:	💽 od najnowszej do najstarszej 📃 od naj	jstarszej do na	jnowszej		
Udostępnianie	NZOZ "Eskulap" NZOZ "Eskulap"					2016-08-12
	and Material date	40.001 Kabaulaa				

Otwarte zostanie okno *Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej* prezentujące listę wniosków złożonych przez pacjenta, z możliwością ich edycji oraz usunięcia. W celu dodania nowego wniosku należy

skorzystać z przycisku Nowy, który wyświetli formatkę do uzupełnienia (zdj. poniżej).

W pozycji <u>Wniosek złożony</u> istnieje możliwość oznaczenia, który raz wniosek został złożony (parametry: **"Po** raz pierwszy", "Po raz kolejny").

W polu "Zgłoszenie przyjęte" można wskazać sposób przyjęcia wniosku, wybierając odpowiednią wartość z listy rozwijalnej.

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Wniosek – Kowalski Jan (measaali)	
1. Wniosek 2. Realizacja 3. Załączniki	
Dane przyjęcia	
Data złożenia: 15-11-2024 🔻 Wniosek złożony: Po raz pierwszy Po raz kolejny	
Przyjmujący: NOWAKA Nowak Jan Zgłoszenie przyjęte:	
Wnioskujący	
Pacjent Osoba bliska Przedstawiciel ustawowy (opiekun) Upoważniony przez pac Pisemnie	
Nazwisko i imię: Kowalski Jan Instytuci Ustnie	
Adres: Instytucja – adres:	لتتار
PESEL: Instytucja – telefon:	7
Dowód tożsamości: Instytucja – email:	Ξ.
Zakres danych	
Rodzaj danych:	A .
	EA
	•
Komórka org.: Realizujący:	-
Za okres od: 🔹 do: 💌	
Cel wydania:	•
Stocéh adhianu	•
Odbiór osobisty Odbiór przez osobę upoważnioną Wysłane pocztą Wysłane drogą elektroniczną Wgląd do oryginału	
Nazwisko i imię: Dowód tożsamości:	
e-mail:	

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

Jeżeli wnioskującym jest inna osoba niż pacjent, należy zaznaczyć odpowiednią opcję i za pomocą przycisku

wyboru wybrać upoważnionego, jeśli znajduje się w bazie mMedica. W przypadku braku danych osoby w aplikacji, informacje o niej można wprowadzić ręcznie w odpowiednich polach. W przypadku instytucji należy postąpić analogicznie, ewentualnie podać dane osoby występującej w imieniu instytucji, która będzie odbierała dokumentację.

W sekcji Zakres danych określa się, jakie dane zostaną udostępnione. Okno ich wyboru wywoływane jest

przyciskiem wybraniu użytkownik ma możliwość zaznaczenia rodzajów udostępnianych dokumentów.

Rodzaj danych	X
Wybierz wszystkie Usuń wybór	
Wizyty, dokumenty medyczne i inne Hospitalizacje	
🐼 Dokumenty upoważniające / oświadczenia	Wizyty
Mokumenty zgody na udzielenie świadczenia	🖋 Wyniki badań laboratoryjnych
Mokumenty uprawniające (św. dod. z art. 43-46 u.ś.o.z.f.ś.p.)	🖋 Wyniki badań diagnostycznych
🔗 Ogólny stan zdrowia	Skierowania
Przebyte choroby	🖋 Informacje dla lekarza kierującego
Grupy dyspanseryjne	Zlecenia
Grupa krwi	Zaopatrzenie rehabilitacyjne
Wywiad pediatryczny	✓ Zaświadczenia
✓ Wywiad ginekologiczny	Wnioski
₩ywiad środowiskowy	M Druki
Wywiad rodzinny	✓ Diagram zębowy
Recepty bez wizyty	✓ Karty ciąży
Zwolnienia lekarskie na opiekę	🖌 Karty opieki pielęgniarskiej
Potwierdzenia odbioru recept/zleceń	Karty ChUK
🖌 Z historią zmian	
	Zatwierdź Wyjście

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

Dla dokumentów dotyczących hospitalizacji, ewidencjonowanych w module dodatkowym Hospitalizacje, została wyodrębniona dodatkowa zakładka (zdj. poniżej).

