



Moduł Gabinet pielęgniarstwa

Instrukcja użytkownika

Spis treści

Rozdział 1	Rozpoczęcie pracy z modułem	2
Rozdział 2	Omówienie wyglądu Gabinetu pielęgniarki	4
2.1	Okno wizyty pielęgniarskiej.....	4
2.2	Omówienie formatki Gabinetu pielęgniarki.....	7
Rozdział 3	Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu	10
Rozdział 4	Ewidencja zabiegów	14
4.1	Zaplanowanie wizyty w Terminarzu.....	14
4.2	Wykonanie zabiegu.....	17
4.3	Historia zabiegów.....	22
4.4	Karta uodpornienia.....	23
4.5	Zabiegi zlecone przez lekarza.....	25
4.5.1	Zlecenie zabiegu w Gabinetecie lekarskim.....	25
4.5.2	Realizacja zleconego zabiegu.....	29
Rozdział 5	Szablony kalendarza szczepień	31
Rozdział 6	Sprawozdania kwartalne ze szczepień	35
Rozdział 7	Testy diagnostyczne	38
Rozdział 8	Badania diagnostyczne	40
Rozdział 9	Dane medyczne	41
Rozdział 10	Patronaż i bilanse	43
10.1	Patronaż noworodka.....	43
10.2	Patronaż pielęgniarki środowiskowej.....	45
10.3	Bilanse zdrowia dziecka.....	45
10.3.1	Bilans lekarza POZ.....	47
10.4	Siatki 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	Ankieta gruźlicy.....	59

13.3	Skala Barthel.....	60
13.4	Skala Glasgow.....	62
13.5	Skala Norton.....	63
13.6	Skala VES-13.....	64
13.7	Skala Wellsa.....	65
13.8	Skala Mini-Cog.....	65
13.9	Karta profilaktyki ChUK.....	66
13.10	Porada edukacyjna.....	67
Rozdział 14	Skierowania.....	68
Rozdział 15	Leczenie bólu.....	69
Rozdział 16	Program opieki.....	70
Rozdział 17	Program "Profilaktyka 40 PLUS".....	73

Wstęp

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

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

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

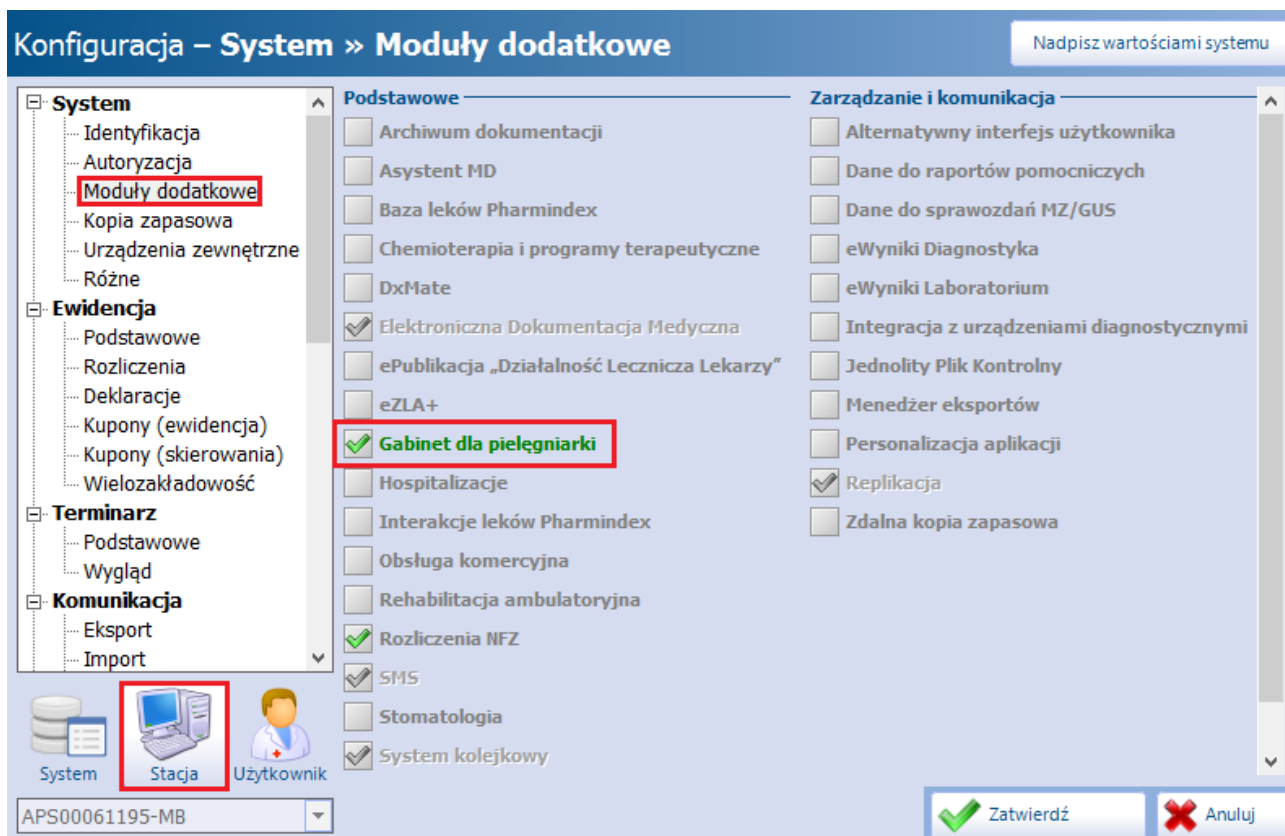
Rozdział

1

Rozpoczęcie pracy z modułem

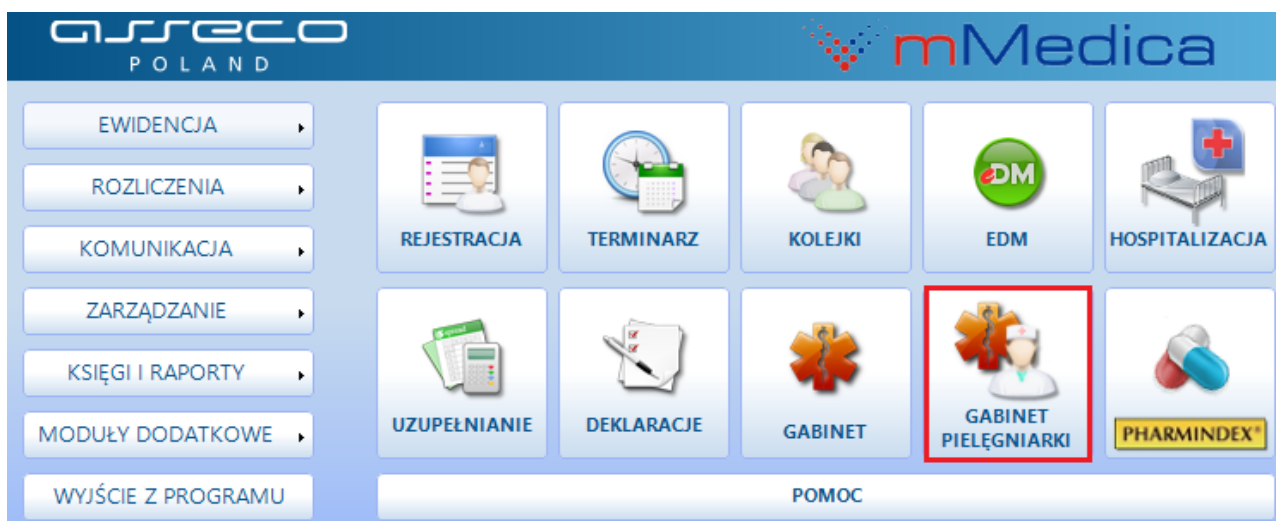
Aby włączyć moduł Gabinet Pielęgniarki należy:

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.



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



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



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


Rozdział 2



Omówienie wyglądu Gabinetu pielęgniarki

2.1 Okno wizyty pielęgniarskiej

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

1) Choroby przewlekłe

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

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

Znaczenie pozostałych przycisków znajdujących się po prawej stronie okna:



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



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



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



Przesuń chorobę przewlekłą w górę/dół - 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 pacjenta 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

Data od - do: Realizujący: Komórka org.:

 Nowak Anna Poradnia

Data wizyty	Komórka org.	Realizujący
29-09-2022	Poradnia	Nowak Anna
29-09-2022	Poradnia	Nowak Anna

tekst 1

Wybierz Wyjście

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

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"). 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.

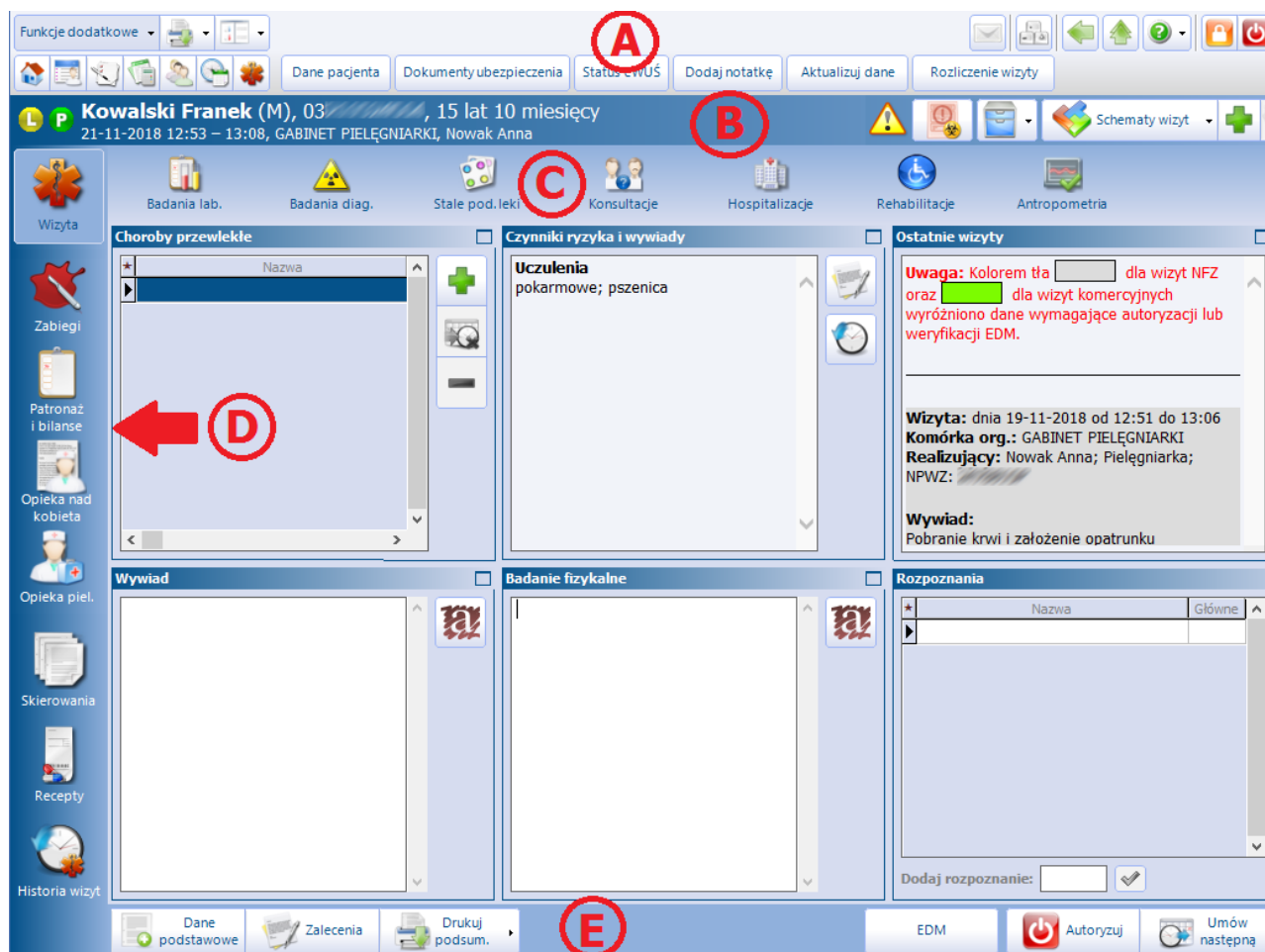
6) Rozpoznanie

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 Gabinetcie lekarza lub na podstawie rejestracji ze skierowaniem, dodawane jest automatycznie rozpoznanie z tego skierowania.

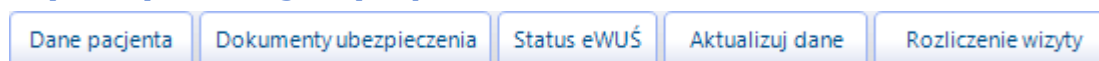
Uwaga! Każde z 6 małych okien wchodzących w skład standardowego okna wizyty gabinetowej można powiększyć na cały ekran, a następnie zwinąć do pierwotnej wielkości. Służą do tego przyciski, znajdujące się w prawym górnym rogu każdego z okien (zaznaczenie strzałką na zdj. powyżej).

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: [Omówienie okna wizyty pielęgniarskiej](#).



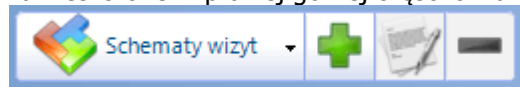
A) Przyciski w górnym panelu formatki



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

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

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







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


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

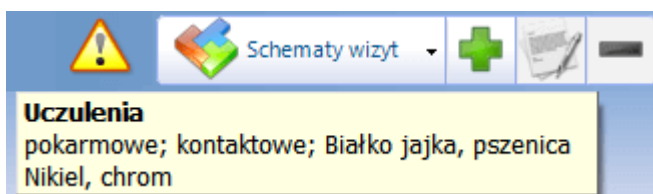
B) Podstawowe dane pacjenta i wizyty

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

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

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

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



C) Najważniejsze dane medyczne pacjenta

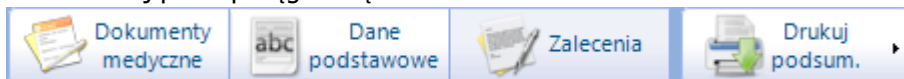
Wybierając poszczególne ikony można w szybki sposób uzyskać dostęp do danych tam zgromadzonych m.in. wyników badań laboratoryjnych i diagnostycznych, leków stale podawanych pacjentowi, przeprowadzonych konsultacjach z innymi specjalistami, przebytych hospitalizacjach pacjenta itd.

D) Główny panel Gabinetu

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

E) Przyciski w dolnym panelu formatki

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



- **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 [obsłudze 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 wpływ 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.

Rozdział

3

Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu



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

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

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

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

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

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

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

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

3. 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").

Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu

Tego typu pozycja będzie miała w kolumnie "Wizyta" wyświetloną informację: "Medycyna pracy (specjalista)".

The screenshot displays the 'Lista pacjentów do gabinetu pielęgniarki' (Nurse's office patient list) in the mMedica application. The interface includes a top navigation bar with buttons like 'Nowa wizyta NFZ', 'Nowa wizyta receptowa', and 'Dane wizyty'. A left sidebar contains navigation options such as 'Wszyscy na dziś' and 'Zarejestrowani na dziś'. The main area shows a table of patients with columns for 'Nr rej.', 'Pacjent', 'D p...', 'Wiek', 'Data zlecenia', 'Wiz...', 'Rodzaj', 'Zlecenie', 'Miejsce plan...', 'Umówiony na', 'Miejsce realizacji', and 'Status'. Below the table, a detailed record for 'Kowalski Jan (M), 55 lat' is shown, divided into three sections: 'INFORMACJE O PACJENCIE', 'DODATKOWE INFORMACJE', and 'DANE MEDYCZNE I UWAGI'. The 'INFORMACJE O PACJENCIE' section includes fields for 'Data ur.', 'PESEL', 'Adres', 'Telefon', 'Upow.' (with a note about medical documentation), and 'Opiekun'. The 'DANE MEDYCZNE I UWAGI' section includes 'Uczulenia' (wziewne; jad owada) and 'Uwagi'.

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

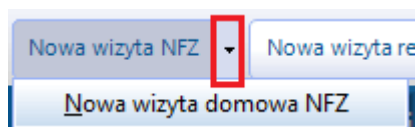
W oknie *Informacje o pacjencie* wyświetlane są podstawowe dane osobowe i kontaktowe pacjenta wraz z informacją o osobach upoważnionych do uzyskania dokumentacji medycznej czy odbioru recept. Jeśli pacjent małoletni lub ubezwłasnowolniony posiada podpiętego opiekuna, informacja ta zostanie wyświetlona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

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

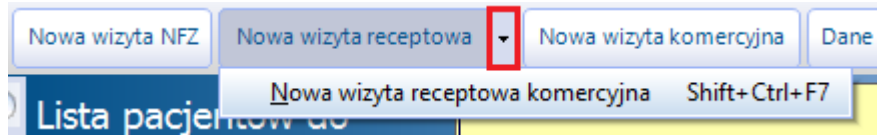
Z kolei w oknie *Dane medyczne i uwagi* znajdują się informacje o szczepieniach, które zostały zaplanowane pacjentowi oraz uwagi, które zostały wprowadzone w Kartotece. Wyświetlane są tam również informacje o zabiegach zleconych w Gabinetie lekarza na skierowaniu do pielęgniarki/położnej.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

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



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



- **Nowa wizyta komercyjna** - tworzy wizytę komercyjną/prywatną. Przycisk widoczny jest dla użytkowników posiadających Moduł Komercja. 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 Gabinetecie 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").

Rozdział

4

Ewidencja zabiegów

Wybranie w głównym oknie Gabinetu ikony **Zabiegi** umożliwia zapisanie informacji o wykonanym zabiegu oraz jego przebiegu. Wszystkie informacje o przeprowadzonych zabiegach jak np. szczepienie, podanie leku, założenie opatrunku są zapamiętywane i prezentowane na dedykowanej formatce *Historia zabiegów*. Ponadto, w Gabinetcie 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 Gabinetcie, 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 – Nowak Jan

1. 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: Gabinet lekarza Gabinet lekarza Gabinet pielęgniarki

Limit deklaracji: 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".

Wyszukiwanie zaawansowane

Kod:

Nazwa:

Tylko aktualne

Zastosuj Wyczyść

Zasoby miejsca

Kod	Nazwa	Akt.
GAB1	Gabinet 1	✓
GAB2	Gabinet 2	✓
PRZYCH	Przychodnia	✓
SZPIT	Szpital	✓
TELE	Teleporada	✓
WDOMU	Wizyta domowa	✓
REC	Wizyta receptowa	✓

Nowe miejsce

Kod:

Nazwa:

Realizacja wizyt:

Maksymalna liczba:

Maksymalna liczba pacjentów w tym samym czasie:

Aktualne

Utworzona rezerwacja/rejestracja będzie widoczna na [liście pacjentów oczekujących do Gabinetu pielęgniarki](#), jeżeli wybrano w niej personel lub miejsce z ustawioną realizacją wizyt w Gabinetcie pielęgniarki (w przeciwnym wypadku wyświetli się ona do realizacji w Gabinetcie lekarza). Jeżeli w rezerwacji/rejestracji zostaną wybrane równocześnie personel i miejsce, będzie ona widoczna w Gabinetcie 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.
2. Wybrać godzinę wizyty z prezentowanego harmonogramu pracy (zalecane) lub ze slotu poza harmonogramem. Można tego dokonać poprzez wybranie przycisku **Nowa rezerwacja/rejestracja** w górnym panelu formatki lub poprzez dwukrotne kliknięcie na wolnym slotcie Terminarza dla wybranej godziny.
3. Na formatce *Nowa rezerwacja* (zdz. poniżej) uzupełnić pozostałe dane rezerwacji, w szczególności:
 - **Komórka org.** - wskazać poradnię, w której pracuje pielęgniarka/położna.
 - **Personel, 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.

Nowa rezerwacja

Termin

Komórka org.: 29 ... GABINET PIELĘGNIARKI

Personel: NOWAKA ... Nowak Anna

Miejsce: ...

Data: 21-11-2018 Godzina: 12:20 Długość: 20

Pacjent

PESEL: ... Kontakt: ...

Nazwisko i imię: Kowalski Franek

Wizyta

Wizyta: POZ

Tryb przyjęcia: Bez skierowania

Rodzaj: SZ ... Szczepienie

Komercyjna/prywatna Pierwszorazowa

Kolejka oczekujących

Wymagana ...

Kat. medyczna: ... Termin na życzenie pacjenta

Ostatni wpis: ...

Dostarczenie skierowania

Termin: ... Dostarczone w dniu: ...

Wysłano pocztą

Uwagi

4.2 Wykonanie zabiegu

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

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

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

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

oraz o przebiegu zabiegu.

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


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

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

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

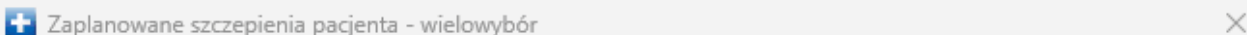
Sekcja służy do wprowadzania informacji o wykonaniu szczepień. Część danych dotyczących szczepienia jak np. rodzaj, nazwa leku/szczepionki oraz numer z dawki, podpowiadana jest na podstawie pozycji wybranej ze słownika zaplanowanych szczepień. Pozostałe dane w kolumnach uzupełnia się ręcznie, poprzez 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 (zdy. poniżej). Jeśli w danych medycznych pacjenta zbiorczo zaplanowano szczepienia według kalendarza, w oknie *Zaplanowane szczepienia pacjenta* wyświetlana będzie lista szczepień obowiązkowych zgodnie z aktualnym Programem 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.

Od wersji 11.12.0 aplikacji mMedica użytkownik ma możliwość wskazania w poniższym oknie kilku szczepień **równocześnie**. W tym celu może posłużyć się klawiszem Ctrl klawiatury i lewym przyciskiem myszy. Po wskazaniu szczepień i naciśnięciu **Wybierz** w sekcji *Szczepienie* zostanie dla każdego z nich utworzona osobna pozycja.

Ewidencja zabiegów

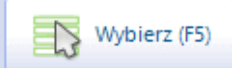




Rodzaj:

Atrybut:


Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

* Data planowana	Rodzaj	Opis	Dawka
▶ 19-09-1961	Błonica, tężec i krztusiec	DTaP	1 z 3
30-10-1956	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	1 z 4
19-09-1969	Błonica, tężec i krztusiec	dTap	2 z 3
19-11-1956	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	2 z 4
19-02-1957	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	3 z 4
19-12-1957	Błonica, tężec i krztusiec	DTP	4 z 4
19-09-1974	Błonica, tężec	dT	3 z 3
19-09-1956	Gruźlica	BCG	1 z 1
30-10-1956	Haemophilus influenzae	Hib	1 z 4
19-11-1956	Haemophilus influenzae	Hib	2 z 4
19-02-1957	Haemophilus influenzae	Hib	3 z 4
19-12-1957	Haemophilus influenzae	Hib	4 z 4
19-09-1967	Ludzki wirus brodawczaka (HPV)	HPV	1 z 2
19-09-1968	Ludzki wirus brodawczaka (HPV)	HPV	2 z 2
19-09-1957	Odra, świnka, różyczka	MMR	1 z 2
19-09-1961	Poliomyelitis	IPV	1 z 1
19-11-1956	Poliomyelitis	IPV	1 z 3
19-02-1957	Poliomyelitis	IPV	2 z 3

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:

EDM

Zatwierdź

Wyjście

W sekcji Szczepienie 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 Szczepienie 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 [instrukcji ogólnej](#) obsługi programu, w rozdziale "Szczepienia".

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

Status	Przyczyna niewykonania	Przyczyna niewykonania – inna
Odmowa wykonania	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> Nieznana przyczyna Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej Wpływ ruchów antyszczepionkowych Wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną </div>	

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

Ewidencja zabiegów

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

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

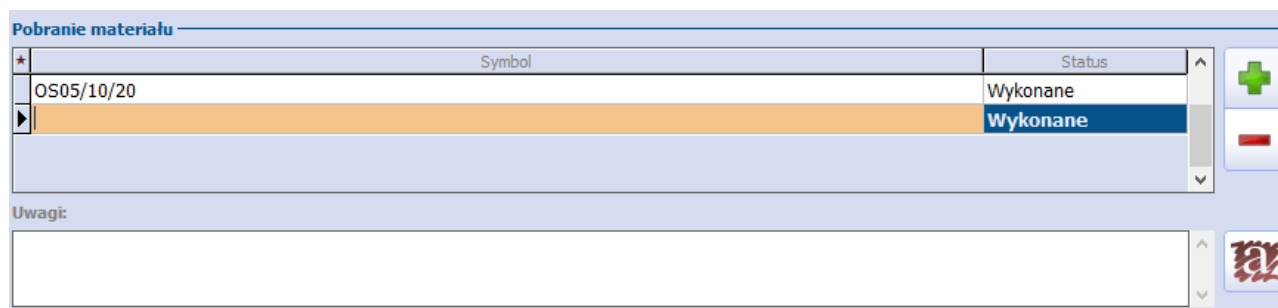
W sekcji wprowadza się informacje o podaniu leku pacjentowi. Wybranie przycisku **Dodaj** otwiera okno *Słownik leków*, zawierające dostęp do trzech słowników leków: własnych, recepturowych, Pharmindex. W słowniku leków Pharmindex domyślnie wyświetlane są tylko te leki, do wystawiania których pielęgniarka 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 [zlecenia wystawionego przez lekarza](#) 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 kilka pozycji, korzystając z przycisku . Wybór tego przycisku aktywuje kolejny wiersz, w którym jest możliwość uzupełnienia symbolu oraz wybrania odpowiedniego statusu.





Widok formularza "Pobranie materiału" z tabelką:

Symbol	Status
OS05/10/20	Wykonane
	Wykonane

Uwagi:

Przyciski:   


Sekcja: Opatrunek

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

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

Sekcja: Inny



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

Użytkownik, ewidencjonując dane w sekcji Szczepienie lub Podanie leku, może skorzystać z czytnika kodów 2D w celu 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 [Centrum Zarządzania Licencjami mMedica](#) w sekcji: [mMedica > Pobierz aplikacje](#). Następnie należy dokonać jego konfiguracji, zgodnie z zaleceniami opisanymi w instrukcji instalacji urządzeń peryferyjnych.

Instalator urządzeń peryferyjnych - Czytniki kodów 2D

Instalator urządzeń peryferyjnych - Czytniki kodów 2D.

Instalator urządzeń peryferyjnych - Czytniki kodów 2D

Instrukcja instalacji urządzeń peryferyjnych

Instrukcja instalacji urządzeń peryferyjnych

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


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

4.3 Historia zabiegów

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

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

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


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

Należy pamiętać, że zabiegi ewidencjonowane w Gabinetcie 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 [Szablony kalendarza szczepień](#).

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

1. Automatycznie


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

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

2. Ręcznie

Aby wprowadzić do programu informację o wykonaniu szczepienia należy 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.

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

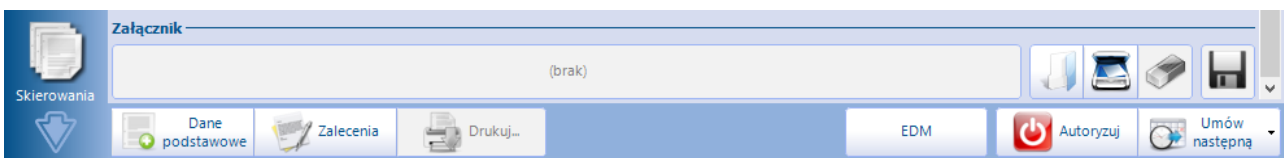
poszczepiennych. W przygotowanych sekcjach wybiera się przycisk  **Dodaj** i z okna dialogowego *Szczepienia* wskazuje rodzaj szczepienia, który zostanie odnotowany na karcie. Następnie w dostępnych polach uzupełnia się szczegółowe informacje jak np. numer dawki, numer serii, sposób podania itd.

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

W wersji 11.11.0 aplikacji mMedica w sekcji *Obowiązkowe szczepienia ochronne* dodano przycisk , umożliwiający usuwanie pozycji.

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

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



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 wysyłanych poprawnie szczepień widoczny będzie w kolumnie "Wysłano do P1" znaczek .

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 [instrukcji obsługi programu](#), 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 Gabinetcie lekarskim


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

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

Lekarz może zlecić pielęgniarce wykonanie następujących zabiegów:

- szczepienia
- podania leku
- pobrania materiału
- założenia opatrunku
- wykonanie badań diagnostycznych (funkcjonalność dostępna w ramach modułu dodatkowego [Pracownia diagnostyczna](#))
- 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 Gabinetcie pielęgniarki na [liście pacjentów](#) oczekujących do gabinetu.

