

# Moduł Gabinet pielęgniarki

Instrukcja użytkownika



30.06.2025

# Spis treści

Rozdzia	ał 1	Rozpoczęcie pracy z modułem	2
Rozdzia	ał 2	Omówienie wyglądu Gabinetu pielęgniarki	
2.1	Okno	wizyty pielęgniarskiej	
2.2	Omóv	wienie formatki Gabinetu pielęgniarki	7
Rozdzia	ał 3	Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu	10
Rozdzia	ał 4	Ewidencja zabiegów	14
4.1	Zapla	nowanie wizyty w Terminarzu	14
4.2	Wyko	onanie zabiegu	17
4.3	Histo	ria zabiegów	22
4.4	Karta	uodpornienia	23
4.5	Zabie	gi zlecone przez lekarza	25
	4.5.1	Zlecenie zabiegu w Gabinecie lekarskim	25
D - d-i	4.5.2	Realizacja zleconego zabiegu	29
KOZUZIA	ał 5	Szabiony kalendarza szczepien	31
Rozdzia	ał 6	Sprawozdania kwartalne ze szczepień	35
Rozdzia	ał 7	Testy diagnostyczne	38
Rozdzia	ał 8	Badania diagnostyczne	40
Rozdzia	ał 9	Dane medyczne	41
Rozdział	10	Patronaż i bilanse	43
10.1	Patro	naż noworodka	43
10.2	Patro	naż pielęgniarki środowiskowej	45
10.3	Bilans	se zdrowia dziecka	45
	10.3.1	Bilans lekarza POZ	47
10.4	Siatki	i centylowe	48
Rozdział	11	Druki	50
Rozdział	12	Opieka nad kobietą	51
12.1	Karta	środowiskowa	52
12.2	Karta	środowiskowa ciężarnej	53
12.3	Karta	położnicy	54
Rozdział	13	Opieka pielęgniarska	56
13.1	Karta	opieki pielęgniarskiej	56
13.2	Ankie	eta gruźlicy	59

13.3	Skala	Barthel	50
13.4	Skala	Glasgow	52
13.5	Skala	Norton	53
13.6	Karta	profilaktyki ChUK	54
Rozdział	14	Skierowania	55
Rozdział	15	Leczenie bólu	56
Rozdział	16	Program opieki	57
Rozdział	17	Program "Profilaktyka 40 PLUS"	70

# Wstęp

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

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

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



# Rozpoczęcie pracy z modułem

Aby włączyć moduł Gabinet Pielęgniarki należy:

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

Konfiguracja – <b>System</b>	» Moduły dodatkowe	Nadpisz wartościami systemu
🖻 System 🔥	Podstawowe	Zarządzanie i komunikacja 😽 🔨 🔨
Identyfikacja	Archiwum dokumentacji	Alternatywny interfejs użytkownika
Autoryzacja	Asystent MD	Dane do raportów pomocniczych
Moduły dodatkowe Kopia zapasowa	Baza leków Pharmindex	Dane do sprawozdań MZ/GUS
Urządzenia zewnętrzne	Chemioterapia i programy terapeutyczne	eWyniki Diagnostyka
Różne	DxMate	eWyniki Laboratorium
Ewidencja     Podstawowe	Elektroniczna Dokumentacja Medyczna	Integracja z urządzeniami diagnostycznymi
Rozliczenia	ePublikacja "Działalność Lecznicza Lekarzy"	Jednolity Plik Kontrolny
Deklaracje	eZLA+	Menedżer eksportów
Kupony (ewidencja) Kupony (skierowania)	🧭 Gabinet dla pielęgniarki	Personalizacja aplikacji
Wielozakładowość	Hospitalizacje	🔗 Replikacja
⊡ Terminarz	Interakcje leków Pharmindex	Zdalna kopia zapasowa
	Obsługa komercyjna	
🖻 Komunikacja	Rehabilitacja ambulatoryjna	
Eksport	Rozliczenia NFZ	
	SMS	
System Stacia	Stomatologia	v
APS00061195-MB		Zatwierdź 🛛 💥 Anuluj

Po poprawnym uruchomieniu modułu, można rozpocząć z nim pracę. Obsługa gabinetu dla pielęgniarki jest dostępna z poziomu okna startowego programu mMedica, po kliknięciu w ikonę zaznaczoną na poniższym zrzucie ekranu.

#### Rozpoczęcie pracy z modułem

		💦 😽 mMedica			
EWIDENCJA + ROZLICZENIA + KOMUNIKACJA +	REJESTRACJA	TERMINARZ	KOLEJKI	EDM	HOSPITALIZACJA
ZARZĄDZANIE • KSIĘGI I RAPORTY • MODUŁY DODATKOWE •	UZUPEŁNIANIE	DEKLARACJE	GABINET	GABINET PIELEGNIARKI	PHARMINDEX*
WYJŚCIE Z PROGRAMU			РОМОС		

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

Funkcje dodatkowe	╶╴╝ᢏᠮᢏ᠂
🚯 💽 🔄 🏠	& 😪 🏹 🏶

Użytkownik ma dostęp do okna *Gabinetu pielęgniarki* również poprzez ścieżkę: Ewidencja > Gabinety > Gabinet pielęgniarki.



# Omówienie wyglądu Gabinetu pielęgniarki

# 2.1 Okno wizyty pielęgniarskiej

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

	Badania lab.	Badania diag.	Stale pod. leki	Konsultacje	ui) Hospitalizacje	Rehabilitacje	Antropometria	Badania wstępne	Badania wstępne do
Wizyta	Choroby przewlekłe	Op. cz. zapale 🖋	Data ^	Czynniki ryzyka i w Grupy dyspanse Przewlekłe chorol ()	ywiady e <b>ryjne</b> by układu trawienne	ego 🔨 💓	Ostatnie wizyty Uwaga: Kolore NFZ oraz komercyjnych v	m tła dla dla wizyt vyróżniono dane	wizyt
Badania diag. Dane med.	(1	D	- - -		2		wymagające au EDM. Wizyta: dnia 1 11:13 Komórka org. Realizujący: N	Itoryzacji lub weryf 3 8-05-2021 od 10:5 Poradnia Iowak Anna	ikacji v v v v v v v v v v v v v v v v v v v
Patronaz i bilanse Druki Opieka nad kobieta Opieka piel.	< Wywiad	Ð		Badanie fizykalne	Tętno:         Temp.           Sat:         FEV1:           Image: Image of the second seco		Rozpoznania	zwa Głó powe zapal	
Skierowania	Dokumenty medyczne	Dane podstawowe	V Zalecenia	Drukuj podsum.		0	Dodaj rozpoznar	nie: 🛛 🖋	Umów następną

# 1) Choroby przewlekłe

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

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

Znaczenie pozostałych przycisków znajdujących się po prawej stronie okna:

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

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

Opis choroby przewlekłej - umożliwią wprowadzenie i edycie opisu choroby przewlekłej.

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

#### 2) Czynniki ryzyka i wywiady

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

### 3) Ostatnie wizyty

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

#### 4) Wywiad

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

#### W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica został dodany przycisk

Kopiuj z poprzedniej wizyty. Kopiuje on wywiad z poprzedniej wizyty pacjenta realizowanej w tej samej komórce organizacyjnej. Na przycisku dostępna jest lista rozwijalna, która zawiera następujące pozycje:

- "Kopiuj z poprzedniej wizyty" jej wybór wywołuje działanie, które jest domyślnie przypisane do przycisku.
- "Kopiuj z wybranej wizyty..." umożliwia kopiowanie wywiadu z wcześniejszych wizyt pacjenta zrealizowanych w dowolnej komórce organizacyjnej i przez dowolnego lekarza. Po jej wyborze otworzy się okno umożliwiające wyszukanie wizyt pacienta zrealizowanych w danym okresie czasu, przez wskazanego lekarza, we wskazanej komórce organizacyjnej (domyślnie w filtrach podpowiadane są dane z bieżącej wizyty). Ich lista wyświetli się w oknie. Po zaznaczeniu odpowiedniej wizyty w polu obok widoczny będzie tekst wprowadzonego na niej wywiadu (przykład poniżej).

🛨 Lista wywiadów	z poprzednich wizyt				$\times$
Data od - do:	Realizujący:           Nowak Anna	Komórka org.: Poradnia		<b>_</b>	3
★ Data wizyty	Komórka org.	Realizujący	^	tekst 1	$\sim$
29-09-2022	Poradnia	Nowak Anna			
29-09-2022	Poradnia	Nowak Anna			
			*		~
		Wybierz		Wyjście	•

Aby dodać go do okna wywiadu bieżącej wizyty, należy nacisnąć Wybierz.

### 5) Badanie fizykalne

Przygotowane okno tekstowe służy do wprowadzania informacji z przeprowadzonego badania fizykalnego. Dla potrzeb raportowania danych w ramach programu "Profilaktyka 40 Plus" zostały dodane pola do ewidencji ciśnienia oraz rytmu serca ("Ciśnienie ", "Rytm serca"). Destanze sz również pola do ewidencji tetna, temperatury glikemii, szturacji oraz FEV1

Dostępne są również pola do ewidencji tętna, temperatury, glikemii, saturacji oraz FEV1.

W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica został dodany przycisk **Kopiuj z poprzedniej wizyty**. Służy on do skopiowania treści badania fizykalnego z wcześniejszej wizyty pacjenta. Jego działanie jest analogiczne do działania przycisku kopiowania wywiadu, opisanego w poprzednim punkcie.

### 6) Rozpoznania

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

Od wersji 9.4.0 aplikacji mMedica, jeżeli wizyta realizowana jest na podstawie skierowania wystawionego w Gabinecie lekarza lub na podstawie rejestracji ze skierowaniem, dodawane jest automatycznie rozpoznanie z tego skierowania.

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

## 2.2 Omówienie formatki Gabinetu pielęgniarki

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

Funkcje dodati	kowe • 📑 • 📰 •	Dane pacjenta Dokumenty ub	zpieczenia StatusewUŚ Do	odaj notatkę Aktualizuj dane	Rozliczenie wizyty
L P Ko	walski Franek (M) 11-2018 12:53 – 13:08, GA	, 03 , 15 lat ABINET PIELĘGNIARKI, Nowak	10 miesięcy <sub>Anna</sub>	<b>B</b> $\triangle$	Schematy wizyt 🔹 📫
Wizyta	Badania lab.	Badania diag. Stale pod		Hospitalizacje Reh	Antropometria
Zabiegi Patronaż i bilanse Opieka nad kobieta			Uczulenia pokarmowe; pszenica		Uwaga: Kolorem tła dla wizyt NFZ oraz dla wizyt komercyjnych wyróżniono dane wymagające autoryzacji lub weryfikacji EDM.         Wizyta: dnia 19-11-2018 od 12:51 do 13:06 Komórka org.: GABINET PIELĘGNIARKI Realizujący: Nowak Anna; Pielęgniarka; NPWZ:         Wywiad: Pobranie krwi i założenie opatrunku
Opieka piel. Skierowania Recepty Historia wizyt	Wywiad		Badanie fizykalne		Rozpoznania  Nazwa Główne  Główne  Dodaj rozpoznanie:
	Dane podstawowe	Zalecenia Drukuj podsum.	E)		EDM Umów następną

### A) Przyciski w górnym panelu formatki

Dane pacjenta	Dokumenty ubezpieczenia	Status eWUŚ	Aktualizuj dane	Rozliczenie wizyty
---------------	-------------------------	-------------	-----------------	--------------------

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

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

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



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

Sposób definicji i działania schematów wizyt opisany jest w ogólnej instrukcji <u>obsługi programu</u> mMedica. Funkcjonalność ta dostępna jest w wersji **Plus (+)** programu podstawowego.

# B) Podstawowe dane pacjenta i wizyty

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

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



- deklaracja lekarza POZ
- deklaracja pielęgniarki POZ
- 🧕 deklaracja położnej POZ
  - pacjent bez aktywnej deklaracji POZ

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



# C) Najważniejsze dane medyczne pacjenta

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

### D) Główny panel Gabinetu

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

# E) Przyciski w dolnym panelu formatki

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



- Dokumenty medyczne przycisk udostępniony w wersji 9.1.0 aplikacji mMedica. Po jego wyborze uruchamiane jest okno *Dokumenty medyczne wizyty*. Jego funkcjonalność została opisana w ogólnej obsługi programu, w rozdziale "Omówienie formatki Gabinetu".
- Dane podstawowe otwiera okno *Dane wizyty* umożliwiające przegląd i modyfikację danych dotyczących realizacji i skierowania. Dane prezentowane w oknie w większości podpowiadane są domyślnie na podstawie rezerwacji/rejestracji lub ustawień domyślnych personelu. Użytkownik z uprawnieniami może, korzystając z dostępnych tam funkcjonalności, zmienić lub uzupełnić dane typu: data ewidencjonowanej wizyty, realizujący, komórka org., miejsce realizacji, sposób przyjęcia (np. ze skierowaniem) oraz szczegółowe dane skierowania.

Uwaga! Należy pamiętać o tym, że zmiana daty i godziny wizyty, realizującego, komórki org. ma wpływa na wystawiane w trakcie wizyty dokumenty jak: skierowania i druki, podsumowanie, recepty, historia wizyt. W związku z tym należy korzystać z tej funkcjonalności tylko w wyjątkowych przypadkach. Zmiana którejkolwiek danej po wydrukowaniu dokumentu może skutkować błędem spójności dokumentacji.

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

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

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



# Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu



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

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

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

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

1. Pacjenci, którzy mają zarezerwowany lub zarejestrowany termin do pielęgniarki/położnej.

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

2. Pacjenci, którym lekarz wystawił zlecenie do pielęgniarki/położnej w programie mMedica.

Informacja o zaplanowanym zabiegu będzie wyświetlana zgodnie z datami planowanych wykonań, które lekarz wskazał na zleceniu dla pielęgniarki/położnej. Jeżeli na zleceniu data zabiegu nie została określona, będzie się ono wyświetlać na liście w każdym dniu, do momentu jego realizacji. Zlecenia wystawione przez lekarza identyfikowane są poprzez wpis w kolumnie "Status - Zlecenie" oraz poprzez określenie rodzaju zlecenia. Od wersji 11.2.0 aplikacji mMedica informacja o rodzaju zlecenia (np. opatrunek) prezentowana jest w kolumnie "Zlecenie".