Rodzaj danych			×
Wybierz wszystkie Usuń wybór			
Wizyty, dokumenty medyczne i inne	Hospitalizacje		
📝 Hospitalizacje jednego dnia 📝	Hospitalizacje planowane 🛛 🔗 Hospitalizac	je długoterminowe 🛛 🔗 Hospitaliza	acje planowane bez zabiegu
📝 Triaż	🖋 Przebieg leczenia	🔗 Przetoczenie krwi	🖋 Kwalifikacja chirurgiczna/do zabiegu
🖋 Wywiad pielęgniarski	🖋 Oceny wyników leczenia	🖋 Zgłoszenie zakażenia	🔗 Kwalifikacja/konsultacja anestezjologiczna
🔗 Osoba bliska	🏈 Zdarzenia niepożądane	🖋 Skala Barthel	Sprawdzenie przed zabiegiem
🎻 Zgoda na zabieg	🔗 Oceny skutków znieczulenia	🏈 Zmodyfikowana skala Barthel	V Znieczulenie
Zgody na leczenie	✓ Przepustki	🖋 Skala Glasgow	🔗 Okołooperacyjna karta kontrolna
✔ Ocena ryzyka zakażenia	🔗 Ocena ryzyka NRS	Skala VES-13	🔗 Operacja/zabieg
Skala Glasgow	🖋 Kwalifikacja do leczenia żywieniowego	🖋 Obserwacje	🔗 Protokół pielęgniarki anestezjologicznej
Przyjęcie	🖋 Leczenie żywieniowe	🖋 Oceny natężenia bólu	🔗 Protokół pielęgniarki operacyjnej
Procedury	🖋 Sesje terapii	🖋 Plan opieki	Sala wybudzeń/0I0M
Vypis	🖋 Profilaktyka ŻChZZ	🖋 Wykonanie planu opieki	🖋 Protokół przekazania
Wypis pielęgniarski	🖋 Zlecenie leków	🖋 Raporty z przebiegu leczenia	🔗 Wyniki badań, konsultacji
Informacje pielęgniarskie	🖋 Podanie leków	🖋 Skierowania	
Sprawdzenie przed wypisem			
Konsultacje anestezjologiczna			
Z historią zmian			
			Zatwierdź Wyjście

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

Po wskazaniu i zatwierdzeniu rodzajów dokumentów informacja o nich wyświetli się w polu sekcji Zakres



danych. Pole te jest nieedycyjne. W celu wprowadzenia zmian należy ponownie wybrać przycisk

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

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

Na dole okna znajduje się sekcja *Sposób udostępnienia*. Należy zaznaczyć w niej pole zgodne ze sposobem udostępnienia wniosku. W wersji 11.4.0 aplikacji mMedica dodano pole "Liczba kopii", służące do wprowadzenia ilości udostępnianych kopii, aktywne, jeżeli zaznaczono sposób **"Wyciąg/odpis/kopia/wydruk"**. Domyślnie podpowiadana jest w nim wartość "1".

Sposób udostepnienia	
Wgląd do oryginału 🔘 Wyciąg / odpis / kopia / wydruk Liczba kopii: 1	
Wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru Za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej Na info	rmatycznym nośniku danych

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

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

Wniosek – Kowalski Jan (
<u>1</u> . Wniosek	<u>2</u> . Realizacja	<u>3</u> . Załączniki					
Realizacja wniosku							
W przygotowaniu							
Do wydania							
Potwierdzenie odbioru dokumentacji							
Opłata za i	udostępnienie dok	kumentacji:					
	×	= zł					
Opłata za v	wysyłkę dokumen	itacji:					
Potwie	rdzone za zgodno	ść z oryginałem					
Odmowa w	ydania dokument	tacji					
Przyczyna	odmowy:						
🗾 Brak u	prawnień wniosko	dawcy do uzyskania dokumentacji					
Zniszci	zenie dokumentao	cji ze względu na upływ terminu jej przechowywania					
🗾 Inna							
Dane odbioru							
Nazwisko i imie	ę odbierającego:						
Dowód tożsam	iości odbierająceg	0:					
Uwagi:							

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** i wybrać opcję "Nowy wniosek dla osoby niewystępującej w rejestrze pacjentów".