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

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


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

przycisku  **Usuń daty zleceń.**

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


The screenshot shows the 'Ewidencja zabiegów' (Procedure Record) window in the mMedica application. The interface includes a top navigation bar with icons for various medical services, a left sidebar with navigation options, and a main content area with several sections:

- Dane ogólne (General data):** Includes fields for 'Nr umowy' (Contract No.), 'Miejsce zabiegu' (Procedure location) with radio buttons for 'W gabinecie', 'W domu chorego', and 'W domu chorego (bez obecności lekarza)', 'Komórka realizująca' (Performing department), 'Liczba zabiegów' (Number of procedures) set to 2, and 'Daty zabiegów' (Procedure dates) set to 14-04-2025 and 16-04-2025.
- Rozpoznanie (Diagnosis):** A table with columns for 'Kod' (Code), 'Nazwa' (Name), and 'Główne' (Main). One entry is visible: 'J00 Ostre zapalenie nosa i gardła [przeziębienie]' (Acute rhinitis and pharyngitis [cold]).
- Rodzaje zabiegów (Types of procedures):** A section with checkboxes for 'Szczepienie' (Vaccination) and 'Podanie leku' (Medication). Below it are tables for 'Rodzaj' (Type), 'Lek/szczepionka' (Drug/vaccine), and 'Nr dawki' (Dose number), and another table for 'Nazwa' (Name) and 'Dawkowanie' (Dosing). One entry is visible: 'Actiferol Fe 30 mg kapsułki kaps. otwierane 30 mg'.
- Bottom toolbar:** Contains buttons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Wyślij do gabinetu piel.' (highlighted), 'Drukuj zlecenie', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

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 części 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 zleczanych do wykonania w Gabinecie pielęgniarki.

Ewidencja zabiegów

The screenshot shows three rows of search results. Each row has a category label on the left (Badanie, Test, Inny), a search bar labeled 'Nazwa' with a dropdown arrow, and a list of items. The 'Inny' category has a green plus icon on the right side of the search bar.






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 zlecenie 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 (zdz. poniżej), których dane nie podlegają edycji. Użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia, może rozszerzać go o dodatkowe, definiowane przez siebie pozycje.

The dialog box 'Testy diagnostyczne' has the following fields and options:

- Kod lub nazwa:
- Pracownia diag.: ...
- Atrybut: ▼
- Tylko aktualne Tylko refundowane
- Widok: [1 Preferowane](#) [2 Ostatnio wybierane](#) [3 Wszystkie](#)

Kod	Nazwa	Procedura	Pracownia diag.
TESTCC	Test antygenowy COVID-19	V100	
TESTPC	Test antygenowy COVID-19 - COMBO	V101	

Buttons at the bottom:     

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 Testy składowe.

Badanie diagnostyczne

Kod: * TESTPC

Nazwa: * Test antygenowy COVID-19 - COMBO

Grupa: * TESTYPIEL ... Testy

Rodzaj:

Procedura: V101 ... Wirus grypy typu A i B/ SARS-CoV-2/ RS Antygen

Okolica ciała:

Badanie:

Czy refundowane Czy aktualne


Testy składowe

* Kod	Nazwa
COVID	SARS-CoV-2
GRYPA	Wirus grypy typu A i B
RSV	RS - Antygen

Opis przygotowań przed zabiegiem:

Treść zgody pacjenta:

Zatwierdź Wyjście

Testy składowe użytkownik wybiera ze słownika *Testy składowe* (aby go wyświetlić, należy wybrać przycisk ). 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.

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

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

Skierowanie

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

Zlecony zabieg:

Miejsce wykonania: Gabinet

szczepienie
 Odra, świnka, różyczka,

Przebieg zabiegu

Przebieg badania bez powikłań

Szczepienie

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

Uwagi:

Podanie leku

*	Nazwa	Dawka	Nr serii	Termin ważności	Sposób podania	Status
▶						

Uwagi:

Pobranie materiału

Kopij do wykonania

Dane podstawowe Zalecenia Drukuj... Autoryzuj Umów następną

W przypadku realizacji zlecenia, na którym wybrano badania diagnostyczne, po otwarciu wizyty jej widok ustawi się automatycznie na zakładce [Badania diag.](#)

Natomiast w przypadku zlecenia, na którym wybrano test diagnostyczny, a nie wybrano badania diagnostycznego, po otwarciu wizyty wyświetlona zostanie automatycznie zakładka [Testy](#).

Rozdział

5

Szablony kalendarza szczepień

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

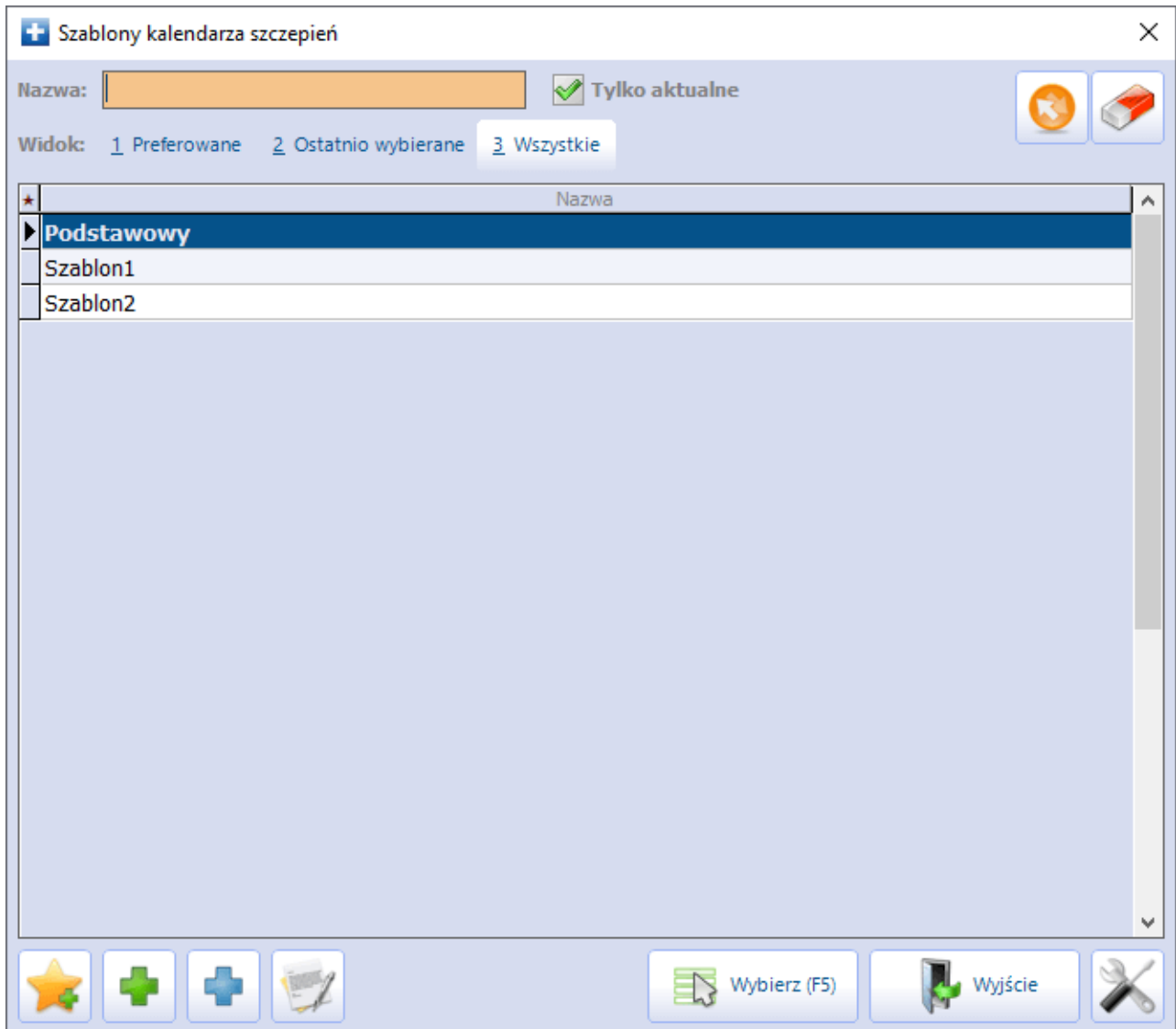
Szablony tworzone są w "Słowniku szablonów kalendarza szczepień", dostępnym w następujących lokalizacjach:

[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.



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

Szablony kalendarza szczepień

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

Do usunięcia zaznaczonej pozycji szczepienia służy przycisk .

Szablon kalendarza szczepień

Nazwa: Szablon3 Aktualny

Szczepienia

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

Zatwierdź Wyjście

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

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

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


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 [instrukcji obsługi programu](#), w rozdziale "Planowanie szczepień z kalendarza".

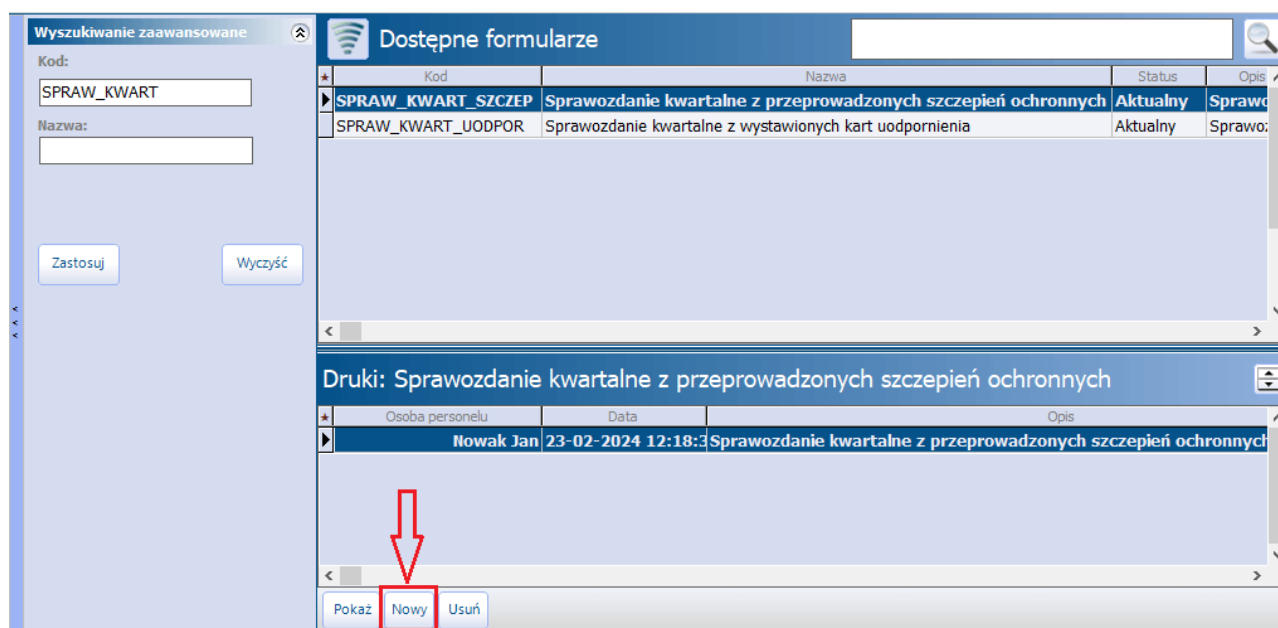
Sprawozdania kwartalne ze szczepień

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.



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 **Gabiniecie pielęgniarstwa**, wg ilości wykorzystanych szczepionek.

Druk: Sprawozdanie kwartalne z przeprowadzonych szczepień ochronnych

Druk formularza

Podgląd (F8) Drukuj Ustawienia strony Generuj (F5)

Opis: Sprawozdanie kwartalne z przeprowadzonych szczepień ochronnych

Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej		Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych sporządzone według ilości wykorzystanych szczepionek za okres od 01.01.2024 do 31.03.2024			Adresat	
Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie					Wybierz...	
Numer identyfikacyjny - REGON					Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni od daty zakończenia kwartału	
Lp.	Nazwa szczepionki	Jednostka miary	Ilość zużytej szczepionki	Liczba podanych dawek	Uwagi/komentarze	
	1	2	3	4	5	
1	Priorix™ proszek i rozp. do sporz. roztw. do wstrz.	(brak)	0	1		

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu

(miejscowość i data)

(nadruk lub pieczęć osoby działającej w imieniu sprawozdawcy zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis)

Zatwierdź Anuluj

➤ **Sprawozdanie kwartalne z wystawionych kart uodpornienia**

Wartości w oknie sprawozdania zliczane są na podstawie kart uodpornienia ewidencjonowanych w **Gabiniecie pielęgniarstwa** 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 samodzielnie.

Sprawozdania kwartalne ze szczepień

Druk: Sprawozdanie kwartalne z wystawionych kart uodpornienia

Druk formularza

Podgląd (F8) Drukuj Ustawienia strony Generuj (F5)

Opis: Sprawozdanie kwartalne z wystawionych kart uodpornienia

Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej	Kwartalne sprawozdanie z obowiązkowych szczepień ochronnych sporządzone według informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres od 01.01 do 31.03 2024r.	Adresat
Numer identyfikacyjny - REGON		WYBIERZ... Sprawozdanie należy przekazać w terminie 7 dni od zakończenia kwartału

Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie

Rok urodzenia pacjenta	Liczba kart uodpornienia w okresie sprawozdawczym					według stanu w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego
	według stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego	złożonych przez składającego sprawozdanie	otrzymanych od innych podmiotów	usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji	przekazanych innym podmiotom	
	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**.

Rozdział

7

Testy diagnostyczne

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

The screenshot shows the 'Testy' section of the mMedica application. The interface includes a sidebar with navigation icons (Wizyta, Zabiegi, Testy, Badania diag., Dane med., Patronaż i bilanse, Druki). The main form has several sections: 'Zlecenie' (Prescription) with fields for 'Data' (22-08-2025 18:02) and 'Zlecający'; 'Test' with a dropdown menu showing 'TESTPC' and 'Test antygenowy COVID-19 - COMBO'; 'Wyniki' (Results) with a table showing test results; and 'Uwagi' (Remarks) with a text area. A red box highlights the 'Wyślij' (Send) button in the bottom toolbar.

Składowa wyniku	Wynik	Komentarz	Typ
SARS-CoV-2	Negatywny	Wynik uje...	...
Wirus grypy typu ...	Pozytywny		
RS - Antygen			

Jeżeli wizyta realizowana jest na podstawie [zlecenia wystawionego w Gabinetcie lekarza](#), 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 ikonę zielonego plusa.

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

W sekcji **Wyniki** w celu przypisania wyniku do poszczególnych składowych należy wybrać odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej w kolumnie "Wynik" (zdz. poniżej).

The screenshot shows the 'Wynik' dropdown menu. The menu is open, showing options: Negatywny, Nediagnostyczny, Nierozstrzygający, and Pozytywny. A red box highlights the dropdown arrow.

Testy diagnostyczne

W wersji 11.8.0 aplikacji mMedica dodano kolumny "Komentarz" oraz "Typ", aktywne do edycji dla składowej wyniku "SARS-CoV-2". W celu ich uzupełnienia należy wybrać odpowiednie wartości z dostępnych list rozwijalnych.