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

 Pacjenci, dla których w ramach modułu "Medycyna pracy" dokonano rezerwacji badania medycyny pracy powiązanego z badaniem diagnostycznym, przypisanej do personelu w rodzaju "Pielęgniarka" (według wytycznych zawartych w instrukcji obsługi modułu "Medycyna pracy", w rozdziale "Planowanie badań i konsultacji"). Tego typu pozycja będzie miała w kolumnie "Wizyta" wyświetloną informację: "Medycyna pracy (specjalista)".

Funkcje dodatkowe 🕞 🚽	- 1										🍐 💽 -	🛄 • 📔 🔯
🔊 🔜 🎮 🕤 🔕 😪 🍬	🔹 👫 Nowa wi	zyta NFZ 👻 Nowa	a wizyta recept	iowa 🗸 No	wa wizyta k	comercyjna 🔸	Dane wizyty	Odwołaj U	suń Uniewa	żnij Rozlicz	z	
Nawigacja Wozwani na dzić	💌 Lista p	acjentów do	o gabinet	tu pielęg	niarki							9
Zarejestrowani na dziś	* Nr re	i. Pacjent	ID p Wiek	Data zleceni	ia Wiz	Rodzaj	Zlei	tenie	Miejsce plan	. Umówiony na	Miejsce realizacji	Status
Umówieni na dziś		Kowalski J	173 55 lat	07-02-202	25		Szczepienie	e, Opatrunek	Gabinet	07-02-2		Zlecenie
Umówieni na jutro		Kowalski Jan	173 55 lat		POZ					07-02-20	Porada amb	W realizacji
7 dzisiejszych wizyt		Kowalski Jan	173 55 lat		POZ	Badanie ko				07-02-20		Zaplanowana
Z wczorajszych wizyt												
Data												· · · · · ·
07-02-2025	<b>_</b>											
Komórka ora :												
Poradnia												
Pealizuiacur												
Kednzujący.												
< Zlecajacy:	💌 🕉 к	owalski Ja	n (M),		, 5	5 lat						÷
Zlecający:	🔊 к	owalski Ja INFORMACJE	n (M), o pacjenc	IE	, 5	5 lat DODATI	OWE INFORI	масје	_	DANE I	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający:     Mieisce planowane:	V 🔊 K	owalski Ja INFORMACJE	n (M), o pacjenc	IE	Grupy	5 lat DODATI	OWE INFORM	MACJE	Uczuk	DANE N	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane:	▼ Data u ▼ PESEL:	owalski Ja Informacje r.:	n (M), o pacjenc	IE	, 55 Grupy (brak)	5 lat DODATI	OWE INFORI	масје	Uczuk wziew	DANE M enia: ne; jad owad	MEDYCZNE I U da	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane:	▼ 000 K ▼ Data u ▼ PESEL: Adres:	owalski Ja informacje r.:	n (M), o pacjenc	IE	, 55 Grupy (brak)	5 lat DODATI	COWE INFORM	масје	Uczuk wziew Uwagi	DANE M enia: ne; jad owad i:	MEDYCZNE I U da	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj:	Data u     PESEL:     Adres:	owalski Ja Informacje r.:	n (M), o pacjenc	IE	, 55 Grupy (brak)	5 lat DODATI 7:	COWE INFORI	масје	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE M enia: ne; jad owad i:	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj:		owalski Ja INFORMACJE	n (M), o pacjenc	IE	Grupy (brak)	5 lat DODATI	KOWE INFORM	масје	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE I enia: ne; jad owad i:	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj: Zlecenie:	Data u     PESEL:     Adres:     Telefor     Upow.:	owalski Ja INFORMACJE	– BRAK DOK		Grupy (brak)	5 lat DODATI 7:	COWE INFORM	MACJE	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE I enia: ne; jad owad i:	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj: Zlecenie:	Data u     DESEL:     Adres:     Telefor     Upow.:	owalski Ja INFORMACJE T.: Stan zdrowia Dokumentacja Odbiór recept	– BRAK DOK – BRAK DOK – BRAK DOK	IE UMENTU KUMENTU JUMENTU	Grupy (brak)	5 lat Dodati /:	COWE INFORM	MACJE	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE I enia: ne; jad owad i:	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj: Zlecenie: Status: Aktualna	Data u     Data u     PESEL:     Adres:     Telefor     Upow.:     Opieku	owalski Ja INFORMACJE INFORMACJE INFORMACJE Stan zdrowia Dokumentacje Odbićr recept n: (brak)	– BRAK DOK	JE UMENTU KUMENTU UMENTU	, 5: Grupy (brak)	5 lat Dodati	KOWE INFORT	MACJE	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE I enia: ne; jad owad :	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj: Zlecenie: Status: Aktualna Nazwiska / PESEI -	V Data u PESEL: Adres: V Telefor Upow.: V Opieku	owalski Ja mformacje r.: Stan zdrowia Dokumentacje Odbićr recept n: (brak)	- BRAK DOK - BRAK DOK	JE UMENTU KUMENTU JUMENTU	Grupy (brak)	5 lat DODATI 7:	KOWE INFORM	MACJE	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE M enia: ne; jad owad i:	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj: Zlecenie: Status: Aktualna Nazwisko / PESEL:		owalski Ja mformacje r.: Stan zdrowia Dokumentacje Odbićr recept n: (brak)	- BRAK DOK - BRAK DOK - BRAK DOK	IE UMENTU KUMENTU UMENTU	Grupy (brak)	5 lat DODATI 7:	KOWE INFORM	ACJE	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE I enia: ne; jad owad ;	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj: Zlecenie: Status: Aktualna Nazwisko / PESEL:	V Data u PESEL: Adres: V Telefor Upow.: V Opieku	owalski Ja mrormacje Stan zdrowia Dokumentacje Odbiór recept n: (brak)	n (M), o pacjenc o pacjenc = brak dok = brak dok = brak dok	TE UMENTU KUMENTU UMENTU	Grupy (brak)	5 lat DODATI 7:	KOWE INFORT	MACJE	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE I enia: ne; jad owad :	MEDYCZNE I U	WAGI
Zlecający: Miejsce planowane: Rodzaj: Zlecenie: Status: Aktualna Nazwisko / PESEL: Ostatnio odświeżono: 16 min 18 s temu	V Data u PESEL: Adres: V Telefor Upow.: V Opieku	owalski Ja mrormacje Stan zdrowia Dokumentacje Odbiór recept n: (brak)	n (M), o pacjenc - brak dok - brak dok - brak dok	te Umentu Kumentu Uimentu	Grupy (brak)	5 lat DODATI 7:	KOWE INFORT	MACJE	Uczuk wziew Uwagi (brak)	DANE I enia: ne; jad owad :	MEDYCZNE I U	WAGI

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

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

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

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

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

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

Nowa wizyta NFZ	-	Nowa wizyta re
<u>N</u> owa wizyta d	lor	nowa NFZ

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

Nowa wizyta NFZ	Nowa wizyta receptowa		Nowa wizyta komercyjna	Dane	
Lista pacje	Nowa wizyta recepto	wa	komercyjna Shift+Ctrl+	F7	

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

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

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

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

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

W wersji 11.2.0 aplikacji mMedica dodano filtr "Zlecenie", umożliwiający wyszukiwanie pozycji wg rodzaju zlecenia (dotyczy zleceń do pielęgniarki/położnej wystawionych w Gabinecie lekarza).

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

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



# Ewidencja zabiegów

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

## 4.1 Zaplanowanie wizyty w Terminarzu

Ścieżka: Ewidencja > Rezerwacja > Przegląd terminarza



lub przycisk TERMINARZ w oknie startowym programu

Aby zaplanować wizytę do Gabinetu pielęgniarki, należy dokonać rezerwacji lub rejestracji do odpowiednio skonfigurowanego personelu lub miejsca.

W wersji 11.2.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość określenia, w jakim Gabinecie, lekarza czy pielęgniarki, będą realizowane wizyty danej osoby personelu. Ustawienia rodzaju Gabinetu dokonuje się w danych personelu (ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu) w polu "Realizacja wizyt" (zaznaczonym poniżej), poprzez wybór z listy rozwijalnej odpowiedniej pozycji.

Osoba personelu	u – Nowak Jan
<u>1</u> . Dane podstawowe	2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Uprawnienia 5. Medycyna pracy
Grupa:	Personel wewnętrzny
Użytkownik: *	NOWAK ··· Nowak Jan
Nazwisko: *	Nowak
Imiona: *	Jan
PESEL:	
Rodzaj: *	Lekarz 💌
Tytuł naukowy:	
Numer prawa 🔹 wyk. zawodu:	
Czy aktualne	
Realizacja wizyt: Limit deklaracji:	Gabinet lekarza Gabinet lekarza Gabinet pielęgniarki formuj o konieczności przepisania deklaracji na inny personel
Okres aktywności w eRejestracji P1:	07-12-2023 🔻 do: 🔽

W wersji 11.4.0 aplikacji mMedica umożliwiono utworzenie rezerwacji do Gabinetu pielęgniarki bez podania personelu, natomiast z podaniem miejsca. We wspomnianej wersji w danych zasobu miejsca, definiowanego w ścieżce Zarządzanie > Terminarz > Zasoby miejsca, udostępniono w ramach modułu "Gabinet Pielęgniarki" pole "Realizacja wizyt". W polu tym w danych utworzonego przez użytkownika zasobu można z listy rozwijalnej wybrać gabinet realizacji (zdj. poniżej) dla rezerwacji powiązanych z tym miejscem. W przypadku zasobów predefiniowanych wspomniane pole jest nieedycyjne i ma ustawioną wartość "Gabinet lekarza".

Funkcje dodatkowe 🔹 🍶 🔹 📰 🔹		🖂 🛃 < 🌢 v 🛒 v	1
۲ ۲۰ ۲۰ ۲۰ ۲۰ ۲۰ ۲۰	Nowy Usuń		
Wyszukiwanie zaawansowane 🛞 Kod:	🛜 Zasoby miejsca	a	
	* Kod	Nazwa	Akt.
Nazwa:	GAB1	Gabinet 1	× .
	GAB2	Gabinet 2	<ul> <li>✓</li> </ul>
	PRZYCH	Przychodnia	<b>V</b>
YIko aktualne	SZPIT	Szpital	<b>V</b>
Zerteuri	TELE	Teleporada	<b>V</b>
Zastosuj	WDOMU	Wizyta domowa	<b>V</b>
	REC	Wizyta receptowa	<b>V</b>
< < <			
	Nowe miejsce		÷
	Kod: GAB3		
	Nazwa: Gabinet 3		
	Pealizacia wizud:		
	Gabinet lek	arza	
	Maksymalna liczi Gabinet pie	lęgniarki	
	Maksymalna liczba pacjentów	v w tym samym czasie: 1	
	Aktualne		

Utworzona rezerwacja/rejestracja będzie widoczna na <u>liście pacjentów oczekujących do Gabinetu</u> <u>pielęgniarki</u>, jeżeli wybrano w niej personel lub miejsce z ustawioną realizacją wizyt w Gabinecie pielęgniarki (w przeciwnym wypadku wyświetli się ona do realizacji w Gabinecie lekarza).

Jeżeli w rezerwacji/rejestracji zostaną wybrane równocześnie personel i miejsce, będzie ona widoczna w Gabinecie zgodnym z konfiguracją danych personelu.

Uwaga! Aby na liście pacjentów oczekujących do Gabinetu pielęgniarki były widoczne pozycje bez wskazanego personelu, należy po przejściu do okna gabinetu w panelu nawigacji ustawić pustą wartość w filtrze "Realizujący".

W celu zarezerwowania/zarejestrowania wizyty należy wykonać poniższe czynności:

- 1. Przejść do okna Terminarza.
- Wybrać godzinę wizyty z prezentowanego harmonogramu pracy (zalecane) lub ze slotu poza harmonogramem. Można tego dokonać poprzez wybranie przycisku Nowa rezerwacja/rejestracja w górnym panelu formatki lub poprzez dwukrotne kliknięcie na wolnym slocie Terminarza dla wybranej godziny.
- 3. Na formatce Nowa rezerwacja (zdj. poniżej) uzupełnić pozostałe dane rezerwacji, w szczególności:
  - Komórka org. wskazać poradnię, w której pracuje pielęgniarka/położna.
  - **Personel**, **Miejsce** wskazać osobę personelu/miejsce z ustawionym odpowiednim gabinetem realizacji wizyt.
  - **Wizyta** wybrać odpowiedni typ wizyty (z zakresu: POZ, Specjalistyczna, Inna, NiSOLiP, Receptowa, Receptowa (POZ), Medycyna pracy).
- 4. Zatwierdzić zmiany.

#### Ewidencja zabiegów

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

## 4.2 Wykonanie zabiegu

#### Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Zabiegi > Zabieg

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

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

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

oraz o przebiegu zabiegu.

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

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

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

	Zabieg Historia z	tabiegów Karta uodpornien	a						
<b>*</b>	Przebieg zabiegu			Pacjent/opie	kun ustawowy/opiekun	faktyczny został poinfo	rmowany o możliwośc	ci wystąpienia dzia	ałania 🔨
wizyta	Szczenienie			niepożądane	go i skutku ubocznego p	odanego leku			
	* Rodzaj	Lek/szczepionka Nr	dawki Wartość Je	Dawka dnostka Niestandardowa	Nr serii Termin ważn.	Podanie Sposób	Miejsce	Status ^	a
	WZW typu B	3 z 3					Wyka	onane	-
Dane med.	<							>	
Patronaż i bilanse	Uwagi:							^ 1	<u> </u>
•	Podanie leku							V	
Druki	<ul> <li>★ Nazwa ▲</li> <li>▶ Nalgesin Mini tabl</li> </ul>	Dawka	Nr serii	Termin ważności	Sposób Doustnie	podania	Status Wykonane	^	
Opieka nad								ļ	-
kometa	Uwagi:							^	ET .
Opieka piel.	Dane Dane Zale	cenia 🔄 Drukuj	]				EDM UU Auto	oryzuj 💓 U	mów stępną

Od wersji 10.4.0 aplikacji mMedica po wyborze przycisku **Drukuj**, zamieszczonego na dole ekranu, generowany jest druk *Zaświadczenie o wykonaniu zabiegu*, zawierający informacje o wykonanych podczas wizyty zabiegach (poszczególne rodzaje zabiegów prezentowane są na nim w osobnych tabelach).