۵ 🖻 😒 📬 💩 😪 🌲	Nowy 🗸	Dane Usuń
Wyszukiwanie zaawansowane 🛞	<u>N</u> owy	wniosek dla osoby niewystępującej w rejestrze pacjentów

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

Wniosek dla osoby niewystępującej w rejestrze pacje	ntów	
1. Wniosek 2. Realizacja 3. Załączniki		
Dane przyjęcia Data złożenia: 10-09-2024 Wniosek złożony telefonicznie		
Przyjmujący: NOWAKA Nowak Jan		
Osoba, której dotyczy wniosek –		
Nazwisko i imię:	PESEL:	
Adres:	Dowód tożsamości:	
Instytucja wnioskująca		
Nazwa:	Telefon:	
Adres:	e-mail:	
Zakres danych		

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

١	Wniosek dla	Wniosek dla osoby niewystępującej w rejestrze pacjentów										
	<u>1</u> . Wniosek	<u>2</u> . Realizacja	<u>3</u> . Załączniki									
	Realizacja wnios	sku ———										
	Odmowa wy	Odmowa wydania dokumentacji										
	Przyczyna o	Przyczyna odmowy:										
	Brak up	Brak uprawnień wnioskodawcy do uzyskania dokumentacji										
	Zniszcze	— Zniszczenie dokumentacji ze względu na upływ terminu jej przechowywania										
	Inna											
	Dane odbioru —											
	Nazwisko i imię	odbierającego:										
	Dowód tożsamo	ści odbierająceg	Jo:									
	Uwagi:											

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

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna



W oknie *Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej* (EDM > Udostępnianie > przycisk Wnioski), w panelu górnym, znajduje się przycisk **Udostępnij DM**.

8 🖪 😒 📬 🗞 🗣 🍇 🗳		Nowy - Dane	Kopiuj Usuń U	dostępnij DM	
Wyszukiwanie zaawansowane (A	٥ (Vnioski o ud	ostępnienie (dokumentacji m	edycznej
1 Kowalski Jan] [Data złożenia 	Wnioskujący – rodzaj	Wnioskujący – nazwisko …	Wnioskujący – PE
Brak osoby w rejestrze		09-04-2025	Pacjent	Kowalski Jan	
		14-05-2021	Pacjent	Kowalski Jan	Sector Contractor
Zastosuj Wyczyść					

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

W wersji 11.4.0 aplikacji mMedica w panelu górnym okna *Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej* dodano przycisk **Kopiuj**, umożliwiający utworzenie dla pacjenta nowego wniosku na podstawie jego wniosku wcześniejszego, podświetlonego na liście. Przycisk ten jest aktywny dla pozycji w statusie "Nowy", "W przygotowaniu" lub "Do wydania", dotyczących pacjenta z rejestru pacjentów. Po jego wyborze uruchomi się okno dodawania wniosku, w którym na zakładce **1. Wniosek** podpowiedzą się dane z wniosku kopiowanego, oprócz daty złożenia (wyświetli się bieżąca) oraz oznaczenia parametru w pozycji <u>Wniosek</u> <u>złożony</u>. W sekcji *Wnioskujący* jako wnioskujący domyślnie wskazany zostanie pacjent.

6.1.3 Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

Wydanie dokumentacji medycznej pacjentowi musi zostać potwierdzone dokumentem odbioru.