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

W wersji 11.8.0 programu umożliwiono przesłanie wyniku testu antygenowego na SARS-CoV-2 (z aktualnie otwartej zakładki) do systemu EWP. Służy do tego przycisk **Wyślij**, dostępny na dole ekranu. Podczas wysyłki sprawdzany jest szereg warunków. W przypadku ich niespełnienia wyświetlane są stosowne komunikaty.

W wersji 11.11.0 aplikacji mMedica został udostępniony rejestr testów (ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr testów](#)). Istnieje w nim możliwość przeglądu wszystkich testów wykonanych pacjentom (zjd. poniżej).

The screenshot shows the 'Rejestr testów' window. On the left, there is a search panel titled 'Wyszukiwanie zaawansowane' with fields for 'Data zlecenia', 'Data wyniku', 'Nazwisko / PESEL pacjenta', 'Składowa wyniku', and 'Wynik'. Below these fields are 'Zastosuj' and 'Wyczyść' buttons. The main area displays a table with the following data:

* Data wyniku	Data zlecenia	Personel	PESEL	Pacjent	Składowa wyniku	Wynik	Wysłano
05-11-2025 ...	05-11-2025...	Nowak...		Kowa...	SARS-CoV-2	Negatywny	<input checked="" type="checkbox"/>
05-11-2025 ...	05-11-2025...	Nowak...		Kowa...	Wirus grypy typu ...	Nierozstrzygający	
05-11-2025 ...	05-11-2025...	Nowak...		Kowa...	RS - Antygen	Negatywny	

W oknie rejestru prezentowana jest lista składowych poszczególnych testów. W przypadku składowych SARS-CoV-2, które zostały wysłane do EWP, w kolumnie "Wysłano" wyświetlany jest znaczek .

Po lewej stronie, w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*, znajdują się filtry umożliwiające wyszukiwanie pozycji wg określonych kryteriów.

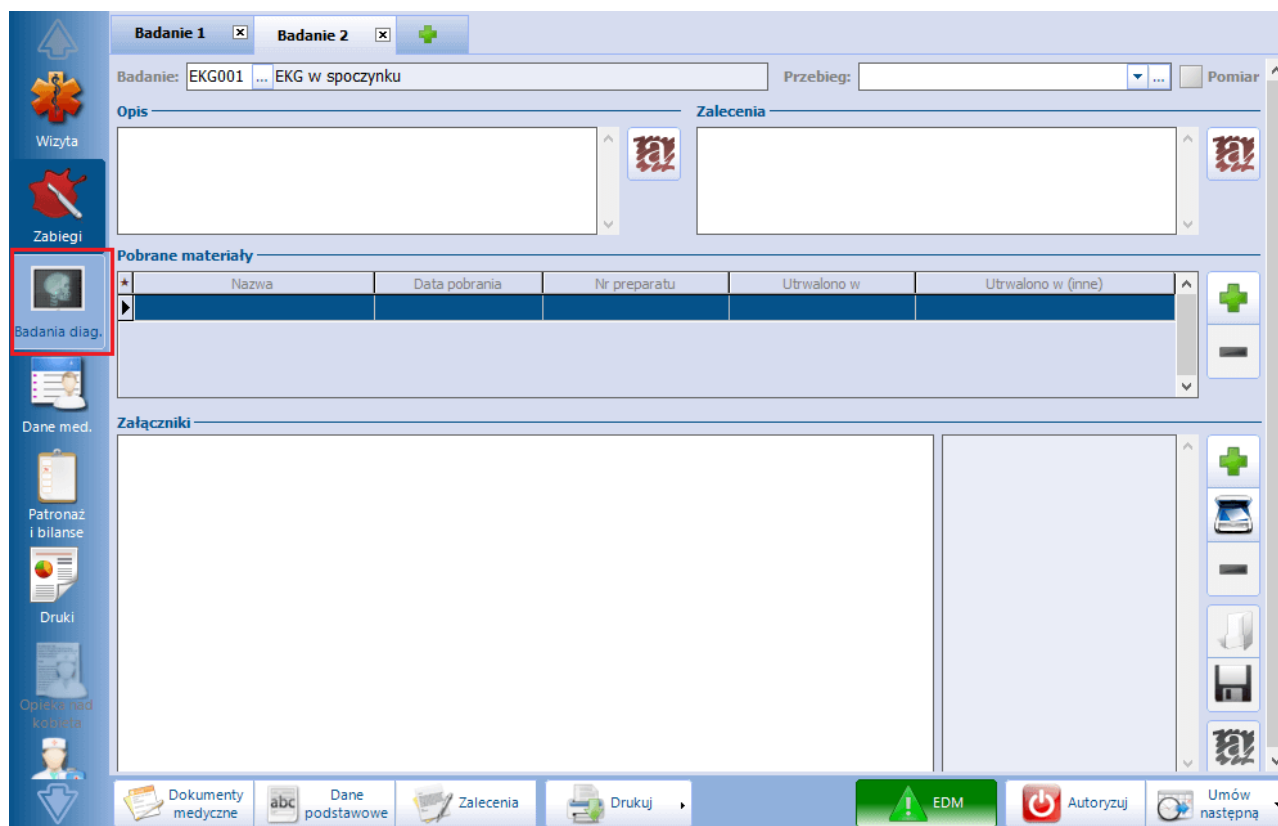
Wybór przycisku **Dane** otwiera podgląd danych testu, którego składową jest aktualnie podświetlona pozycja.

Rozdział

8

Badania diagnostyczne

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



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 [zlecenia wystawionego w Gabinetcie lekarza](#), 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.

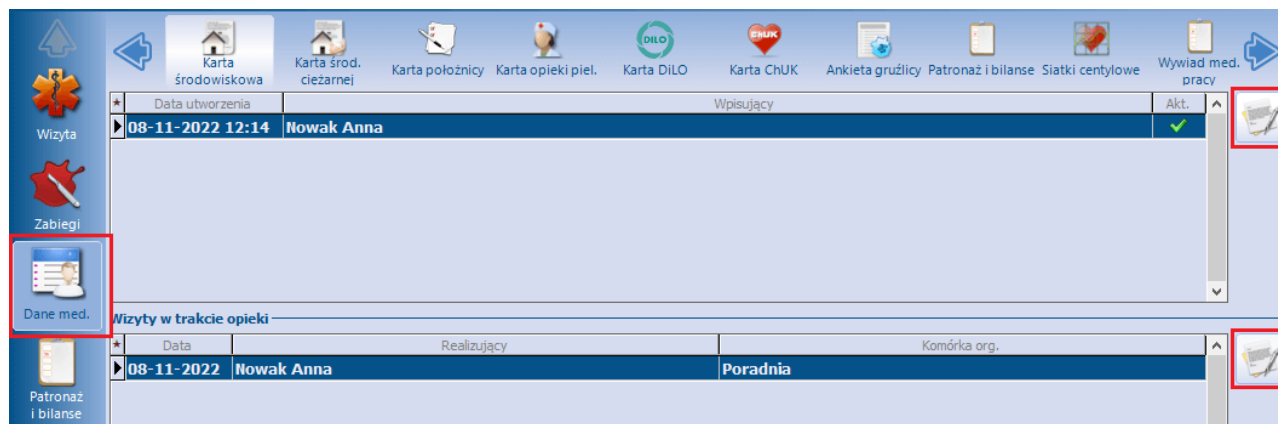
Dane medyczne

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.



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

poszczególnych pozycji wyświetlą się po wybraniu przycisku .

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

Przejdźcie do danych medycznych pacjenta jest możliwe również z poziomu *Kartoteki pacjentów* oraz z poziomu okna *Gabinetu* lekarskiego. Ogólny opis funkcjonalności okna *Dane medyczne* znajduje się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica.

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 Gabinetecie lekarskim i pielęgniarskim.

W programie istnieje mechanizm podpowiadania we wprowadzonym 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., uwidocznia się w oknie *Antropometrii* i *Badań wstępnych*.


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

- **20** (Badanie (test) przesiewowe) - w przypadku wizyty z utworzonym bilansem w *Gabinetecie* pielęgniarki (od wersji 11.12.0),
- **17** (Bilans zdrowia) - w przypadku wizyty z utworzonym bilansem w *Gabinetecie* lekarza,
- **7** (Wizyta patronażowa) - w przypadku wizyty z utworzonym patronażem realizowanej w *Gabinetecie* pielęgniarki,
- **5** (Porada patronażowa) - w przypadku wizyty z utworzonym patronażem realizowanej w *Gabinetecie* 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** . Po jego wybraniu zostanie utworzona zakładka z kolejnym numerem wizyty realizowanej w ramach karty (zdj. poniżej), umożliwiającą wprowadzenie danych.



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

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

Zamknięcia patronażu dokonuje się za pomocą przycisku  **Zamknij patronaż**. Po zamknięciu jego edycja będzie możliwa poprzez wybranie przycisku  **Otwórz do edycji**.

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

The screenshot shows a software interface for 'Patronaż piel. środ.'. At the top, there is a navigation bar with icons for 'Siatki centylowe', 'Patronaż noworodka', 'Patronaż piel. środ.' (highlighted with a red box), '6.-9. tydzień życia', '3.-4. miesiąc życia', '6. miesiąc życia', and '9. miesiąc życia'. Below this, there are tabs for 'Dane ogólne / Wywiad', 'Wywiad rodzica / opiekuna', and 'Wizyta 1 (bieżąca)'. The main area contains several sections: 'Pomiary' with input fields for 'Masa ciała (g)', 'Długość ciała (cm)', 'Obwód głowy (cm)', and 'Obwód KLP (cm)', each with a 'Centyl:' field; 'Test przesiewowy w kierunku wrodzonej dysplazji stawów biodrowych' with 'Prawidłowy' and 'Nieprawidłowy' radio buttons; and 'Test przesiewowy w kierunku zaburzeń rozwoju psychomotorycznego' with 'Prawidłowy' and 'Nieprawidłowy' radio buttons and an 'Opis:' text field. On the left, there is a sidebar with icons for 'Wizyta', 'Zabiegi', 'Dane med.', and 'Patronaż i bilanse'. On the right, there are icons for adding, deleting, and saving records.

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  **Utwórz bilans**, który aktywuje pola do wprowadzania danych.

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

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


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


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


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

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

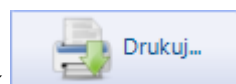
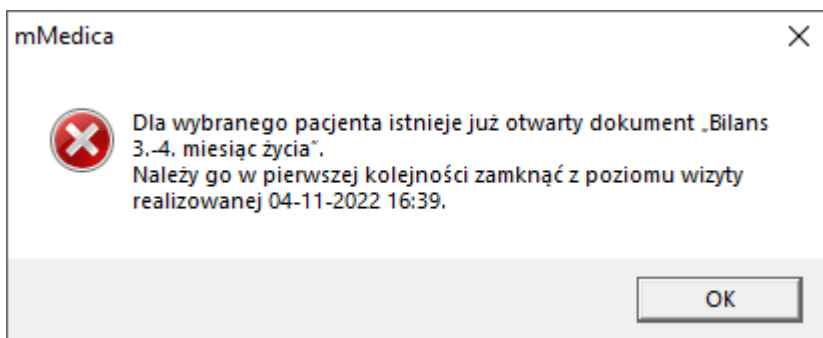
Uwaga! Jeśli dane na bilansie zostały już wcześniej uzupełnione przez lekarza, będą podpowiadane w Gabinetce pielęgniarki.

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

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

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

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

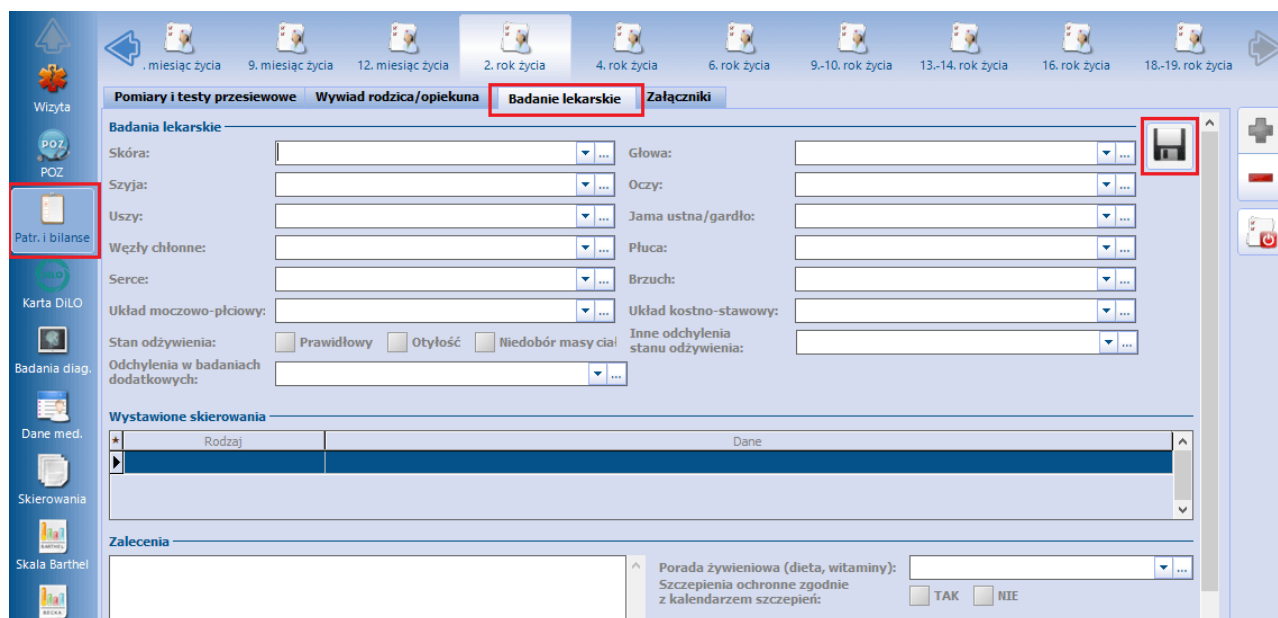
10.3.1 Bilans lekarza POZ

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

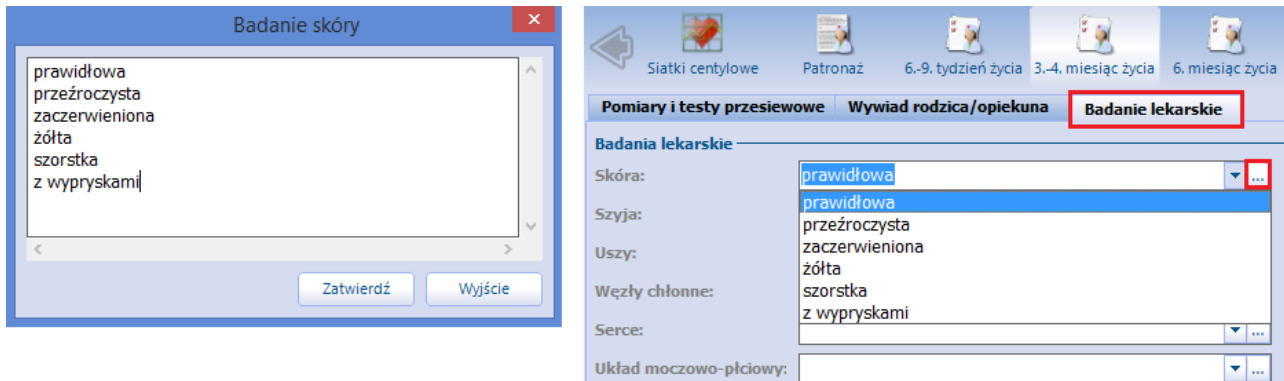
Zawartość danych znajdujących się na formatce oraz sposób ewidencji są dokładnie takie same jak w [Gabinecie pielęgniarki](#). Wyjątkiem jest zakładka *Badania lekarskie*, wypełniana wyłącznie w [Gabinecie lekarskim](#). Lekarz opisuje na niej przeprowadzone badanie lekarskie.