#### Sekcja: Szczepienie

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

Aby wprowadzić informację o wykonaniu szczepienia, należy wybrać przycisk **Dodaj**. Otwarte zostanie okno, prezentujące listę szczepień, które zostały wcześniej zaplanowane pacjentowi. Jeśli w danych medycznych pacjenta zbiorczo zaplanowano szczepienia według kalendarza, w oknie *Zaplanowane szczepienia pacjenta* wyświetlana będzie lista szczepień obowiązkowych zgodnie z aktualnym Program Szczepień Ochronnych.

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

#### Ewidencja zabiegów

Ŧ	Zaplanowane szczepienia pacjenta									
Rodzaj:     Image: Statulo wybierane       Widok:     1       Preferowane     2       Ostatnio wybierane       3       Wszystkie										
★ Data planowana	a Rodzaj	Opis	Dawka 🔥							
2019-11-05	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	4 z 4							
2019-11-05	Poliomyelitis	IPV	3 z 3							
2019-11-05	Haemophilus influenzae	Hib	4 z 4							
2019-08-05	Stereptococcus pneumoniae		3 z 3							
2019-08-05	Odra, świnka, różyczka	MMR	1 z 2							
2019-01-05	WZW typu B		3 z 3							
2018-12-05	Haemophilus influenzae	Hib	3 z 4							
2018-12-05	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	3 z 4							
2018-12-05	Poliomyelitis	IPV	2 z 3							
2018-10-11	Stereptococcus pneumoniae		2 z 3							
2018-10-11	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	2 z 4							
2018-10-11	Haemophilus influenzae	Hib	2 z 4							
2018-10-11	Poliomyelitis	IPV	1 z 3							
2018-08-16	WZW typu B		2 z 3							
2018-08-16	Stereptococcus pneumoniae		1 z 3							
2018-08-16	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	1 z 4							
2018-08-16	Haemophilus influenzae	Hib	1 z 4							
2018-07-04	WZW typu B		1 z 3							
2018-07-04	Gruźlica	BCG	1 z 1							
*	•	Wybierz (F5)	Vyjście							

Jeśli pacjentowi nie zaplanowano szczepień, okno będzie puste. W celu dodania informacji o pojedynczym

szczepieniu zgodnym z kalendarzem szczepień, należy wybrać przycisk **Dodaj szczepienie z kalendarza**. W otwartym oknie dialogowym uzupełnić szczegółowe dane szczepienia tj. wprowadzić datę planowaną, wskazać rodzaj, nazwę leku/szczepionki, opcjonalnie numer serii, dawki, termin ważności leku.

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

W celu zaplanowania szczepienia innego np. nie finansowanego ze środków publicznych, należy wybrać

przycisk **Dodaj szczepienie inne** i uzupełnić dostępne pola.

Szczepienie	×
Status:	Zaplanowane 💌
Data planowana:	21-03-2022 🔻
Rodzaj:	2 Błonica, tężec i krztusiec
Lek/szczepionka:	
Opis:	
Nr serii:	
Nr dawki:	-
Dawka:	
Termin ważności:	-
	Zatwierdź Wyjście

W sekcji <u>Szczepienie</u> udostępniono również kolumny służące do ewidencji danych kwalifikacji do szczepienia, takich jak: status, data, personel. Znajdują się one na końcu tabeli.

Od wersji 11.5.0 aplikacji mMedica, jeżeli dla pacjenta została w dokumencie "Zaświadczenie przed szczepieniem" uzupełniona kwalifikacja do zaplanowanego szczepienia, po dodaniu tego szczepienia w sekcji <u>Szczepienie</u> podpowie się dla niego jako status kwalifikacji (w kolumnie "Kwalifikacja/Status") wartość "Elektroniczna". Wyjątek stanowi sytuacja, kiedy to zaświadczenie przed szczepieniem wystawione zostało przez pielęgniarkę pacjentowi poniżej 9 r.ż. - wówczas po dodaniu szczepienia dane kwalifikacji nie zostaną podpowiedziane.

Istnieje możliwość definicji rodzaju szczepienia z oznaczeniem, że jest to szczepienie z kalendarza, a także definicji rodzaju szczepienia skojarzonego. Informacje na ten temat znajdują się w <u>instrukcji ogólnej</u> obsługi programu, w rozdziale "Szczepienia".

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

Status	Przyczyna niewykonania	Przyczyna niewykon	ania – inna
Odmowa wykonania		-	
[	Nieznana przyczyna Odrębność kulturowa, religijn Wcześniej NOP u osoby zobo	a lub etniczna viazanej	
	Wpływ ruchów antyszczepion Wpływ środowisk propagując	kowych ych medycynę alternaty	wną

W module dodatkowym "Raporty pomocnicze" dostępny jest raport **"Wykaz osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych"**, generowany na podstawie danych szczepień pacjentów ze statusem "Odmowa wykonania", uzupełnionych w omawianej sekcji. Jest on dostępny, w przypadku posiadania licencji

na wspomniany moduł, po przejściu do: Księgi i raporty > Raporty/zestawienia > Raporty pomocnicze > Świadczenia. Sposób generowania raportów w module "Raporty pomocnicze" został dokładnie opisany w <u>instrukcji</u> jego obsługi.

Po autoryzacji wizyty z wprowadzonym szczepieniem i prawidłowej wysyłce zdarzenia medycznego możliwe jest podpisanie zasobu szczepienia indywidualnym certyfikatem ZUS zalogowanego personelu. W przypadku braku podpisu, zdarzenie te będzie widniało w *Rejestrze zdarzeń medycznych* ze statusem "Do podpisu". W wersji 11.2.0 aplikacji mMedica analogiczny mechanizm został wprowadzony dla danych kwalifikacji do szczepienia uzupełnionych w dokumencie "Zaświadczenie przed szczepieniem".

#### Sekcja: Podanie leku

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

Podanie leku wybranego ze słownika przez pielęgniarkę, zostanie domyślnie oznaczone jako wykonane. W dostępnych polach w tabelce można wprowadzić szczegółowe dane podania, jak np. dawka leku, numer serii, termin ważności, sposób podania (doustnie, pod język, przez drogi oddechowe). Jeśli z jakichś przyczyn lek nie został pacjentowi podany, należy zmienić status podania, wybierając z listy rozwijanej pozycję "Odmowa wykonania" lub "Niewykonane" i opcjonalnie wprowadzić krótkie wyjaśnienie w polu "Uwagi". Na liście dostępna jest kolumna "Dawkowanie" (nieedycyjna). W przypadku gdy podanie leku realizowane jest na podstawie <u>zlecenia wystawionego przez lekarza</u> w *Gabinecie*, wyświetli się w niej informacja o dawkowaniu, która została uzupełniona na zleceniu.

#### Sekcja: Pobranie materiału

Jeśli pielęgniarka pobiera na wizycie materiał diagnostyczny, wprowadza informację o tym w niniejszej

sekcji. Można w niej wprowadzić klika pozycji, korzystając z przycisku 💌. Wybór tego przycisku aktywuje kolejny wiersz, w którym jest możliwość uzupełnienia symbolu oraz wybrania odpowiedniego statusu.

Pobranie materiału ———				
*	Symbol	Status	<u> ^</u>	
OS05/10/20		Wykonane		<b>.</b>
		Wykonane		
			¥	
Uwagi:				
			$\sim$	104
				191
			$\vee$	

#### Sekcja: Opatrunek

W przygotowanej sekcji dokumentuje się informacje o założeniu pacjentowi opatrunku. Sposób ewidencji

jest analogiczny jak dla sekcji <u>Pobranie materiału</u>. Po dodaniu za pomocą przycisku **Pozycji**, można uzupełnić w niej dane takie jak: miejsce założenia opatrunku, wykorzystany lek i status (na przykład "Wykonany"). Lek wprowadzić można korzystając z dostępnych w bazie słowników leków, na przykład z bazy leków Pharmindex. W celu otwarcia okna wyboru słownika leków należy w kolumnie "Lek" nacisnać .

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

#### Sekcja: Inny

Г		
	2	

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

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

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

Instalator urządzeń peryferyjnych -Czytnniki kodów 2D

Instalator urządzeń peryferyjnych - Czytniki kodów 2D. Instalator urządzeń peryferyjnych - Czytnniki kodów 2D Instrukcja instalacji urządzeń peryferyjnych Instrukcja instalacji urządzeń peryferyjnych

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

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

#### 4.3 Historia zabiegów

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Zabiegi > Historia zabiegów

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

- Gabinecie pielęgniarki na formatce Zabieg
- danych medycznych pacjenta (Kartoteka pacjentów > Dane medyczne > Zabiegi)

		XX Zabieg	Kistoria zabiegów	Kart	a uodpornienia			
	*	Data	Rodzaj		Wykonał	Komórka org.	Status	^
Wizyta	2	018-12-04	opatrunek		Nowak Anna	Gabinet pielęgniarki POZ	Niewykonane	
	2	018-12-04	pobranie materiału		Nowak Anna	Gabinet pielęgniarki POZ	Wykonane	
	2	018-12-04	podanie leku		Nowak Anna	Gabinet pielęgniarki POZ	Wykonane	
	2	018-12-04	szczepienie		Nowak Anna	Gabinet pielęgniarki POZ	Wykonane	
Zabiegi								

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

### 4.4 Karta uodpornienia

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Zabiegi > Karta uodpornienia

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

Przycisk umożliwia utworzenie listy szczepień zgodnej z kalendarzem szczepień. Istnieje możliwość skorzystania z predefiniowanego (podstawowego) szablonu kalendarza szczepień ochronnych lub z szablonu zdefiniowanego przez użytkownika programu. Dokładne informacje dotyczące definicji takiego szablonu zawiera rozdział <u>Szablony kalendarza szczepień</u>.

Wpisy dotyczące wykonania szczepień wprowadzane są na kartę uodpornienia w następujący sposób:

- 1. Automatycznie
  - > Z zabiegu szczepienia ewidencjonowanego w Gabinecie pielęgniarki na formatce Zabieg.
  - Z danych medycznych pacjenta jeśli pacjent posiada już zaewidencjonowane wykonanie szczepień w programie mMedica, przed rozpoczęciem prowadzenia karty uodpornienia zalecane

jest skorzystanie z przycisku **Kopiuj z wykonanych szczepień** (przycisk aktywny po utworzeniu listy szczepień). Wybranie przycisku spowoduje skopiowanie informacji o wykonanych szczepieniach z danych medycznych pacjenta wprost na kartę uodpornienia.

2. <u>Ręcznie</u>

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

		1	5	5	K		-											
<u> </u>		Zabi	eg	Historia z	abiegów	Karta ud	dpornienia											
Wizyta	Obov	viązko	ve szczepie	enia ochroi	nne —													
	* \	Wiek	Rodzaj	Nr daw	a Lek/	szczepionka	Wyk. poza	. Data wyk	God	Nr serii	Sposób podania	Źródło	pochodzenia	Wykonujący	Data kwalifi	Kwalifikuj	Wysłano do P1	
	<b>≥</b> 1	Dzi	Gruźlica	1 z 1			<ul> <li>Image: A second s</li></ul>	15-05			Iniekcja do	. Dokumer	ntacja medy					
Zabiegi	1	Dzień	WZW typu	B 1 z 3			<b>V</b>	15-05-2			Iniekcja doży.	Dokument	tacja medyczn					
	42	2 Dz	Błonica, tę.	1 z 4														
	42	2 Dz	Haemophil.	1 z 4														
Badania diag.	42	2 Dz	Rotawirusy	/ 1z3														
	- 42	2 DZ	MZW b/pu	. 123 P 272														
Dane med.	- 3	Mie	Błonica, te	274														
	3	Mie	Haemophil.	2 z 4														
	3	Mie	Poliomyelit	is 1 z 3														
Patronaż i bilanse	Inne	57070	ienia ochr	0000														
<u>.</u>	*	szczej	Rod:	zai		ام	k/ezczenionka		Nr. dawki	Wyk	poza plac Dat	a wykonania	Godz wykonania	Nr	corii	5	posób podania	
	► R	otawiri	ISV	20]		LC	кузасаеріонка		THE UCHNIN	vv yr.	22-(	15-2025	Gouz: Wykoriania	2 190	SCIII	2	posob podalila	🗣
	<u> </u>		-,										·					
Opieka nad																		
<u> </u>																		<u> </u>
Opieka piel.	Prze	ciwwsk	azania do	przeprowa	dzenia s	zczepień od	chronnych –											
	*		Rodzaj			Lek/szczepi	onka		Prz	eciwwska	zanie	[	Data stwierdzenia	Da	ta ustania	Kw	alifikujący	
Skierowania																		
																		-

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

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

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

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

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



#### Wysyłanie szczepień historycznych

W wersji 11.5.0 aplikacji mMedica z poziomu karty uodpornienia umożliwiono wysyłanie do systemu P1 szczepień historycznych (dotyczy zarówno obowiązkowych, jak i innych szczepień ochronnych). W tym celu należy zaznaczyć odpowiednie pozycje na liście, a następnie wybrać przycisk **Wyślij do P1** (z symbolem koperty), zaznaczony na zdjęciu pierwszym.

Aby szczepienie mogło zostać wysłane jako historyczne powinno mieć w kolumnie "Lek/szczepionka" wybrany lek posiadający kod EAN, a także uzupełnioną kolumnę "Źródło pochodzenia" (wybór z listy jednej z wartości: "Dokumentacja dostarczona przez pacjenta" lub "Dokumentacja medyczna podmiotu wykonującego działalność leczniczą").

Z omawianej wysyłki wyłączone będzie szczepienie dodane jako zabieg na bieżącej wizycie (zostanie wysłane jako szczepienie bieżące).

Po rozpoczęciu eksportu wyświetlone zostanie okno *Rozpoczęcie wysyłki szczepienia historycznego*, prezentujące komunikaty z jego przebiegu. Jeżeli wysyłane dane zostaną zweryfikowane jako poprawne, a zalogowany użytkownik posiada skonfigurowany podpis elektroniczny ZUS, wyświetli się okno umożliwiające wpisanie do niego hasła.