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

Funkcje dodatkowe • 📑 • 📰 •	Nowy Dane Usuń					1 O - C
Wnioski o udostępnienie do	kumentacji medyo	znej – Kowalsk	ci Jan , 00	000000000	0	
★ Data złożenia Wnioskujący – rodzaj 2016.00.27 Pacient	Wnioskujący – nazwisko i imi	Personel wpisujący	Status	Data odbioru	Odebrał	Personel wydający 🔺
2016-09-27 Pacjent	Kowaiski Jan	NOWAK ANNA	2102019			

Następnie na zakładce 2. *Realizacja* należy zaznaczyć pole "Potwierdzenie odbioru dokumentacji", jeśli wniosek został zaakceptowany. W przypadku odmowy zaznaczyć pole "Odmowa wydania dokumentacji" i wskazać jedną z dostępnych przyczyn odmowy lub wprowadzić ją ręcznie. Ponadto w sekcji *Realizacja wniosku* można wpisać stawkę ustaloną za stronę udostępnianej dokumentacji i ilość stron, jaka została wydrukowana. Aplikacja mMedica przeliczy wysokość opłaty, jaka będzie pobrana od osoby pobierającej. Jeżeli pole nie zostanie uzupełnione, informacja o opłacie nie zostanie zamieszczona na wydruku. Od wersji 6.2.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość wprowadzenia opłaty za wysyłkę dokumentacji (pole:

"Opłata za wysyłkę dokumentacji").

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

<u>1</u> . Wniosek	2. Realizacja	<u>3</u> . Załączniki									
Realizacja wni	osku —										
Potwierdzenie odbioru dokumentacji											
Opłata za i	Opłata za udostępnienie dokumentacji:										
	2 × 1,20 = 2,40 zł										
Opłata za v	Opłata za wysyłkę dokumentacji:										
🖋 Potwie	rdzone za zgodno	ość z oryginałem									
Odmowa w	rydania dokument	tacji									
Przyczyna	odmowy:										
Brak u	prawnień wniosko	dawcy do uzyskania dokunentacji									
Zniszcz	zenie dokumentao	cji ze względu na upływ terminu jej przechowywania									
📃 Inna											
Dane odbioru -											
Nazwisko i imie	ę odbierającego:	Kowalski Jan									
Dowód tożsam	iości odbierająceg	Jo:									
Uwagi:											

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

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

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

6.2 Zbiorcza dokumentacja elektroniczna

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

6.2.1 Księgi

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

- Księga przyjęć
- Ksiega Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej i Pielegniarskiej



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

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

W celu wyświetlenia danych należy użyć przycisku Odśwież 💊



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

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

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

6.2.2 Harmonogram przyjęć



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

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

wyświetlenia danych należy użyć przycisku Odśwież 🌭

Dokumen	Dokumentacja medyczna										
会人	Harmo Data w	nogram: Por pisu od:	adnia 🔻	Rok: 2023	▼ Warunki: A	ktywne a planowa	ına od:	<u> </u>			
Udostępnianie	Data sl	creślenia od:		▼ do:	▼ Kat	egoria:					
	Nr	Data wpisu	Data planowana	Pacjent	Rozpoznanie	Kategoria	Wpisujący	Data skreślenia	Przyczyna skreślenia		
Księga przyjęć	1	2023-10-16 16:45	2023-10-17 16:46	Kowalski Jan PESEL:		Oczek. stabilny	Nowak Jan Lekarz NPWZ:				
Księga NiŚOLIP Harmonogram przyjeć	2	2023-10-16 16:47	2023-10-17 16:46	Kowalska Anna PESEL:		Oczek. stabilny	Nowak Jan Lekarz NPWZ:				