W wersji 11.10.0 aplikacji mMedica w ramach bilansu sześciolatka (ikona **6. rok życia**) na powyższej zakładce udostępniono sekcję **Lipidogram**, umożliwiającą wprowadzenie wyników lipidogramu. Wartości w sekcji uzupełniane są automatycznie podczas dodawania bilansu w [Gabinecie](#) lekarza na podstawie wyników badań dopisanych do wizyty.


Przygotowanie słowników do opisu badania lekarskiego:

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



W ramach aktywnego Modułu Personalizacyjnego istnieje możliwość skopiowania danych bilansu



wprowadzonych w sekcji [Badania lekarskie](#). Dokonuje się tego przyciskiem . 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

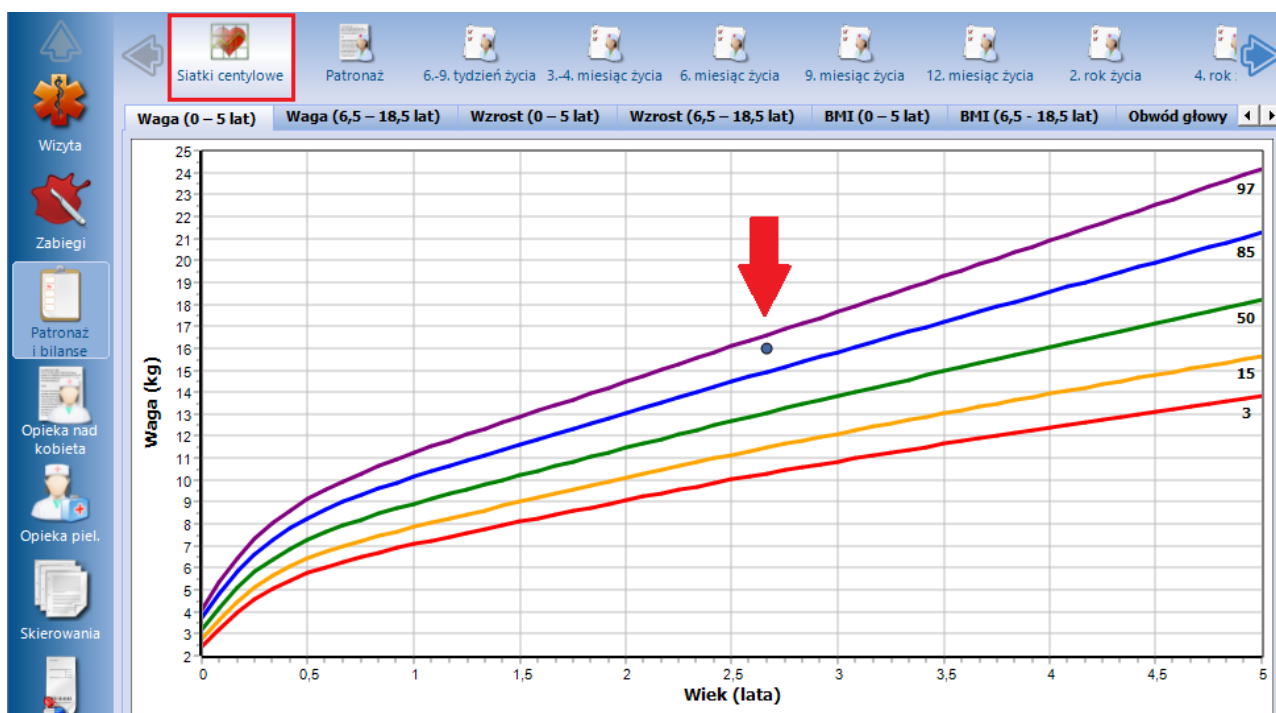
Ścieżka: [Gabinet pielęgniarki](#) > [Patronaż i bilanse](#) > [Siatki centylowe](#)

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 [bilansu](#), 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.


Rozdział

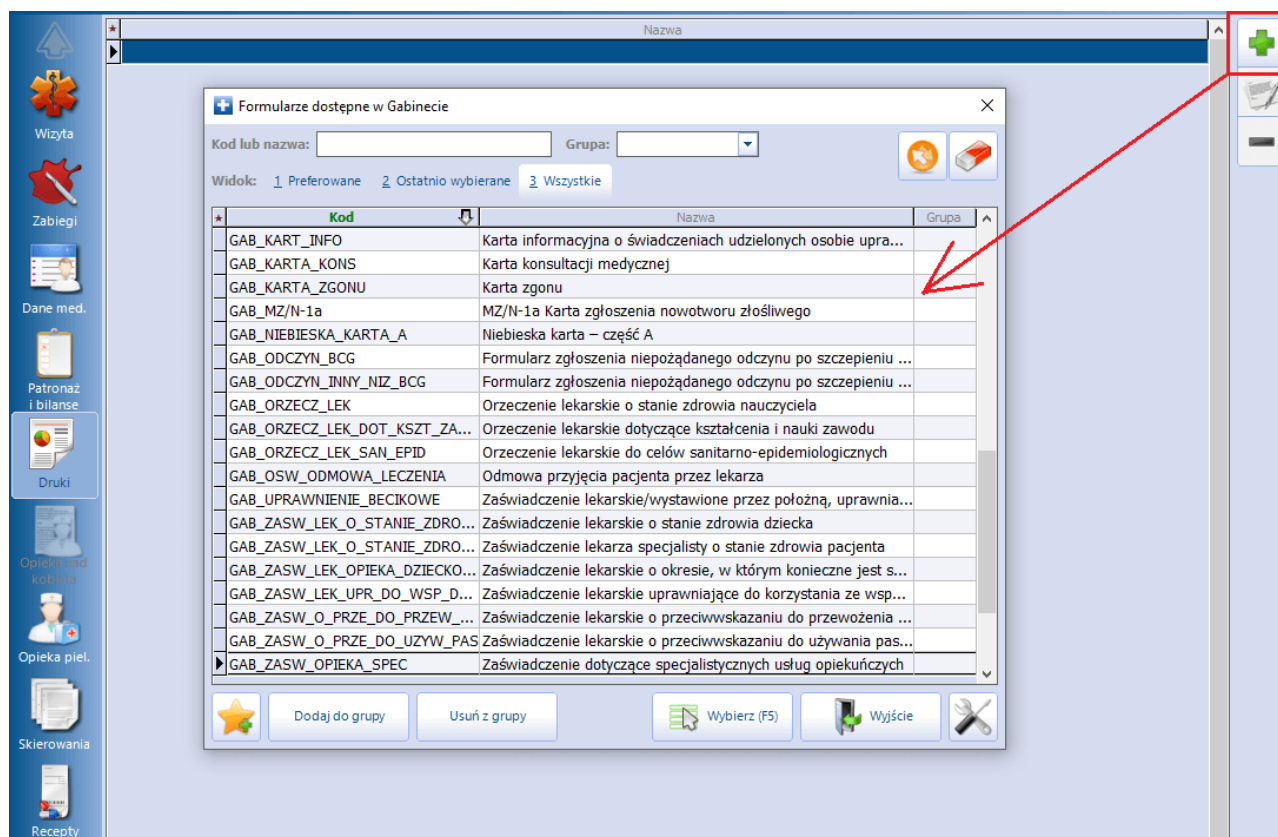
11

Druki

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

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

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



Formularze dostępne w Gabinetce

Kod lub nazwa: Grupa:

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Kod	Nazwa	Grupa
GAB_KART_INFO	Karta informacyjna o świadczeniach udzielonych osobie upra...	
GAB_KARTA_KONS	Karta konsultacji medycznej	
GAB_KARTA_ZGONU	Karta zgonu	
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 ...	
GAB_ODCZYN_INNY_NIZ_BCG	Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu ...	
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	
GAB_OSW_ODMOWA_LECZENIA	Odmowa przyjęcia pacjenta przez lekarza	
GAB_UPRAWNIENIE_BECIKOWE	Zaświadczenie lekarskie/wystawione przez położną, uprawnia...	
GAB_ZASW_LEK_O_STANIE_ZDRO...	Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka	
GAB_ZASW_LEK_O_STANIE_ZDRO...	Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia pacjenta	
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 ...	
GAB_ZASW_O_PRZE_DO_UZYW_PAS	Zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do używania pas...	
GAB_ZASW_OPIEKA_SPEC	Zaświadczenie dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych	

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

W wersji 11.6.0 aplikacji mMedica w *Gabinetce 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 Gabinetu znajduje się ikona **Opieka nad kobietą**, która aktywuje się wyłącznie na wizytach realizowanych kobietom. Z tego poziomu położna może dokumentować realizację zadań w ramach sprawowania opieki nad kobietą w każdym okresie jej życia, nad kobietą ciężarną oraz kobietą w połogu. W tym celu w programie udostępniono następujące dokumenty:


- Indywidualna karta środowiskowa
- Karta środowiskowa ciężarnej
- Karta położnicy


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



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

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

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

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

Dane ogólne / Wywiad	Wizyta 1 (17-09-2019)	Wizyta 2 (bieżąca)
Stan pacjenta		
Waga (kg): <input type="text"/>	Wzrost (cm): <input type="text"/>	Ciśnienie: <input type="text"/> / <input type="text"/>
		Tętno: <input type="text"/> Temperatura: <input type="text"/>
Upławy: <input type="text"/>	Obrzęki: <input type="text"/>	
Bóle: <input type="text"/>	Żylaki: <input type="text"/>	
Krwawienia: <input type="text"/>		

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




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

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

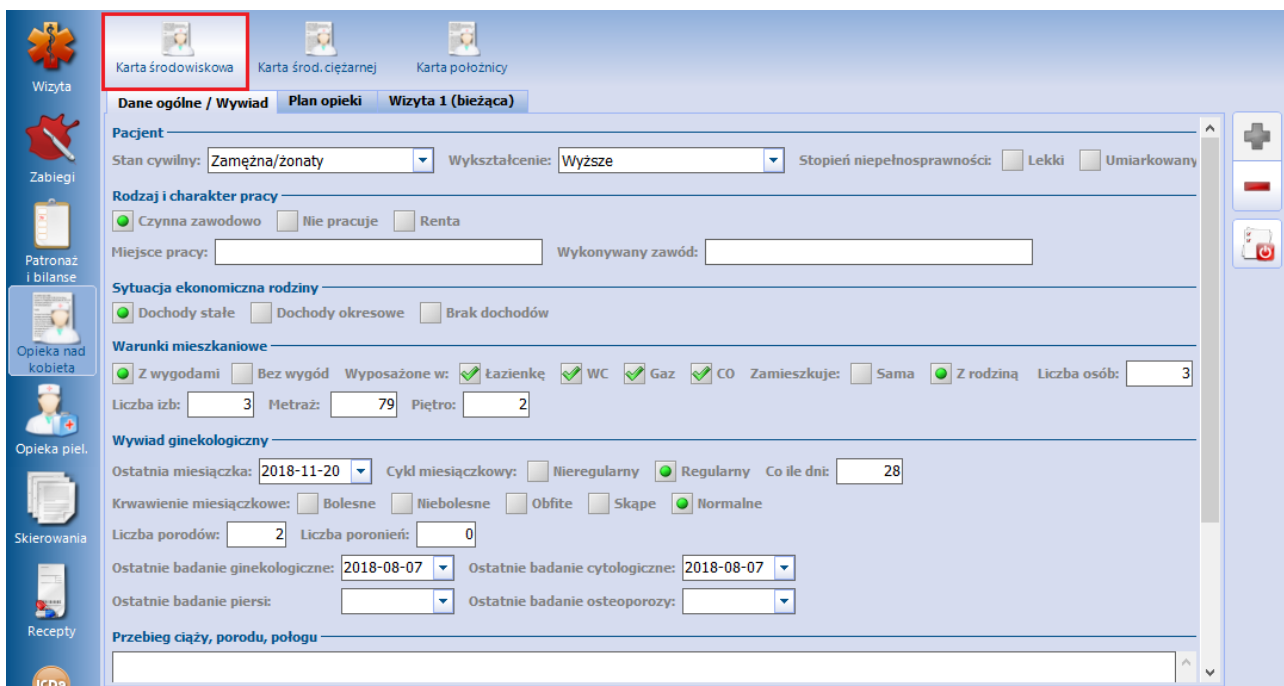
12.1 Karta środowiskowa

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.