Dla wysłanych poprawnie szczepień widoczny będzie w kolumnie "Wysłano do P1" znacznik 🗹

Wysłane i podpisane szczepienie historyczne będzie posiadało w *Rejestrze zdarzeń medycznych* (ścieżka: Rozliczenia > Rejestr zdarzeń medycznych) status "Potwierdzone". W przypadku braku podpisu pozycja taka uzyska status "Do podpisu". Szczepienia o takim statusie będą musiały zostać podpisane i przesłane z poziomu *Rejestru zdarzeń medycznych* (szczegóły w ogólnej <u>instrukcji obsługi programu</u>, w rozdziale "Zdarzenia medyczne").

Wysyłanie szczepień historycznych możliwe jest również z poziomu karty uodpornienia dostępnej w *Danych medycznych* pacjenta.

### 4.5 Zabiegi zlecone przez lekarza

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

#### 4.5.1 Zlecenie zabiegu w Gabinecie lekarskim

Ścieżka: Gabinet lekarza > Skierowania > Pielęgniarka / położna

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

Lekarz może zlecić pielęgniarce wykonanie następujących zabiegów:

- szczepienia
- podania leku
- pobrania materiału
- założenia opatrunku
- wykonanie badań diagnostycznych (funkcjonalność dostępna w ramach modułu dodatkowego <u>Pracownia diagnostyczna</u>)
- wykonanie testów diagnostycznych (od wersji 11.6.0 aplikacji mMedica)
- innego zabiegu niewymienionego powyżej

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

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

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

Bardzo istotnym elementem podczas wystawiania skierowania jest określenie częstotliwości wykonania zabiegu przez pielęgniarkę lub położną. Krotność zleconego zabiegu wpływa na sposób wyświetlania informacji o zleceniu w Gabinecie pielęgniarki na<u>liście pacjentów</u> oczekujących do gabinetu.

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

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

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

#### przycisku **War Usuń daty zleceń.**

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

	km długoterminow	Sanatorium	Pielęgniarka / Położna	Zaopatrzenie rehab.	Zaśw. lekarskie	Druk OL-9 (stan zdrowia)	Druk N-14 (stan zdrowia)	Druk PR-4 (rehabilitacja)	Zaśw. dla i ds. O	
Wizyta	1 (Nowe) 🙁 🍦									
POZ	Dane ogólne	•								]
Patr. i bilanse	Miejsce zabiegu: Komórka realizująca:	W gabinecie	W domu chore <u>c</u>	jo 📃 W domu c	horego (bez obe	cności lekarza) egów: 2				
	Daty zabiegów:	14-04-2025, 16-04-2	.025							
Karta DiLO	Rozpoznania	1			Nerror				Clémen	
		Ostre zapalenie r	nosa i gardła (	przeziębienie]	Ndzwd				Giowne	
Badania diag.										
Dane med.										
Skierowania	Rodzaje zabiegów Szczepienie	*	Rodzaj			Lek/szczepionka		Nr dawki		
Skale ocen										
Druki										!
	🔗 Podanie leku	*	) ma kanculki k	Nazwa	20 mg		Dawko	owanie	-	
Recepty		Actieror re 30	тту карзикі к	aps. otwierane	30 mg					
$\nabla$	Dokumenty medyczne	Dane podstawowe	Zalecenia	Wyślij do gabinetu piel	. Druku zleceni	e • 🔒	EDM	Autoryzuj	Umów następni	ą 🔹
										_
									-	

W wersji 11.4.0 aplikacji mMedica w prawym górnym rogu ekranu został dodany przycisk umożliwiający skopiowanie danych z wcześniejszego skierowania pacjenta (wskazanego w oknie wyświetlanym po wyborze przycisku). Kopiowanie obejmuje dane takie jak: miejsce zabiegu, komórka realizująca, rodzaje zabiegów z wyjątkiem szczepień.

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

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

W ramach modułu dodatkowego "Pracownia diagnostyczna" w omawianym oknie wyświetlany jest rodzaj zabiegu "Badanie". Po jego zaznaczeniu istnieje możliwość wyboru z dostępnego słownika, uruchamianego

przyciskiem 🔳, badania/badań diagnostycznych zlecanych do wykonania w Gabinecie pielęgniarki.

#### Ewidencja zabiegów

M Badanie	* Nazwa		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
			-
		'	
			1000
			101
			200
V Test	* Nazwa		
			_
		'	
M Inny	* Nazwa		
			_
		'	
			2014
			201
			74
		Ŧ	

Po zaznaczeniu pola "Inny" istnieje możliwość skorzystania ze słownika "Rodzaj innego zabiegu", definiowanego przez użytkowników, do którego uruchomienia służy przycisk

Od wersji 11.6.0 aplikacji mMedica w ramach omawianej funkcjonalności możliwe jest zlecanie testów diagnostycznych. W tym celu w oknie zlecenia należy zaznaczyć rodzaj zabiegu "Test", a następnie wybrać

odpowiedni test ze słownika uruchamianego przyciskiem 💌. Słownik ten zawiera dwa predefiniowane testy (zdj. poniżej), których dane nie podlegają edycji. Użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia, może rozszerzać go o dodatkowe, definiowane przez siebie pozycje.

🛨 Testy diagnostycz	me					×
Kod lub nazwa:						
Pracownia diag.:						🔇 🍼
Atrybut:		-	🎻 Tylko aktu	alne 🔛 Tylko re	efundowane	
Widok: <u>1</u> Preferowa	ne <u>2</u> Ostatnio wybierane	<u>3</u> Wszystkie				
* Kod		Nazwa		Procedura	Pracownia dia	.g.
TESTCC	Test antygenowy COVID-	19		V100		
▶ TESTPC	Test antygenowy COVID-	19 - COMBO		V101		
🚖 🖶 🖉	1			Wybierz	z (F5)	ście

W powyższym słowniku prezentowane są pozycje badań diagnostycznych, które w swoich danych mają przypisaną grupę o kodzie TESTYPIEL, zaznaczoną na poniższym zdjęciu. Dla tego typu pozycji wymagane jest uzupełnienie sekcji <u>Testy składowe</u>.

Badanie diagnostyczne X									
Kod: * TESTPC									
Nazwa: * Test antygenowy COVID-19 - COMBO									
Grupa: *	Grupa: * TESTYPIEL Testy								
Rodzaj:	Rodzaj:								
Procedura:	V101	Wirus grypy typu A i B/ SARS-CoV-2/ RS Antygen							
Okolica ciała:									
Badanie:									
Czy refund	lowane <mark>প Czy</mark>	aktualne							
Kod	ve	Nazwa	_						
	SARS-CoV-	2							
GRYPA	Wirus grypy	typu A i B	-						
	wań przed zabie	aiemt							
	wali przeu zabie	grenn.							
Troćć zgody p	acienta		-						
Tresc 2gody p	acjenta.								
			•						
		Zatwierdź Wyjście							
		. 44							

Testy składowe użytkownik wybiera ze słownika *Testy składowe*, otwieranego przyciskiem **\***. Słownik ten zawiera domyślnie zdefiniowane pozycje. Istnieje w nim również możliwość tworzenia nowych pozycji.

### 4.5.2 Realizacja zleconego zabiegu

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

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

Funkcje dodatkowe 👻 🍶 🔹 📰 🔹							🌢 🙆 • 🎦	Ċ
	Nowa wizyta NFZ 🔸 Nov	wa wizyta recepto	owa 👻 Nowa w	izyta komercyjna 👻	Dane wizyty	Odwołaj l	Jsuń Unieważnij	Roz
Nawigacja 🛞	Lista pacjentów	do gabine	etu pielęgni	arki				2
Wszyscy na dziś								
Zarejestrowani na dziś	<ul> <li>Pacjent</li> </ul>	ID pacjenta	Wiek	Umówiony na	Wizyta	Rodzaj	Status	^
Umówieni na dziś	🕨 Kowalska Joanna	4 2	2 lata 7 mies.	2018-12-05			Zlecenie	
	Kowalski Tomasz	1 4	lata 6 mies.	2018-12-05			Zlecenie	
umowieni na jutro								1
Z dzisiejszych wizyt								

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

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

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

*	Zabieg Historia zabieg	ów Karta uodpornienia	
Wizyta	Skierowanie	Przebieg zabiegu	^
Zabiegi	Data: 2018-12-05 Instytucja: (Proszę wpisać nazwę jednostki) Zlecający: Nowak Anna		
Patronaż i bilanse	Kod res. cz. VII: 001 - Poradnia lekarza POZ Kod res. cz. VIII: 0012 - Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej	▶ Odra, świnka, ró Wykonane Wykonane	
Opieka nad kobieta	Zlecony zabieg:	Uwagi:	^ <b>RY</b>
Opieka piel.	Miejsce wykonania: Gabinet szczepienie Odra, świnka, różyczka,	Podanie leku     Nazwa Dawka Nr serii Termin ważności Sposób podania Status	
Skierowania			
Recepty		Vwagi:	) BY
	Kopiuj do wykonania	Pobranie materiału	<b>~</b>
Historia wizyt	Dane Zalecenia	Drukuj.	Umów następną

W przypadku realizacji zlecenia, na którym wybrano badania diagnostyczne, po otwarciu wizyty jej widok ustawi się automatycznie na zakładce <u>Badania diag.</u>

Natomiast w przypadku zlecenia, na którym wybrano test diagnostyczny, a nie wybrano badania diagnostycznego, po otwarciu wizyty wyświetlona zostanie automatycznie zakładka <u>Testy</u>.



# Szablony kalendarza szczepień

W ramach modułu "Gabinet pielęgniarki" istnieje możliwość definicji własnych szablonów kalendarza szczepień do wykorzystania przy planowaniu szczepień pacjenta.

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

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

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

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

🛨 Szablony kalendarza szczepień		×
Nazwa: Tylko	aktualne	3
Widok:         1         Preferowane         2         Ostatnio wybierane         3         Wszystkie		
★ Nazwa		<u> </u>
Szablon1		
Szablon2		
		×
🚖 💠 🗣 💯	Wybierz (F5)	Wyjście 💦

Na dole okna dostępne są przyciski:

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

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

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

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

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

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

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

Do usunięcia zaznaczonej pozycji szczepienia służy przycisk 💻

Szablon kalendarza szczepień							×
Na	Nazwa: Szablon3						Aktualny
Sz	czepienia						
*	Nazwa	Nr dawki	Wiek	pacjenta		Opis	<u> </u>
$\vdash$	Odra ćwieka różwatka	2 7 2	Wartość	Jednostka	MMD		
-		1 - 2	6	Rok			
-	Bionica, tężec i krztusiec	123	0	ROK			
-		223	10	ROK			
$\frac{1}{r}$	Bionica, tężec i krztusiec	223	14	KOK	diap		
ŀ	Bionica, tężec	323	19	КОК			
							<b>~</b>
						A Think	The substance
						Zatwierdz	Wyjscie

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

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

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

Od wersji 10.6.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość całkowitego usunięcia szablonu. Służy do tego przycisk

, dostępny w lewym dolnym rogu okna danych szablonu. Dla szablonu predefiniowanego (o nazwie "Podstawowy") przycisk ten jest nieaktywny.

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

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

skorzystaniu z przycisku **Zaplanuj szczepienia wg kalendarza** w słowniku *Szablony kalendarza szczepień*, który się wyświetli, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję i nacisnąć **Wybierz** (przycisk na dole okna). Wówczas wygenerowany zostanie plan szczepień pacjenta zgodny ze wskazanym szablonem. Planowane daty szczepień zostaną wyznaczone na podstawie daty urodzenia pacjenta i wieku określonego dla poszczególnych pozycji szablonu.
Dokładne informacje na temat funkcjonalności planowania szczepień pacjenta wg kalendarza znajdują się w ogólnej <u>instrukcji obsługi programu</u>, w rozdziale "Planowanie szczepień z kalendarza".

# Rozdział 6 Sprawozdania kwartalne ze szczepień

### Ścieżka: KSIĘGI i RAPORTY > Formularze

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w wersji 10.2.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość tworzenia następujących sprawozdań:

- Sprawozdania kwartalnego z przeprowadzonych szczepień ochronnych
- Sprawozdania kwartalnego z wystawionych kart uodpornienia

Aby wygenerować dane sprawozdanie, należy w wyżej wymienionej ścieżce wyszukać i zaznaczyć w górnej części ekranu odpowiedni rodzaj formularza, a następnie w panelu dolnym wybrać przycisk **Nowy**, wskazany na poniższym zdjęciu.

	Wyszukiwanie zaawansowane	🛜 Dostępne	formularze				
		* Kod		Nazwa		Status	Opis 🔺
	SPRAW_KWART	SPRAW_KWART_	SZCZEP Sprawozdanie	e kwartalne z przeprowa	dzonych szczepień ochronnych	Aktualny	Sprawo
	Nazwa:	SPRAW_KWART_UC	DDPOR Sprawozdanie	kwartalne z wystawionych k	art uodpornienia	Aktualny	Sprawo:
~ ~ ~	Zastosuj Wyczyść	<	zdanie kwartalne	z przeprowadzony	ch szczepień ochronnych		× >
		+ Osoba personel	lu Data		Opis		
		Nov	wak lan 23-02-2024 1	2·18·3 Sprawozdanie kw	ops	czenień oc	bronnych
		<	1 1 1	zrzoną sprawozdanie Kw	ar cane z przeprowadzonych sz		>

Po wykonaniu tej czynności wyświetlą się kolejno okna *Podaj wartość parametru rok* oraz *Podaj wartość parametru kwartał*, umożliwiające wpisanie roku oraz numeru kwartału, których ma dotyczyć sprawozdanie. Następnie uruchomi się okno generacji sprawozdania.

Utworzone sprawozdanie będzie prezentowane później w postaci rekordu tabeli widocznej w dolnej części ekranu. Po wyborze przycisku **Pokaż** wyświetlony zostanie jego podgląd. Do usunięcia sprawozdania służy przycisk **Usuń**.

### > Sprawozdanie kwartalne z przeprowadzonych szczepień ochronnych

Wartości w oknie sprawozdania zliczane są na podstawie szczepień zrealizowanych w *Gabinecie pielęgniarki*, wg ilości wykorzystanych szczepionek.