6.3 Uzupełnianie



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

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

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

Odśwież 🍤

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Dokumen	itacja med	yczna										
	Komórka org.:	PORADI	NIA LEKARZA POZ		-	Realizują	cy: Nowak Ann	ıa		- (
	Pacjent:					Rejestruj	jący:				2	
Udostępnianie	Data od:		▼ do:	•]	🖋 Uwzg	lędnij zakończon	e wizyty				
	* Data	od	Data do	Rodzaj	Komórka o	rg.	Realizujący	PESEL Pacjent	Status	Rejestrujący	^	1
	2016-07-1	8 12:34	2016-07-18 12:49	wizyta	PORADNIA LEKA		Nowak Anna	092 ABR	Do werynkacji	Nowak Anna		-se
Księga przyjęć	2016-07-20	12:09	2016-07-20 12:24	wizyta	PORADNIA LEKAR		Nowak Anna	092 ABKA	Do autoryzacji	Nowak Anna		
	2016-07-21	09:29	2016-07-21 09:44	wizyta	PORADNIA LEKAR		Nowak Anna	530 ADA	Do autoryzacji	Nowak Anna		
	2016-07-22	07:18	2016-07-22 07:33	Wizyta	PORADNIA LEKAR		Nowak Anna	092 ABRA	Do autoryzacji	Nowak Anna		
	2016-07-26	10:30	2016-07-26 10:45	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	000 Kowa	Do weryfikacji	Nowak Anna		
Księga NiŚOLiP	2016-07-26	12:53	2016-07-26 13:08	Wizyta	PORADNIA LEKAR	za poz	Nowak Anna	530 ADA	Do autoryzacji	Kowalski Jan		
	2016-07-26	13:09	2016-07-26 13:24	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	000 Kowa	Do autoryzacji	Nowak Anna		
	2016-07-26	13:09	2016-07-26 13:24	Wizyta	PORADNIA LEKAR	za poz	Nowak Anna	000 Kowa	Do autoryzacji	Nowak Anna		
	2016-07-26	14:31	2016-07-26 14:46	Wizyta	PORADNIA LEKAR	za poz	Nowak Anna	000 Kowa	Do autoryzacji	Nowak Anna		
Księga	2016-07-27	08:29	2016-07-27 08:44	Wizyta	PORADNIA LEKAR	za poz	Nowak Anna	092 ABRA	Do weryfikacji	Nowak Anna		
zablegow	2016-07-27	12:23	2016-07-27 12:38	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	830 ABRA	Do autoryzacji	Nowak Anna		
	2016-07-28	12:29	2016-07-28 12:44	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	092 ABRA	Do weryfikacji	Nowak Anna		
	2016-07-29	13:45	2016-07-29 14:00	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	000 Kowa	Do weryfikacji	Nowak Anna		
Kolejka oczek.	2016-08-01	09:35	2016-08-01 09:50	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	000 Kowa	Do autoryzacji	Nowak Anna		
	2016-08-02	10:50	2016-08-02 11:05	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	092 ABRA	Do autoryzacji	Nowak Anna	-	
 See 1 	2016-08-03	07:19	2016-08-03 07:34	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	000 Kowa	Do autoryzacii	Nowak Anna		
	2016-08-05	11:08	2016-08-05 11:23	Wizyta	PORADNIA LEKAR	ZA POZ	Nowak Anna	000 Kowa	Do autoryzacii	Nowak Anna	-	
Uzupełnianie	2016-08-08	10.28	2016-08-08 10:43	Wizyta	PORADNIA LEKAR	7A PO7	Nowak Anna	000 Kowa	Do autoryzacji	Nowak Anna	-	
					CONTRACTOR OF CONTRACTOR						- 1	

Na omawianej formatce wyświetlane są wizyty o następujących statusach:

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

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

myszy na wybranym rek<u>ordzie lub poprz</u>ez wybranie przycisku **Dane wizyty** *ima*, a następnie dokonać jej

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

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

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



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

Powiadomienia aplikacji mMedica	×
Wizyty do autoryzacji W systemie istnieją wizyty do autoryzacji.	Wyświetl