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

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

Wykonanie planu opieki:

Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji
<input checked="" type="checkbox"/>	201	Interw1
<input type="checkbox"/>	202	Interw2




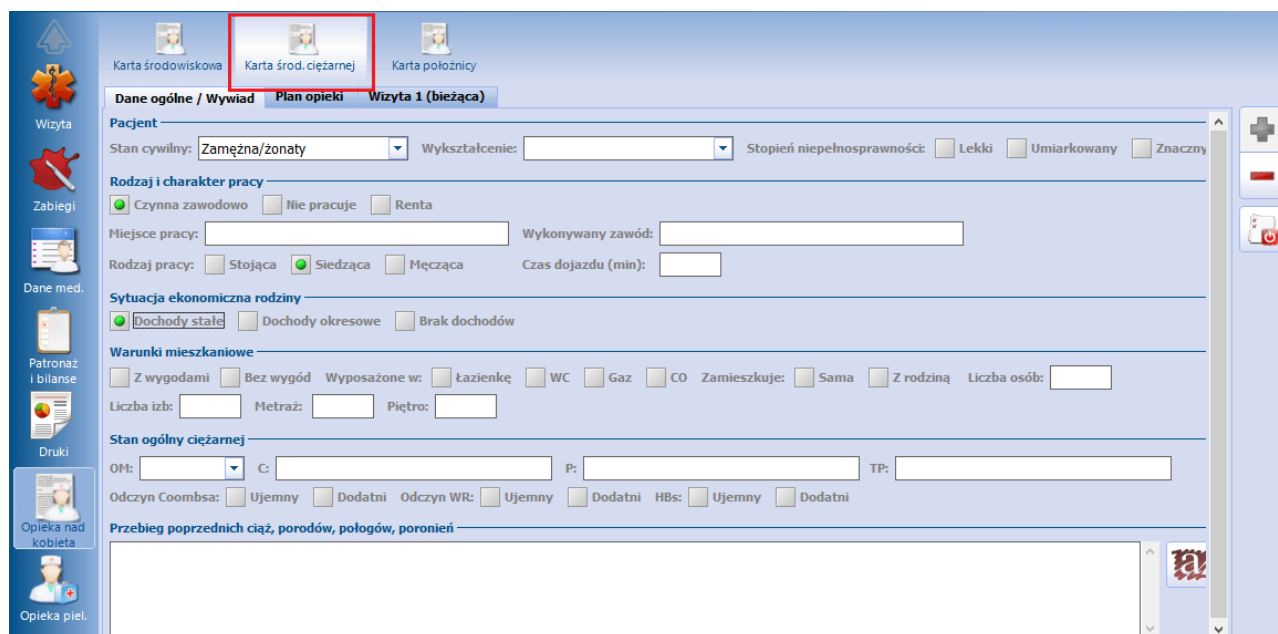
Do zbiorczego oznaczenia wszystkich pozycji jako wykonanych służy przycisk , znajdujący się po prawej stronie sekcji.

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

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.




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

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

Wykonanie planu opieki:			
*	Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji
I	<input checked="" type="checkbox"/>	201	Interw1
	<input type="checkbox"/>	202	Interw2




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

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

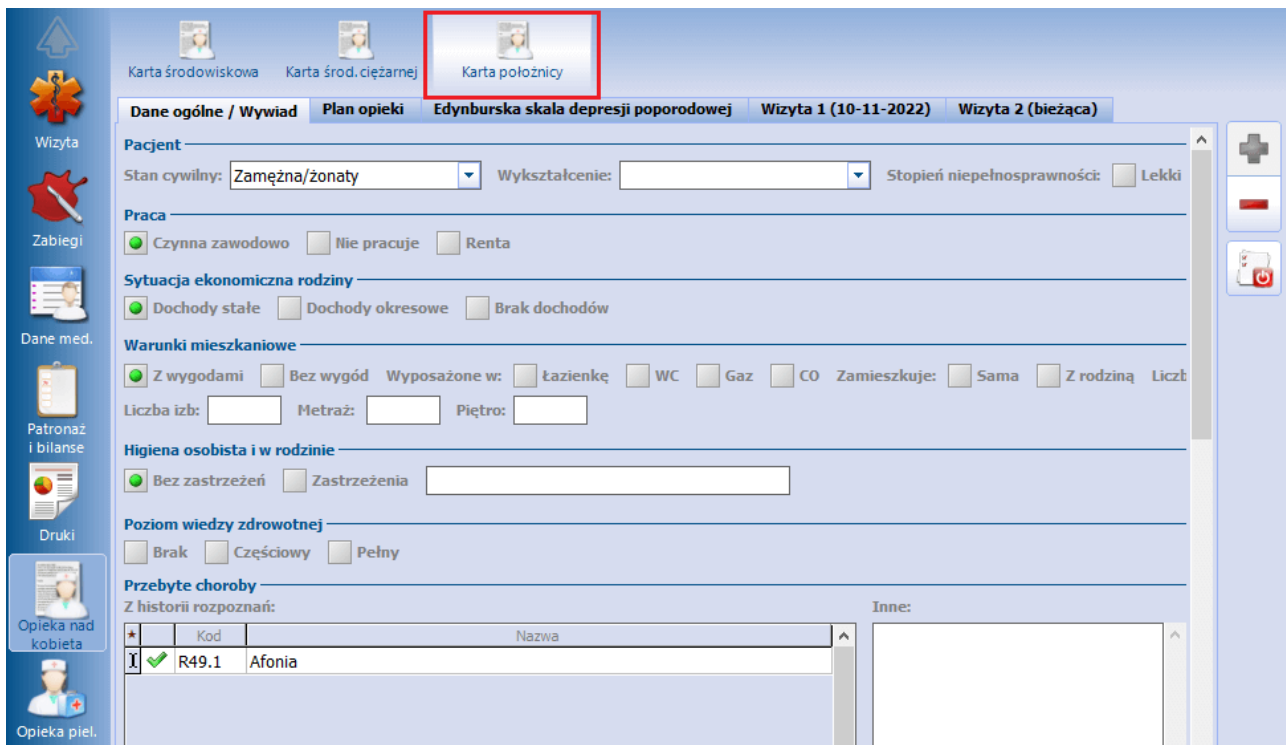
12.3 Karta położnicy

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

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

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

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



The screenshot shows the 'Karta położnicy' form in the mMedica application. The 'Karta położnicy' tab is highlighted with a red box. The form includes sections for patient data, work status, economic situation, housing conditions, personal hygiene, and medical history.

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

Pacjent
 Stan cywilny: Zamężna/zonaty | Wykształcenie: | Stopień niepełnosprawności: Lekki

Praca
 Czynna zawodowo | Nie pracuje | Renta

Sytuacja ekonomiczna rodziny
 Dochody stałe | Dochody okresowe | Brak dochodów

Warunki mieszkaniowe
 Z wygodami | Bez wygod | Wyposażone w: łazienkę | WC | Gaz | CO | Zamieszkuje: Sama | Z rodziną | Liczba izb: | Metraż: | Piętro: |

Higiena osobista i w rodzinie
 Bez zastrzeżeń | Zastrzeżenia |

Poziom wiedzy zdrowotnej
 Brak | Częściowy | Pełny

Przebyte choroby
 Z historii rozpoznai: | Inne: |


*	Kod	Nazwa
I	R49.1	Afonia

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

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

Wykonanie planu opieki:

*	Wykonano	Kod interwencji	Nazwa interwencji
I	<input checked="" type="checkbox"/>	201	Interw1
		202	Interw2

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

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



Karta środowiskowa Karta śród. ciąży Karta położnicy

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

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

0 – tak często jak zazwyczaj
 1 – trochę rzadziej niż zwykle
 2 – zdecydowanie rzadziej niż zwykle
 3 – zupełnie nie byłam zdolna do radości

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

0 – tak jak zawsze
 1 – rzadziej niż zawsze
 2 – zdecydowanie rzadziej niż zwykle
 3 – nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją

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

3 – tak, w większości przypadków
 2 – tak, czasami
 1 – rzadko
 0 – wcale

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się

0 – zupełnie nie
 1 – raczej nie
 2 – czasami
 3 – tak, bardzo często

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

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

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

Rozdział

13

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 11.12.0 aplikacji mMedica, jeżeli w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji [Gabinet > Różne](#), w sekcji [Autoryzacja wizyty](#) 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 **21** (Badanie profilaktyczne), 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

The screenshot shows the 'Dane świadczeniobiorcy' (Beneficiary Data) tab selected. The interface includes the following sections:

- Stan pacjenta:** Zdrowy, Chory, Nosicielstwo HBs.
- Występujące alergie / Nałogi:** leki; jad węża.
- Choroby zasadnicze:** Z chorób przewlekłych: E07.9 Choroby tarczycy, nie określone.
- Choroby współistniejące:** Z chorób przewlekłych: E07.9 Choroby tarczycy, nie określone.
- Dane antropometryczne:** Wzrost (cm): 185, Waga (kg): 95, Data pomiaru: [pusty].

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

Sekcja: Występujące alergie / Nałogi

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

Sekcja: Lekarz POZ / Pielęgniarka POZ

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

Sekcja: Przebyte choroby

Rozpoznanie podpowiadane z historii rozpoznań dotychczas zaewidencjonowanych w Gabinetce 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.


The screenshot shows the 'Plan opieki' (Nursing Plan) tab selected. The interface includes the following sections:

- Diagnozy:**


Kod diagnozy	Nazwa diagnozy	Kod lokalizacji	Nazwa lokalizacji
101	Diag1		
102	Diag2		
- Interwencje:**

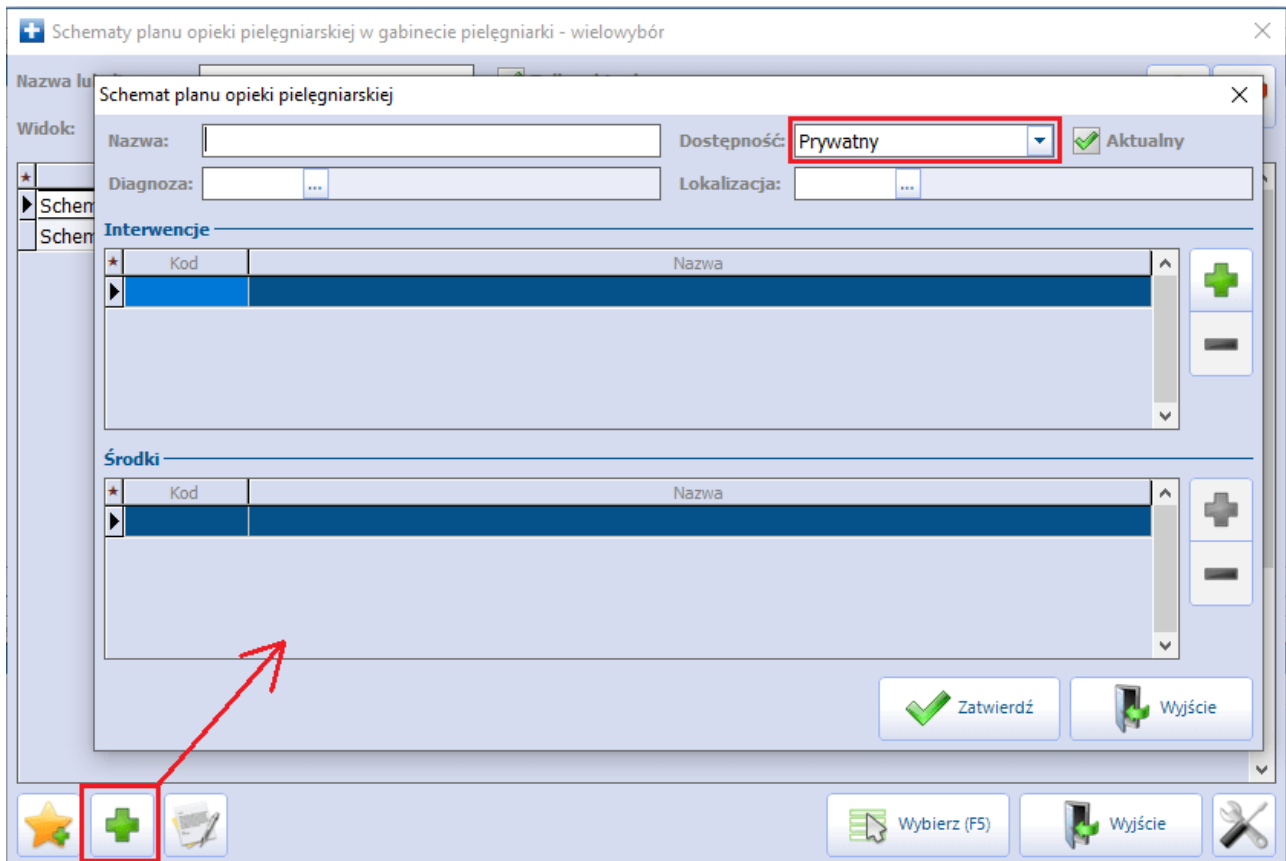
Kod	Nazwa
201	Interw1
- Środki:**


Kod	Nazwa
301	Środek1
302	Środek2

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

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

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



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


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


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


Wykonanie planu opieki:

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



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

Ze względu na to, że karta opieki pielęgniarskiej jest dokumentem dostępnym zarówno w Gabinetie 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.

U góry wyświetlanego okna prezentowana jest informacja o dacie ostatnio przeprowadzonej ankiety. Dostęp do ankiety jest zablokowany 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.

Kryteria wykluczające z realizacji świadczenia
Data ostatnio przeprowadzonej ankiety: 12.09.2023

Pacjent miał w przeszłości rozpoznaną gruźlicę TAK NIE

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

Część właściwa ankiety

- Pacjent był w przeszłości poddany badaniu ankietowemu świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy przez pielęgniarkę POZ TAK NIE
 Liczba lat od poprzedniego badania:
 W efekcie badania skierowano pacjenta do dalszej oceny stanu zdrowia przez lekarza POZ, do którego pacjent jest zadeklarowany TAK NIE
- Warunki mieszkaniowe:
 - mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (więcej niż cztery osoby na jeden pokój) TAK NIE
 - pacjent jest osobą bezdomną TAK NIE
 - pacjent jest pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej TAK NIE
- Z pacjentem mieszkają lub przebywają w jego otoczeniu osoby, które chorują/chorowały na gruźlicę TAK NIE
- Pacjent jest narażony na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi TAK NIE
- Pacjent leczy się z powodu cukrzycy TAK NIE
- Pacjent leczy się z powodu przewlekłej niewydolności nerek TAK NIE
- Pacjent jest niedożywiony TAK NIE
- Pacjent leczy się z powodu chorób krwi TAK NIE

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

Wynik oceny

Liczba punktów: Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę: podwyższony.

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

Adres poradni:

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

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 *Wynik kwalifikacji* zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów. Na podstawie otrzymanego wyniku osoba personelu określa, czy pacjent wymaga skierowania do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej lub do zakładu opiekuńczego, poprzez zaznaczenie jednej z wartości.