Druk: Sp	orawozdanie kwartalne z przej	prowadzo	onych szcz	zepień od	chronnych			
Druk formu	dgląd (F8)	wienia strony	Gen	eruj (F5)	-			
Opis: Spra	wozdanie kwartalne z przeprowadzonych szczepień	ochronnych						
	Sprawozdanie z przeprov	wadzony	/ch obov	viązkow	vych szczepień ochronnych	^		
Nazwa i adr	res jednostki sprawozdawczej	Kurad	talno envavoa	dania z	Adresat			
Kod identyfi	kacyjny składającego sprawozdanie	Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych sporządzone według ilości wykorzystanych szczepione			i ug nek Wybierz			
Numer iden	tyfikacyjny - REGON	od 01.0	01.2024 do 31	.03.2024	Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni od daty zakończenia kwartału			
L.p.	Nazwa szczepionki	Jednostka miary	Ilość zużytej szczepionki	Liczba podanych dawek	Uwagi/komentarze			
	1	2	3	4	5			
1 Priorio	κ™ proszek i rozp. do sporz. roztw. do wstrz.	(brak)	. 0	1				
	(miejscowość i data)	Wyjaśnienia d	otyczące sprawc	ozdania można	uzyskać pod numerem telefonu (nadruk lub pieczątka osoby działącej w imieniu sprawozdawcy zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis)			

### > Sprawozdanie kwartalne z wystawionych kart uodpornienia

Wartości w oknie sprawozdania zliczanie są na podstawie kart uodpornienia ewidencjonowanych w **Gabinecie pielęgniarki** oraz w **Rejestrze przechowywanych kart uodpornienia** (Ewidencja > Specjalne > Rejestr przechowywanych kart uodpornienia).

W kolumnach "według stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego" oraz "usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji" dane należy uzupełnić samodzielne.

### Sprawozdania kwartalne ze szczepień

Druk	: Sprawozdanie	e kwartalne z w	vystawionych ka	art uodpornienia					
Druk fo	ormularza								
Q	Podgląd (F8)	Drukuj	Ustawienia strony	Generuj (F5)					
Opis:	Sprawozdanie kwartalne	z wystawionych kart uodp	pornienia						
	Sprawozo	danie z przep	orowadzonycł	n obowiązkow	ych szczepie	eń ochronny	rch 🦷		
Nazwa i	i adres jednostki sprawozda	wczej			Adresat				
	111100		Kuste	I					
			z obowiązkowych szc	ine sprawozdanie zepień ochronnych sporząd	zone				
			według informacji zav	wartych w kartach uodporn	ienia				
			przechowywanych pr	zez składającego sprawozo za okres	WYBIERZ	WYBIERZ			
Numer	identyfikacyjny - REGON	5a.	od 01.0:	1 do 31.03 2024r.		Sprawozdanie należy przekazać w terminie			
		Karty uodpo	rnienia przechowyv	wane przez składając	ego sprawozdani	ie	irtaiu		
				Liczba kart uodpoi	rnienia				
	Rok	według stanu		w okrese spraw	usunietvch		według stanu		
urodzenia pacjenta sy		v ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego	założonych przez składającego sprawozdanie	otrzymanych od innych podmiotów	z kartoteki z powodu zgonów, emigracji	przekazanych innym podmiotom	w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego		
		1	2	3	4	5	6		
1	2024		0	0		0	0		
2	2023		0	0		0	0		

Edycja danych sprawozdania możliwa jest w polach oznaczonych żółtym kolorem. Sprawozdanie zostanie dodane po wyborze przycisku **Zatwierdź**. W celu jego wydruku należy wybrać przycisk **Drukuj**.



# Testy diagnostyczne

W wersji 11.6.0 aplikacji mMedica w oknie wizyty, realizowanej w Gabinecie pielęgniarki, została udostępniona możliwość ewidencji danych wykonania testów diagnostycznych (zdj. poniżej).

	Test 1 🗵 🌵	
	Zlecenie	
Wizyta	Data: 18-06-2025 14:10 🔻 Zlecający: 18 Nowak Jan	
*	Test	_
Zabiegi	Pacjent niemobilny	
	Data pobrania próbki:  Nr próbki:	
Testy	Źródło finansowania: 🧾 Środki NFZ 🔄 Inne środki publiczne 🔄 Finansowanie komercyjne	
	Wyniki Uwagi Uwagi	
Badania diag.	Data:	
	Składowa wyniku Wynik     SARS-CoV-2	
Dane med.	Wirus grypy typu A i B	
	RS - Antygen	
Patronaż		Ŧ

Jeżeli wizyta realizowana jest na podstawie <u>zlecenia wystawionego w Gabinecie lekarza</u>, w oknie podpowiedzą się dane testu wskazanego na zleceniu. W przypadku gdy zlecenie zawiera kilka testów, ich dane wyświetlą się na odrębnych zakładkach (**Test 1**, **Test 2** itd.).

Aby dodać kolejny test (utworzyć nową zakładkę), należy wybrać przycisk z symbolem zielonego plusa.

Na zakładce istnieje możliwość wyboru pozycji ze słownika testów diagnostycznych (w sekcji <u>Test</u>), opisanego w rozdziale <u>Zlecenie zabiegu</u>. Dostępne są również pola służące do wprowadzenia istotnych informacji dotyczących wykonania testu.

W sekcji <u>Wyniki</u> w celu przypisania wyniku do poszczególnych składowych należy wybrać odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej w kolumnie "Wynik" (zdj. poniżej).



### Testy diagnostyczne

Wprowadzenie danych wykonania testu w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą zabiegów spowoduje dodanie wpisu do tej księgi przy autoryzacji wizyty.



# Badania diagnostyczne

W ramach modułu dodatkowego "Pracownia diagnostyczna" w Gabinecie pielęgniarki została udostępniona możliwość ewidencji wykonanych badań diagnostycznych. Dokonuje się jej po wyborze ikony **Badania diag.**, dostępnej w przypadku aktywności wspomnianego modułu.

	Badanie 1 🗵 Badanie 2 🗵	•		
A.C.A.	Badanie: EKG001 EKG w spoczynku		Przebieg:	🔻 📄 Pomiar 🔺
	Opis	Zalece	nia	
Wizyta		^ <b>3</b> 54		^ <b>25</b> 1
X		<b>35</b> 2		<b>352</b>
Zabiegi	Pobrane materiały			
	* Nazwa	Data pobrania Nr preparatu	Utrwalono w Utrwalono w (inne)	
36				
Badania diag.				
				<b>_</b>
Dane med.	Załączniki —			
Patronaż				
i bilanse				
Druki				5
Opieka nad				
kobieta				261
				V 222 V
$\nabla$	Dokumenty medyczne Dane podstawowe	💓 Zalecenia 🛛 🚽 Drukuj 🕠	EDM 😈 Autor	yzuj 💽 Umów 🕇

Działanie powyższego okna jest identyczne z działaniem okna ewidencji badań w module "Pracownia diagnostyczna", opisanego w instrukcji obsługi tego modułu, w rozdziale "Okno wizyty".

Jeżeli wizyta realizowana jest na podstawie <u>zlecenia wystawionego w Gabinecie lekarza</u>, w którym wybrano badania diagnostyczne, badania te podpowiedzą się w omawianym oknie na osobnych zakładkach (**Badanie 1**, **Badanie 2**, itd.).

Powyższy sposób działania dotyczy również wizyty typu "Medycyna pracy (specjalista)" realizowanej na podstawie rezerwacji z zaplanowanymi badaniami diagnostycznymi, przypisanej do personelu w rodzaju "Pielęgniarka", według wytycznych zawartych w instrukcji obsługi modułu "Medycyna pracy", w rozdziale "Planowanie badań i konsultacji".

Wprowadzenie danych o wykonanym badaniu w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą zabiegów spowoduje dodanie wpisu do tej księgi przy autoryzacji wizyty.



## Dane medyczne

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Dane med.

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

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

Ich ewidencja opisana została szczegółowo w odrębnych rozdziałach niniejszej instrukcji.

		Karta środowiskowa	Karta środ. cieżarnej	Karta położnicy	y Karta opieki piel.	Karta DiLO	Karta ChUK	Ankieta gruźlicy	Patronaż i bilanse	Siatki centylowe	Wywiad me pracy	ed. 🔶
	*	Data utworzenia					Wpisujący				Akt. 🔺	10001
Wizyta	<b>▶</b> 08-	11-2022 12:1	4 Nowak Anna								<ul> <li>Image: A set of the set of the</li></ul>	-A
Zahieni												
											¥	
Dane med.	Wizyt	y w trakcie opieł	ci ————									
×	*	Data		Realizuja	ący			)	(omórka org.		^	1000-1
	<b>▶</b> 08-	11-2022 Nov	vak Anna				Poradnia					EA
Patronaż i bilanse												

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

poszczególnych pozycji wyświetlą się po wybraniu przycisku 🔛



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

Przejście do danych medycznych pacjenta jest możliwe również z poziomu *Kartoteki pacjentów* oraz z poziomu okna *Gabinetu* lekarskiego. Ogólny opis funkcjonalności okna *Dane medyczne* znajduje się w <u>instrukcji obsługi</u> programu mMedica.



# Patronaż i bilanse

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

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

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

W Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji Gabinet > Różne, w sekcji <u>Autoryzacja wizyty</u> został udostępniony parametr **"Koryguj kod świadczenia"**, domyślnie wyłączony. Jego włączenie spowoduje automatyczne ustawianie przy autoryzacji wizyty, w jej danych podstawowych, kodu świadczenia:

- 17 (Bilans zdrowia) w przypadku wizyty z utworzonym bilansem,
- 7 (Wizyta patronażowa) w przypadku wizyty z utworzonym patronażem realizowanej w *Gabinecie* pielęgniarki,
- 5 (Porada patronażowa) w przypadku wizyty z utworzonym patronażem realizowanej w *Gabinecie* lekarza.

### 10.1 Patronaż noworodka

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Patronaż i bilanse > Patronaż noworodka

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

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

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

do karty patronażowej, do czego służy przycisk **Dodaj bieżącą wizytę do patronażu** [11]. Po jego wybraniu zostanie utworzona zakładka z kolejnym numerem wizyty realizowanej w ramach karty (zdj. poniżej), umożliwiająca wprowadzenie danych.

	Image: Siatki centylowe       Image: Siatki centylowe <th>życia</th> <th></th>	życia	
	Dane ogólne / Wywiad Wizyta 1 (02-10-2021) Wizyta 2 (bieżąca)		
Wizyta	Zachowanie	^	de l
~	Spokojne Pobudzone Apatyczne Krótko śpi Płacz w określonych godzinach		-
	Ciepłota ciała		-
Zabiegi	Prawidłowa     Noworodek przegrzany     Noworodek przeziębiony	_	
	Napięcie mięśni Wzmożone Wzmożone		్ల
Dane med	Chán -		
	Skora       Skora         Prawidłowa       Błada       Zażółcenie słabe       Zażółcenie intensywne       Zasiniona         Czysta       Zmiany chorobowe       Ciemieniucha       Wysypka       Odparzenia       Łuszcząca się		
Patronaż	Oddech		
	Prawidłowy Bezdech Sapka		
	Jama ustna		
Druki	Czysta Pleśniawki		

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

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

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

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

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

przycisk **Kopiuj z poprzedniej wizyty** umiejscowiony w prawej górnej części okna na zakładce bieżącej wizyty.

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

### 10.2 Patronaż pielęgniarki środowiskowej

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Patronaż i bilanse > Patronaż pielęgniarki środowiskowej

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

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

	itki centylowe	Patronaż	Patronaž piel. środ.	69. tydzień życia	34. miesiąc życia	6. miesiąc życia	9. miesiąc życia	, <b>(</b>
Dane og	ólne / Wywiad	Wywiad rodzie	ca / opiekuna	Nizyta 1 (bieżąca)	)			
Wizyta Pomiary -								
Masa ciał	a (g):	Cent	yl:					-
Długość c	iała (cm):	Cent	yl:					
Zabiegi Obwód gł	owy (cm):	Centy	yl:					
Obwód KL	P (cm):							Ľø
Dane med Test prze	siewowy w kieru	inku wrodzonej	dysplazji stawów	biodrowych ——				
Prawi	dłowy 📃 Niep	orawidłowy						
Test prze	siewowy w kieru	ınku zaburzeń i	ozwoju psychomo	torycznego ——				
Patronaż Prawi	dłowy 📃 Niep	orawidłowy Oj	pis:					

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

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

### 10.3 Bilanse zdrowia dziecka

### Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Patronaż i bilanse

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

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

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

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

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

Trzecia zakładka **Badanie lekarskie** służy do poglądu danych <u>badania lekarskiego</u> przeprowadzonego przez lekarza POZ.

Na podstawie wykonanych pomiarów wprowadzonych do programu, obliczane są centyle, prezentowane w polu "Centyl". Następnie, centyle są automatycznie przenoszone na poszczególne wykresy <u>siatek</u> <u>centylowych</u>.

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

W wersji 10.9.0 aplikacji mMedica dane bilansów zostały zaktualizowane (dodano nowe pola).

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

		12. miesiac życia	2. rok życia	4. rok życia	6. rok życia	910. rok życia	1314. rok żvcia	16. rok życia	1819. rok żvcia	
	Pomiary i testy prze	esiewowe Wyw	iad rodzica/opieki	una Badanie	lekarskie Zał	ączniki				1
Wizyta	Pomiary								]	4
~	Masa ciała (kg):	<b>12</b> Ce	ntyl: 1	]						-
	Długość ciała (cm):	90 Ce	ntyl: 0	]						-
Zabiegi	Wskaźnik BMI:	14,8 Ce	ntyl: 33	]						
: =0	Obwód głowy (cm):	Ce	ntyl:	]						0
Dane med	Ciśnienie tętnicze:	/	Centyl:	1						
	Ciemię przednie:					]				
	Szwy czaszkowe:					]				
Patronaż i bilanse	Test przesiewowy w	kierunku zaburze	ń wzroku ———							
	Zez: Widoczny	Niewidoczny	Test Hirschberg	ja: 📃 Ujemny	Dodatni Co	over test: 📃 Uje	emny 📃 Dodatn	ii		
	Test przesiewowy w	kierunku zaburze	ń słuchu (ocena r	eakcji słuchowy	ch oraz obecnoś	ci czynników ryzy	ka uszkodzenia sł	uchu) ———		
Opieka nad kobieta	Prawidłowy	Nieprawidłowy								
-	Test przesiewowy w	kierunku wnętro	stwa							
	Jądra w mosznie	e 🔄 Jądra w ka	nale pachwinowy	n 🔡 Jądra nie	ewyczuwalne					
$\mathbf{\nabla}$	Dane podstawowe	Zalecenia	Drukuj					Autoryzu	uj 💽 Umo	ów epną

Na realizowanej wizycie pacjenta można dodać tylko jeden bilans. Dopóki bilans widnieje w programie jako otwarty, niezakończony, nie ma możliwości otwarcia nowego bilansu w ramach pacjenta. Jeśli istnieje konieczność usunięcia wprowadzonych danych, można usunąć bieżącą wizytę z bilansu za pomocą przycisku

. Należy pamiętać o tym, że jeśli usunięciu podlega ostatnia wizyta w ramach bilansu, z programu zostanie usunięty cały bilans.