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

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

6.4 Weryfikacja



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

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

Dokumen	ta	cja medy	/czna												
$\sim \lambda$	Ко	mórka org.:	GABINE	ET PIELĘGNIARKI ŚŁ	RODOWISKOWO-I	ROI 🔻	Realizujący:	Now	ak Anna			•		8	
	Pa	cjent:					Rejestrujący:					•	j 🔛		
Udostępnianie	Da	ita od:		▼ do:	•	Rodzaj	:			•	status:	•	-		
	*	Data / Data	a od	Data do	Rodzaj		Komórka org.		Realizujący	PESEL	Pacjent	Status	Rejestr	ujący 🔺	-
		2016-09-27			Dokument u					000	Kowa	Autoryzowany			EA
Ksiega przvieć	Þ	2016-09-19	9 12:	2016-09-19 12:.	Wizyta	PORA	DNIA LEKARZA	\ Р	Nowak	451	BAC	Do weryfikacji	Nowak	Anna	
		2016-09-19	12:20	2016-09-19 12:35	Wizyta	PORAD	onia lekarza p	ΟZ	Nowak A	380	ADA	Autoryzowany	Nowak /	Anna	
		2016-09-19	12:17	2016-09-19 12:32	Wizvta	PORAL	ONTA I FKARZA P	07	Nowak A	750	ADA	Autoryzowany	Nowak /	Anna	
		2016-09-19	11:44	2016-09-19 11:5	We	eryfika	cja danych w I	EDM.			Kowa	Do weryfikacji	Nowak A	Anna	
Księga NiŚOLiP		2016-09-16	07:40	2016-09-16 07:5			1000 / 4567				ABRA	Autoryzowany	Nowak A	Anna	
		2016-08-08	14:23	2016-08-08 14:3			1233 / 4307				ADA	Do weryfikacji	Nowak A	Anna	
		2016-08-08	12:13	2016-08-08 12:2							ABRA	Do weryfikacji	Nowak A	Anna	
		2016-08-08		2016-08-08			Przerwij				ABRA	Autoryzowany			
Księga		2016-08-08	08 2016-08-08								ABRA	Autoryzowany			
Zablegow		2016-08-08	11:51	2016-08-08 12:0	8 12:0						ABRA	Autoryzowany	Nowak A	Anna	
- Co		2016-08-08			Dokument u					830	ABRA	Autoryzowany			
		2016-08-08		2016-08-08	Dokument zg					830	ABRA	Autoryzowany			
Kolejka oczek.		2016-08-04	08:57	2016-08-04 09:12	Wizyta	PORAD	onia lekarza p	ΟZ	Nowak A	830	ABRA	Autoryzowany	Nowak A	Anna	
-		2016-08-01	08:23	2016-08-01 08:38	Wizyta	PORAD	onia lekarza p	ΟZ	Nowak A	530	ADA	Autoryzowany	Nowak A	Anna	
- 		2016-07-29	13:45	2016-07-29 14:00	Wizyta	PORAD	onia lekarza p	ΟZ	Nowak A	000	Kowa	Autoryzowany	Nowak A	Anna	
\sim		2016-07-29	07:48	2016-07-29 08:03	Wizyta	PORAL	ONIA LEKARZA P	ΟZ	Nowak A	900	Ada	Do weryfikacji	Nowak A	Anna	
Uzupełnianie		2016-07-28	12:29	2016-07-28 12:44	Wizyta	PORAD	onia lekarza p	ΟZ	Nowak A	092	ABRA	Do weryfikacji	Nowak A	Anna	
		2016-07-28	07:41	2016-07-28 07:56	Wizyta	PORAD	onia lekarza p	oz	Nowak A	000	Kowa	Autoryzowany	Nowak A	Anna	
(DA		2016-07-27	08:29	2016-07-27 08:44	Wizyta	PORAD	onia lekarza p	oz	Nowak A	092	ABRA	Do weryfikacji	Nowak A	Anna	
		2016-07-26	10:34	2016-07-26 10:49	Wizyta	PORAD	ONIA LEKARZA P	oz	Nowak A	000	Kowa	Autoryzowany	Nowak A	Anna	
Weryfikacja		2016-07-26	10:30	2016-07-26 10:45	Wizyta	PORAD	ONIA LEKARZA P	ΟZ	Nowak A	000	Kowa	Autoryzowany	Nowak A	Anna	