The screenshot displays the 'Opieka pielęgniarska' (Nursing Care) software interface. At the top, there are navigation buttons: 'Karta opieki piel.', 'Ankieta gruźlicy', 'Skala Barthel' (highlighted with a red box), 'Skala Glasgow', and 'Karta profilaktyki ChUK'. The main content area is a form for the Barthel Scale assessment, with sections for:

- Wchodzenie i schodzenie po schodach** (Climbing and descending stairs):
 - 5 – Niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m
 - 10 – Spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby, powyżej 50 m
 - 15 – Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. łaski powyżej 50 m
- Ubieranie się i rozbieranie** (Dressing and undressing):
 - 0 – Zależny
 - 5 – Potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy
 - 10 – Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.
- Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu** (Bowel and rectal control):
 - 0 – Nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw
 - 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)
 - 10 – Panuje, utrzymuje stolec
- Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego** (Urinary and bladder control):
 - 0 – Nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny
 - 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)
 - 10 – Panuje, utrzymuje mocz

At the bottom of the form, the 'Wynik kwalifikacji' (Qualification result) is highlighted with a red box and shows a score of 60. Below this, there are checkboxes for 'Pacjent wymaga skierowania' (Patient requires referral) with options 'Do pielęgniarstwa długoterminowej domowej' and 'Do za...'. The bottom of the interface features a toolbar with buttons: 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj...', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

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

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.

The screenshot displays the Glasgow Coma Scale (GCS) assessment interface. At the top, there are navigation icons for 'Karta opieki piel.', 'Ankieta gruźlicy', 'Skala Barthel', 'Skala Glasgow' (highlighted with a red box), and 'Karta profilaktyki ChUK'. The main area is divided into sections for different types of responses:

- Reakcja otwierania oczu:**
 - Spontaniczna
 - Na polecenia
 - Na bodźce bólowe
 - Nie otwiera oczu
- Reakcja słowna (mowa):**
 - Logiczna (pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby)
 - Odpowiedź splątana (pacjent zdeorientowany)
 - Odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
 - Niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
 - Brak reakcji słownej
- Reakcja ruchowa (motoryczna):**
 - Spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
 - Ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
 - 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)
 - Patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (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:**
 - Liczba punktów: Ocena zaburzenia przytomności pacjenta wg GCS: łagodne zaburzenia przytomności

The bottom bar contains buttons for 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj...', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

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

13.5 Skala Norton

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

W oknie danych opieki pielęgniarskiej istnieje możliwość uzupełnienia oceny ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton.

The screenshot displays the Skala Norton assessment form. The form is organized into several sections, each with radio button options for selection:

- Stan fizyczny**
 - 4 – Dobry
 - 3 – Dość dobry
 - 2 – Średni
 - 1 – Bardzo ciężki
- Stan świadomości**
 - 4 – Pełna przytomność i świadomość
 - 3 – Apatia
 - 2 – Zaburzenia świadomości
 - 1 – Stupor albo śpiączka
- Aktywność (zdolność przemieszczania się)**
 - 4 – Chodzi samodzielnie
 - 3 – Chodzi z asystą
 - 2 – Porusza się tylko na wózku inwalidzkim
 - 1 – Stale pozostaje w łóżku
- Stopień samodzielności przy zmianie pozycji**
 - 4 – Pełna
 - 3 – Ograniczona
 - 2 – Bardzo ograniczona
 - 1 – Całkowita niesprawność
- Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej**
 - 4 – Pełna sprawność zwieraczy
 - 3 – Sporadyczne moczenie się
 - 2 – Zazwyczaj nietrzymanie moczu
 - 1 – Całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Wynik oceny

Liczba punktów: Ryzyko powstania odleżyn: NIE

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny 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 Skala VES-13

W wersji 12.2.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość uzupełnienia skali VES-13, służącej do oceny stanu zdrowia osób starszych (zdz. poniżej).

The screenshot shows the mMedica application interface for the VES-13 scale. The top navigation bar includes buttons for 'Badania diag.', 'gruźlica', 'Skala Barthel', 'Skala Glasgow', 'Skala Norton', 'Skala VES-13' (highlighted with a red box), 'Skala Wellsa', 'Skala Mini-Cog', and 'Karta profilaktyk ChUK'. The left sidebar contains navigation options: 'Moje Zdrowie', 'Dane med.', 'Patronaż i bilanse', 'Druki', 'Opieka nad kobietą', 'Opieka piel.', and 'Skierowania'. The main content area is titled 'Skala VES-13' and contains the following sections:

- Wiek:** Radio buttons for '60-74 lat' (selected), '75-84 lat', and '85 lat lub powyżej'.
- Samoocena stanu zdrowia:** Radio buttons for 'Wspaniale lub dobre' and 'Przeciętne lub złe' (selected).
- Znaczne trudności w samodzielnym wykonaniu czynności z powodu stanu zdrowia:** A list of activities with checkboxes:
 - Zakupy (produkty toaletowe, leki)
 - Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (śledzenie wydatków, opłacanie rachunków)
 - Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie, ścieranie kurzu)
 - Przejście przez pokój (przy pomocy kuli, laski, o ile używa)
 - Kąpiel (w wannie lub pod prysznicem)
 - Pochylenie, kucanie, klęknięcie
 - Podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg
 - Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów
 - Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku
 - Przejście około 1,5 km
 - Wykonanie ciężkiej pracy domowej (mycie podłóg, okien)
- Wynik oceny:** 'Liczba punktów: 4' and a warning: 'Ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych 2 lat. Rekomendacja do przeprowadzenia COG.'

The bottom toolbar contains icons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj...', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Na podstawie zaznaczonych pól w sekcji Wynik oceny zostanie wyznaczona liczba punktów. W przypadku liczby punktów większej niż 2 wyświetlana jest dodatkowo informacja o ryzyku wraz z odpowiednią rekomendacją.

W celu wydruku uzupełnionej oceny należy wybrać znajdujący się na dole ekranu przycisk **Drukuj**.

13.7 Skala Wellsa

W oknie danych opieki pielęgniarskiej istnieje możliwość uzupełnienia skali Wellsa, służącej do oceny prawdopodobieństwa wystąpienia zatorowości płucnej (zdj. poniżej).

Ocena prawdopodobieństwa klinicznego wystąpienia zatorowości płucnej

Przebyta ZŻG lub ZP: Tak Nie

Operacja lub złamanie w ciągu ostatnich 4 tygodni: Tak Nie

Aktywna choroba nowotworowa: Tak Nie

Krwiotłucie: Tak Nie

Częstość rytmu serca HR \geq 100/min: Tak Nie

Objawy ZŻG: Tak Nie

Inne rozpoznanie, mniej prawdopodobne niż ZP: Tak Nie

Wynik oceny

Liczba punktów: Pośrednie prawdopodobieństwo kliniczne wystąpienia zatorowości płucnej

Na podstawie zaznaczonych pól w sekcji **Wynik oceny** zostanie wyznaczona liczba punktów oraz wyświetli się informacja dotycząca klinicznego prawdopodobieństwa wystąpienia zatorowości płucnej.

13.8 Skala Mini-Cog

W oknie danych opieki pielęgniarskiej istnieje możliwość uzupełnienia skali Mini-Cog, służącej do oceny prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń poznawczych (zdj. poniżej).

Ocena prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń poznawczych

Poprawnie powtórzone pierwsze słowo: Tak Nie

Poprawnie powtórzone drugie słowo: Tak Nie

Poprawnie powtórzone trzecie słowo: Tak Nie

Poprawnie narysowany zegar: Tak Nie

Wynik oceny

Liczba punktów: Niskie prawdopodobieństwo zaburzeń poznawczych

Uwagi

Na podstawie zaznaczonych pól w sekcji **Wynik oceny** zostanie wyznaczona liczba punktów oraz wyświetli się informacja dotycząca prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń poznawczych, wraz z odpowiednią rekomendacją.

13.9 Karta profilaktyki ChUK

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

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

Funkcjonalność karty została dokładnie opisana w ogólnej [instrukcji obsługi](#) programu, w rozdziale "Utworzenie karty ChUK", dotyczącym ewidencji karty w *Gabinecie* lekarza.

W dolnej części okna ewidencji karty, w sekcji **Zalecenia dla pacjenta** 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.

13.10 Porada edukacyjna

Ścieżka: Gabinet pielęgniarki > Opieka piel. > Porada edukacyjna

Możliwość wprowadzenia danych porady edukacyjnej została udostępniona w wersji 12.3.0 aplikacji mMedica.

The screenshot displays the 'Porada edukacyjna' form in the mMedica application. The interface is organized into several sections:

- Top Navigation:** Includes icons for 'Druki', 'Opieka nad kobietą', 'Opieka piel.', 'Skierowania', 'Recepty', 'ICD9', 'Procedury', 'Leczenie bólu', and 'Historia wizyt'. A secondary navigation bar contains icons for 'Barthel', 'Skala Glasgow', 'Skala Norton', 'Skala VES-13', 'Skala Wellsa', 'Skala Mini-Cog', 'Karta profilaktyki ChUK', and 'Porada edukacyjna' (highlighted with a red box).
- Rodzaj porady:** A dropdown menu for selecting the type of educational advice.
- Pomiary (Measurements):** A section with input fields and checkboxes for various clinical measurements:
 - Wzrost (cm): [input field]
 - Waga (kg): [input field] with checkboxes for 'Bez zmian', 'Spadek', and 'Wzrost'.
 - BMI: [input field]
 - Obwód pasa (cm): [input field]
 - Obwód bioder (cm): [input field] with checkboxes for 'Bez zmian', 'Spadek', and 'Wzrost'.
 - Ciśnienie: [input field] / [input field] with checkboxes for 'Prawidłowe' and 'Nieprawidłowe'.
 - Tętno: [input field] with checkboxes for 'Miarowe', 'Niemiernowe', 'Tachykardia', and 'Bradykardia'.
 - Glikemia: [input field] with a dropdown menu and checkboxes for 'W zakresie', 'Powyżej', and 'Poniżej'.
 - Saturacja (%): [input field] with checkboxes for 'Prawidłowa' and 'Nieprawidłowa'.
- Stan psychiczny (Mental State):** A section with checkboxes for:
 - Świadomość: 'Pełna', 'Senność', 'Apatia'.
 - Sen: 'Prawidłowy', 'Zaburzony', 'Leki nasenne', 'Trudności w zasypianiu'.

Opis funkcjonalności powyższego okna zawiera [ogólna instrukcja](#) obsługi programu, rozdział "Porada edukacyjna".

Rozdział

14

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
- skierowanie na badanie cytologiczne - dostępne od wersji 11.12.0 aplikacji mMedica na wizycie realizowanej kobiecie
- Recepta na Ruch

Obsługa skierowań została szczegółowo opisana w [głównej instrukcji](#) obsługi programu, w rozdziale "Skierowania".

Opis sposobu wysyłki zleceń na badania laboratoryjne, badanie cytologiczne lub badanie diagnostyczne w ramach dodatkowego modułu eWyniki zawiera instrukcja obsługi tego modułu dostępna na stronie: <https://mmedica.asseco.pl/dokumentacja/>

Leczenie bólu

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

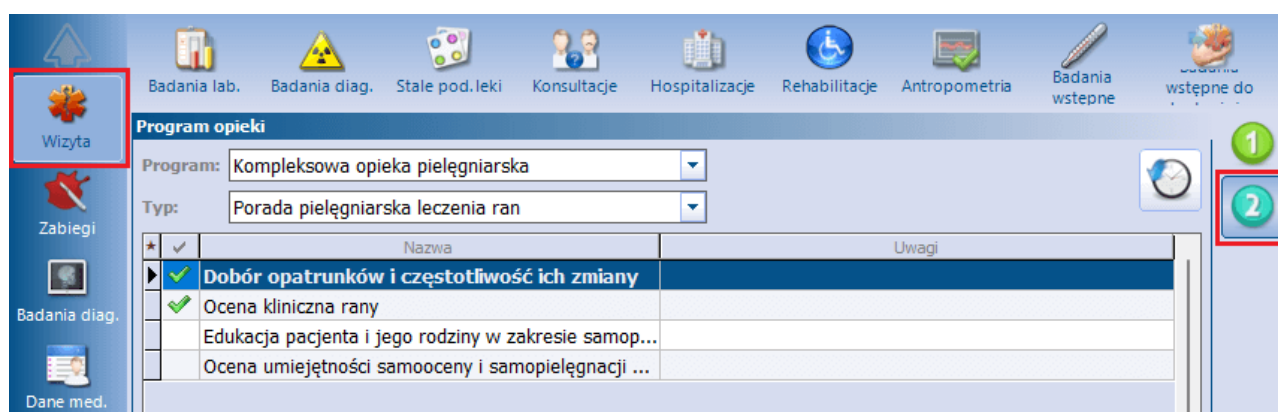
Funkcjonalność powyższego okna została szczegółowo opisana w ogólnej [instrukcji obsługi](#) programu, w rozdziale "Leczenie bólu".

Rozdział

16

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 *Gabiniecie* pielęgniarki umożliwiono ewidencję danych z zakresu programu opieki. Dokonuje się jej na zakładce **Wizyta** po wyborze ekranu nr 2 (zdj. poniżej).



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 wykonanych czynności programu opieki, należy wybrać przycisk .

Użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia, ma możliwość edycji słownika programów opieki. Słownik ten jest dostępny w oknie [Lista pacjentów do gabinetu pielęgniarki](#) 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").