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

edycja będzie możliwa poprzez wybranie przycisku

Otwórz do edycji.

Przy próbie utworzenia patronażu/bilansu, jeżeli na wcześniejszej wizycie pacjenta istnieje otwarty tego typu dokument, wyświetlany jest komunikat informujący o konieczności zamknięcia tego dokumentu wraz ze wskazaniem wizyty, na której należy to wykonać. Przykładowa treść komunikatu zaprezentowana jest poniżej.



W celu wydrukowania wprowadzonego bilansu należy wybrać przycisk

### 10.3.1 Bilans lekarza POZ

Ścieżka: Gabinet lekarza > Patronaż i bilanse

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

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

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

	<ul> <li>Image: A set of the set of the</li></ul>	<b>i</b>		2	- <u>-</u>			<u>.</u>	10 10 anh àmin	
<b>iii</b> Wizyta	Pomiary i testy przesiewo	we Wywiad rodzica/opiek	Jina Badanie lekars	kie Załącz	eniki	910. TOK Zycia	TSI-14, TOK ZYCIA	TO, TOK ZYCIA	To 19. TOK Zycia	
	Badania lekarskie									
22	Skóra:		▼.	Głowa:				<b>•</b>		_
POZ	Szyja:		▼.	Oczy:				<b>•</b>		
	Uszy:		▼.	Jama ust	:na/gardło:			<b>•</b>		
Patr. i bilanse	Węzły chłonne:		▼.	Płuca:				<b>•</b>	j	Ľø
	Serce:		▼.	Brzuch:				▼		
Karta DiLO	Układ moczowo-płciowy:		▼.	Układ ko	stno-stawowy:			▼		
	Stan odżywienia:	Prawidłowy 🚺 Otyłość	Niedobór masy o	ial Inne odc	hylenia żywienia:			<b>•</b>	]	
Badania diag.	Odchylenia w badaniach dodatkowych:		-							
	Wystawione skierowania -									
Dane med.	* Rodzaj				Dane					
	Þ									
Skierowania										
Ital	Zale conia								¥	
Skala Barthel				A Pora	da żywieniowa (r	dieta witaminy):	[			
Ral Mean				Szcz z ka	epienia ochronne lendarzem szczej	e zgodnie pień:	TAK NIE			

Przygotowanie słowników do opisania badania lekarskiego:

Przed rozpoczęciem ewidencji bilansów dziecka zaleca się uzupełnienie słowników badania lekarskiego o dane, które bedą wykorzystywane do ewidencji przebiegu badania. Przygotowanie słowników w znaczący sposób wpłynie na przyspieszenie pracy lekarza. W tym celu należy utworzyć bilans dla wieku i przejść na zakładkę Badanie lekarskie. W sekcji o tej samej nazwie znajdują się pola do opisania badania np. skóra, szyja, uszy, serce. Aby do słownika opisującego np. skóre dodać pozycje, należy kliknąć w przycisk 🔄

otwierający okno dialogowe. W oknie należy wprowadzić pozycje słownika. Jeśli pozycje zostaną wprowadzone od nowej linii (oddzielone znakiem Enter), po rozwinięciu listy rozwijanej będą prezentowane jako osobne pozycje.

_		Badanie skóry	×				L 🕅	<b>F</b> a	
	prawidłowa przeźroczysta zaczerwieniona			Pomi	Siatki centylowe ary i testy przesiew	Patron vowe	naż 69. tydzień życia Wywiad rodzica/opieku	34. miesiąc życia na Badanie k	6. miesiąc życia ekarskie
	żółta szorstka			Badan	ia lekarskie ———				
	z wypryskami			Skora	:	prawi	dłowa idłowa		<b>T</b>
	4	2	~	Szyja		przeź zacze	roczysta rwieniona		
	•	Zatwierdź Wviście		Wezh	chłonne	żółta	tka		
l				Serce	cinoine.	z wyp	ryskami		<b>T</b>
				Układ	moczowo-płciowy:				▼

W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica w Module Personalizacyjnym udostępniono możliwość skopiowania danych

bilansu wprowadzonych w sekcji <u>Badania lekarskie</u>. Dokonuje się tego przyciskiem **Leven**. Skopiowane dane zostaną zapamiętane dla lekarza, który realizował wizytę, i będą później podpowiadane na jego kolejnych wizytach przy dodawaniu tego samego rodzaju bilansu.

### 10.4 Siatki centylowe

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Patronaż i bilanse > Siatki centylowe

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

Na podstawie pomiarów ewidencjonowanych w ramach przeprowadzonego <u>bilansu</u>, na siatkę nanoszone są dane na dwie osie:

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

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



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

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



# Druki

### Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Druki

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

Po naciśnięciu powyższej ikony i wybraniu przycisku wyświetli się lista dostępnych rodzajów dokumentów.

, umiejscowionego po prawej stronie okna,

	* •	Nazwa	
*		Formularze dostępne w Gabinecie X	1
Wizyta			
		Widok: <u>1</u> Preferowane <u>2</u> Ostatnio wybierane <u>3</u> Wszystkie	
Zabiegi		Kod 🕂 Nazwa Grupa A	
		GAB_KART_INFO Karta informacyjna o świadczeniach udzielonych osobie upra	
		GAB_KARTA_KONS Karta konsultacji medycznej	
		GAB_KARTA_ZGONU Karta zgonu Karta zgonu	
Dane med.		GAB_MZ/N-1a MZ/N-1a Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego	
		GAB_NIEBIESKA_KARTA_A Niebieska karta – część A	
		GAB_ODCZYN_BCG Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu	
Patronaż		GAB_ODCZYN_INNY_NIZ_BCG Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu	
i bilanse		GAB_ORZECZ_LEK Orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela	
		GAB_ORZECZ_LEK_DOT_KSZT_ZA Orzeczenie lekarskie dotyczące kształcenia i nauki zawodu	
		GAB_ORZECZ_LEK_SAN_EPID Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych	
Druki		GAB_OSW_ODMOWA_LECZENIA Odmowa przyjęcia pacjenta przez lekarza	
and the second		GAB_UPRAWNIENIE_BECIKOWE Zaświadczenie lekarskie/wystawione przez położną, uprawnia	
		GAB_ZASW_LEK_O_STANIE_ZDRO Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka	
Onieka nad		GAB_ZASW_LEK_O_STANIE_ZDRO Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia pacjenta	
kobieta		GAB_ZASW_LEK_OPIEKA_DZIECKO Zaświadczenie lekarskie o okresie, w którym konieczne jest s	
		GAB_ZASW_LEK_UPR_DO_WSP_D Zaświadczenie lekarskie uprawniające do korzystania ze wsp	
		GAB_ZASW_O_PRZE_DO_PRZEW Zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do przewożenia	
Onjeka njel		GAB_ZASW_O_PRZE_DO_UZYW_PAS Zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do używania pas	
opreka pres		GAB_ZASW_OPTEKA_SPEC         Zaświadczenie dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych	
- Farmer			
		😙 Dodaj do grupy Usuń z grupy 💽 Wybierz (F5) 🛃 Wyjście	
Skierowania			
Recepty			

Powyższa funkcjonalność działa analogicznie jak w Gabinecie lekarza. Jej dokładny opis znajduje się <u>instrukcji obsługi</u> programu mMedica w rozdziale "Druki".

W wersji 11.6.0 aplikacji mMedica w *Gabinecie pielęgniarki* na wizycie z zakresu medycyny pracy, realizowanej w ramach modułu Medycyna Pracy, udostępniono dodatkowe druki: "Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia kierowcy", "Oświadczenie pracownika ochrony fizycznej", "Wskaźnik niepełnosprawności głosowej".



# Opieka nad kobietą

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

- Indywidualna karta środowiskowa
- Karta środowiskowa ciężarnej
- Karta położnicy

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

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

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

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

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

Dane ogólne / Wywiad Wizyta 1 (17-09-2019) Wizyta 2 (bieżąca)		
Stan pacjenta		- de 1
Waga (kg): Wzrost (cm): Ciśnienie: /	Tętno: Temperatura:	-
Upławy:	Obrzęki:	-
Bóle:	Żylaki:	
Krwawienia:		0

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

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

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

### 12.1 Karta środowiskowa

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka nad kobietą > Karta środowiskowa

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

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

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

	Karta środowiskowa Karta środ. ciężarnej Karta położnicy	
Wizyta	Dane ogólne / Wywiad Plan opieki Wizyta 1 (bieżąca)	
	Pacjent ^	
Zabiegi	Stan cywilny: Zamężna/żonaty 🔹 Wykształcenie: Wyższe 🔹 Stopień niepełnosprawności: Lekki Umiarkowany	-
	Rodzaj i charakter pracy	
	Czynna zawodowo Nie pracuje Renta	
Patronaż	Miejsce pracy: Wykonywany zawód:	
I bilanse	Sytuacja ekonomiczna rodziny —	
	Dochody stałe     Dochody okresowe     Brak dochodów	
Opieka nad	Warunki mieszkaniowe	
kobieta	💽 Z wygodami 🔄 Bez wygód Wyposażone w: 🖌 Łazienkę 🖉 WC 🔗 Gaz 🔗 CO Zamieszkuje: 🔄 Sama 💽 Z rodziną Liczba osób: 🛛 3	
	Liczba izb: 3 Metraż: 79 Piętro: 2	
Opieka piel.	Wywiad ginekologiczny	
	Ostatnia miesiączka: 2018-11-20 🔻 Cykl miesiączkowy: 📄 Nieregularny 💿 Regularny Co ile dni: 🛛 28	
	Krwawienie miesiączkowe: Bolesne Niebolesne Obfite Skąpe 🍥 Normalne	
Skierowania	Liczba porodów: 2 Liczba poronień: 0	
	Ostatnie badanie ginekologiczne: 2018-08-07 🔻 Ostatnie badanie cytologiczne: 2018-08-07 💌	
<u>.</u>	Ostatnie badanie piersi:        •     Ostatnie badanie osteoporozy: •	
Recepty	Przebieg ciąży, porodu, połogu	
(CD-9		

Na karcie dostępna jest zakładka **Plan opieki.** Dokładny opis sposobu wprowadzenia planu opieki zawiera rozdział dotyczący funkcjonalności <u>karty opieki pielęgniarskiej</u>, w ramach której również istnieje możliwość takiej ewidencji.

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

3

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

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

### 12.2 Karta środowiskowa ciężarnej

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka nad kobietą > Karta środowiskowa ciężarnej

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

przycisk **Dodaj kartę**, który aktywuje pola do wprowadzania danych. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentką, położna uzupełnia pola dostępne na karcie, wprowadzając informacje o sytuacji ekonomicznej, warunkach mieszkaniowych, charakterze wykonywanej pracy, stanie ogólnym ciężarnej itd. Wraz z założeniem karty tworzona jest zakładka *Wizyta...*, na której położna może opisać bieżący stan zdrowia pacjentki na podstawie wywiadu przeprowadzonego w dniu wizyty m.in. ciśnienie, tętno płodu, wysokość dna miednicy, czy występują bóle. Na zakładce bieżącej wizyty istnieje również możliwość dodania załącznika.

		<u>a</u>	- <u>R</u>			
- <b>5</b>	Karta środowiskowa	Karta środ. ciężarnej	Karta położnicy			
	Dane ogólne / Wywia	ad Plan opieki V	zyta 1 (bieżąca)			
	Pacjent				^	<b>4</b>
×	Stan cywilny: Zamężi	na/żonaty	Wykształcenie:   Stopień niepełnosprawności:   Lekki   Umiarkowa	wany Znaczny		_
	Rodzaj i charakter pra	асу				
Zabiegi	Czynna zawodowo	o 🔜 Nie pracuje	Renta			~
	Miejsce pracy:		Wykonywany zawód:			ॅछ
	Rodzaj pracy: 🗾 Sto	ojąca 🥥 Siedząca	Męcząca Czas dojazdu (min):			
Dane med.	Svtuacia ekonomiczna	a rodziny —				
	Dochody stałe	Dochody okresowe	Brak dochodów			
	Warunki mieszkaniow	le				
Patronaż i bilanse	Z wygodami	Bez wygód Wyposa:	one w: Łazienkę WC Gaz CO Zamieszkuje: Sama Z rodziną Liczba osób:			
	Liczba izb:	Metraž:	Pietro:			
	Chan an flow sinternat					
Druki	Stan ogoiny cięzarnej					
illine.	OM:	G				
	Odczyn Coombsa:	Ujemny Dodat	i Odczyn WR: Ujemny Dodatni HBs: Ujemny Dodatni			
Opieka nad kobieta	Przebieg poprzednich	ciąż, porodów, połogo	w, poronień			
				1 381		
				400		
Opieka piel.						
_	L			Y	Y	

Na karcie dostępna jest zakładka **Plan opieki.** Dokładny opis sposobu wprowadzenia planu opieki zawiera rozdział dotyczący funkcjonalności <u>karty opieki pielęgniarskiej</u>, w ramach której również istnieje możliwość takiej ewidencji.