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

Weryfikacja

Weryfikacja dokumentacji medycznej – raport	×
Weryfikacja elektronicznej dokumentacji medycznej	^
Użytkownik: Nowak Anna; Lekarz; Diagnosta laboratoryjny – specjalista laboratoryjnej toksykologii medycznej; NPWZ:	
Zakres danych do weryfikacji • Komórki organizacyjne: GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ GABINET POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ Oddział urazowo-ortopedyczny PORADNIA LEKARZA POZ	
Realizujący: Nowak Anna	
[2016-09-28 12:11:08] Rozpoczęcie weryfikacji [2016-09-28 12:11:35] Zakończenie weryfikacji	
W wyniku sprawdzenia znaleziono 8 dokument(y/ów) w statusie "Do weryfikacji", w tym: • Wizyta – 7 • Stale podawane leki – 1	~
Zapisz Wyjście	

6.5 Migracja

Funkcjonalność migracji została opisana w rozdziale: <u>Migracja danych do Elektronicznej Dokumentacji</u> <u>Medycznej</u>.



Uprawnienia

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

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

7.1 Dane medyczne wizyty

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu, zakładka 3. Uprawnienia funkcjonalne > Dane medyczne

W obszarze danych medycznych dodano następujące uprawnienia:

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

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

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

7.2 Dane rozliczeniowe wizyty

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu, zakładka 3. Uprawnienia funkcjonalne > Rozliczenia

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

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

7.3 Dane wspólne

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

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

7.4 Uprawnienie do modyfikacji danych wspólnych

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu, zakładka 3. Uprawnienia funkcjonalne > Rozliczenia

Uprawnienie do **Modyfikacji danych medycznych (wspólnych)** z poziomu rozliczenia wizyty pozwala na modyfikację danych wspólnych wizyty, występujących w obszarze EDM oraz rozliczeń z NFZ. W aplikacji mMedica wprowadzono dwa takie uprawnienia:

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

7.5 Uprawnienia do funkcjonalności związanych z rozliczeniem wizyty

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu, zakładka 3. Uprawnienia funkcjonalne > Rozliczenia

Dostęp do danych wizyt na formatce *Uzupełnianie świadczeń* oraz w: Rozliczenia > Przegląd wizyt umożliwiają następujące uprawnienia:

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

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

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

7.6 Uprawnienia do danych

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu, zakładka 3. Uprawnienia do danych

Ν	Nowak Anna (NOWAKA)											
ſ	<u>1</u> . D	ane uży	ytkownika	2. Uprawnienia do danych 3. Uprawnienia funkcjonaln	e 4	<u>ι</u> . ι	Uprawnien	ia do raportów	5. Uprawnienia do formularzy <u>6</u> . Uprawn	ienia do 🛃 🕨		
	R	Realizat	tor									
	* N	/ybrany	Kod	Nazwa	^		+ Wybrany	Kod		Nazwa		
			491	PORADNIA DIABETOLOGICZNA	-	D		01.0010.078.09	KWOTA ZA PORADĘ LEKARZA POZ DLA	UBEZPIEC		
			492	PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA			V	01.0010.078.09	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ DLA UBEZ	PIECZONEC		
			493	PORADNIA NEUROLOGICZNA			v	01.0010.089.01	KAPITACJA W OPIECE LEKARSKIEJ W P	(GAB) LEK		
			494	PORADNIA ALERGOLOGICZNA			V	01.0010.090.01	KAPITACJA W OPIECE LEKARSKIEJ W P	(GAB) LEK		
		•	496	PORADNIA REHABILITACYJNA			v	01.0010.091.01	KAPITACJA W OPIECE LEKARSKIEJ W P	(GAB) LEK		
			497	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			v	01.0010.092.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ			
		~	498	OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ			V	01.0010.093.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ			
		•	499	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA			~	01.0010.093.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA W POZ W RAM	ACH REAL		
			5	NAZWA KOMORKI_5			v	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ			
		•	50	Oddział urazowo-ortopedyczny	~		v	01.0010.096.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ UDZIELAN	E W STAN.		
	<			2			<			>		
	Wyja V P	ątki dla okazuj	a <mark>danych m</mark> a j dane z wsz	edycznych i historii wizyt zystkich komórek 🔽 Pokazuj dane od wszystkic	h rea	aliz	zujących					

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

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

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

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

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

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

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

Uprawnienia

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

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

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

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