Program opieki

Kod lub nazwa: Tylko aktualne

Atrybut:

Widok: 1 Preferowa

*	Kod	Nazwa
▶	KOP	Komple

Program opieki

Kod: Dostępność: Aktualny

Nazwa:

Typ programu


*	Kod	Nazwa
▶	PPLR	Porada pielęgniarska leczenia ran
	PPU	Porada pielęgniarska urologiczna
	PS	Porada stomijna

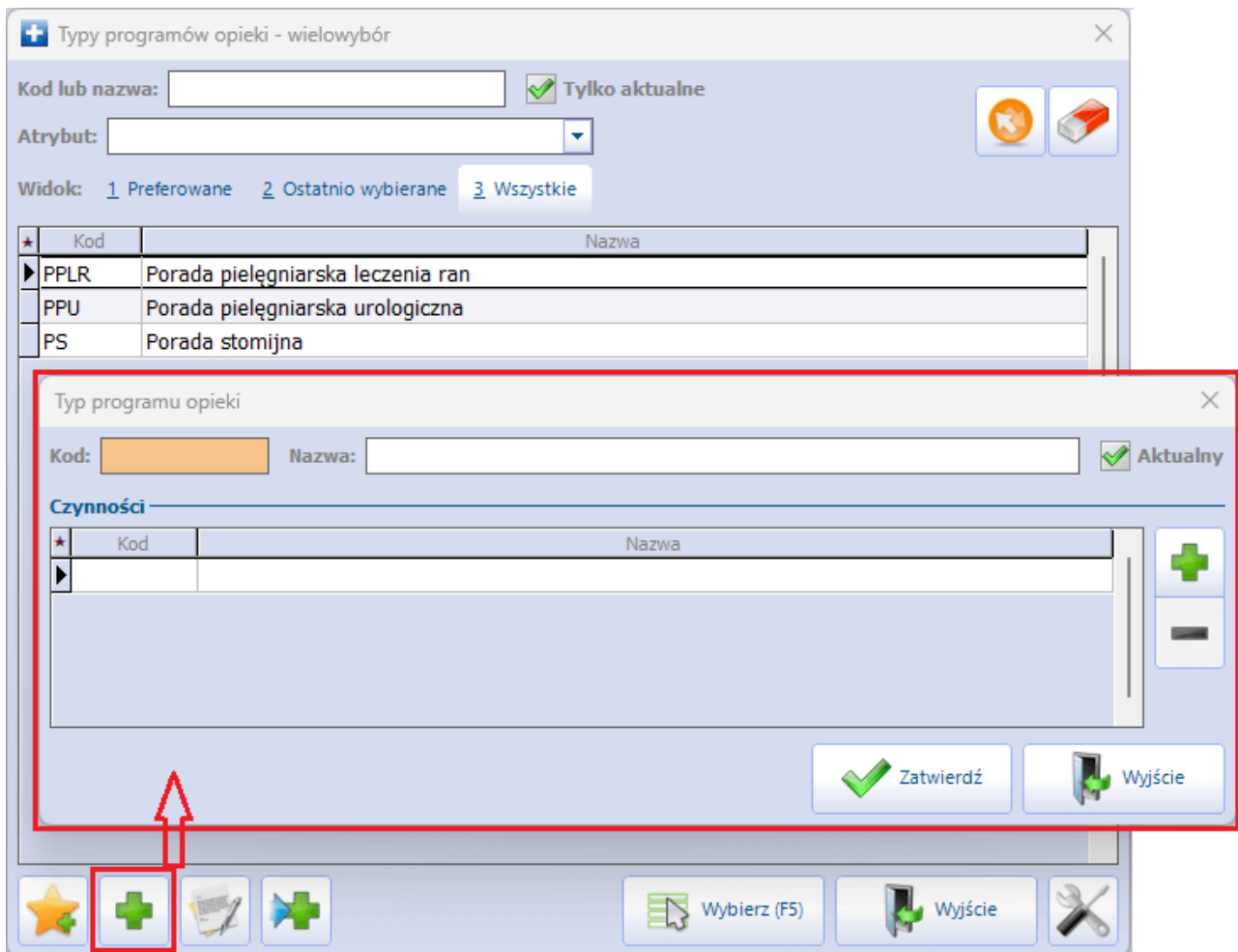
Czynności

*	Kod	Nazwa
▶	DOCZMZ	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

Do danego programu opieki można przypisać odpowiednie typy programów.

Po wyborze w sekcji Typ programu 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).



Rozdział

17

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.

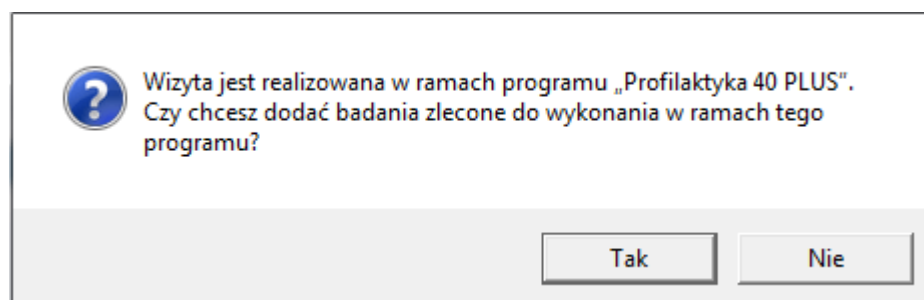
Uwaga! Na początku należy zacytać do programu przekazaną przez NFZ umowę elektroniczną na realizację świadczeń w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS". Konieczne jest także jej powiązanie z komórką organizacyjną, w której te świadczenia będą realizowane, poprzez wybranie w danych komórki odpowiedniego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

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

Skierowanie należy zacytować 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  **Dodaj badanie(a)**, wyświetli się komunikat:



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

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

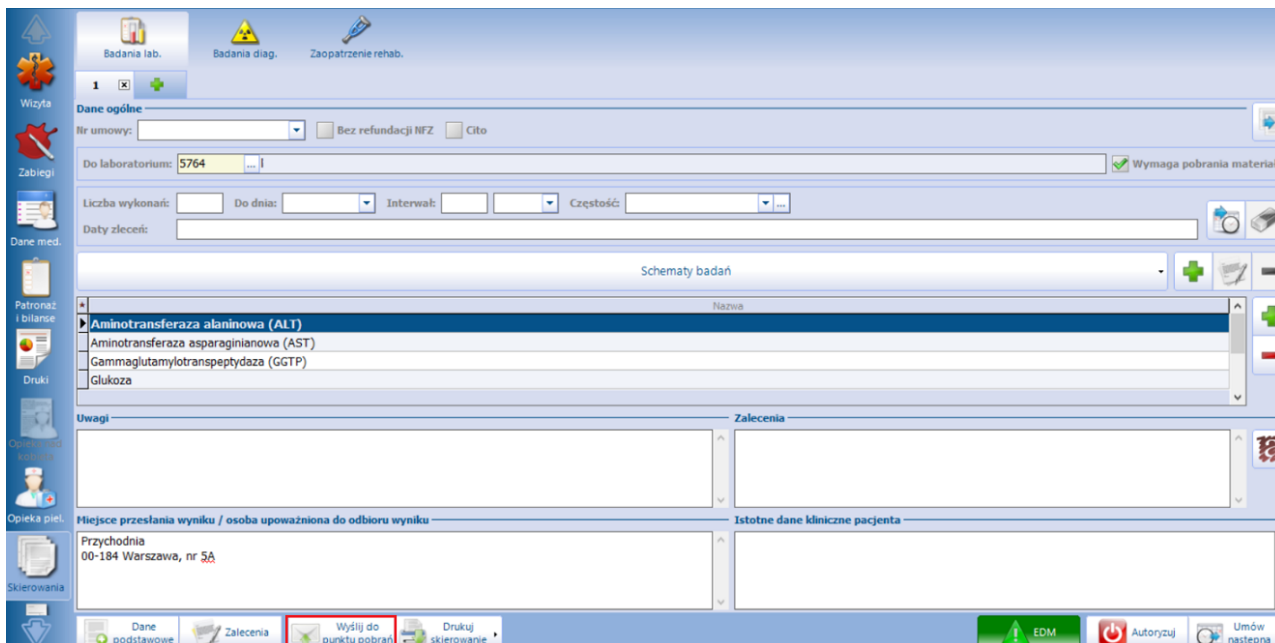
Omawiane pole może być zaznaczone tylko dla jednego badania powiązanego w słowniku z daną procedurą ICD-9. Przy próbie zaznaczenia go dla drugiego takiego badania wyświetli się komunikat:


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

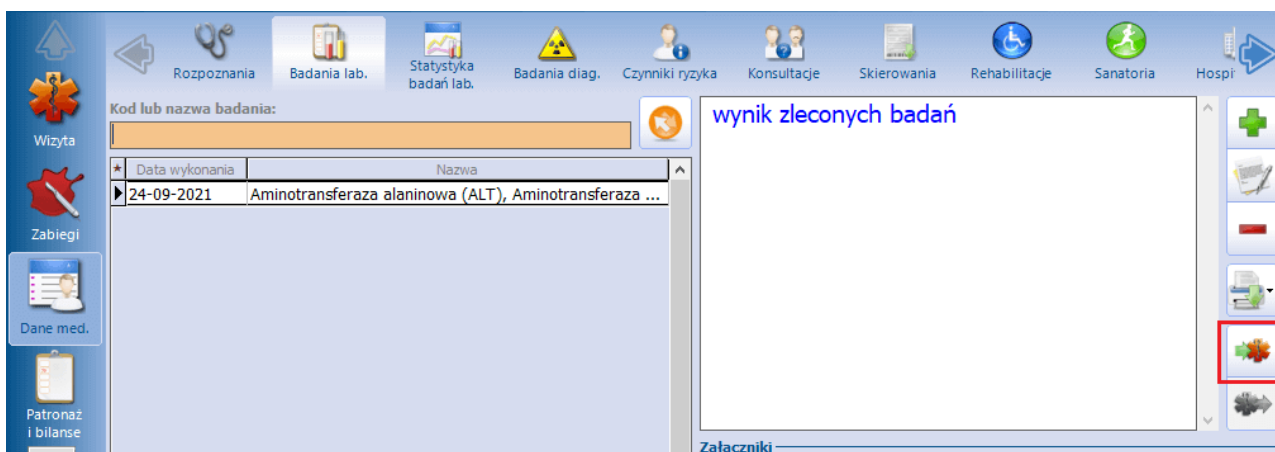
Utworzone na zakładce **Badania lab.** zlecenie powinno być przekazane do zintegrowanego laboratorium w ramach posiadanego przez świadczeniodawcę modułu dodatkowego [eWyniki](#). Aby wygenerować zlecenie do laboratorium bez konieczności autoryzacji wizyty, należy skorzystać z przycisku **Wyślij do laboratorium/Wyślij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

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

Program "Profilaktyka 40 PLUS"



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

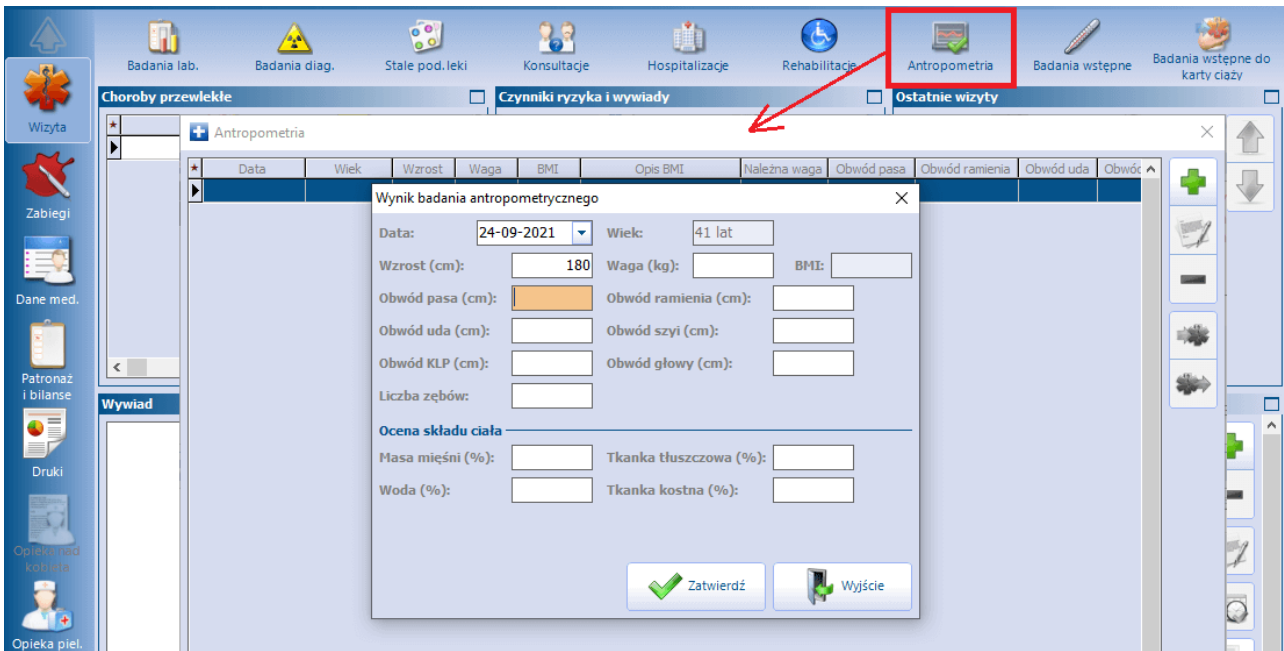


W wyniku powyższej czynności zostaną automatycznie dodane do wizyty procedury ICD-9, odpowiadające wykonanym badaniom.

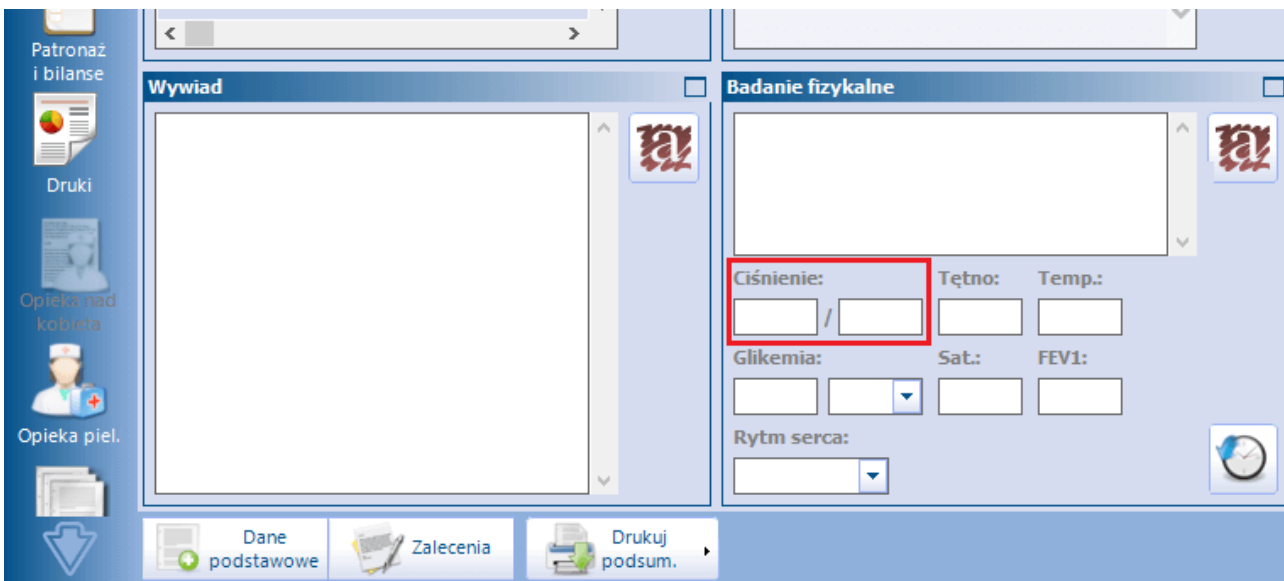
Dodatkowo, aby spełnić wytyczne dla realizacji świadczeń w ramach programu "Profilaktyka 40 PLUS", należy na wizycie wykonać wymagane pomiary antropometryczne, takie jak:

- wzrost
- waga
- BMI
- obwód pasa

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



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



Inne wymagane dane to:

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

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

Uwaga!

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

Program "Profilaktyka 40 PLUS"

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

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

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