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

N	ykonanie plar	nu opieki:			
*	Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji	^	
]	<ul> <li>Image: A set of the set of the</li></ul>	201	Interw1		=3
		202	Interw2		
Γ					

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

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

### 12.3 Karta położnicy

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka nad kobietą > Karta położnicy

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

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

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

Karta środowiskowa Karta środ. ciężarnej Karta położnicy	
Dane ogólne / Wywiad Plan opieki Edynburska skala depresji poporodowej Wizyta 1 (10-11-2022) Wi	zyta 2 (bieżąca)
Wizyta Pacjent	^ _ <b>_</b>
Stan cywilny: Zamężna/żonaty 🔹 Wykształcenie: 💽 Stopień niep	ełnosprawności: Lekki
Praca	
Zabiegi 🕒 Czynna zawodowo 🗌 Nie pracuje 🗌 Renta	
Sytuacia ekonomiczna rodziny	
Dochody stałe Dochody okresowe Brak dochodów	
Dane med. Warunki mieszkaniowe	
Z wygodami Bez wygód Wyposażone w: Łazienkę WC Gaz CO Zamieszkuje:	Sama Zrodziną Liczb
Liczba izb: Metraż: Pietro:	
Patronaż	
Higiena osobista i w rodzinie	
Bez zastrzeżeń Zastrzeżenia	
Poziom wiedzy zdrowotnej	
Brak Częściowy Pełny	
Przebyte choroby	
Z historii rozpoznań: Inne:	
kobieta Kod Nazwa	^
R49.1 Afonia	
Opieka piel.	

Na karcie dostępna jest zakładka **Plan opieki.** Dokładny opis sposobu wprowadzenia planu opieki zawiera rozdział dotyczący funkcjonalności <u>karty opieki pielęgniarskiej</u>, w ramach której również istnieje możliwość takiej ewidencji.

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

W	ykonanie plar	nu opieki:			
*	Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji	^	
Ĩ	<ul> <li>Image: A second s</li></ul>	201	Interw1		3
		202	Interw2		
Г					

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

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

	Karta środowiskowa Karta środ. ciężarnej Karta położnicy		
	Dane ogólne / Wywiad Plan opieki Edynburska skala depresji poporodowej Wizyta 1 (10-11-2022) Wizyta 2 (bieżąca)		
Wizyta	1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia	<u>^</u>	
	0 – tak często jak zazwyczaj		T
	1 – trochę rzadziej niż zwykle		-
Zabiegi	2 – zdecydowanie rzadziej niż zwykle		
	3 – zupełnie nie byłam zdolna do radości		
	2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją		
Dane med.	● 0 – tak jak zawsze		
	1 – rzadziej niż zawsze		
	2 – zdecydowanie rzadziej niż zwykle		
Patronaż	3 – nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją		
i bilanse	3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało		
	3 – tak, w większości przypadków		
	2 – tak, czasami		
Druki	1 – rzadko		
	0 – wcale		
Opieka pad	4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się		
kobieta	0 – zupełnie nie		
	1 – raczej nie		
<u>(19</u>	2 – czasami		
Opieka piel.	3 – tak, bardzo często		

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

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



# Opieka pielęgniarska

W ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w programie mMedica istnieje możliwość prowadzenia karty opieki pielęgniarskiej oraz przeprowadzenia ankiety gruźlicy, a także uzupełnienia skali Barthel oraz skali Glasgow. Dostępna jest również obsługa karty profilaktyki ChUK.

Od wersji 10.12.0 aplikacji mMedica, jeżeli w Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji Gabinet > Różne, w sekcji <u>Autoryzacja wizyty</u> został włączony parametr **"Koryguj kod świadczenia"**, przy autoryzacji wizyty z uzupełnioną ankietą gruźlicy lub utworzoną kartą profilaktyki ChUK w danych podstawowych wizyty automatycznie uzupełniany jest kod świadczenia **20** (Badanie (test) przesiewowe), pod warunkiem, że nie został na tej samej wizycie dodany patronaż/bilans (jeżeli został, ustawiany jest automatycznie kod dla tego rodzaju świadczenia).

### 13.1 Karta opieki pielęgniarskiej

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka piel. > Karta opieki piel.

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

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

Karta obejmuje informacje zgromadzone na 5 zakładkach:

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

### Opieka pielęgniarska

	Karta opieki piel. Ankieta gružilov Skala Barthel Skala Glasgow Karta profilaktyki ChUK	
- 🥐 r	Dane swiadczeniobiorcy Stan zdrowia Wywiad środowiskowo-rodzinny Dane o funkcjonalności świadczeniobiorcy Plan opieki Świadczenia	
	Stan pacjenta Dane antropometryczne ^	T
~	Zdrowy O Chory Nosicielstwo HBs Wzrost (cm): 185 Waga (kg): 95 Data pomiaru:	-
	Występujące alergie — Nałogi —	
Zabiegi	leki; jad węża	٢
	Choroby zasadnicze	
Dane med.	Z chorób przewlekłych: Inne:	
	Kod Nazwa	
Patronaž	I ✓ E07.9 Choroby tarczycy, nie określone	
i bilanse		
-	Choroby współistniejące	
Opieka nad	Z chorób przewlektych: Inne:	
kobieta	*     Kod     Nazwa       *     Church Instrument of Lange	
	EU7.9 Choroby tarczycy, nie okresione	
Opieka piel.	▼	

Część danych znajdujących się na zakładkach *Dane świadczeniobiorcy* oraz *Stan zdrowia* podpowiadanych jest przez program automatycznie na podstawie danych, które zostały wcześniej zaewidencjonowane np. z uzupełnionych czynników ryzyka, złożonych deklaracji POZ czy stale podawanych leków:

Sekcja: Występujące alergie / Nałogi

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

Sekcja: Lekarz POZ / Pielęgniarka POZ

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

Sekcja: Przebyte choroby

Rozpoznania podpowiadane z historii rozpoznań dotychczas zaewidencjonowanych w Gabinecie lekarskim.

Sekcja: Przyjmowane leki

Informacje o lekach stale podawanych z ostatnich 3 miesięcy.

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

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



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

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



pielęgniarskiej".

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

🛨 Scher	maty planu o	opieki pielęgniarskiej w gabinecie pielęgniarki - wielowybór	$\times$
Nazwa lu	Schemat pla	anu opieki pielęgniarskiej	X
Widok:	Nazwa:	Dostępność: Prywatny 🔽 🔗 Aktualny	J
*	Diagnoza:	: Lokalizacja:	
Schen	Interwencj	je	
	* Kod	d Nazwa	
			•
	Środki —		_
	* Kod	d Nazwa	
			-
			- 1
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
		7	-1
		Zatwierdź 🛛 🖓 Wyjście	e
			~
	-	Wybierz (F5) Wyjście	X
			<b>*</b> 0

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

Do słownika schematów opieki pielęgniarskiej można również przejść, w celu jego edycji, z poziomu okna Gabinetu pielegniarki , wybierając w lewym górnym rogu ekranu opcję: Funkcje dodatkowe > Słownik schematów planu opieki pielegniarskiej.

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

### Opieka pielęgniarska

Wykonanie planu opieki:					
*	Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji	^	
I	<ul> <li>Image: A set of the set of the</li></ul>	201	Interw1		3
		202	Interw2		
Γ					

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

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

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

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

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

### 13.2 Ankieta gruźlicy

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka piel. > Ankieta gruźlicy

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

Od wersji 9.9.0 aplikacji mMedica w wyświetlanym oknie prezentowana jest informacja o dacie ostatnio przeprowadzonej ankiety.

W wersji tej wprowadzono również blokadę dostępu do ankiety na wizycie pacjenta niepełnoletniego (zakładka nieaktywna).

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

*		<u>31</u>	(A)	lini)	esew					
Wizyta		Karta opieki piel.	Ankieta gruźlicy	Skala Barthel	Skala Glasgow	Karta profilaktyki ChUK				
Ň	Kryteria wykluczające z realizacji świadczenia —									
Zabiegi	Dat	a ostatnio przepr	rowadzonej ankiety: 12	.09.2023						
	Pac	acjent miał w przeszłości rozpoznaną gruźlicę								
	Wo	kresie ostatnich	24 miesięcy pielęgniar	ka POZ wykonywała u pa	icjenta badanie an	kietowe świadczeniobiorcy w profilał	ktyce gruźlicy	TAK	NIE	
Badania diag.	Czę	ść właściwa ankie	ety							
	1.	Pacjent był w pr	rzeszłości poddany bad	aniu ankietowemu świac	dczeniobiorcy w pr	ofilaktyce gruźlicy przez pielęgniarke	ę POZ	• ТАК	NIE	
Dane med.		Liczba lat od pop	przedniego badania:							
		W efekcie badania skierowano pacjenta do dalszej oceny stanu zdrowia przez lekarza POZ, do którego pacjent jest zadeklarowany								
Patronaż	2.	Warunki mieszk	aniowe:							
i bilanse		a) mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (więcej niż cztery osoby na jeden pokój)							NIE	
		b) pacjent jest osobą bezdomną T							NIE	
Druki		c) pacjent jest p	oensjonariuszem Domu	Opieki Społecznej				ТАК	NIE	
	3.	Z pacjentem mi	eszkają lub przebywają	w jego otoczeniu osoby	/, które chorują/ch	orowały na gruźlicę		TAK	NIE	
Opieka nad	4.	Pacjent jest nar	ażony na kontakt z azl	oestem, sadzą, smołą, sp	oalinami i surowcai	mi gumowymi		ТАК	NIE	
	5.	Pacjent leczy sig	ę z powodu cukrzycy					TAK	NIE	
	6.	Pacjent leczy sig	ę z powodu przewlekłej	niewydolności nerek				TAK	NIE	
Оріека ріеі.	7.	Pacjent jest nie	dożywiony					ТАК	NIE	
	8.	Pacjent leczy sig	ę z powodu chorób krw					TAK	NIE	

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

Wynik oceny	
Liczba punktów: 11 Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę: podwyższony.	
Pacjent został skierowany celem dalszej oceny stanu zdrowia do lekarza POZ, na którego liście świadczeniobiorców się znajduje	
Adres poradni:	

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

### 13.3 Skala Barthel

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka piel. > Skala Barthel

W oknie danych opieki pielęgniarskiej istnieje możliwość ewidencji oceny samodzielności i sprawności ruchowej pacjenta poprzez uzupełnienie skali Barthel.

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

### Opieka pielęgniarska

			65GW	<b>e</b>						
	Karta opieki piel. Ankieta gruźlicy	Skala Barthel	Skala Glasgow	Karta profilaktyki ChUK						
	5 – Niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m									
Wizyta	10 – Spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby, powyżej 50 m									
~	15 – Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m									
	Wchodzenie i schodzenie po schodach									
Zabiegi	0 – Nie jest w stanie	0 – Nie jest w stanie								
-	5 – Potrzebuje pomocy słownej, fizyczne	ej; przenoszenie								
	10 – Samodzielny									
Dane med.	Ubieranie się i rozbieranie									
	0 – Zależny									
	5 – Potrzebuje pomocy, ale może wykor	iać połowę czynności	bez pomocy							
Patronaż i bilanse	10 – Niezależny w zapinaniu guzików, za	mka, sznurowadeł itp	L.							
and a second	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu —									
	0 – Nie panuje nad oddawaniem stolca lu	ıb potrzebuje lewatyı	N							
Opieka nad	5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przyp	adkowe)								
	10 – Panuje, utrzymuje stolec									
	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza n	noczowego								
Opieka piel.	0 – Nie panuje nad oddawaniem moczu I	ub cewnikowany i prz	ez to niesamodzieli	у						
	5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przyp	adkowe)								
	10 – Panuje, utrzymuje mocz									
Skierowania	Wynik kwalifikacji									
	Liczba punktów: 60 Pacjent wyma	ga skierowania: 📃	Do pielęgniarskiej o	opieki długoterminowej dor	nowej 📃 Do za					
	Uwagi									
Recepty										
	Dane Zalasaria	Deuluri			Umów					
$\mathbf{V}$	podstawowe Zalecenia	Эргикиј	EDM	Autoryzuj	💓 następną					

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

### 13.4 Skala Glasgow

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka piel. > Skala Glasgow

W oknie danych opieki pielęgniarskiej dostępna jest funkcjonalność ewidencji oceny stanu świadomości pacjenta wg skali Glasgow.

	Karta opieki piel. Ankieta gruźlicy Skala Barthel Skala Glasgow Harta profilaktyki ChUK									
	Reakcja otwierania oczu									
Wizyta	Spontaniczna									
×	Na polecenia									
	Na bodźce bólowe									
Zabiegi	Nie otwiera oczu									
	Reakcja słowna (mowa) ————————————————————————————————————									
	Logiczna (pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby)									
Dane med.	Odpowiedź splątana (pacjent zdezorientowany)									
	Odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk									
×	Niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie									
Patronaż	Brak reakcji słownej									
i bilanse	Reakcja ruchowa (motoryczna) ————————————————————————————————————									
	Spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych									
Dente	Ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy									
Druki	Reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego									
	Patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)									
Opieka nad kobieta	Patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdżenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)									
	Bez reakcji									
	Punktacja w skali Glasgow -									
Opieka piel.	Liczba punktów: 14 Ocena zaburzenia przytomności pacjenta wg GCS: Łagodne zaburzenia przytomności									
Skierowania										
$\nabla$	Dane podstawowe 🖓 Zalecenia Drukuj Drukuj									

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

### 13.5 Skala Norton

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka piel. > Skala Norton

W wersji 10.3.0 aplikacji mMedica w oknie danych opieki pielęgniarskiej udostępniono możliwość uzupełnienia oceny ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton.

<u> </u>	Karta opieki piel. Ankieta gruźlicy Skala Barthel Skala Glasgow Skala Norton Karta profilaktyki ChUK
Wizuta	Stan fizykalny
Wizyta	4 – Dobry
	🥥 3 – Dość dobry
Zabiegi	2 – Średni
	1 – Bardzo ciężki
Badania diag.	Stan świadomości
	🔍 4 – Pełna przytomność i świadomość
	3 – Apatia
Dane med.	2 – Zaburzenia świadomości
	1 – Stupor albo śpiączka
Patronaż	Aktywność (zdolność przemieszczania sie) –
i bilanse	4 – Chodzi samodzielnie
	B - Chodzi z asvsta
Druki	
Opieka nad	
kobieta	Stopień samodzielności przy zmianie pozycji
	4 – Pełna
Opieka piel.	🥥 3 – Ograniczona
	2 – Bardzo ograniczona
	1 – Całkowita niesprawność
Skierowania	Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej
-	4 – Pełna sprawność zwieraczy
Recepty	3 – Sporadyczne moczenie sie
	2 – Zazwyczaj nietrzymanie moczu
	1 – Całkowite nietrzymanie moczu i stolca
Procedury	
	Wynik oceny
Historia wizyt	Liczba punktów: 17 Ryzyko powstania odleżyn: NIE
$\nabla$	Dokumenty and Dane podstawowe Zalecenia Drukuj EDM UM Autoryzuj Wmów następną

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji <u>Wynik oceny</u> wyświetlona zostanie odpowiednia liczba punktów, a także informacja, czy występuje u pacjenta ryzyko powstania odleżyn.

Aby wydrukować dane oceny, należy wybrać przycisk **Drukuj**, dostępny u dołu ekranu.

### 13.6 Karta profilaktyki ChUK

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka piel. > Karta profilaktyki ChUK

W ramach ewidencji danych dotyczących opieki pielęgniarskiej dostępna jest obsługa karty profilaktyki ChUK.

<u> </u>	Karta opieki piel. Ankieta gruźlicy Skala Barthel Skala Glasgow Karta profilaktyki ChUK									
	Dane podstawowe									
vvizyta	Data pierwszej wizyty: 19-05-2023 13:02 Data drugiej wizyty: Data wprowadzenia do SIMP: 💌 📕	•								
Ň	Obriaženia rodzinne									
Zabiegi	U ojca przed 55. rokiem życia, rozpoznano: Zawał serca: Tak Nie w wieku: Udar móżou: Tak Nie w wieku:									
	U matki przed 65. rokiem życia, rozpoznano: Zawał serca: 🔄 Tak 🔄 Nie w wieku: 📃 Udar mózgu: 🔄 Tak 🔄 Nie w wieku: 📃 🗧 [									
Badania diag.	Papierosy									
	Palenie: Rok rozpoczęcia: Rok zakończenia:									
Dane med.	Lat palenia: Miesięcy palenia: Średnio na dzień: Maksymalnie na dzień:									
<u> </u>	Aktywność fizyczna —									
Patronaż i bilanse	Umiarkowana (prowadząca do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca):									
	Intensywna (wywołująca bardzo szybkie kaczny czas tygodniowo: min.									
Druki	oddychanie i bardzo szybkie bicie serca):									
	Badanie fizykalne									
	Wzrost (cm):   Waga (kg):   BMI:   Obwód pasa (cm):									
Opieka nad kobieta	Ciśnienie i tętno Badania biochemiczne									
	Ciśnienie: Tętno: Data: Wartość:									
	Pomiar I: / Cholesterol całkowity:									
Opieka piel.	Pomiar II: / Cholesterol LDL:									
	Pomiar III:									
Skierowania										
	wartosc srednia:									
Pecentr	Trójglicerydy:									
Recepty		-								
$\nabla$	Dokumenty medyczne bane podstawowe Zalecenia Drukuj EDM W Autoryzuj Wmów następną	•								

Funkcjonalność karty została dokładnie opisana w ogólnej <u>instrukcji obsługi</u> programu, w rozdziale "Utworzenie karty ChUK", dotyczącym ewidencji karty w *Gabinecie* lekarza.

W dolnej części okna ewidencji karty, w sekcji <u>Zalecenia dla pacjenta</u> znajduje się parametr **"Pacjenta skierowano na konsultację do lekarza POZ".** Jeżeli został zaznaczony na karcie, która jest aktywna (niezamknięta), po otwarciu wizyty POZ dla tego samego pacjenta w *Gabinecie* lekarza i przejściu na zakładkę *Karta profilaktyki ChUK* wyświetlą się do podglądu dane karty wprowadzone w *Gabinecie* pielęgniarki, natomiast przycisk dodawania wizyty do karty będzie nieaktywny.

W przypadku nieznaczenia wspomnianego parametru będzie możliwe dodanie wizyty do karty i edycja danych tej karty w *Gabinecie* lekarza.

Jeżeli dla pacjenta została utworzona karta ChUK w *Gabinecie* lekarza i jest ona aktywna, po otwarciu wizyty tego pacjenta w *Gabinecie* pielęgniarki i przejściu na zakładkę *Karta profilaktyki ChUK* dane tej karty będą wyświetlone do podglądu, bez możliwości dodania do niej wizyty i edycji jej danych.



# Skierowania

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Skierowania

Po wyborze w panelu bocznym ikony Skierowania możliwe jest wystawianie dokumentów, takich jak:

- skierowanie na badania laboratoryjne
- skierowanie na badanie diagnostyczne
- zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne
- zaświadczenie przed szczepieniem
- Recepta na Ruch dokument udostępniony w wersji 11.2.0 aplikacji mMedica.

Obsługa skierowań została szczegółowo opisana w głównej instrukcji programu, w rozdziale "Skierowania".



# Leczenie bólu

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica w ramach wizyty realizowanej w module "Gabinet pielęgniarki" udostępniono okno dla ewidencji danych z zakresu leczenia bólu.



Funkcjonalność powyższego okna została szczegółowo opisana w ogólnej <u>instrukcji obsługi</u> programu, w rozdziale "Leczenie bólu".

# Rozdział

# Program opieki

W związku z zarządzeniem Nr 3/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w wersji 11.3.0 aplikacji mMedica w ramach wizyty realizowanej w *Gabinecie* pielęgniarki umożliwiono ewidencję danych z zakresu programu opieki. Dokonuje się jej na zakładce **Wizyta** po wyborze ekranu nr 2 (zdj. poniżej).

	. [	3			0,0	ů.	6			<u>i</u>	
<u> </u>	Badar	nia lab.	Badania diag.	Stale pod. leki	Konsultacje	Hospitalizacje	Rehabilitacje	Antropometria	wstepne	wstępne do	
Wizyta	Progra	m opiel	a								
	Progra	am: Ko	mpleksowa opi	eka pielęgniarsł	ka	-					2
	Тур:	Po	rada pielegniar	ska leczenia rar	<u>ו</u>	-					
Zabiegi	* ~		1 15	Nazwa				Uwani			
		Dobó	r opatrunków	i częstotliwo:	ść ich zmiany			on ogi			
Badania diag.	✓	Ocena	kliniczna rany								
_		Eduka	cja pacjenta i j	ego rodziny w z	akresie samop						
		Ocena	umiejętności s	samooceny i sar	nopielęgnacji .						
Dane med.											

W oknie *Program opieki* należy wybrać z listy rozwijalnej odpowiedni program oraz typ programu. Poniżej wyświetlą się zdefiniowane dla wskazanego typu czynności. Ich wykonanie użytkownik oznacza, wprowadzając znacznik w pierwszej kolumnie tabeli w odpowiednich wierszach. Dla oznaczonej czynności istnieje możliwość uzupełnienia uwag w kolumnie "Uwagi".

Aby wyświetlić historię wykonań czynności programu opieki, należy wybrać przycisk

Użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia, ma możliwość edycji słownika programów opieki. Słownik ten jest dostępny w oknie <u>Lista pacjentów do gabinetu pielęgniarki</u> w menu **Funkcje dodatkowe**, po wyborze pozycji **"Słownik programów opieki"**. Zawiera on jedną predefiniowaną pozycję (zdj. poniżej). Aby edytować dane istniejącej pozycji, należy wybrać przycisk zaznaczony na zdjęciu. Dodania

nowego programu dokonuje się przyciskiem 🔚

Przy dodawaniu nowego programu opieki można określić jego dostępność dla innych użytkowników poprzez ustawienie odpowiedniej wartości w polu "Dostępność" ("Prywatny", "Publiczny" lub "Publiczny bez modyfikacji").

🚹 Programy opieki		×				
Kod lub nazwa:		Tylko aktualne				
Atrybut:	Program opieki	×				
Widok: <u>1</u> Preferowa	Kod: KOP	Dostępność: Publiczny 🔽 🖌 Aktualny				
* Kod	Nazwa: Kompleks	sowa opieka pielęgniarska				
KOP Komple	Typ programu —					
	* Kod	Nazwa				
	PPLR	Porada pielęgniarska leczenia ran				
	PPU	Porada pielęgniarska urologiczna				
	PS Porada stomijna					
	Czynności ———					
	* Kod	Nazwa				
	DOCZZM	Dobór opatrunków i częstotliwość ich zmiany				
	EDUPACSP	Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie samopielęgnac				
	OCKLRANY	Ocena kliniczna rany				
	OCUMSP	Ocena umiejętności samooceny i samopielęgnacji pacjenta				
		Zatwierdź Wyjście				
🚖 🗣 🗑	1 🎽	Wyjście 🔀				

Do danego programu opieki można przypisać odpowiednie typy programów.

Po wyborze w sekcji <u>Typ programu</u> przycisku wyświetli się słownik typów programów opieki. Przy tworzeniu w nim nowej pozycji należy określić kod oraz nazwę typu programu, a także powiązane z nim czynności (zdj. poniżej).

### Program opieki

🗄 Typy programów opieki - wielowybór 🛛 🕹	
Kod lub nazwa:     Image: Tylko aktualne       Atrybut:     Image: Atrybut:	
Kod     Nazwa       PPLR     Porada pielęgniarska leczenia ran       PPU     Porada pielęgniarska urologiczna       PS     Porada stomijna	
Typ programu opieki Kod: Nazwa:	× Aktualny
Czynności * Kod Nazwa	
Zatwierdź	Wyjście
Wybierz (F5)	


## Program "Profilaktyka 40 PLUS"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

?	Wizyta jest realizowana w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS". Czy chcesz dodać badania zlecone do wykonania w ramach tego programu?
	Tak Nie

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

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

Badanie labora	toryjne X											
Kod:	IEM002											
Nazwa: *	Iorfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi											
Grupa: *	BADHEM Badania hematologiczne											
Materiał:	B Krew											
Procedura:	C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów											
Badanie POZ:	1001100007 Morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi											
	Czy aktualne Czy pakietowe Osobne zlecenie Profilaktyka 40+											
Badania w pakiecie:	Kod Nazwa											

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

mMedica		$\times$							
?	lstnieje w słowniku inne badanie z tą samą procedurą, już zaznaczone.								
	Czy chcesz zmienić istniejące ustawienie?								
	Tak Nie								

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

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

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

	Badania lab. Badania diag. Zaopatrzenie rehab.	
Wizyta		
X	Hr umowy: Bez refundacji NFZ Cito	
Zabiegi	Do laboratorium: 5764	iteriału
Dane med.	Daty zleceń:	<b>P</b>
Patronat	Schematy badań - 🛊 🐖	-
i bilanse	Aminotransferaza alaninowa (ALT) Aminotransferaza alaninowa (AST)	*
Druki	Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP) Glukoza	
	Uwgi Zalecenia	·
Opieka ned kolveta		13
Opieka piel.	Hielsce nzesłania wyniku / osoba upoważniona do odbioru wyniku — Istotne dane kliniczne pacienta —	
D	Przychodnia 00-184 Warszawa, nr <u>5A</u>	
	V Dane v Zalecenia Wydiji do Autoryzu Wydiji do Autoryzu Wydiji do Autoryzu Wydiji do Autoryzu Wije nas	nów tępną

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

oknie, które się wyświetli, dla wskazanych wyników wybrać przycisk **Dopisz do wizyty**.

	Rozpoznani	ia Badania lab.	Statystyka badań lab.	A Badania diag.	Czynniki ryzyka	Konsultacje	Skierowania	() Rehabilitacje	() Sanatoria	Hospi
Wizyta	Kod lub nazwa bada	ania:				wynik zlecor	nych badań			^
X	* Data wykonania 24-09-2021	Aminotransferaza	Nazwa alaninowa (ALT),	Aminotransfe	raza					1
Zabiegi										
Dane med.										
Patronaż i bilanse						la antibi				~ <b>39</b> 99

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

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

- wzrost
- waga
- BMI
- obwód pasa

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

## Program "Profilaktyka 40 PLUS"

	Badania la	ab. Badania	diag.	Stale pod. leki	Konsultacje	U Hospitalizacje	Rehabilitacie	Antropometria	Badania wstępne	Badania wst karty ci	ępne do aży
- <b></b>	Choroby prze	ewlekłe			Czynniki ryzyk	a i wywiady		Ostatnie wizyty			
Wizyta	*	🚹 Antropometria					K			×	
×		* Data	Wiek	Wzrost Wag	a BMI	Opis BMI	Należna waga Obwód	pasa Obwód ramienia	Obwód uda Obwóc		
		Þ		Wynik badania antr	opometrycznego	, ,	1	×			
Zabiegi				Data: 24	-09-2021 💌	Wiek: 41 lat				=1	
:				Wzrost (cm):	180	Waga (kg):	BMT-	_		-A	
				Obwidence (cm).	100	Obwideseriesis (and	Drit.				
Dane med.				Obwod pasa (cm):		Obwod ramienia (cm	):				
				Obwód uda (cm):		Obwód szyi (cm):				-	
Datronat	<			Obwód KLP (cm):		Obwód głowy (cm):				484.5	
i bilanse	Wywiad			Liczba zębów:							
				Ocena składu ciał	a			_			
				Masa mięśni (%):		Tkanka tłuszczowa (	%):				•
Druki				Woda (%):		Tkanka kostna (%):					
Opieka nad											51
kobieta											+
Ċ.						Zatwierd:	Wyjści	e			
Opieka piel.											

oraz uzupełnić wynik pomiarów ciśnienia. Od wersji aktualizacji 10.9.0 program nie waliduje uzupełnienia pola "Rytm serca".

Patronaż	<	>			<u> </u>	
i bilanse	Wywiad			Badanie fizykalne		
		^	<b>1</b> 81		^	Tay
Druki			400			405
					v	
Opieka nad				Ciśnienie: Tętno: Temp.:		
kobieta						
Opieka piel.				Rytm serca:	1	
		~				0
	Dane Zalecenia	6	Drukuj			
$\vee$	podstawowe Section	🚽 p	odsum.			

Inne wymagane dane to:

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

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

## Uwaga!

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

wyniki. Jeśli wyniki raportuje laboratorium, to świadczeniodawca może zautoryzować wizytę już po zaewidencjonowaniu danych antropometrycznych i zleceniu badań do zintegrowanej placówki.

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

- eksport zdarzeń medycznych dokładne informacje na ten temat znajdują się w ogólnej <u>instrukcji obsługi</u> programu, w rozdziale "Zdarzenia medyczne"
- indeksowanie dokumentów szczegółowe wytyczne dostępne są w instrukcji obsługi <u>Modułu eArchiwum i</u> <u>Modułu Integracji eRepozytorium w Chmurze</u>.